

第3章 各事業実施における基本的な考え方

介護予防のめざすものは「できる体験」を積みかさねていくことによって、生活に広がりができ、「自分らしい人生を最後まであきらめずに、いつまでも輝いて生きよう」という思いを実現していくことです。

そのためには、参加者が意欲を持って積極的実施することが大切になります。

事業実施するにあたっては、「計画」⇒「実行」⇒「評価」⇒「確認」の過程を踏みますが、それぞれの過程において利用者とスタッフ、スタッフ同士のコミュニケーションを常にとりながら、試行錯誤を繰り返していくことにより、よりよい事業展開をしていくことができ、効果的な結果を招くことにつながります。

各過程における留意点

1 計画(Plan)

(1) 目的の共有をしましょう

- まず、事業スタッフ全員で、事業の目的や実施方法の確認と共有を行う。
- 利用者とスタッフが、事業の目的及び利用者の目標を話し合い、共有する
- 利用者の目標は、機能レベルの変化に応じて、適宜更新する

(2) コミュニケーションを大切にしましょう

① スタッフ間のコミュニケーション

- 利用者の事業実施中に聞き取った情報、感じたことを情報交換し、必要な事項を共有する
- 毎回の「振り返り」の時間や、カンファレンスを行い、記録しておく

② スタッフと利用者間のコミュニケーション

- 明るい声で話しかけ、否定的な言葉は使わないで、ほめましょう（レベル向上や継続への努力など、良いところを見つけてほめる）
- 利用者とのつなぎ役になるように声をかけ、利用者同士の関係ができるようにする
- スタッフは利用者の表情や体調を把握して、状況に応じた声かけをして、事業参加継続への支援をする

③ 利用者間のコミュニケーション

- 事業を利用者同士の交流の場とする

2 実行 (Do)

参加者が主体的に取り組む環境づくりに努めましょう

- ① 参加者の自信につながる支援がある

- 成功体験をもつこと
- 他人の行動を観察すること
- 他者の説得力ある言葉、賞賛
- 身体や心の反応に気づいてもらう
- ② 目標を見つける、聞き取る
- ③ 実現のためにどうするかを考える
 - 自分で考え、自分で出来ることを実感してもらう
- ④ 生活の中で実践してもらう
 - 生活の中で実行しながら自信を深めてもらう

3 評価(See)

評価を効果的に実施するポイント

- ①結果を評価する（アウトプット）
 - 実施回数、参加者数など
- ② 効果进行评估する（アウトカム）
 - 参加者の変化（体力指標の改善度、心理的效果等）
 - *参加者にとって日常生活の目標を描くことができる
 - *事業実施者にとって事業の発展に反映する
- ③ 事業の過程を評価する(プロセス)
 - 事前に実施に必要な過程を定め、それを確実に行うことができたか、またその過程は適切か評価する

4 確認(Check)

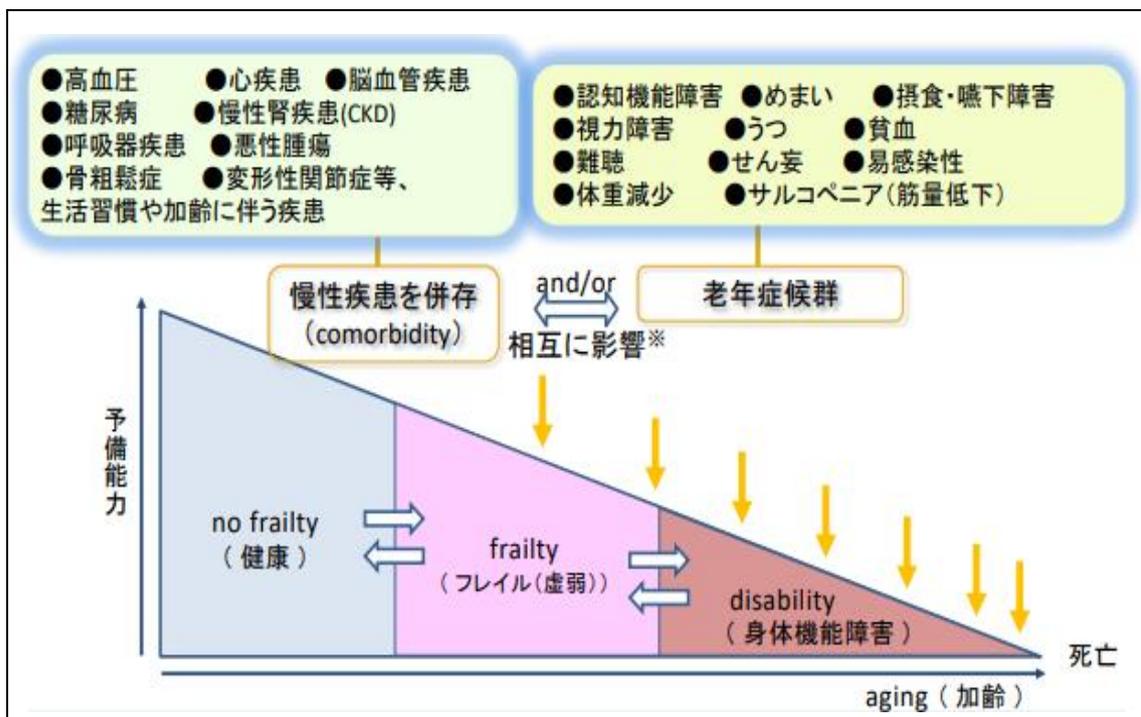
終了後の対応についても継続して考えましょう

- ① 終了しても目標に向かって実践していけるチカラが身についているか
- ② 自分でプログラムでき、継続できる
- ③ 次のステップとなる社会資源の情報提供

フレイルについて

フレイルとは老化に伴う様々な機能の低下により、健康障害を起こしやすくなり、要介護状態になる危険性が高い状態です（「健康な状態」と「要介護状態」の間）。一方で、早期に発見し適切な対策をすれば再び健康な状態に戻れる可能性が秘められた状態でもあります。

