

理学療法士・作業療法士のための

地域包括ケアシステム構築に向けた ガイドブック



ガイドブック発刊に寄せて

平成26年度より5年間にわたり実施してきました文部科学省「課題解決型高度医療人材養成プログラム事業」も平成30年度をもって終了することとなりました。

地域包括ケア人材養成コースでは、実質3年間のコースで約130名の修了者を輩出することができました。本コースの実施に際しては、県内21市町の介護保険担当の方々をはじめ、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所など関係機関のご協力を得て、介護予防事業への参加や地域ケア会議の参加など実践的なプログラムを提供することができました。紙面を借りて、深く御礼申し上げます。

本プログラムのねらいは、地域包括ケアシステム構築に必要な制度や関係機関及び職種の役割を理解し、その中でリハビリテーション専門職としてのマネジメントが実践できる能力を培うことにあります。受講していただいた方々は、コースでの演習・実習を通して地域の特徴と課題を理解し、その課題解決について考える機会になったものと思います。

2025年の地域包括ケアシステム構築に向けて、修了された方々の活動は、今からが始まりであり、それぞれの課題に対して取り組んでいただけるものと確信しています。

5年間の成果として、ここに「理学療法士・作業療法士のための地域包括ケアシステム構築に向けたガイドブック」を発刊することができました。このガイドブックにはリハビリテーション専門職が地域包括ケアシステムに関わるべき内容についてポイントを絞り、まとめさせていただきました。本学として、今後も本事業で培ったノウハウを活かし、地域の専門職とともに地域包括ケアの構築に貢献していきたいと思います。

本ガイドブックがリハビリテーション専門職の地域包括ケアシステム構築に関わる活動の一助になれば幸いです。

CONTENTS

総 論：地域包括ケアシステムと地域リハビリテーション

- 1. 地域包括ケアシステムとは・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2. 地域リハビリテーション活動支援事業について・・・・・・ 2

各 論

- 1. 医療・介護連携について・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
 - 1) 医療・介護連携の背景と目的
 - 2) 情報共有ツールについて
- 2. 高齢者における生活機能の捉え方と評価について・・・・・・ 5
 - 1) 基本チェックリストについて
 - 2) フレイルについて
- 3. 介護予防事業について・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
 - 1) 運動機能の評価と指導のポイント
 - 2) 認知機能の評価と指導のポイント
 - 3) 摂食・嚥下機能の評価と指導のポイントー評価を中心にー
 - 4) 栄養評価と指導のポイント
- 4. 地域ケア会議について・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
 - 1) 地域ケア会議の 5 つの機能
 - 2) 地域ケア会議におけるリハビリテーション専門職の役割

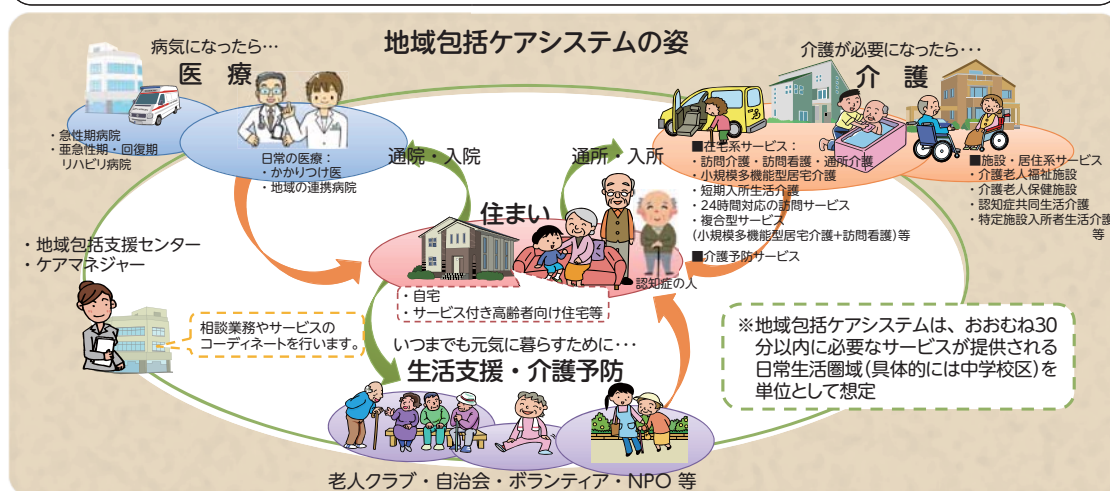
- 評価表資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19

総論：地域包括ケアシステムと地域リハビリテーション

1. 地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムの構築

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、増大することが予測される医療ニーズを併せ持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- 特に、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした包括報酬サービスの更なる機能強化などを図る。
- また、地域の拠点としての機能を発揮して中重度の要介護者の在宅での生活を支援する役割を果たす施設サービスについて、それぞれに求められる機能を更に高めていく。



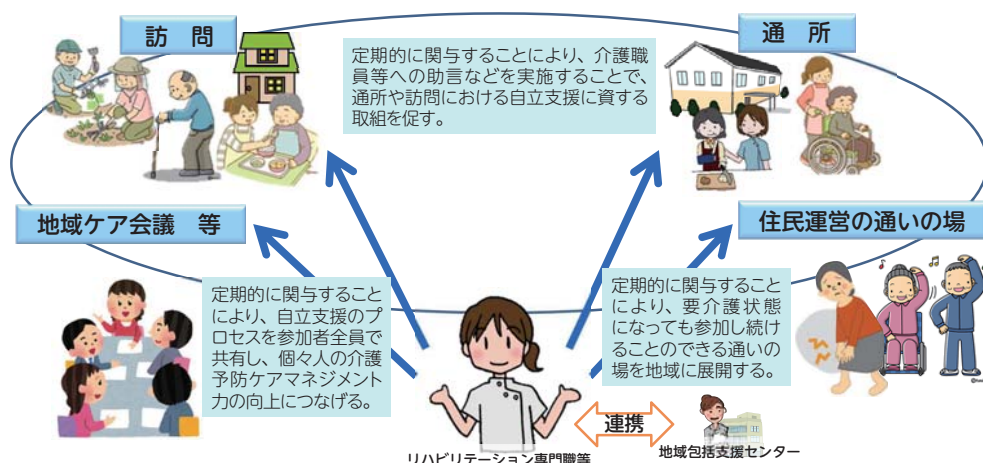
(厚労省ホームページより引用)

- 地域包括ケアシステムは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指すものです。
- 保険者である市町村及び都道府県においては、地域の特性に応じ、また地域の自主性や主体性に基づいて作り上げられるシステムであり、行政との連携が重要となります。
- 地域包括ケアシステムの5つの要素は、「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」です。
- また、本人と家族に対して自助、互助の精神が求められており、リハビリテーション専門職(以下、リハ専門職)の支援において考慮されるべき点です。
- 上記の5つの要素が相互に連携しながら、生活圏域(概ね中学校区域)で在宅生活を支える仕組みを構築することを目標とし、その生活圏域の核となる機関は、地域包括支援センターであり、リハ専門職にとって地域包括支援センターとの連携は重要となります。
- 近年では、障害児及び障害者も含めた「地域共生社会」の構築を目指す施策も打ち出されています。
- このように地域包括ケアシステムの目標は、ノーマライゼーション、ソーシャルインクルージョンの理念に基づく社会の構築へと変遷しており、地域リハビリテーションの理念や手法そのものと捉えることができます。
- リハ専門職には、地域リハビリテーションの考えに基づく直接的援助活動、関係機関との連携、住民に対する啓発活動を通して、対象者の自立支援に向けたマネジメントが求められています。

