

2023年度三島圏域

高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進事業

## 活動報告集

2024年3月

三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター

## はじめに 2023年度三島圏域地域リハビリテーション推進事業報告

2023年5月8日から新型コロナウイルスは5類感染症となり、行動制限など社会活動が大幅に緩和されました。街中でもマスクを着用する方を見ることが少なくなり、大勢の人が集まるイベントも開催されるようになりました。市中の人たちの新型コロナに対する関心は低くなっていますが、新型コロナウイルスは弱毒化したとはいえ、高齢者や持病を持つ人にとって、生命に危険を及ぼす感染症であることは変わりありません。当院においても2023年度3回の新型コロナ感染のクラスターが発生し、病院運営に大きな影響を与えました。病院や介護施設にとって、新型コロナは引き続き脅威であり、今後も感染対策は重要な課題となるでしょう。このような情勢の中、2023年度の当事業の会合はすべてオンラインで行いましたが、地域連携においてはやはり顔の見える関係が大事であり、今後一部集合形式での開催も行っていこうと思います。

2024年度は医療と介護の診療報酬の同時改定が予定されています。改定の方針として医療と介護の連携が引き続き重視されていますが、特にリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携推進が具体的な方向性として示されています。当センターの活動は医療と介護の連携を推進するものであり、地域連携における重要な活動です。2023年度は「フレイルとリハビリテーション栄養」というテーマで活動を行いました。まさに医療・介護現場の重要な課題に焦点を当てた、時期を得たテーマだったのではないのでしょうか。

さて2023年度の活動ですが、昨年度の活動の総まとめの会として講演会を5月20日にオンラインにて開催いたしました。「コロナ禍における認知症のリハビリテーション～各職種連絡会の取り組み～」と題し、各職種連絡会よりコロナ禍での認知症患者の対応や工夫したことをご報告頂きディスカッションを行いました。

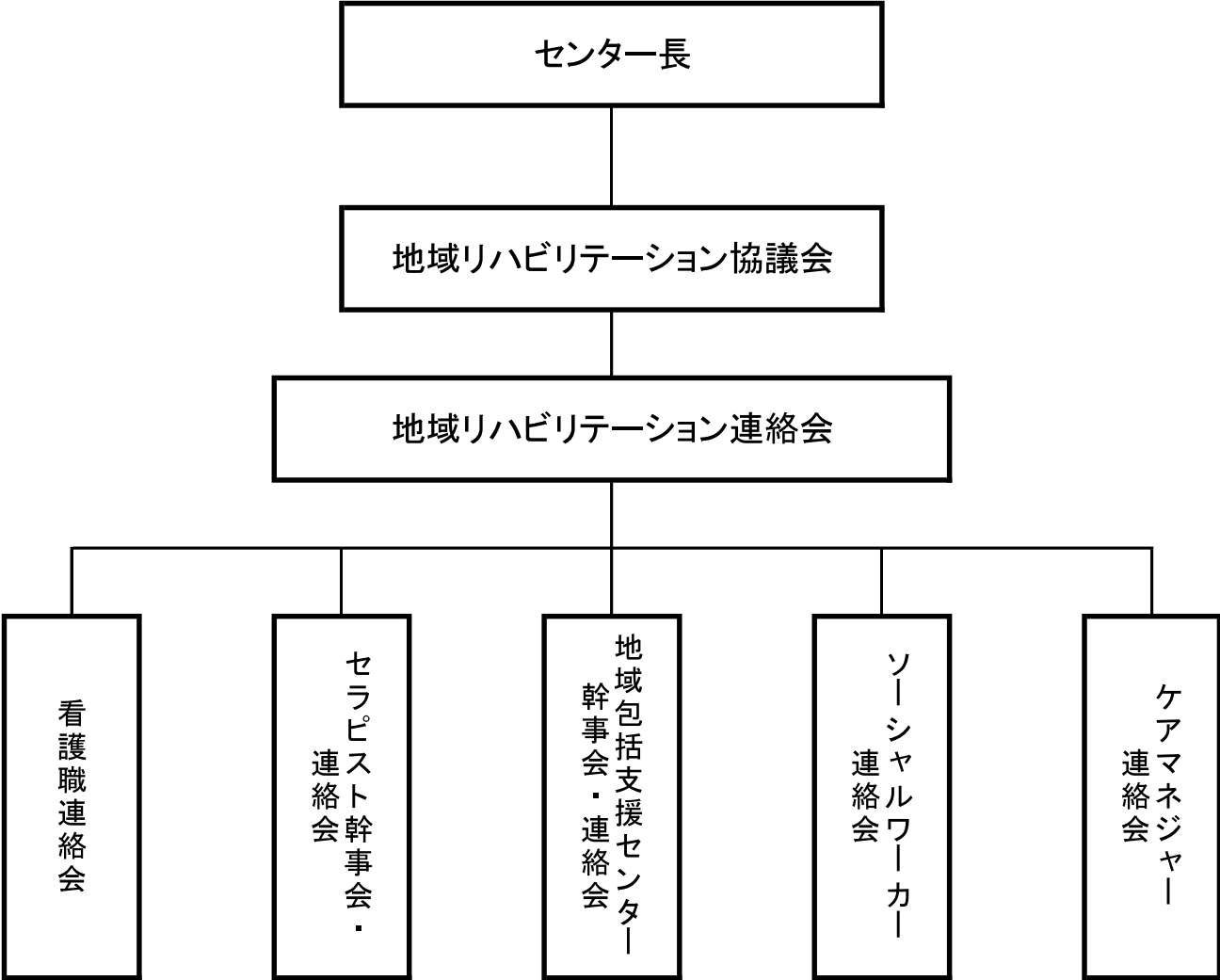
9月9日に各職種連絡会合同のオンラインの意見交換会を開催いたしました。「リハビリテーション栄養と地域連携」というテーマで、愛仁会リハビリテーション病院 管理栄養士による「栄養管理情報の申し送りについて」のミニセミナー後、多職種によるグループワークを行いました。参考になったとのご意見を多く頂きました。

地域リハビリテーション連絡会主催の症例検討会を2024年1月27日にオンラインにて開催しました。「COVID-19後遺症とリハビリテーション栄養～運動機能と認知機能の改善が食形態のUPにつながった一例～」について、愛仁会リハビリテーション病院に発表いただきました。その後、多職種にて活発なグループ討論が行われました。

以上今年度の活動を簡単に紹介しました。次年度も引き続き関係各位のご協力を何卒宜しくお願い申し上げます。最後に地域リハビリテーション推進事業にご協力いただいた病院・施設・事業所の皆様、並びにご支援いただいた茨木保健所、高槻市保健所の方々に深く感謝いたします。

三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター センター長  
愛仁会リハビリテーション病院 院長  
越智 文雄

# 三島圏域地域リハビリテーション推進事業の概要図



## 2023年度三島圏域地域リハビリテーション推進事業スケジュール

### テーマ「フレイルとリハビリテーション栄養」

事業内容		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
会議	地域リハ協議会・連絡会			■6月7日(水) ・地域リハ協議会	■7月3日(月) ・地域リハ連絡会			■10月11日(水) ・地域リハ協議会	■11月6日(月) ・地域リハ連絡会			■2月14日(水) ・地域リハ協議会	■3月4日(月) ・地域リハ連絡会	
	職種別連絡会													
	・セラピスト連絡会	■4月17日(月) ・セラピスト幹事会①(WEB)		■6月12日(月) ・セラピスト幹事会②(WEB)				■9月25日(月) ・セラピスト幹事会③(WEB)						■3月25日(月) ・セラピスト幹事会④(WEB)
	・看護職連絡会	■4月24日(月) ・看護職連絡会①(WEB)		■6月26日(月) ・看護職連絡会②(WEB)				■9月11日(月) ・看護職連絡会③(WEB)				■1月15日(月) ・看護職連絡会④(WEB)		
	・地域包括支援センター連絡会	■4月4日(火) ・包括幹事会①(WEB)		■6月2日(金) ・包括幹事会②(WEB)	■7月12日(水) ・包括幹事会③(WEB)	■8月30日(水) ・包括幹事会④(WEB)			■10月4日(水) ・包括幹事会⑤(WEB)			■1月18日(木) ・包括幹事会⑥(WEB)		
	・ソーシャルワーカー連絡会		■5月25日(木) ・ソーシャルワーカー連絡会①(WEB)	■6月30日(金) 総会②	■7月31日(月) ・ソーシャルワーカー連絡会③(WEB)				■11月1日(木) ・ソーシャルワーカー連絡会④(WEB)	■12月12日(火) ・ソーシャルワーカー連絡会⑤(WEB)				■3月13日(水) ・ソーシャルワーカー連絡会⑥(WEB)
・ケアマネジャー連絡会	■4月6日(木) ・ケアマネ幹事会①(WEB)			■7月6日(木) ・ケアマネ幹事会②(WEB)			■9月11日(月) ・ケアマネ幹事会③(WEB)		■11月9日(木) ・ケアマネ幹事会④(WEB)			■2月8日(木) ・ケアマネ幹事会⑤(WEB)		
研修会		■5月20日(土) ・講演会(WEB)					■9月9日(土) ・意見交換会(WEB)	■10月16日(月) ・セラピスト研修会(WEB)	■11月17日(金) ・地域包括支援センター研修会(WEB)		■1月27日(土) 症例検討会(WEB)	■2月16日(金) ・看護職・ケアマネジャー連絡会合同研修会(WEB)		
その他	・会議開催場所: 愛仁会リハビリテーション病院											・事業報告集作成		

# 目次

## はじめに

### 2023 年度三島圏域高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進事業 実施状況

I	2023 年度三島圏域地域リハビリテーション連絡会	
	○地域リハビリテーション協議会・連絡会開催状況	6～7
	○セラピスト連絡会	8
	・セラピスト研修会	9～53
	○看護職連絡会	54
	・看護職・ケアマネジャー合同研修会	55～90
	○地域包括支援センター連絡会	91
	・地域包括支援センター研修会	92～137
	○ソーシャルワーカー連絡会	138～139
	○ケアマネジャー連絡会	140
II	三島圏域地域リハビリテーション講演会	
	「コロナ禍における認知症のリハビリテーション」	
	～各職種連絡会の取り組み～	141～165
III	三島圏域地域リハビリテーション意見交換会	
	「リハビリテーション栄養と地域連携」	166～180
IV	三島圏域地域リハビリテーション症例検討会	
	「COVID-19 後遺症とリハビリテーション栄養」	
	～運動機能と認知機能の改善が食形態の UP につながった一例～	181～195
	・愛仁会リハビリテーション病院	

## ○ 地域リハビリテーション協議会・連絡会開催状況

2023年度は5月8日に新型コロナウイルス感染症が5類に移行したが、当協議会、連絡会は引き続きオンラインでの開催となった。予定していた講演会や意見交換会、症例検討会もオンラインにて開催した。来年度は集合形式での開催も行っていきたいと考えている。

### 【三島圏域地域リハビリテーション連絡会参加機関】

#### (1) 病院

##### ・ 高槻市保健所管内

- ① 大阪医科薬科大学病院
- ② 高槻病院
- ③ 第一東和会病院
- ④ 第二東和会病院
- ⑤ みどりヶ丘病院
- ⑥ 高槻赤十字病院
- ⑦ 大阪医科薬科大学三島南病院
- ⑧ 北摂総合病院
- ⑨ うえだ下田部病院
- ⑩ 愛仁会リハビリテーション病院
- ⑪ 緑水会病院
- ⑫ 富田町病院

##### ・ 大阪府茨木保健所管内

- ① 大阪府済生会茨木病院
- ② 藍野病院
- ③ 北大阪ほうせんか病院
- ④ 茨木医誠会病院
- ⑤ 茨木みどりヶ丘病院
- ⑥ 摂津医誠会病院
- ⑦ 水無瀬病院
- ⑧ 友紘会総合病院
- ⑨ 谷川記念病院
- ⑩ ほうせんか病院

#### (2) 保健所

- ① 高槻市保健所
- ② 大阪府茨木保健所

(3) オブザーバー参加

国立循環器病研究センター  
大阪大学医学部附属病院  
彩都リハビリテーション病院

(4) 各連絡会代表者

セラピスト連絡会代表：愛仁会リハビリテーション病院  
：みどりヶ丘介護老人保健施設

看護職連絡会代表：摂津医誠会病院  
：大阪医科薬科大学病院

地域包括支援センター代表：茨木市地域包括支援センター 天兆園  
：島本町地域包括支援センター

ソーシャルワーカー連絡会代表：高槻赤十字病院

ケアマネジャー連絡会代表：北摂総合病院ケアプランセンター

## ○ 2023 年度セラピスト連絡会・幹事会開催状況

2023 年度は Web で 4 回の幹事会とセラピスト連絡会研修会を開催した。研修会では『フレイルとリハビリテーション栄養』について、作業療法士、言語聴覚士だけでなく栄養管理士もお招きして、栄養と社会参加の関連性、嚥下とフレイル予防、実践を交えたリハビリテーション栄養とそれぞれの視点で講演していただいた。幹事会では会議を通じて病院・施設での課題について話し合い、意見交換や情報共有を行い、問題解決に取り組んだ。また三島圏域の連携のひとつである『セラマップ』の更新を図り、紙媒体ではなく新たに Web ツールを用いて作成した。施設間でのネットワークの関係強化が今後も図っていければと考える。

### 【2023 年度セラピスト連絡会・幹事会 参加機関】

- ・ 愛仁会リハビリテーション病院
- ・ 訪問看護ステーション愛仁会
- ・ 訪問看護ステーションアイ
- ・ 介護老人保健施設ふれあい
- ・ 北大阪ほうせんか病院
- ・ 水無瀬病院
- ・ 特定非営利活動法人いばらき
- ・ 千里丘協立診療所
- ・ みどりヶ丘介護老人保健施設
- ・ 高槻市理学療法士会（三島ブロック）高槻病院
- ・ 大阪府作業療法士会（三島ブロック）摂津市保健センター
- ・ 大阪府言語聴覚士会（三島ブロック）大阪医療技術学園専門学校



三島圏域地域リハビリテーション セラピスト研修会

# フレイルと リハビリテーション栄養



日時

10月16日 月 15:00~16:30

開催形式

Teamsによるオンライン開催

対象者

三島圏域にお勤めのセラピスト・看護師・MSW・  
ケアマネジャー・地域包括支援センター・その他関係職種

内容

フレイル対策とリハビリテーション栄養 総論～作業療法士～  
フレイルとその改善方法について～言語聴覚士の視点から～  
効果的なリハビリテーション栄養実践のコツ～管理栄養士～

参加方法

下記のQRコード読み取って頂くか、  
URL (<https://forms.office.com/r/FRH6MX749p>) にアクセスして頂き、  
登録フォームに必要事項を入力しお申込みください。  
後日案内のメールをお送りします。当日は案内メールのURLよりご参加ください。

**申し込み締め切り：10月11日（水）** 申し込みQRコード

お問合せ



072-683-1212

住所

三島圏域地域リハビリテーション連絡会  
(事務局) 愛仁会リハビリテーション病院  
高槻市白梅町5-7 地域医療部 松本



# フレイル対策と リハビリテーション栄養 総論 (摂津市の取り組み)

摂津市保健センター 作業療法士 中野 皓介

R5.10.16 三島圏域セラピスト連絡会研修会

## 本日の次第

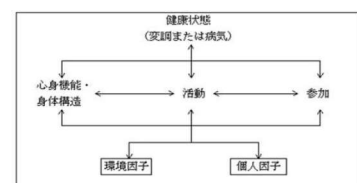
- 摂津市におけるフレイル対策  
高齡者全般  
要支援高齡者
- リハビリテーション栄養

## 本日の次第

- 摂津市におけるフレイル対策
  - 高齢者全般
  - 要支援高齢者
- リハビリテーション栄養

## 摂津市におけるフレイル対策

- 高齢者全般
  - 「まちごとフィットネス！ヘルシータウンせつつ事業」
  - 健幸マイレージ事業
  - うきうきせつつウォーキング
- 要支援高齢者
  - 短期集中通所型サービスC

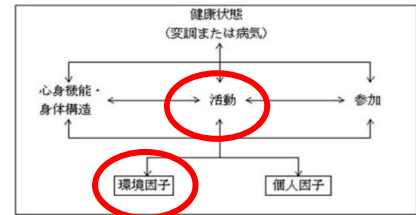


## まちごとフィットネス! ヘルシータウンせっつ事業

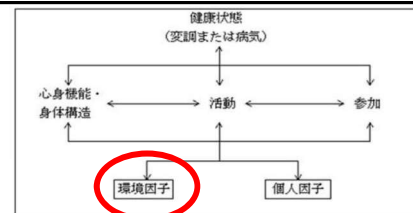
### ～まちごとフィットネス!ヘルシータウンせっつ～ ウォーキングコース



- 1) うさぎ原街道千里丘・健都コース  
距離 7.1km
- 2) 川辺とわがまち・北コース  
距離 5.4km
- 3) うさぎ原街道・伝馬・伝馬・伝馬コース  
距離 5.7km
- 4) 長尾線公園コース  
距離 6.5km
- 5) うさぎ原街道・別所・津原コース  
距離 6.6km
- 6) うさぎ原街道・川と花のまち・健都コース  
距離 7.4km
- 7) 川辺とわがまち・南コース  
距離 4.6km
- 8) 深川河川コース  
距離 4.2km
- 9) うさぎ原街道・雑家の里・自転車コース  
距離 6.0km
- 10) うさぎ原街道・雑家の里・自転車コース  
距離 6.5km



- 平成25年度より「まちごとフィットネス!ヘルシータウンせっつ事業」を実施
- ウォーキングコースを10コース設定している。



- 摂津市健幸マイレージとは、市民の皆様が「歩くこと」を中心とした健康づくりに楽しみながら取り組んでいただくことを目的とした事業
- 株式会社タニタヘルスリンクとコラボした事業で、タニタの活動量計が、スマートフォン（アプリ）で参加
- 測定した歩数データの送信、健康診断の受診、市が開催する事業等への参加で、ポイントが貯まり、ポイントに応じて参加賞がもらえる



## 【2】健康マイレージポイントについて

### ＜1＞ポイントの種類及び付与ルール

#### (1) 歩数関連ポイント

- 1日の歩数に応じて、毎日ポイント付与

ポイント付与の条件	付与されるポイント数
1日 1,000 歩以上	2pt/日
1日 5,000 歩以上	+10pt/日
1日 6,000 歩以上	+20pt/日

- 1か月間の平均歩数に対して、月に1回ポイント付与（いずれも2月はポイント対象外）

ポイント付与の条件	付与されるポイント数
月平均歩数が6,000歩以上 (毎月10日以上歩いた月が対象)	50pt/月
前月の平均歩数と比較して+1,000歩 (毎月20日以上歩いた月が対象、上限1万歩)	50pt/月

- データ送信に対して、月1回ポイント付与

ポイント付与の条件	付与されるポイント数
データ送信を実施（月1回以上）	50pt/月

#### (2) 健(検)診関連ポイント

ポイント付与の条件	付与されるポイント数
特定健診等を受診	500pt/年
がん検診を受診	400pt/年
歯科健診を受診	300pt/年

#### <付与ルール>

- 案内チラシについているハガキ（または必要事項記入の官製はがき）、もしくは「からだカルテ」から健（検）診を受診したことを申告していただくことで、ポイントが付与されます。
- 各ポイントは、1年間に1回（令和6年2月29日付けで3月初旬）に付与します。

#### (3) 事業参加ポイント

ポイント付与の条件	付与されるポイント数
健康マイレージ対象事業への参加	100pt/回

## 参加賞・Wチャンス抽選賞品について

参加賞は昨年同様、2,000ポイント以上でポイント数に応じてプレゼント!

### 【参加賞（寄付つき）】

#### 1.クオカードコース

※カード収益の一部が社会貢献のために寄付されます。

#### 2.コノミヤ商品券

※コノミヤ様より、500円につき50円が校区等福祉委員会の運営に対して寄付されます。

1、2のどちらかを選んでください。

★2,000～3,999ポイントで1,000円分

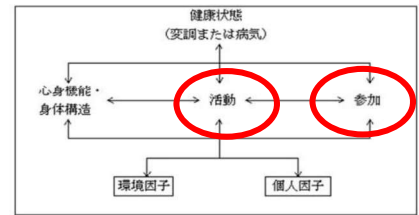
★4,000～5,999ポイントで1,500円分

★6,000ポイント以上で2,000円分

**Wチャンス!! 6000ポイント以上達成した方は抽選100名様にカタログギフトが当たります!**

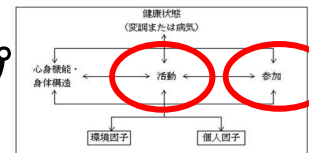
# うきうきせつウォーキング

- ・毎月第一月曜日に開催
- ・ウォーキングコースを歩く



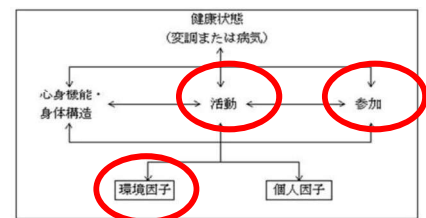

# せついきいき健康づくりグループ

- ・健康づくりを目的として自主的に活動しているグループは53グループ（令和5年7月1日現在）
- ・摂津独自の体操「摂津みんなで体操4部作」「せつはつらつ脳トレ体操」などを通じて健康な身体づくりを目指している。
- ・年に2回、市内のグループが集まる交流会（おしゃべり交流会、活動発表会）を開催
- ・立ち上げ支援事業「はつらつ元気でまっせ講座」



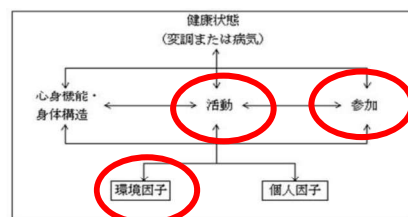


## 介護予防の「通いの場」



- 摂津市では、高齢者のみなさんが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、高齢者の「通いの場」づくりを行っている。
- 「通いの場」は、地域に密着した形で、介護予防の取組を行うことにより、高齢者の心身の機能低下を防止するとともに、生きがいづくりにつなげることを目的

## 通い場について



- つどい場 : 市内の団体が運営 週1回開催  
委託型9ヶ所  
街角ディ1ヶ所  
カフェ型21ヶ所
- サロン : 校区福祉委員会が主催 月2回開催  
12ヶ所で開催 (旧小学校区)

## つどい場

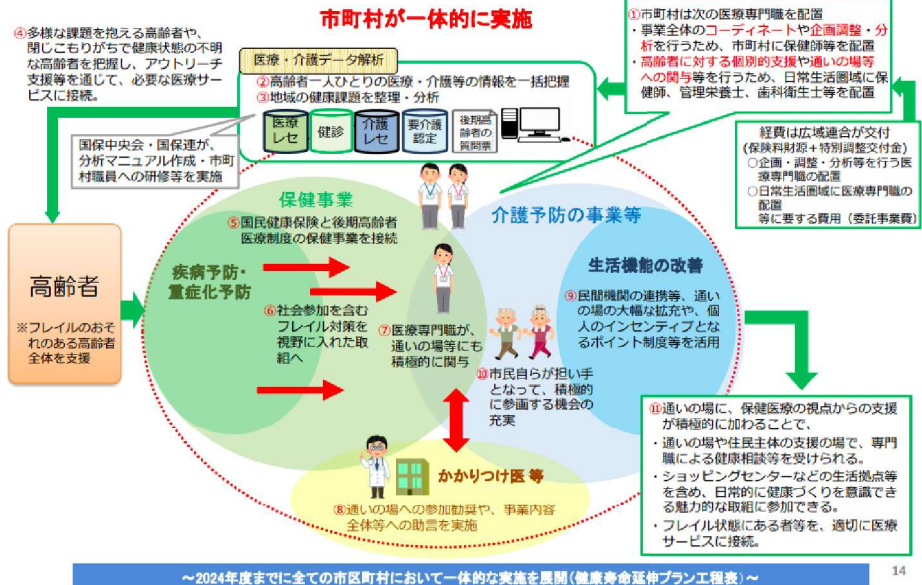




# サロン



## 高齢者の介護予防と保健事業の一体実施



引用： <https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000561340.pdf>

# フレイルチェック



通いの場で実施

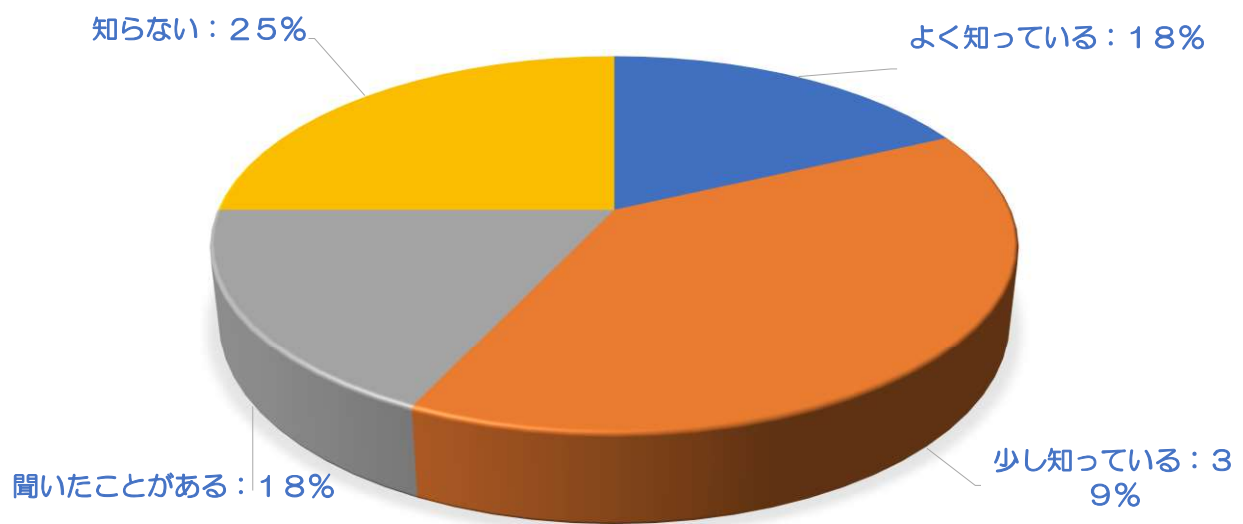
「フレイル」という言葉の認知度  
フレイルチェックの質問（J-CHS）  
体重減少、筋力低下、疲労感、歩行速度、身体活動の確認

Time Up and Go（秒/移動能力・立ち座り）

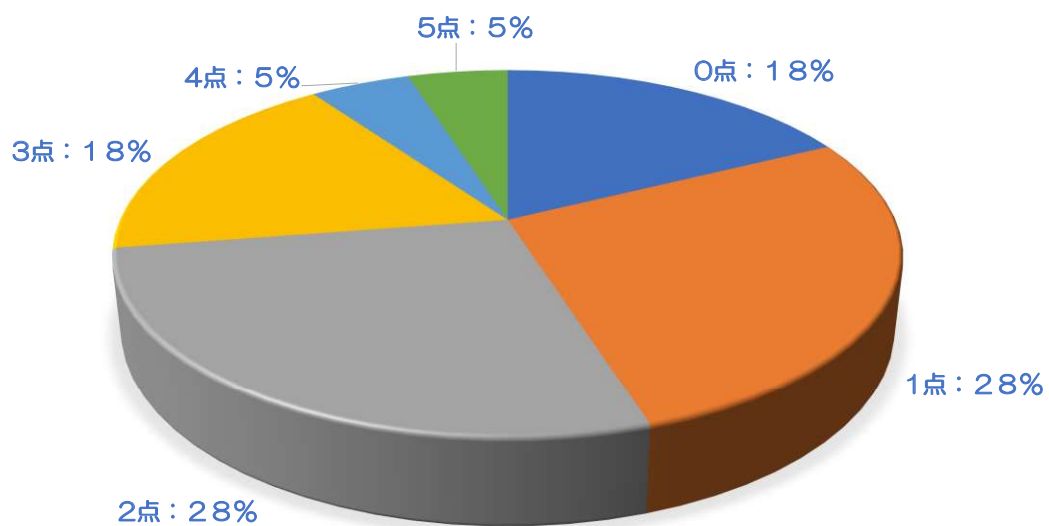
握力（kg/筋力）

開眼片足立ち（秒/バランス能力）

## 「フレイル」という言葉の周知度



## 日本版フレイル基準（J-CHS基準）



0点：健常 1～2点：プレフレイル 3点以上：フレイル

参考：国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

## 本日の次第

- 摂津市におけるフレイル対策
  - 高齢者全般
  - 要支援高齢者
- リハビリテーション栄養



初回時の立ち上がりの様子



3か月後の立ち上がりの様子



初回時の歩行の様子



6か月後の歩行の様子

★☆☆利用者募集中☆☆★

短期集中リハビリテーション  
通所型サービスC

## 元気リハビリ教室

要支援認定を受けた方を対象に介護予防プログラムを実施します。

年齢に負けない体づくりを！  
いつまでも住み慣れた地域で生活を！

**内容**

運動機能向上プログラム  
日常生活機能向上プログラム  
認知症予防プログラム等

**対象者**

事業対象または  
要支援の  
認定を受けた方

**日時**

月曜日 9:30～11:00  
火曜日 9:30～11:00  
木曜日 13:30～15:00

**利用期間**

3～6ヶ月

**費用**

一回 200円

**会場**

市立保健センター

**持ち物**

水筒、上靴、  
タオル

※ ケアマネジャーが介護予防ケアプランを作成した後の利用となります。

問い合わせ先

津原市保健センター 06-6381-1710

津原市役所保健福祉部高齢介護課 06-6383-1111

津原市地域包括支援センター 06-6383-1377

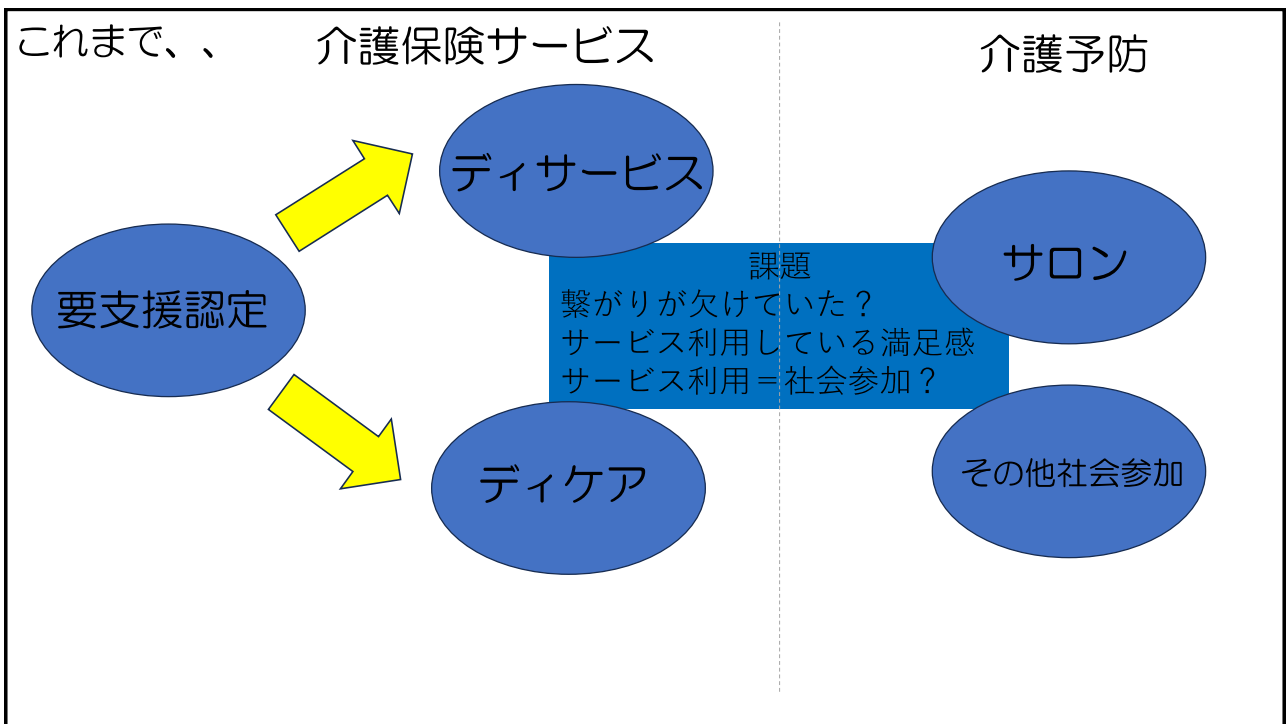
## 概要

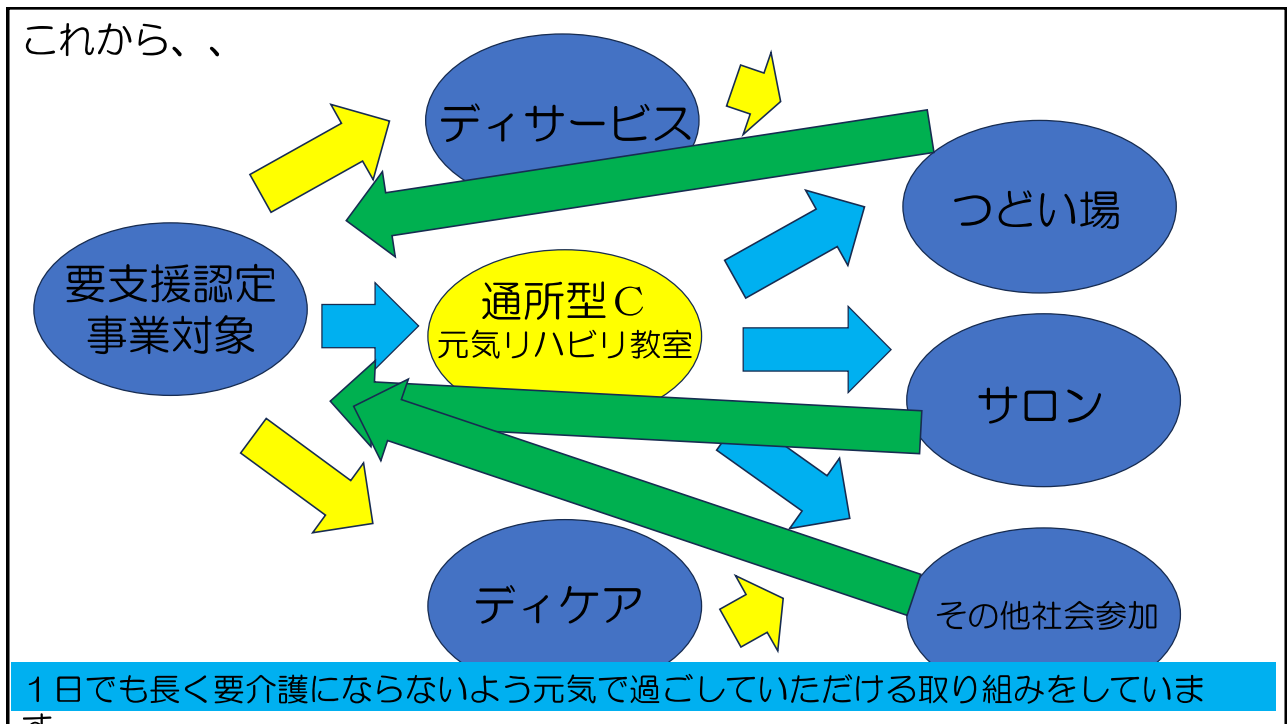
健康状態  
(変調または病状)

```

graph TD
    A[健康状態  
(変調または病状)] --> B[心機能・  
身体構造]
    A --> C[活動]
    A --> D[参加]
    B --> C
    C --> D
    E[環境因子] --> B
    E --> C
    F[個人因子] --> C
    F --> D
    
```

