

◇運動器の機能向上事業の流れ

運動器の機能向上事業の流れをひとつのモデルとして下図に示します。運動器の機能向上事業の目的は、参加者の身体的な問題を把握し、運動により維持・向上を図ることにとどまらず、運動による効果を日常生活の拡大・維持へつなげていくことです。そのためには、事業を実践していく上で、目標を明確にすること、運動習慣を持っていただくこと、家庭でも継続した運動を実践していただくことが重要となります。また、高齢者の生活上の問題は、身体機能に限らず、心理面、環境面など様々です。そのため、多面からの評価や教育的なアプローチを取り入れていくことも必要です。

期	回数	目 標	主な内容
初期	1	◇ご自分の体力を知りましょう	オリエンテーション
	2	◇生活上の目標を立てましょう	評価(問診、体力テストなど) 運動の留意点など
Ⅱ期	3	◇運動に慣れましょう ◇運動の目的を理解しましょう	運動プログラムの実践(集団体操) 個別プログラムの実践 レクリエーション
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
Ⅲ期	9	◇運動を少しずつ増やしていきましょう ◇介護予防のための知識を増やしましょう ◇運動の効果を実感しましょう	講話(口腔、栄養、もの忘れなど) 中間評価(問診、体力評価など) プログラムの追加・変更 個別プログラムの追加・変更
	10		
	11		
	12		
	13		
	14		
	15		
Ⅳ期	16		
	17	◇運動を少しずつ増やしていきましょう ◇家でも定期的に運動しましょう ◇運動の効果を実感しましょう ◇運動を継続しましょう	運動プログラムの実践(集団体操) 個別プログラムの実践 講話(家屋チェック、転倒予防など) ホームエクササイズの実践 最終評価(問診、体力評価など)
	18		
	19		
	20		
	21		
	22		
	23		
	24		

運動器の機能向上に関するチェック表

会場()

◇対象者向け

()の中に該当する数字①～⑤を記入して下さい。

事後評価			平成	年	月	日
問1 教室に参加する以前と比べて、 買い物、散歩など、近所に外出 する機会が増えましたか	①非常に増えた ③変わらない ⑤減った	②まあまあ増えた ④あまり増えない	()			
問2 教室に参加する以前と比べて、 階段の上り下りが楽になりましたか	①非常に楽になった ③変わらない ⑤楽ではない	②まあまあ楽になった ④あまり楽ではない	()			
問3 教室に参加する以前と比べて、 膝や腰、足の痛みなどが少なくな りましたか	①非常に少なくなった ③変わらない ⑤増えた	②まあまあ少なくなった ④少し増えた	()			
問4 教室に参加する以前と比べて、 からだを動かすことが楽しいと 感じられますか	①非常に楽しい ③変わらない ⑤楽しくない	②まあまあ楽しい ④あまり楽しくない	()			
問5 教室に参加する以前と比べて、 意識的にからだを動かすようにな りましたか	①非常に動かすようになった ③変わらない ⑤動かさない	②まあまあ動かすようになった ④あまり動かさない	()			

◇市町向け

開眼片脚立ちで改善がみられた人数 ※目安として、5秒以上の延長がみられた方	()
椅子起立時間で改善がみられた人数 ※目安として、2秒以上早くできた方	()
Timed Up & Go testで改善がみられた人数 ※目安として、1秒以上早く歩けた方	()

① 氏 名			② 性 別	男 女
③ 生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 (歳)			
④ 住 所			⑤ 電 話	
⑥ 家族構成	独居 同居(どちらかに○) ↓ 同居家族: 配偶者 息子 娘 嫁 婿 孫 兄弟 その他()			
⑦ 住 環 境	斜面 平地 ・ 坂道が多い ・ 階段が多い ・ 道幅が狭く歩道がない ・ 歩道に段差が多い ・ 交通量が激しく外出危険 ・ 特に問題なし			
〈 健康状態 〉				
⑧ 受 診	有 → 病 院 名() 主治医名() 無			
⑨ 診療科目	内科 外科 整形 眼科 耳鼻科 泌尿器科 その他()			
⑩ 治療疾患	脳卒中 高血圧 糖尿病 高脂血症 肥満症 心臓病 眼病 腰痛症 泌尿器の病気 内臓の病気 肝臓病 呼吸器疾患 骨粗鬆症 変形性膝関節症 その他()			
⑪ 自覚症状	頭痛 めまい 目のかすみ 耳なり 手足のしびれ たちくらみ 腰痛 膝痛 その他()			
⑫ 服薬状況	有 (種類) 無			

