

活動報告： 手稲区のデイサービスを主とする団体向けに講演を行いました。



手稲区通所サービス連絡会 第五十四
「デイサービスは可能性の塊
〜特別な道具を必要としない汎用性の高い取り組み〜」
講師 歩きの専門デイサービスマイホコ
施設長 三上 幸大氏



デイサービスは**可能性の塊**

〔《 特別な道具を必要としない汎用性の高い取り組み 》〕

歩きの専門デイサービス マイホコ
三上 幸大

プロフィール

- ❑ 三上 幸大(みかみこうだい)
- ❑ 1991年2月5日生まれ
- ❑ 函館生まれ函館育ち
- ❑ 手稲区に住んで約8年経ちました



現在は、マイホコを通じて
「誰の**可能性**も棄損されない社会」
を目指しています。

介護は自立支援・重度化防止へ舵を切っている

第2回未来投資会議（平成28年11月10日）での総理発言（抜粋）

団塊の世代が75歳を迎える2025年は、すぐそこに迫っています。健康寿命を延ばすことが、喫緊の課題です。この『2025年問題』に間に合うように『**予防・健康管理**』と『**自立支援**』に軸足を置いた新しい**医療・介護システムを2020年までに本格稼働**させていきます。

医療では、データ分析によって個々人の状態に応じた予防や治療が可能になります。**ビッグデータや人工知能を最大限活用し、『予防・健康管理』や『遠隔診療』を進め、質の高い医療を実現**していきます。

日本の隅々まで質の高い医療サービスが受けられる。高齢者が生き生きと暮らせる。社会保障費が減っていく、ということになるわけでありまして、これらを一気に実現する医療のパラダイムシフトを起こしていかなければいけません。

介護でも、パラダイムシフトを起こします。

これまでの介護は、目の前の高齢者ができないことをお世話することが中心でありまして、その結果、現場の労働環境も大変厳しいものでもありました。

これからは、**高齢者が自分でできるようになることを助ける『自立支援』に軸足**を置きます。

本人が望む限り、介護が要らない状態までの回復をできる限り目指していきます。

見守りセンサーやロボット等を開発し、そして導入し、介護に携わる方々の負担を軽減するとともに、介護現場にいる皆さんが自分たちの努力や、あるいは能力を生かしていくことによって、要介護度が下がっていく達成感を共に味わうことができるということは『**専門職としての働きがい**』につながっていくということではないか、とこのように思います。

スピード感をもってパラダイムシフトを起こすため、特定の先進事例を予算などで後押しするだけでなく、医療や介護の報酬や人員配置基準といった制度の改革に踏み込んでいきます。目標時期を明確にし、そこから逆算して実行計画を決めます。



自立支援・重度化防止の方向性は強まり続ける

介護におけるアウトカム指標の強化

介護

- 介護保険法では、要介護者が、「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」、介護サービスを行うとされているが、現在の介護報酬は要介護度が進むにつれて報酬が高くなる一方、自立支援・重度化防止に係る取組への評価が不十分。
- 例えば、ケアマネジメントでは、要介護3・4・5の基本報酬（約13,980円/月）が要支援1・2（約4,380円/月）の3.2倍となっているが、実際の利用者1人当たり1か月間の労働投入時間で見ると、要介護3（114.8分）は要支援1（89.2分）の1.3倍程度に過ぎない。さらに、特定事業所加算の要件に「要介護3・4・5の利用者の割合が4割以上」が含まれるなど、要介護3・4・5への評価が手厚い。
- また、インセンティブ交付金（保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金）は、自立支援・重度化防止に向けた保険者の取組を推進するものであるが、現状はアウトカム指標の割合が小さく、要介護認定率の改善等の成果に結び付いているとは言い難い。
- 介護保険法の趣旨に照らして、自立度や要介護度の維持・改善など、アウトカム指標を重視した枠組みとすることが重要。

◆介護保険法（抜粋）

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

◆ケアマネジメントの基本報酬と労働投入時間

要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
報酬	438単位/月		1,076単位/月		1,398単位/月		
時間	89.2分	89.6分	112.3分	107.0分	114.8分	123.2分	121.5分

（出所）厚生労働省「居宅介護支援及び介護予防支援における令和3年度介護報酬改定の影響に関する業務実態の調査研究事業 報告書」（2023年3月）

◆ケアマネジメントの特定事業所加算（Ⅰ）（505単位）の要件（抜粋）

- 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を2名以上配置。
- 常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置。
- **利用者の総数のうち、要介護3～5である者の割合が4割以上。**

◆東京都における要介護度等の維持改善に向けた介護事業者の取組促進の事例

介護報酬上のADL（日常生活動作）維持等加算を算定した事業所に対して、東京都が報奨金を支給。

- ①基礎分 → ADL維持等加算算定：20万円
- ②加算分 → 要介護度の維持の場合：+10万円
要介護度の改善の場合：+20万円

（出所）東京都HP

◆インセンティブ交付金の評価指標の項目数と配点（2023年度、市町村分）

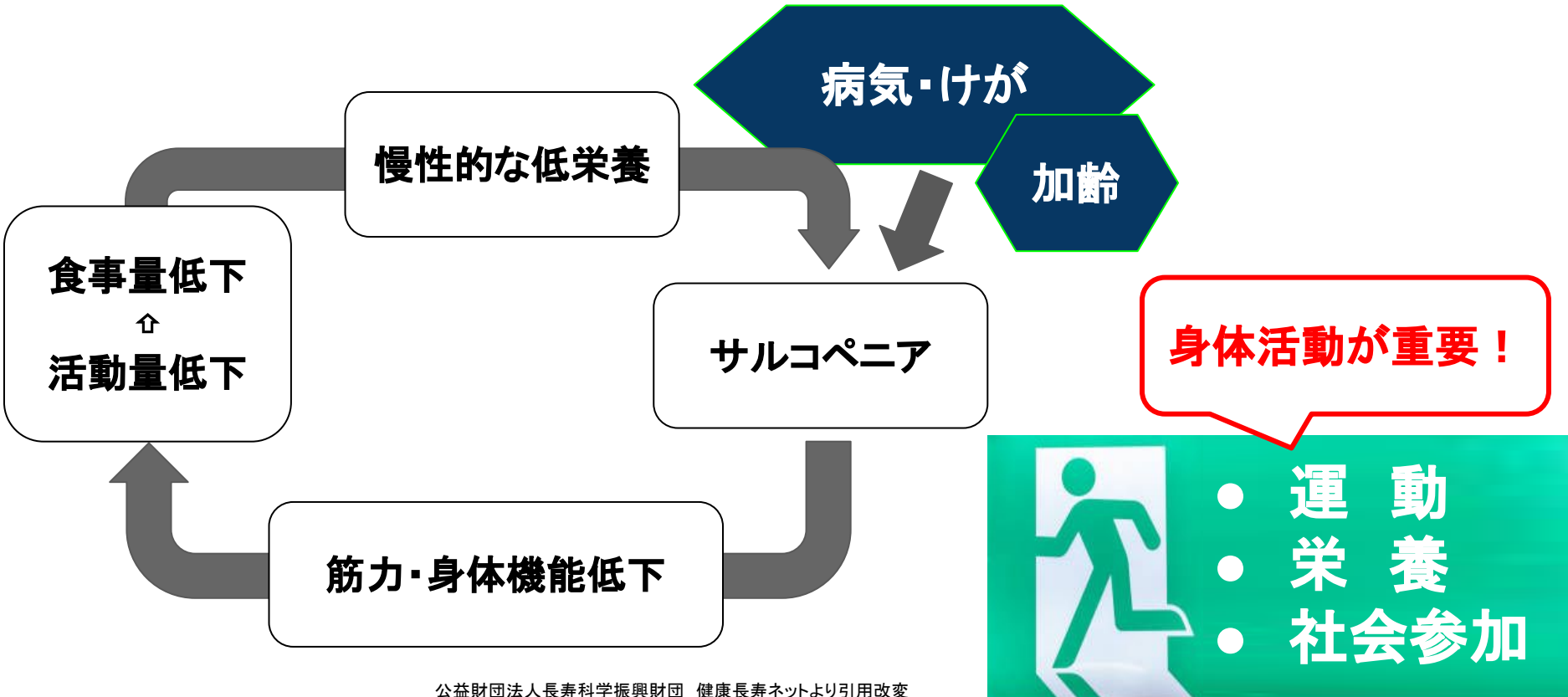
	2023年度	
	推進交付金	支援交付金
項目数	227	95
うちアウトカム指標	8 (3.5%)	8 (8.4%)
配点	1,355	830
うちアウトカム指標	300 (22.1%)	300 (36.1%)