- 週3回実施（月木：午前、金：午後）90分間
- 本人負担：1回 ¥200円
- 送迎あります  
(鳥飼新町、千里丘新町などからも利用あります)
- 今のところ待機期間はなく利用できます
- 持ち物：水筒、上靴、タオル





## 特徴

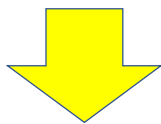
- 自立支援を目的に短期的な3～6ヶ月間の通所（随時開始）
- 事前評価で生活状況の聞き取りや動作確認などの評価を実施
- 内容マッサージやマシン等を使わず、日常生活で取り組める運動を実施
- 元気にいきいきと、もう一度自立した生活ができるよう終了後も支援
- 社会参加の場として通い場の紹介や場合により同行も行う

## 対象者について

- 生活不活発病（フレイル）や整形外科的疾患  
改善の可能性が大きい方
- 一部、難病や脳血管疾患の方も
- 骨折、手術、コロナ等長期入院などをして自宅退院直後の方
- 住宅改修だけの希望で介護保険を申請している方  
わかりやすく生活機能が低下しており、改善したいとの意欲がある

## 抽出

- 新規or更新要支援認定
- 整形外科疾患
- 訪問の受け入れあり



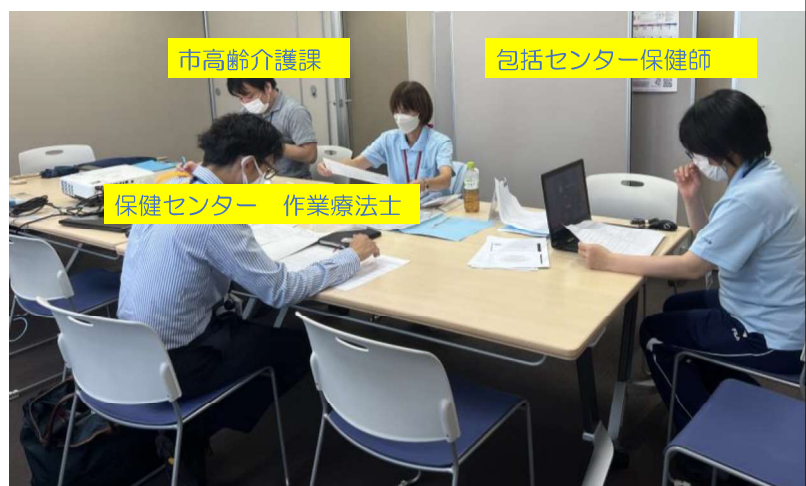
アセスメント訪問をし、さまざまな内容を検討し、課題解決の方法の一つとして「通所C」の利用を勧める

### 【会議】

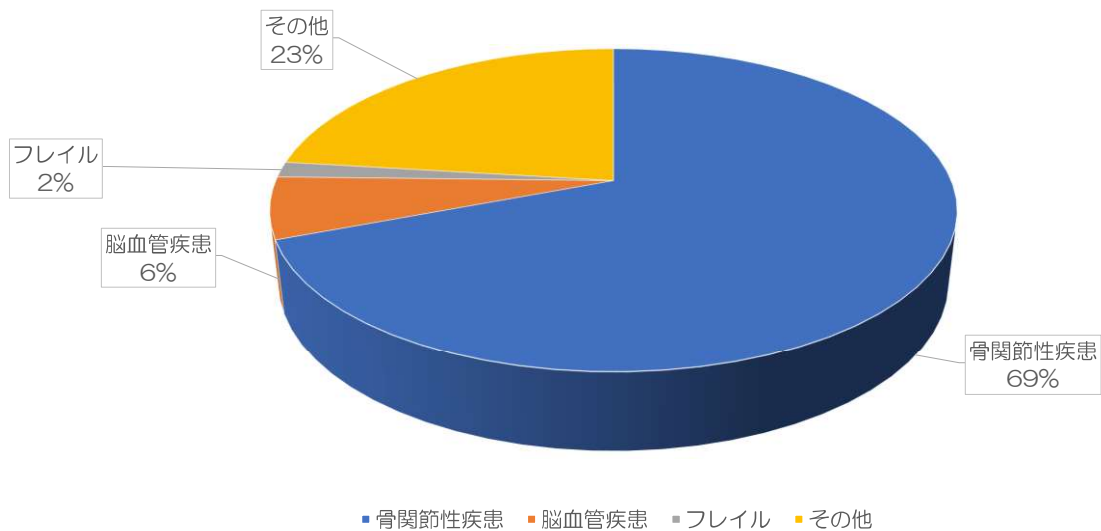
日時：第2木曜日14時～

場所：地域包括支援センター

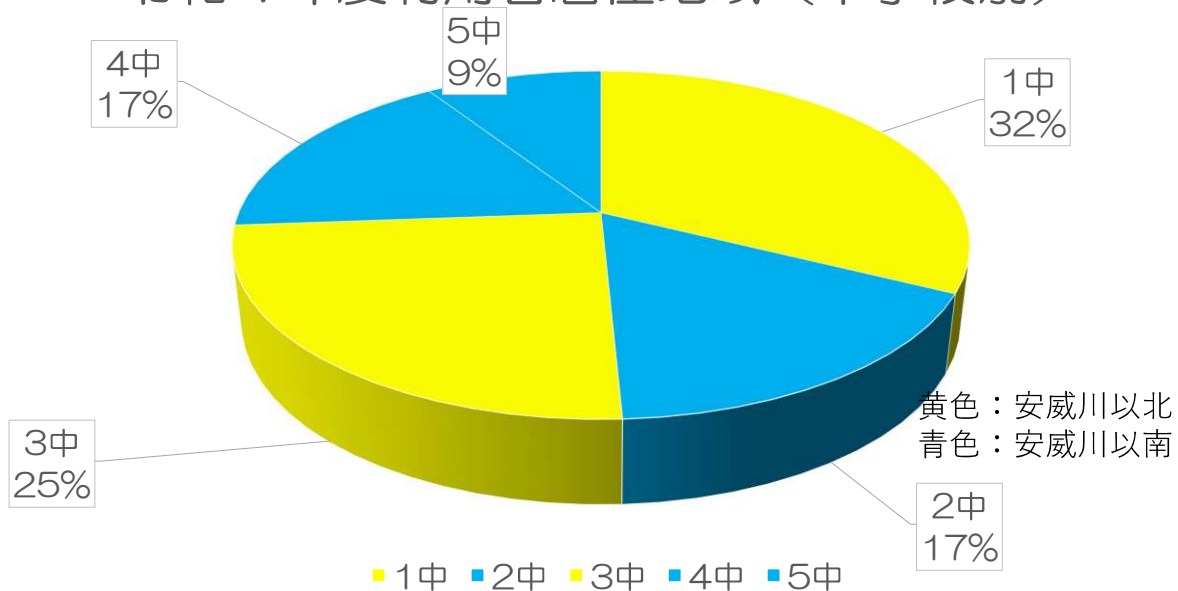
参加：高齢介護課、地域包括、保健センター



## 令和4年度利用者の疾患名



## 令和4年度利用者居住地域（中学校別）





## 内容

- せつつみんなで体操四部作
- いきいき百歳体操（負荷を掛けて）
- 口腔体操（パタカラ、あいうべ）
- ステップ運動、サーキットトレーニング
- 立ち上がり運動、跨ぎ運動など日常生活機能の運動
- マットに降りてのストレッチ、体幹筋トレ





## 日常の宿題

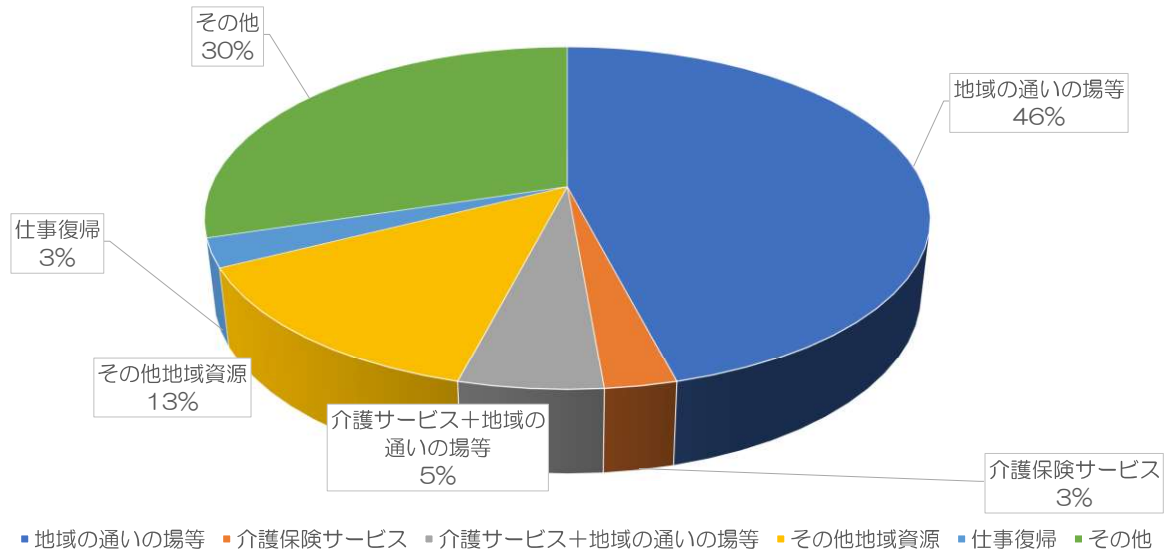
### ○生活記録

毎日の血圧などの数値を記録  
食事、間食の記録

### ○脳トレ

計算や書字、塗り絵など

## 令和4年度の通所終了後の状況



## 本日の次第

- 摂津市におけるフレイル対策  
高齢者全般  
要支援高齢者
- リハビリテーション栄養

# 高齢者のためのフレイル予防レシピ

## 高齢者のための フレイル予防レシピブック

### フレイルとは…

年齢とともに身の機能が衰え始める状態をフレイルといいます。フレイルは運動、栄養、口腔、社会・心理の4つの機能の低下によって起こりますが、生活の見直しや適切な対応により、予防することができます。この冊子では、栄養に注目しました。

### 食事からフレイルを予防するために重要なことは…

- ① 1日3食を心がけましょう
- ② 1日2回以上、主食・主菜・副菜を組み合わせて食べましょう
- ③ いろいろな食品を食べましょう

いろいろな食品を食べる方法として、毎日7品目以上食べる事を目標にまんべんなく食べて「**さあにぎやかにいただく**」を実践しましょう。



- ・食事（栄養面）からフレイル予防をする目的でレシピブックを作成
- ・成蹊短期大学の学生との連携事業
- ・レシピブックでは、高齢者でもお手軽に作れるレシピを掲載
- ・毎日7品目以上食べることを目標にまんべんなく食べて「**さあにぎやかにいただく**」を実践することを提唱

「さあにぎやかにいただく」：東京都健康長寿医療センター研究所が開発した食品摂取多様性スコア

## 牛丼、茄子の煮浸し、 長芋とオクラのネバネバサラダ、しめじの味噌汁



区分	献立名	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂質 (g)	炭水化物 (g)	食物繊維 (g)	ナトリウム (mg)	糖分量 (g)
主食・主菜	牛丼	441	14.5	11.6	63.1	0.6	2.8	14
副菜	茄子の煮浸し	24	0.5	1.0	2.6	0.2	1.4	12
副菜	長芋とオクラのネバネバサラダ	57	1.8	1.1	8.9	0.4	1.3	21
汁	しめじの味噌汁	25	1.6	0.4	4.6	1.0	1.0	11
1食分の合計		547	18.4	14.1	79.2	2.2	6.5	58

### メニュー(献立)・食材のポイント

サラダで使用する「長芋」「オクラ」には、ぬめり成分が含まれているので「ネバネバ食材」と呼ばれています。特に、長芋は「すりおろし」または「脂揚げ」などにして、異なる食感を楽しんで食べてみてください。



### 牛丼

#### 材料 一人分目安

- ・米(精白米) 70g
- ・水 90ml
- ・牛肉スライス赤身 2枚(50g)
- ・玉ねぎ 1/4個(30g)
- ・サラダ油 小さじ1
- ★濃口醤油 大さじ1/2
- ★みりん 大さじ1/2
- ★酒 大さじ1/2
- ★粗塩粒だし 小さじ1/3(1g)
- ・水 80ml

#### 作り方

- ① 米を洗い、炊き上げ量の水位線まで水を加えて軽く洗げ、通常通りに炊飯する。
- ② 牛肉を4～5cmの大きさに切り、フライパンで中火で炒める。
- ③ 玉ねぎは0.5cmで薄くスライスし、フライパンにサラダ油をひいてしんなりするまで弱火～中火で炒める。
- ④ ②③のフライパンに入れて【★】の調味料、水を加えて煮込み、炊きあがったご飯の上のせる。
- ※お好みで、青ネギや三つ葉を散らしても美味しくなります。

### 茄子の煮浸し

#### 材料 一人分目安

- ・茄子 小さめ1本(60g)
- ・生姜チューブ 2cm程度の長さ
- ・青ねぎ 1/5本
- ・サラダ油 小さじ1
- ★めんつゆ(3倍濃縮) 小さじ1
- ★砂糖 小さじ1/3
- ★水 大さじ1

#### 作り方

- ① 茄子を水でよく洗いヘタを落とす。縦半分に切り、皮に2～3mm間隔で浅く切り込みを入れる。
- ② 切り込みを入れたらさらに縦半分に切る。(切った茄子は水にさらす)
- ③ 油にさらした茄子の皮をキッチンペーパーで拭き取る。
- ④ フライパンにサラダ油と生姜を入れ(中火)、生姜がフツフツしてきたら茄子の皮を下にして焼く。
- ⑤ 全体的に茄子が焼けたら、【★】の調味料、水を入れる。
- ⑥ 煮汁が煮いたらそのまま3～4分煮る。
- ⑦ 器に盛り付け、青ねぎを散らす。

### 長芋とオクラのネバネバサラダ

#### 材料 一人分目安

- ★長芋 1.5cm程度(40g)
- ・オクラ 1本(10g)
- ・ミニトマト 2個(40g)
- ★粒糖 小さじ1
- ★濃口醤油 小さじ1/2
- ★砂糖 小さじ1/3
- ★ごま油 少々
- ・かつお節 少々

#### 作り方

- ① 長芋は皮をむいて角切りにする。
- ② オクラはたっがりのお湯でサッと茹でて縦切りにする。
- ③ ミニトマトはヘタを取り、2～4等分にする。
- ④ ①～③をボウルに入れ、【★】の調味料と合わせる。
- ⑤ 器に盛り付けたらかつお節を上からかける。

長芋の皮をむくときや包丁を使って切ることが難しい時は、ピーラーを使ったり、おろし金を使ったりしてすりおろしても良いです！

### しめじの味噌汁

#### 材料 一人分目安

- ・しめじ 6本(15g)
- ・青ねぎ 3g
- ★水 150ml
- ★粗塩粒だし 小さじ1/3(1g)
- ・味噌 大さじ1/2

#### 作り方

- ① しめじは石づきを落とす。
- ② 青ねぎは小口切りにする。
- ③ 鍋に【★】を合わせ、沸騰したら①を入れる。
- ④ しめじに火が通ったら、味噌を加える。
- ⑤ 器に盛り付けたら青ねぎを散らす。

チーズの内巻きソテー、豆苗とえのきの佃煮、  
わかめと胡瓜の酢の物、牛乳寒天



区分	献立名	エネルギー kcal	たんぱく質 g	脂質 g	炭水化物 g	食塩相当量 g	食物繊維 g	カルシウム mg	鉄分 mg
主食	ごはん(150g)	252	3.8	0.5	55.7	0	2.3	5	0.2
主菜	チーズの内巻きソテー	292	18.3	19.3	8.6	1.0	0.6	129	0.5
副菜	豆苗とえのきの佃煮	31	1.7	0.3	4.0	0.5	2.4	14	0.7
副菜	わかめと胡瓜の酢の物	26	2.8	0.1	3.0	1.0	0.7	41	0.3
デザート	牛乳寒天	120	2.6	2.8	50.3	0.1	1.3	94	0.2
1食分の合計		721	29.2	23.0	121.6	2.6	7.3	283	1.9

メニュー(献立)・食材のポイント  
和え物で使用する食材「豆苗」は、サラダとしてそのまま「生」で食することもできますが、茹でて茹でても、油で炒めても美味しい食材です。今回は、豆苗を電子レンジで加熱して、海苔の佃煮で和えるだけの簡単にご紹介しています。  
海苔の佃煮がない時は、味付けのりで代用することもできます!!



チーズの内巻きソテー

【材料】一人分(2人分)  
・豚ローススライス 80g ・塩 少々 ・こしょう 少々  
・プロセスチーズ 1枚(18g) ・大葉 1枚(2g) ★黒口醤油 小さじ1/2  
★砂糖 小さじ1/2 ★みりん 小さじ1/3 ・添え:トマト 1/4個(50g)

【作り方】  
① 豚肉に塩、こしょうで下味をつけておく。  
② ①→大葉→チーズをのせて手前から巻く。  
③ フライパンに②の巻き終わりを下下にして並べ、中火で焼く。  
④ 【★】の調味料を混ぜからめる。  
⑤ くし切りにしたトマトと一緒に皿に盛り付ける。

豆苗とえのきの佃煮

【材料】一人分(2人分)  
・えのき 1/10パック(20g) ・豆苗 1/2パック(50g) ・海苔の佃煮 小さじ1(7g)

【作り方】  
① 豆苗は根元を切り落とし、40g幅でさく切りにする。  
② えのきは根元を切り落とし、半分切る。  
③ 切った野菜を耐熱に入れてラップをし、電子レンジ600Wで1~2分程度加熱する。※鍋にお湯を沸かして茹でてよい。  
④ 佃煮を取って太気を絞り、海苔の佃煮と合わせる。

わかめと胡瓜の酢の物

【材料】一人分(2人分)  
・胡瓜 1/4本(25g) ・塩 わつつまみ ・わかめ(乾燥) 小さじ1(1g)  
・わかめ(生) 2本(20g) ★酢物酢 小さじ1/2 ★砂糖 小さじ1 ★黒口醤油 小さじ1/2

【作り方】  
① 胡瓜は、輪切りにする。  
② ①を塩でもみ、5分程度置く。出てきた水分はしっかり絞って捨てる。  
③ わかめは、水で戻し、かにかまぼこ割いておく。  
④ 【★】の調味料を合わせる。  
⑤ ②③とを合わせる。

牛乳寒天

【材料】一人分(2人分)  
・キウイフルーツ 1/4個(20g) ・牛乳 80ml ・粉寒天 小さじ1/2 ・砂糖 小さじ5

【作り方】  
① キウイフルーツは、皮を削いでいちよう切りにする。  
② 牛乳は常温に戻す。  
③ 鍋に牛乳、粉寒天を加えて混ぜる。 ※2分程度、沸騰させる。  
④ 砂糖を加え混ぜ、沸いたら器に移し粗熱を取る。  
⑤ 冷蔵庫で30分程度冷やし固める。  
⑥ 固まったら、①のキウイを上に乗せる。

# まとめと今後

- ・摂津市において「フレイル対策」として、ICFの「活動」「参加」「環境」を整えている
- ・高齢者全般や要支援者向きなどの活動、参加をさらに促す必要がある
- ・フレイル対策には「栄養」面からのアプローチは欠かせず、管理栄養士や歯科衛生士などの専門職が地域に出ることが期待される



フレイルとその改善方法について  
～言語聴覚士の視点から～



大阪医療技術学園専門学校  
言語聴覚士 酒井崇

## 本日の内容

1. フレイルの評価方法・評価基準
2. エネルギー量の算出
3. フレイルの予防と改善方法について  
～STの視点から～

## フレイルの評価方法 (サルコペニア) について

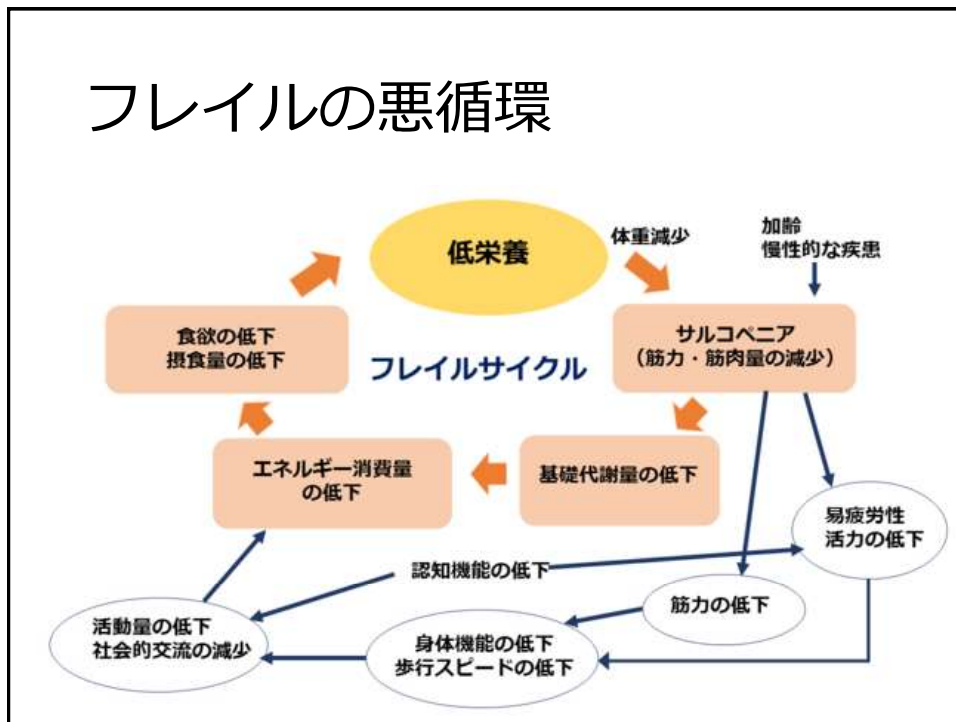
### フレイルとは

- Frailty (フレイルティ) が語源で「虚弱」や「老衰」といった意味があり、判断基準も様々なものがあるが、下記の項目で判断することが多い

#### <判断基準>

1. 体重減少
2. 主観的疲労感
3. 日常生活活動量の減少
4. 身体能力 (歩行速度) の減弱
5. 筋力 (握力) の低下

## フレイルの悪循環



## サルコペニアの診断基準

- ①筋量の減少
- ②筋力の低下
- ③歩行速度の低下

- の3つで診断する
- 以下の基準値のうち、①と、②もしくは③、のどちらかに該当すれば、サルコペニアと診断されます。



## ①筋肉量の減少

- BMI値が18.5未満、もしくはは下腿範囲（ふくらはぎの最も膨らんだ部分）が男性34cm未満、女性33cm未満
- 四肢骨格筋量
- BIA法  
男性7.0kg/m<sup>2</sup>未満、女性5.7kg/m<sup>2</sup>未満
- DXA法  
男性7.0kg/m<sup>2</sup>未満、女性5.4kg/m<sup>2</sup>未満

## 指輪っかテスト

- 親指と人差し指で輪っかを作り、ふくらはぎの一番太い部分にはめる。隙間ができる場合はサルコペニアの疑いがあります。



## 必要エネルギー量の算出 食物・補助栄養のカロリー量 について

### エネルギー消費量

- ハリスベネディクトの式
- BEE（基礎エネルギー消費量）  
＜男性＞  
•  $66.47 + 13.75 \times \text{体重} + 5.0 \times \text{身長} - 6.76 \times \text{年齢}$   
＜女性＞  
•  $655.1 + 9.56 \times \text{体重} + 1.85 \times \text{身長} - 4.68 \times \text{年齢}$   
※なお、体重はkg、身長はcmで計算する

対象は「体重25.0-124.9kg、身長151-200cm、年齢21-70歳」である。

## エネルギー消費量

- TEE（総エネルギー消費量）
- $BEE \times AF$ （活動係数） $\times SF$ （ストレス係数）

### <AF（活動係数）>

寝たきり（意識レベル低下）・・・1.0    寝たきり（覚醒状態）・・・1.1  
ベッド上安静・・・1.2    ベッド外活動・・・1.3  
一般職従事者・・・1.5～1.7

### <SF（ストレス係数）>

飢餓状態・・・0.6～1.9    手術・・・1.5～1.8  
癌/COPD・・・1.2～1.3    重症感染症/多発外傷・・・1.2～1.3  
熱傷・・・1.2～1.3    発熱・・・1.2～1.3

文献によってAF、SFの基準は異なるためあくまで参考値

## 確認すべき項目

- 院内（自宅）での摂取カロリー
- 摂取量（水分量含む）、補助栄養
- 摂取時間
- 摂取方法
- 食事回数
- 身長・体重の増減
- 血液データ（アルブミン、脱水、炎症）

## 在宅介護について

- 特に訪問などは注意が必要
- 確認できるのは訪問している医療従事者のみ
  
- 体重の測定が可能であれば体重の推移を把握できる。問題があれば、摂取カロリーや運動量を検討する必要がある。

## フレイルの予防・改善 について

## 確認項目についての掘り下げ

- 何故摂食時間、摂食方法を観察するのか  
⇒食事に時間がかかる⇒原因は何なのか？
- 食事に対する集中力の欠如？
- 食事の咀嚼・嚥下に時間がかかる？
- 自己摂取ならば、動作に問題があるのか？
- 介助ならば介助者の問題？

……等

## オーラルフレイル

- 口周りの筋力が低下することにより**滑舌、摂食嚥下機能**が低下すること。
- セラピストとしてはSTが観察することが多い。
- **滑舌にも影響する**、ということは会話の中からも推測することが可能。

## オーラルフレイルへの対処法

- 大阪府歯科医師会  
～お口の働きを高める体操～  
<https://www.oda.or.jp/gymnastics/>
- 大阪府言語聴覚士会 <http://st-osaka.org/>  
「嚥下障がい予防体操 口腔編」前後編
- 日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会より「訓練法のまとめ（2014 版）」  
[https://www.jsdr.or.jp/doc/doc\\_manual1.html](https://www.jsdr.or.jp/doc/doc_manual1.html)

## 嚥下体操

- ① 口すぼめ深呼吸
- ② 首の回旋運動
- ③ 肩の上下運動
- ④ 両手を頭上で組んで体幹を左右側屈
- ⑤ 頬を膨らませたり引っ込めたりする
- ⑥ 舌を前後に出し入れする
- ⑦ 舌で左右の口角にさわる
- ⑧ 「パ」「タ」「カ」の発音訓練
- ⑨ 口すぼめ深呼吸

日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会より

## 嚥下の筋力向上訓練

- 力強く「ごっくん」と飲み込むためには頸部の筋力が必要になります。
- そのための頸部の筋力トレーニングは様々なものがありますが、今回はその場でできるものを2点ご紹介させていただきます。
- 開口訓練
- 嚥下おでこ体操

## 開口訓練

- 安定した姿勢で行う。
- 最大限に開口を命じて舌骨上筋群が強く収縮していることを意識しながらその状態を10秒間保持させて10秒間休憩する
- 5回1セットで1日2セット行う。

※注意！  
開口障害のある患者には禁止！



日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会より

## 嚥下おでこ体操

- 額に手を当てて抵抗を加え、おへそをのぞきこむように強く下を向くようにする。

①持続訓練：ゆっくり5を数えながら持続して行う。

②反復訓練：1～5まで数を唱えながらそれに合わせて下を向くように力を入れる。

※注意

頸部の手術後、頸部損傷患者には禁止！



日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会より

ご清聴ありがとうございました





## 効果的なリハビリテーション栄養実践のコツ



愛仁会リハビリテーション病院  
栄養管理科 岡本

三島圏域地域リハビリテーション セラピスト研修会  
フレイルとリハビリテーション栄養2023/10/16

### 本日のお話

- ・当院の栄養管理の流れ
- ・フレイルの方への栄養アプローチ

社会医療法人 愛仁会  
愛仁会リハビリテーション病院



□理念：「再びその人らしい生活に」

□病床数：269床  
回復期リハビリテーション病棟215床（5病棟）  
障害者施設等一般病棟54床（1病棟）

□施設基準：回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰ等

□認定・指定：国土交通省「重点支援病院」指定  
大阪府地域リハビリテーション支援センター指定  
公益財団法人日本医療機能評価機構、病院機能評価付加  
機能「リハビリテーション（回復期）機能」認定

□管理栄養士：6名

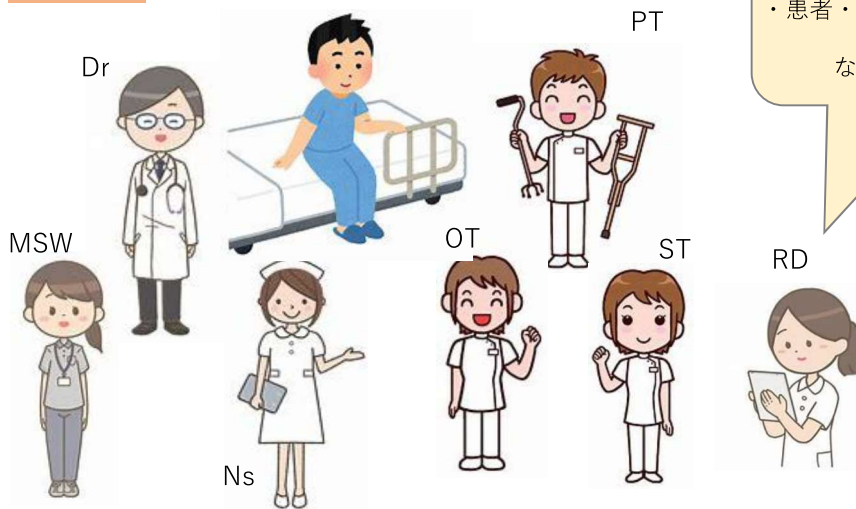
□給食業務：委託 日清医療食品（株）

## 管理栄養士業務の入院～退院までの流れ



## 管理栄養士業務の入院～退院までの流れ

### 入院時 合同評価



- ・入院時の時点での患者様の動作やADLを確認・評価
- ・患者・家族様より聴取した情報の共有

などを他職種で実施

## 管理栄養士業務の入院～退院までの流れ

### 入院時 患者様・家族様への聴取

#### 基本情報

- ・アレルギーの有無
- ・乳糖不耐症
- ・義歯、欠損歯
- ・食思、嗜好
- ・入院後の体重変化 など

#### 病前の生活歴

- ・食習慣
- ・飲酒、喫煙
- ・食事量
- ・調理者の確認 など

→病前の習慣を詳しく聴取しておくことで、入院中の栄養管理や退院前の指導に繋げる



#### フィジカルアセスメント

- ・下腿周囲長
- ・上腕周囲長、皮下脂肪厚
- ・皮膚状態
- ・浮腫 など

→入院時点での栄養状態の評価  
早期栄養介入につなげる

#### 栄養教育

リハ栄養について説明し、入院時より食事の重要性を理解して頂くことで今後の食事摂取・リハに繋げる

#### 食事場面観察

- ・摂食・嚥下障害
- ・窒息リスク
- ・食思
- ・摂取量 など

# 管理栄養士業務の入院～退院までの流れ

## 入院時 栄養評価・スクリーニング

### ① MUST



### ② GLIM



# 管理栄養士業務の入院～退院までの流れ

## 入院時 栄養評価・スクリーニング

### ③ MNA-SF

**簡易栄養状態評価表**  
 Mini Nutritional Assessment® - Short Form  
**MNA®**

氏名: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_  
 年齢: \_\_\_\_\_ 体重: \_\_\_\_\_ kg 身長: \_\_\_\_\_ cm 調査日: \_\_\_\_\_

下記の項目に該当する場合は、その点を加算してスコアリング結果を算出する。

**A: 体重減少**

1. 過去3ヶ月以内に体重減少が認められるか?  
 はい (1点)  
 いいえ (0点)

**B: 食事摂取量**

2. 過去7日間の平均食事摂取量は以下の通りか?  
 0.25以下 (0点)  
 0.25~0.5未満 (1点)  
 0.5以上 (2点)

**C: 移動能力**

3. 移動能力は以下の通りか?  
 1. 歩行が困難 (0点)  
 2. 歩行が容易 (1点)

**D: 意識**

4. 過去7日間で頻りに精神状態を悪化させたか?  
 はい (0点)  いいえ (1点)

**E: 視覚**

5. 視覚は以下の通りか?  
 1. 視覚が良好 (2点)  
 2. 視覚がやや低下 (1点)  
 3. 視覚が著しく低下 (0点)

**F1: MNA-SFの総得点**

6. MNA-SFの総得点は以下の通りか?  
 1. 15以上 (2点)  
 2. 11~14 (1点)  
 3. 10以下 (0点)

**F2: MNA-SFの栄養状態**

7. MNA-SFの結果は以下の通りか?  
 1. 良好 (2点)  
 2. 軽度 (1点)  
 3. 重度 (0点)

**スクリーニング結果**

8. 12-14ポイント: 栄養状態良好  
 9. 11ポイント: 栄養状態の悪化あり (ALD)  
 0-7ポイント: 低栄養

入院時に低栄養の有無やリスクを評価することで早期栄養介入につなげる!