2. 地域リハビリテーション活動支援事業について

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

○地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場などへのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



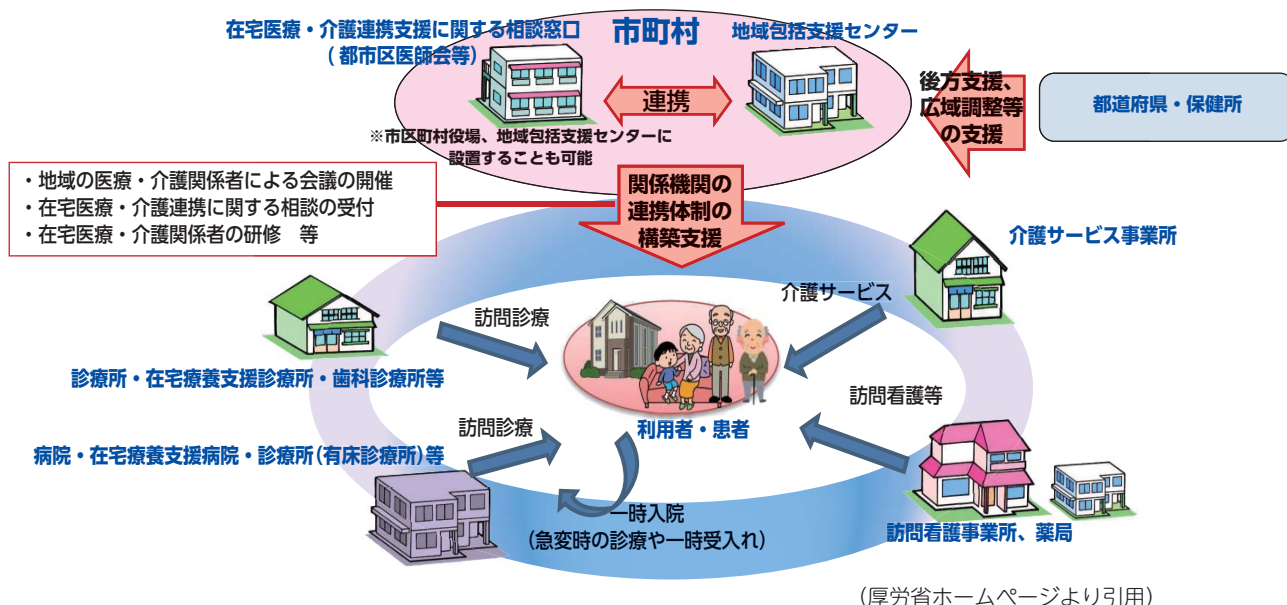
リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。
(厚労省ホームページより引用)

- 地域リハビリテーション活動支援事業は、地域支援事業の中の新しい総合事業として一般介護予防事業に位置づけられています。
- 地域リハビリテーション活動支援事業では、リハ専門職が通所介護事業、訪問介護事業所、地域ケア会議、住民運営の通いの場(サロン活動)などに出向き、介護予防及び自立支援の取組みを総合的に支援する事業です。
- リハ専門職のいない通所介護や訪問介護事業所に定期的に関与することにより、①効果的なプログラムの提案、②介護スタッフへの助言・指導、などを実施し、通所や訪問における自立支援についての取り組みをうながすことが重要であり、医療と介護の連携にも通じます。
- 地域ケア会議では、主に「地域ケア個別会議」において、①低下している生活機能の要因をアセスメントすること、②ケースの生活機能改善の予後を予測すること、③生活機能向上の支援方法を提案すること、などがリハ専門職に求められます。
- ケア会議は医療専門職、ケアマネジャー、行政及び地域包括支援センター職員など、多くの方々が議論する場です。各々の立場と役割を理解し、指摘ではなく、具体的かつ建設的な意見を述べることが重要です。
- 住民主体の通いの場に対する支援は、運動方法、体力測定、認知症の予防方法、嚥下体操などの指導やリーダー養成に対する支援があります。
- 通いの場の支援では、あくまでも住民の方々の主体的活動であることを忘れず、参加者の自助・互助の活動を育む意識が必要です。
- 地域リハビリテーション活動支援事業は、地域の状況を理解した上での支援が不可欠であり、まずは本事業をOn the Job Trainingの場として位置づけ、関わることも必要です。

(井口 茂)

各 論

1. 医療・介護連携について



1) 医療・介護連携の背景と目的

- 高齢者における加齢に伴う特徴である①慢性疾患による受療が多い、②複数の疾病にかかりやすい、③要介護状態に陥りやすい、④認知症の発生率が高い、などを背景として医療と介護の両方を必要とすることが多くなることにより、医療と介護の連携が必要となっています。
- 地域の医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供することにより医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができる支援が求められています。
- 平成26年の介護保険法改正より「在宅医療・介護連携推進事業」として制度化され、重点項目として下記の8つを挙げています。

【介護・医療連携推進のための8つの項目】

- ア. 地域の医療・介護の資源の把握
- イ. 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- ウ. 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
- エ. 在宅医療・介護関係者の情報の共有支援
- オ. 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- カ. 医療・介護関係者の研修
- キ. 地域住民への普及啓発
- ク. 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- その中で、エ．在宅医療・介護関係者の情報の共有支援は、情報共有シート、地域連携パス等の活用など、医療・介護関係者が情報共有をすることで在宅での看取りや急変時の受け入れなどに対応しようとしています。

2) 情報共有ツールについて

【医療・介護情報の形態】

- 情報共有シート及び地域連携パスについては、発信元により様々なモデルが考えられています。

【医療・介護情報の形態】

1. 認定情報モデル：保険者(自治体)が介護保険認定情報(調査票、主治医意見書等)を公開
2. 介護情報モデル：居宅介護支援事業所が介護情報(ケアプラン、提供票等)の提供
3. 基幹病院モデル：基幹病院が医療情報を公開
4. 診療所モデル：診療所(かかりつけ医)が持つ医療情報を公開
5. 多職種モデル：多職種が日々のケア情報を交換(連携ノート)

- 上記の医療・介護情報は、在宅→入院→退院→在宅(転帰先)の流れの中で情報共有の方法を示しています。

- 以下に長崎県内の市町の取り組みを紹介します。

(1) 大村市

平成3年より大村市在宅ケアセミナーとして、医療機関、社会福祉協議会、行政機関に勤務する専門職が連携を目的に活動されています。その活動から在宅支援の連携を目的に「連携ノート」を作成しています。この連携ノートはご家族とデイサービスなどスタッフとの情報交換として活用され、医療機関への受診時にはかかりつけ医との情報共有に役立てています。