フレイルを予防するためには3つのポイント（栄養・身体活動・社会参加）を見直すことが大切です。「栄養（食・口腔機能）」「身体活動（運動など）」「社会参加（就労、余暇活動、ボランティアなど）」を包括的に底上げしていく必要があります。



(高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版 より)

運動器の機能向上について

運動器の機能向上プログラムによる効果を確実にするためには、

- ① 対象者が自発的に参加すること
- ② 参加者が意欲的に運動を実施すること
- ③ 事業終了後も引き続いて運動を実施する意欲を持って、活動的な日常生活を送ること

の3つの事項が重要です。そのためには、ただ運動の正しいやり方や知識を教えるのではなく、日常生活の中で「何をどのくらい実施するか」、「どのように取り入れていくか」まで踏み込んで支援することが求められます。

高齢者が新しいサービスや事業に参加したり、運動を始めるということには、かなり抵抗があります。

「もう歳なので運動はできない」、「もう今まで十分働いてきたので楽しみたい」、「運動すると疲れる」といった誤った思い込みがあります。そういった時に知人や友人からの言葉は参加を促すためには非常に効果的です。サービスを終了した人が、自分の周りの同じような状況にいる人々に、サービスの内容の良さを伝えるようになると、事業参加者は一段と増えます。そのためには、内容が充実していて参加者に満足感と効能感を与えることが何よりも重要です。

運動の意欲を高める工夫

高齢者の運動実践を定着させるためには、「1 目標設定」「2 セルフモニタリング」「3 自己強化」といった行動科学的アプローチが有効です。

1 目標設定

ここでいう「目標」は、参加者自身がプログラム実施中あるいは日常生活の中で定める短期的な目標で、できるだけ身近で具体的な行動目標（なにを、いつ、どこで、だれと、どのくらい）を設定します。ただし、95%達成可能な目標に設定することがポイントです。高すぎると、達成できなかったのは、自分の努力が足りないと感じ、意欲が減退してしまいます。

目標設定したら、必ずその達成度を自己評価してもらい、達成できた場合には自分で自分をほめる（自己強化）ように促すことが大切です。またスタッフも必ず賞賛を忘れず、頑張ったことを大きくほめることです。

- 例. マシン運動における「持ち上げる重量」
「毎朝、起床時にストレッチする」

2 セルフモニタリング

セルフモニタリングとは、自分自身の行動や態度、感情、思考などを観察したり記録することによって、自身の行動や態度に対する具体的な客観的な気づきをもたらす方法です。記録する内容は、できるだけ具体的な行動（歩数、歩行時間、歩行コース、実施回数等）や、思考（活動時の体調、活動しなかった日の気分等）などです。

しかし、記録することが苦手な人もいますので、そういった場合にはあまり記録が負担にならないように、『カレンダーに〇をつけるだけ』といったように工夫しましょう。

「記録する」といった行為自体が励みになり、その行動を継続する動機付けが高まりますが、あまり無理強いすると逆効果になりますので、注意しましょう。

例. 手帳やカレンダーなどに自宅で運動を行うたびに記録する

3 自己強化

「自分で自分をほめる」ことを自己強化といいます。自分で立てた目標を記録し、目で見える形にして表現させ、目標を達成した際に自分自身をほめること（自分にごほうびをあげる等）ができれば、運動を続けることに対する動機付けが高められます。

例. 手帳やカレンダーにできた日にスタンプを押す、シールを貼る
ご褒美として以前から欲しかったものを買う、外食をする

口腔機能の向上について

口腔には、食べること・話すこと・姿勢の維持など多くの働きがあります。それらの働きを維持・改善・回復することは、高齢者の健康で快適な生活（自己実現）を支援するうえで重要な要素となります。たとえば、口腔機能の低下は食生活を悪化させ低栄養をもたらします。低栄養はADL（日常生活活動）、認知機能、免疫機能などの低下につながり、感染症などのリスクを高めます。また、口腔内を清潔に保つことは、口腔の疾患を予防するとともに、肺炎やその他口腔状態に関係する多くの疾患の危険性を減少します。口腔機能の向上は、要介護状態発生の予防や重度化の予防を目的としています。

口腔機能向上の実施による科学的論証

- ①食べる楽しみを得ることから、生活意欲の高揚がはかれる。
- ②会話、笑顔がはずみ、社会参加が継続する。
- ③自立した生活と日常生活動作の維持、向上がはかれる。
- ④低栄養、脱水を予防する。
- ⑤誤嚥、肺炎、窒息の予防をする。
- ⑥口腔内の崩壊（むし歯、歯周病、義歯不適合）を予防する。
- ⑦経口摂取の質と量が高まる。

口腔機能向上の取組

口腔機能を向上するには、器質的・機能的 両面からのアプローチが必要です。

(1) 器質的アプローチ

- 口腔機能を営むうえでは、口腔疾患を予防して必要な形態を維持することが重要です
- そのためには、口腔衛生状態を良好に維持・改善することが必要となります。

(2) 機能的アプローチ

- 種々の口腔機能を維持・改善・回復するために、その機能に合わせた訓練を行います。

口腔機能向上の意義

(1) 食べる楽しみを高める

「要介護高齢者の楽しみ」の第一位は、介護度にかかわらず「食事」です。

「おいしく」、「楽しく」、そして「安全」な食生活の営みは、高齢者が健康で生き生きとした生活を送る上で必須の要素です。食刺激は、脳血流量を増加し脳を活性化するとの報告もあります。

このような「食べる楽しみ」を高めるためには、食べるために必要な機能のなかでも、①咀嚼機能、②味覚機能、③舌機能、④唾液分泌機能などの改善が不可欠となります。

① 咀嚼機能について

- 咀嚼することにより、食物を細かくし、食塊を形成し、飲み込み易くします。
- また、味を抽出し、歯ごたえ・歯ざわりなどとともに食の楽しみを増します。

② 味覚機能について

- 味覚障害の原因には神経性のほか、口腔内の不潔による場合があります。
(継続的な口腔清掃のかかわりによって、味覚閾値が改善を示したとする報告があります。)