⇒①②③より栄養状態を評価  
 この栄養評価に加えて、情報収集した患者様の生活歴やALDからリハビリや今後の方向性を踏まえた栄養管理の計画を立てる。

## 管理栄養士業務の入院～退院までの流れ

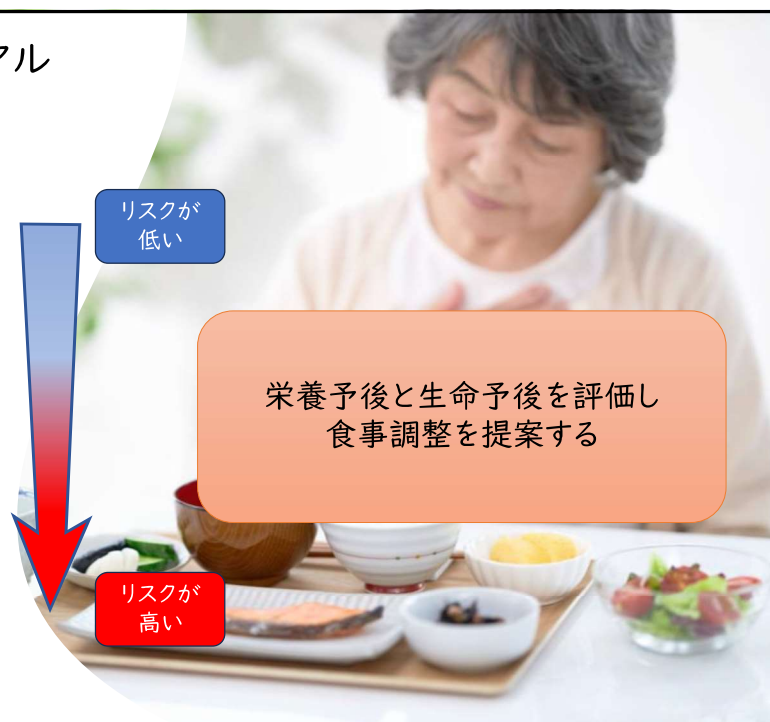
### 入院中 モニタリング

- 栄養管理計画書 (1～3週間ごと)
  - 摂取量や **体重・採血** などから患者の栄養状態を把握と **リハビリの負荷量** の確認を行い栄養内容の検討
- リハビリカンファレンス (月1回)
  - **リハビリの進捗状況や方向性のすり合わせ** を他職種で実施  
栄養管理の方向性の修正を行う

## 当院の食事調整のマニュアル

### 食事調整の順序

- ・嗜好対応、食種及び食形態の変更
- ・ご飯のお供、牛乳・ヨーグルトの追加
- ・栄養補助食品（ゼリーや栄養剤）の追加
- ・特殊対応、特別献立の作成  
(特別献立は施設栄養士作成)



## 管理栄養士業務の入院～退院までの流れ

### 入院中～退院前 栄養指導

疾患・既往歴・提供食種により  
対象患者を抽出（低栄養も可）  
→これまでの生活歴や退院後の生活を  
踏まえて必要性を考慮し、本人や家族に  
栄養士より積極的に提案・実施していく

**★退院後の生活に合わせた  
実行可能な指導へ**

## 管理栄養士業務の入院～退院までの流れ

### 退院前 栄養サマリー

・作成対象者⇒特養や老健等の施設や病院へ退院する方  
（短期入院患者や急な転院を除く）

経管栄養用と経口摂取用の2種類を用いている  
下記の基本情報はどちらにも記載

#### 【栄養サマリー】

経管栄養用

記入日：2023年7月5日

愛仁会リハビリテーション病院  
栄養管理科 管理栄養士：@[User.Name]  
072-683-1212

氏名：	性別：	年齢：	
主疾患：	既往歴：		

入院中の問題点
#
#

身長：	cm	体重：	kg	BMI：	
必要エネルギー：		必要蛋白質：		水分制限：	ml/day

## 経管栄養用栄養サマリー

栄養剤の種類や分配量  
及び栄養量

経口摂取の有無  
嚥下が障害されている箇所

入院中の経過（栄養状態やBMI等）  
や問題点や継続的なモニタリングが  
必要な項目について等

(入院中の栄養プラン)

栄養ルート:	胃瘻			エネルギー量:	1200 kcal
栄養剤の種類:	MAラクフィア1.0			蛋白質量:	48 g
	朝	昼	夕	水分量:	1920 ml
MAラクフィア1.0	400ml	400ml	400ml	上記は経管栄養量のみです	
白湯(ワタナベ・薬剤込み)	300ml	300ml	300ml		

経口摂取の有無:	有	食事内容:	訓練食①(0)ゼリー 1個) 1日1回
摂取量:	10 割	摂取栄養量:	エネルギー量: 100 kcal たんぱく質量: 0 g
*嚥下障害:	有 →	<input type="checkbox"/> 先行期:	食べ物を認識できない・摂取ベースが守れない等
要約:		<input checked="" type="checkbox"/> 準備期:	口の中からこぼれる・十分な咀嚼ができない等
藤島Gr		<input checked="" type="checkbox"/> 口腔期:	飲食物が口の中に残る・食塊を嚥に送り込めない等
		<input checked="" type="checkbox"/> 咽頭期:	ゴックンが上手くできない・嚥下反射が出ない・ムセ込む等
		<input type="checkbox"/> 食道期:	食塊を食道から胃へ送り込めない

継続される課題:

- #嚥下障害
- #体重管理

特記事項:

## 経口摂取用栄養サマリー

食事内容や栄養補助食品の有無  
栄養量等

摂食嚥下障害について

入院中の経過（栄養状態やBMI等）や  
問題点、継続的なモニタリングが必要な  
項目について等

(入院中の栄養プラン)

食種:	みじんとろみ付食	エネルギー量:	1400 Kcal
主食:	朝 全粥 昼夕 全粥	蛋白質:	60 g
副食:	形態)みじん(5mm程度の大きさ)	塩分:	7 g
	量)全量	: 上記は摂取栄養量です	
とろみの有無)有 →	ハキミ(摂食学分離2021中間のとろみ)	禁止食対応・制限事項など	
補食:		無し	
プロックゼリー、ソフトアガロリー	各1個	嗜好:	無し
1日平均摂取量:	10 割	アレルギー:	鶏アレルギー

食事に関する問題点

*咀嚼の問題:	有 →	義歯不具合	
*嚥下障害:	有 →	<input type="checkbox"/> 先行期:	食べ物を認識できない・摂取ベースが守れない等
要約:		<input type="checkbox"/> 準備期:	口の中からこぼれる・十分な咀嚼ができない等
藤島Gr		<input checked="" type="checkbox"/> 口腔期:	飲食物が口の中に残る・食塊を嚥に送り込めない等
		<input checked="" type="checkbox"/> 咽頭期:	ゴックンが上手くできない・嚥下反射が出ない・ムセ込む等
		<input type="checkbox"/> 食道期:	食塊を食道から胃へ送り込めない
*摂食障害:	有 →	次々口に入れる	
要約:			
適宜摂食ベースを守るように声掛けが必要			

継続される課題:

- #窒息の予防
- #体重維持

特記事項

# 本日のお話

## —当院の栄養管理の流れと栄養サマリー—

### ・フレイルの方への栄養アプローチ

## まずは栄養評価!!

簡易栄養状態評価表  
Mini Nutritional Assessment-Short Form  
MNA®

Nestlé  
Nutrition Institute

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

対象者の方と共有認識を行い  
**実現性のある**  
ゴール目標を決める

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

<b>A 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか?</b>	<input type="checkbox"/>
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>B 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか?</b>	<input type="checkbox"/>
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	
<b>C 自力で歩けますか?</b>	<input type="checkbox"/>
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	
<b>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?</b>	<input type="checkbox"/>
0 = はい	
2 = いいえ	
<b>E 神経・精神的問題の有無</b>	<input type="checkbox"/>
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	
<b>F1 BMI 体重(kg)÷[身長(m)]<sup>2</sup></b>	<input type="checkbox"/>
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。	
<b>F2 ふくらはぎの周囲長(cm) : CC</b>	<input type="checkbox"/>
0 = 31cm未満	
3 = 31cm以上	



## 注目する回答箇所

スクリーニング	
<b>A</b>	過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・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>B</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
<b>C</b>	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
<b>D</b>	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
<b>E</b>	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
<b>F1 BMI</b>	体重(kg)÷[身長(m)] <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 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。	
<b>F2</b>	ふくらはぎの周囲長(cm) : CC 0 = 31cm未満 3 = 31cm以上

**体重減少**  
摂取低下+BMI19未満  
であればエネルギー量の不足の可能性

食事量の回復見込みなし

食事量の回復見込みあり  
(体重回復傾向あり)

かかりつけ医と  
相談の上、食事調整

経過確認  
(COPD、心不全、腎不全  
等あれば要経過観察)

## エネルギーUPの目安

食事摂取不良で体重が1ヵ月で1kg低下した場合は、**1日に250kcal**ほどが不足しています。

(あくまでも目安)

高齢者では300~730kcalの幅があるともいわれていますが、食事介入を行う場合は経過を確認してから新規のプランを検討することが大切です。

また、高齢者の方々は多数の疾病を持っている場合がありますので、エネルギー量UPを行う場合は、**高血糖**や**高中性脂肪**等になる悪影響を考慮する必要があります。

そのため、かかりつけ医と相談し、1ヵ月で増やす目標を決めることが大切です。

例) 体重が1ヵ月で1kg低下した方の場合

今までの食事+250kcal=体重維持

今までの食事+500kcal=体重1kg増加(予定)



## エネルギーUPの方法

ヘルシーな食事



カラダに悪い食事



535kcal たんぱく質10g



154kcal たんぱく質2.7g

### ー糖質と脂質でエネルギーUPー

#### □飲み物

レモンティー 500ml	140kcal	たんぱく質0g
ココア 1杯	150kcal	たんぱく質6g
ジョア 1本	75kcal	たんぱく質4.6g
カフェオーレ 300ml	151kcal	たんぱく質2.9g
カルピス 500ml	220kcal	たんぱく質1.5g

#### □主食

- ・ご飯⇒炒飯  
同じ100gでもご飯なら160kcal 炒飯なら210kcal  
たんぱく質もご飯2.5g 炒飯5.7g
- ・うどんやそば⇒焼うどんや焼きそば  
素うどん1玉(240kcal)食べるなら〇兵衛の方が  
エネルギー量が多い(380kcal)
- ・食パン⇒クロワッサン  
6枚切り(60g) 170kcal クロワッサン(40g) 180kcal  
食パン半分くらいしか食べられない方向け

## エネルギーUPの方法

ヘルシーな食事



カラダに悪い食事

### ー糖質と脂質でエネルギーUPー

#### □ちょい足し(全て大匙1杯)

- ・ポン酢⇒ゴマだれ(11kcal⇒49kcal)
- ・ノンオイル青じそドレ⇒ゴマドレ、マヨネーズ  
(8kcal⇒59kcal、100kcal)
- ・レモン⇒タルタルソース(4kcal⇒43kcal)
- ・ごま油(108kcal)⇒味噌汁等
- ・粉飴(36kcal)⇒お茶等
- ・ピーナッツ(72kcal)⇒和え物やソース等



## たんぱく質UPの方法

高齢者の方は摂りすぎにより  
**腎機能低下**をきたす可能性があるため要注意  
目安としては、1食につきたんぱく質が片手のひらにのる量よりも少ない方が対象

たんぱく質の種類

- ①肉類
- ②魚介類
- ③卵
- ④乳製品
- ⑤大豆製品

目分量でわかるたんぱく質量

毎日摂りたいのは、肉類、魚介類、卵、牛乳・乳製品、大豆・大豆製品の五大食品群。これらの食品にどのくらいのたんぱく質が入っているかを覚えておくとう便利です。



### —たんぱく質のUP—

#### □飲み物

牛乳 200ml	126kcal たんぱく質6.8g
ココア 1杯	150kcal たんぱく質6g
ジョア 1本	75kcal たんぱく質4.6g
調整豆乳 200ml	106kcal たんぱく質7.1g
ザバスミルクプロテイン (200ml)	103kcal たんぱく質15g

#### □主食

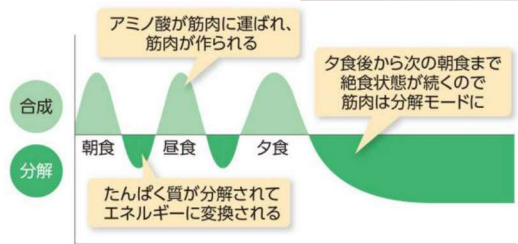
- ・ご飯と一緒に  
むぎ枝豆やむぎあさり、シーフードミックス、ツナ缶、鯖缶は混ぜるor炊き込みでOK
- ・麺類  
高たんぱくなインスタント麺 1食15g
- ・パン  
スライスチーズ、きな粉、ツナマヨ、ツナチーズカレー
- ・グラノーラ  
プロテイン入りグラノーラ  
1食271kcal たんぱく質13.1g



## たんぱく質の取り方

近年たんぱく質は1食単位で考えられるようになってきた。  
たんぱく質の摂取は朝・昼・夕の3回で摂ることが筋肉量の低下防止に繋がる

ドイツの研究ではたんぱく質の摂取量とフレイルに  
関連がなかった。しかし、**フレイル群は朝のたんぱく質摂取量が有意に少なかった。**



### —たんぱく質の取り方—

□もしこんな取り方なら・・・

- 朝：パン、ジャム、フルーツ、コーヒー
- 昼：わかめうどん、納豆、夕食のあまりもの
- 夕：ご飯、魚1切れ、汁物、酢の物

↓このように変えてきましょう↓

- 朝：パン+スライスチーズ、フルーツヨーグルト、牛乳  
(コーヒーが良いなら黄な粉ヨーグルトへ)
- 昼：わかめうどん+卵、納豆+しらす、夕食のあまりもの
- 夕：そのままOK

Point!!

- ・可能な限り3食のいずれかで摂取する。
- ・3食で摂取が難しい場合は、分割で摂取する。

プロテインヨーグルトやプロテインバー等も最近は充実

## ロイシンとビタミンD

ロイシン⇒筋肉合成に関わる  
 ビタミンD⇒筋萎縮の抑制

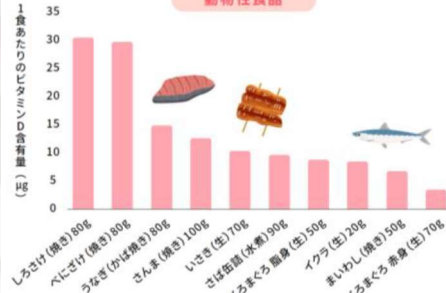
### ロイシンを多く含む食品



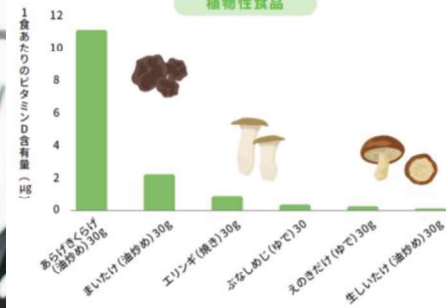
(食品)	(量)	(含有量)
牛肉・赤身	100g	1500mg
牛肉・レバー	100g	1800mg
若鶏むね皮なし	100g	1800mg
若鶏もも皮なし	100g	1500mg
あじ	1尾	1122mg
まぐろ・赤身	刺身6切れ	1260mg
たら	1切れ	1300mg
削り節	1パック(5g)	295mg
糸引き納豆	1パック	650mg
高野豆腐	1枚	675mg
きなこ	大さじ2	522mg
鶏卵(全卵)	1個	600mg
ヨーグルト	100g	350mg

### ビタミンDを含む食品\*

#### 動物性食品



#### 植物性食品



ご清聴頂きありがとうございました

本日のお話が皆さんの周りで  
 役立つことを祈っております。



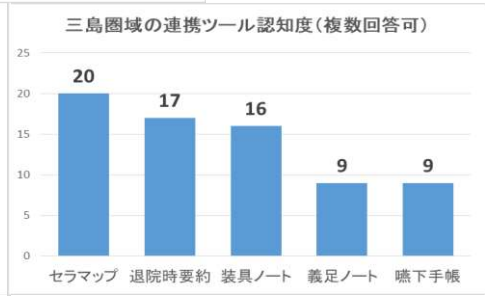
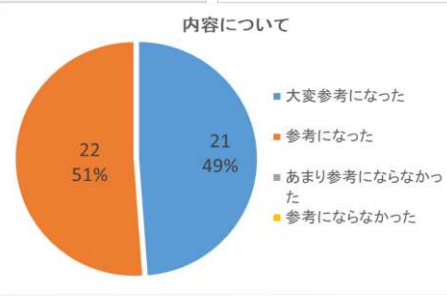
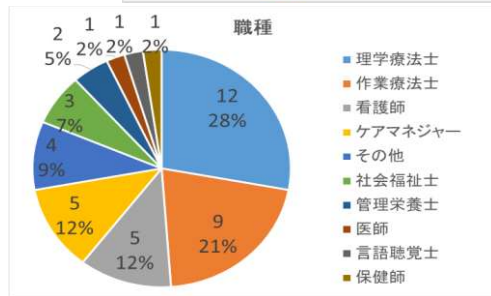
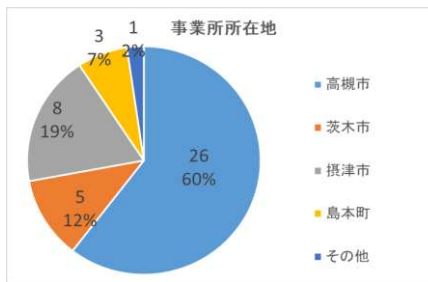
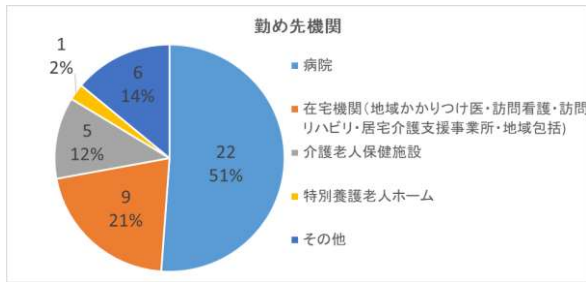
三島圏域地域リハビリテーション セラピスト研修会

・開催日:2023年10月16日(月) 14時00分~16時00分

・開催形式:WEB

・参加人数:48名

アンケート記入:43名(回収率:89.5%)



本日のセラピスト連絡会についてご意見・ご感想をお聞かせください。	
指輪っかテスト等面白いものがあったり、エネルギーアップやたんぱく質アップの簡単な方法が知れてよかったです。	理学療法士
STや管理栄養士さんからの、具体的な話が聞けて、大変分かりやすかったです。タンパク質のアップ方法など、今後機会があれば、活用していきたいです。	看護師
STの先生や栄養士さんからフレイル予防について話を聞く機会はなかなかないので、大変興味深かったです。	有料老人ホーム施設長
中野先生のご講義では、今まで担当した患者様の活動や参加を考慮した介入ができていたか振り返る機会となりました。脊損患者さんであればそういった点を重視していましたが、整形疾患の方などはもっとすべきことがあったと思いました。岡本主任のご講義では、知っているようで実はよくわかっていなかった、リハ栄養の視点を確実に増やすことができました。勉強になりました。	作業療法士
在宅訪問におけるフレイルは、常々直面する課題だと考えています。リハビリテーション栄養など、もう少し意識を高めて対応していく必要があると再認識しました。	作業療法士
摂津市のフレイルに対する事業は知らなかったの、摂津市に住んでいる方などに勧めるのもつかなと思いました。	理学療法士
栄養の細かい指導を教えていただき、利用者さんに活用できます。	看護師
フレイルについては実際患者の中でも耳にしたことはあるが詳しく知らない人も多いためしっかり説明し理解してもらうことが大切だと感じた。リハビリテーション栄養に関しては普段栄養士の方と情報共有をすることが少ないと感じた。リハビリの負荷量や摂取量からエネルギー計算をすることが大切だと学んだため情報共有を行うようにしたい。	理学療法士
居住している地域での取り組みについての情報を医療者としてだけでなく、一市民として情報収集することで、より身近なアプローチができると感じました。(サービスマニュアルよりも、もっと気軽にできることを提案できそう)たんぱく質摂取の工夫は、自分自身も今すぐ役に立つと思いました。実践してみます。	作業療法士
嚥下体操については、現場での実践の参考にさせていただきます。	作業療法士
各セラピスト様の方々が大変苦心されておられとても参考になりました。再度読み返して自分の施設でもできる事を増やしていきたいと思えます。	ケアマネジャー
フレイル→栄養→運動のつながりが理解しやすい。今後、デイ・特養SSIに活かしていきたい。	機能訓練指導員
普段なかなか聞けない内容のお話で参考になりました。講義を下された先生から、途中「ぶっちゃけた話」と前置きしてから話された場面がありましたが、言い方を変えると現実的な話であり、より現場の貴重な意見なのだと思います。そういう話を沢山聞けたら非常にありがたいと感じました。	ケアマネジャー
グループワークを通して、各施設の取り組みも知りたいところですが、時間もないなかで難しいですね。対面でもできたらいいですね。	ケアマネジャー
個人的には今回のような時間帯での開催は非常に参加しやすかったです。	理学療法士
<b>三島圏域の情報共有のためにあったらいいと思う連携ツールがあればお聞かせください。</b>	
栄養士さんや口腔フレイルについても連携できるツールがあるといいと思います。	看護師
電子カルテの連携	理学療法士
今回話にもあった社会資源についてセラマップみたいに地図であれば患者さまに提供しやすいです	理学療法士
高槻病院の栄養サマリーにはないのかもしれませんが、高槻では食形態については「嚥下調整食分類」のコードを共通言語として活用している栄養士より聞いています。その患者さんが病院や施設やデイサービスと移動しても分類をみれば似た形態の食事を提供していけますので、次回の包括の研修会では情報共有をしたいと思います。	作業療法士
施設と病院の連携ツールがあればいいのではないかと感じます。	機能訓練指導員
デイやショートなどの手帳を乙訓と同じように作り(療養手帳)統一したら、病院などに情報も持っていきやすいと思います。	ケアマネジャー

## ○ 2023 年度 看護職連絡会開催状況

2023 年度の三島圏域地域リハビリテーション連絡会のテーマは「フレイルとリハビリテーション栄養」でした。今年度看護職連絡会は4月6月9月1月の計4回、WEBでの開催を行いました。

研修会やグループワークのテーマについての意見交換を行いました。また地域リハ連絡会の意見交換会・他職種連絡会の勉強会への参加もさせて頂き多くの学びがありました。急性期・回復期・在宅の各看護職の情報交換ではコロナ・インフルエンザの現状や、家屋評価の現状、訪問看護でも医療依存度の高い患者がいること等について意見交換や情報共有ができました。

研修会はケアマネジャー連絡会との合同で2月16日に行い、看護職からは今年度テーマに沿って「回復期リハビリテーション病棟における誤嚥リスクのある患者が在宅で経口摂取が可能となった支援の実際」の症例発表を行い、全ての症例発表後はグループワークを実施しました。

今年度得た知識を活用し、次年度は更により良い継続看護ができるよう連携していきたいと考えます。

以上

### 【2023 年度看護職連絡会参加機関】

- ・みどりヶ丘病院
- ・第二東和会病院
- ・北大阪ほうせんか病院
- ・大阪医科薬科大学三島南病院
- ・茨木医誠会病院
- ・水無瀬病院
- ・摂津医誠会病院
- ・愛仁会リハビリテーション病院
- ・大阪医科薬科大学病院
- ・高槻赤十字病院
- ・第一東和会病院
- ・とんだ訪問看護ステーション
- ・あいの発達支援リハビリ訪問看護ステーション
- ・済生会茨木訪問看護ステーション

2023年度  
三島圏域看護職・ケアマネジャー合同研修会

# フレイルとリハビリテーション栄養

WEB開催

※参加に関しまして、1人1台カメラ・マイク  
が内蔵されている端末をご準備ください。

日程 2024.02.16 (金) 司会 高槻赤十字病院  
14:00~16:00 看護師 工藤 ゆかり

対象者 医療・介護・福祉に携わる多職種の方々



お申込みQRコード

## ミニレクチャー

- 愛仁会リハビリテーション病院  
言語療法士 西島 浩二  
「サルコペニアと摂食嚥下障害」

## 症例報告

- 訪問看護ステーションテンダリー  
言語療法士 森田 菜摘  
「認知症高齢者が在宅で経口摂取を続けるために」
- 愛仁会リハビリテーション病院  
看護師 豊田 美千代  
「回復期病棟における誤嚥リスクのある患者が  
在宅で経口摂取が可能になった支援の実際」
- 摂津ひかり病院  
管理栄養士 中野 佳菜  
「在宅高齢者への訪問栄養指導」

発表終了後、  
グループワークを行います。

申込み締切日

2024.02.09 (金)

上記QRコードを読み取って頂き、登録フォーム<https://forms.office.com/r/WJEsgPzuS7>  
に必要事項を入力頂きお申込み下さい。後日ご案内のメールをお送り致します。当日はご案内  
メールのURLよりご参加ください。

お問い合わせ先

〒569-1116 高槻市白梅町5-7  
愛仁会リハビリテーション病院  
地域医療部 事務 松本  
TEL 02-683-1212 (代)

# サルコペニアと 摂食嚥下障害

社会医療法人愛仁会  
愛仁会リハビリテーション病院  
リハ技術部 言語療法科  
西島 浩二

## 愛仁会リハビリテーション病院



大阪府高槻市

- 病床数：269床  
回復期病棟：215床  
障がい者病棟：54床  
(成人:40床、小児:14床)
- セラピスト人数  
(2023.5現在)  
PT：96名  
OT：76名  
ST：29名  
合計：201名





## フレイルとは

加齢に伴い身体の予備能力が低下し、健康障害を起こしやすくなった状態



## サルコペニアとは

加齢に伴う筋肉量や筋力の減少、またそれによる身体能力の低下

## サルコペニアの原因

### 原発性

加齢

### 二次性

低活動  
低栄養  
疾患  
医原性

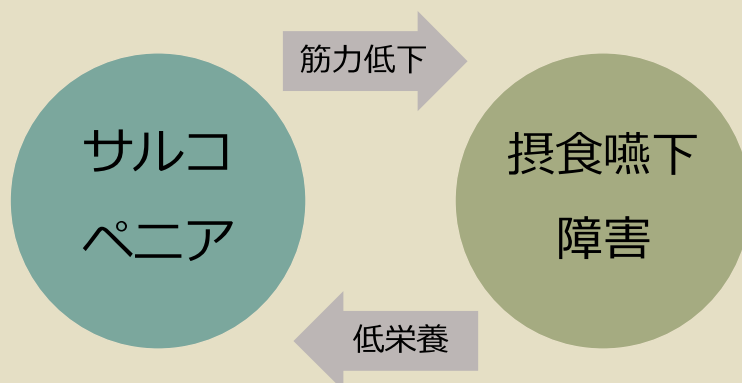
## サルコペニアが嚥下に与える影響



嚥下関連筋  
の筋力低下

舌  
咀嚼筋  
舌骨上筋群<sup>など</sup>

## サルコペニアと 摂食嚥下障害の悪循環



## 事例紹介

80歳代男性  
自転車で転倒し骨折  
もともと普通食を摂取して  
いたが、入院中に誤嚥性肺  
炎を発症し・・・

## サルコペニアの原因

### 原発性

加齢 → 80歳代

### 二次性

低活動 → 床上安静

低栄養 → 食欲不振、禁食

疾患 → 肺炎

### 医原性

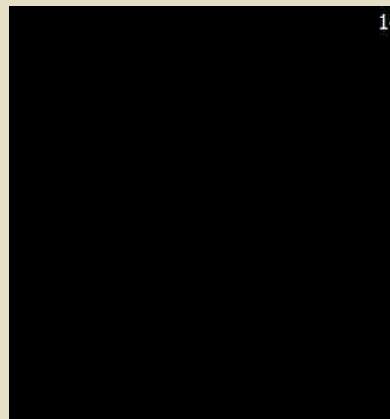
→ 不必要な安静、禁食

## 嚥下造影検査

入院中



退院後外来にて



大腿骨骨折術後の13～34%に  
嚥下障害が発生

Love AL, et al. Age Ageing. 2013

Nagano A, et al. Nutrients 2020

誤嚥性肺炎後の41%に  
嚥下機能が悪化

Momosaki R, et al. Geriatr Gerontol Int. 2016

▶ サルコペニアの摂食嚥下障害に  
ならないための予防が大切

# サルコペニアによる摂食嚥下障害の 治療には、嚥下関連筋のレジスタンス トレーニングを含めた摂食嚥下 リハビリテーションと栄養改善の 併用が重要である

サルコペニアと摂食嚥下障害 4学会合同ポジションペーパー, 2019

▶ 治療には嚥下リハとリハ栄養の  
アプローチが必要

食べ物・水など飲み込みづらい  
食事中、痰さ込むことがある  
食後は方ろう声になる  
最近痩せてきた など

検査日時  
毎週水曜日  
(休日除く)  
13:30-15:00

## 聖に会リハビリテーション病院

### 摂食嚥下外来 ご案内

外来で嚥下造影検査による評価を行います。  
嚥下造影検査とは、バリウムなどの造影剤を舌人で嚥下し、その嚥下時を撮影して、  
経路や食物残留の有無などを明らかにする検査です。  
また、安全に食事を摂取していただくための食事調整・姿勢・嚥下方法などを評価します。

【外来受診所要時】

問診	今の食事の形態はこれでもいいのかな？
嚥下造影による口腔内チェック	どのような姿勢で食べれば安全かな？
診察	むせないけど誤嚥していないかな？
アドバイス・指導など (約2時間)	今の食事形態を上げられないかな？ とろみをはずせないかな？

1 《検査対象者》

- ・食事の時に飲み込みやすくなった方
- ・飲み込みが困難になった方
- ・食事に時間がかかるようになった方
- ・食後に痰が絡まるようになった方 など

2 《条件》

- ・嚥下や飲みやすさ2時間ほどが回復が可能な方

3 《費用》

1期費用	2期費用	3期費用
1,600円	3,200円	4,800円

※上記金額は、資料と嚥下の治療費を含まず、13:30以降の予約です。  
当院が認定する検査機関の検査費用により、金額は変わります。詳しくは、お問い合わせください。

【摂食嚥下外来に関するご予約・お問い合わせはこちらまで】  
聖に会リハビリテーション病院 ☎ 072-683-1212

摂食嚥下障害の  
ことなら  
お気軽に  
ご相談ください！

**ご清聴ありがとうございました**

2024年2月16日(金)  
三島圏域看護職・ケアマネジャー合同研修会

## 回復期リハビリテーション病棟における 誤嚥リスクのある患者が在宅で経口摂取が 可能となった支援の実際



社会医療法人愛仁会  
愛仁会リハビリテーション病院

### 患者紹介



- 男性、80歳代
- 主病名：左大腿骨転子部骨折術後
- 既往歴：慢性型成人T細胞白血病リンパ種、骨粗鬆症
- 入院前ADL：自立
- 妻と二人暮らし、介護保険なし
- 食事は少し柔らかめのものを意識していた
- 1年前から慢性経過の両側外果に褥瘡あり

## 入院時

- 体重：39.3Kg、BMI：15.7、
- ADL：（移動）車いす全介助、（排泄）おむつ内失禁
- 活動係数：1.3
- 食事：全粥・みじん食、ほぼ全量摂取
- 水分：ポタージュ茶
- 呼吸状態：咳嗽あり、喀痰あり
- 自宅から持ち込みの両外果に褥瘡あり  
右外果4×3mm→ゲーベン、左外果ほぼ上皮化→フィルム保護

⇒サルコペニアの摂食嚥下障害の可能性が高い

## 1か月目の目標

1. 安全に食事が摂取できる
2. 栄養状態の改善
3. 褥瘡の改善
4. トイレ誘導、動作の獲得

1階には部屋がないので  
階段が上がれないと…。  
家に帰れますかね？



※入院時から咳込みあり、誤嚥性肺炎の既往はありましたが、  
運動器疾患での入院のため、言語療法のリハビリはなし



## 看護実践 1

### 1. 安全に食事が摂取できる

- 嚥下おでこ体操・食事方法の掲示
- 臥床時、側臥位の指導
- 食事中は適宜追加嚥下を促し、ごろつき音がある場合必ず喀痰を声掛け

毎食前におでこ体操を実施しました！



## 看護実践 2

### 2. 栄養状態の改善

- 主食のみ軟飯へ変更
- 副食は1cmきざみを評価したが、むせが多いためみじん形態を継続
- リハビリの負荷量が上がっているため、補助食品や食事量で調整  
(入院時) 車いす⇒(入院2か月目) 歩行器歩行自立、杖歩行練習中
- トロミなしの茶はむせあり、ポタージュ状のお茶へ変更

肺炎にて転院

## 再入院時の経過

➤ 体重：33.3Kg、BMI：14.2

- 2 kgの体重減少！

➤ 廃用症候群として再入院。STのリハビリ介入を開始

➤ 前医では全粥ミキサー食をほぼ全量摂取。拒絶感強く飲水はとろみなし

➤ おむつ内排泄⇒介助者に依存的

➤ 見守りで歩行器歩行



ドロドロじゃなくてお  
かゆにしたい。普通  
のおかずがいい！

## 再入院1か月目

1. 安全に食事ができる
2. ADLの拡大ができる

➤ 嚥下性肺炎を2度繰り返す

➤ 嚥下造影検査(1回目)：咽頭残留著明、姿勢調整するが状態変わらず。

ゼリー、ミキサー食にてムセなく不顕性誤嚥あり

➤ リハビリで電子刺激を開始⇒嚥下反射の惹起遅延等の促し

自主訓練では、頭部挙上訓練・おでこ体操・前舌保持訓練を追加

➤ 嚥下性肺炎の再燃あり

誤嚥性肺炎が  
4回目なんで  
不安です。



## 再入院2か月目

1. 誤嚥性肺炎の予防行動がとれる
2. 家族が誤嚥性肺炎の予防を理解できる

- 経鼻栄養開始、訓練時のみゼリー・はちみつ水分の飲水開始
- 栄養状態改善
- 嚥下造影検査(2回目)：咽頭残留多い、誤嚥所見は認めず嚥下機能はやや改善しているが、誤嚥リスクは高い  
⇒ゼリーが望ましい