◆評価指標の例（2023年度、市町村分）

- 介護給付の適正化事業の主要5事業のうち、いくつ実施しているか。（←「実施」の基準を明確化すべき）
- 在宅医療・介護連携を推進するため、多職種を対象とした研修会を開催している。（←定量的な目標を設定すべき）

フレイルサイクルと身体活動 PA: Physical Activity

フレイルサイクルに陥らない、陥らせない



フレイルの簡便な指標

項目	評価基準
体重減少	6ヶ月で2kg以上の意図しない体重減少
筋力低下	握力: 男性<28kg、女性<18kg
疲労感	ここ2週間わけもなく疲れたような感じがする
歩行速度	通常歩行速度<1.0m/s
身体活動	①軽い運動・体操をしていますか？ ②定期的な運動・スポーツをしていますか？ 上記2つのいずれも「週に1回もしていない」と回答

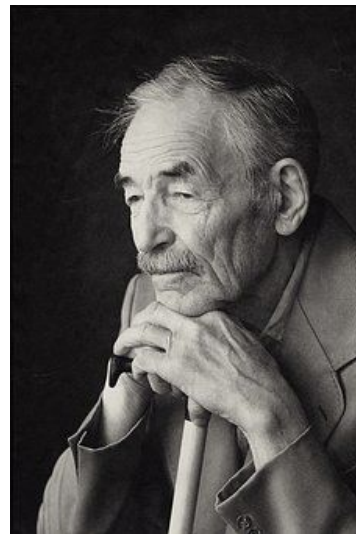
※3項目以上該当するものをフレイル、1-2項目該当するものをプレフレイル、1項目も該当しないものをロバスト

誰もが口にする「いつまで歩けるだろう？」

「いつまで歩けるだろう？」誰もが直面する不安

通所リハビリテーション、通所介護における最も優先順位の高い課題領域

	通所リハ	通所介護(個別機能訓練加算)		
		加算なし	加算 I	加算 II
機能回復	31.9%	48.6%	42.7%	33.3%
筋力向上	4.9%	13.2%	10.1%	9.9%
基本的動作	58.6%	30.0%	45.7%	48.4%
歩行・移動	49.5%	26.8%	38.0%	39.2%
応用的動作	4.8%	4.9%	2.7%	9.4%
社会適応	2.1%	1.9%	1.2%	1.6%
コミュニケーション	0.7%	2.7%	1.5%	0.9%
その他	0.9%	0.9%	0.0%	1.1%
無回答	1.1%	11.1%	6.2%	5.3%



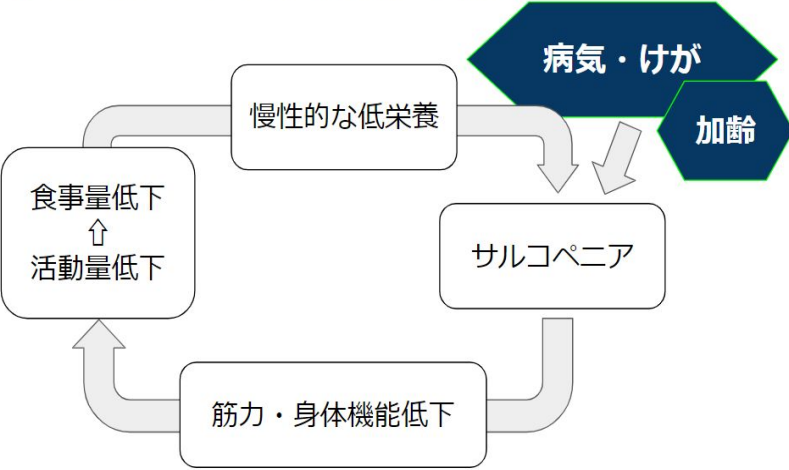
歩行能力の指標のひとつである歩行速度

歩行速度の低下は社会参加を億劫にさせかねない



私の歩きが遅くてついていけないから
家族と一緒に出かけられなくなった。

横断歩道がこわくて
外出しようと思えなくなった。



自立支援 ≡ フレイルからの脱却

重要な主観的健康観、そして運動×社会参加

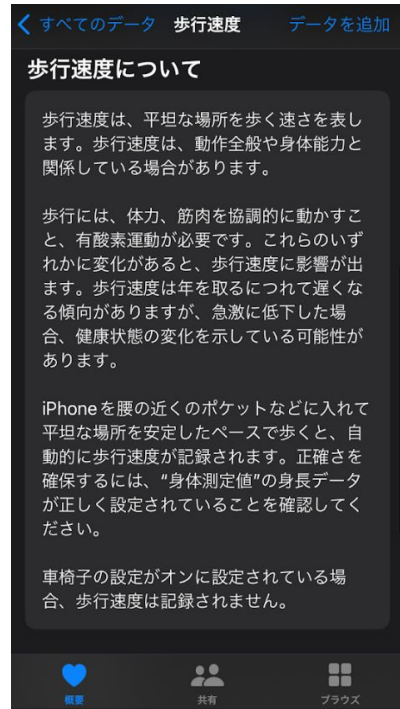
- 地域在住後期高齢者5000人を2年間追跡、初期調査時にフレイル状態と判定され、2年後にロバスト又はプレフレイルに改善した対象者の特性を分析。
- **高い主観的健康感、運動系社会参加活動**(サロン、運動・体操教室への参加)が **重要な** 因子と判明。また、活動的な地域活動を行うための個人レベルのソーシャルキャピタル(近隣住民との交流の強さ、地域への信頼等)の強さも重要であった。

主観的健康感の鍵は、今まで出来ていたことが今もできる(できた)。



歩行速度は身近な存在だが知られていない

例えばiPhoneのヘルスケアアプリ(確認してみましょう)



理想は至適歩行速度の日常的なモニタリング

最大歩行速度と通常(至適)歩行速度

- 最大歩行速度:「なるべく速く」等の努力的な歩行速度
- 通常歩行速度:「いつもどおり」等の本人にとって快適とされる歩行速度



通常歩行速度



最大歩行速度

通常歩行速度は最大歩行速度のおおよそ75%程度に収束？



65歳以上における歩行速度の基準値

		65-69歳	70-74歳	75-79歳	80歳
快適歩行速度 (m/秒)	平均値±標準偏差	1.38±0.23	1.33≤±0.23	1.24±0.23	1.13±0.25
	★★★★☆	≤1.20	≤1.20	≤1.00	≤±0.90
	★★★★☆	1.21-1.30	1.21-1.30	1.01-1.20	0.91-1.00
	★★★★☆	1.31-1.40	1.31-1.40	1.21-1.30	1.01-1.20
	★★★★☆	1.41-1.50	1.41-1.50	1.31-1.40	1.21-1.30
	★★★★☆	>1.60	>1.50	>1.40	>1.30
最大歩行速度 (m/秒)	平均値±標準偏差	1.85±0.27	1.75±0.30	1.65±0.28	1.52±0.31
	★★★★☆	≤1.60	≤1.50	≤1.40	≤1.30
	★★★★☆	1.61-1.80	1.51-1.70	1.41-1.60	1.31-1.40
	★★★★☆	1.81-1.90	1.71-1.80	1.61-1.70	1.41-1.60
	★★★★☆	1.91-2.00	1.81-2.00	1.71-1.90	1.61-1.81
	★★★★☆	>2.00	>2.00	>1.90	>1.80