(2) 諫早市

平成30年4月から、入退院における医療機関とケアマネジャーとの円滑な情報共有を目的に「諫早市入退院支援連携ガイドブック」が運用されています。諫早市内及び市外の26箇所の協力医療機関と地域包括支援センター 5箇所、介護支援事業所56事業所が登録して始められ、医療と介護の連携が進められています。

(3) 佐世保市

平成25年度より、佐世保市と佐世保市医師会が協働し「佐世保市在宅医療連携協議会」を立ち上げ、在宅医療・介護の連携推進に取り組まれています。在宅療養者及び施設入所者における急変時に対応すべく、各種情報提供書などが作成されています。退院連携事前情報提供書は、入院早期より退院に向けた病院担当者と訪問看護師、ケアマネジャーなどとの情報共有を目的とされています。

紙面の都合で上記3市のご紹介にとどまりましたが、長崎県内の各市町で医療-介護連携の取り組みが実践されつつあります。リハビリテーションの情報は、対象者の自立支援に向けてきわめて重要であり、リハ専門職として院内外の連携をマネジメントすることも必要です。

(井口 茂)

2. 高齢者における生活機能の捉え方と評価について

高齢者では、加齢に伴い運動機能のみならず精神心理面、認知機能、口腔機能、栄養状態などといった要素が低下し、生活機能の障害を引き起こします。そのため、高齢者の生活機能を捉えるためには多面的な評価が不可欠となり、このような評価を通して、心身機能の改善のみならず活動や参加といった要素の向上につなげることが重要です。ここでは、高齢者の生活機能を捉えることが可能な評価尺度である基本チェックリストについて説明し、近年注目されているフレイルについて概説します。

1) 基本チェックリスト(評価表資料①)について

基本チェックリストは、高齢者の生活機能を評価する尺度として開発され、要支援・要介護状態に陥るリスクの高い高齢者をスクリーニングし、その後の適切な介入プログラムにつなげることを目的に活用されている。そして近年では、基本チェックリストは死亡や転倒・骨折ならびに日常生活の障害といった転帰に陥るリスクが高い状態とされている“フレイル”をスクリーニングすることが可能な評価尺度としても有用であることが明らかとなっている。

(1) 評価方法

評価項目は、手段的日常生活活動(3項目)、社会活動性(4項目)、運動機能(5項目)、栄養状態(2項目)、口腔機能(3項目)、認知機能(3項目)、抑うつ症状(5項目)の25項目から構成され、各項目に対して「はい」「いいえ」のいずれかで回答する。

(2) 結果の解釈

該当リスク	判定方法
全般的低下傾向	項目1～20のうち10項目以上に該当
運動機能の低下	項目6～10の5項目のうち3項目以上に該当
低栄養状態	項目11～12の2項目すべてに該当
口腔機能の低下	項目13～15の3項目のうち2項目以上に該当
閉じこもり	項目16～17の2項目のうち項目16に該当
認知機能の低下	項目18～20の3項目のうちいずれか1項目以上に該当
抑うつ症状	項目21～25の5項目のうち2項目以上に該当

2) フレイルについて

フレイルとは、高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、不健康を引き起こしやすい状態とされており、転倒や日常生活の障害、要介護状態の発生、死亡のリスクを増大させる。フレイルは、筋力低下に代表されるような身体的な問題のみならず、認知機能障害や抑うつ症状などの精神・心理的問題、さらには独居や経済的困窮などの社会的問題を含んだ概念とされ、これらを包括的に捉えることが重要である。

(1) 評価方法

フレイルは、身体的・認知的・社会的な側面からの包括的な評価が望まれるが、認知的・社会的なフレイルの評価方法については、一定したコンセンサスが得られていないのが現状である。しかしながら、身体的なフレイルの評価方法については国際的にも共通したコンセンサスが得られており、ここではその評価方法について概説する。

身体的なフレイルは、①体重減少、②筋力低下、③疲労、④歩行速度の低下、⑤身体活動の低下の5つの要素から評価され、わが国では、国立長寿医療研究センターが開発した評価基準(下表)が幅広く用いられている。

構成要素	評価内容および基準
体重減少	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少
筋力低下	握力低下：男性<26kg、女性<18kg
疲労	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする
歩行速度の低下	通常歩行速度<1.0m/秒
身体活動の低下	「軽い運動・体操」および「定期的な運動・スポーツ」のいずれもしていない

(2) 判定方法

上表の5つの要素のうち、該当する数により下記のように判定される。

- 3つ以上該当：身体的フレイル
- 1つもしくは2つに該当：身体的プレフレイル(健常とフレイルの間)
- 該当なし：健常

前述した基本チェックリストもフレイルを判定することが可能であり、25項目中、8項目以上に該当する場合をフレイルと定義している。

<参考文献>

- 中窪翔：生活機能の評価。高齢者理学療法学。島田裕之(総編集), pp169-182, 医歯薬出版, 2017.
- 牧迫飛雄馬：高齢者における身体・心理・認知機能低下の病態理解と介入戦略。理学療法探求20：1-7, 2017.
- Satake S, et al: Validity of total Kihon Checklist score for predicting the incidence of 3-year dependency and mortality in a community-dwelling older population. J Am Med Dir Assoc 18: 552, 2017.

(平瀬 達哉)

3. 介護予防事業について

介護予防事業は、「介護予防・日常生活支援総合事業」として高齢者の自助・互助を基本に展開されていますが、本項目ではリハ専門職に関わる運動機能、認知機能、摂食・嚥下機能、栄養改善について解説します。

1) 運動機能の評価と指導のポイント

介護予防事業では、要介護状態に陥るリスクの高い地域高齢者を早期に発見し、適切な介入プログラムを提供することが重要であり、そのための方法論を確立するためにリハ専門職の役割は大きいといえます。そして、介護が必要となる主な原因の上位には、転倒・骨折や関節疾患といった運動器疾患があがっていることから、介護予防事業において運動機能を適切に評価し、その低下を予防する介入戦略を確立することは重要です。

(1) 運動機能の評価(評価表資料②)

①椅子起立テスト：下肢筋力

測定方法：a. 対象者は両腕を胸の前に組み、測定者は椅子が動かないように固定する。

開始肢位は対象者が椅子に腰掛けた状態とする。

b. 椅子から5回続けて立ち上がり、5回目の立位時を終了として、その時間を計測する。

c. 手を使用したり、介助を要した場合はその旨を記録する。

d. 2回計測し、最短値を代表値とする。

判定基準：a. 12.0秒以上時間を要する対象者は、転倒するリスクが高い。

b. 10.0秒以上時間を要する対象者は、要介護状態に陥るリスクが高い。

②開眼片脚立位保持時間：バランス能力(静的)

測定方法：a. 立位姿勢で両手を腰にあてた状態から片方の脚を床から離す(どちらの脚でも可)。

b. 以下のいずれかの状態が発生するまでの時間を計測する。

支持脚の位置がずれた時、腰にあてた手が離れた時、支持脚以外の身体の一部が床に触れた時。

c. 2回計測し、最長値を代表値とする。

判定基準：a. 5.0秒未満である対象者は、バランス能力が低下している。

b. 12.7秒未満である対象者は、転倒するリスクが高い。

③Timed Up and Go Test(TUG)：歩行能力・バランス能力(動的)