## 再入院3か月目

- 嚥下内視鏡検査：器質的病変は確認されず、誤嚥なく摂取可能
- 嚥下造影検査(3回目)：咽頭残留はやや軽減、ミキサー食にて不顕性誤嚥あり  
⇒経口からの栄養充足は困難
- 胃瘻増設



帰ってから何も  
食べないといけない・・・

## 退院支援の実際

- 退院前訪問指導実施
- 家族指導（胃瘦栄養の手技獲得）
- 退院前カンファレンス
- 栄養指導
- 半日デイ
- 訪問診療
- 訪問看護（週2回）
- 訪問リハビリ（PT/ST週2回）
- 訪問薬局



## 退院時

### ○食事について

- 付着性の少ないゼリーやはちみつ状水分は小スプーン、一口量を守って摂取することでムセなし
- 疲労感あり1回食事で最大ゼリー1個が望ましい
- 窒息リスクあり、必ず見守りが必要
- 本人と妻には、とろみ水分の作り方を指導

### ○ADLについて

- 屋内杖歩行自立
- FIM（運動）入院時51⇒退院時76、（認知）入院時26⇒退院時33

## 退院後の経過

- 訪問リハ (PT・ST) 週1回で開始
- 間接訓練は入院中と同じゼリー、プリン、茶わんむし等を継続
- 嚥下外来 (VF1回目) : 入院中に比べると咽頭残留は軽減、複数回嚥下にて概ねクリア可能、喉頭侵入・誤嚥は認めず、食事は**コード3**、水分はとろみなしを少量ずつなら可能



## 嚥下調整食分類について



**嚥下調整食 3 (コード3)**  
 形はあるが、舌で押しつぶし、まとまりやすいもの

**嚥下調整食 4 (コード4)**  
 形があり、歯茎でつぶせて、ばらけにくく、貼りつきにくいもの

引用文献: 日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類(2021)

## 退院後 2 か月目の経過

➤ 嚥下外来（VF2回目）：前回に比べると咽頭残留は更に軽減、コード4程度も水分との交互嚥下にて概ねクリア可能、喉頭侵入、誤嚥は認めず、食事コード4、水分はとろみなしをカップでも可能とした



## 直近の様子

- 食事は胃瘻栄養を1日2回（インシュアH2缶/日）
- おやつ、夕食(おかゆ)は経口摂取
- 排便は2回/日
- 体重は胃瘻増設時は36kg⇒現在は45.5kg
- 訪問看護、訪問リハビリを継続利用されている



## 結果

- 「食べたい！」という食事への意欲を持ち続け、入院中から退院後の生活に至るまで継続して経口訓練を主体的に取り組むことができた
- 退院後は嚥下外来や訪問リハビリを利用しながら、現在まで 誤嚥性肺炎を再燃することなく経過できている
- 今では、1日1回奥様と一緒に食事を楽しみながら、大好きだったコーヒーを嗜むことができている

## 考察

- 適宜嚥下評価を行い、多職種で共通認識を図り適切な嚥下訓練や食事形態の調整を行うことが、患者のモチベーションを維持しリハビリに継続的に取り組むことに繋がった
- 自宅退院後も、患者・家族が主体的に適切な栄養管理と嚥下関連の自主訓練を継続できたことが嚥下機能の改善に繋がった
- 嚥下外来で定期的に評価を行い、結果を訪問リハと共有しながら進めたことが、適切な食事形態の提供に繋がった

## まとめ

---

- 自宅退院後も、嚥下機能に合った食事を摂取するためには、医療施設と連携しながら、評価・指導を継続することが有用だと考える
- 退院後も地域に繋いで、切れ目のない支援体制が必要である

ご清聴ありがとうございました

---







## 摂食嚥下外来

- 毎週火曜日 13:30～ ※完全予約制
  - 対象は摂食嚥下障害があり、かかりつけ医から紹介があれば、どなたでも診察、評価を行っております
- 例えば・・・
- ・当院入院中に摂食嚥下障害があり、その後退院された方
  - ・在宅・施設入所中で評価・治療の依頼があった方
  - ・地域の診療所などから依頼があった方
- ○日本リハビリテーション学会リハビリテーション専門医、○言語聴覚士、○管理栄養士、○日本看護協会摂食・嚥下障害看護認定看護師の4人で診察・評価を行い、必要に応じて○歯科医師、○歯科衛生士も参加しています

# 認知症高齢者が在宅で 経口摂取を続ける為に

訪問看護ステーションTenderly

言語聴覚士 森田菜摘

## 事業所紹介

### 【医療法人 利仁会】

むねみつホームメディカルクリニック(3F)

訪問看護ステーションTenderly(2F)

ケアプランセンターステラ(1F)



医師3名、看護師8名、理学療法士2名、作業療法士2名、言語聴覚士1名、事務員6名

ケアマネージャー1名

医療・介護分野ともに情報共有や連携が行いやすい

# 症例報告

---

## 事例紹介

---

A様

女性 87歳

診断名:脳梗塞

既往歴:排尿障害、右上腕骨近位端骨折(2022年4月)

長女様と2人暮らし、KP長女様

要介護5

ヘルパー:週3、ショートステイ:週3、訪問リハビリ:PT→週1、ST→2週間に1回

訪問診療:月2回、訪問看護:月1回

## ST介入するまでの経緯

X年Y月～ 訪問診療、看護、リハビリ(PT)介入開始  
(介入時より食事形態はペースト食)

(X年Y月+1年) 誤嚥性肺炎にて入院

(X年Y月+1年2か月)退院されるも、家での食事にご家族様不安の訴えあり

↓

ST介入開始

## 摂食嚥下療法評価(初回介入)

### コミュニケーション:

日常会話の理解可能も指示入る時と無反応な  
時と、ムラあり  
活気が乏しい印象  
認知機能低下+

### ADL:

最大～中等度介助レベル、車いす座位可能

本人希望:食べたい!

家族希望:安全に食べれるように、また食べる  
量が前のように取れるようになってほしい

### 嚥下機能:

口唇・舌:筋力低下あり、麻痺一  
喉頭:下垂あり、挙上は1横指程度と軽度低下

### 食事評価:

形態:ペースト 飲水:ポタージュ状のとりみ  
摂取方法:スプーンから介助にて 姿勢:車いす座位

→取り込みまではスムーズも口にいったまま止まってしまう、  
嚥下時はムセないが1口に対して5～10分かかることがほとんど  
時折口腔内残渣あり、飲水と交互嚥下にてクリアに  
ヨーグルトや水分は比較的速く飲める

# 食べるってごっくんだけ？

舌で食べ物を  
のどに送り込む  
→舌麻痺×

食べ物が食道に入る  
段階  
→食道ヘルニア×  
逆流に注意

## 摂食嚥下の5期プロセス



食べ物を見て・触っ  
て・匂いで等五感で  
認知する  
→認知症×  
高次脳障害×

食塊形成する  
→口唇・舌麻痺×  
顔面麻痺×

食べ物を飲み込む、  
ごっくんする  
→喉頭挙上不全×  
軟口蓋挙上不全×  
仮性球麻痺、球麻痺×

## 5期プロセスにあてはめると・・・A様は

既往歴に脳梗塞はあるけど、口唇や舌の麻痺はない  
送り込みはできるはず・・・でも時間がかかる

A様は認知機能の低下がある、ペースト食は見た目が何かわかり  
にくい、食感も通常とは異なる

ペースト食は嚥下時ムセなく飲めている、現状の形態は嚥下できる



A様の場合...この問題が大きい！

本来の形・食感が違うため、何を食べているかわからない  
介助のため「食べてる」意識が薄い  
食事に対する注意が持続しにくい  
→口の中にため込んでしまい大幅に時間を要する

### 摂食嚥下の5期プロセス



## 摂食嚥下療法

### 介入前

食事前: 声掛け

摂取方法: 介助

嚥下方法: 飲水と交互嚥下

食事形態: ペースト食、ヨーグルト、アイス

食事環境: 車いすに座り、テーブルセッティング

できるだけ本来の形が  
わかるものを食べてもらう

### 介入後

食事前: 声掛け+唾液腺マッサージ

摂取方法: **可能な範囲自己摂取**

嚥下方法: 飲水と交互嚥下

食事形態: ペースト食、ヨーグルト、アイス、

**ゼリー、ムース食(配食)**

食事環境: 車いすに座り、テーブルセッティング

ベッドで身体30~40°の方が、  
食べ物送りやすいが  
「食事」の姿勢ではないためこのままで

「食事」に意識をもって頂く  
\* 自己摂取はショートステイ先でも統一

喉頭筋群の低下もある  
ため誤嚥する可能性  
がある

目で楽しめるご飯を提供してみてもは？

・担当ケアマネージャーに相談

ご家族様へ配食サービスの提案  
(ムース食を進めた)

試食した味が本人様が気に入り、10食購入



## 結果(ST開始5か月後)

A様の回復・活気向上・ご家族様の協力もあり  
食事時間が**3時間→30分～1時間**で完食できるようになった

ケーキを食べたり、蟹を味だけが楽しめるように！  
「食事」を楽しむことが可能になった

口腔内汚染ややみられたが、訪問歯科再開することにより**清潔保持**されている

一旦ST介入終了へ！

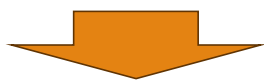


## まとめ

野原ら(2018)は以下のように述べている

・認知症高齢者の摂食困難の原因は多彩であり、「この対応法を行えば改善する」といった定型の方法はない。

・①身体の準備, ②環境調整, ③食物(調整と選択), ④食具調整, ⑤介助者による介助, ⑥観察アセスメントと対応, ⑦心理的支援, ⑧食後の支援が有効であったという報告がある。



栄養摂取獲得の手段は一人ひとり、症状ごとによって変わる 臨機応変な対応が必要  
(食形態、食事方法、経口摂取、経鼻、胃瘻、点滴…)

### STが行ったこと

1. 嚥下機能の評価
2. 食事形態の提案
3. 食事摂取方法の指導
4. 訪問歯科再開の提案
5. 口腔機能維持のための訓練



### プラスに働いた要因

1. 娘様が協力的であった
2. 本人が食べることに意欲的!
3. 他職種での連携

食事への意識が向き、  
誤嚥せず摂取量安定  
して取れるように

むせやすくなってきた、ご飯が食べにくい...  
些細なことでもお困りの方  
いらっしゃればぜひご相談下さい!





ご清聴ありがとうございました。

令和6年 三島ケアマネジャー部会研修会

## 在宅高齢者への 訪問栄養指導

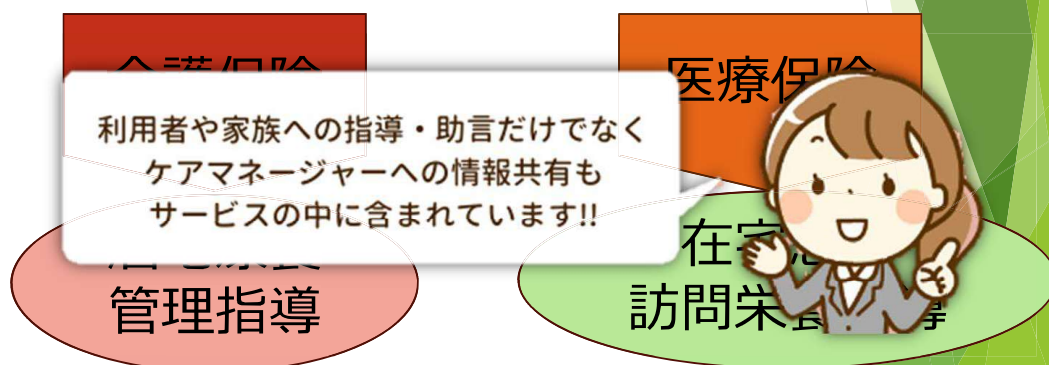
令和6年2月16日  
摂津ひかり病院  
管理栄養士 中野 佳菜

## 本日の内容

- ▶ 訪問栄養指導とは
- ▶ 実践事例報告
- ▶ 効果と要因
- ▶ まとめ

## 訪問栄養指導とは

在宅での療養・介護生活を送っている方の中で通院や通所が困難な場合に、管理栄養士が定期的に訪問し、必要な栄養管理に関する指導を行うサービスです。



## 訪問栄養指導実施までの流れ

1. ケアマネージャーが利用者から、  
居宅療養管理指導についての相談を受けたり、
2. 居宅療養管理指導が必要だと判断したら、**医師**に報告
3. 利用者の状態に合わせたケアプランを作成し、  
そのスケジュールに合わせてサービスの提供を開始する。

4. 医師より**管理栄養士**に訪問栄養指導の指示
5. 管理栄養士は訪問栄養指導の利用目的や生活状況、介護状況の確認後、初回訪問へ
6. 初回訪問にて契約を行い、栄養アセスメント・栄養ケア計画の作成、対象者の同意もらい
7. 栄養ケア計画に沿って訪問栄養指導実施へ

## 訪問栄養指導 事例報告

- ▶ 年齢 92歳 性別 男性
- ▶ 世帯構造 3世代同居
- ▶ 身長 154cm 体重 47Kg
- ▶ BMI 18.8 血液検査 アルブミン2.9 HbA1c 5.8
- ▶ 主疾患 糖尿病 慢性心不全 前立腺肥大 低栄養 臀部軽度湿疹
- ▶ 既往歴 2023年8月左大腿骨転子部骨折 10月右大腿骨頸部骨折  
約20年前 胃部分切除
- ▶ 依頼元 医療機関
- ▶ 他に利用している介護サービス  
訪問リハビリ、訪問歯科、訪問介護（入浴）、訪問医療  
訪問看護

## 実施の流れ

### ▶ 初回訪問

契約後、対象者のご家族に生活状況や食事に対する問題  
気になっていることなど聞き取りを実施

#### ○対象者

→食事は決まったものを食べており、量も十分だと思う  
あんまり食べ過ぎないように控えている

#### ○ご家族

→加齢や歯の状態の悪化により食事量低下みられました  
歯科医師に入ってもらい改善され食事量戻っている  
と思いますが、体重低下あります。好みにより偏りがあるかもしれない

ご家族に食事摂取状況の把握の為、写真など記録を依頼した

### ▶ 栄養アセスメントと栄養ケア計画の作成 【低栄養状態のリスクの判断】

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
①BMI	18.5~29.9	18.5未満	
②体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1カ月に3~5%未満 3カ月に3~7.5%未満 6カ月に3~10%未満	1カ月に5%以上 3カ月に7.5%以上 6カ月に10%以上
③血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl未満
④食事摂取量	76%~100%	75%以下	
⑤栄養補給方法		経腸栄養法 経腸栄養法	
⑥褥瘡			褥瘡

体重44kg BMI18.8 (低リスク)

Alb3.1 (中リスク)

食事摂取量 7割程度 (中リスク)

栄養補給法 経口

褥瘡 なし



中リスク

▶ 写真の記録をもとに栄養計算を行う

20日間の食事の  
写真を撮ってく  
れました！！

エネルギー 1200～1400Kcal

タンパク質 50g程度

目標量は、、、

エネルギー 1600Kcal たんぱく質60g

毎日不足している  
可能性が高い！！

▶ 問題点（分析）

- 品数が多く様々な食物をとれているが、量は多くない
- 対象者が食べすぎを気にされており食べ控えがある
- 嗜好により偏りがある
- 摂取量の正しい知識が薄い

▶ 第一回目の指導

- ・正しい食事の摂取量を写真の資料を使用し説明
- ・栄養が不足した際のフレイルのリスクなども媒体使用し伝える
- ・エネルギーとタンパク質摂取量アップの為、可能そうな食事の改善案をいくつか提案

## 効果と要因

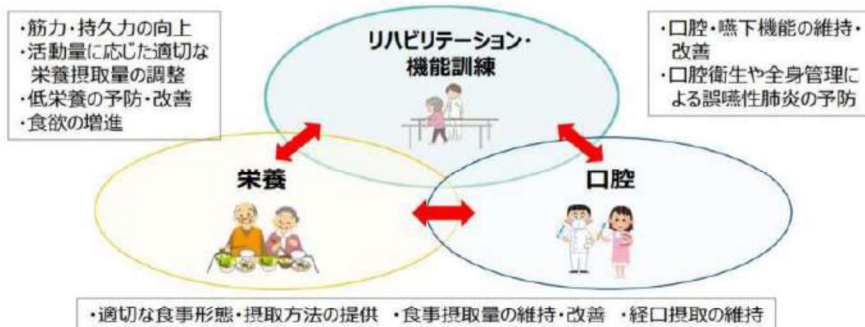
- ▶ QOLの向上、維持 ⇒
- ▶ 車椅子から歩行器歩行、自宅内を自由に移動できるようになった。
- ▶ →訪問リハビリの取り組み
- ▶ 排泄が自分でスムーズにできるようになった。
- ▶ 身だしなみを自分で整えるようになった。→訪問介護（入浴）
- ▶ 外出するようになった。
- ▶ 食事に対する不満を言わなくなった。→訪問栄養指導
- ▶ 義歯に対する不満を言わなくなった。→訪問歯科
- ▶ 家族と一緒に話しながら食べることができるようになった。
- ▶ 以前まで年2～3回は誤嚥性肺炎を発症して入院していたが一昨年の夏以後、肺炎の発症がない。→訪問栄養指導、訪問歯科、訪問リハビリ、訪問看護

## 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

社保審-介護給付費分科会  
第178 (R2.6.25) 資料1

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



- ・リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

12

## まとめ

### 1. 在宅医療における栄養食事管理の課題

栄養に関する情報について、医療機関との連携、多職種での情報共有・連携を十分にすることが必要である。

⇒ 管理栄養士の活用・連携

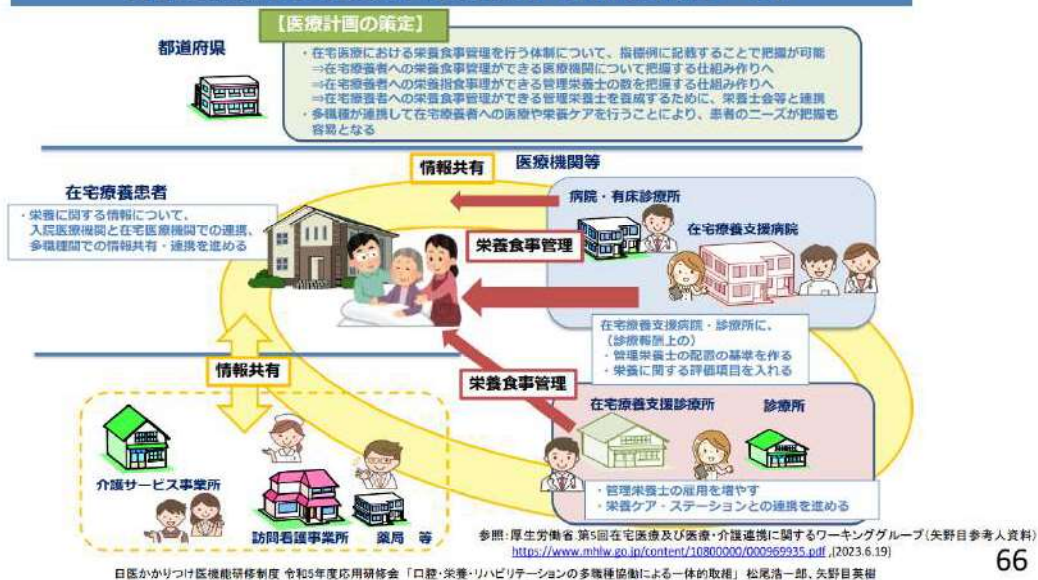
### 2. 在宅訪問栄養食事指導のニーズ

認知症を持つ高齢者（認知症の有無を早期に確認）

同居家族がいる世帯（介護負担や不安の軽減）

13

### 在宅医療における栄養食事管理の目指すべき方向性【イメージ】



66



▶ご清聴ありがとうございました。

15

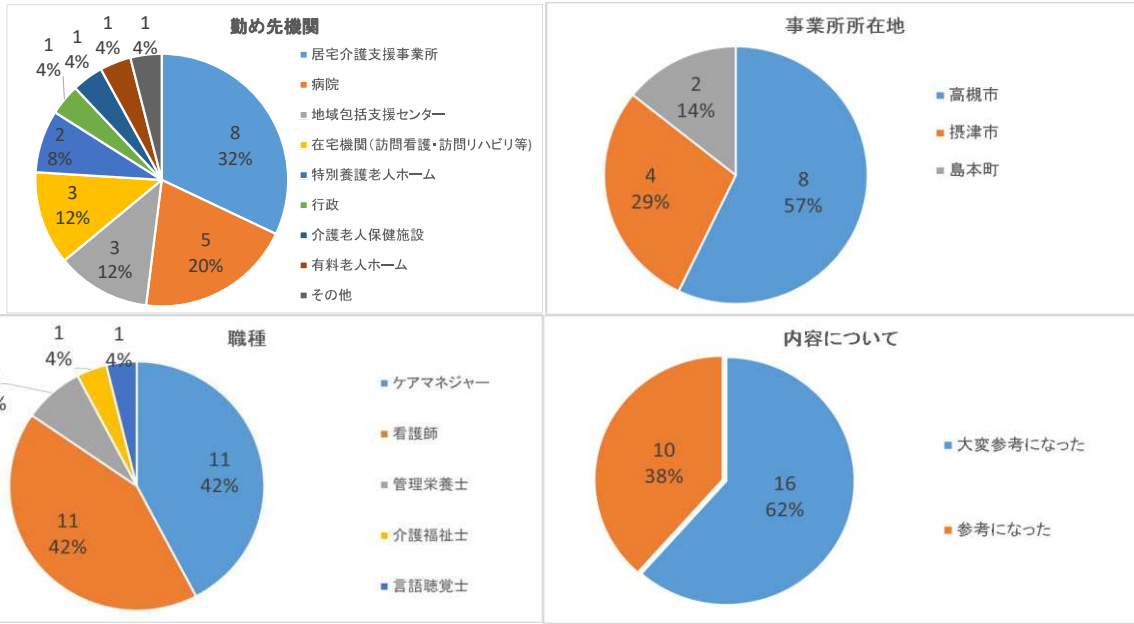
三島圏地域リハビリテーション 看護職・ケアマネジャー連絡会合同研修会 アンケート集計

・開催日：2024年2月16日（金） 14時00分～16時00分

・開催形式：WEB

・参加人数：32名

・アンケート記入者：26名（回収率 81%）



本日の研修会・グループワークについてご意見・ご感想をお聞かせください。	職種
在宅生活をされている高齢者の嚥下や食生活についてのアセスメント、これだけは押さえておいて等専門職だから必要な情報があれば教えて欲しいです。	ケアマネジャー
病院から在宅へ戻られるときに、どうすれば自宅で安全に生活できるのか。サマリーの活用についても病院も在宅側も利用者のことを思いどうすればよりよい支援になるのか考えながら業務していることが共感でき職種の違いがあっても近いものを感じてよかったです。	ケアマネジャー
今回のテーマに関する内容で、日々の業務で困難に感じることは多いです。全てが解決したわけでももちろんないですが、参考になる話も多く、自身としても考えるきっかけになりました。	ケアマネジャー
多職種の方のお話を聞いて大変勉強になりました。病院から在宅に戻り、いかに多職種との連携が大切か改めて感じました。	ケアマネジャー
日々の支援に困っていることへのヒントをいただきました。またグループワークでは同じような悩み抱えていること、すぐに答えは出ないけれども自分だけではないことがわかり、今後も多職種での交流の機会を持ち、ご利用者様への支援に活かしていきたいと思いました。	ケアマネジャー
病院から退院され施設に入居される方々の栄養状態のことや、摂取量が少ない方々へのアドバイス等大変参考になりました。ありがとうございます。	ケアマネジャー
他職種の連携は、長いスパンで見えていくことが大切だと思いました	看護師
食べる事は大事ですが環境を整えることも大事だと改めて感じた	看護師
摂食困難と聞くと嚥下の事に特化しそうな中で、食事への意欲低下について等も話をする事が出来て良かった。	看護師
多職種と連携して、入居者さんの「食べたい」という希望を最大限に叶えられるようにしていきたいと思いました。	看護師
他職種の話を聞くことで、病院での食事、嚥下にかかわる情報を退院時に提供することの重要性を実感することができました。今後につなげていきたいと思えます。	看護師
摂食嚥下障害の原因は多彩で、特定できないと聞きホッとした。どうしても原因を明確にし問題解決しようと考えてしまうのは、その人それぞれの背景に細やかに目を向けられていなかったからだと感じた。地域に帰ってからは、それぞれに合わせ様々な工夫をされていることもよく分かった。グループワークでお聞かせいただいたお話を、今後に活かしたい。看護サマリーは、もっと自由に情報交換できるツールであってよいんだと思った。	看護師
在宅介護をどのように受け栄養指導など継続されているのかがわかりました。栄養について情報共有するためにサマリーなどに情報を加えていきたいとも思いました	看護師
栄養に関して、在宅ではしっかりみれないことがあるので訪問栄養士さんの話や必要性を考えることができました。また利用者様の希望と能力、こちらの思いをすり合わせてリハビリや関わりをもつことは大変なんですが一番大切だと改めて思いました。	言語聴覚士
利用者様の意欲、家族様の協力、経済的理由等様々な理由で最適なケアが行き届かないことがわかりました。できる範囲の最善を尽くしていきたいです。	管理栄養士
<b>今後、地域リハビリテーション地域支援センターで取り上げてほしい内容がございましたら、ご自由にご記入ください。</b>	職種
WEBでの開催は時間に余裕ができて難しいですが、グループワークの時にはぜひ顔を合わせて意見を交換したいと思います。本日はありがとうございました。	ケアマネジャー
災害時など危険の際を想定したときに注意しなければいけないことなど既往に応じて教えて欲しい。アクションプランなど実例があれば知りたい。	ケアマネジャー
たんぱく質補給として、低所得の方は薬剤栄養が処方されるが、その薬剤栄養は味が今一つ。愛しく摂取できる・工夫できる方法を教えて欲しいです。	看護師
回復期リハビリテーション病棟では訓練はセラピストに任せっきりになっているが、看護師ができることや、退院後に家族が継続して行える訓練、自主練なども指南いただけたらと思う。	看護師

## ○ 2023 年度地域包括支援センター連絡会・幹事会開催状況

三島圏域地域包括支援センター連絡会・幹事会においては、今年度は「フレイルとリハビリテーション栄養」をテーマに各職種連絡合同研修会、症例検討会開催に向けたミーティングへ代表者 2 名が出席し、多職種協同を目的に協議に参加した。幹事会では研修会に向けて討議を重ねた。

今年度の研修会は、「フレイルとリハビリテーション栄養」をテーマに、オンラインで 2023 年 11 月 17 日に開催された。

地域包括支援センターの業務の一つである介護予防において、栄養の課題は見過ごせないものになっている。研修会では 3 市 1 町の行政担当者等から、栄養と介護予防に関する取り組み状況について発表していただき、出席者で情報共有した。具体的には管理栄養士と担当ケアマネジャー等との個別同行訪問、大学とコラボしてのレシピブックの作成、介護予防教室等での講話を中心とした栄養指導などがあった。

病院のリハビリテーション職からは「こういったサービスの情報を把握する機会がない」との意見もあり、入院（リハビリ）時から在宅生活を見越した支援を考える際の課題だと感じた。

上記の取り組みの他に、地域包括支援センター幹事会では、各地域包括支援センターや市町における現状・課題などについて話し合った。特に、ケアマネジャー不足についてはどの市町村も深刻な状況である。地域包括支援センターでケアマネジャーを探しても見つからず、セルフプランとして短期間地域包括支援センターがフォローする事例も出てきている。医療機関の方々にもその状況を知っておいてもらうことが必要ではないか、などと、オンライン上ではあったが、有意義な意見交換ができた。

### 【2023 年度地域包括支援センター幹事会の参加機関】

- ・ 茨木市地域包括支援センター 天兆園
- ・ 東・白川地域包括支援センター
- ・ 天川地域包括支援センター
- ・ 冠・大塚地域包括支援センター
- ・ 摂津市地域包括支援センター
- ・ 島本町地域包括支援センター

# 「フレイムとリハビリテーション栄養」

日程 11月 17日（金） 14：00～16：00

場所 WEB開催 ※参加に関しまして、1人1台カメラ・マイクが内蔵されている端末をご準備ください。

対象者 三島圏域にお勤めのセラピスト・看護師・MSW・ケアマネジャー・地域包括支援センター・その他関係職種

内容 14：00～ 開会  
各市町の取り組み報告  
高槻市 茨木市 摂津市 島本町職員  
又は地域包括職員  
14：40～ グループワーク  
15：25～ 発表  
16：00～ まとめ・閉会の挨拶

申込みQRコード



申込み締切日 11月 10日（金）

参加方法 上記QRコードを読み取って頂くか、URL (<https://forms.office.com/r/jVcmEi6F7ya>) にアクセスして頂き、登録フォームに必要事項を入力しお申込みください。後日、案内のメールをお送りします。当日は案内メールのURLよりご参加ください。

三島圏域地域リハビリテーション連絡会  
（事務局）愛仁会リハビリテーション病院  
高槻市白梅町5-7 地域医療部 松本

TEL 072-683-1212



令和5年11月17日(金)  
三島圏域地域リハビリテーション  
地域包括支援センター連絡会

## 高槻市の一般介護予防事業における フレイルとリハビリテーション栄養に関する取組



高槻市健康福祉部 長寿介護課  
介護予防・社会参加促進チーム



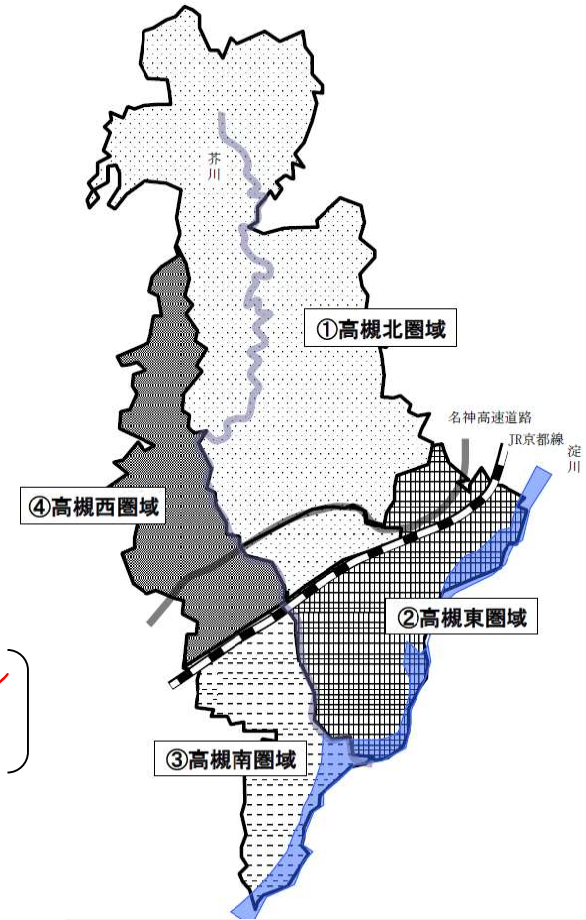


# 高槻市の概要



大阪と京都の間に位置するベッドタウン

面積 105.29km<sup>2</sup>



医療機関・診療所 271か所  
歯科医療機関 146か所  
保険調剤薬局 169か所  
居宅介護支援事業所 74か所  
(令和4年度地域包括支援センター運営状況報告より)

平成15年に中核市

人口 347,244人

高齢者人口 101,892人 (R5.9)