歩行速度は人生においても重要な指標！？

「歩行速度と寿命は**相関**関係にある」という研究報告

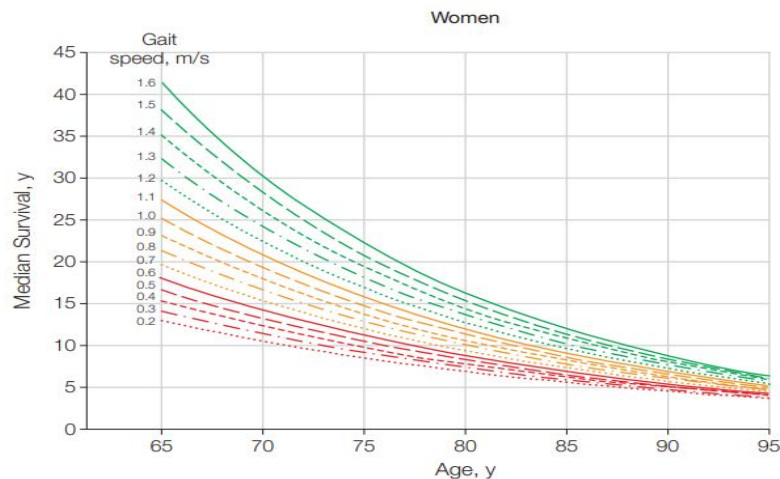
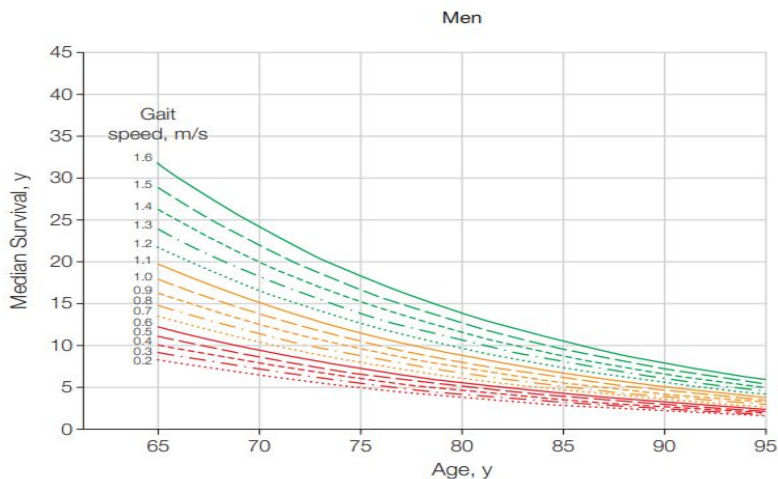
例) 65歳の男性

歩行速度1.6m/sで歩行する人の平均寿命は95歳以上(平均余命30年以上)

歩行速度0.8m/sで歩行する人の平均寿命は80歳(平均余命15年)

歩行速度0.2m/sで歩行する人の平均寿命は74歳(平均余命9年)と**予測**できる。

Figure 2. Predicted Median Life Expectancy by Age and Gait Speed



A PDF of enlarged graphs is available at <http://www.jama.com>.

その他の歩行速度と健康関連の研究報告

歩行速度は重要な健康指標

- **歩行速度**が0.1m/s改善すれば死亡率が12%軽減する。

(Gait Speed and Survival in Older Adults)

- **歩行速度**が平均余命に最も強い相関を示す。

(Comparative Relevance of Physical Fitness and Adiposity on Life Expectancy: A UK Biobank Observational Study)

- **歩行速度**はサクセスフルエイジングに関与する。

(Physical activity at midlife in relation to successful survival in women at age 70 years or older)

- 軽度認知障害の12年前から**歩行速度**の低下(0.01m/s/y)を認める。

(The trajectory of gait speed preceding MCI)

- 1年間に0.15m/s以上の**歩行速度**の低下を認めると転倒リスクが高まる。

(The nonlinear relationship between gait speed and falls: the Maintenance of Balance, Independent Living, Intellect, and Zest in the Elderly of Boston Study.)



介護予防の入口は歩行速度

「あの人、歩く速さが遅いかも？」これが大事な入口になる

- 日本国内の高齢者10351人を対象とした研究。
- いくつかの身体機能検査のなかでも**歩行速度が遅いことが介護の必要性と強く関連していた。**
- 要介護者と自立して地域で生活する高齢者と判別する**歩行速度は1.0m/秒とされる。**
- 歩行速度1.0m/秒未満の高齢者では、身体的自立を維持するための予防戦略が必要になることが示唆された。

Performance-based assessments and demand for personal care in older Japanese people: a cross-sectional study



👁️機能訓練に特化したデイサービス限定のはなし？

👣 多くのデイサービスでも出来ることがあります



マイホコには特別な道具はひとつもありません

汎用性の高いシステムを目指して



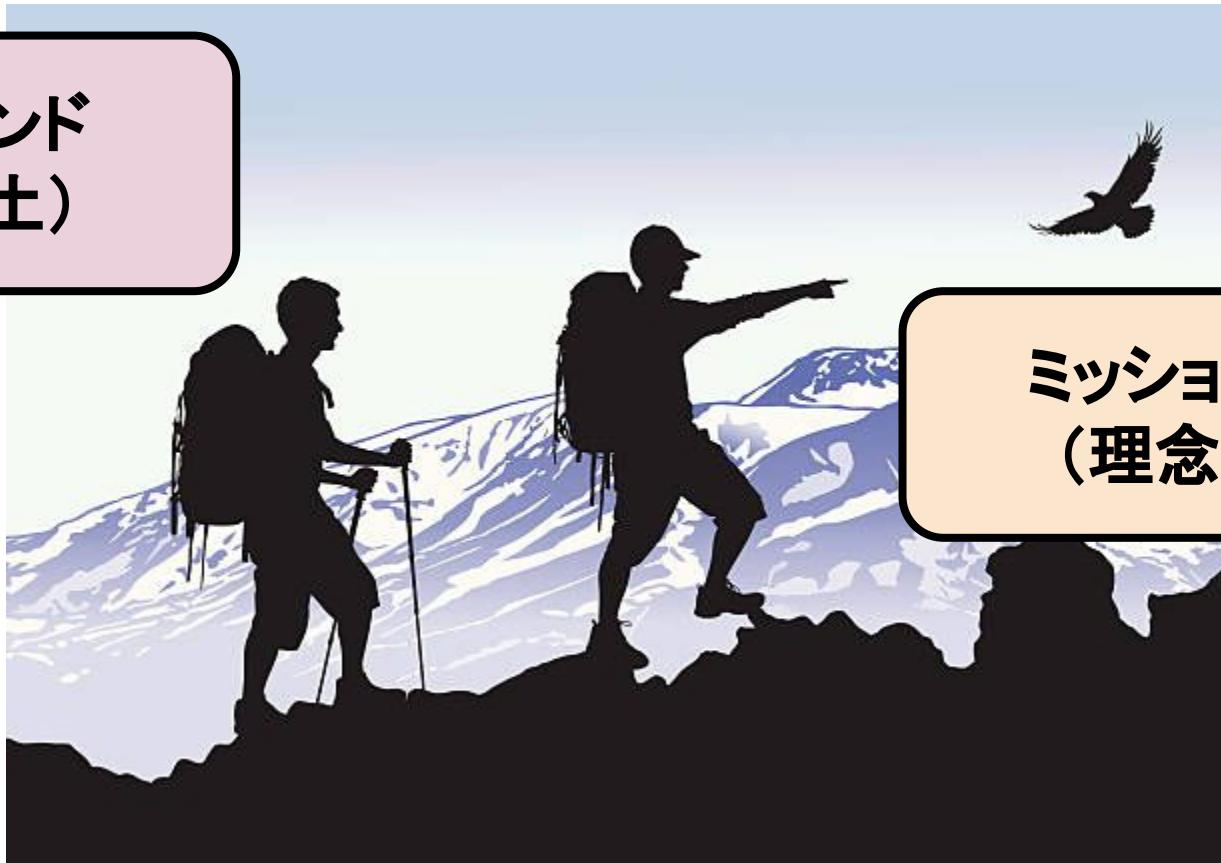
👁️ 道具や設備レベルは大きな問題ではない



じゃあ何が重要ななの？

明確なミッションステートメントと浸透するマインド

マインド
(風土)



ミッション
(理念)

明確なミッションステートメント

歩きを通じて人生をサポートしたい

- マイホコ(マイ歩行速度)を合言葉に、「いつまで歩けるだろう? **不安**を**希望**に変える体験をお届けするデイサービス」



「不安を希望に変える」ために
個人の経験だけに頼らず、データドリブンといった方法や
日々、最適解を探求する自浄作用が生まれる。



ミッションが明確であれば、自分たちの行動が自ずと導き出される

👁️ 浸透するマインド「治療同盟」

👣 治療同盟の構築が全ての鍵

- 治療同盟は「セラピストとクライアント間の協力(信頼)関係」を指す。

単に、
「治療を受けるもの、治療を提供するもの」
という関係性ではなく、目的に向かって協力するとい
うクライアントとの**伴走型**の**関係づくり**。

⇒ 自己効力感を高め、行動変容を促す鍵



相手を信頼、見立てからアプローチの提案、治療同盟の締結へ

治療同盟は全てのソーシャルサポートの土台となる

治療同盟の構築は高齢者の結果的に**身体活動**を高める

- ・高齢者の身体活動は治療同盟の構築が重要な促進因子となる。

A Meta-Study of Qualitative Research on Social Support Related to Physical Activity Among Older Adults

- ・高齢者への身体活動介入における治療同盟の潜在的な重要性が示唆された。
参加者が専門家から受けたサポートを有益で重要であると認識することが重要。

Older people's perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature



認知症予防のエビデンスと社会実装

介入を有効に継続する鍵は”人”