③ 舌機能について

- 舌圧は加齢とともに低下し、さらに要介護度の重度化とともに低下します。
- また、栄養状態不良者に舌圧低下が顕著です。

④ 唾液分泌機能について

- 高齢者では、加齢的变化・全身疾患・薬の副作用などにより高率に口腔乾燥症を生じます。
- 口腔乾燥は単なる違和感のみならず、口腔機能（咀嚼、嚥下、会話）へも影響をおよぼすことが知られています。
- また口腔の自浄作用や免疫作用が低下して、口腔疾患をきたす大きな原因となります。

(2) 低栄養・脱水の予防

高齢者では、加齢にともなう摂食嚥下機能の低下に加えて、嚥下反射や咳反射の低下を生じており、食事摂取に際して不利な状況にあります。摂食嚥下機能の維持改善は低栄養・脱水を防ぐ上で重要です。

要支援者を含めた軽度要介護者の中でも、特に、摂食嚥下機能の障害を示唆する臨床症状（体重の減少、栄養状態の悪化、肺炎の既往があったり、コップで水を飲むとむせこんだり、喉に食べ物をつまらせたりしたこと等）がある場合には、口腔機能向上の支援を行う必要性があります。

(3) 誤嚥・窒息の予防

高齢者は歯の欠損や咬筋・舌の筋力低下による咬合力や咀嚼力の低下を認め、咽頭期において嚥下反射の開始が遅延し、**嚥下反射運動の速度が低下**します。

また**嚥下の予備能が低下**しているため、以下のような場合においては、**誤嚥や窒息**が生じやすい状況となります。

- 普段と違った環境（会食、旅行、急いでいるとき等）での食事
- 睡眠薬の使用
- 全身状態に変化のあるとき
（風邪等気道感染、手術後、骨折で臥床を余儀なくされているとき等）

肺炎は日本における死因の第5位（2020年）であり、肺炎の発症率は加齢とともに増加します。

高齢者の肺炎の重症化や肺炎による死亡の原因のひとつに、繰り返す**誤嚥**が挙げられます。

肺炎を発症した高齢者の多くは、**嚥下反射**（食塊や唾液を嚥下する能力）や**咳反射**（気道に誤って流入（誤嚥）した食塊や唾液を排除する能力）が**潜在的に低下**しており、食事のときにむせこんだり、食べ物が喉につかえたりするという症状がなくとも、夜間睡眠中に唾液が下気道や肺に**不顕性誤嚥**（むせこみや咳がみられない誤嚥）を生じていることがわかっています。

日頃は不顕性誤嚥を繰り返して肺炎にならない人でも、全身状態の悪化や風邪や気管支炎等の呼吸器感染を起こしたとき、あるいは口腔疾患等で**口腔内の細菌**が増えたときには肺炎を発症します。

肺炎になると、栄養や免疫機能がさらに低下し、繰り返す不顕性誤嚥のために肺炎が反復、重症化し、ついには死にいたることも稀ではありません。

このような**誤嚥性肺炎の予防**には、主に以下のような対応が必要となります。

- ① 感染源ともいえる口腔咽頭細菌叢の除去
- ② 感染経路対策として嚥下反射、咳嗽反射の改善
- ③ 感受性宿主対策として栄養改善による免疫能の改善
- ④ 潜在している摂食嚥下機能の障害の早期発見

口腔咽頭細菌叢の除去には歯ブラシを中心とした口腔清掃が有効です。

口腔に一定の刺激を加えると嚥下反射、咳嗽反射が賦活化することが知られており、感染経路対策としても重要です。

さらに軽度要介護者には、気道感染予防さらには生活全般にわたる機能の維持、改善のために口腔清掃の自立に向けた援助、習慣化、巧緻性の向上が必要です。

(4) 運動機能への影響

摂食嚥下機能を含めた口腔機能の向上は運動機能の維持、向上という側面からも非常に重要です。実際に口腔清掃を中心とした口腔機能の向上が運動機能に及ぼす影響についていくつかの報告がされています。運動機能の維持、向上という側面からも非常に重要であるといえます。

また、顎の位置の安定や噛みしめる力は、**姿勢の維持・身体の平衡を保つ・身体に力を入れる**などに重要な役割を持っています。

(5) 社会参加への影響

口腔機能の改善は、食事機能を向上させ、会話などコミュニケーションを豊かにします。それにより患者の活動性に影響を及ぼしADLを改善し、ひいてはQOL（Quality of life:生活の質）の改善につながります。口腔機能の向上への試みは、高齢者の社会参加への促進においても、重要な役割が果たせるものと考えられます。

栄 養 改 善 に つ い て

1. 栄養改善の意義

栄養改善は、日常生活において「食えること」を支援し、低栄養状態の予防や改善を通じ高齢者がいつまでも「食」を楽しみ、自立した生活を送って、高い生活の質(QOL)を目指すものです。

高齢者は、加齢に伴う身体的、精神的、社会・経済的要因などにより、きちんとした食事を摂ることが難しくなる傾向にあります。また、高血圧症や動脈硬化症、骨粗鬆症、四肢の障害など何らかの疾病や障害を持っていることが多い他、生理的ストレスや薬物の服用による食欲低下などもおこります。栄養バランスが崩れエネルギーやタンパク質など体に必要な栄養が十分に摂取できなくなると、低栄養状態に陥りやすくなり、身体機能や日常生活を行うために大切な生活機能が衰える他、免疫力の低下を招き、病気になるやすくなり、治癒も遅くなります。高齢者を取り巻く環境を考慮し栄養改善のための支援を行うことは、高齢者の心身の機能を維持し、要介護状態発生の予防や重度化の予防につながります。