高齢化率 29.3%

出生数 2,296 (R4) ▲179

健康寿命 男女とも府内トップクラス

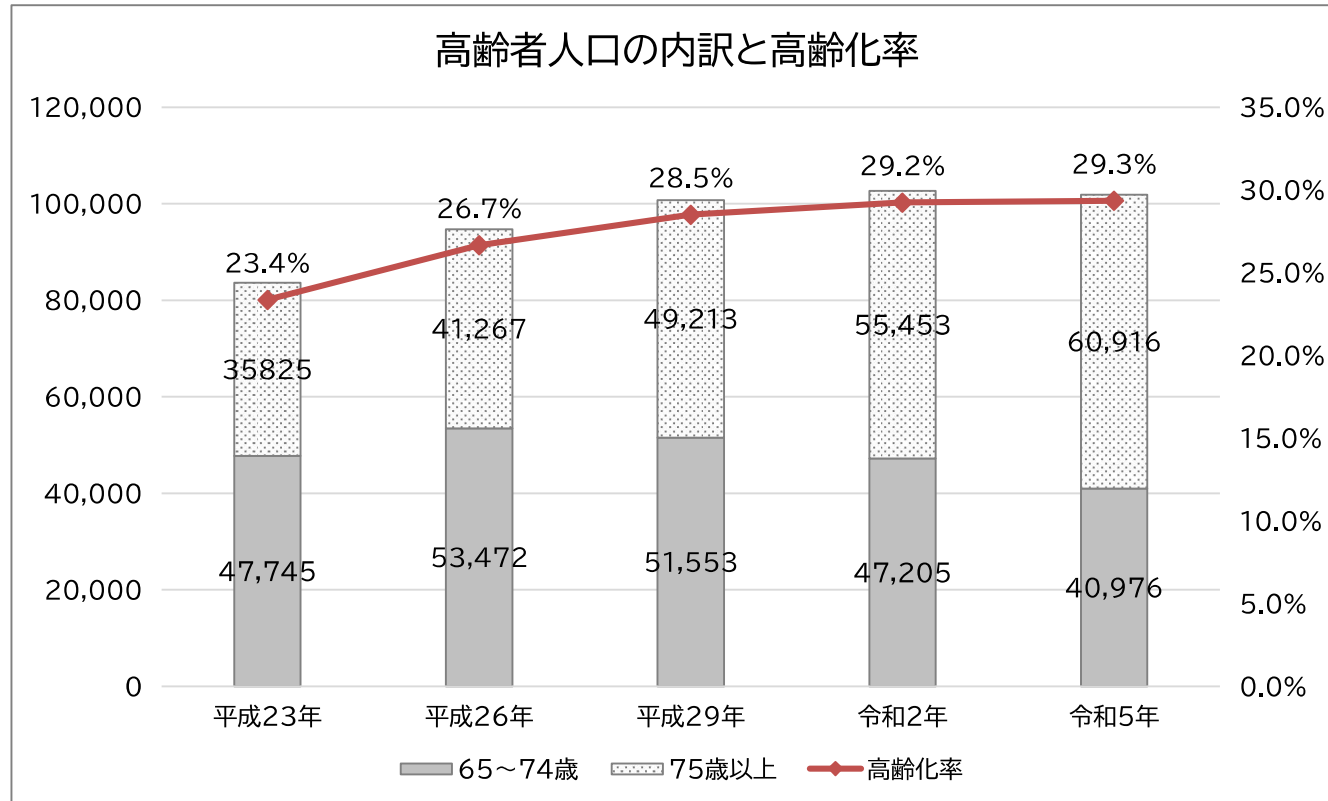
▶中学校区数:18

▶日常生活圏域数:4

▶地域包括支援センター圏域数:12



# 高槻市の現状



住民基本台帳（各年9月末現在）

## ★他市との高齢化率の比較（令和3年10月時点）

**高槻市 29.3%**

茨木市 24.3%

枚方市 28.6%

吹田市 23.8%

豊中市 25.7%

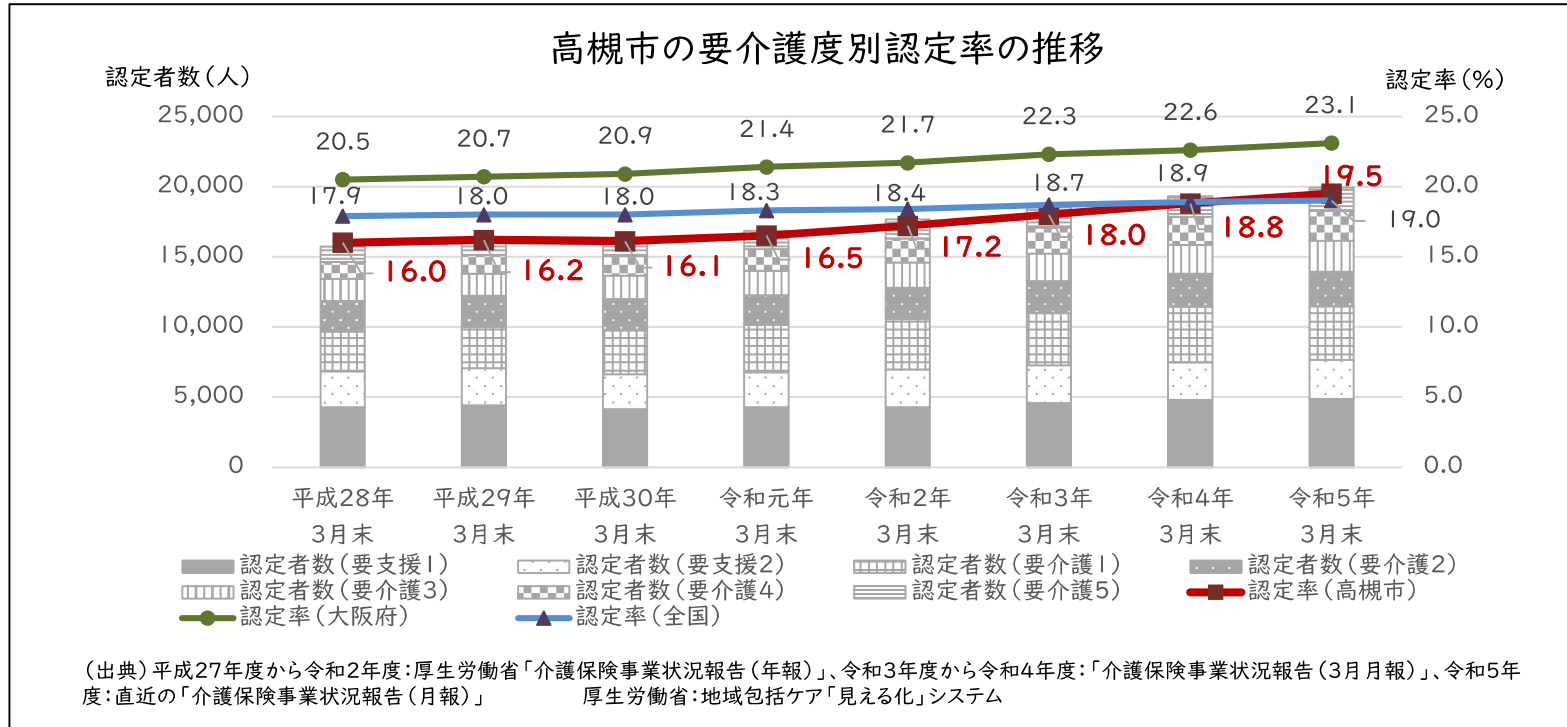
箕面市 25.4%

大阪府 27.2%

全国 28.9%



# 高槻市の現状



## ★新規要支援・要介護認定者の要介護度別分布

	高槻市		大阪府		全国	
	令和3年	平成30年	令和3年	平成30年	令和3年	平成30年
要支援1	45.8%	47.1%	34.5%	36.0%	26.0%	26.7%
要支援2	11.1%	10.8%	16.8%	17.1%	17.0%	17.4%
要介護1	22.3%	22.7%	20.8%	20.5%	24.8%	24.5%
要介護2	7.1%	6.2%	9.9%	9.6%	12.2%	12.1%
要介護3	4.9%	4.5%	6.0%	5.6%	7.3%	7.2%
要介護4	5.2%	5.2%	7.1%	6.3%	7.7%	7.2%
要介護5	3.6%	3.5%	96.0%	4.8%	5.1%	5.0%



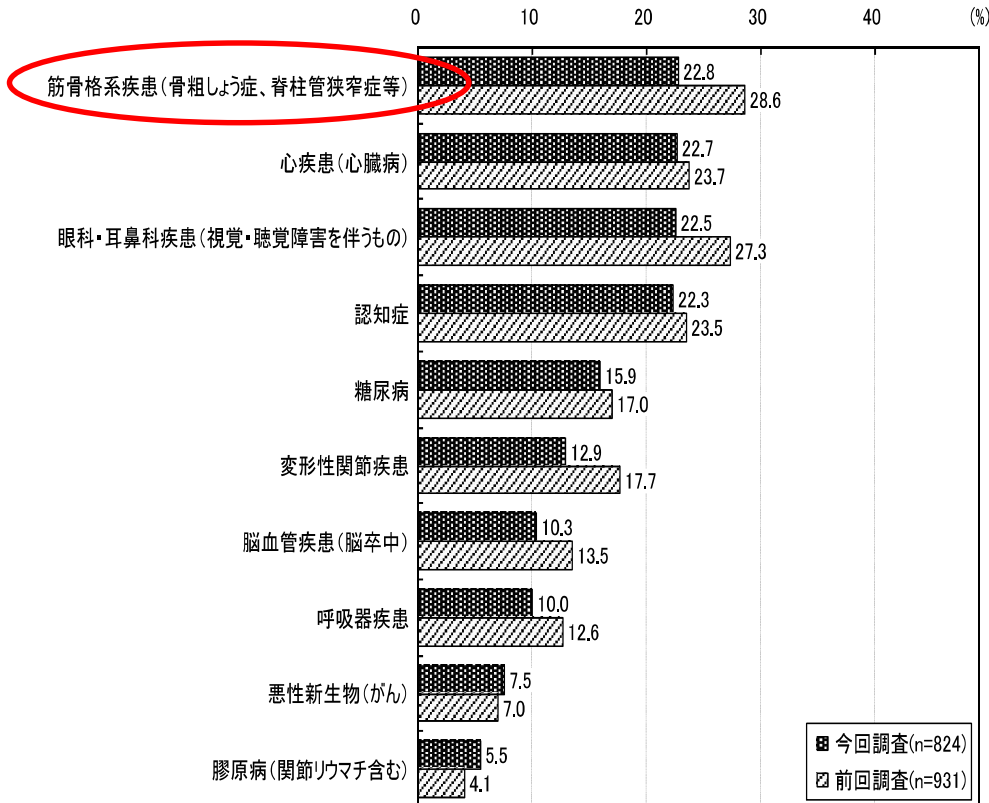


# 高槻市の高齢者の健康に関する特徴

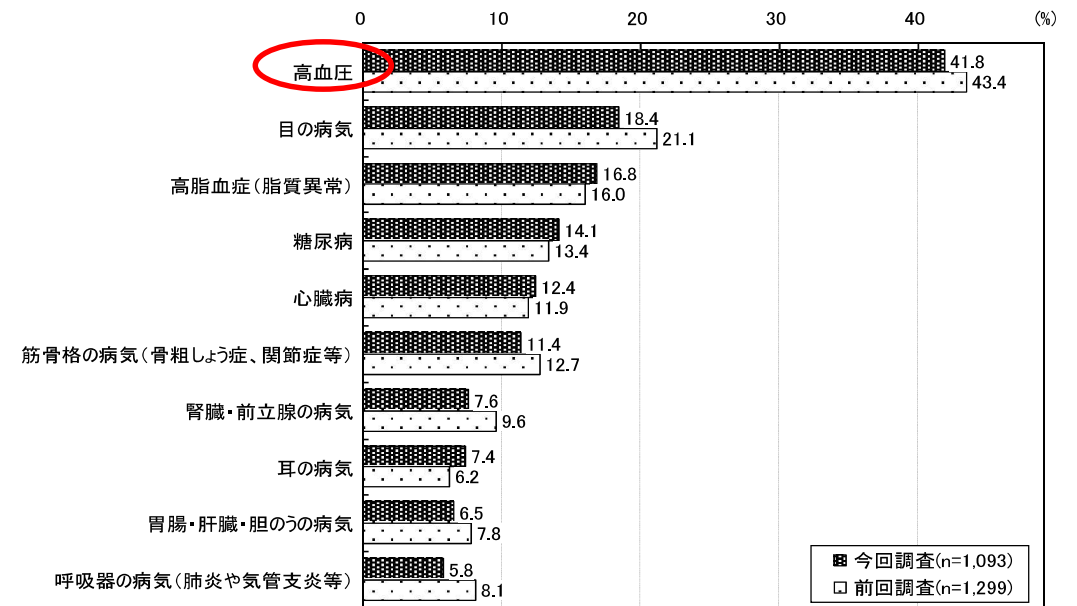
【在宅介護実態調査】2023年2月実施  
 :在宅の要支援・要介護認定者とその介護者を対象に実施  
 (2022年9月~11月に要介護等認定の更新申請・区分変更申請を行った方)

【介護保険・高齢者福祉に関するアンケート調査】2023年5月実施  
 :「要介護等認定を受けていない」又は「要支援認定を受けている」  
 65歳以上の方を対象に実施

◆ご本人が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。※上位10項目



◆現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(いくつでも)。※上位10項目



## 主な介護予防事業の実施状況

### 体操の普及啓発

平成18年度より「高槻ますます元気体操」の普及啓発に取り組み、自主グループ活動等の体操実施拠点の整備を推進



#### <実施拠点数>

年度	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
元気クラブ	18	20	24	26	28	28	28	28	28	28	29	29
自主グループ	11	30	62	82	103	129	141	157	169	170	170	181
施設			16	21	23	32	31	25	24	21	19	19
街かどデイハウス			10	14	14	14	13	13	10	9	8	7
老人福祉センター等				5	5	5	5	7	7	7	8	12
計	29	50	112	148	173	208	218	230	238	235	234	248

(令和5年3月末時点)

## 健幸ポイント事業

平成26年度より開始

健康づくりや介護予防に資する取組を主体的かつ継続的に行う

高齢者を増やし、健康寿命の延伸や要介護認定率の低減、

介護等給付費の適正化を目指す



- ①対象事業に参加してポイントを貯める
- ②ポイントは記念品交換、民間保育施設に寄付

### <健幸ポイント事業実績>

(令和5年3月末時点)

年度	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
発行者(人)	5,632	5,822	6,211	6,601	6,734	6,981	5,732	5,118	5,564
達成者(人)	1,621	2,035	2,476	2,710	3,023	3,262	1,464	1,742	2,356
ポイント 達成者	記念品交換(人)	1,451	1,796	2,303	2,553	2,827	1,390	1,654	2,241
	寄付(人)	170	239	173	157	196	74	164	204
達成率(%)	28.8	35.0	38.2	41.1	44.9	46.7	25.5	34.0	42.3

※R3ポイント達成者のうち、76人は記念品交換+寄付のコースを選択

※R4ポイント達成者のうち、89人は記念品交換+寄付のコースを選択

およその男女比は男:女=1:4、前期高齢者の割合は3割弱



## 課題

- 男性の参加者を増やしたい
- 早期より介護予防へ関心を持ってもらいたい

- ・高槻市は高齢化の進展がやや早い
- ・後期高齢者>前期高齢者
- ・新規要介護等認定者のうち要支援Ⅰの割合が高い
- ・認定率は大阪府より低く推移している
- ・高齢者は高血圧症の方が多い、要介護等認定者は筋骨格系疾患の方が多い

今後、認定率は上昇  
重度化への移行

自立支援、介護予防・重度化防止の推進

- ①高齢者の多様な生活に対応する介護予防の取組
- ②生活習慣病予防とフレイル予防を両輪とした介護予防教室
- ③屋外で活動する体操グループの立ち上げを支援



## 体操でまちを元気に



- 高齢期の健康づくり・介護予防に関心を持ってもらうためのきっかけづくり
- 体操拠点の充実を目指す
- 個人の健康寿命延伸、地域も元気に

高槻  
ますます元気体操

高槻 もっともって がるに がたく **筋力アップ** 体操



まずは、きっかけづくり



# 65歳からの羅針盤

今を見つめなおし、  
そしてこれからを変えていく

# 65歳からの 羅針盤

健康寿命  
3つの鍵が送る充実した毎日

キーワードは、健康寿命を延ばすために必要な社会参加運動、食生活活動に

高槻市 Takatsuki City

- ・生活習慣病対策とフレイル予防
- ・フレイル予防の3つのカギ
- ・市の事業紹介

食生活

運動

社会参加

## Key to Healthy Life 食生活

1日10の食品群をバランス良く食べて健康な食生活を！

毎食必ずとる



いずれか1つ以上をとる(タンパク質)



1日のどこかでとる



\*持病があり、食事療法を行っている方は主治医の指示に従ってください。

## 毎食とろう、たんぱく質！

筋肉維持・増加には3食バランスよくたんぱく質をとることが大切です。特に高齢の少なくなりがちな朝食をしっかり食べることを意識しましょう。また、脱水を防ぐためには、のどの乾きを癒す前に、こまめに水分をとるようにしましょう。(目安は1日1.5リットル)

毎食たんぱく質(肉・魚・卵・乳・大豆)を取り入れたメニュー例

	朝	昼	夕	1	2	3	4	5
朝	ご飯 ★味噌汁 ★万能サバキューと豆腐のサラダ フルーツヨーグルト							
昼		★もてたん焼き ★ひらひら人参のレンジナムル						
夕			ご飯 ★野菜炒めに卵をプラス ★食べたら餃子そばろ					

手軽にたんぱく質がとれるレシピはコチラ(上記★のレシピを見ることが出来ます)





## 適塩を心がける

塩分のとりすぎは、高血圧などの生活習慣病を招きます。  
適正な塩分量を知り、適塩を心がけましょう。

身近な食品にもこれだけの塩分が入っています



## 塩分を減らす方法

塩分のとりすぎを防ぐため、まずはすぐにできる方法を紹介します。  
意識をほんの少し変えるだけでも、その積み重ねが健康なからだづくりへの第1歩となります。

市販品を使うときは、パッケージの「栄養成分表示」に注目!

エネルギー	☆ kcal
タンパク質	☆ g
脂質	☆ g
炭水化物	☆ g
食塩相当量	☆ g

ここをチェック

### 酸味やスパイスを使う



塩分の使用を抑える代わりに、しょうがやわさび、レモンなど、香りや風味、酸味をプラスすると物足りなさを感じません。

### 出汁を使う



かつお節を茶こしに入れ、汁椀で受けて熱湯を注ぐ。

コップに出汁昆布と水を入れ30分ほど浸す。

かつお節や昆布、煮干しなどの乾物を利用した出汁を使うと、うす味でも美味しく食べられます。

### 汁の量を減らす



汁物には具をたくさん入れ、汁の量を少なくしたり、種類の汁は全て飲まないようにしましょう。

### 調味料は小皿に



ソースや醤油などを食品の上に直接かけず、小皿に少量ずつ入れて使いましょう。調味料の使い過ぎを防げます。





---

高齢者に様々な活動の機会を



## すこやかエイジング講座

いつまでも自分らしく心も体もすこやかに年を重ね、生涯自立した生活を送ることを目指す講座です。広報たかつきDAYSや市のホームページにて最新の日程をお知らせしています。

初級

当日先着制

生活習慣病予防の講話と  
体操を体験できる  
1回完結の講座



中級

申込制

認知症予防と健康づくりを  
学ぶ全5回の講座です



上級

申込制

身近にいる家族や友人に  
伝えたい専門知識を  
学ぶ講座(全5テーマ)



## 元気体操クラス

ますます元気体操教室(30分)



## もてきんスタジオ

もてもて筋力アップ体操教室(30分)



## 健康サポート広場

専門職による体力測定や  
体力づくりの個別相談会。



— 出前講座や体操拠点での健康教育・健康相談も実施 —



# ICT活用推進 ～オンライン介護予防教室～

毎月の予定は市ホームページに掲載

お家でできる!  
すこやかエイジング講座 オンライン

参加無料

4月分

予約不要で  
体操レッスンが受けられる!

健康について学べる!

日時: 4月14日(木) 10:30~11:10  
テーマ: まずは元気体操  
ミーティング番号: 2516 834 0951

に参加できます。

めに、是非ご参加ください!

日時: 4月25日(月) 14:00~14:40  
テーマ: まずは元気体操  
ミーティング番号: 2511 324 8270

masu」です。

参加方法と注意事項は裏面に

- ・令和3年5月 開始  
フレイル予防講話と体操
- ・令和3年6月  
体操を主プログラムに  
(試行錯誤繰り返し返す)  
健幸ポイント対象に
- ・以降、継続実施  
リアルとオンラインの併用で  
介護予防の機会を確保



ケーブルテレビで  
参加方法を周知





# ICT活用推進～コンテンツの拡充～

## 体操動画



身近な材料で作れる「もてたんレシピ」を  
市ホームページで公開中



CATV『クローズアップNOW』で  
「管理栄養士が教える簡単健康レシピ」を紹介



※放送終了後はYoutubeに公開



**新 10点シート (食事バランスチェック表)**

日付を記入して、その日食べた食品に○を付けましょう。○1つを1点として1日の合計点を出します。目標は1日7点以上です。

※記入を続ける場合はコピーしてお使い下さい

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
魚							
肉							
卵							
牛乳・乳製品							
大豆・大豆製品							
油脂類							
緑黄色野菜							
海藻							
果物							
芋類							
1日の○の合計	点	点	点	点	点	点	点

(出典) 厚生労働省、東京都健康・少子・高齢対策局、東京都健康・少子・高齢対策局、東京都健康・少子・高齢対策局

発行：高槻市長寿介護課 高槻市桃園

**今日から始める低栄養予防**

**しっかり食べると体にえ〜よ〜**

- 最近の体重を測っていない
- この半年間で2〜3kgやせた
- 食事回数が1日に1〜2回である
- 栄養バランスに偏りがあると思う
- 固い食べ物を食べにくくなった(さきいか・たくあんなど)

解説は中巻へ

高槻市 Takatsuki City

普及啓発媒体を豊富に



## ケーブルテレビで「簡単健康レシピ」シリーズ開始



- ✓ 一日3食、10の食品群をバランスよく食べる
- ✓ 簡単に準備できるもの
- ✓ 低栄養予防  
たんぱく質の摂取を意識したもの

手軽さ: 刻み昆布、焼肉のたれ  
レンチン(レトルトの活用)

たんぱく質: 納豆そばろ、かにかま



## 様々な世代に関心を持ってもらえる「低栄養予防」

災害の備え—ローリングストック—

常備菜—食べる調味料—



手軽さ: 缶詰、野菜ジュース、カセットコンロ  
たんぱく質: オートミール、炒り大豆、かつお節

手軽さ: 常備菜、レンチン  
たんぱく質: 肉・魚・卵・大豆



## 市営バスフレイル予防啓発ラッピング

高い訴求力を持つ交通広告のメリットを活用

- ☑ たった4分の筋トレを習慣化
- ☑ 検索ワード「もてきん」



### 【目的】

「もてきん体操」をきっかけに、フレイル予防に対する関心を持ってもらい、介護予防事業への参加につなげる。

- 北エリア・南エリアに各1台が走行継続中
- 令和5年度より車内広告も開始し、一步先の行動化へ動機付けを図る。



もてきんバス、運行中! →

## 【市政80周年記念】もてたんレシピコンテスト

★10分以内でできるレシピを募集★



### 【目的】

高齢期の健康づくりに欠かせない栄養素の1つである「たんぱく質」をとるために、工夫して考案したレシピを募集し、フレイル予防の普及啓発や介護予防活動を始めるきっかけとする。

対象:市内在住の65歳以上の方及びその家族と支援者  
家族の同居・別居は不問

時期:9月

もてたんレシピコンテスト結果発表 →



※もてたんレシピとは

「もっと手軽にタンパク質」がコンセプトの身近な材料で簡単にたんぱく質をとることができるレシピのこと





# 高齢者の栄養支援を考える

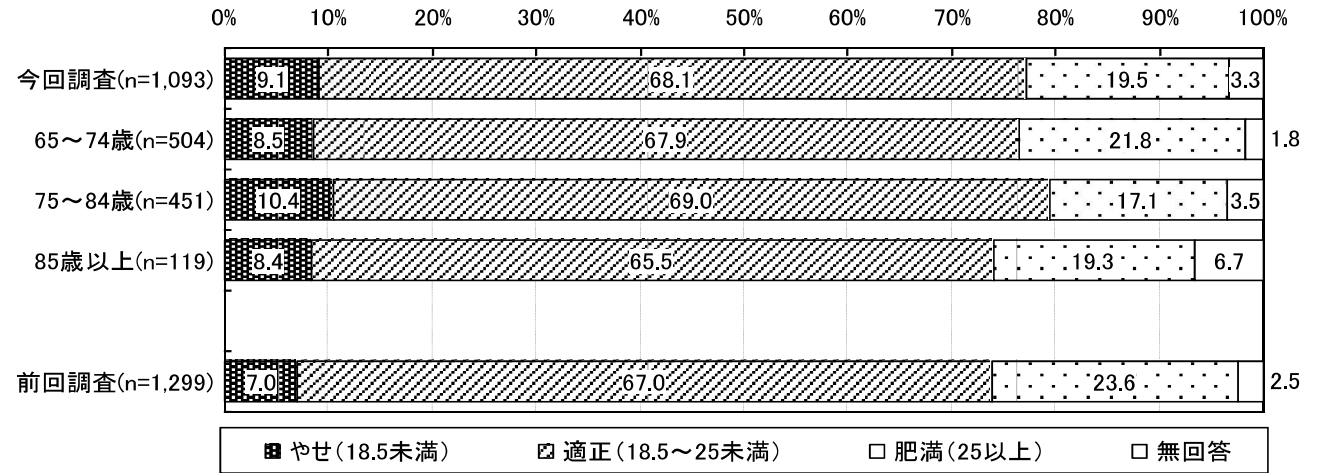


# 食えることについて

## (介護保険・高齢者福祉に関するアンケート調査)

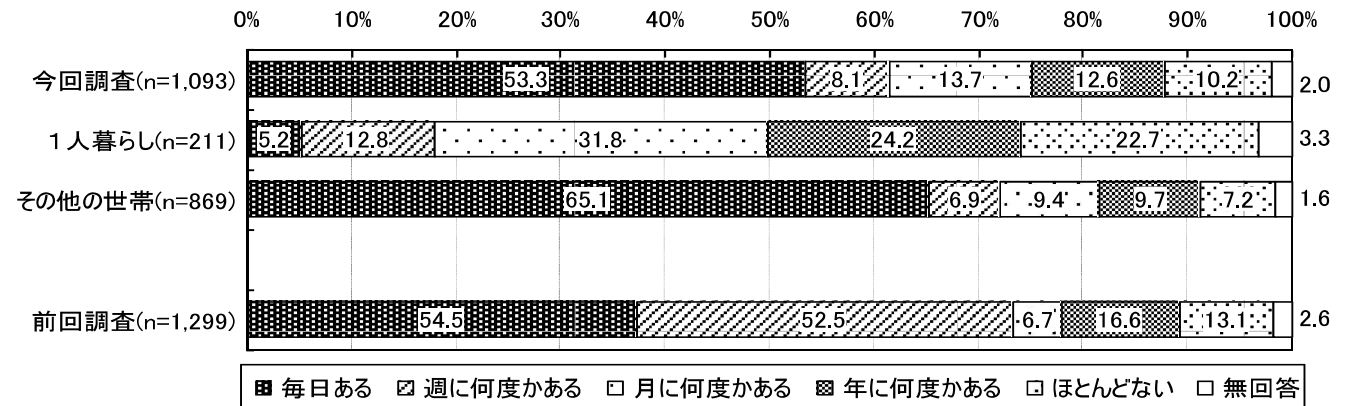
### ◆身長・体重《BMI》

やせ状態にある人は9.1%、肥満状態にある人は19.5%を占めており、やせについては前回調査より増えています。



### ◆どなたかと食事をとる機会がありますか

- 家族などと毎日食事をしていない人は44.6%みられます。
- 一人暮らしの人など、「孤食」の傾向にある人の共食の機会について拡大を図っていく必要があります。

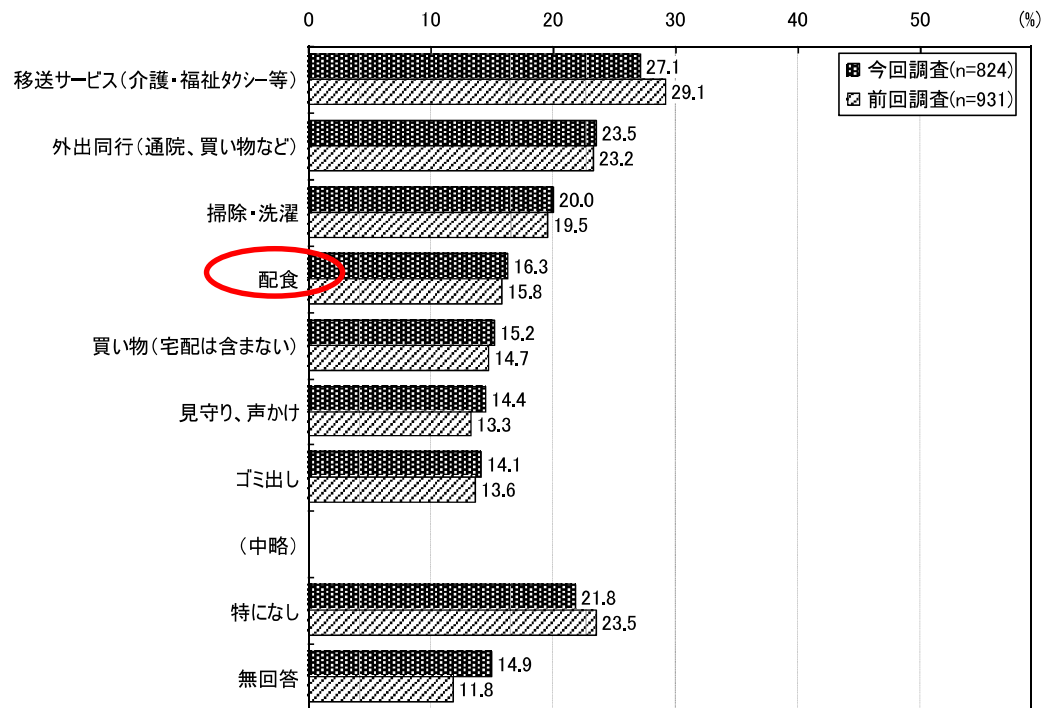
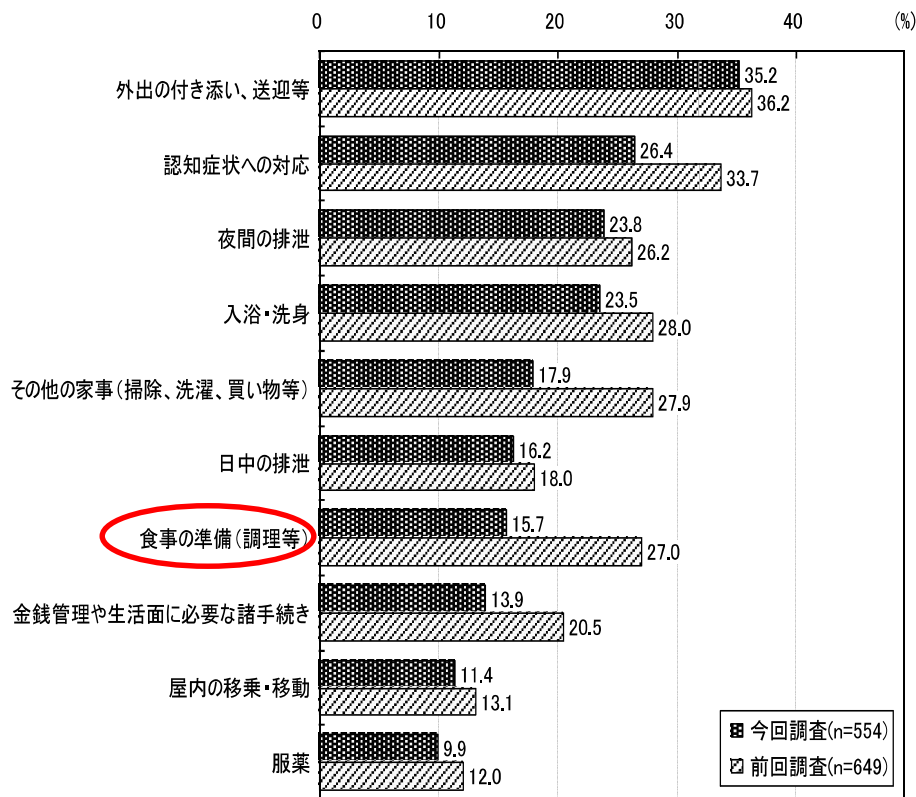




# 食えることについて (在宅介護実態調査)

◆現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、ご回答ください(現状で行っているか否かは問いません)。

◆今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス(現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む)について、ご回答ください。





# 個別ケース検討会議

多職種の専門性に基づくアセスメントやケア方針の検討を通じて、高齢者に対する包括的ケアと自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実践力を高めるもの

令和3年度介護報酬改定:自立支援・重度化防止の取組の推進

## 3. (1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化 (その6)

### 通所介護等における口腔衛生管理や栄養ケア・マネジメントの強化

- 通所系サービス等について、介護職員等による口腔スクリーニングの実施を新たに評価する。管理栄養士と介護職員等の連携による栄養アセスメントの取組を新たに評価する。栄養改善加算において、管理栄養士が必要に応じて利用者の居宅を訪問する取組を求める。【告示改正】
- 認知症グループホームについて、管理栄養士が介護職員等へ助言・指導を行い栄養改善のための体制づくりを進めることを新たに評価する。

### 通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス

<現行> 栄養スクリーニング加算 5単位/回 (※6月に1回算定可)	→	<改定後> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位/回 (新設) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位/回 (新設)
〔算定要件〕 加算(Ⅰ)は①及び②に、加算(Ⅱ)は①又は②に適合すること。(加算(Ⅱ)は併算定の関係で加算(Ⅰ)が取得できない場合に限り取得可能) ① 当該事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 ② 当該事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。		

### 通所系サービス、看護小規模多機能型居宅介護

<現行> 栄養改善加算 150単位/回 (※1月に2回を限度)	→	<改定後> 栄養アセスメント加算 50単位/月 (新設) 栄養改善加算 200単位/回 ※看護小規模多機能型居宅介護を対象
〔算定要件〕 <栄養アセスメント加算> ※口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)及び栄養改善加算との併算定は不可 ・当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること ・利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること ・利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用) <栄養改善加算> (追加要件) 栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問することを新たに求める。		

・栄養状態の評価の難しさ  
・活用できる資源の認知↓

### 認知症グループホーム

栄養管理体制加算 30単位/月 (新設)
〔算定要件〕 ・管理栄養士(外部との連携含む)が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと。



P-7-17

## 自立支援を促す個別ケース検討会議の成果について

三浦 茜<sup>1)</sup> 谷本 芳美<sup>1)</sup> 森定 一穂<sup>2)</sup>

- 1) 高槻市健康福祉部 長寿介護課
- 2) 高槻市健康福祉部

日本公衆衛生学会COI開示  
演題発表に関連し、発表者らに開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

【背景】高槻市では、要介護者の自立を支援するために、「自分の意思で主体的に生活できること」「高齢者自身がやりたいことを実現できること」を自立と考え、この状態に向けた支援策を検討する個別ケース検討会議を2年間行ってきた。

会議の特徴は以下の通りである。

1. ケアマネジャーが利用者本人の叶えたい希望を事前にしっかり聞く
2. 利用しているサービス内容に視点が集中しないように、ケアプランは使用しない
3. 必ず、医師、歯科医師、薬剤師、PT、OT、管理栄養士、歯科衛生士、生活支援コーディネーターが出席し、本人の希望の実現に向けて多角的にケアマネジャーに助言する
4. 自立支援のために「あったらいいな」と思う社会資源等の意見を出し合う

【目的】個別ケース検討会議を2年間行ってきた成果について明らかにすることを目的とした。

- ❁ 自立支援達成……………約6割
- ❁ 本人の希望実現  
または実現予定……………約4割
- ❁ 「あったらいいな」の6割は既存!