資 料

以下の質問のそれぞれについて、今の考えを、「はい」「いいえ」のいずれかでお答え下さい。
(「はい」、「いいえ」のどちらかに○を付けて下さい。)

お名前 _____ 性別 男 ・ 女 年齢 _____

	(初回・3ヶ月後・6ヶ月後) 評価日 年 月 日	
1. 今の生活に満足しているといえますか？	0. はい	1. いいえ
2. 毎日の活動力や世間に対する関心がなくなってきたように 思いますか？	1. はい	0. いいえ
3. 生きているのが虚しいように感じますか？	1. はい	0. いいえ
4. 退屈に思うことがよくありますか？	1. はい	0. いいえ
5. 普段は気分がよいですか？	0. はい	1. いいえ
6. 何か悪いことが起こりそうな気がしますか？	1. はい	0. いいえ
7. 自分は幸せなほうだと思いますか？	0. はい	1. いいえ
8. どうしようもないと思うことがよくありますか？	1. はい	0. いいえ
9. 外に出かけるよりも家にいるほうが好きですか？	1. はい	0. いいえ
10. ほかに人より物忘れが多いと思いますか？	1. はい	0. いいえ
11. 今、生きていることが素晴らしいと思いますか？	0. はい	1. いいえ
12. 生きていても仕方ないという気持ちになることがありますか？	1. はい	0. いいえ
13. 自分が活力に満ちていると感じますか？	0. はい	1. いいえ
14. こんな暮らしでは希望がないと思いますか？	1. はい	0. いいえ
15. ほかに人は、自分より裕福だと思いますか？	1. はい	0. いいえ
	合計点	点

資 料

あなたは、次の動作をする時にどの位自信をもってできますか。

(各項目ごとにあてはまる番号1つに○をつけて下さい。必ずご本人がお答え下さい。)

お名前 _____ 性別 男 ・ 女 年齢 _____

(初回 ・ 3ヶ月後 ・ 6ヶ月後)	評価日	年	月	日
(1)入浴する 1. 全く自信がない 2. あまり自信がない 3. まあ自信がある 4. 大変自信がある				
(2)戸棚やタンスを開ける 1. 全く自信がない 2. あまり自信がない 3. まあ自信がある 4. 大変自信がある				
(3)簡単な食事の用意をする 1. 全く自信がない 2. あまり自信がない 3. まあ自信がある 4. 大変自信がある				
(4)家の回りを歩く 1. 全く自信がない 2. あまり自信がない 3. まあ自信がある 4. 大変自信がある				
(5)布団に入ったり、布団から起きあがる 1. 全く自信がない 2. あまり自信がない 3. まあ自信がある 4. 大変自信がある				
(6)電話にすぐ対応する 1. 全く自信がない 2. あまり自信がない 3. まあ自信がある 4. 大変自信がある				
(7)座ったり、立ったりする 1. 全く自信がない 2. あまり自信がない 3. まあ自信がある 4. 大変自信がある				
(8)服を着たり、脱いだりする 1. 全く自信がない 2. あまり自信がない 3. まあ自信がある 4. 大変自信がある				
(9)簡単なそうじをする 1. 全く自信がない 2. あまり自信がない 3. まあ自信がある 4. 大変自信がある				
(10)簡単な買い物をする 1. 全く自信がない 2. あまり自信がない 3. まあ自信がある 4. 大変自信がある				
		合計点	点	

資 料

以下の質問のそれぞれについて、「はい」「いいえ」のいずれかでお答え下さい。

(「はい」、「いいえ」のどちらかに○を付けて下さい。)