測定方法：a. 椅子から直線距離で3m先の床に目標物をおく(もしくはビニールテープを貼る)。

b. 測定者は椅子が動かないよう固定し、開始肢位は対象者が椅子に腰掛けた状態とする。

c. 測定者の合図と同時に対象者は椅子から手を使わずに立ち上がり、目標物を回り、再び椅子に座る。測定者はこの所要時間を計測する。

d. 歩行補助具(杖)などを使用した場合は、その旨を記載する。

e. 2回計測し、最短値を代表値とする。

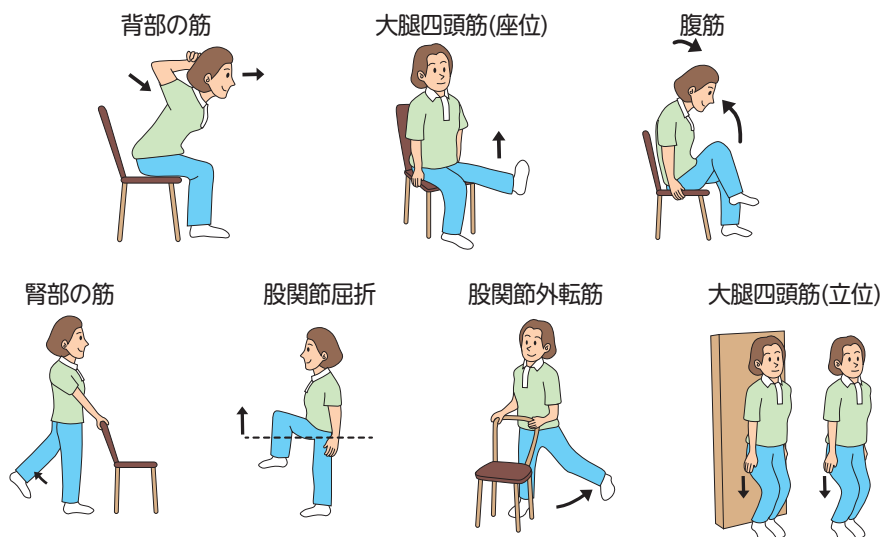
判定基準：a. 13.5秒以上時間を要する対象者は、転倒するリスクが高い。

b. 9.0秒以上時間を要する対象者は、要介護状態に陥るリスクが高い。

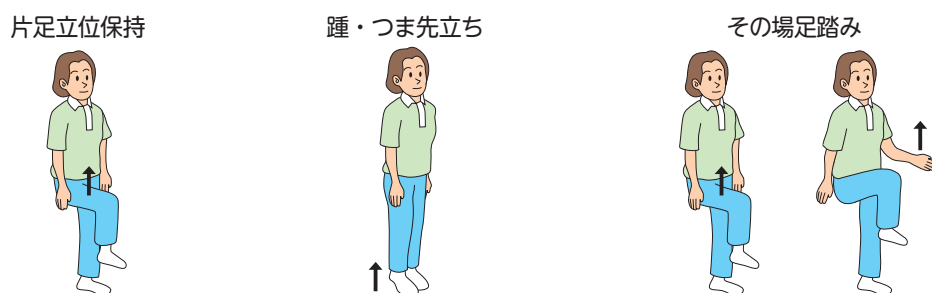
(2)運動指導のポイント

- 運動は、息を止めずに数を数えながら行い、体調が悪い時は運動を行わない。
- 運動は、対象者に適した姿勢(座位・立位)で行い、誰でもできるような運動を行う。
- 運動を開始する前後にストレッチ運動を行う。
- 筋力増強トレーニングとバランストレーニングをできるだけ行う。
- 筋力増強トレーニングは、下肢・体幹部分を中心に行う。
- 運動の負荷量は、対象者が「楽に感じる」くらいから実施し「ややきつと感じる」くらいまで段階的に増加していく。
- 運動は継続することが大事であり、少なくとも6ヶ月以上は継続できるように心掛ける。
- 定期的に運動機能の評価を行い、対象者が運動の効果を体感できるように心掛ける。

筋力増強トレーニングの内容(例)



バランストレーニングの内容(例)



<参考文献>

- Tiedemann A, et al: The comparative ability of eight functional mobility tests for predicting falls in community-dwelling older adults. Age Ageing 37: 430-435, 2008.
- Makizako H, et al: Predictive cutoff values of the five-times sit-to-stand test and the timed up and go test for disability incidence in older people dwelling in the community. Phys Ther 97: 417-424, 2017.
- Bongue B, et al: A screening tool with five risk factors was developed for fall-risk prediction in community-dwelling elderly. J Clin Epidemiol 64: 1152-1160, 2011.
- Shumway-Cook A, et al: Predicting the probability of falls in community-dwelling older adults using the Timed Up and Go Test. Phys Ther 80: 896-903, 2000.

(平瀬 達哉)

2) 認知機能の評価と指導のポイント

軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment: MCI)は正常な加齢と認知症の限界領域といわれています。認知症の前駆状態であり、正常な高齢者とくらべて認知症になる可能性が高いものの、正常に回復することもあるといわれています。したがって、MCIの状態で適切な介入を行なうことにより認知症への進行を防ぐことができる可能性があります。

そのためには対象者の認知機能の評価を行ない、把握する必要があります。

<認知機能の評価するうえでの留意点>

認知機能の評価においては記憶、計算、見当識などを対象者に質問し、回答を求めることが多くあります。対象者にとってはテストを課されてるように感じ、不愉快な思いをすることがあるかもしれません。また、「今日の日付」や「今いる場所」を尋ねることは、対象者が自身を「馬鹿にされた」と感じるかもしれませんし、自尊心を傷つけることにもなりかねません。

体力テストの結果が悪かったら、「最近、運動不足だから運動しよう」と思うかもしれませんが、認知機能テストの結果が悪かったら、「自分は認知症になってしまうのではないかと強い不安を感じる恐れがあります。

認知機能の評価を行なう際には、実施前に丁寧な説明を行ない、自尊心を気づけないように配慮することや失敗体験とならないようにすることが重要となります。

(1) 認知機能の評価

①改訂 長谷川式認知症スケール(HDS-R)

わが国で広く用いられているスクリーニングテストで見当識、記銘、計算、数字の逆唱、遅延再生、言語の流暢性などの9つの設問からなり、30点満点で評価する。5つの物品記銘のテストにはあらかじめお互いに無関係な物品を5個準備する。

計算課題においては「100引く7は？」と尋ねて、「93」と答えた場合、「93引く7は？」と尋ねず、「それから7を引くと？」と尋ねなければならない。100から7を引いた答の「93」を覚えていて、さらに「7」を引くという作業記憶(ワーキングメモリ)の課題でもある。HDS-Rはわが国で作成され広く使用されているが、国際的にはあまり使用されていない。そのため国際的学会での発表や外国語で論文を作成する研究には適していない。

②Mini Mental State Examination(MMSE)