### 【方法】

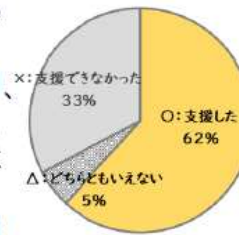
- ① 会議を主催する地域包括支援センターが担当ケアマネジャーに対し、専門職の助言に基づいた自立支援や本人の希望実現の状況を検討6か月後に聞いた。
- ② 本人の自立支援のために「あったらいいな」と思う内容の社会資源が現在あるかについて調べた。
- ③ 専門職全員に対してアンケートを行い、本人の自立支援に向けたアドバイスや会議に関することについて調査した。

### 【結果】

① 専門職の助言をもとに、約6割の自立支援が実施できた。本人の希望実現の状況は、8例(17.8%)が実現予定であり、11例(24.4%)が実現していた。また、自立支援の結果、本人の意識や家族の理解に変化が見られ、ケアマネジャーと介護サービス担当者との連携から多職種協働の機会も増えていた。

② 131個の「あったらいいな」のうち81個(61.8%)は既存資源を紹介できたため、一覧を作成し可視化した。また、対応する既存資源がないものは地域課題として地域ケア会議等で今後検討していくこととした。

<自立支援の結果>



③ 専門職77人のうち52人から回答を得た。ケアマネジャーが本人の希望をしっかりと聴取できていると感じることや、本人支援について多職種の視点に基づき多角的に検討できているという意見があった。

### 実際の意見

- ・生活の視点を大切にしてほしい
- ・経過を踏まえて、同じ事例を繰り返し検討しても勉強になると思う。
- ・他職種の意見や視点が参考になる、指導に活かせる。
- ・介護サービスでは無理という状況でも、何か方法はないか考えたい。
- ・初めから無理と諦めず、色々な立場から意見を聞き出してくれるのがよい。

【結論】自立支援ができていたものは約6割と半数以上で、さらに本人の希望は約4割で実現またはその予定であることが明らかとなった。ケアマネジャーが本人の気持ちに寄り添いしっかりと意向を聞き取ったことや、多職種の助言に基づき多角的に本人像を捉え、多様な自立支援を行えたことが要因と考えた。また、地域にない資源と認識されていた内容の約6割は既存であり、情報共有の重要性が示された。……………検討事例の紹介……………

### 実現

妻の運転する車で旅行できたが、翌月に体調を崩し、翌々月死去。妻は最後に旅行に行けてよかったと。

要介護2・80代・男性	【本人の希望】動ける体を作って妻と遠征旅行
<b>病状</b> 急性肺炎 顕微鏡的多発虫管炎 肺炎腫 呼吸NG 活動5分継続でSpO <sub>2</sub> 80-88%に低下	<b>【目的】</b> 年暮用紙、運動を行い、持久力を上げて、安全な旅行計画を立て夫婦で旅行を楽しむ <b>モニタリング結果</b>
<b>薬</b> 吸入自己管理できている 自分で病気の薬の量を調整している	持久力向上のためのリハビリ(本人・訪問リハ)
<b>食・食事</b> 食事量(夕食)が少なくなった 日食:1日3食 時間をかけ摂取	呼吸のよい運動後に栄養補給を行う(本人・妻・訪問リハ)
<b>栄養</b> 腎機能が悪くなければたんぱく質の摂取量を増やせ(補食検討) 半年で体重10kg減少	自宅で行える自立体操やさまざまな元気体操などをする(本人)
<b>動き</b> 下段筋力低下 近距離→歩行器、四角杖 通院→車いす	旅行先の安全面の確認、緊急時の対応など一纏めに旅行計画を立てる、在宅介護導入の必要性など相談(主治医、本人、妻、訪問リハ、訪問看護、ケアマネジャー)
<b>入浴</b> 一併妻の介助	口腔ケアの自宅ケア方法をネット検索し、カンジダ菌の予防(本人)
<b>その他</b> 妻は70代ヘルパー、介護あり、運転可	

要介護者の旅行プランを相談できる旅行会社があるので紹介できる



## 「あったらいいな」の声から生まれた新しい取組

あなたの食事を  
応援します

### 社協・身近な福祉相談に 栄養相談がやってくる！

体重が減ってきた 嗜めない 飲み込めない 肥満 高血糖 高血圧

離乳食どうしよう？ 小食・偏食 プレママごはん ジュニアアスリート飯って？

毎月 第2月曜日(祝日休) 13:00~15:00  
高槻阪急6階 暮らしの総合相談センター

さまざまな「食」のお悩みをサポートいたします  
お気軽に ご相談ください

あなたの食事応援—Support your Nutrition—

**高槻市栄養士会**

事務局 569-0065 高槻市城西町4番6号  
高槻市社会福祉協議会内

TEL (072) 674-7684  
FAX (072) 661-4901



# 高槻市医師会と高槻市栄養士会の連携による 訪問栄養食事指導

**食事や栄養で困っておられないですか？**

介護保険や健康保険を使って「食」の専門家・管理栄養士が  
ご自宅に伺ってサポートいたします

- ★血圧が高い
- ★飲み込みにくい
- ★血糖値が高い
- ★むせやすい
- ★コレステロールが高い
- ★食欲がない
- ★体重が減った  
など

医師やケアマネージャーさんを通してご連絡ください

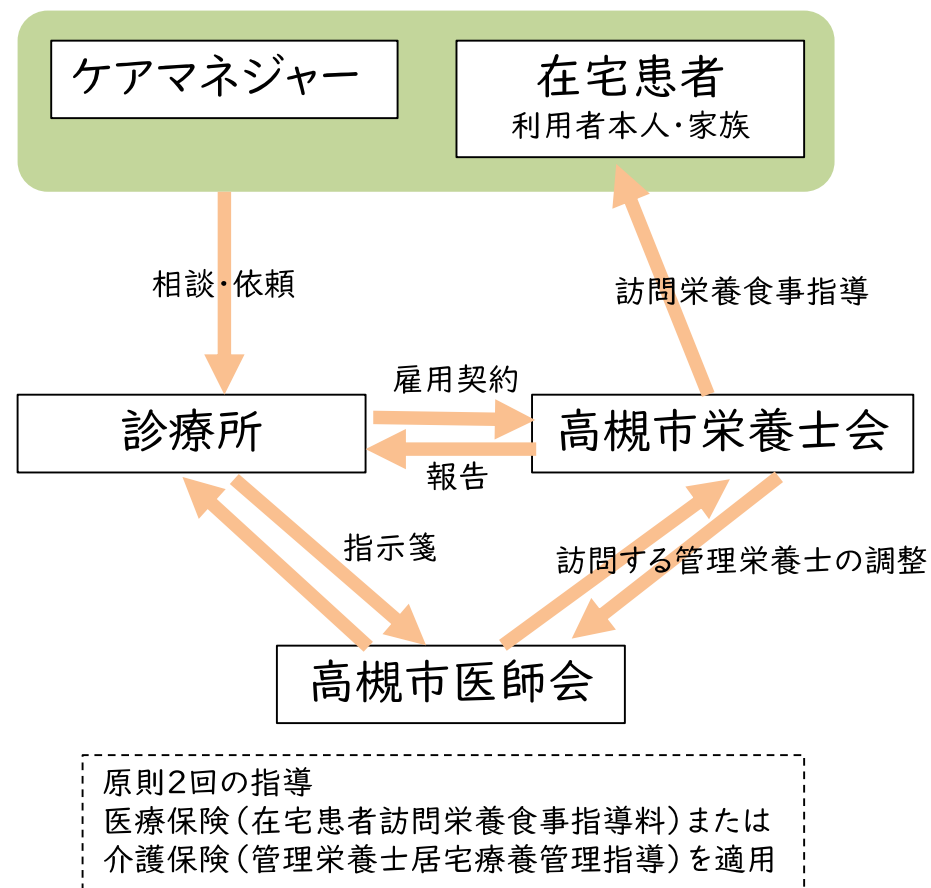
管理栄養士がサポートいたします

お申し込みはこちらまで

TEL :

この制度（在宅患者訪問栄養指導・居宅療養訪問栄養指導）は医療保険・介護保険が適用されます

一般社団法人 高槻市医師会  
高槻市栄養士会（訪問栄養食事指導部）



（高槻市医師会「かかりつけ医・在宅ケア支援システムハンドブック」記載内容より略図作成）



## 包括連携協定に基づく取組（令和4年3月23日締結）



市民のより健康的な生活を目指し、緊密な相互連携と双方の資源を活用した協働による活動を通じて、市民サービスの向上と地域の活性化を図ることを目的とする。

【例】

- ・市民の健康増進・フレイル予防に関すること
- ・子育て支援・教育・食育の充実にに関すること
- ・防災・災害対策に関すること

支援者向け研修会の開催  
市民向け介護予防教室やイベントへの協力







# 体操でまちを元気に





# 「茨木市管理栄養士同行訪問事業」

～さらなる専門職によるアセスメント支援と介護予防の充実～

- 茨木市長寿介護課 作成(令和5年11月) -



## 一般介護予防事業 地域リハビリテーション活動支援事業 リハビリテーション専門職等同行訪問

令和3年度 リハビリテーション専門職同行訪問事業開始  
理学療法士1名

令和4年度 リハビリテーション専門職同行訪問事業の拡充  
理学療法士3名

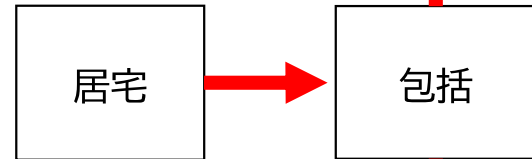
令和5年度 管理栄養士同行訪問開始  
管理栄養士1名 作業療法士1名



# リハ職等同行訪問事業の利用フロー

「リハ職(理学療法士・作業療法士)」同行訪問対象者  
以下の①～③を満たすこと

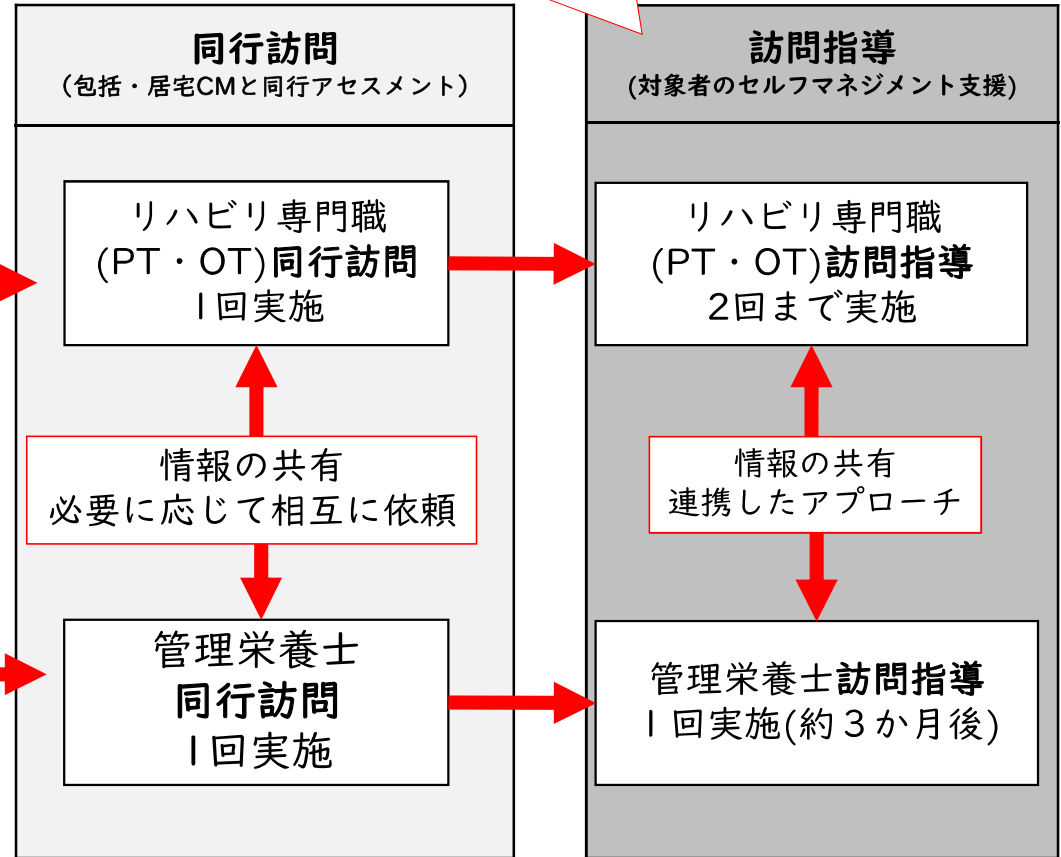
- ①65歳以上の市民
- ②認定なし・事業対象者・要支援1・2認定者
- ③新たに総合事業サービスや住宅改修・福祉用具などが必要と思われる、サービスの見直しが必要、など



長寿介護課へ依頼  
(ブレインシステムの  
茨木市共有フォルダ  
を活用)

「管理栄養士」同行訪問対象者

- 以下の①～④を満たすこと
- ①65歳以上の市民
  - ②認定なし・事業対象者・要支援1・2認定者
  - ③食事や栄養のことで気になる方  
(退院後の食事管理、体重減少、栄養が足りているか心配) など
  - ④居宅療養管理指導(管理栄養士)を利用していない



状態により、同行訪問後に訪問指導を実施(各専門職が実施判断)



# リハビリテーション専門職同行訪問事業

リハビリテーション専門職の視点によるアセスメント支援。  
同行訪問の結果、単発でのリハビリ専門職による助言が効果的な方については  
訪問指導として2回まで実施。

## 包括・居宅への新規相談

65歳以上（認定なし・事業対象者・要支援）  
かつ、新たに総合事業のサービスを利用予定、またはフレイル等により何らかの支援が必要と思われる方

## 同行訪問（アセスメント）

- ・リハ職の視点（ICF）で評価
- ・改善可能性、または、継続的支援の必要性
- ・目標設定（本人の望む暮らし・取り戻したい元の生活）
- ・最適な支援方法を提案
- ・本人・家族と自立の合意形成など



## 訪問指導

リハ職による単発訪問指導（※リハ職判断で2回まで）  
・運動方法や環境に応じたアドバイス  
・はつらつパスポートを活用したセルフマネジメント支援



# 管理栄養士同行訪問事業

地域包括支援センターや居宅介護支援事業所ケアマネジャーと、管理栄養士が対象者宅を同行訪問。専門職の視点によるアセスメント支援。

同行訪問の結果、管理栄養士による助言が効果的な方については訪問を1回まで実施（状態によりその後1回実施する場合があります。）

## 包括・居宅への新規相談

65歳以上（認定なし・事業対象者・要支援）かつ、新たに総合事業のサービスを利用予定、またはフレイル等により何らかの支援が必要と思われる方  
居宅療養管理指導（管理栄養士）を利用していない方

## 同行訪問（アセスメント）

- ・食生活の状況確認
- ・目標設定（本人の望む暮らし・取り戻したい元の生活）
- ・本人・家族と自立の合意形成など



## 訪問指導

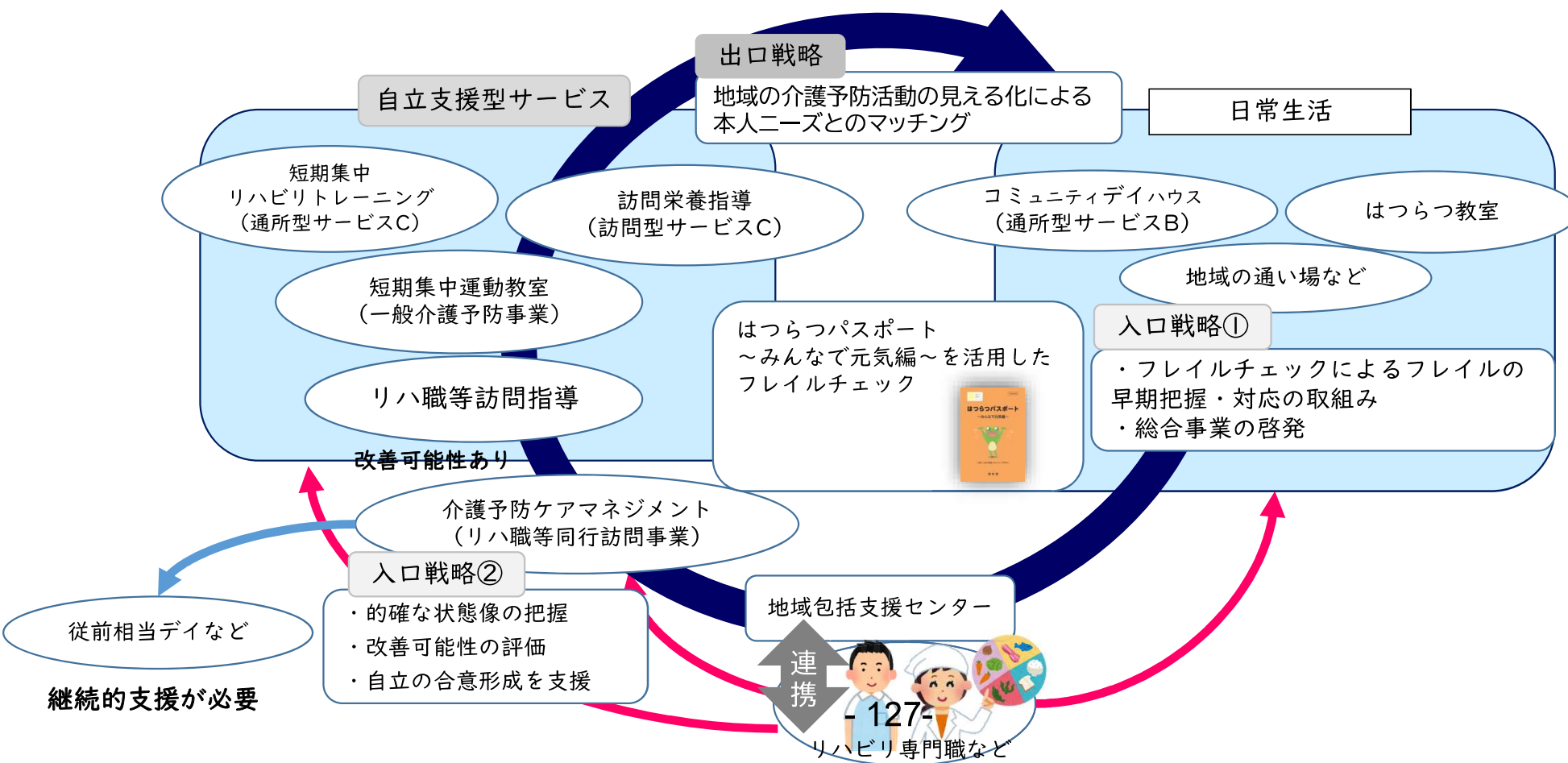
- ・はつらつパスポートを活用したセルフマネジメント支援
- ・低栄養状態などを改善するために必要な助言や支援方法の提案

よくかんで、おいしく、楽しく、食べ続けられるように食事回数、食べる姿勢、バランスや栄養のとり方、調理の工夫など、できることをお伝えします。



# 地域リハビリテーション活動支援事業がめざすもの

地域における介護予防の取組みを機能強化するため、リハビリ専門職等（PT・OT・管理栄養士）が、地域包括支援センターと連携を図りながら、自立に向けた介護予防ケアマネジメント、通所C・訪問C事業所等への自立支援に資する助言、地域の通いの場等に対する介護予防の取組みやフレイルの早期把握・対応のための支援などを行う。



# 栄養に関する取組

摂津市保健福祉部高齢介護課

令和5年11月17日



# 取組内容

- 高齡介護課が関係する栄養改善に向けた取組
  - 配食サービス  
(高齡介護課・保健福祉課)
  - 高齡者のためのフレイル予防レシピ  
(高齡介護課・保健福祉課・大阪成蹊短期大学)
  - 市民公開講座  
(高齡介護課・保健福祉課・国立健康・栄養研究所)

# 配食サービス

## ○内容

- ・ 食事づくりや適切な栄養管理が困難な高齢者や身体の不自由な方に、バランスのとれた食事を配達するとともに、安否確認を行う。

## ○対象者

次のいずれかに該当

- ①65歳以上の一人暮らし、または65歳以上のみで構成されている世帯
- ②重度の障害者

## ○費用

- ・ 昼食1食につき 普通食：400円 特別食：600円
- ・ 夕食1食につき 普通食：500円

# 配食サービス

## ○メニュー

- ・普通食
- ・特別食：カロリー・塩分調整、たんぱく塩分調整、透析食などに対応

## ○栄養指導

- ・申請者から提出されたアセスメント票をもとに、身体状況や食に関する状況や希望に応じ、栄養士が訪問し、食事内容や食事量について助言。

## ○令和4年度実績

新規利用者：28名　うち、栄養指導対象者　5名

## 配食サービスの申請～栄養助言までのフロー

申請

ケアマネージャーを通じて、配食サービス申請書を提出する。  
(提出) 申請書/アセスメント票  
※ケアマネージャーが不在の場合は、高齢介護課へ相談

審査

別紙「配食サービスの栄養助言チェック基準」を用いて、高齢介護課として栄養助言の必要性を審査する。

保健福祉課へ連携

↓ 決裁後、高齢介護課で栄養助言「**必要**」と判断された場合

高齢介護課より起案書写し、申請書・アセスメント票写し、栄養助言連携シートを保健福祉課へ渡す。

保健福祉課にて、栄養助言が必要か総合的に判断する。

↓ 保健福祉課で栄養助言「**必要**」と判断

高齢介護課と保健福祉課の担当職員間で、助言対象者及び助言方法、連絡先の確認を行う。  
※高齢介護課職員で対象者に栄養助言が入る旨の事前連絡をする。

↓ 保健福祉課より助言が必要と判断した対象者に対して助言を行う。  
※ケアマネ/ご家族/本人等

↓ 決裁後、高齢介護課で栄養助言「**不要**」と判断された場合

保健福祉課へ連携無し。

保健福祉課で栄養助言「**不要**」と判断

別紙、「栄養助言連携シート」に助言の必要性の結果、助言対象者への連絡状況助言内容等を記載する。

高年齢介護課へ報告する

助言

## 配食サービスの栄養助言チェック基準

<新アセスメント票>

様式第2号 介護サービスアセスメント票

利用者の氏名	性別	期別(大正・昭和)	年	月	日	歳
住所	〒					
介護状態	自立/要介護1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60	要介護1				
介護内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食事) <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 整理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除					
アセスメント						
調査年月日	年	月	日	調査場所	(市町村/支庁/施設)	
調査実施者	(氏名)					
調査実施時間	<input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 休日 ( ) <input type="checkbox"/> その他( )					
利用しているサービス状況	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり(下記にチェック及び利用種目を○をつける)					
利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護(月次/半月/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(月次/半月/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(月次/半月/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(月次/半月/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(月次/半月/週) <input type="checkbox"/> その他のサービス					
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖などが必要 <input type="checkbox"/> 歩行器が必要 <input type="checkbox"/> 歩行不能					
視力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 眼鏡が必要 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 両眼が低下					
聴覚	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 聴覚低下					
栄養	摂取量	摂取回数	摂取時間	摂取場所		
栄養の状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや低下 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 著しく低下					
体重	<input type="checkbox"/> 減少なし <input type="checkbox"/> 減少あり( kg / 月 ) <input type="checkbox"/> 減少なし( kg / 月 )					
食欲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> あり					
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖などが必要 <input type="checkbox"/> 歩行器が必要 <input type="checkbox"/> 歩行不能					
嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 嚥下困難					
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 排泄困難					
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖などが必要 <input type="checkbox"/> 歩行器が必要 <input type="checkbox"/> 歩行不能					
整理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 整理困難					
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 洗濯困難					
掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 掃除困難					
その他	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
調査に関する取扱い	ケアマネ	ケア	ケア	ケア	ケア	ケア
高齢介護課	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	確認	月	日	日
保健福祉課	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	確認	月	日	日

で囲んだ

- BMI
- 過去6か月間の体重増減
- 食欲
- 食事回数
- 栄養に関する助言の希望

この5項目を用いて高齢介護課にてチェックを行う。

チェック基準は以下の通りとし、1つでも該当するものがあれば高齢介護課で判断する。栄養助言の必要性は「要」と判断。

チェック項目	基準
BMI	18.5未満
過去6か月間の体重増減	6か月で2キロ以上の体重減少あり
食欲	なし
食事回数	1日1回
栄養に関する助言の希望	本人、ケアマネのいずれかで「希望あり」の場合

# 高齢者のためのフレイル予防レシピ

## ○内容

食事からフレイル予防をするために、大阪成蹊短期大学の学生との連携事業としてレシピを開発

## ○コンセプト

栄養が偏りやすい、ひとり暮らしの高齢者が簡単に調理でき、バランスの取れた栄養を摂取できるレシピ

## ○役割

- ・大阪成蹊短期大学：栄養学科学生のカリキュラムの一環として、コンセプトに応じたレシピ考案
- ・摂津市保健福祉課：摂津市管理栄養士による、メニューの内容チェック。試作および掲載用写真撮影。  
同管理栄養士監修のクックパッド（公式キッチン）に掲載。
- ・摂津市高齢介護課：レシピブックとして製本。一人暮らし高齢者に配布。

## ○レシピブックの配布

- ・公共施設への配架のほか、集い場で配布。
- ・ひとり暮らし登録者への見守り訪問時に配布。- 133-

# 高齢者のためのフレイル予防レシピ

○参考

## 高齢者のための フレイル予防レシピブック

### フレイルとは…

年齢とともに心身の機能が衰え始める状態をフレイルといいます。フレイルは運動、栄養、口腔、社会・心理の4つの機能の低下によって起こりますが、生活の見直しや適切な対応により、予防することができます。この冊子では、栄養に注目しました。

❖ **食事からフレイルを予防するために重要なことは…**

- ① 1日3食を心がけましょう
- ② 1日2回以上、主食・主菜・副菜を組み合わせて食べましょう
- ③ いろいろな食品を食べましょう

いろいろな食品を食べる方法として、毎日7品目以上食べる事を目標にまんべんなく食べて「**さあにぎやかにいただく**」を実践しましょう。

※「さあにぎやかにいただく」は、東京都健康長寿医療センター研究所が開発した食品摂取多様性スコアを構成する10の食品群の頭文字をとったもので、ロコモチャレンジ！推進協議会が考案した合言葉です。

編集／発行 摂津市高齢介護課・保健福祉課  
 献立作成 大阪成蹊短期大学栄養学科  
 発行日 令和5年3月

## 牛丼、茄子の煮浸し、 長芋とオクラのネバネバサラダ、しめじの味噌汁



区分	献立名	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂質 (g)	炭水化物 (g)	食物繊維 (g)	ナトリウム (mg)	水分 (g)
主食・主菜	牛丼	441	14.5	11.6	63.1	0.6	2.8	14
副菜	茄子の煮浸し	24	0.5	1.0	2.6	0.2	1.4	12
副菜	長芋とオクラのネバネバサラダ	57	1.8	1.1	8.9	0.4	1.3	21
汁物	しめじの味噌汁	25	1.6	0.4	4.6	1.0	1.0	11
1食分の合計		547	18.4	14.1	79.2	2.2	6.5	58

メニュー（献立）・食材のポイント

サラダで使用する「長芋」オクラには、ぬめり成分が含まれているので「ネバネバ食材」と呼ばれています。特に、長芋は「すりおろし」または「短冊切り」などにして、異なる食感を楽しんで食べてみてください。



### 牛丼

**材料 一人分目安**

・米(精白米) 70g ・水 90ml ・牛肉スライス赤身 2枚(50g) ・玉ねぎ 1/4個(30g)  
 ・サラダ油 小さじ1 ★濃口醤油 大さじ1/2 ★みりん 大さじ1/2 ★酒 大さじ1/2  
 ★和風顆粒だし 小さじ1/3(1g) ・水 80ml

- 作り方**
- ① 米を洗い、炊き上がり量の水位線まで水を加えて軽く混ぜ、通常通りに炊飯する。
  - ② 牛肉を4~5cmの大きさに切り、フライパンで中火で炒める。
  - ③ 玉ねぎは0.5cmで薄くスライスし、フライパンにサラダ油をひいてしんなりするまで弱火~中火で炒める。
  - ④ ②③のフライパンに入れて【★】の調味料、水を加えて煮込み、炊きあがったご飯の上に乗せる。  
 ※お好みで、青ネギや三つ葉を散らしても美味しくなります。

### 茄子の煮浸し

**材料 一人分目安**

・茄子 小さめ1本(60g) ・生薬チューブ 2cm程度の長さ ・青ねぎ 1/5本  
 ・サラダ油 小さじ1 ★めんつゆ(3倍濃縮) 小さじ1 ★砂糖 小さじ1/3 ★水 大さじ1

- 作り方**
- ① 茄子を水でよく洗いヘタを落とす。縦半分に切り、皮に2~3mm間隔で浅く切り込みを入れる。
  - ② 切り込みを入れたらさらに縦半分に切る。(切った茄子は水にさらす)
  - ③ 水にさらしていた茄子の水気をキッチンペーパーで拭き取る。
  - ④ フライパンにサラダ油と生薬を入れ(中火)、生薬がフツフツしてきたら茄子の皮を下にして焼く。
  - ⑤ 全体的に茄子が焼けたら、【★】の調味料、水を入れる。
  - ⑥ 煮汁が沸いたらそのまま3~4分煮る。
  - ⑦ 蒸籠に盛り付け、青ねぎを散らす。

### 長芋とオクラのネバネバサラダ

**材料 一人分目安**

・長芋 1.5cm程度(40g) ・オクラ 1本(10g) ・ミニトマト 2個(40g) ★穀物酢 小さじ1  
 ★濃口醤油 小さじ1/2 ★砂糖 小さじ1/3 ★ごま油 少々 ・かつお節 少々

- 作り方**
- ① 長芋は皮をむいて角切りにする。
  - ② オクラはたっぷりのお湯でサッと茹でて縦切りにする。
  - ③ ミニトマトはヘタを取り、2~4等分に切る。
  - ④ ①~③をボウルに入れ、【★】の調味料と合わせる。
  - ⑤ 蒸籠に盛り付けたらかつお節を上からかける。
- 長芋の皮をむくときや包丁を使って切ることが難しい時は、ピーラーを使ったり、おろし金を使ったりしてすりおろしても良いです！

### しめじの味噌汁

**材料 一人分目安**

・しめじ 6本(15g) ・青ねぎ 3g ★水 150ml ★和風顆粒だし 小さじ1/3(1g)  
 ・味噌 大さじ1/2

- 作り方**
- ① しめじは石づきを落とす。
  - ② 青ねぎは小口切りにする。
  - ③ 鍋に【★】を合わせ、沸騰したら①を入れる。
  - ④ しめじに火が通ったら、味噌を加える。
  - ⑤ 蒸籠に盛り付けて青ねぎを散らす。

「高齢者のためのフレイル予防レシピブック」134-

# 高齢者のためのフレイル予防レシピ


○参考

### 野菜の保存方法

野菜には、賞味期限が記載されていませんが、野菜の状態をみて判断し、目安として活用してみてください。

野菜の種類	野菜の保存方法	
<b>トマト</b> 	<b>【冷蔵保存】</b> 1個ずつキッチンペーパーで包んでポリ袋に入れる。 ヘタ側を下にして保存する。	<b>【冷凍保存】</b> ラップに包んで丸ごと冷凍することも可能。 ※解凍すると食感が変わるため、加熱調理や煮込み料理として使うのがおすすめ。
<b>葉物野菜</b> ・ほうれん草 ・小松菜など 	<b>【冷蔵保存】</b> ほうれん草が乾燥しないように、湿らせた新聞紙に包んでビニール袋に入れて、立てて保存する。 冬場は常温保存も可能。	<b>【冷凍保存】</b> 硬め(熱湯にさっとつける程度)に下茹でしてから冷凍する。 ※自然解凍してレンジを使用して温めても良い。
<b>もやし</b> 	<b>【冷蔵保存】</b> 水を入れたタッパーで保存する。 ※水に浸して保存する場合は、毎日水を交換する。	<b>【冷凍保存】</b> 袋を開けずそのまま冷凍保存が可能。
<b>きのこ類</b> 	<b>【冷蔵保存】</b> 石づきや根元を切り落として、ほぐしてフリーザーバッグに入れる。	<b>【冷凍保存】</b> 冷凍したまま炒めものやスープなどに入れて使う。
<b>大根</b> 	<b>【冷蔵保存】</b> 葉がついている場合は、早めに葉を切り落とす。湿らせたキッチンペーパーで大根を包んで、ポリ袋に入れて立てて保存する。	<b>【冷凍保存】</b> おろした大根を、フリーザーバッグや清潔な製氷皿に入れて冷凍する。食べるときは、解凍せずそのまま使用可能。 ※鮮度が高いうちにすりおろして冷凍する。
<b>キャベツ</b> 	<b>【冷蔵保存】</b> キャベツをひっくり返して芯をくりぬき、湿らせたキッチンペーパーをくりぬいた部分に詰めて保存すると鮮度が長持ちする。	
<b>じゃがいも</b> 	<b>【冷蔵保存】</b> 新聞紙に包んで風通しのよい場所で保管することで乾燥を防ぐことができる。	

**SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS** **3 持続可能な消費と生産**



**KITCHEN**  
Settsu City

## GOHAN

YOU ARE WHAT YOU EAT


摂津市の管理栄養士が監修!

### クックパッド

### 摂津市公式キッチン開設

離乳食 学校給食 フレイル予防 健康づくり

献立に悩む毎日。  
子どもと一緒に作れるレシピがあればいいな。  
離乳食のレシピが知りたい。  
減塩やヘルシーなレシピが気になっている…  
そんなお声にこたえます!