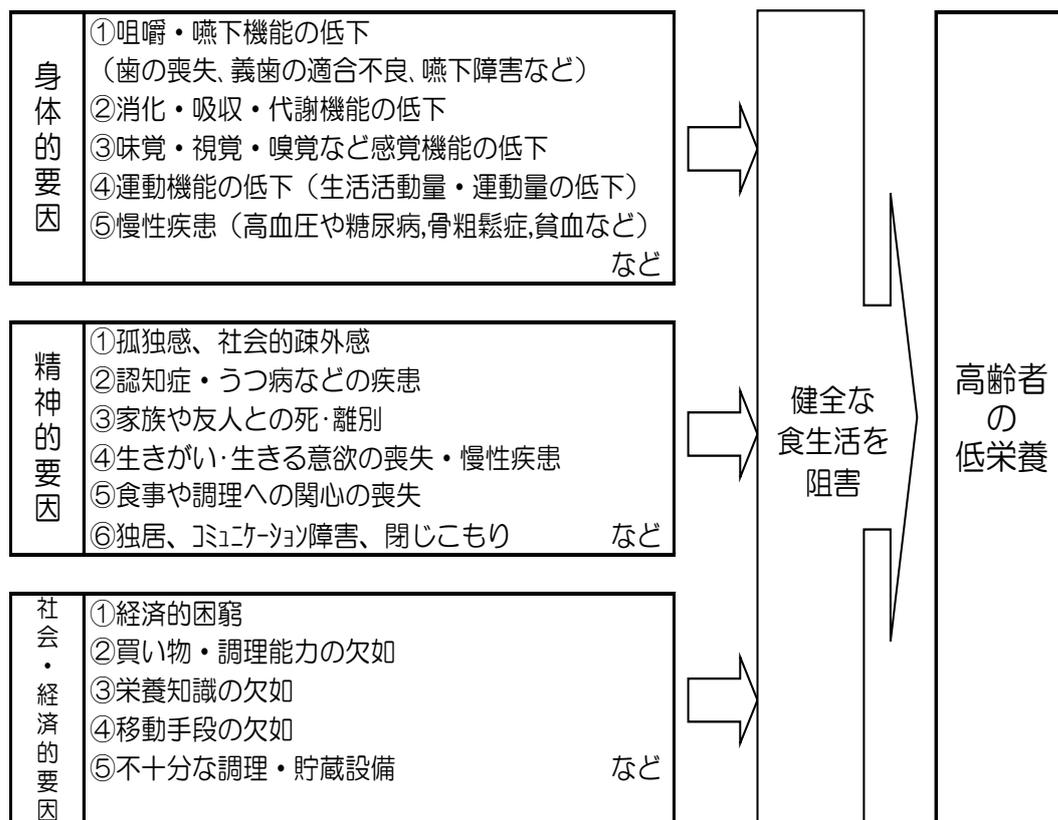


図1 高齢者の食生活を阻害する要因

(1) 高齢者の特徴

加齢による身体機能の低下は人により異なりますが、高齢者の体にさまざまな変化をもたらすと同時に、食生活にも影響を及ぼします。このため、高齢者への食生活支援には、身体状況や食事の摂取状況の把握に加え、環境や社会的・経済的要因の他、サービス利用者本人や家族の意向などを考慮した栄養改善計画・栄養ケア計画を作成し、栄養改善プログラムを実施することが必要です。

ア. 高齢者の体の変化について

	体の変化	特 徴
1	食欲が低下する	・運動量が少なく、食が細くなりがちになる。
2	かむ力(咀嚼力)が低下する	・歯を失うことにより、食べものを「かみ切る,かみ砕く」力が低下する。 ・柔らかい食べものを好むようになる。
3	唾液の分泌量が減少する	・食べものが飲み込みにくく、つかえ等がおこりやすくなる。
4	味覚, 嗅覚が鈍くなる	・味を感じる味蕾の数が減少し、塩味や甘味を感じにくくなる。 ・濃い味付けを好むようになる。
5	のどの渇きに鈍くなる	・のどの渇きを感じる感覚が鈍くなり、脱水症状をおこす場合がある。
6	飲み込む力(嚥下能力)が低下する	・食べものがのどを通りにくくなり、むせたり、つかえ等がおこりやすくなる。また、食べものがいつまでも口の中にあり、食事時間が長くなる。
7	消化液の分泌が減少する	・消化吸収能力が低下し、下痢をおこしやすくなる。 ・食欲不振がおこる。
8	腸の運動が低下する	・特に大腸の蠕動運動が弱くなるため、便秘になりやすい。
9	頻尿, 尿漏れが多くなる	・腎臓機能が低下し、薄い尿が多量に作られる。
10	骨がもろくなる	・骨量が減り、転倒などにより骨折をしやすくなる。
11	視覚が低下する	・老眼や白内障などにより視覚が低下し、物がみえにくくなる。

イ. 脱水予防

高齢者は体内の水分量が若い頃に比べ少ない上、脱水に対する反応が鈍く、のどの渇きを訴える力が低下しています。そして、食事量が減ることで水分の摂取量が減る、のどの渇きを感じにくくなる、腎機能が低下するなどの身体的要因や頻尿や尿漏れ、排尿動作の負担を避けるために水分摂取を控える、家族の水分補給量に関する意識や認識不足、利尿剤などの薬物の影響などから高齢者は脱水症状をおこしやすい状態にあります。脱水状態になると、血液が濃くなって血栓をおこしやすくなり、脳梗塞や心筋梗塞のリスクを増大させることとなります。また、腸内まで水分がいきわたらないため便秘も引きおこしやすくなります。脳梗塞や心筋梗塞などの疾患は高齢者の運動機能や口腔機能に障害をもたらすADL(日常生活動作)の低下を招き、QOL(生活の質)の低下へとつなが

ります。このため高齢者は、のどの渇きがなくても普段から定期的に一定量の水分を補給する習慣が必要となります。また、嘔吐や下痢の時にも脱水状態に陥りやすいため注意が必要です。