記憶力や見当識のほか複雑図形の模写や命令動作などの11の設問からなり、30点満点で評価する。広範的な知的機能を評価でき、国際的にも広く用いられている。事前に折り紙、あらかじめ指示を記載した用紙、模写する図形を記載した用紙、対象者が文章を書いたり、模写したりするための白紙の準備が必要。

③単語・写真遅延再生課題

a. 単語遅延再生

短期記憶力の評価。互いに関連のない10個の単語を1分間提示し記憶してもらう。1分間時間をとってから回答用紙に覚えている単語を記載する。

b. 写真遅延再生

10個の写真を提示し同様にこなす。

どちらも再生できた個数を得点とする。

スクリーンに映写することにより同時に複数の対象者に実施することができる。

新聞	ボール
とんぼ	磁石
参観日	ひまわり
冷蔵庫	消しゴム
自転車	火事

単語遅延再生



写真遅延再生

④日本語版 Montreal Cognitive Assessment (MoCA-J)

軽度認知機能低下のスクリーニングツール。注意機能、集中力、実行機能、記憶、言語、視空間認知、概念的施行、計算、見当識の多領域の評価を行なう。30点満点。HDS-RやMMSEにくらべ課題の難易度が高く、HDS-RやMMSEでは満点となり評価ができない対象者(天井効果)でも評価が可能。教育歴を考慮して採点する。

(2)指導のポイント

先にも述べたように認知機能の評価結果に対象者は不安や認知症になることの恐怖を感じる恐れがあります。そのため、結果のフィードバックは慎重に行ない、必要以上に不安を感じさせないような配慮が必要となります。評価結果の総得点だけに着目するのではなく、対象者が低下している認知機能を把握し、日常生活での留意点を合わせて伝えることも重要となります。

例えば、記憶力が低下している対象者の場合、約束を忘れないために日常生活でメモを取る習慣をつけるように助言し、「メモを取る」という作業自体が、認知機能低下の予防となることを伝えることも有効と思われます。

<参考文献>

- 島田裕之編：基礎からわかる軽度認知障害(MCI)—効果的な認知症予防を目指して—, 医学書院, 2015.
- 長崎県版介護予防事業支援マニュアル
<https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/koreisha/kaigoyobou/kaigo-yobou-manyuaru/>
- 鈴木宏幸：Montreal Cognitive Assessment (MoCA-J)の日本語版作成とその有効性について, 老年精神医学雑誌21(2), 198-202, 2010.

(群馬大学大学院保健学研究科 田中 浩二)

3)摂食・嚥下機能の評価と指導のポイントー評価を中心にー

食べることは生きていくために欠かせないものです。その食べることに障害が起こると、心身の機能低下、QOLの低下、誤嚥性肺炎などのリスク、介護負担などの負の連鎖が本人だけでなく家族や周囲にも及んで来ます。

負の連鎖を起こさないためには、1日3回の食事において以前よりも支障を感じるようになっていないかを自分自身や介護者がチェックすると共に、食べるために必要な自分自身の食べる機能の状態を知ることが大切です。

(1)食事観察チェックシート(評価表資料③)

短くても、3日間の朝食・昼食・夕食(計9回)を通して異常を感じた項目には、☒をつけて下さい。

(2)摂食・嚥下機能検査

①反復唾液嚥下検査(RSST)

方 法	判定基準
a. 左手の示指と中指で、甲状軟骨をはさむように横方向に指をおく。 b. 検査者の「はい」の合図で、できるだけ多くの回数、唾液を飲み込んでもらう。(検査者は右手にストップウォッチを持ち30秒計測する) c. 検査者は甲状軟骨が示指を完全に乗り越えた回数を数える。	30秒間に3回以下であれば、嚥下障害を疑い、詳細な評価を行なう。 ※患者の抽出よりも健康な者を除外する目的で使用する。

<注意点>

個人によって口腔の乾燥状態が異なるため、検査前には30ccの常温水を飲んでもらい、検査条件を一律にする。

②最長発声持続時間

方 法	判定基準
a. 検査者の「はい」の合図で、日常の音量で、「ア音」を、できる限り長く発声してもらうように指示する。 b. 検査者は「はい」の合図でストップウォッチで計測を開始し、被検者の声が聞こえなくなった時点で、ストップウォッチを停止し表示された時間を結果に記載する。 c. 嚙声(日常の音量を出そうと努力するが、音量が小さく乾いた声になる)の有無についても記載する。	・男性平均：30秒 ・女性平均：20秒 9秒以下は、呼吸機能や声門閉鎖に異常があるとされている。 嚙声がある場合は、声門閉鎖不全が疑われる。

③吹き持続時間

方 法	判定基準
   a. 吹き出し b. 吹き持続 c. 先端の戻り開始 a. 事前処理をした吹き戻しを口にくわえてもらい、検査者の「はい」の合図で伸ばすと同時に、ストップウォッチを押して計測をスタートする。 b. 最大伸張80cmを可能な時間維持し続ける(検査者は先端が完全に伸びている事を確認する)。 c. 吹き戻しの先端が曲がり始めた時に、ストップウォッチをストップする。	・20歳の平均：45秒 ・75歳の平均：35秒 ・嚥下に支障の出る境界：15秒 <準備するもの> 80cmの吹き戻し <事前処理> 80cm 紙筒の部分に数回空気を注入する。

④軟口蓋の挙上

方 法	判定基準
a. 被検者に口を開けさせて、図のように割り箸の幅がある方を使って舌を下方に押して、「アー」と言わせる。 口蓋弓の挙上、左右対称に認められるかを観察する。 <軟口蓋の挙上不全を疑う徴候> i. 食事中に鼻腔から水分が流れ出る。 ii. 鼻に抜けたような声が出る(開鼻声)。 iii. 頬を膨らませた状態で保持してもらい、検査者が両鼻腔に対して並行に示指を置くと、その示指に空気があたる。 	aの方法により、左右非対称の場合は、軟口蓋の挙上不全を疑う。 i～iiiまでの徴候があるかを観察・検査する。