- 認知症施策推進大綱が掲げる予防において、FINGER研究で、運動、栄養、認知トレーニング といった多因子介入により、認知機能低下の速度が緩やかになることが報告されている。
- 最も重要なのは、プログラム指導を実際に行う人のキャラクターを含めたコミュニケーションスキル。(一部引用改変)

認知症予防のエビデンス構築，社会実装のこれまでとこれから

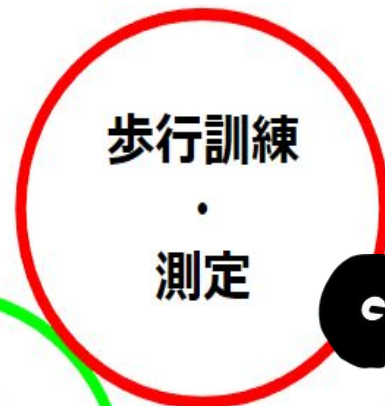
対談: 座談会 櫻井孝, 古和久朋

2023.05.22 週刊医学界新聞(通覧号): 第3518号より



治療同盟を築いて何をしているのか？

マイホコBIG5を徹底的に狙い撃ち



歩行に関連する下地を整えながら低活動な生活習慣から脱却していく

デイサービスは全スタッフの総力戦

マイホコにおける各スタッフの主な役割イメージ

● 介護スタッフの役割

- 運動のサポート(一緒に実施)
- 運動量の設定・コントロール
- 利用者、スタッフマネジメント

● 機能訓練指導員の役割

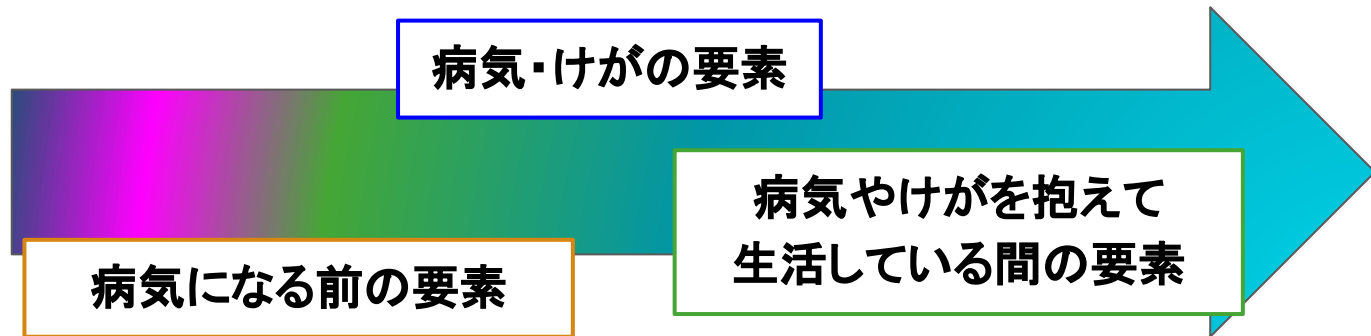
- 病態の解釈・予後予測(見立て)
- 運動等のコーディネート
- 運動量の設定・コントロール
- 利用者、スタッフマネジメント



👁️病態理解(見立て)の重要性

👣年齢や病気、介護という言葉に惑わされない

病気？年齢？介護度？ ←これらの情報に目が行きがちですが



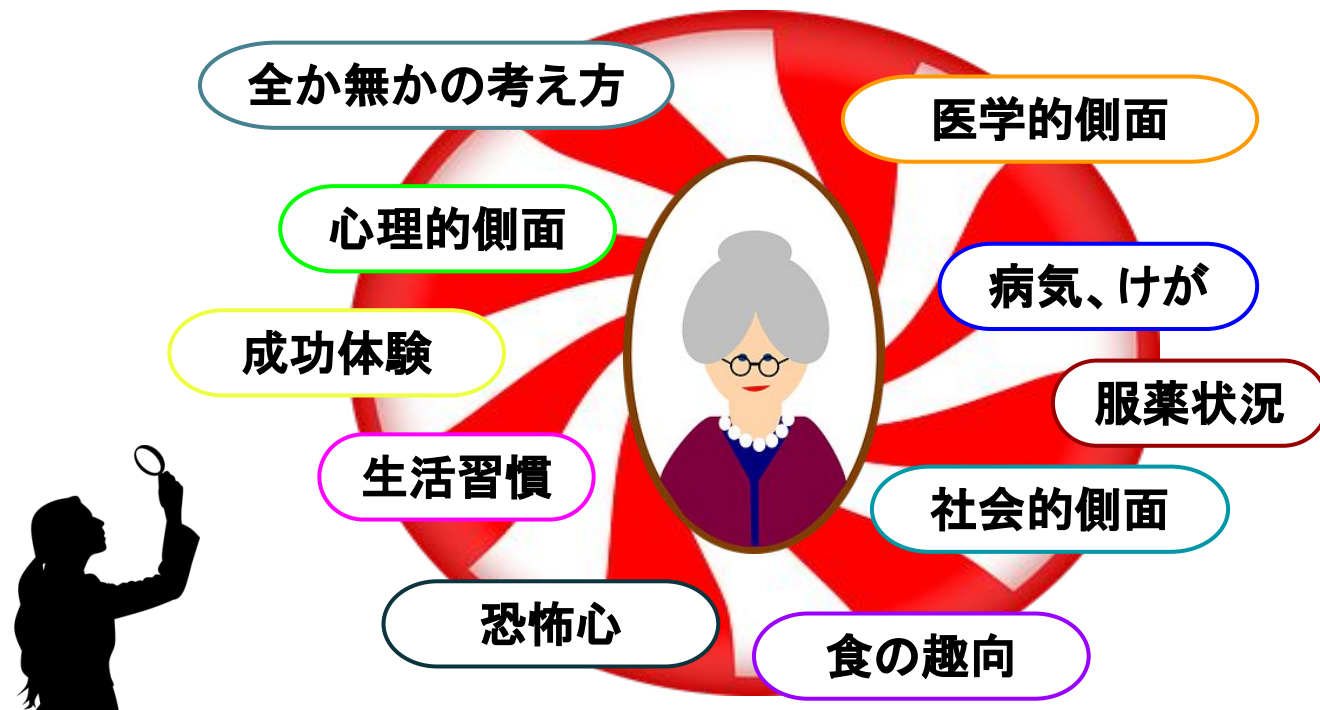
きっとどこかに隠れる**廃用**の要素

病態は時間軸の経過とともに複数の要素が入り混じっている！

廃用期間が短期間であればあるほど取り返せる可能性が高い！

👁️ 病態理解(見立て)の重要性

👣 その人を構成する複雑に絡み合う因子をどう読み取るか



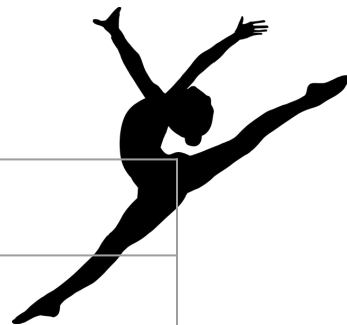
見立てはスタッフ、チームの志向性が多分に影響するため自浄作用が重要

正しい運動方法「神話」を気にしすぎ

「体操」程度の運動において、運動方法が多少違ってても有害事象は少ない

- 介護スタッフも一緒に運動に取り組んでいる
 - 全スタッフが利用者とコミュニケーションを図ることができ、励ましや共感、フィードバックを行うチャンスになる

訓練の対象者	5人程度以下の小集団または個別
訓練の実施者	機能訓練指導員が直接実施 (介護職員等が訓練の補助を行うことは妨げない)



全スタッフが利用者の全員とコミュニケーションを図れるシステム

生活期の運動は精密な質よりも適切な量

道具を使用しない運動を中心とした取り組み



運動量の目安

- ・ややきついと思える程度
- ・休んだらまたできると思える程度

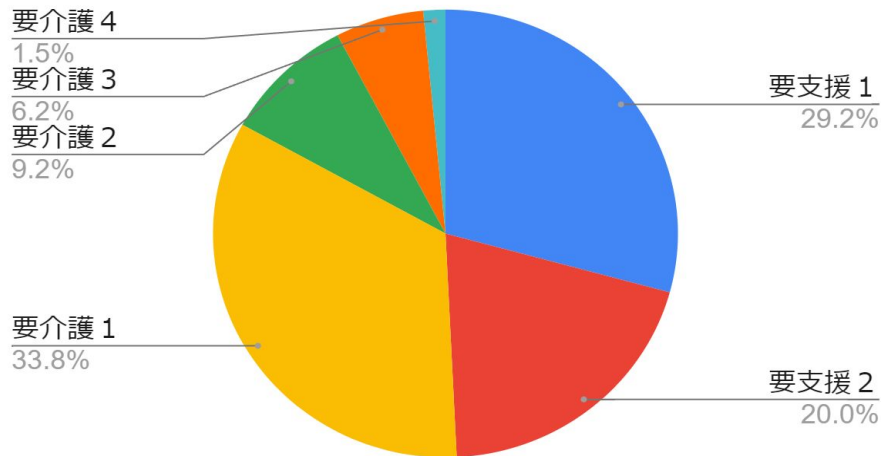
適切な運動量の設定と密なサポート

データ(実績)を参照しながら可能性を探る

母集団の特性

利用者属性(全体)			
		n数	64
性別	男	27	42.19%
	女	37	57.81%
年齢	最大	92	
	最小	53	
	平均	80.69	
	標準偏差	7.58	
介護度	要支援1	16	25.00%
	要支援2	15	23.44%
	要介護1	20	31.25%
	要介護2	8	12.50%
	要介護3	4	6.25%
	要介護4	1	1.56%
	要介護5	0	0.00%