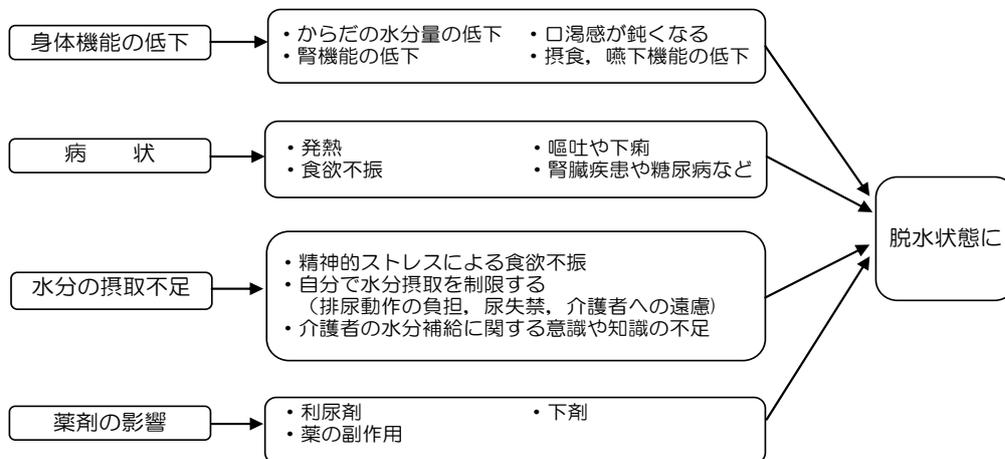


図2 高齢者が脱水をおこす原因

○脱水の症状

- おしっこの回数が減り、色が濃くなってくる
- 口の中がいつもより乾く
- 脇の下が乾燥する
- よく微熱がでる
- 元気がない
- ぼんやりしている
- 唇や皮膚がかさかさする など

脱水状態のチェック

- 水やお茶を飲む量が減った
- 食事の量が減った
- おしっこの量が減った
- おしっこの色が濃くなった
- 脇の下が乾燥する

(2) 食べることの意義

高齢者にとって「食べること」は単に栄養素を摂取し、身体の健康を維持することだけではなく、生きる喜びと楽しみを与えるものでもあります。また、一日の生活のなかでの規則的な「食べること」のリズムは規則的な生活リズムを作り、身体・生活機能が保持され、生きる意欲へとつながっていきます。そして、人としての尊厳を保ち、社会参加への意欲を促し、QOLを高めるという重要な意義を持っています。

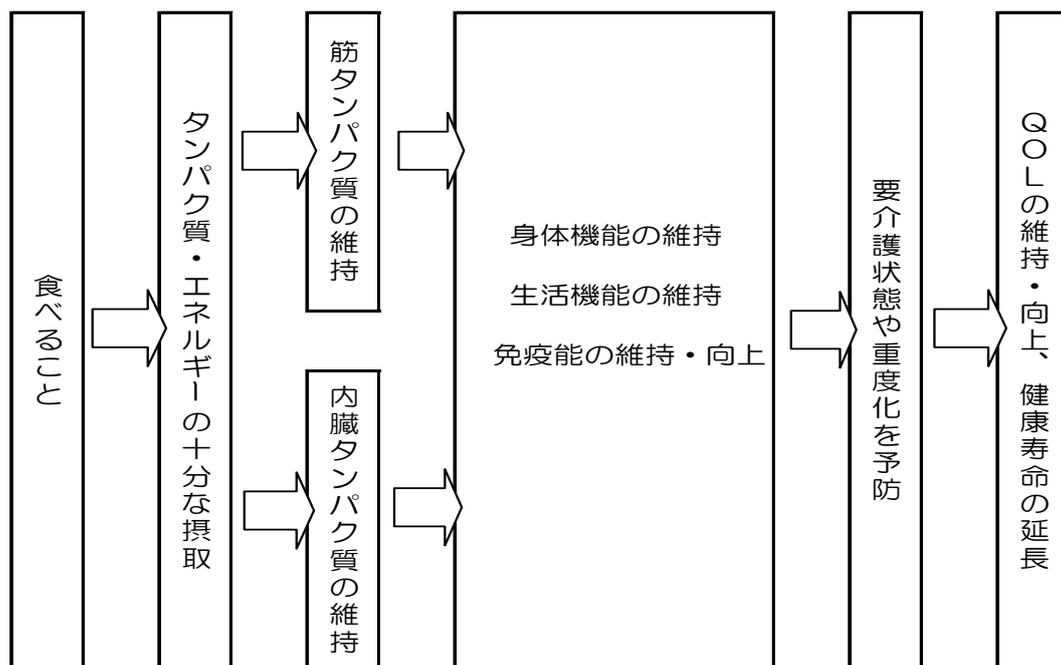


図3 高齢者の食べることの意義（厚生労働省 栄養改善マニュアルより）

1) 社会参加への支援

高齢者自身が買い物や食事作りに携わることを通じて、食事に関わる生活機能の回復をはかる他、家族や地域など高齢者が社会との交流に意欲が持てるように支援することが必要です。

2) 生活の質の改善

高齢者は、身近な地域において、自身の尊厳をもって主体的に生活を営み、その人らしい生活を生涯維持することを望んでいます。運動機能や口腔機能など高齢者が自らの生活を営むことができる能力を維持・向上できるように他職種と連携して支援することは、高齢者の健康の保持・増進へとつながるとともに、積極的な社会参加や QOL の向上にもつながります。

「食べること」は買い物や食事作りなど一連の生活行為が伴う他、家族や身近な地域の人たちとの「双方向のコミュニケーション」も伴います。その人らしい生活全般の改善・回復に対する高齢者の意欲を引き出し、QOL の維持・向上を目指して、一日の生活において習慣的に十分に「食べること」を支援することも留意しなければなりません。

3) 低栄養の予防と生活機能の維持

人にとって食事は健康を維持するためのバロメーターであり、生命と日常の活動を支える源でもあります。老化を防ぎ、活力ある生活を送るためには、生きるために大切なタンパク質と活動するためのエネルギーの他、脂質やビタミン・ミネラル類を毎日の食事から適切に摂取していくことが大切です。