(3)指導のポイント

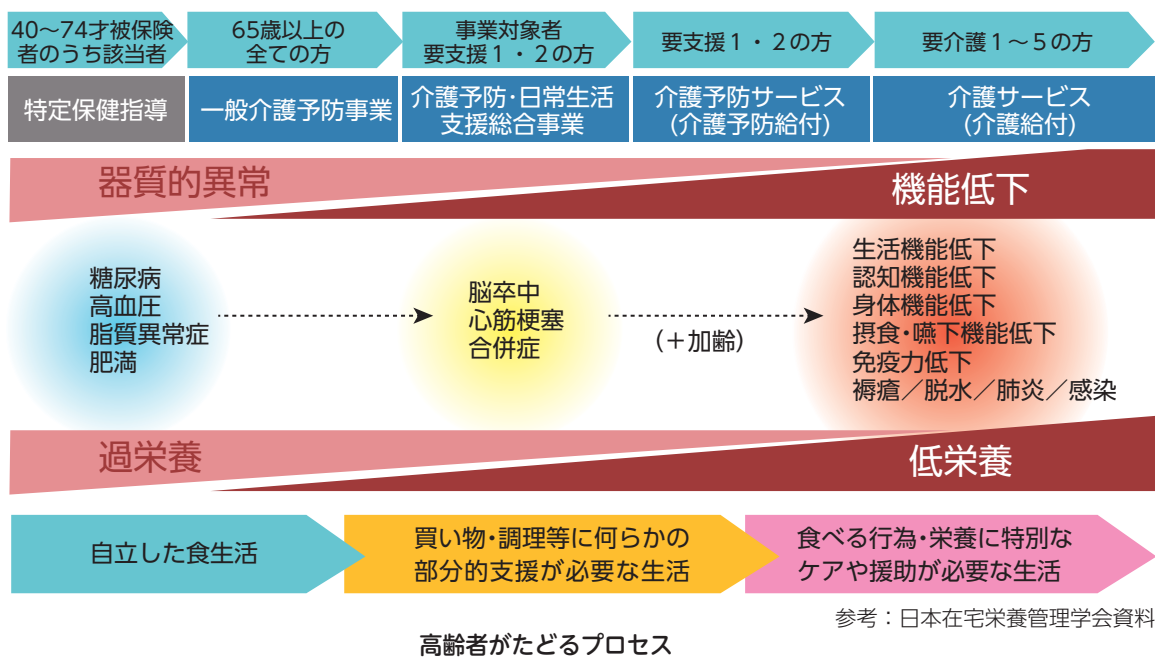
- 計9回の食事観察において、食事観察チェックシートに☑の数が多かった項目については、摂食・嚥下機能と食事観察上に見られる現象との関係性について、知識や経験を有している人に相談をして対応を行なって下さい。
- 1回だけの摂食・嚥下機能検査において判定基準を満たさなかった場合には、日を変えて数回検査を行なうようにして下さい。数回の検査を行なっても常に判定基準を満たさなかった場合は、一定期間、検査そのものを1日に数分あるいは数回繰り返して練習することで機能の改善を行なって下さい。ただし、やり過ぎは禁物です。

上記の指導や対応については、評価表資料「③摂食・嚥下機能チェックシート(食事観察チェックシート)」の末尾に掲載しています書籍(「今日からできる高齢者の誤嚥性肺炎予防」)に詳細に書かれています。

(東嶋 美佐子)

4) 栄養評価と指導のポイント

人は食べて生きていきます。各年代・各機能等に応じた食べ方をするのが望ましく、高齢者がたどるプロセスを地域全体で役割をかえながら関わっていくことが大切です。たとえ過栄養にある人でも、要介護度の悪化の背景には、低栄養が潜んでいます。



(1) 加齢に伴う栄養面の影響について

嚥む・飲み込む機能の低下	・肉、根菜、葉物類など筋っぽいものが食べられなくなる ・パンなどのパサパサしたものを敬遠するようになる ・入れ歯をしてから、食べ物の味がわからなくなった ・ごはんが固いので、お粥に変えている ・食事が終わった後にむせる ・水気の多いもので食事を流し込んでいる ・嚥む、飲み込むのに時間がかかって、食事が疲れる ・口の中に溜め込んでなかなか飲み込めない
心身機能の低下	・歩行困難で、買い物に出かけられない ・調理手順が組み立てられない ・腰痛、膝の痛みで長時間立てず、調理ができない ・認知機能の低下で、金銭管理や食材管理が困難 ・認知症の周辺症状で、落ち着いて食事できない ・動いていないから、お腹が空かない ・夜中に何度も起きるので、朝が遅くなり、1日2食

病気や薬による 食欲不振	・糖尿病、腎臓病などの食事療法で制限をしすぎている ・急性期の食事療法を慢性期になっても続けている ・便秘による腹満感 ・下痢、嘔吐による排泄量の増大 ・消耗性疾患(COPDなど)による消費量の増大 ・薬物治療の副作用による食欲不振／味覚異常 ・誤った眠剤の服用で生活ペースが乱れている
食生活環境の 変化・健康観	・息子(娘)家族と同居することになった／別居になった ・近所のスーパーが閉店した ・夫が(妻が)亡くなった ・ひとりだと食材が余るから買わない ・夫婦で一つの配食弁当を半分こしている ・健康のために肉は食べない、油は使わない ・特定の食品だけを多く食べる(例：ただ今、朝バナナダイエット実施中！)
生活意欲の減退	・うつ傾向で、何に対してもやる気がおきない ・夫が(妻が、友人が)亡くなって、呆然としている ・親の介護をやり遂げて燃え尽き症候群になっている ・息子(娘)・息子(娘)夫婦と上手くいっていない ・ADLの低下で自信がなくなっている ・先々のことを考えると、不安で仕方がない ・他人の助けを借りないと生きていけない自分が情けない ・年なんだから、他人の指図を受けず、好き勝手に暮らしたい

(2) 低栄養とそれに伴う介護状態について

低栄養とは、健康を維持するうえで必要なエネルギーや栄養素(たんぱく質etc)の摂取量不足によりもたらされた不健康な状態のことをいう。食事摂取量の低下(小食・孤食・偏食)から低栄養状態・脱水状態へ、そこから筋力・体力・抵抗力の低下へ、その結果寝たきり・嚥下障害・全身状態の悪化などという要介護状態に陥る。

(3) 栄養状態の評価方法について

以下の検査であてはまるものがあれば、低栄養を疑う。

- ①BMI：18.5以下 (BMI=現体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))
- ②体重減少：1ヶ月で 2～3kg または 3%以上5%未満
- ③血液検査：血清アルブミン値 3.8mg/dl以下
血中総コレステロール値 150mg/dl以下

④食事摂取量：従来の75%以下

⑤指輪っかテスト：



⑥簡易栄養状態評価表 (MNA short-form)：11点以下(評価表資料④)

65歳以上を対象としたスクリーニング検査。6つの質問からなり、満点は14ポイント。

12-14ポイントは「栄養状態良好」、8-11ポイントは「低栄養のおそれあり」、0-7ポイントは「低栄養」と評価される。評価表は以下のURLからダウンロードできる。

https://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_japanese.pdf

⑦食事チェックシート(評価表資料④)

(4)低栄養を予防して老化を防ぐ食生活のための留意点

- ①食事は1日3回バランスよくとり、できるだけ抜かない
- ②動物性たん白質も十分にとる
- ③魚と肉は1：1の割合でとり、魚に偏らないようにする
- ④油脂類の摂取不足に注意する
- ⑤牛乳は、毎日コップ1杯(200ml)程度飲む
- ⑥野菜は緑黄色野菜や根菜類など多くの種類を食べ、加熱するなどして摂取量を増やす
- ⑦食欲がないときは、おかずを優先して食べる
- ⑧調味料を上手に使い、おいしく食べる
- ⑨家族や友人などと会食する機会を増やす
- ⑩嚥む力を維持するため、口腔内の点検を定期的に受ける

(5)評価と介入のポイント

「(3)栄養状態の評価方法について」の項目に該当する、見た目で明らかにやせてきてきた方は、地域包括支援センターに、介護保険をご利用の方は介護支援専門員へご一報ください。以下の制度により栄養士の介入が可能な場合もあります。

栄養改善指導：短期集中型訪問サービス(行政から委託で長崎県栄養士会が実施)