「高齢者のためのフレイル予防レシピブック」135-

「摂津市公式キッチン開設」チラシ

# 市民公開講座

## ○令和5年度市民公開講座

- ・国立健康・栄養研究所が移転したことに伴い、連携事業を行うことに。
- ・令和5年度せつつ健康まつりで運動と食事をテーマに国立健康・栄養研究所に講師を依頼。

⇒健康づくりと介護予防の普及啓発につなげる。




## 第39回 せつつ市民健康まつり in 文化ホール

研究結果から見える?! 特別企画 市民公開講座

赤ちゃんから高齢者までの運動と食事で大切なこと  
～国立健康・栄養研究所が摂津市にやってきた～

**日時** 2023年11月12日(日)  
12:30～16:00(12:00開場)

**会場** 摂津市民文化ホール(くすのきホール)

**定員** 400名 予約に関しては裏面をご覧ください。

**内容**

<p>12:35～13:15</p> <p>いざ!もしもに備える。 災害時の食事と栄養</p> <p>国立健康・栄養研究所 国際栄養情報センター 国際災害栄養研究室 室長 坪山(空岡) 宣代</p>	<p>13:25～14:05</p> <p>介護予防講座 フレイル・認知症を予防して 楽しい毎日を過ごしましょう</p> <p>国立健康・栄養研究所 身体活動研究部 栄養・代謝研究部 部長 小野 玲</p>
<p>14:15～14:35</p> <p>朝ごはんが目される謎に迫る! 一子どもから大人まで 朝ごはんのスヌー</p> <p>国立健康・栄養研究所 栄養疫学・食育研究部 国民健康・栄養調査研究室 室長 松本 麻衣</p>	<p>14:35～14:55</p> <p>乳幼児の栄養 -知っておきたいこと、 知ってほしいこと-</p> <p>国立健康・栄養研究所 所長 瀬本 秀美</p>

講座終了後、健康グッズなどが当たる抽選会を行います

**15:10～16:00** フレイル測定会(予約制)

**展示** 摂津市立第三中学校の生徒による  
バッククッキング(ポリ袋を使用した調理法)レポート他

**問合せ** 摂津市 保健福祉部 保健福祉課  
TEL:06-6383-1386  
主催:せつつ市民健康まつり実行委員会・摂津市





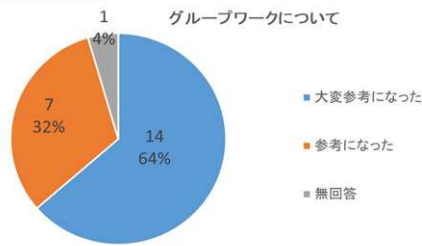
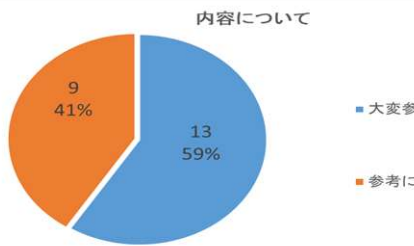
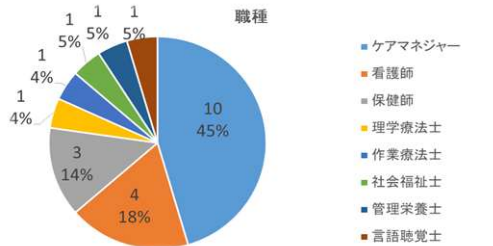
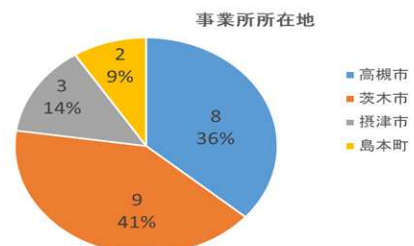
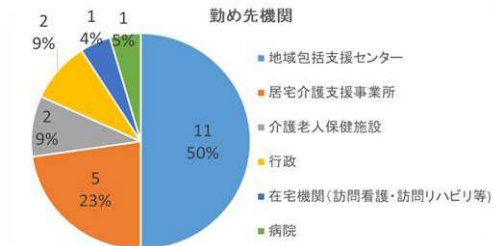
# 三島圏域地域リハビリテーション 地域包括支援センター研修会

・開催日:2023年11月17日(金) 14時00分～16時00分

・開催形式:WEB

・参加人数:28名

アンケート記入:22名(回収率:78.5%)



本日の研修会・グループワークについてご意見・ご感想をお聞かせください。	職種
他市の取り組みを知る機会が普段の業務ではないため、良い情報交換の場になった。	ケアマネジャー
栄養の件はこれからもっと重要になってくると思うので、来年度も同じテーマというわけにはいかないでしょうが、継続して取り組んでいかないといけないテーマだと思います。	ケアマネジャー
入院施設に在宅サービスの情報が入りにくい、という意見が印象的だった。	ケアマネジャー
フレイルを防止するため、リハビリと栄養のバランス、相互関係がとても大事なのだと感じました。ありがとうございました。	保健師
近隣市町の方と現状をお話できて参考になりました。ありがとうございました。	保健師
リハビリは運動を中心に考えてしまう、他市の方の取り組みをきき栄養指導も取り入れる必要があると勉強になりました	社会福祉士
他市の状況を直接聞くことができ参考になった。各市町村独自で行っている事業について、自市でも取り入れもりたいものがたくさんありました。	ケアマネジャー
他市の取り組みをよく知ることができました。グループワークで医療機関の方が市の高齢者サービスの情報を把握する機会がなく、ホームページを見てもよくわからなかったという意見があり、これからの課題であると感じました。	ケアマネジャー
介護予防・自立支援についての市民教育も大事だが、医療機関から在宅へ移行する際に行政施策の啓発ができていないと退院の際に提案することも難しいなという気づきがあったので広く周知していくことの必要性を感じた。	看護師
グループに管理栄養士さんがおられ役に立つお話しが聞けました	ケアマネジャー
リハビリに専門的な栄養指導を加えることで、より健康UPが期待できるような気がします。きちんと予算が計上されて仕組み作りができるとういですね。	ケアマネジャー
各市町村の取り組みについて、知ることができた。今後、在宅復帰を支援する上で参考にして、在宅での生活に繋げていきたい。	言語聴覚士
他市の取り組みを聞く事ができ、とても良い機会になりました。茨木市の取り組みの様に、管理栄養士やリハ職の同行訪問を、高槻市にも取り入れてもらえたらと思いました。	ケアマネジャー
グループワーク「こういう資源あったらいいな」のテーマが、司会の方が力があがりまく回されていたが背景が違うため、聞くのはできるが話をまとめたりつないだりするのが大変そうだった。各市町村の発表内容があったので、グループワークではそれぞれ、より現場の包括などのメンバーが参加されているので、実際や具体的をもう少し聞けるといいかと思った。結局切り口として取り組み報告からこの資源いいねという意見も出たが、それでいいのか、新たな地域資源発掘の視点なのか揺れていた。	保健師
他市との交流機会はなかったのですが、今日のテーマ以外にも情報交換できてよかったです。	ケアマネジャー
市により色々な取り組みを行っており参考になりました。在宅の方に向けての栄養指導もとても重要であることを実感しました。	管理栄養士

## ○ 令和5年度ソーシャルワーカー連絡会

ソーシャルワーカー連絡会は、平成27年（2015年）度より三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター（以下、地域支援センター）の下部組織に参画し、各連絡会と共に活動を行ってきた。

当連絡会では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止対策として、令和2年度以降は活動を休止あるいはメール配信での活動にとどまっていた。しかし、令和5年5月8日に新型コロナウイルス感染症が5類に移行して以降、令和5年度は集合での活動を再開することができた。

令和5年度は、ソーシャルワーカー連絡会幹事会（運営委員会）を6回実施した。うち4回はオンライン、2回は集合にて行った。

令和5年5/20（土）に、三島圏域リハビリテーション協議会の講演会「コロナ禍における認知症のリハビリテーション～各職種連絡会の取り組み～」をオンラインで実施し、当連絡会から高槻病院の渡部有加氏が発表した。

ソーシャルワーカー連絡会独自の活動としては、総会と、学習会を2回実施した。内容については以下のとおりである。

### ① 令和5年度総会

日時：令和5年6月30日（金）

会場：大阪医科薬科大学 講堂

議題：第1号議案 令和4年度活動報告

第2号議案 令和4年度会計報告

第3号議案 令和5年度連絡会の役員について

第4号議案 令和5年度活動計画

第5号議案 令和5年度予算案

参加者：68名

参加者による拍手にてすべて承認された。懇親会は実施せず。

### ② 第1回学習会

テーマ：健康の社会的決定要因からみるソーシャルワーカーへの期待

日時：令和5年11月14日（火） 18：30～20：00

講師：西岡大輔先生（大阪医科薬科大学医学研究支援センター医療統計室 講師）

会場：大阪医科薬科大学 新講義実習棟 P101

参加者：47名

### ③ 第2回学習会

テーマ：ソーシャルワークを語る～今の時代に求められるSW像～

日時：令和6年2月16日（金） 18：30～20：00

講師：和田光徳先生（兵庫大学 生涯福祉学部 社会福祉学科 教授）

会場：愛仁会リハビリテーション病院 9階 アイワホール

参加者：44名

また、当連絡会では、以前より「地域包括ケアシステムの構築」について着目しており、令和4年度に会員所属の施設が地域包括ケアシステムの中でどのような機能を有しているか、共通のフォーマットでまとめていくための「情報共有シート」フォーマットを作成し、会員の協力を得て各施設で入力した。令和5年度は、さらにその管理および運用について検討したが、結論に至らず、令和6年度にも引き続き検討していく予定である。

令和5年度よりようやく集合にて連絡会活動を再開することができたことは喜ばしいことである。新型コロナウイルス感染症流行以降、オンラインなど新しい形の方法で会員同士が連携をとり、それを使いこなすようになってきた。しかし、対面によって意思疎通がよりしやすくなるという面もある。令和6年度は、それぞれの良さを生かしながら、ソーシャルワーカー連絡会では、会員相互の連携・協働を通じてその資質を高め、さらに、保健・医療・福祉の増進に寄与していく役割を果たしたいと考える。

**【令和5年度ソーシャルワーカー連絡会の参加機関（運営委員所属機関） 50音順】**

- ・愛仁会リハビリテーション病院
- ・藍野病院
- ・大阪医科薬科大学病院
- ・大阪医科薬科大学三島南病院
- ・光愛病院
- ・新阿武山病院
- ・第一東和会病院
- ・高槻赤十字病院
- ・北摂総合病院

## ○ 2023 年度ケアマネジャー連絡会開催状況

ケアマネジャー連絡会は、平成 29 年度に発足した当協議会唯一の介護系部会であり、「地域包括ケアシステムで求められているリハビリとは何か」を介護の立場から探求すべく活動を行っている。

コロナ明けとなった今年度ではあるが、会場貸出状況により対面での幹事会は開催できず、引き続きオンラインで定期的開催、情報共有を継続した。

研修もオンラインで開催。テーマは「フレイルとリハビリテーション栄養」、参加者は役員含め 32 名、関心の高さがうかがえた。内容は講演と症例報告とした。講演は言語聴覚士による「サルコペニアと摂食嚥下障害」、症例報告では回復期→在宅での管理栄養士訪問、言語聴覚士によるリハビリとリレー形式で各場面から高齢者へのリハビリテーション栄養をどう捉えるか、というもの。回復期⇔在宅間、それぞれの要望や課題、意見交換が飛び交い、三島圏域という広いエリアでのネットワークがあったからこそその情報共有の場であったと評価できる。

### 【ケアマネジャー連絡会参加機関】

- ・ 北摂総合病院ケアプランセンター
- ・ 有料老人ホーム朋央
- ・ れんげ荘ケアプランセンター
- ・ 春日丘・穂積地域包括支援センター
- ・ 春日丘荘居宅介護支援事業所
- ・ 住宅型有料老人ホーム スマイルコート茨木紫明園 リリカ茨木ケアセンター
- ・ 茨木みどりヶ丘介護相談所
- ・ 若山荘ケアプランセンター
- ・ トップケア万葉ケアプランセンター
- ・ 摂津市保健センター居宅介護支援事業所
- ・ 特養ひかりケアプランセンター
- ・ 老健ひかりケアプランセンター

# 三島圏域地域リハビリテーション連絡会

## 「コロナ禍における認知症のリハビリテーション」 ～各職種連絡会の取り組み～

日時 5月20日（土）14：00～16：00

形式 Teamsによるオンライン開催

対象者 医療・介護・福祉に携わる多職種の方々

座長 三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター

センター長：愛仁会リハビリテーション病院 院長 越智 文雄先生

発表者 水無瀬病院 五十嵐 大二作業療法士（セラピスト連絡会）

第一東和会病院 金森 文子看護師（看護職連絡会）

みどりヶ丘病院 徳永 真澄看護師（看護職連絡会）

クレド訪問看護ステーション 藤井 さちみ看護師（看護職連絡会）

北摂総合病院ケアプランセンター 坂本 貴政主任ケアマネジャー  
（ケアマネジャー連絡会）

摂津市地域包括支援センター 南風原 なおみ主任ケアマネジャー  
（地域包括支援センター連絡会）

高槻病院 渡部 有加ソーシャルワーカー  
（ソーシャルワーカー連絡会）

申し込み締切日 5月15日（月）



申し込みQRコード

### 【申し込み方法】

上記のQRコードを読み取って頂き、愛仁会リハビリテーション病院ホームページ  
（<https://forms.office.com/r/BwtU58GiSr>）にアクセス後、登録フォームに  
必要事項を入力いただき、お申し込み下さい。後日ご案内メールをお送りいたします。  
当日はご案内メールのURLよりご参加ください

お問い合わせ先

三島圏域地域リハビリテーション連絡会

事務局 〒569-1116 高槻市白梅町5-7 地域医療部 事務 松本

TEL 072-683-1212（代）

## コロナ禍における認知症の

## リハビリテーション

水無瀬病院 作業療法士 五十嵐 大二

## 認知症患者に対してリハビリとして 目指すこと

- ・ 身体機能、認知機能の残存機能を評価する事
- ・ その人らしさの理解
- ・ 「残存機能」と「その人らしさ」から導かれた望ましいケア手順の確立
- ・ 退院後のギャップ、想定外を最小限にする連携
- ・ 家族指導

## コロナ患者へのリハビリ介入

- 感染部屋 担当スタッフ限定
- 感染対策をしての関わり (スタッフ ・ 患者)
- 介入 PT or OT
- 2-4単位/日 (1回の介入 20分~40分)
- 病室内のみ リハビリ
- 物品 室内物品のみ
- ADL自室内完結 P-トイレ (環境調整)



## 入院・外来患者へのリハビリ

- 通常介入 (PT OT ST) 介入 病棟専従スタッフ制
- 家屋評価の制限
- 屋外歩行制限
- 面会制限
- 集団でのレクリエーション制限
- チーム活動制限

## コロナ禍の認知症リハの問題点

- ・ 治療優先、マンパワー減少、感染対策によりリハケアの比重が減る
- ・ BPSD増加、廃用増加
- ・ 連携が最低限となる

## まとめ

- 「残存機能」と「その人らしさ」から導かれた望ましいケア手順の確立
- 認知症があってもその人らしい暮らし
- 生活範囲・活動を広げる
- スムーズな連携体制

# コロナ禍における 認知症患者の対応 ～急性期病院の対応～

第一東和会病院 看護師 金森文子

コロナが流行...

みんなが初めてのことで  
手探り状態で日々対応し  
関わってきた

## ■急性期病院は緊急入院が多い

→治療優先

不安も大きい

安静が強いられる事もある

■コロナが流行し面会制限が行われた

■コロナに罹患すると隔離される

■濃厚接触者でも隔離される

➡不安感・孤独感が大きくなる



- 家族と会う機会が減った、ICが電話で終了してしまう
  - IC内容が把握しづらい、方向性が確認しづらい

- 独居高齢者が多い
  - ⇒入院することでADL低下・認知症の発症
  - ↓
  - まっすぐに自宅退院が出来ない
  - 包括挟んでの退院
  - ベットの空き待ちがある

- 転院先の病院や施設にクラスターが起り入院期間の延長やその間のADLが低下したり全身状態の悪化、認知症の進行で方向性や退院先が不明瞭になる患者が多数出た

- 一般病棟の患者の転院先がクラスターを起こしていたり状態悪化によりベットがあかずHCUの退室が困難な時期があった

- コロナに罹患した患者さんは隔離により明らかに認知症状が悪化し自宅退院が困難な事例が多くなった

- 帰宅願望が強い患者、普段は家人に来て貰い面会や付き添いをお願いするが面会制限中なので会って貰うことが出来ない  
→不穏が強いと薬剤を使用するが昼夜逆転や活動低下があった

- コロナ禍であるが新規入院、手術入院目的の患者もいて病棟全体が煩雑になりスタッフのモチベーションが下がった

- 面会が出来なかったがICTの整備が進みオンライン面会が出来るようになった
- オンライン面会を積極的に行うようにしていった

- オンライン面会時や荷物の受け渡し時に入院生活の様子を伝えるようにした

- 家人に写真やぬいぐるみなど身近な物を持参を依頼し安心感を得られるようにした
- 生活リズムを整えたり、ラジオや時計など持参してもらい日時がわかるようにした

- オンラインだと逆にパニックになる患者も...
- オンライン面会は画面上なので難聴であったり電波が悪かったりすると会話が噛み合わないことも...

- オンライン面会時に合わせてリハビリ状況を動画で見てもらい現状を知ってもらった

現在は...

■面会制限解除

(14-16時毎日 2名/回 15分)

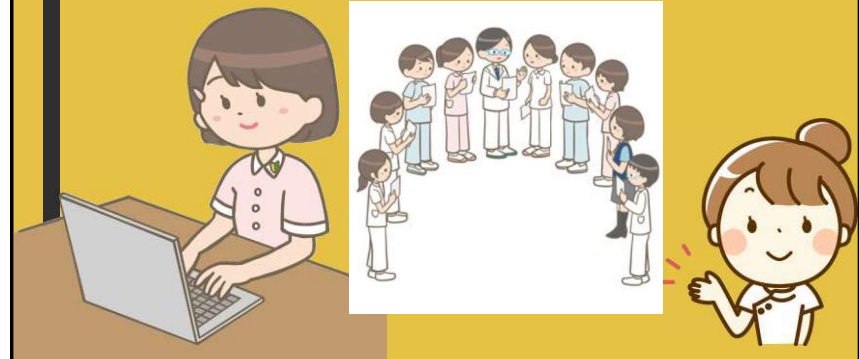
- ➡直接家族と話す機会が増えた
- ➡患者の状況を見てもらえる

今後は...

- 認知症の患者は減ることはない...  
今後も新たな感染症が出てくることもあるかもしれない
- ・工夫した点は継続
- ・ICTでのつながり継続

認知症があってもなくても  
患者・家族が望むところに  
転院・退院できるよう調整し関  
わっていきたい

ご清聴ありがとうございました



## 「コロナ禍における認知症の リハビリテーション」



社会医療法人祐生会 みどりヶ丘病院  
徳永 真澄



## 回復期リハビリテーション病棟 2単位（53床・50床）

### 理念

私たちはチームアプローチを通して患者様のQOLの向上を目指します

### 診療・看護の基本方針

疾病・外傷による症状・機能障害を改善するため、集中的なリハビリテーションを行い、患者様、およびご家族の意向を中心に在宅復帰を図ります。



## 看護・介護 10か条

1. 食事は食堂やテイルームに誘導し、経口摂取への取り組みを推進しよう
2. 洗面は洗面所で朝夕、口腔ケアは毎食後実施しよう
3. 排泄はトイレ誘導し、オムツは極力使用しないようにしよう
4. 入浴は週3回以上、必ず浴槽に入れるようにしよう
5. 日中は普段着で過ごし、更衣は朝夕実施しよう
6. 二次的合併症を予防し安全対策によって停止可能な限り抑制は止めよう
7. 他職種連携と情報の共有化を推進しよう
8. リハ技術を習得し看護ケアを活かそう
9. 家族へのケアと介護指導を徹底しよう
10. 看護・介護計画を頻回に見直しプログラムに反映しよう

回復期リハビリテーション協会



## フェーズ別に感染対策を計画

### ラウンジでの食事

- ・テイルームで食事をする患者を選定し、患者と患者の距離を十分に  
あける
- ・アクリル板を使用

### 洗面

- ・各病室毎の誘導やアクリル板の使用

### 排泄

- ・トイレ排泄終了後のアルコールでの環境整備

### 入浴

- ・各病室毎の誘導



2022年7月に患者からCOVID-19感染者が発生し  
患者さんが病室隔離を余儀なくされた

### 感染状況

陽性患者25名

中等度認知症（HDS-R14点以下）10名

マスクの着用ができない、病室から出てしまう  
病室内で他患者のベッドサイドに行ってしまう  
他患者対応でフルPPE装着しているため、看護師もすぐ  
に対応ができない



社会福祉法人  
祐生会

病室隔離が必要な認知症患者への対応

### 1. 混乱への対応

- 1) 繰り返し、わかりやすい言葉で説明
- 2) 病室で行える作業をしてもらう
- 3) 携帯電話がある患者は、家族とテレビ電話



### 2. 転倒リスクへの対応



社会福祉法人  
祐生会

回復期リハビリテーション病棟では起床時から就寝時までの間、  
食事や着替え、歯磨きや整容、排せつなど日常的な動作も含めた  
生活そのものをリハビリととらえて患者さんをサポートしている。

コロナ禍において患者に行動制限が強いられ、認知症の患者は特にその  
状況が理解できずにいた。

そんななかで患者個々に合わせた対応が必要であった。

今後も、感染対策は継続するため、状況に応じた対策を講じ患者を支援  
していきたい。



社会福祉法人  
祐生会

ご静聴ありがとうございました



社会福祉法人  
祐生会

## 訪問看護のコロナ支援

- 1、なるべく短時間で訪問する工夫
- 2、誰にも頼めない一人で朝から晩までコロナ訪問
- 3、暑く 苦しい訪問看護
- 4、元々介護度が高く、滞在時間が長くなる利用者様達
- 5、治った頃に又別の家族が罹患する コロナ対策が終われない
  - 6、「どこからうつったの!？」って思われている心理的な抑圧
  - 7、オミクロン到来! →感染対策変更
  - 8、特に認知症や介護の高い方ほど、隔離や感染対策が難しい
  - 9、「家族で死のうと思った」

## 滞在時間も

持っていくものも最小限に

搬送するかどうかを見極める

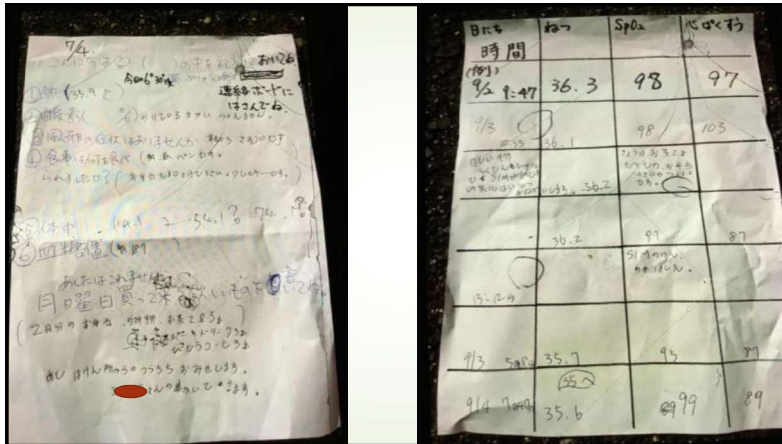
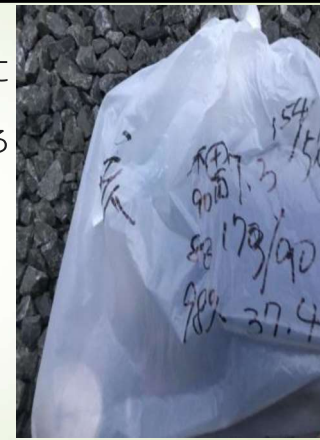
ドアに健康チェック表を掛けておいて

利用者様自身が記入

飲食物を調達して薬セットの為だけに入る

言う事はあらかじめメモを書いて見せる

介護力のあるところは健康チェックノートに書いて  
もらってから入室したり、電話での状態確認を併用する



## 年未年始

肺気腫で酸素療法をしているのに  
保健所が探しても運ぶところがない

### とりあえず対処療法

効果的な解熱の仕方としてクーリングの場所や解熱剤を使うタイミングと  
補水のしかたなどを指導

先に感染した奥様が往診してもらった時にまだ陰性の肺気腫のご主人がいる  
から出来れば見てほしいと家族から伝えてもらった  
陽性になった夕方に同じファストドクターが往診してコロナ治療薬を出  
してもらえて→徐々に回復 認知症→飲まない飲まない

## 「もう家族で死のうかと思った」

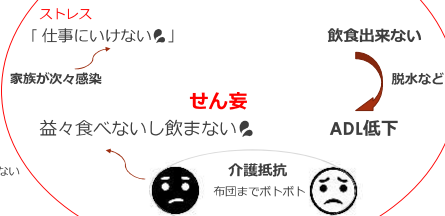
### コロナ禍の認知症

? 立位不能... 暴れてるしetc... 自力で飲食不能?  
 痛みのふり返し...  
 シックデイの高血糖? 低血糖? 脱水のせい?

受診がままならず  
 保冷剤共に携行した抗原検査を  
 多数行った

先生も年末年始動けない

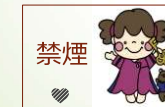
「夜中じゅう起きてて目が離せないのに  
 デイケアに行けない」



## 「もう家族で死のうかと思った」

タッチケア→補水→リハビリ→おむつ替え→飲食→リハビリ

正月明けにクリニックに行きご夫婦のラゲブリオを調達  
 補水→リハビリ→補水→入浴介助、食事介助  
 親子カウンセリングと張り紙でコロナ禍にタバコをやめられた



リハビリと水分は大事ですね

元々重症でケアが多い人→ケアが減らせないから滞在時間が長くなる。

- ゴーグルは曇る上に汗が溜まる→眼鏡、フェイスシールドN95マスク、不織布マスクを重ねて、防護服に手袋で入室し、一件終わる事に退出後ペットボトルに用意した水で手洗い、うがい目を洗う水分補給して次のコロナ訪問へ
- オミクロン株に変わったところからサランラップを鼻から上と頭に巻いてフェイスシールドを被って入室

## 治ったところに次の家族が罹患する

保健所の確認の電話は毎日入っているけど...

利用者様の家族に対して

- 熱は下がりましたか? 脈の確認
- 皆食べれていますか 飲めていますか ひどく痛い所ありませんか
- トイレいけてますか
- 物資はたりてますか? 「出来てます...」

...心ばかりのお見舞いを持っていくしかありませんでした



コロナ禍における  
認知症利用者への関わり  
～必要な支援体制～

ケアマネジャー連絡会 代表  
北摂総合病院ケアプランセンター  
坂本 貴政

- ・ Aさんの事例
- ・ 必要な支援体制
- ・ 横のつながり

Aさんの事例

Aさん、81歳、女性  
要介護5、娘2人暮らし

ADL自立  
認知症あり（失見当識障害等、夜間不眠）

サービス利用：  
デイサービス週3回  
定期ショート利用

今年初め  
事業所で  
コロナ発生  
約1か月休止

Aさんの事例

認知症進行  
失見当識障害・夜間不眠  
不穏行動・異食・排泄失敗

休止期間中  
レベル低下

施設入所検討中

地域課題

この事例から考えたこと

必要な  
支援体制

Aさんの事例

娘さん  
「コロナが流行っているし、  
利用を控えたい」

他事業所利用  
可能性

BCP  
感染  
災害対策

あらゆる有事を  
想定すべき

もし利用者家族が希望すれば、  
他の事業所をあたることが出来たかどうか

ケアマネジメント然り

他事業所利用  
可能性

もし、事業所同士のネットワークがあれば  
より迅速に対応できるのではないかと

例：デイサービス同士  
ヘルパー同士のネットワーク

あらゆる  
有事を想定

横のつながり

ヒント

介護施設への応援体制

コロナ禍

介護職員出勤  
困難  
↓  
都道府県  
都道府県が  
適当と  
認める団体  
↓  
応援職員派遣

別添1 社会福祉施設等の介護職員等の確保支援

**事業目的**  
新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、小学校等の臨時休業や社会福祉施設等で働く介護職員等が新型コロナウイルス感染症に感染等することにより、社会福祉施設等で働く介護職員等の出勤が困難となった場合、職員が不足する社会福祉施設等に他の社会福祉施設等から応援職員を派遣し、社会福祉施設等のサービス提供を継続する。

**実施主体**  
都道府県又は都道府県

**補助内容・補助率**  
「災害福祉支援ネットワーク構築推進等事業の特別対策事業(社会福祉施設等への応援職員派遣支援事業)」として以下を実施することとし、定額補助(補助率10/10)とする。  
①介護職員等の応援派遣の調整  
職員が不足する施設と応援派遣の協力が可能な施設間での派遣調整を行う。(派遣調整に係る事務費)  
②介護職員等の応援派遣  
社会福祉施設等のサービス提供を継続するため、介護職員等の応援職員を職員が不足している社会福祉施設等へ派遣する。(応援職員の旅費、宿泊費用など、人員費等は介護報酬等へ対応)

**＜事業スキーム＞**  
厚生労働省  
↓補助  
都道府県  
又は  
都道府県が適当と認める団体  
↓  
応援職員の派遣調整  
↓  
応援職員の派遣  
職員が不足している社会福祉施設等

**専門職同士  
横の連携**

ヒント

介護施設への応援体制

コロナ禍

クラスター発生  
↓  
都道府県  
↓  
都道府県  
看護協会

別添2 クラスター発生時の看護職員の派遣の仕組み

日本看護協会  
↓  
都道府県看護協会  
↓  
都道府県  
↓  
医療機関、福祉施設

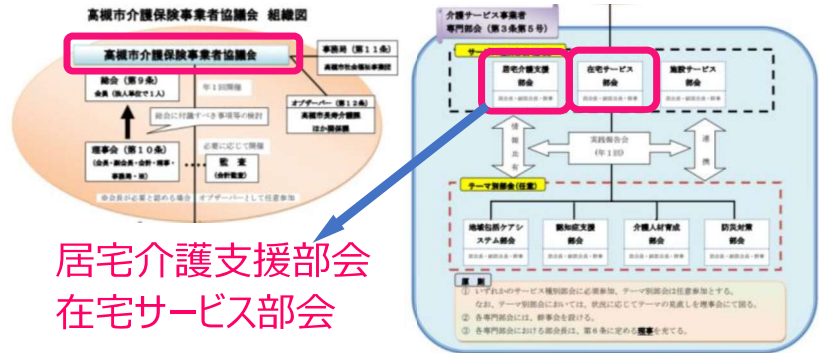
派遣依頼  
派遣要請  
看護職員派遣

クラスター発生

職能団体  
事業所の  
枠を超えた  
横の連携

# 高槻市介護保険事業者協議会

有事下  
連携  
課題



居宅介護支援部会  
在宅サービス部会



# サービス事業所同士のネットワーク

有事  
災害時  
情報  
共有

デイサービス

ヘルパー

Medical  
Care  
Station  
情報共有  
システム

空き状況、人員体制、支援物資  
提供できる社会資源など

ネットワークが必要な  
もう一つの理由

# 高槻市

# 超高齢社会

北摂地域  
高齢化率No 1

居宅介護支援  
事業所数・減

65歳以上

2042年

3935万人

ピーク  
まだ先

2065年

日本全国 38.4%

	大阪府 全体	豊中市	池田市	吹田市	高槻市	茨木市	箕面市	摂津市
60～64歳	8.0%	7.7%	7.6%	7.5%	8.3%	7.7%	8.2%	8.4%
65～69歳	7.0%	6.8%	6.4%	6.1%	7.8%	6.5%	7.1%	7.4%
70～74歳	5.7%	5.7%	5.4%	5.1%	6.0%	5.0%	5.3%	5.3%
75～79歳	4.3%	4.4%	4.3%	3.9%	4.4%	3.6%	3.9%	3.4%
80～84歳	2.8%	2.8%	3.0%	2.5%	2.8%	2.4%	2.7%	2.1%
85～89歳	1.5%	1.5%	1.7%	1.3%	1.5%	1.3%	1.6%	1.1%
90～94歳	0.6%	0.6%	0.8%	0.5%	0.6%	0.6%	0.7%	0.5%
95～99歳	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
100歳以上	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
60歳以上	30.1%	29.7%	29.5%	27.1%	31.4%	27.2%	29.7%	28.4%
80歳以上	5.1%	5.0%	5.7%	4.5%	5.1%	4.4%	5.2%	3.9%

## 超高齢化

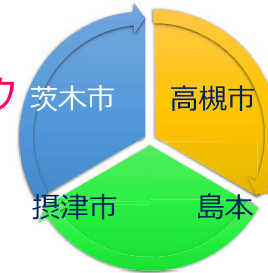


サービス事業所同士の  
ネットワークがなければ  
**高齢者支援**  
そのものが  
出来ない時代へ

## 将来

三島圏域  
リハビリテーション連絡会

ネットワーク  
重要性



## 有事災害



## オンライン

事業所内のICT化（タブレット導入等）による



ご清聴ありがとうございました

## 地域包括支援センター (役割と連携)について

三島圏域リハビリテーション地域包括支援センター連絡会

### 1. 総合相談支援業務

高齢者やその家族、近隣に暮らす人の介護に関する悩みや問題に対応します。介護に関する相談や心配ごと、悩み以外にも、健康や福祉、医療や生活に関する心配ごとに、それぞれの専門職が対応します。

### 2. 権利擁護業務

高齢者が安心して暮らすために、さまざまな権利を守ります。成年後見制度の紹介や、専門職と連携し虐待の早期発見・対応のほか、消費者被害などにも対応します。

### 3. 包括的・継続的 ケアマネジメント支援業務

地域のケアマネジャーへの支援のほか、高齢者にとってより暮らしやすい地域にするため、さまざまな機関とのネットワーク作りにも力を入れています。

### 4. 介護予防ケアマネジメント

要支援1.2と認定された人や、介護が必要となるおそれのある人に対し、介護予防および日常生活支援を行います。(介護予防ケアプランの作成や総合事業をはじめ地域のさまざまなサービスの紹介など)

三島圏域の地域包括支援センターで【アンケート】調査を行いました

【目的】病院からの退院連携の現状を知り 今後の連携に役立てる

【対象】三島圏域の地域包括支援センター職員

【方法】R5年1/5～R5年1/20 オンラインでのアンケートに無記名式により回答

【回答数】53名

#### ① コロナ禍で病院からの連携で困ったことはありますか？

はい…… 41名(77.3%)

いいえ…… 12名(22.6%)

#### ② コロナ禍で病院から退院連携があった時に、 ・リハビリの進度 ・ADL ・認知機能などの状態が把握しにくかったですか？

はい…… 46名 (86.7%)

いいえ…… 7名 (13.2%)

③ ・リハビリ進度・ADLレベル・認知機能など  
把握するために工夫したことがあれば教えてください

- ・本人に対して・・・オンラインで面談  
退院日に会いに行く
- ・状態について・・・リハビリの回復程度  
本人への説明状況  
認知機能  
心理状態
- ・家族に対して・・・理解度の把握  
医師に質問する内容を提案
- ・病院への働きかけ・・・  
連携室に確認  
自宅の様子を写真や電話で知らせアドバイス  
入院前と現在を数値化してもらう  
長谷川式などの数値化をもらう  
看護サマリーの依頼  
連携シートの活用

④ コロナ禍で情報や連携がとりにくく困ったと感じたものはどれですか？  
(複数選択可)