高齢者は、老化による口腔問題や摂食嚥下機能の低下の他、病気や発熱、親しい者との死や離別など心身の状態からくる食欲低下、社会的・経済的による日常の食事量の低下などさまざまな要因で、エネルギーやタンパク質が不足して低栄養状態に陥りやすくなります。また、脳梗塞や呼吸器疾患などの疾患によっても低栄養状態に陥りやすくなります。特に低栄養状態の悪循環(図4)に陥ると筋肉量や運動量がさらに低下して、免疫力や身体機能の低下が進み、食欲の低下による食事量の減少による栄養不足が促され、なりますが、栄養改善の介入により低栄養状態は有意に改善されることも確かめられています。心身の機能を維持し要介護状態にならないようにするためにも、低栄養状態を予防・改善することは高齢者の生活機能の保持や QOL の向上、健康寿命の延長の面からも重要となります。

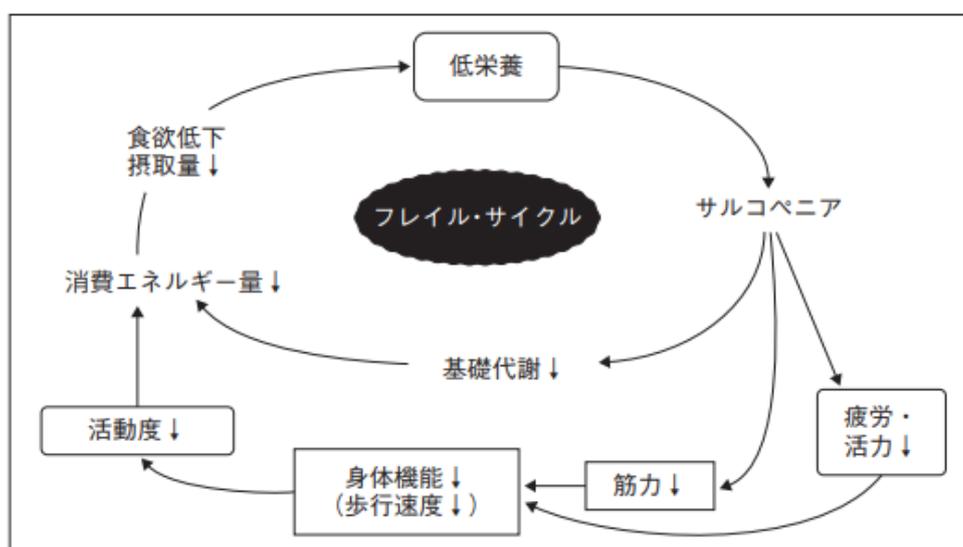


図4 フレイル・サイクル (「日本人の食事摂取基準 (2020 年版)」策定検討会報告書より)

65歳以上におけるエネルギー必要量について、エネルギー必要量は、体重が一定であればエネルギー摂取量と等しく、その時の体重を保つ(増加も減少もしない)ために適当なエネルギーと定義されている。そのため、体重を増加させる必要がある場合は、1日あたりのエネルギー摂取量を増加させる必要があります(表1、2)

■表1 65歳以上における推定エネルギー必要量 (kcal/日)

性別	男性			女性		
	I	II	III	I	II	III
65~74 (歳)	2050	2400	2750	1550	1850	2100
75以上 ¹ (歳)	1800	2100	-	1400	1650	-

¹レベルIIは自立している者、レベルIは自宅にいてほとんど外出しない者に相当する。レベルIは高齢者施設で自立に近い状態で過ごしている者に適用できる。

(介護予防ガイド実践・エビデンス編より)

■表2 身体活動レベル別に見た活動内容と活動時間の代表例

身体活動レベル	低い (Ⅰ)	ふつう (Ⅱ)	高い (Ⅲ)
日常生活の内容	生活の大部分が座位で、静的な活動が中心の場合	座位中心の生活だが、職場内での移動や立位での作業・接客等、通勤・買い物での歩行、家事、軽いスポーツ、のいずれかを含む場合	移動や立位の多い仕事への従事者、あるいはスポーツ等余暇における活発な運動習慣を持っている場合
中等度の強度(3.0～5.9メッツ)の身体活動の1日当たりの合計活動時間(時間/日)	1.65	2.06	2.53
仕事での1日当たりの合計歩行時間(時間/日)	0.25	0.54	1.00

「日本人の食摂取基準」策定検討会. 日本人の食事摂取基準(2020年版)「日本人の食事摂取基準」策定検討会報告書. 令和元年12月. mhlw.go.jp/content/10904750/000586553.pdf.

(介護予防ガイド実践・エビデンス編より)

高齢者におけるたんぱく質摂取については、少なくとも毎食良質なたんぱく質(必須アミノ酸をバランス良く含んでいるもの)を25～30g程度摂取しなければ、骨格筋で有効なたんぱく質合成が1日を通して維持されない可能性が示唆されています。1日75g以上のたんぱく質を摂取する必要性が指摘されています。日本人の食事摂取基準(2020年版)では、活動量別に見たたんぱく質の目標量が定められています。(表3)

■表3 65歳以上におけるたんぱく質目標量(g/日)

性別	男性			女性		
	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ
65～74(歳)	77～103	90～120	103～138	58～78	69～93	79～105
75以上 ¹ (歳)	68～90	79～105	—	53～70	62～83	—

¹レベルⅡは自立している者、レベルⅠは自宅にいてほとんど外出しない者に相当する。レベルⅠは高齢者施設で自立に近い状態で過ごしている者に適用できる。

「日本人の食摂取基準」策定検討会. 日本人の食事摂取基準(2020年版)「日本人の食事摂取基準」策定検討会報告書. 令和元年12月. mhlw.go.jp/content/10904750/000586553.pdf.