お名前 _____ 性別 男 ・ 女 年齢 _____

	(初回・3ヶ月後・6ヶ月後) 評価日 年 月 日	
1. この1年間に転倒しましたか？	1. はい	0. いいえ
2. 横断歩道を青信号の間に渡りることができますか？	0. はい	1. いいえ
3. 1kmぐらい続けて歩くことができますか？	0. はい	1. いいえ
4. 片足で立ったまま靴下をはくことができますか？	0. はい	1. いいえ
5. 水で濡れたタオルや雑巾をきつくしぼることができますか？	0. はい	1. いいえ
6. この1年間に入院したことがありますか？	1. はい	0. いいえ
7. 立ちくらみをすることがありますか？	1. はい	0. いいえ
8. 今までに脳卒中を起こしたことがありますか？	1. はい	0. いいえ
9. 今までに糖尿病といわれたことがありますか？	1. はい	0. いいえ
10. 睡眠薬、降圧剤、精神安定剤を服用していますか？	1. はい	0. いいえ
11. 日常、サンダルやスリッパをよく使いますか？	1. はい	0. いいえ
12. 家の中でよくつまずいたり、すべったりしますか？	1. はい	0. いいえ
13. 目は普通に(新聞や人の顔など)よく見えますか？	0. はい	1. いいえ
14. 耳は普通に(会話など)よく聞こえますか？	0. はい	1. いいえ
15. 転倒に対する不安は大きいですか？あるいは転倒が怖くて外出を控えることがありますか？	1. はい	0. いいえ
	合計点	点

過去、1年間の転倒状況についてお聞きます。

※「転倒」とは立っている時や歩いている時にバランスを崩して、手や膝、お尻など体の一部が地面や床につくことです。

1)この1年間で、家の中や外で、足がすべったり、つまずいたりして転んだことがありますか。

(階段、踏み台などからの転落も含みます。)

は い ・ いいえ

2)「はい」と答えた方へお聞きます。

この1年間で何回、転びましたか？ () 回

次の質問からは最もひどく転んだ時のことでお答え下さい。

(1)転んだのはいつですか？

①何月頃ですか？ 月頃 (1. 春 2. 夏 3. 秋 4. 冬)

②何時頃ですか？ 時頃 (1. 午前 2. 午後 3. 夜 4. 深夜 5. 早朝)

(2)どこで転びましたか？(最もひどく転んだ時の場所をお答えください。)

①家の中で転んだ方： 1. 玄関 2. 居間・部屋 3. トイレ 4. 風呂場

5. 食堂 6. 廊下 7. 階段

8. その他()

②家の外で転んだ方： 1. 庭 2. 平らな道 3. 坂道

4. 田畑 5. 屋外階段 6. 乗り物

7. その他()

(3)転んだ時、何を履いていましたか？

①家の中で転んだ方： 1. スリッパ 2. 靴下、たび 3. はだし

4. その他()

②家の外で転んだ方: 1. くつ 2. げた 3. ぞうり、サンダル

4. その他()

(4)何をしている時に転びましたか？

1. 歩いている時 2. 走っている時 3. 階段を上っている時
4. 階段を降りている時 5. 立ち止まっている時 6. 立ち上がっている時
7. 座ろうとした時 8. その他()

(5)どうして転んだのですか？(できるだけ詳しく思い当たる理由を下から選んで下さい。)

1. つまづいた 2. 滑った(床・地面が濡れていたり)
3. 人や物にぶつかった 4. 段差や障害物につまづいた
5. 足を踏みはずした 6. 転落した
7. 自転車に乗ってバランスを失う 8. 履き物が脱げた
9. めまいがした、気が遠くなった 10. 身体がふらついた
11. その他()

(6)転んでケガをしましたか？

1. 何もなかった 2. すり傷、切り傷 3. 打撲 4. 捻挫
5. 縫うことが必要な程のケガ 6. 骨折 7. 気を失った
8. その他()

(7)どこをケガしましたか？(下の項目の番号に○を付けて下さい。)

1. 頭 2. 顔面 3. 頸 4. 肩 5. 腕 6. 肘
7. 手首、指 8. 背中 9. 腰 10. 臀部 11. 股関節 12. 膝
13. 足首、足指 14. その他()

日常生活の様子をお聞きます。

以下の質問について、「はい」「いいえ」のいずれかに○をつけて、お答え下さい。

お名前 _____ 性別 男 ・ 女 年齢 _____

	(初回・3ヶ月後・6ヶ月後) 評価日 年 月 日	
1. バスや電車を使って一人で外出できますか	1. はい	0. いいえ
2. 日用品の買い物ができますか	1. はい	0. いいえ
3. 自分で食事の用意ができますか	1. はい	0. いいえ
4. 請求書の支払いができますか	1. はい	0. いいえ
5. 銀行預金や郵便貯金の出し入れが自分でできますか	1. はい	0. いいえ
6. 年金などの書類が書けますか	1. はい	0. いいえ
7. 新聞を読んでいますか	1. はい	0. いいえ
8. 本や雑誌を読んでいますか	1. はい	0. いいえ
9. 健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい	0. いいえ
10. 友だちの家を訪ねることがありますか	1. はい	0. いいえ
11. 家族や友だちの相談にのることがありますか	1. はい	0. いいえ
12. 病人を見舞うことができますか	1. はい	0. いいえ
13. 若い人に自分から話しかけることがありますか	1. はい	0. いいえ
	合計点	点