利用者の介護度割合 (%)

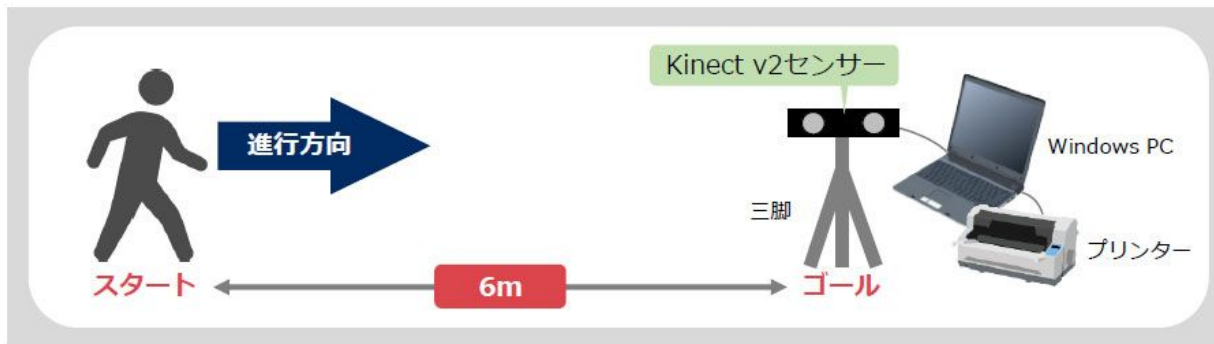


平均利用回数	最大	5	
	最小	1	
	平均	1.56	
	標準偏差	0.71	

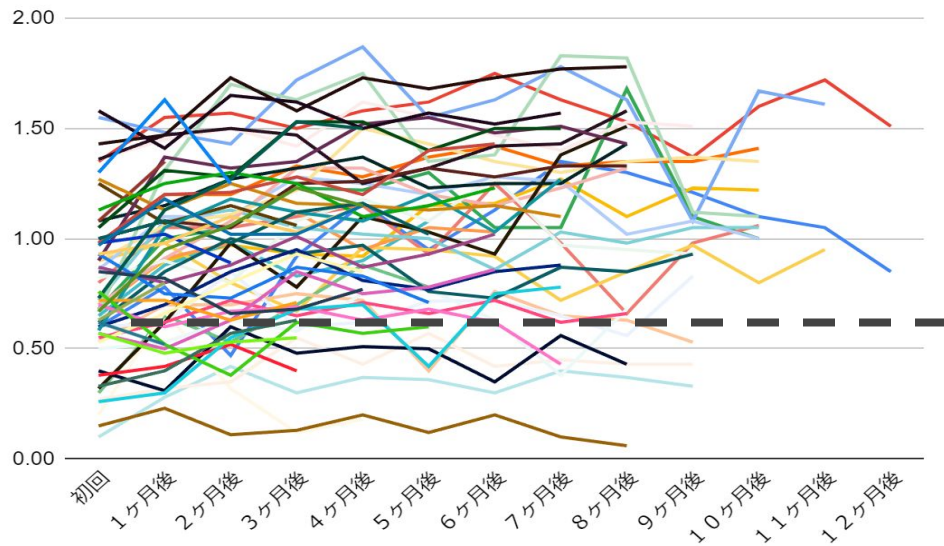
最大歩行速度の測定方法

歩行速度の測定は非常に簡便

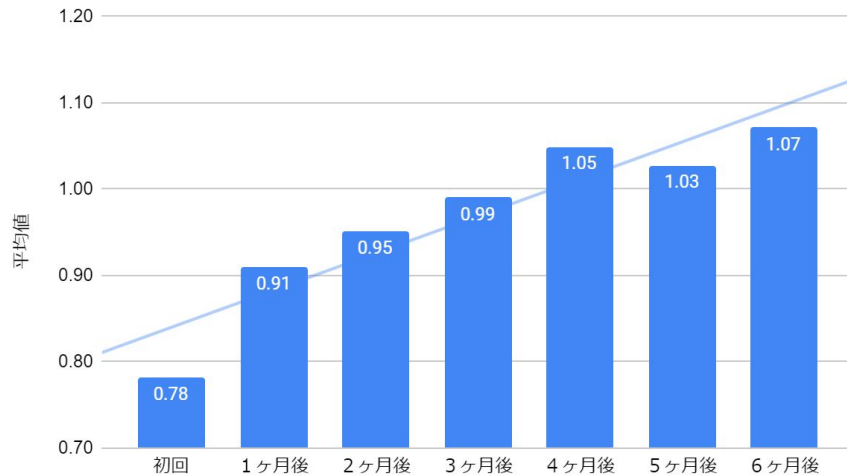
1. 「なるべく速く歩いてください」と指示
2. 歩行様式はできる最大の歩行（日常は杖でも努力で独歩なら独歩で測定）
3. 加減速路を含む約6mの直線を利用しKinectという測定器により測定
4. 測定はKinectのエラーがない限り一回の測定
5. 測定結果を60で除し秒速に換算し小数点第二位まで繰り上げ



マイホコサービスでも歩行速度の向上を実現している



マイホコ利用者の歩行速度平均推移



	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後
改善数	50	45	47	44	38	38
改善割合	78.13%	73.77%	79.66%	81.48%	80.85%	90.48%
母数	64	61	59	54	47	42

