

# 「フレイル改善短期集中プログラム」(素案)

**【背景】** 目標があいまいな介護保険サービスの利用：リスク、生活上の問題や介護度の違いがあっても同じ介護サービスを利用している  
 意欲・役割・生きがいの消失：加齢に伴う変化や親しい人の死別等による孤独感から「何もできない」と落ち込む  
 自立支援に向けたケアマネジメントの不足：既存の介護保険サービスにつなぐことしかできない

**【目的】** フレイル状態にある人への早期ハイリスクアプローチによる QOL (生活の質) の向上と要介護状態への移行防止  
 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものである。特に生活機能の低下したフレイル状態にある高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて早期に「心身機能」「活動」「参加」の要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけをめざすものではなく、日常生活の活動量を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援することが必要である。これらを踏まえ、本プログラムを実践することで、QOLの向上と要介護状態への移行防止をめざす。

## 利用者の選定



### 事前訪問 (総合事業・訪問型サービスC)

地域包括支援センター職員とリハビリ専門職が自宅訪問し、本人の生活課題の整理と「本人のなりたい姿」の目標設定を行う

- ・ケアプランに反映する
- ・本人へ自主トレーニング物品を配布



セラバンド  
筋力維持・向上を目的

ペコバンド  
舌圧維持・向上を目的

自主  
トレ  
ーニ  
ング  
物  
品  
の  
配  
布

### 自立支援型地域ケア会議

医療・介護専門職と自立に資する問題点や改善点を協議する  
 地域包括支援センター職員は会議での意見を反映させて、ケアプランを立案



## 通所サービス開始

3  
か  
月  
間

### プログラム実施 (総合事業・通所型サービスC)

【3か月間週2回 約1.5~3時間/回 計24回】

- ・健康観察
- ・運動機能向上・口腔機能向上プログラム
- ・DVDでのフレイル講話
- ・運動の習慣化を目指し、自宅のできるセルフプログラムの指導  
 <評価> 体力測定・口腔機能評価・本人の主観の変化などを月1回実施



### 通所サービス終了前の自宅訪問 (総合事業・訪問型サービスC)

- ・各地域包括支援センター職員とリハビリ専門職が自宅訪問し、生活課題の変化と今後の課題を整理
- ・社会資源 (卒業先) の情報提供



## 通所サービス終了

### 最終カンファレンス

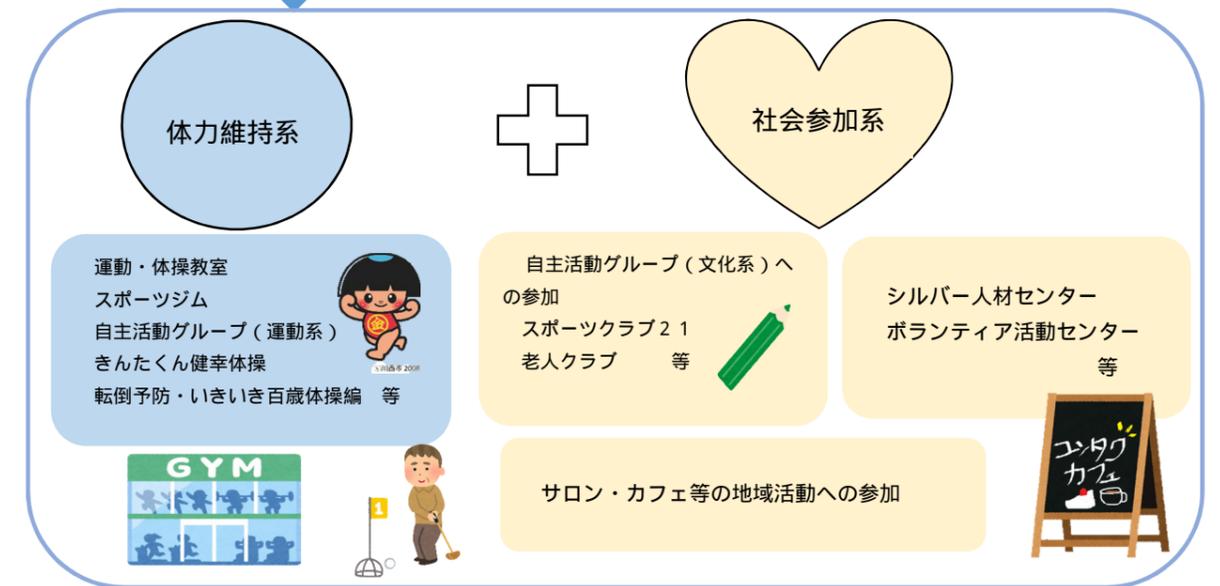
- ・サービス終了前の自宅訪問状況をふまえ、本人と家族、地域包括支援センター職員、リハビリ専門職で、サービス終了後の生活について検討し、社会資源 (卒業先) 利用を決定する。



### 地域資源を利用する場合

### 介護保険サービスを利用する場合

本人の状態に合わせて、  
 介護保険サービスを調整する。



### 通所サービス終了6か月後のモニタリング

- ・地域包括支援センター職員が、通所サービス終了後3・6か月後にモニタリングを実施

### 地域資源を継続して利用している場合

- 本人へ
- ・市長からの表彰
- ・市からの報償品
- ・厚生省「健康寿命をのばそう! アワード」の活用

### 地域資源・介護保険サービスを利用していない場合

必要時には、地域包括支援センターに相談していただくように案内する

### 介護保険サービスが必要な場合

本人の状態に合わせた介護保険サービスを提案・提供する

9  
か  
月  
目