資 料

お名前 _____ 性別 男 ・ 女 年齢 _____

(初回 ・ 3ヶ月後 ・ 6ヶ月後)		評価日 年 月 日	
身 体 計 測		身 長 cm	体 重 kg
握 力	右	① kg	② kg
	左	① kg	② kg
片脚立ち 右 ・ 左	開 眼	① 秒	② 秒
椅子からの立ち上がり		① 秒	② 秒
付帯事項		<input type="checkbox"/> まったく手を使わずに5回できた。 <input type="checkbox"/> 数回手を使ったが5回できた。 <input type="checkbox"/> 5回とも手を使ったが5回できた。 <input type="checkbox"/> 試みたが、助けなしでは1回もできなかった。 <input type="checkbox"/> 試みたが、助けなしには5回全部はできなかった。 <input type="checkbox"/> 拒否	
Timed Up and Go Test		① 秒	② 秒
付帯事項		<input type="checkbox"/> 補助具不要 <input type="checkbox"/> 一本杖 <input type="checkbox"/> 四脚杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 松葉杖 <input type="checkbox"/> 試みたができなかった。 <input type="checkbox"/> 拒否	

資料

◇女性

	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80 歳～
握力右 (kg)	21.7±4.2 (176)	21.4±4.3 (250)	19.1±4.6 (310)	17.2±4.0 (246)
握力左 (kg)	20.2±4.1 (175)	19.6±4.5 (241)	17.7±4.3 (297)	15.8±4.4 (223)
開眼片足立ち (秒)	35.9±20.9 (176)	26.8±20.4 (253)	18.8±18.7 (311)	11.7±13.5 (245)
リーチテスト (cm)	29.9±8.2 (177)	30.3±7.5 (245)	26.2±7.9 (300)	25.8±7.1 (225)
椅子起立時間 (秒)	7.9±1.8 (177)	8.3±2.4 (251)	9.5±3.6 (309)	10.3±4.2 (247)
Timed Up & Go (秒)	6.5±1.2 (174)	6.7±1.6 (240)	7.6±2.4 (308)	8.7±2.8 (243)
6m最大歩行 (秒)	3.5±0.5 (164)	3.7±0.7 (220)	4.1±1.0 (280)	4.8±1.7 (202)

()内はn数

◇男性

	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80 歳～
握力右 (kg)	32.2±8.1 (19)	34.0±2.2 (16)	29.9±6.8 (48)	25.3±5.2 (40)
握力左 (kg)	30.5±8.3 (19)	31.6±3.5 (16)	28.8±5.2 (48)	24.7±6.3 (39)
開眼片足立ち (秒)	25.4±23.0 (19)	40.4±19.5 (16)	22.6±21.0 (49)	17.6±19.6 (41)
リーチテスト (cm)	33.5±10.4 (19)	36.4±7.1 (16)	28.3±8.3 (47)	29.4±8.7 (39)
椅子起立時間 (秒)	8.8±3.2 (19)	6.6±1.6 (16)	9.1±2.6 49()	9.8±3.0 (41)
Timed Up & Go (秒)	9.5±8.0 (19)	5.6±1.1 (16)	6.8±2.0 (48)	7.6±2.2 (40)
6m最大歩行 (秒)	4.4±2.8 (17)	3.2±0.6 (16)	3.6±1.0 46()	3.9±1.2 (37)

()内はn数

※掲載したデータは、長崎市在宅介護支援センター主催の転倒骨折予防教室のデータを基にしています。

◆◆◆編集委員◆◆◆

長崎県介護予防市町支援委員会
運動器の機能向上部会 委 員

部会長	井 口	茂	(長崎大学医学部保健学科)
	川 副	巧 成	(ケアハウス リエゾン長崎)
	當 麻	俊 久	(介護老人保健施設 中の里 通所リハビリセンター)
	道 辻	美佐子	(諫早市東部地域包括支援センター)
	山 川	美喜子	(西海市地域包括支援センター)

長崎県介護予防事業支援マニュアル
「運動器の機能向上マニュアル」

平成 20 年 (2008 年) 10 月発行

編集・発行 長 崎 県

〒850-8570
長崎県長崎市江戸町 2 番 13 号
福祉保健部長寿社会課
電話 095-824-1111