月1回程度で全3回、対象者の自宅で実施

栄養改善加算：通所介護・通所リハビリテーション施設にて利用時に実施

居宅療養管理指導：指定居宅療養管理事業所の栄養士が対象者の在宅等で実施

その際にはかかりつけ医の指示書が必要。

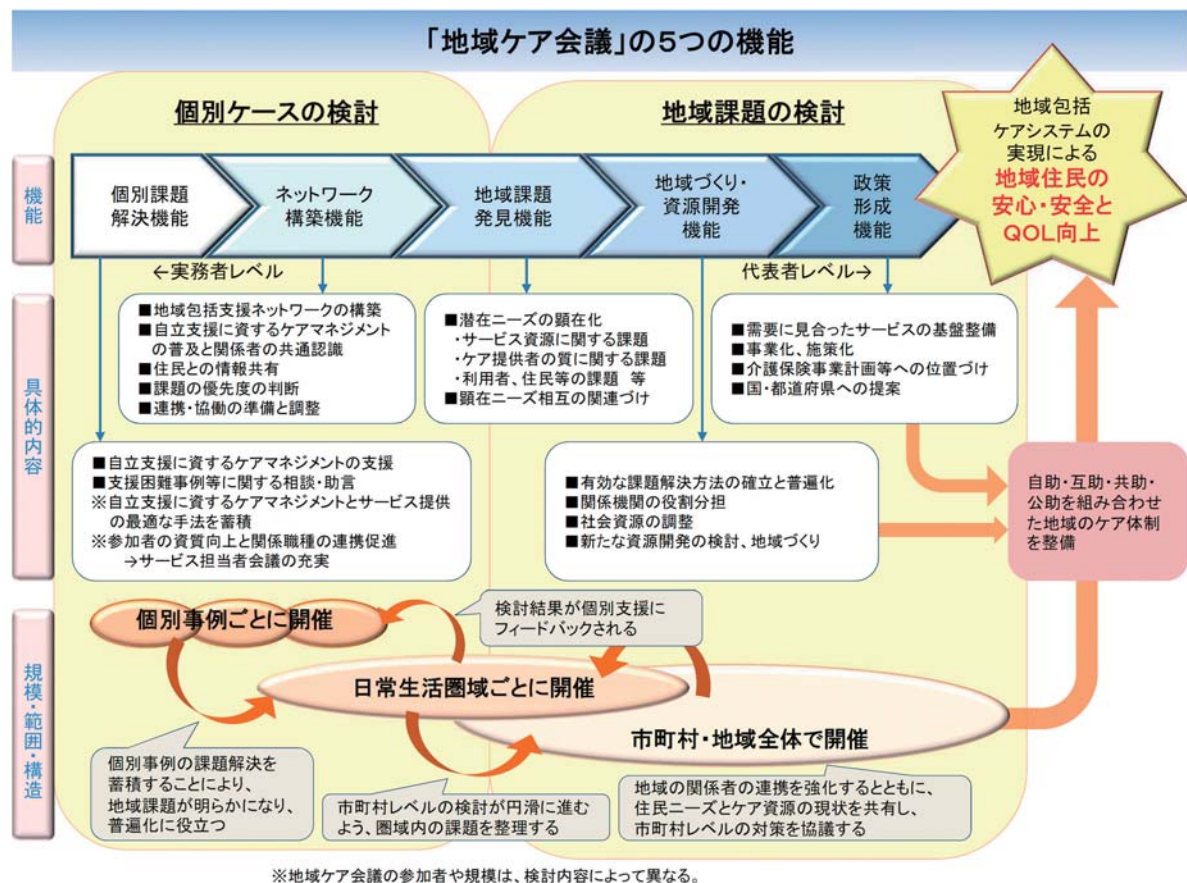
食事はおいしく・楽しく食べることが重要です。そのためにも、日常のちょっとした変化に気づき、できることから取り組み、低栄養の予防・改善に努めましょう。

(長崎市医師会医療センター診療所 管理栄養士 古川 美和)

4. 地域ケア会議について

地域ケア会議は高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法です。

具体的には、地域包括支援センターなどが主催し、医療介護などの多職種が協働して高齢者の個別の課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高め、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確にし、共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげるものです。



(厚労省ホームページより引用)

1) 地域ケア会議の5つの機能

(1) 個別課題解決機能

個別のケースについて他機関・多職種が多角的視点から検討を行ない、課題解決を行なう。課題解決支援のプロセスを通して地域包括支援センターやケアマネジャーの課題解決能力が向上し、自立支援ケアマネジメント等の支援の質が高まる。

(2) ネットワーク構築機能

地域の関係機関の相互の連携を高める機能。地域の関係機関が個別ケースの検討を行なうことにより、顔が見える関係となり、ネットワークが構築される。

(3) 地域課題発見機能

個別ケースを積み重ねることにより地域課題を発見する機能。発見された地域課題に対して、どのようなサービス・施策が必要かを検討することにより、地域づくり・資源開発機能や政策形成機能に繋がる。

(4) 地域づくり・資源開発機能

インフォーマルなサービスや地域の見守りネットワークなど、必要な地域資源を地域で開発していく機能。地域の実態や特性に応じて、地域課題が異なるため、それに応じた解決策が必要となる。

(5) 政策形成機能

地域に必要な施策や事業の実施につなげ、県や国に政策提言する機能。「地域課題」の解決を行なうにあたり、政策が必要な場合は立案し形成していく。

2) 地域ケア会議におけるリハビリテーション専門職の役割

(1) 生活課題の分析

生活上の課題に対して、サービスでの補完(介助)することを主にするのでなく、現在の状況をもたらしている要因について医学的状況を踏まえて分析し、今後の見通し(できること・できそうなこと・少しできそうなことなど)を明確にし、具体的な援助方法(環境調整、動作の工夫、福祉用具の活用など)を助言。

(2) 個別特性に応じた自立支援

身体機能のみに着目するのではなく、利用者のおかれている環境やこれまでの歴史(生活状況、学歴、職歴、趣味、社会参加)を踏まえ、利用者にとって意味のある目標の具体化を助言。

(3) 利用者の社会参加に向けた支援

利用者の生活意欲を引き出し、地域の社会支援の活用に結びつくような支援内容を助言。

地域ケア会議の5つの機能を理解し、ケースの自立支援を念頭に、地域課題の発見、政策提言を視野に入れた助言を行なうことが重要と思われます。

<参考文献>

厚生労働省 地域ケア会議の概要

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-1.pdf

(群馬大学大学院保健学研究科 田中 浩二)

評価表資料

①基本チェックリスト

②運動機能チェックシート
(運動機能評価)

③摂食・嚥下機能チェックシート
(食事観察チェックシート)

④栄養管理チェックシート
(食事チェックシート・簡易栄養状態評価表)

①基本チェックリスト

基本チェックリスト

No	質 問 項 目	回 答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分間位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 (cm) 体重 (kg) (*BMI 18.5未満なら該当)	1. はい	0. いいえ
	*BMI (=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))		
13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