項目	人数	%
リハビリの状態	21人	39%
ADLレベル	38人	71%
認知機能	27人	50%
家族との連絡	9人	16%
在宅の状況	14人	26%
ケアマネの調整	15人	28%
サービスの調整	24人	45%
本人の意向・意思	40人	75%
家族の意向	17人	32%

⑤ 病院との連携で困った事を具体的に教えてください

【不安から生じる問題】

- ・医師の説明や面会も少なく、家族が退院後に抱く不安への対応と説明
- ・長期入院患者や新規相談患者は本人の不安が強いため、病院サイドが考えるほどは、退院支援がスムーズにすすめられない

【サービス調整の問題】

- ・本人希望の急な退院のため福祉用具などのサービス調整の難しさ
- ・状態把握ができず介護保険申請のタイミングのずれでサービス調整・ケアマネ依頼が困難
- ・本人の意向が不明確や支援を希望していないが支援調整を依頼される
- ・病院から包括が聞いた内容と家族から聞いた内容に相違があり支援調整が難しい

【在宅と介護保険制度による問題】

- ・内服管理や食事制限の必要性を理解していても、自宅での継続は難しい
- ・暫定利用の危険やサービス開始までの必要な手順が不十分なまま支援の提案がある
- ・介護保険申請や結果には時間がかかり、正確な認定結果を待たずにケアマネやサービス調整するのは、認定がある人より時間を要するので、他の業務との兼ね合いが難しい

【その他の問題】

- ・退院前カンファがなく、家屋調査もないので支援を考えるのが難しく支援が後手になる
- ・家屋調査が行けないからと、包括で写真撮影して欲しいと依頼があり困った
- ・入院患者から直接電話があり対応に困った
- ・相談員さんが心配に思っていることの相談対応になっていることがある

⑥ 病院との連携でとても**良い連携**がとれたと思う内容を教えてください

【間接的な情報共有】

- ・病院が本人から家屋や地域活動や本人や家族の意向を、**詳しく聞き取り**していたことで支援のイメージができた
- ・**看護サマリー**の内容が、入院の目的や在宅に向けての留意点があり、分かりやすかった
- ・高齢者の生活や家族状況を理解して、病院で自己管理の練習に取り組んでいたことで、支援の方向性が共有できた

【直接的な情報共有】

- ・入退院や家族からの連絡があることなど、**早めに連絡**があり対応の準備ができた
- ・病棟の**看護師と直接話す**ことで状況が把握しやすく、支援の予測が立てやすかった
- ・カンファで本人や家族や関係者が同席し、一堂に情報共有ができた
- ・家屋の写真を家族が撮影したり、病院での動画を見せてもらうなどの連携ができた

⑦ 病院からの連携で、あれば**うれしい**と思う内容を教えてください

【情報について】

- ・退院時 支援が必要でなくても、**病状変化が速い人は連携できる体制**があるといい
- ・看護サマリーや統一された連携シートがあると把握しやすい
- ・生活状況のアセスメントや本人や家族の希望や経済状況など**詳しく聞き取って**もらえると助かる(新規相談は特に)
- ・医師や看護師から指導のあった内容や目的を共有できれば支援の継続になる

【その他の意見】

- ・在宅**介護の制度は複雑**なので理解が難しい時は、包括に聞くようにアドバイスを
- ・携帯電話で情報を集めて包括に連絡してくる人がいるので、**在宅支援の提案は慎重に**してもらえるとうれしい
- ・包括に情報のない高齢者の訪問対応には限界がある

ありがとうございました

これからも地域連携をよろしくお願い致します

# コロナ禍における 認知症患者様への 意思決定支援について

社会医療法人愛仁会 高槻病院  
地域医療部 患者相談室  
医療ソーシャルワーカー 渡部有加

## 退院支援においてこまったこと①

- ・面会制限により本人の様子がどうなっているのかわからない



## 退院支援においてこまったこと②

- ・これまで顔を合わせていなかったが、  
電話ではしっかりしていたので、  
生活できにくくなってきているとは思わなかった



## 退院支援でこまったこと③

- これまで、本人が自身のことを決めてきたので  
急にどうしますか？といわれても決められない！





## 事例

80代 男性

既往歴：パーキンソン病、高血圧、うつ病、認知症

有料老人ホーム入所中、要介護5取得済み

車いす全介助、食事は介助ありで摂取可能、簡単な意思表示は可能



経過：COVID-19に罹患し、当院へ救急搬送される。経口摂取が難しく、経鼻にて栄養剤注入。隔離解除後リハビリ開始となったが、嚥下機能の低下がみられ吸引も実施していた。

経鼻のままでは施設へ再入所が難しいが、経口摂取だけでは必要量を賄うことが難しかった。栄養の確保の手段や療養先の選定のためK Pである長女を交えて病状説明を行うこととなった。

### 【生活歴】

本人・妻と長女・次女の4人暮らし。もともと破天荒な性格で家族は本人の気まぐれによく振り回されていた。

本人が50代の時に妻ががんで他界。その時子供に頼らず本人が献身的につきそっていた。

妻が他界してしばらくたったある時、

「あんな風にいろんな管に繋がれて生きてはいたくないなって思った」

食べることが好きで、施設に入所される前は年に数回旅行に行きご当地の名産物を食すことを楽しみにしていた。

### 【KP：長女の意向】

元々本人は他県で一人暮らしをしていたが、パーキンソン病や認知症を発症。一人暮らしが難しくなってきたためKP宅の近くの施設に入所。

最初の施設は施設から対応が出来ないと断られ、半年で退所。

現在の施設は2か所目だが、面会にいくと、いつも穏やかに過ごしており施設職員からも「食事は毎回完食していた」と聞いていた。

できたら住み慣れた今の施設に戻らせてあげたい。

経口摂取が出来なくなった時のことはこれまで話し合ったことがないためどのような選択肢が本人にとって良いかわからない。

長女一人で決められないが、次女に頼れるような状態ではない。

長女の気持ちや迷いをMSWが聞き取り、主治医より

- ・経口摂取だけを続けていくとどうなっていくのか
- ・経口摂取以外の選択肢は何かあるのか

MSWからは

- ・今の経鼻栄養のままだと元の施設に戻れないこと
- ・どのような療養先があるのか

長女の返答は

**「胃ろうを作ってください」**

と本人の「管に繋がれて生きてはいたくないなって思った」に反する選択をされました。

MSWが理由を尋ねると

- ・少しでも長生きしてほしい
- ・住み慣れた施設でもう一度生活させてあげたい



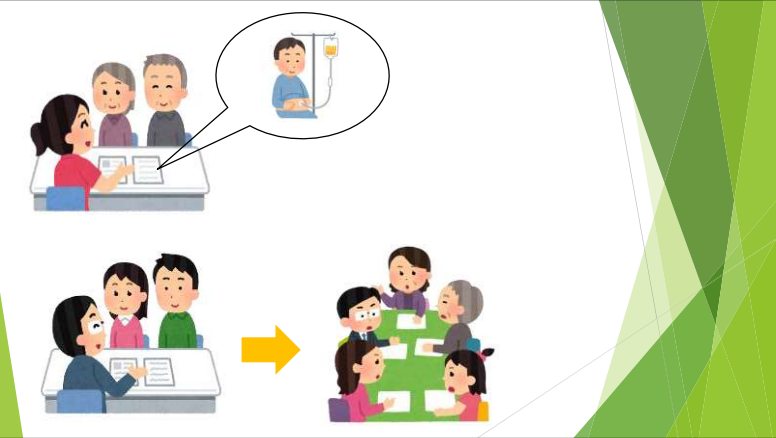
胃ろう造設後

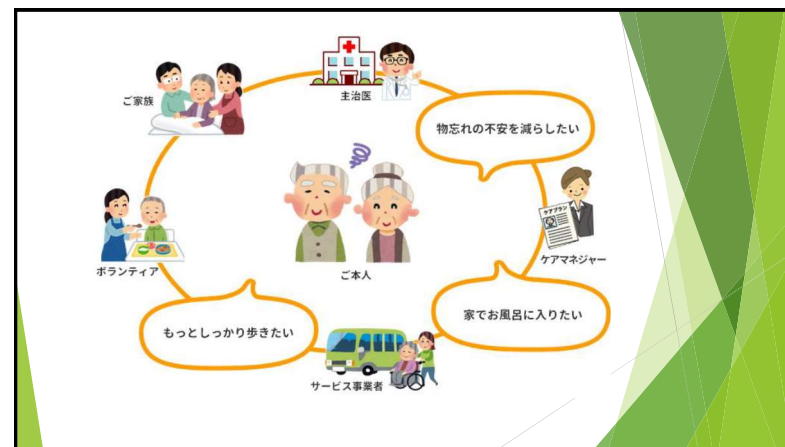
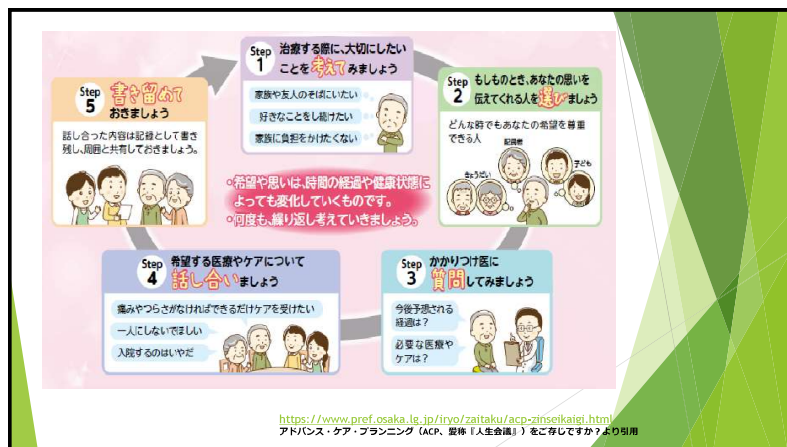
- ・栄養補助食品の好みを首振りで見せてくれるようになった
- 本人が好んで食していた補助食品を施設と共有し準備いただく
- ・経口摂取での摂取量が胃ろう造設前に比べ増えた
- 施設職員にも摂取量が充足するようであれば、胃ろうの使用継続を検討してほしいと依頼

認知症だから意思決定は難しい？

- ・認知症だから決めることは難しい？
- ・HDS-Rの点数が低いから、自分のことを決められない？
- ・難しい話だから理解することが困難？

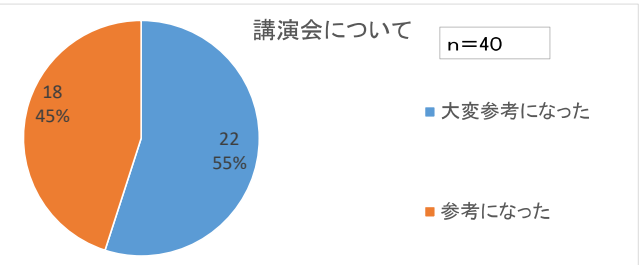
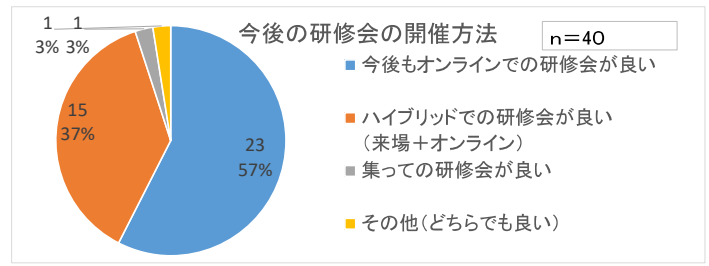
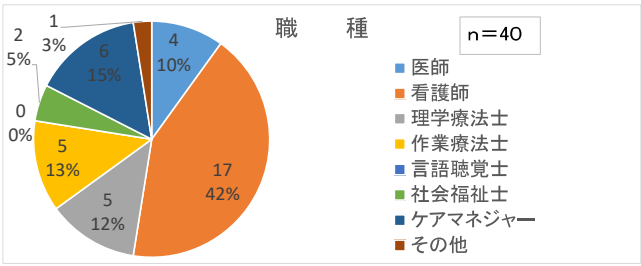
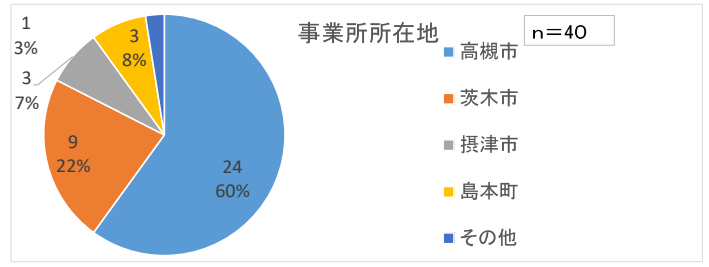
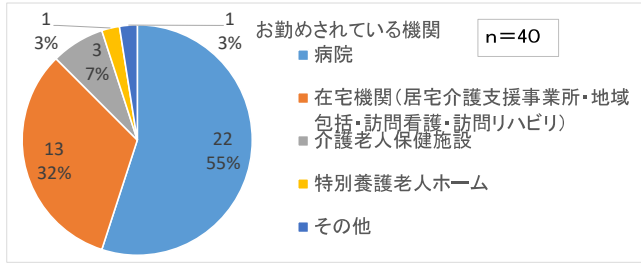
→そんなことはない！





# 三島圏域地域リハビリテーション 講演会 アンケート集計

開催日：2023年5月20日(土)  
 形式：Teamsによるオンライン開催  
 参加人数：47名  
 アンケート：記入者 40名



## ○本日の講演会についてご意見・ご感想をお聞かせください○

感想	
コロナ禍における認知症患者の対応や退院支援に向けた様々な取り組みを聞いて今後活かしていこうと思いました。	看護師
大変勉強になりました、ありがとうございました	看護師
コロナ禍での各施設での対応を知る機会となりました。ありがとうございました。	看護師
コロナ禍で、医療機関の大変さが改めて分かりました。各病院の現在の、面会状況が分かりよかったです。	看護師
コロナ罹患認知症患者の生活 家族の大変な様子がわかりました それぞれの現場で精いっぱい対応してきたが今後の参考になりました	看護師
病院以外でのコロナ禍の対応や課題など知れたので大変勉強になりました。徐々にコロナ前に戻っていければ良いと感じました。	理学療法士
各職種の取り組みを聞くことで今までわからなかったこと等知ることができたのでとても勉強になりました。ありがとうございました。	ケアマネジャー
コロナ禍における学びを生かして今後の看護につなげていきたいと思いました	看護師
それぞれの施設、職種の方々の取り組みや工夫をお聞きできる非常にいい機会だったと思います	看護師
どこもコロナ禍で大変であったが、色々な工夫をしながら頑張られていたことがわかった。	看護師
コロナ禍での病院、訪問看護、ケアマネジャー、包括それぞれの立場での取り組みや連携を知る良い機会となりました。	ケアマネジャー
他の部署でもコロナ対策をしながらの認知症対応の大変さと工夫を共感出来ました。奮戦が分かりやすく参考になりました	看護師
大変勉強になるお話をありがとうございました。	看護師
各施設における現状と努力がよくわかりました。	看護師
様々な職種の方からのお話が聞いて参考になった。それぞれの分野で、コロナに対して苦戦し、検討し、できうる限りの策で対応をされており、有事の時こそ、多職種の連携や情報共有が必要と思った。コロナの中で、認知症の方への支援については、共感できる部分が多くあった。	ケアマネジャー
様々な病院や他職種の話を聞くことが出来、とても勉強になりました。コロナ禍で様々な工夫をされているのだなと感じました。	作業療法士
いろいろな立場での経験談を伺って良かったです。特に訪問看護のお話は胸に迫るものがありました。	医師
病院での対応が大変だとは思っていましたが、コロナ禍における在宅生活は、それ以上にたいへんであり、ご苦労されていたことを認識しました。施設職員として、どのようなことができるのかを考えていきたいです。ありがとうございました。	作業療法士
病院・地域・各家族との情報共有が十分に行えないなかで、望むかたちでの退院支援が行なえず、各所が工夫関わったことがよく分かった。特に訪問看護ステーションからの報告では実際の写真が盛り込まれており、壮絶なかかわりであったことがよく伝わってきた。情報共有がしづらい状況で行った工夫を、今後の関わりや準備、協力体制に活かしたい。	看護師
連携について	
コロナでなくても認知症の連携は難しい。コロナ5類に伴い いかに 脱コロナに努めるか通常に戻すか。今回 培った連携を生かすのが大事だと学びました。	作業療法士
横の支援、ネットワークづくりの意味を改めて感じました。ありがとうございました。	作業療法士
コロナ禍での病院の皆さんのご苦労を改めて感じました。個々に合わせた対応の大切さを感じ在宅での生活を伝え、連携できるように常に情報を更新する必要があると感じました。	ケアマネジャー

北摂総合病院ケアプランセンターさんのお話では、人員不足の際には職能団体事業所の枠を超えた横の連携ができる事を初めて知りました。	作業療法士
各方面からの発表が聞けて参考になった。連携の取り方、伝え方が大事だと感じた	看護師
さまざまな施設でのCOVID-19に対する苦労や対策をお聞かせいただけました。今後はこの機会が越智センター長が言われたとおり、大規模災害にも応用していける大切な経験になると思います。またウィズコロナまたはポストコロナとして、流行前とはことなる地域連携のあり方を再考していく必要もあると考えます。	医師
病院での認知症の方に対するリハビリについて知ることができて大変勉強になりました。入退院時の病院との連携がスムーズにできるよう自分自身のスキルアップを図ると共に施設職員にも伝え施設全体で医療と介護の連携を考えていきたいと思います。	ケアマネジャー
コロナ禍における医療機関での苦労や、努力が伝わりました。認知症の利用者様のみならず、引き続き在宅部門との連携に努めたいと思いました。	理学療法士
高槻病院からの発表であった、認知症の方の意思決定について、あらためて自身の支援を見直していきたいとおもいました。また、越智先生のお話にあった災害時の相互支援体制について、もう少し伺いたいと思いました。お忙しい中ご準備、開催いただきありがとうございました。	社会福祉士
<b>その他</b>	
ACPをもっと普及させたいと感じた。	医師
様々な職種の中での困りごとやこうすればよかったなどの意見が参考になりました。明日からすぐに生かせるわけではないですが、連携の部分で参考になることは少しずつ業務に取り入れていこうと思えます。個人的には人生会議を家族として行おうと思いました。	理学療法士
今まで当たり前にしてきたことが出来なくなって、その必要性・大切さを実感したというのが感想です。ACPの必要性も改めて感じました。コロナ禍で学んだことで今後も活かせることは残しつつ戻せるところは戻して、そして再発する可能性があるということをお忘れずやっていきたいと思えます。講演会開催お疲れさまでした。	ケアマネジャー
他職種の方の発表を興味深く視聴させていただきました。特に人的支援について問題も多いですが少し考えていべきかと感じました。本日はありがとうございました。	理学療法士
いろいろと準備等ありがとうございました。	看護師
ウィズコロナとなった現状と、予想される課題について各機関から意見があれば参考にしたいです。	看護師
参加者の反応は伝わりにくいですが、発表のみであればオンラインでよい。環境によっては音声割れている。	ケアマネジャー

**○今年度の地域リハビリテーション地域支援センターのテーマは「フレイルとリハビリテーション栄養」ですが、どのような内容にご興味がございますでしょうか。ご自由にご記入下さい。**

食事摂取が進まない患者さんの対応方法など他施設での取り組みを聞いてみたい
日常生活においてどのような点に気を付けたらよいのかを知りたいです
入院中であれば血液データ等で指標となりますが 地域の方の栄養状況を把握するのは難しいと考えます。どのような対策を取られているかあれば
フレイル対策と生活習慣病対策は栄養面では相反する部分もあるので、そのあたりの天秤の取り方に興味があります。
フレイル予防の地域で取り組んでいる内容で対象の方やどこ地域の方が対象かなど、紹介いただきたいです。
独居の高齢者がフレイルを予防する方法など知りたいです。
フレイル予防のために必要な栄養について興味があります
どのようなリハビリが有効であるかわからないことが多いです。
どのように嚥下訓練などを継続しているか。病院から施設や在宅へ繋いだことの継続。
施設では体重やカロリーレベルでしか共有が図れていない現状なので、どのような点まで意識すべきか、基礎的な知識が得られればと思います。
高齢者の中には意識していても食が細く、栄養不足になる方もいらっしゃるの必要な摂取量の目安等を学びたいと思えます。
特に認知症のかたへの食事進め方が悩んでいます。他の部署での取り組みを学びたいです
年齢とともに活力が低下しないようにすることは健康寿命を延ばすことにも繋がるので必要な事だと考えます。非常に興味のあるテーマですので、楽しみにしています。
栄養については、自身の知識不足はもちろんですが、そもそも在宅で活用できる資源がほとんどないので、在宅における管理栄養士さんの活動を知りたいです。
病院においては、適切な評価による必要栄養量の提供と活動のバランスを図りながらリハビリを行っていますが、在宅や施設における評価や対策について知りたいです。
フレイルと食、栄養の関係性、そこからリハビリテーションの介入方法、リハビリ実施における可能性等の、情報を得たい。
リハビリテーション栄養とは、作業療法士的な身体機能に着目しているのか、または栄養課のように食に着目しているのか分からない為、言葉について教えて頂きたいです。
リハビリテーション栄養について学んだことがないので、リハビリと栄養がどのように関わっているのか興味があります。
全介助必要な人、介助しても摂取量不足な人、何とか食べてるはずなのに栄養指標や体重が改善しない人等、問題な方だらけです(老健入所者)。身近なテーマ、ありがたいです。勉強させていただきます。
老化は必ず起こる物で進行を緩徐にするための行動は必要ですが…外に出たくない人もいると思う。孤立しないための工夫というか、栄養の取り方もバランスよくは分かっているけどなかなか難しかったりするのでそこをどう関わっていったらいいのか考えていけたらと思います
食事が少なくなり、活気、活動性が低下して生活機能も低下する利用者の方を多く見ます。また、フレイルとは少し離れるかもしれませんが、超高齢であったり、終末期などで栄養摂取が難しい場合、リハビリや活動量が少なくなってしまうなどの状況がないか気になることもあります。栄養摂取量の確保と、摂取量に見合った活動、リハビリの量について知りたいと思えます。
食事摂取が進まない方へのアプローチの仕方。促しても水分摂取さえ拒否される方も多く、病院側では最終的には補液に頼らざるを得ない状況である。退院しても継続できるような方法でなければならないと思うが…。地域ではどのような方法でアプローチしているのか、病院側への提案があれば教えてもらいたい。
今年度のテーマであれば、是非栄養士の方々にもご参加いただければと思います。また長年同テーマに取り組まれていたほかの地域の医療機関や社会保険施設の方々のご経験も可能ならお聞きしたいです。
食事が少なく栄養状態の良くない方への機能訓練や運動、日常生活動作の中でのリハビリの方法。
入院中にできる、するべき栄養管理と地域で継続するための課題、胃腸栄養が人生会議に与える影響、とか。
リハビリテーション栄養(栄養指導)への市町村の熱量はどんな感じか。訪問できる管理栄養士はどのぐらい居るのか。
リハビリ実施前後の栄養の取り方と栄養状態における運動中止基準
ご本人様自身でできるフレイル予防、在宅でできる簡易栄養評価に興味があります

# 意見交換会

「フレイルとリハビリテーション栄養」

2023年9月9日(土) 14:00～16:00

対象者:三島圏域にお勤めのセラピスト、看護師、MSW、ケアマネジャー、  
地域包括支援センター、その他関係職種

※グループワークをする為、お1人につき1台、カメラ・マイクが内蔵されている端末  
をご準備ください。同端末で複数名の参加は不可

テーマ「リハビリテーション栄養と地域連携」

ミニセミナー：愛仁会リハビリテーション病院 栄養士  
「栄養管理情報の申し送りについて」



## 内容

- 14:00～ 開会・概要説明
- 14:05～ ミニセミナー
- 14:20～ グループワーク
- 15:05～ 各グループの発表
- 15:35～ 質疑応答
- 16:00～ 閉会挨拶

## 申込み・お問い合わせはこちら

### 参加方法

右側のQRコード読み取って頂くか、  
URL (<https://forms.office.com/r/qQ1jZUeZ6Z>) にアクセスして頂き、  
登録フォームに必要事項を入力しお申込みください。  
後日案内のメールをお送りします。  
当日は案内メールのURLよりご参加ください。

申込み  
QRコード



申込締切

9月1日(金)

三島圏域地域リハビリテーション連絡会事務局



072-683-1212

〒569-1116 高槻市白梅町5-7

愛仁会リハビリテーション病院 地域医療部 松本

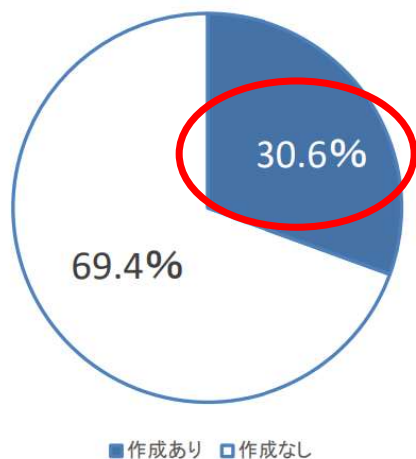
# 栄養管理情報の申し送りについて ～当院の栄養サマリーから～



## 転院先等への栄養管理の情報提供

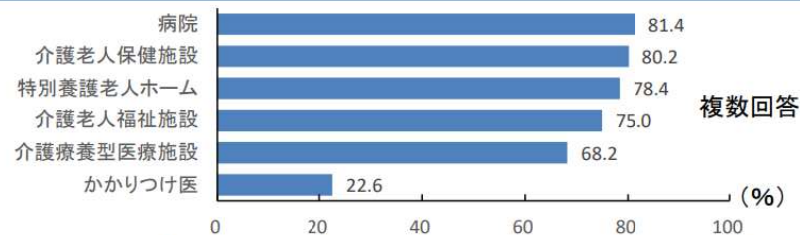
中医協 総-2  
元. 11. 8

- 退院・転院むけ、栄養情報提供書を作成している病院は約3割である。
- 栄養情報提供書の提供先は、病院、介護老人保健施設等が約8割であるが、かかりつけ医は、約2割であった。
- 転院先等への栄養管理の情報提供として多いのは、摂食嚥下機能低下、経管栄養等の患者の栄養管理に関するものである。



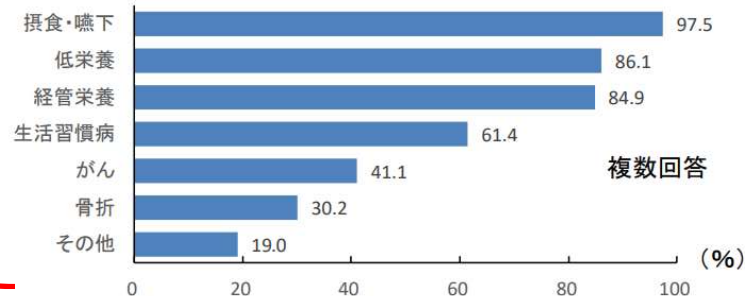
対象：日本栄養士会会員が勤務する全国2,903病院

図 退院・転院にむけ、栄養情報提供書を作成しているか



対象：左図で「作成している」と回答した887病院のうち、本設問に無回答であった57病院を除く830病院

図 栄養情報提供書をどこに提供しているか



対象：左図で「提供している」と回答した887病院のうち、本設問に無回答であった56病院を除く831病院

- 188どのような患者の栄養情報を転院先等に提供しているか

出典：「平成30年度全国病院栄養部門実態調査」(公益社団法人日本栄養士会：平成30年)



# 栄養管理に関する情報提供の効果について

中医協 総-2  
元. 11. 8

- 栄養情報提供書を提供している場合、提供していない場合と比較して、栄養管理計画・栄養ケアプランの作成に係る時間が有意に減少している。
- 栄養管理に関する情報提供を行った施設において、転帰直後より転院前の食形態やとろみに関する情報を参考に食形態の変更を行っていた。

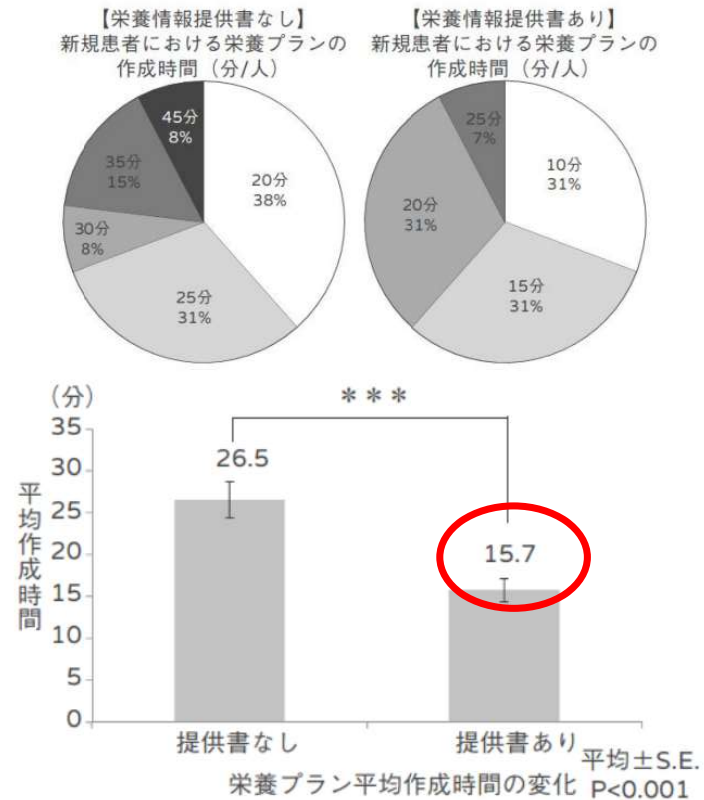


表 栄養管理に関する情報提供書の送付先の転院後の食形態及びとろみ調整食品の変更対応の有無

対応	送付時からの変更	転帰直後	1~6か月以内	有意差 (転帰直後 VS 1~6か月以内)
食形態	あり	36	8	n.s
	なし	118	38	
とろみ調整食品	あり	12	6	n.s
	なし	144	41	

出典: 田中ら、日本栄養士会雑誌62(9)、479-487(2019)

出典: 宮崎ら、日本栄養士会雑誌60(6)、327-335(2017)

## 栄養情報の提供に対する評価の新設

### 入院中の栄養管理に関する情報の提供に係る評価

- 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算を新設する。

(新) **栄養情報提供加算** **50点**



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供する。



入院医療機関



<入院中の栄養管理に関する情報>

- ・必要栄養量
- ・摂取栄養量
- ・食事形態(嚥下食コードを含む。)
- ・禁止食品
- ・栄養管理に係る経過 等



在宅担当医療機関等

# 当院の栄養サマリー

## ・栄養サマリーの作成目的

当院で実施した栄養管理の情報を退院先に申し送ることで、次施設での栄養管理を早期実施（介入）できるようにすることを主たる目的としている。

- ・作成対象者⇒特養や老健等の施設や病院へ退院する方  
（短期入院患者や急な転院を除く）



## ・栄養サマリー作成件数

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
件数	1080	1071	1071	1108	1128
前年比率	—	99.2%	100.0%	103.5%	101.8%



# 当院の栄養サマリー

経管栄養用と経口摂取用の2種類を用いている  
下記の基本情報はどちらにも記載



## 【栄養サマリー】

経管栄養用

記入日: 2023年7月5日

愛仁会リハビリテーション病院  
栄養管理科 管理栄養士: @{User.Name}  
072-683-1212

氏名:	性別:	年齢:	
主疾患:	既往歴:		

入院中の問題点
#
#

身長:	cm	体重:	kg	BMI:
必要エネルギー:	必要蛋白質:	水分制限:		ml/day

# 経管栄養用栄養サマリー

(入院中の栄養プラン)

栄養ルート:	胃瘻			
栄養剤の種類:	MAラクフィア1.0			
	朝	昼	夕	エネルギー量: 1200 kcal
MAラクフィア1.0	400ml	400ml	400ml	蛋白質量: 48 g
				水分量: 1920 ml
白湯(フラッシュ・薬剤込み)	300ml	300ml	300ml	上記は経管栄養量のみです

栄養剤の種類や分配量  
及び栄養量

経口摂取の有無:	有	食事内容:	
摂取量:	10 割	訓練食①(0jゼリー 1個) 1日1回	
摂取栄養量:	エネルギー量:	100 kcal	たんぱく質量: 0 g
*嚥下障害:	有 →	<input type="checkbox"/> 先行期: 食べ物を認識できない・摂取ペースが守れない等	
要約:		<input checked="" type="checkbox"/> 準備期: 口の中からこぼれる・十分な咀嚼ができない等	
藤島Gr		<input checked="" type="checkbox"/> 口腔期: 飲食物が口の中に残る・食塊を喉に送り込めない等	
		<input checked="" type="checkbox"/> 咽頭期: ゴックンが上手くできない・嚥下反射が出ない・ムセ込む等	
		<input type="checkbox"/> 食道期: 食塊を食道から胃へ送り込めない	

経口摂取の有無  
嚥下が障害されている箇所

入院中の経過 (栄養状態やBMI等)  
や問題点や継続的なモニタリングが  
必要な項目について等

継続される課題:

- #嚥下障害
- #体重管理

特記事項:

## 経口摂取用栄養サマリー

食事内容や栄養補助食品の有無  
栄養量等

(入院中の栄養プラン)

食種:	みじんとろみ付食	エネルギー量:	1400 Kcal
主食:	朝 全粥 昼夕 全粥	蛋白質:	60 g
副食:	形態) みじん(5mm程度の大きさ) 量) 全量	塩分:	7 g
とろみの有無)	有 → <small>ハツツ状(学会分類2021 中間のとろみ)</small>	: 上記は摂取栄養量です	
補食:	ブロッカゼリー、ソフトアガロリー 各1個	禁止食対応・制限事項など	無し
1日平均摂取量:	10 割	嗜好:	無し
		アレルギー:	鶏アレルギー

食事に関する問題点

* 咀嚼の問題:	有 →	義歯不具合
* 嚥下障害:	有 →	<input type="checkbox"/> 先行期: 食べ物を認識できない・摂取ペースが守れない等
要約:		<input type="checkbox"/> 準備期: 口の中からこぼれる・十分な咀嚼ができない等
藤島Gr		<input checked="" type="checkbox"/> 口腔期: 飲食物が口の中に残る・食塊を喉に送り込めない等
		<input checked="" type="checkbox"/> 咽頭期: ