

水戸市リエイブルメントサービスガイドライン

令和7年5月30日 策定

1. リエイブルメントとは何か

リエイブルメントとは、“再びできるようになる”ことです。高齢者が加齢、病気又はケガ等をきっかけに日常生活に支障をきたしたとき、リエイブルメントサービスが元の生活を取り戻せるよう支援します。日常生活での課題を支援者が代わりにやってあげるのではなく、高齢者自身が自分でできるようになる手立てを一緒に考えます。そのためには、「普段の高齢者の生活の様子を本人からよく聞き取ること」、「個人の強みを見つけ、活かすこと」、「専門的な視点からアドバイスすること」、「ポジティブに励ますこと」、「チャレンジを促すこと」が重要となります。

高齢者が失った自信を回復し、やりたかったことが再びできるようになり、元の生活を取り戻し、やりたいことをしながら過ごす生活を可能な限り続けることがリエイブルメントの考え方です。

2. 本市におけるリエイブルメントサービス

本市においては、このリエイブルメントの考え方を取り入れて訪問型・通所型介護予防事業を実施しており、事前のアセスメント及び終了後に実施する社会参加を促進するための支援を含めたサービスを総称して「リエイブルメントサービス」とします。

3. 対象者

リエイブルメントサービスの対象者は、介護保険の要支援1・2の認定を受けている方及び基本チェックリストにより事業対象者と認定された方で、リエイブルメントサービスを利用することにより状態の維持・回復が見込まれる方です。

高齢者が介護サービスの利用を考え始めたとき、状態の維持・回復が見込まれる状態であれば、リエイブルメントサービスが検討の第一候補となります。

4. アセスメントと目標設定

一貫性のあるサービスを提供するためには、事前のアセスメントと目標設定が重要となります。市による事前のアセスメントにより状態の維持・回復が見込まれると判断された利用者に対し、利用者とサービス提供者が面談により具体的な目標を設定し、どのように達成するのかを明確にすることで、両者が同じ方向を向いて進めるようにします。

利用者の中には、生活のしづらさをうまく捉え切れていなかったり、うまく言語化できていないことも少なくありません。そのような場合でも、利用者が自分の言葉で目標を語ることができるような問いかけや促しが求められます。サービス提供中においても、適宜モニタリングを実施し、目標の見直しを行います。

【目標の例】

- ・毎週 200m 離れたスーパーまで歩いて買い物に行く
- ・以前に通っていた市民センターの卓球サークルを再開する
- ・屋外の物干し台に洗濯物を干したい

※具体的な距離・場所等を明確にします。

「転倒せずに安全に歩行できるようになる」「毎日の運動が習慣化できるようになる」等の目標は具体性に欠けるため、アセスメント時の聞き取りが重要となります。

5. 支援すべき動作及び行為

要支援の方は、ADLが自立していても、IADLの一部がしづらくなっていることが多いといわれています。基本動作に著しい制限がなく、家事や外出等もある程度できるが、「以前のようにできなくなってしまった」「その行為をするのが不安になった」と感じている方が利用者として想定されます。身体の状態、生活環境、その方にとって大事な行為はそれぞれです。支援すべき動作及び行為は、それぞれの高齢者に合わせたものである必要があります。

【支援すべき動作及び行為の例】

歩行、立ち座り、外出、買い物、調理、洗濯、掃除、趣味活動、畑仕事、コミュニティの参加...

6. サービスの種類

サービスの種類には、訪問型及び通所型があります。

訪問型は利用者の自宅でサービスを行います。訪問型のメリットは、利用者の自宅における生活動作や生活環境を直接確認しながら支援できることです。

通所型は実施会場に参集して行います。通所型のメリットは、一度に複数の高齢者を支援できること、高齢者が会場に集い、社会的なつながりを持って互いに励まし合うピアサポートの効果が期待できることです。それぞれにメリットがあり、それを活かすことが重要です。

本市では、通所型を基本として、高齢者の意欲を高めるようなサービスの提供を目指します。

7. セルフマネジメントプログラム(動機付け面談)

サービスの中心となるのがセルフマネジメントプログラムです。

本市のリエイブルメントサービスにおけるセルフマネジメント(=自己管理)は、以下のことを目指します。

- ・利用者が自身の可能性に気づくこと
- ・利用者が元の生活を取り戻すための暮らし方を知ること
- ・利用者が意欲的に自分を管理できるようになること

利用者と専門職が1対1で動機付け面談を行い、利用者の行動変容を促し、セルフマネジメント能力の向上につなげます。

動機付け面談では、セルフマネジメントシートを用います。シートには、利用者の目標とそれに向けた「自宅で、自分で」行うべき運動や家事などの取り組みを記入してもらいます。シートは1週間のカレンダー形式となっており、取り組みの実施状況、体調及び気持ちの変化等を利用者が自分の言葉で記録します。面談の際に、シートを見ながら1週間の生活を振り返ります。専門職は、シートの記載内容と利用者の発言を結びつけるようなコメントを記入します。

1週間のうち、サービスは1日2時間程度ですが、利用者がその他の6日と22時間の過ごし方を工夫することで、目標の達成に近づいていきます。

記入されたセルフマネジメントシートは、利用者ごとのサービスの進捗状況を確認するため、その都度コピー等をサービス提供者においても保管します。適宜、ケアプラン作成者や生活支援コーディネーターと共有することで、円滑な支援につながります。