②運動機能チェックシート

運動機能評価

氏 名：_____

計測日：_____年_____月_____日

身 体 計 測	身 長	cm	体 重	kg
椅子起立テスト		① 秒	② 秒	
	<付帯事項>	☐ まったく手を使わずに5回できた ☐ 数回手を使ったが5回できた ☐ 5回とも手を使ったが5回できた ☐ 試みたが、助けなしでは1回もできなかった ☐ 試みたが、助けなしでは5回全部はできなかった ☐ 拒否		
開眼片脚立位保持時間 支持側： ☐ 右 ☐ 左		① 秒	② 秒	
Timed Up and Go Test		① 秒	② 秒	
	<付帯事項>	☐ 補助具不要 ☐ 一本杖 ☐ 四脚杖 ☐ 歩行器 ☐ 松葉杖 ☐ 試みたができなかった ☐ 拒否		

③摂食・嚥下機能チェックシート

食事観察チェックシート

氏名	性別 ☐ 男 ☐ 女	生年月日 年 月 日	経口摂取の状態 ☐ 歯又は使用中の義歯がある ☐ 食事の介助が必要である
摂食・嚥下機能検査の実施 ☐ 水飲みテスト ☐ 頸部聴診法 ☐ 嚥下内視鏡検査 ☐ 嚥下造影検査 ☐ 咀嚼能力・機能の検査 ☐ 認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） ☐ その他（ ）			検査実施日 年 月 日

*当欄の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回実施の上、記入してください。

食事の観察を通して気づいた点 観察実施日： 年 月 日 観察参加者： ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 管理栄養士/栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☐ 理学療法士 ☐ 看護師 ☐ 介護職員 ☐ 介護支援専門員			初回	1年後
① 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	☐ はい	☐ はい		
② 頸部が後屈しがちである	☐ はい	☐ はい		
③ 食事を楽しみにしていない	☐ はい	☐ はい		
④ 食事をしながら、寝てしまう	☐ はい	☐ はい		
⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	☐ はい	☐ はい		
⑥ 食事又はその介助を拒否する	☐ はい	☐ はい		
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	☐ はい	☐ はい		
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	☐ はい	☐ はい		
⑨ 口腔内が乾燥している	☐ はい	☐ はい		
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	☐ はい	☐ はい		
⑪ 噛むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）	☐ はい	☐ はい		
⑫ 硬いものを避け、軟らかいものばかり食べる	☐ はい	☐ はい		
⑬ 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	☐ はい	☐ はい		
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	☐ はい	☐ はい		
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	☐ はい	☐ はい		
⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	☐ はい	☐ はい		
⑰ 一口あたり何度も嚥下する	☐ はい	☐ はい		
⑱ 頻繁にむせたり、せきこんだりする	☐ はい	☐ はい		
⑲ 食事中や食後に濁った声に変わる	☐ はい	☐ はい		
⑳ 食事の後半は疲れてしまい、特によくむせたり、呼吸音が濁ったりする	☐ はい	☐ はい		
㉑ 観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	☐ はい	☐ はい		
㉒ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	☐ はい	☐ はい		
多職種会議における議論の概要 会議実施日： 年 月 日 会議参加者： ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 管理栄養士/栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☐ 理学療法士 ☐ 看護師 ☐ 介護職員 ☐ 介護支援専門員				
経口による継続的な食事の 摂取のための支援の観点	① 食事の形態・とろみ、補助食の活用	☐ 現状維持 ☐ 変更		
	② 食事の周囲環境	☐ 現状維持 ☐ 変更		
	③ 食事の介助の方法	☐ 現状維持 ☐ 変更		
	④ 口腔のケアの方法	☐ 現状維持 ☐ 変更		
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	☐ 現状維持 ☐ 変更		
入所(院)者又は家族の同意 (※初回作成時及び大幅な変更時)	同意のサイン	同意を得た日 年 月 日		
① 解決すべき課題				
② 職種とその方法				

<書籍紹介>



東嶋美佐子・渡辺展江 著。発行日：2018年9月。定価：2700円（医歯薬出版株式会社）

病院や施設や在宅において、高齢者の食べることについての問題を早期に発見するための簡便な方法、その問題を解決するための対応、リスクを回避するための食事介助法などについて、イラストや写真を多く使って誤嚥性肺炎にしないためのノウハウを満載した一冊である！

④栄養管理チェックシート

食事チェックシート

食事のチェックをしてみましょう！

名前 _____

食べた食品の欄に○をつけましょう。（1日3回食べても○は1つ）
7日間を記入して○の数を数えてみましょう！（縦・横それぞれに合計を記入します）

月/日	穀類 (ご飯、パン、麺)	芋類	果物	肉類	魚介類	卵	大豆製品	大豆	牛乳製品	油脂類	海藻	野菜・ 緑黄色野菜	お茶・水	合計
1日目 /														
2日目 /														
3日目 /														
4日目 /														
5日目 /														
6日目 /														
7日目 /														
合計														*

○の数で、どんな食品に偏っているのかわかります。どの食品が多いのか、少ないのかに気づきます。
これをもとに、バランスのとれた食事を心がけましょう！

《判定》

縦横の合計（*）÷7（日）の値を計算します。

- 10点以上12点 : バランス良く食べています
- 8点以上10点未満 : あと一歩、頑張りましょう
- 0点以上8点未満 : もう少し多くの食品を食べましょう

簡易栄養状態評価表

Mini Nutritional Assessment-Short Form

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

氏名:

性別: 年齢: 体重: kg 身長: cm 調査日:

下の口欄に適切な数値を記入し、それらを加算してスクリーニング値を算出する。

スクリーニング

A 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしてく・嚥下困難などで食事が減少しましたか？

- 0 = 著しい食事量の減少
1 = 中等度の食事量の減少
2 = 食事量の減少なし

B 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか？

- 0 = 3 kg 以上の減少
1 = わからない
2 = 1~3 kg の減少
3 = 体重減少なし

C 自力で歩けますか？

- 0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用
1 = ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない
2 = 自由に歩いて外出できる

D 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？

- 0 = はい 2 = いいえ

E 神経・精神的問題の有無

- 0 = 強度認知症またはうつ状態
1 = 中程度の認知症
2 = 精神的問題なし

F1 BMI 体重(kg)÷[身長(m)]²

- 0 = BMI が19 未満
1 = BMI が19 以上、21 未満
2 = BMI が21 以上、23 未満
3 = BMI が23 以上

BMI が測定できない方は、F1 の代わりに F2 に回答してください。
BMI が測定できる方は、F1 のみに回答し、F2 には記入しないでください。

F2 ふくらはぎの周囲長(cm) : CC

- 0 = 31cm未満
3 = 31cm以上

スクリーニング値

(最大 : 14ポイント)

12-14 ポイント: 栄養状態良好

8-11 ポイント: 低栄養のおそれあり (At risk)

0-7 ポイント: 低栄養

- Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA[®]-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
さらに詳しい情報をお知りになりたい方は、www.mna-elderly.com にアクセスしてください。

理学療法士・作業療法士のための
地域包括ケアシステム構築に向けた
ガイドブック

発 行 2019 年 3 月 1 日
長崎大学医学部保健学科
保健学実践教育研究センター
編 集 地域包括ケア人材養成コース
カリキュラム委員会