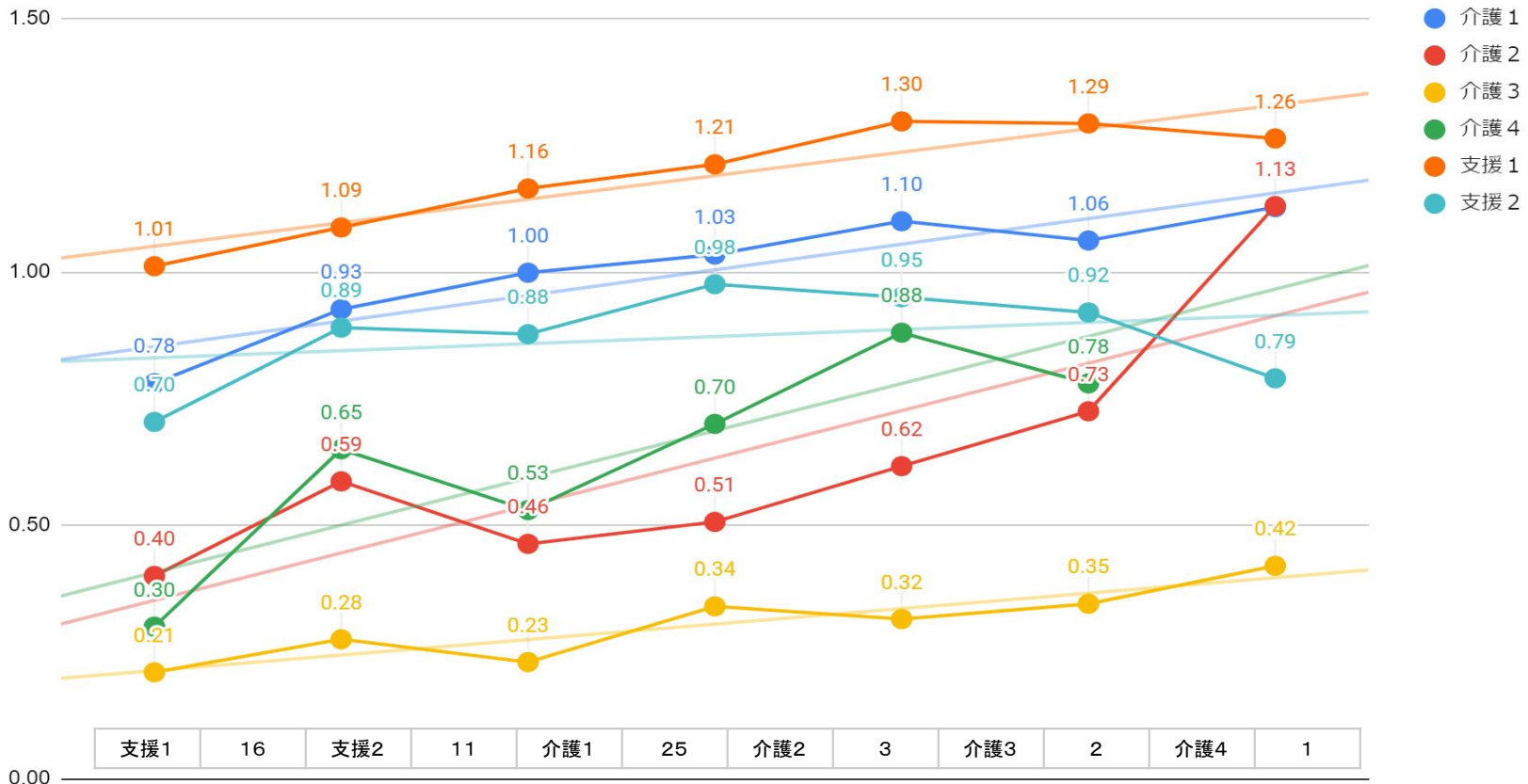
変化量は概ね
0.04-0.18m/秒/月

マイホコ利用者の歩行速度の経時変化(実績)



マイホコ利用者における介護度別平均歩行速度の推移

(2022.11末時点)



マイホコ利用者における初回チェック時の歩行速度

約77%の方々は、歩行速度1.0m/sに満たない結果であった

歩行速度1.0m/秒未満の群

性別	男	23	46.94%
	女	26	53.06%
年齢	最大	91	
	最小	53	
	平均	80.59	
	標準偏差	7.92	
介護度	要支援1	8	16.33%
	要支援2	13	26.53%
	要介護1	15	30.61%
	要介護2	8	16.33%
	要介護3	4	8.16%
	要介護4	1	2.04%
	要介護5	0	0.00%

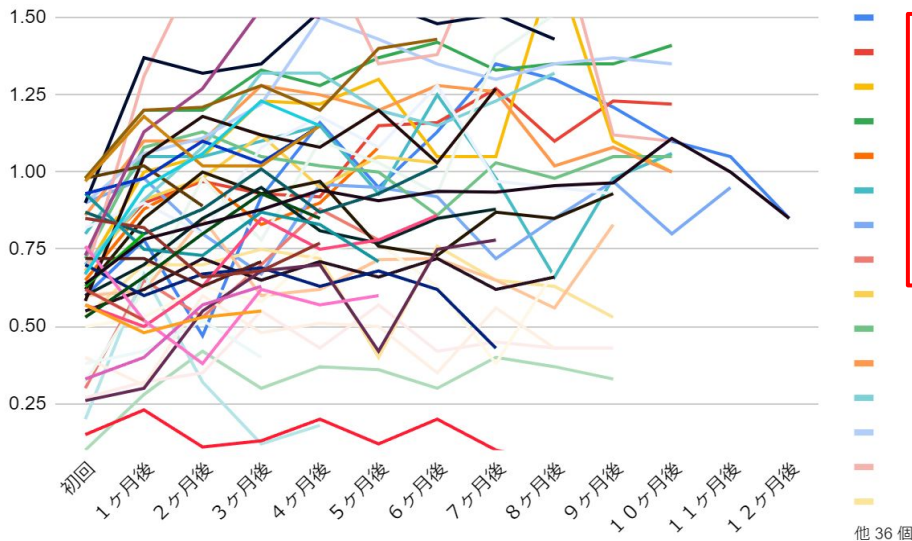
歩行速度1.0m/秒以上の群

性別	男	8	36.36%
	女	14	63.64%
年齢	最大	92	
	最小	71	
	平均	81.14	
	標準偏差	6.30	
介護度	要支援1	10	45.45%
	要支援2	4	18.18%
	要介護1	8	36.36%
	要介護2	0	0.00%
	要介護3	0	0.00%
	要介護4	0	0.00%
	要介護5	0	0.00%

👣最大歩行速度1.0m/秒を満たさなかった方々のその後

👣半年以内に約93.55%に歩行速度の向上を認めた

歩行速度1.0m/秒に満たない方々のうち**42.86%**は**歩行速度1.0m/秒をクリア**

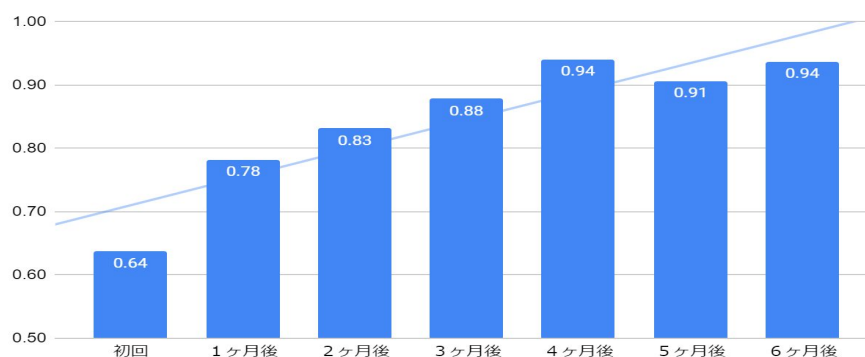


向上を認めなかった方々の傾向は、

- 計画的な利用ができていなかった
- 自宅での低活動

...といった印象

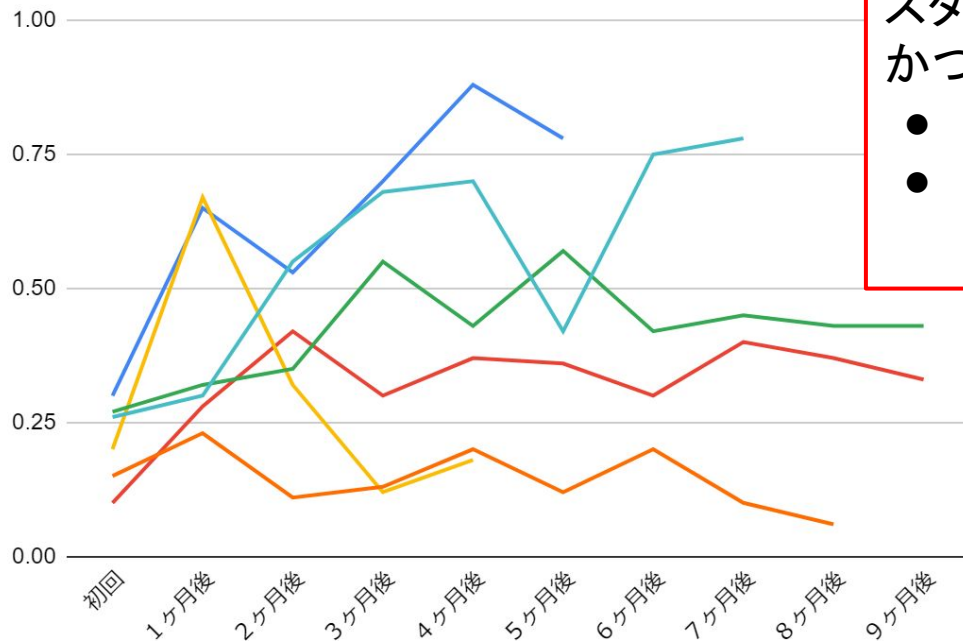
初回歩行速度1.0m/s未満の利用者群における歩行速度の平均推移



	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後
改善数	38	36	36	36	30	29
母数	49	47	46	42	35	31
割合	77.55%	76.60%	78.26%	85.71%	85.71%	93.55%

