

介護予防・日常生活支援総合事業

「いわき市短期集中予防サービス」事業

生活行為改善プログラム実施マニュアル

平成 29 年 8 月

いわき市 保健福祉部 地域包括ケア推進課

目 次

● 生活行為改善プログラム・・・・・・・・・・・・ 1～7

- 1 プログラムの趣旨
- 2 事前準備
- 3 実施内容
- 4 事前アセスメント
- 5 個別サービス計画書の作成
- 6 プログラムの実施
- 7 事後アセスメント

● 参考資料

<地域包括支援センター作成>

基本チェックリスト

利用者基本情報

基本アセスメントシート

興味・関心シート（一般社団法人 日本作業療法士協会作成）

課題整理総括表

課題整理総括表評価表

介護予防サービス・支援計画表

<プログラム実施事業所作成>

○本人記載

ロコモ 25（自治医大整形外科教室作成）

痛みの部位のチェックシート

運動開始前のセルフチェックリスト

セルフケア記録シート

目標の達成度と日常生活での変化（一部事業所記載）

○事業所作成

【生活行為改善プログラム】 体力測定

【生活行為改善プログラム】 個別サービス計画書

【生活行為改善プログラム】 報告書

生活行為改善プログラム

テーマ：日々の暮らしのなかの「できる」をもっと増やす

- (1)参加者自身が現状を知る
- (2)日常生活上の支障を自覚する
- (3)改善し「できる姿」を共有する
- (4)サルコペニアを予防する

1 プログラムの趣旨

生活行為改善プログラムでは、対象者が運動器の機能低下に起因する日常生活上の支障等を自覚し、日常生活機能を維持改善するために早期に個別の機能改善プログラムの実施と併せ、利用者自身が改善方法を習得することにより短期間で生活行為を改善させることを目標とします。

また、サービス終了後は、利用者自身が日々の自己管理により加齢に伴う運動器の機能低下の予防や改善が可能であることを理解し、行動を変容することによってQOLを高め自立した生活を継続することを目標とします。

2 事前準備

【サービス提供者】

○理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保健師、看護師、准看護師、柔道整復師及びあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者であること。

【設備】

- 利用者1人あたり3㎡の機能訓練室が確保されていること。(合計面積は利用定員×3㎡以上)
- 消火設備、その他非常災害に際して必要な設備、サービス提供にあたって必要な物品等が整備されていること

3 実施内容

(1) 対象者について

要介護認定者または生活機能に支障がでていて、かつ短期間で生活行為の改善が見込まれる方となります。

事業対象者としては、次に該当するもの

- ① 生活機能改善により在宅生活が継続できる方
- ② 起居動作（寝返り、起き上がり、座位、立ち上がり、立位、歩行）が概ね自立している方
- ③ 生活不活発病により生活行為に支障が出ている方（改善より維持や悪化時の対応を優先すべき方は、対象としない）

※介護予防通所リハビリテーション、介護予防通所介護、介護予防通所介護相当サービス、特定施設入居者生活介護などの通所型サービスを利用している方は利用不可です。

(2) 生活行為改善プログラムの評価

プログラムの実施前後で地域包括支援センターやケアマネージャーが、利用者の状態変化を確認します。また、個人因子、環境因子の両面から事前・事後のアセスメントを行い、利用者の運動機能がプログラム前後でどのように向上したか分析、評価を行うほか、生活行為の改善の評価「したいことができるようになる」等個人の目標の達成について確認します。

プログラム提供者は評価結果、介護予防ケアマネジメント支援会議の内容をプログラム内容に反映し、より効果的なプログラムを構築していくこととします。

(3) 送迎サービスについて

利用者が公共交通機関を用いる外出などが困難な場合は送迎サービスを行うが、送迎サービスの利用に際しては、利用者の自立促進につながるよう、利用者の能力や状態に応じて、片道の送迎にするなどの送迎方法を検討することとします。

(4) 安全への配慮について

本サービス等を安全に実施するために、以下の事項について定期的に確認を行います。

- 利用者の保有する医学的リスク
- 運動前、運動中、運動後の留意点
- 緊急時の対応の確認

4 事前アセスメント

実施担当者は、地域包括支援センターが作成する基本チェックリスト、利用者基本情報、基本アセスメントシート、課題整理総括表、興味・関心シート及び介護予防サービス・支援計画表の情報を参考にしながら、利用者の健康状態・生活習慣、体力水準などの個別の状況や環境を把握するため、次のアセスメント内容に基づき実施します。

<運動機能アセスメント・評価>

- 体力測定を実施
 - ・握力(kg) ・開眼片足立ち(秒) ・タイムアップ&ゴー(秒)
- ※体力測定については「運動機能評価の実施方法一部抜粋」を参考のこと。
- 痛みの評価(痛みの部位のチェックシート)
- ロコモ25(参考指標)

運動機能アセスメント・評価の結果から、利用者ほどの体力要素がより低下しているのかどの動きに支障があるのかを把握し、個別プログラムに活かすものとします。

5 個別サービス計画書の作成

有効なサービス提供のためには、目標の設定が重要になります。単なるサービス提供とならないよう、介護予防サービス・支援計画書や課題整理総括表から、日常生活における支障を確認したうえで、体力測定及びADL・IADL評価をもとに利用者からどのような生活機能を改善したいのかを具体的に聞き取り、個別サービス計画を作成します。

(1) 目標設定について

改善すべき生活機能を利用者から具体的に聞き出すことが困難な場合、地域包括支援センターが行うアセスメントにおいて、利用者の日常生活で必要とされる生活機能を列挙し、それがどの程度難しいのか、また改善可能であるのかを判断し、課題となる生活機能をいくつか項目を列挙する。

また、興味・関心シート等を用いるなどして、利用者の望む生活像を浮き彫りにし、改善し「できる姿」を共有します。この列挙された生活機能について、利用者と共に楽にできるか、一人で何とかできるか、一人では難しいかを判断します。一人で行うのが難しい場合、何が原因・要因になっているのかについて課題を見つけ、解決にむけた目標を設定することが望ましい。

個別プログラムでは、決定された生活機能の向上目標を達成するための目標を具体的に設定することとします。

(2) 個別サービス計画の作成

事前アセスメントに基づき、個別サービス計画（原案）を作成し、利用者の承認を得ます。個別サービス計画では、運動の種類・負荷の強度・頻度・1回あたりの時間・実施形態などの詳細を記録します。

なお、個別に計画を立て、利用者それぞれが適切なレベルで運動ができるように配慮します。また、個別サービス計画については、介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センターへ適宜報告し、ケアプランと連動した内容になるよう配慮します。

なお、プログラム実施プロセス評価についても記載します。

6 プログラムの実施

(1) プログラム実施前の留意点

プログラムを行う前の状態チェックで、以下に該当する場合は運動を実施しない。

■安静時に収縮期血圧 180mmHg 以上、または拡張期血圧 110mmHg 以上である場合

■安静時脈拍が 110 拍/分以上、または 50 拍/分以下の場合

■いつもと異なる脈の不整がある場合

■関節痛など慢性的な症状の悪化

■その他、体調不良などの自覚症状を訴える場合

※ いつもと異なる脈の不整：毎回プログラム実施前に脈拍数だけではなく、不整脈についても観察します。いつもより多く不整脈が発生する場合には運動を控えるようにします。

また、利用者の事前注意として以下の項目を利用者に周知する。

■運動直前の食事はさける

■水分補給を十分に行う

■睡眠不足・体調不良の時には、無理をしない。身体に何らかの変調がある場合には、実施担当者に伝える。

※ 毎回、利用者が「運動開始前のチェックシート」にて自己の体調を確認するよう周知します。

(2) プログラムの実施期間・回数

①実施期間

プログラムは、週1回の場合で最大12回、週2回で最大24回（大よそ3ヶ月間）を1クールとして実施します。大よそ1ヶ月毎に利用者の状態像を見ながらアセスメント、モニタリングにより目標達成の評価を行い、目標が達成されていない場合は個別プログラムを見直すこととします。3ヶ月を超える事業の提供については、利用者状態や目標、支援方針、プログラム内容について再度検討し、介護予防ケアマネジメント会議において各専門職から助言を受けるものとします。

3ヶ月間は、おおむねコンディショニング期間（第1期）、筋力向上期間（第2期）、機能的運動期間（第3期）にわけて実施することとしますが、参加者の状態像により指導内容を検討します。

②運動頻度

運動の実施回数は、アセスメントから、利用者の状態の改善が期待できる頻度（回数）を設定し、利用者の意向も踏まえて週1～2回、1クール最大24回（大よそ3ヶ月間）とします。

また、運動器機能の向上を図るためには、週2回以上のプログラム実施が有効であることから、自宅での運動メニューを指導し、実施状況のモニタリングを行うと共に助言することで、セルフケアを支援します。

③ 運動強度

利用者が安全かつ効果的に運動（トレーニング）でできることに配慮して、モニタリングにより適宜負荷レベルを漸増します。

基本的な考え方として開始1ヶ月は「低負荷で高反復のコンディショニング期間」とします。この期間に動作が円滑に行えるようになったら、次の1ヶ月は、利用者の日常生活で必要とされる運動の水準よりやや高い運動負荷を行い、運動器の機能向上を目指す「筋力向上期間」とします。モニタリングにより十分な機能の向上が見られた場合、最後の1ヶ月は、運動器の機能向上が生活機

20
19 非常にきつい
18
17 かなりきつい
16
15 きつい
14
13 ややきつい
12
11 楽である
10
9 かなり楽である
8
7 非常に楽である
6

図 ボルグスケール

能の改善として感じられるよう、より機能的な運動を取り入れる「機能的な運動期間」とします。

筋力向上期間では、最大筋力の6割以上の負荷を用いて運動する必要があることから、反復回数の最後の2～3回の疲労感を聞き取り、「ややきつい」を目安に負荷量を設定します。

ただし、判断は、参加者の主観に任せることなく、実施担当者が参加者の代償運動の有無や動作のスムーズさ、さらには運動中の表情などを観察し総合的に行うこととします。運動の負荷量の設定は、ボルグスケール（自覚的運動強度）の11～13であれば、楽過ぎず適度な有酸素運動を行えていることとなります。

（3）プログラム内容

①標準的なプログラム

体力の諸要素を包括的に運動することができるように、ストレッチング・バランス運動・機能的運動・筋力向上運動等を組み合わせて実施します。また、進行に従って徐々に、強度・複雑さが増すようにプログラムします。

	ストレッチング	バランス・機能的運動	筋力向上運動
第1期	座位・仰向けで静的・動的な種目	四つ這い姿勢・膝立ち姿勢など重心が低く、支持面が広い運動	座位・仰向け中心のコンディショニング運動（6種目程度）
第2期	徐々に可動範囲を広げる	座位～立位にて動的バランス（支持基底面内で身体重心を大きく移動させる）	立位種目も取り入れ筋力向上運動（8種目程度）
第3期	立位種目を追加する場合は支持物を使用	立位にて機能的バランス（積極的に身体重心を移動させる）	負荷の漸増

※指示基底面：物体（身体）がその重さを支える面のこと。両足立位の場合、左右の足裏全体を囲む面のこと。

②個別プログラムの設定

プログラムを実施するにあたり、生活行為に支障がある要因・原因に視点をあて

- 1) どの体力要素がより衰えているのか
- 2) 痛みを増悪しない動作は何か
- 3) 静的・動的・機能的バランスのどれがより衰えるのか 等

によって、個別のプログラムを作成します。

また、やむなく中断となる利用者もあることから、理由を把握し、地域包括支援センターと連絡をとりながら、継続利用に向けてサポートを行うこととします。

③プログラム実施の際の留意点

プログラムを提供する際、以下の点を考慮して進めます。

○プログラム内容の説明と合意

利用者にわかりやすい形で、プログラムの内容・進め方・効果・リスク・緊急時の対応を説明し、参加者の同意を得ることとします。

○体力の所要素を包括的に運動する

高齢者は、筋力・バランス能力・柔軟性などの体力の諸要素が独立して低下することはありません。したがって、体力の諸要素を包括的に向上させる必要があります。

○生活動作改善につながる運動実施

生活機能の向上を図るには、利用者の ADL・IADL の状態を明確に把握し、課題分析を行い、目標を設定し、目標を達成するための動作訓練や運動機能向上訓練を実施することが必要です。なによりも利用者の実生活場面における動作訓練であることが大切です。動作に必要な運動の機能向上及び生活動作改善につながる個別の運動プログラムを実施します。

○運動中に留意すること

運動中は、正しい運動姿勢を保つように配慮します。疲労の蓄積などにより一時的に運動器の機能が低下する場合は、負荷量を大きく減少させて、疲労の回復を図ります。さらに実施中には、以下の自覚症状や他覚所見に基づく安全の確認を行うこととします。

- 顔面蒼白
- 冷や汗
- 吐き気
- 嘔吐
- 脈拍・血圧

高齢者は、喉の渇きを感じにくい、また、頻尿を心配して水分を控える傾向が見られることなどから、脱水を起こしやすいので、必ず運動中に水分補給の声かけや時間をとるように留意してください。

④ **対象者の意識・意欲を高めるために**

生活行為改善プログラムによる効果を確実なものにするためには、対象者が自発的に参加し、意欲的に運動を実施した上で、終了後にも引き続いて運動を実践する意欲を保ちながら活動的な日常生活を送ることが重要となります。

そのためには、成功体験を積み重ねることが有効とされていることから、以下に留意します。

- ・できる目標を立てる（スモールステップ） ……→ 個別サービス計画書の目標
- ・行動を記録する（セルフモニタリング） ……→ セルフケア記録シート
- ・自分を誉める（自己強化）

(4) プログラム提供後の留意点

プログラム提供後は、しばらく利用者の状態を観察します。プログラム提供後に利用者が以下の状態である場合は、医療機関受診など必要な処置をとります。

- 安静時に収縮期血圧 180mmHg 以上、または、拡張期血圧 110mmHg 以上である場合
- 安静時脈拍が 110 拍/分以上、または 50 拍/分以下の場合
- いつもと異なる脈の不整がある場合
- その他、体調不良などの運動中の留意事項に述べた自覚症状を訴える場合

7 事後アセスメント

プログラム終了予定前（開始から最大 24 回までの実施、概ね 3 ヶ月）に目標の達成状況や日常生活活動能力の改善状況等を含めた評価を行います。運動器の機能評価やプログラム実施による達成状況を参考に、目標が達成されたか、個別の体力要素が改善したか、生活行為の改善が認められたか等について総合的に評価し、介護予防ケアマネジメント支援会議、及び地域包括支援センターに報告します。

8 報告書の提出

「【生活行為改善プログラム】報告書」は、地域包括支援センターのプラン担当者に提出します。提出された報告書は、地域包括支援センターが「課題整理総括表評価表」ととりまとめ、市に報告します。