<セルフマネジメントシートの記載例>

セルフマネジメントシート

氏名 _____ 目指したい3か月後の生活 瘦れにくい体づくりに取り組む ご家族コメント _____

日付	曜日	体調 ○△×	この目標(↑)のために、この一週間自宅で、自分で、毎日取り組むこと(=セルフマネジメント)				ひとこと日記	メモ (教室スタッフ記載欄)
			運動や生活の中で行いこと、意識すること					
			1	2	3	4		
			スワット8回	足を膝より上げる 2回	カギ上げ	片足立ち 左足 10秒×2		
目標回数・水準 =>								
8/27	火	○	○	○	○	50 60	今日は両足立てました。	1週間と4日間3週間量い 増えた！王様！この月まで 教室に4回以上は来よう
28	水	○	○	○	○	両足上げ	1.2.3の運動と膝上げの運動 足の筋力アップしました。	1本だけ大事。
29	木	○	○	○	○	○	今朝は両足立てました。15分～20分 寝よう注意しました。	17日にやらなければダメです！
30	金	○	○	○	○	両足上げ	今日は両足立てたので、今朝の運動と 両足と両足(15分～20分)上げました。	タイムアップ見ました(暑くはなし)
31	土	○	○	○	○	○	今朝は両足立てました。	足長時間の両足上げは やってみていいのは。
9/1	日	△	午前中1回 ○	午後1回 ○	○	○	片足立ち1回 両足立ち1回 両足立ち1回 両足立ち1回	2時間、座、立、に1分ずつ が望ましいので1時間ずつ
2	月	△	○	○	○	○	今朝は両足立てました。	

一週間を振り返って
暑くて足が17分伸びました。か、この体調が目標に近づいてきた、嬉しいです。
片足立ち、1分は立てられ、両足立ちも2分です。

【面談時に留意するポイント】

面談という共同作業の中で、いかに多くの気づきを見つけられるか

- ・利用者が持つ強み
- ・すでにしている、できている活動
- ・どうしたら自信を取り戻せるか
- ・課題としていた運動ができなかったとしても、課題以外の取り組み等で良い点が見つけられないか

利用者が普段行っている生活動作について、「活動量向上につながっている」という意味づけを行います。

面談で見つけた「気づき」に対して承認し、肯定的な言葉を用いて、ポジティブなフィードバックをします。ポジティブフィードバックにより、セルフマネジメントの能力の向上を期待します。

8. IADL 改善プログラム

具体的な生活の課題である IADL 動作について、実際の場面を想定した動作練習、環境調整の提案及び道具の工夫について検討します。

9. 運動機能向上プログラム

セルフマネジメント能力を高めるためには「触らないアプローチ」を徹底することが重要です。利用者にとって必要な運動を自宅で正しい方法で行えるよう専門職と練習します。また、自主的に運動が行えるよう、運動方法やポイントを明記したパネルや持ち帰り資料等を用意しておくことも工夫の一つです。

もし、提示した運動が自宅でできなかった時は、どのようにしたら継続できそうか取り組みの方法を再検討します。また、「どのように毎日を過ごしているか」という生活の中での活動量増加の視点を持つことも大切です。利用者の普段の生活動作の中から、活動量増加に意味づけができる取り組みが見つかる場合もあります。

面談を繰り返すうちに、自宅でのトレーニングや生活動作が習慣化してくると、運動や生活動作に自信が持てるようになり、サービスを利用しない残りの 6 日間の過ごし方が自然と変わっていきます。

10. 口腔機能向上・栄養改善プログラム

フレイルの状態にある高齢者は、口腔や栄養の問題を抱えていることも多く、それが日常生活にも影響している場合があります。そのような場合、歯科衛生士や管理栄養士等からのアドバイスが有効となります。

11. 訪問プログラム(生活行為指導等)

自宅や実際の活動の場に訪問し、利用者の生活課題を実際の場面で評価し、改善のための提案を行います。状況に応じて、環境調整や道具の工夫についても検討します。

また、利用者のできていることをポジティブフィードバックすることで、より生活場面に定着しやすくなります。訪問を実施する専門職にとっても、利用者の個人因子・環境因子の評価及び強みの発見につながります。

12. 社会参加支援プログラム

利用者にとっての社会参加は、「単なるおでかけ」や「趣味活動」だけではありません。リエイブルメントサービスが終了した後も、その人らしい生活を続けていくための活動や役割がすべて社会参加となります。通いの場やボランティア活動への参加を促すだけでなく、家庭や地域での役割の獲得、生きがいや趣味の充実も検討します。利用者の望む暮らしを続けていくために、地域包括支援センターや生活支援コーディネーターと連携していきます。

13. サービス終了時の評価

次の視点から終了時の評価を実施します。

- ・ 給付サービスを増やさなくても、自立した生活を続けられる
- ・ 家庭内外での役割を持つ
- ・ 新たな目標を見つけ、その達成のための取り組みを続けられる
(セルフマネジメントが可能である)

終了時の評価は、地域包括支援センターのケアプラン作成者と共有します。

14. サービス終了後の評価

サービス終了後、おおむね3か月を経過した時点で、利用者の希望に応じてモニタリングをします。モニタリングでは、サービス終了時の生活機能や活動量に変化があるか、セルフマネジメントを継続できているか等の視点で評価します。