開始時点で最大歩行速度0.3m/秒未満の方々の傾向

歩行速度が非常に遅い方々でも改善する見込みはある



スタート時点で歩行速度が遅く、かつ、向上を認めなかった方々の傾向は、

- 計画的な利用ができていなかった
- 自宅での低活動

...という印象

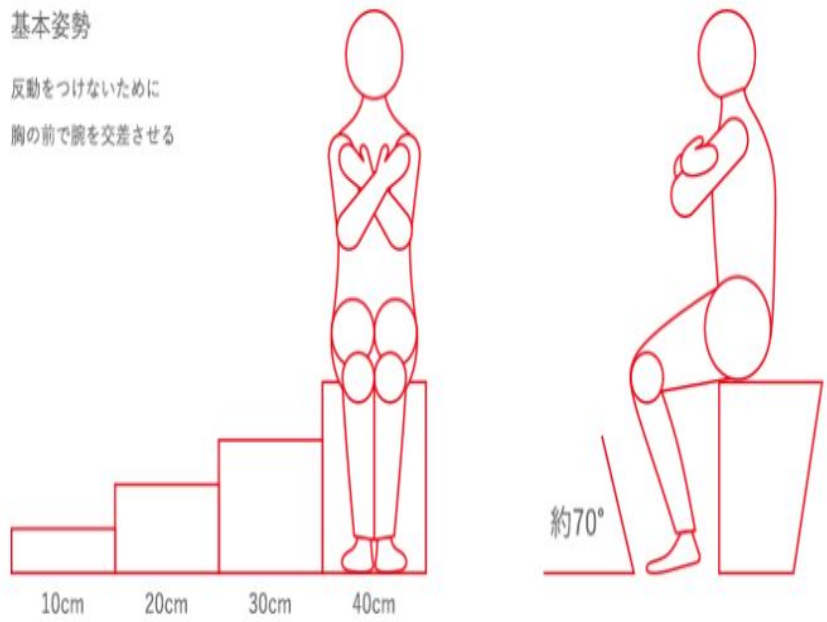


簡便な下肢筋力測定方法 立ち上がりテスト

足の筋力が強いほど歩行速度も優れる

基本姿勢

反動をつけないために
胸の前で腕を交差させる



WBI: Weight Bearing Index (体重支持指数)
= 大腿四頭筋筋力 / 体重

台の高さ (cm)	片足立ち (WBI)	両足立ち (WBI)
40	0.6	0.3
30	0.7	0.35
20	0.9	0.45
10	1	0.5



山本利春ら(2002)より改変

<https://locomo-joa.jp/check/test/stand-up.html>

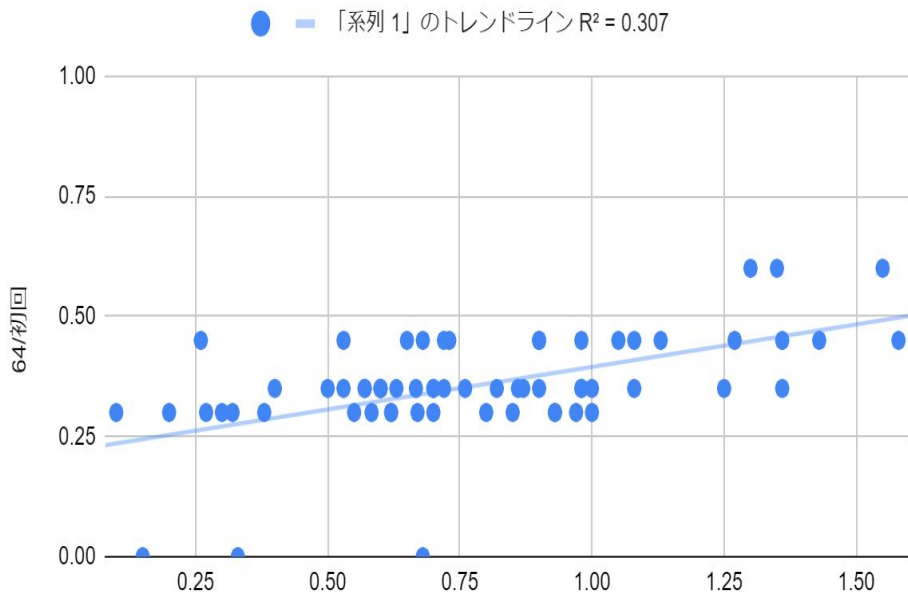
図5 立ち上がりテストと体重支持指数の関係

最大歩行速度に影響する因子：下肢筋力

初回チェック時における歩行速度と立ち上がりテスト

一般的に下肢筋力が強いほど歩行速度は速くなる傾向

歩行速度と立ち上がりテスト



ミュータス F-1



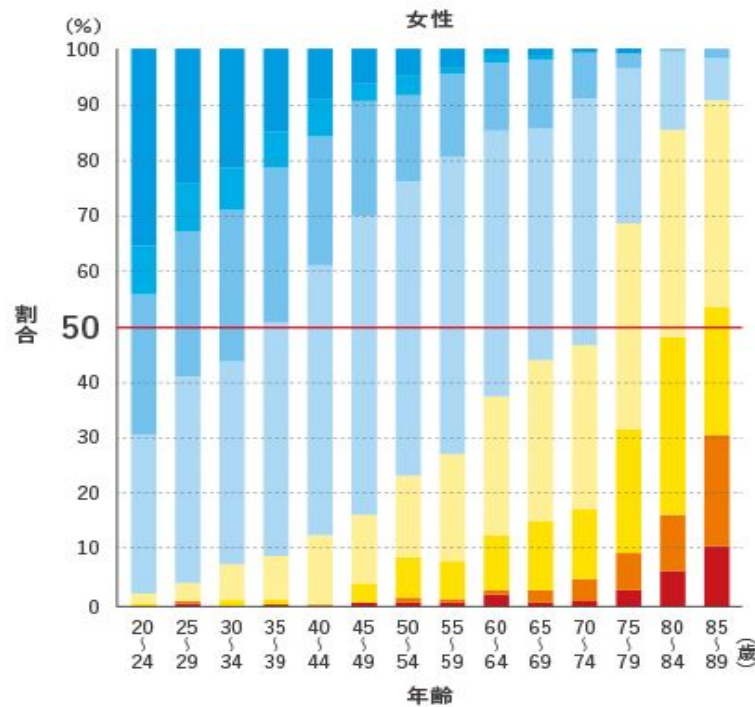
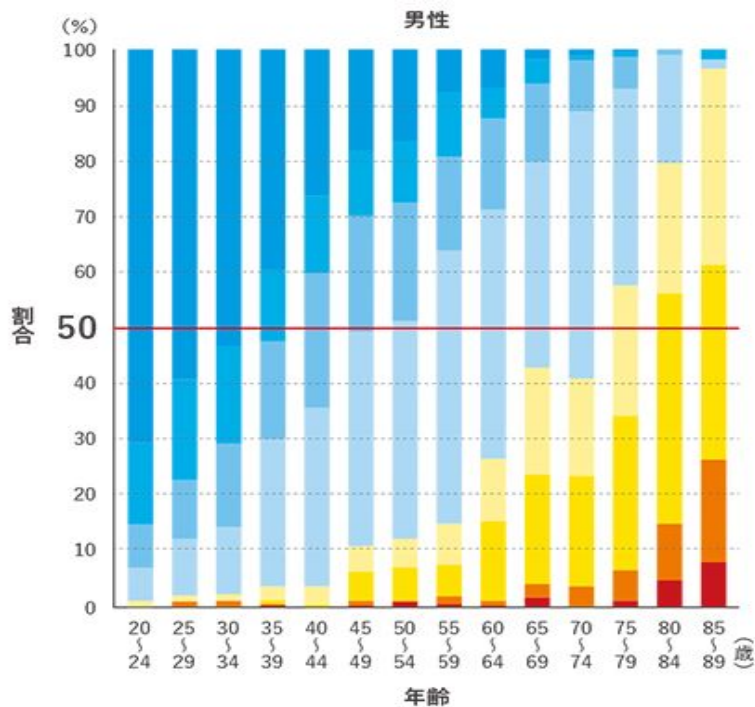
薄型センサーと固定ベルト方式はアニメマだけ

ハンドヘルドダイナモメーター (HHD) μ Tas F-1は多くの国内外文献に裏付けられた業界N0.1の信頼性の高い筋力計です。スタンダードとして評価されています。 μ Tas (超小型のフォースプレート) を使った日本人の膝伸展筋力の標準値です。

【文献】 山崎裕司 他6名 等尺性筋力と移動動作の関連/総合リハ・30 巻8号 p747-p752/2002年8月

平澤有里・長谷川輝美・松下和彦・山崎裕司 健常者の等尺性伸展筋力/PTジャーナル第38巻第4号 p330-p333/2004年4月

立ち上がりテストの参考値



- 片脚10cm
- 片脚20cm
- 両脚10cm
- 両脚30cm
- 片脚30cm
- 片脚40cm
- 両脚20cm
- 両脚40cm (もしくは不能)

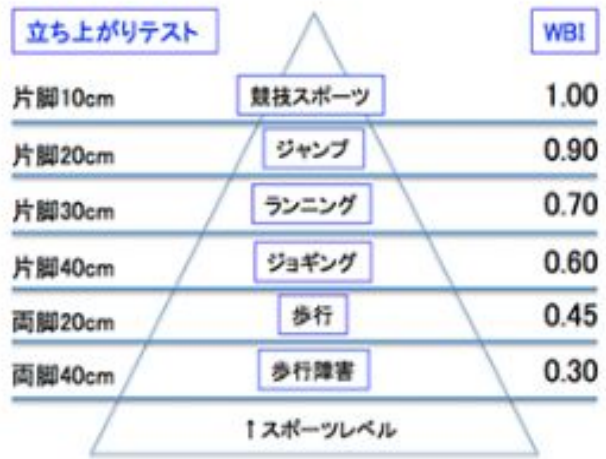
※「歩行に他者の介助を必要とせず、運動器疾患の治療中でない地域在住者8681人」を対象とした調査結果より作成、参考:Yamada, K et al. J Orthop Sci 2020

マイホコ利用者における初回チェック時の立ち上がりテスト

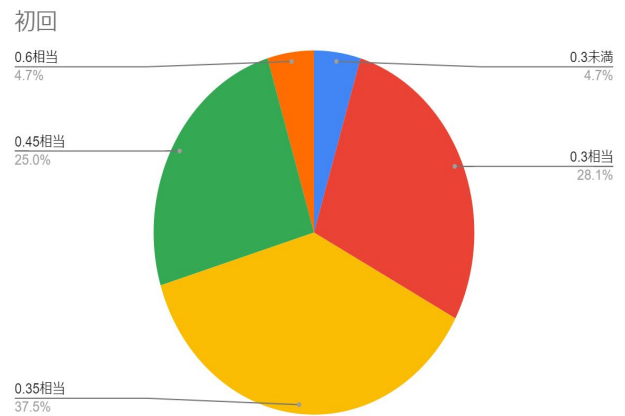
約70%の方々は、WBI 0.45に満たない状態であった

WBI: Weight Bearing Index (体重支持指数)
= 大腿四頭筋筋力 / 体重

台の高さ (cm)	片足立ち (WBI)	両足立ち (WBI)
40	0.6	0.3
30	0.7	0.35
20	0.9	0.45
10	1	0.5



山本利春ら(2002)より改変



	初回
0.3未満	3
0.3相当	18
0.35相当	24
0.45相当	16
0.6相当	3
0.7以上	0

図5 立ち上がりテストと体重支持指数の関係

WBI0.45に満たなかった方々の特徴

WBI 0.45を基準に分けた際、年齢の影響は強くはなさそう

WBI 0.45未満の群

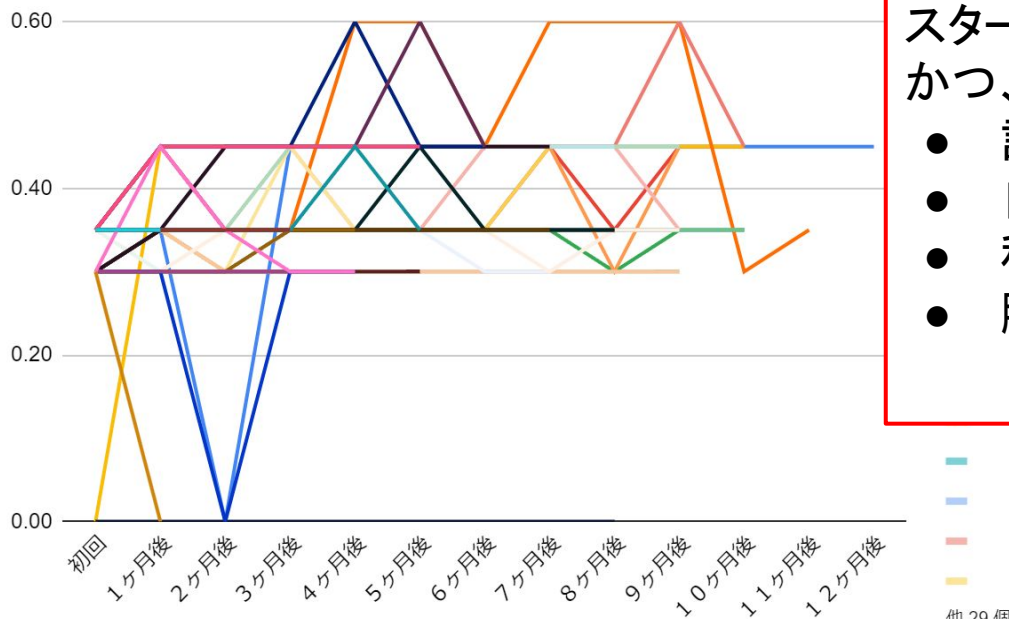
性別	男	17	38.64%
	女	27	61.36%
年齢	最大	91	
	最小	53	
	平均	80.45	
	標準偏差	7.96	
介護度	要支援1	9	20.45%
	要支援2	13	29.55%
	要介護1	10	22.73%
	要介護2	7	15.91%
	要介護3	4	9.09%
	要介護4	1	2.27%
	要介護5	0	0.00%

WBI 0.45以上の群

性別	男	11	55.00%
	女	9	45.00%
年齢	最大	92	
	最小	70	
	平均	81.95	
	標準偏差	6.38	
介護度	要支援1	7	35.00%
	要支援2	2	10.00%
	要介護1	10	50.00%
	要介護2	1	5.00%
	要介護3	0	0.00%
	要介護4	0	0.00%
	要介護5	0	0.00%

WBI0.45に満たなかった方々の特徴

WBI 0.45に満たない方々のうち**45.45%の方々がWBI 0.45をクリア**




スタート時点でWBI 0.45未満、かつ、向上を認めなかった方々の傾向は、

- 計画的な利用ができていなかった
- 自宅での低活動
- 程度の強い運動麻痺
- 膝や足関節の関節可動域制限

...といった印象

※立ち上がりリテストはその特性上、段階づけ差分を捉えづらい

デイサービスは可能性の塊

 デイサービスの**利点**を生かしたミッションとシステム作り

例) 医療機関リハビリテーション 20~40分

この短時間でペース配分をコントロールしながら運動をすることは容易ではない。

例) 通所介護 3時間以上4時間未満～

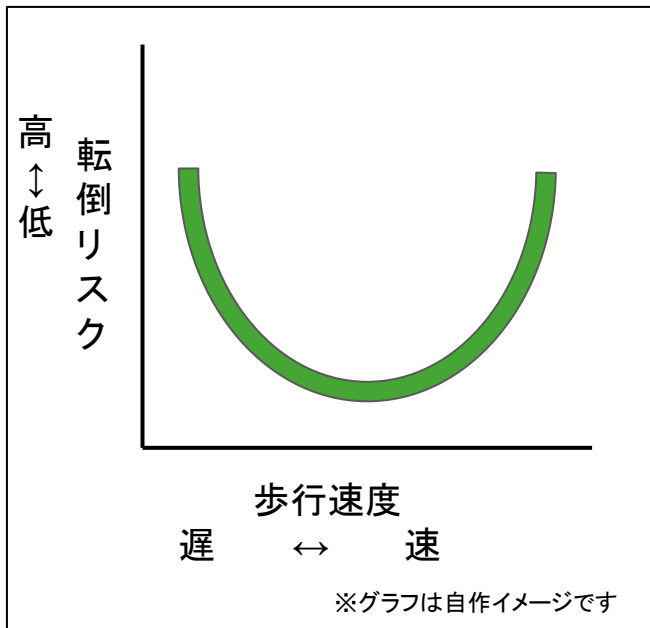
ペースングを図りながら少なくとも十分な時間を運動に取り組める。

十分な時間が活用できコミュニケーションチャンスが多い！

歩行速度における注意点

いつでも「速く歩きましょう」は転倒リスクを高める可能性

「とにかく速く歩きましょう」という指導は**不適切**な可能性が高い！



転倒は様々な因子が絡み合うが...

- 歩行速度が速い人たちは屋外での転倒傾向
- 歩行速度が遅い人たちは屋内での転倒傾向
という結果であった。

しかし、

歩行速度の速さに関係なく年間0.15m/秒以上の歩行速度の低下を認めると**転倒リスク**が高まると報告された。

(The nonlinear relationship between gait speed and falls: the Maintenance of Balance, Independent Living, Intellect, and Zest in the Elderly of Boston Study.)

大切なことは

- 歩行速度は高齢者の日常生活自立度において重要な指標となり得る。
- 前向きな伴走型の関係づくりが(治療同盟)全ての基盤となる。
- 病気や年齢、介護度に捉われず、いかに身体活動を高めるかが鍵となる。
- 自分たちのチームの理念や風土が、チームの意思決定の土台となる。

私たちのマインドひとつで、地域の健康にもっと寄与できるかもしれない



ご清聴ありがとうございました。

少しでも**デイサービス**に**可能性**を感じていただけたら幸いです。

FIN.