(介護予防ガイド実践・エビデンス編より)

2. 高齢者の低栄養状態の評価・判定

低栄養状態とは、エネルギーとタンパク質の欠乏状態であり、3つのタイプ(下記表参照)があります。

低栄養状態のリスクの有無は、低栄養の指標でもあるBMIや体重減少および血清アルブミン値より評価・判定します。そして、低栄養者への支援を行う場合には、食環境や社会的・経済的要因の他、利用者本人や家族の意向などを考慮した改善策を考え、利

用者自身が主体となって実施できる栄養改善計画・栄養ケア計画を作成することが大切です。なお、高齢者はカルシウムや鉄の吸収能力の低下により、骨粗鬆症や貧血もおこしやすくなっています。そして、低栄養状態では食事が減るためカルシウムや鉄の摂取不足も考えられることから、骨密度やヘモグロビン値なども考慮することが望まれます。

マラスムス型	<ul style="list-style-type: none"> エネルギーとタンパク質の欠乏した状態 特にエネルギーの欠乏が強い状態 体脂肪と筋肉の減少による体重減少 血清アルブミン値は標準
クワシオコル型	<ul style="list-style-type: none"> タンパク質の欠乏した状態 疾患や外傷、感染症や発熱、手術などの生理的ストレスによる代謝の亢進がある場合に引き起こされる 血清アルブミン値の低下、浮腫 体重減少はあまりみられない
マラスムス・クワシオコル混合型	<ul style="list-style-type: none"> マラスムス型とクワシオコル型の両方がみられる状態 体重減少と血清アルブミン値の低下 高齢者に多くみられる

また、低栄養状態に関連する問題として、口腔および摂食・嚥下機能の低下、生活機能の低下、閉じこもり、食欲の低下、認知症、うつなどがあげられます。こうした問題が把握される場合にも、低栄養状態のリスクの確認をする必要があります。

<p>社会的要因</p> <ul style="list-style-type: none"> 独居 介護力不足・ネグレクト 孤独感 貧困 	<p>疾病要因</p> <ul style="list-style-type: none"> 臓器不全 炎症・悪性腫瘍 疼痛 義歯など口腔内の問題 薬物副作用 咀嚼・嚥下障害 日常生活動作障害 消化管の問題（下痢・便秘）
<p>精神的心理的要因</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知機能障害 うつ 誤嚥・窒息の恐怖 	<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> 不適切な食形態の問題 栄養に関する誤認識 医療者の誤った指導
<p>加齢の関与</p> <ul style="list-style-type: none"> 嗅覚・味覚障害 食欲低下 	

（「日本人の食事摂取基準（2020年版）」策定検討会報告書より）

3. 一人暮らしの高齢者の食事について

少子高齢化に伴い高齢者夫婦のみの世帯や高齢者単独世帯が増加しています。中でも一人暮らしの高齢者は、買い物や食事作りなど食生活に関する生活活動の全てを自分で行わなければなりません。身体機能の低下や栄養・料理に関する知識不足などから、買い物や調理が困難で、偏った食事になるなど十分な栄養管理が自己ではできない場合が多くあります。このため、一人暮らしの高齢者の生活状況を把握し、個人が希望する食生活支援、例えば食事の配食サービスの紹介や料理講習による食事作りの知識・技術の習得などが望まれます。

○一人暮らしの高齢者の食事傾向

- ・ 3度の食事の全体量が極端に少なくなりがちになる。
- ・ 体力の低下や足腰が弱くなるなど身体機能の低下により買い物や食事づくりが面倒になり、欠食や調理済み食品・インスタント食品の利用が多い食生活になりやすくなる。
- ・ 魚、肉、牛乳などのタンパク質源や緑黄色野菜などの摂取が少なくなる。
- ・ 同じ料理を食べることに抵抗を感じなくなり、極端な偏食に陥りやすくなる。
- ・ 歯の喪失により硬い食品が食べにくくなるため、食べ物に偏りがでる。
- ・ 孤独感や生き甲斐の低下などにより食事をつくる意欲や食欲が低下し、欠食や外食で済ませることが多くなる。
- ・ 家に閉じこもりがちで、食事量が少ないため空腹感がなくなり、1日に食べる食品数が若い頃に比べ少なくなる。
- ・ 男性は特に食事内容が偏り、お酒を飲むことが多くなる。 など

4. 関連サービスとの連携

栄養改善サービスが有効に機能するためには、地域包括支援センターならびに介護予防サービス計画を担当する介護支援専門員など関連職種との情報交換が必要不可欠となります。さらに、関連サービスには、介護予防ケアマネジメント、調理等の生活援助を提供する訪問型サービス、口腔機能向上サービスを提供すると想定される通所型サービス、介護予防通所リハビリテーションにおけるサービス、通所が困難な方に対し医師の指示のもとに行われる介護予防居宅療養管理指導があります。

(1) 他事業との関連

管理栄養士は、栄養相談の成果があがるように必要に応じて地域包括支援センター等を介して関連事業への参加を依頼したり、現在提供されている事業担当者からの栄養食事状況に関する情報提供などを依頼します。以下に、各種介護予防事業との連携の観点(一例)を示します。

ア. 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントの基本的な流れは、予防給付でも新しい介護予防・日常生活支援総合事業でも同じです。まず、アセスメントを行い、次に介護予防ケアプランの

案を作成し、必要に応じてサービス担当者会議において検討の上、原案を作成し、利用者の同意を得て介護予防サービス・支援計画として確定します。これに基づいて予防給付によるサービスや介護予防・日常生活支援総合事業が提供されます。そして、サービス提供の一定期間後に地域包括支援センターにおいてサービス・事業の効果を評価します。

地域包括支援センターの介護予防ケアプラン作成者は、予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業の両対象者について、基本チェックリストや利用者基本情報、面談などによって情報把握し、生活機能の低下の原因や背景等の分析を行い、各領域において共通した根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにする必要があります。

介護予防・日常生活支援総合事業対象者については、基本チェックリスト項目の該当数を踏まえ、必要と見込まれる事業を決定し、最終的な介護予防ケアマネジメントによって、利用するプログラムの判断をします。予防給付では認定調査項目や主治医意見書も活用します。主治医意見書からは、利用者の既往、服薬状況、心身状況など安全にサービスを実施するための医学的観点からの留意事項を確認することができます。

アセスメントは、利用者介護予防ケアプラン作成者との協同作業です。互いのコミュニケーションの課程を通じて、介護予防の考えを利用者や家族に説明したり、生活機能が低下していることを認識できるよう支援をしたり、改善や自立への意欲を引き出していく貴重な機会でもあります。また、既存書類からの情報収集によって、ある程度利用者像の把握をし、そして面接では利用者や家族の訴えに耳を傾け、生活機能低下の状態や状況について理解することから始めることが大切です。しかし、一方で、専門的な観点による十分なアセスメントを行わず、利用者の希望のみを優先してサービスの利用計画を立てていることが指摘されています。

地域包括支援センターの介護予防ケアプラン作成者は、栄養改善に関する専門的な観点によるアセスメントを必ず行い、必要に応じて低栄養状態の誘因となっている課題の解決のために口腔機能の向上、摂食嚥下リハビリテーション等の各種サービスの提供ができるように調整をし、介護予防ケアプランを作成します。

また、管理栄養士は、利用者の自立への意欲を引き出していく支援をするため、さらに栄養食事相談の成果をあげるために、必要に応じて現在提供されているサービスの担当者から、たとえば訪問型サービスなど食事介助、調理支援等の関連サービスから食事状況に関する情報を得られるようにします。

イ. 生活機能・身体機能の向上

高齢者は加齢により身体機能が低下する上、運動する機会が減少し、運動機能の低下を招きやすくなっています。運動機能の低下は食欲低下を促進し、低栄養状態を発生させるという悪循環をおこします。また、弱った筋肉や低栄養状態によりもろくなった骨は、転倒のリスクを増大させます。特に転倒による骨折は高齢者が寝たきりになる原因になる他、転倒経験により歩行や転倒に不安を持ち、日常の活動が低下し、ADLの低下をおこす場合もあります。このため、理学療法士や作業療法士等と連携

して運動機能の向上に努めることは、低下した生活機能や身体機能の回復につながるとともに、身近な地域への社会参加の意欲や食欲を増大し、ADLやQOLを高めることとなります。

高齢者の身体機能の程度を判断し、食事摂取行為の自立状況や身体活動を考慮した個別サービス計画を作成することが必要です。そして、食事摂取行為の自立支援のために、個々人の食べ物の調達、調理能力、食事摂取行為の自立状況に応じて使用器具の選定なども行います。また、介護職種が管理栄養士等と連携し、調理支援、買い物支援などを要支援者とともにすることも求められています。

ウ. 口腔機能および摂食嚥下機能の向上

高齢者にとって食事は、健康や日常生活を維持するための源でもあります。食事をおいしく、楽しく食べることができてはじめて食べものの栄養が十分に消化・吸収され、疾患や障害を抱える高齢者のADLの保持やQOLの向上につながります。高齢者の「食べること」に関する問題点として摂食嚥下機能の低下や味覚の低下があげられます。味覚が低下する原因として、老化や亜鉛不足、薬剤の服薬などがあげられますが、それ以外の要因として義歯や口腔清掃の不十分さなども影響します。口腔状態を把握し、口腔ケア(口腔清掃)や口腔リハビリ(機能的口腔ケア)により摂食嚥下機能や味覚の改善を図ることは、食事の摂取量を増やし低栄養状態の改善へとつながります。また、口腔内を清掃することは口腔を清潔に保ち、誤嚥性肺炎などの感染症予防にも役立ちます。

このため、必要に応じて「口腔機能の向上」に関するサービスの導入を推進していくことが必要となります。また、食事摂取行為の自立支援のためには、食べ物の形状・粘度の調整なども大切です。食事形態の決定に際しては、口腔機能や摂食嚥下機能との関連から評価・判定します。

○食事をおいしく食べるための3つの条件

- ・食べる環境を改善する（食形態、食べる雰囲気の整備など）
- ・口腔の健康維持をする（口腔ケア、口腔治療）
- ・口腔機能(摂食嚥下機能)を正常に維持する(口腔リハビリ、食前体操など)

○口腔ケア(口腔清掃)の効果

エ. 認知症、うつ、閉じこもりのおそれがある場合

認知症、うつ、閉じこもりのおそれがある方には、「食事を楽しむ」気持ちや「食べる」意欲が低下し、低栄養状態になる場合が多くみられることから、それぞれを予防・支援するサービスと連携して食べる意欲の向上を図り、バランスの良い食事を摂ることで低栄養状態の改善を図ることが必要です。そして、3度の食事を食べるという行為は、生活リズムを整え、視覚や味覚・嗅覚など五感を刺激することにも繋がります。また、これらのおそれのある高齢者に対して栄養食事相談を行う場合には、それぞれの事業に関するマニュアルを参照した上で必要な事項に配慮しな

から栄養改善サービス計画を作成し、栄養相談を行います。

(2) かかりつけ医との連携

サービス対象者が何らかの疾病を持ち、治療を受けている場合等においては、主治医との連携をよくとり、必要に応じて「栄養改善サービス」に関する報告を行い指導・指示を仰ぐことが必要です。

(3) 訪問型サービスとの連携

栄養改善サービスが、利用者にとってより良いものとなるために、生活援助を提供する訪問型サービスとの連携は重要となってきます。身体活動に見合ったエネルギーの摂取、適度なタンパク質をとることは、丈夫な筋肉やしなやかな血管をつくり、低栄養状態の改善に繋がります。そのためには、簡単に調理でき、食べやすい食事の提供や食品の選択等の買い物支援や調理支援などの家事援助は欠かせません。管理栄養士は、利用者が活用している訪問型サービスを考慮した栄養改善サービス計画を作成します。その内容は、地域包括支援センター等を通じて、サービス担当者会議における検討事項とします。また、効果の再評価を行います。

(4) 通所型サービス・介護予防通所リハビリテーションとの連携

栄養改善サービスと身体機能向上サービスとは、それぞれの相乗効果で、さらに利用者にとって有効なものとなってきます。そのため、通所型サービス・介護予防通所リハビリテーションとの連携は欠かせません。

これらのサービス利用者は、定期的な運動機能向上プログラムやリハビリテーションプログラムをおこない、身体機能の向上を図っています。身体機能の向上を図る上で、適切な栄養素の摂取は欠かせないものであり、それらは食べる意欲・生きる意欲を生み出します。理学療法士や作業療法士と連携して栄養改善プログラムを作成することが大切となります。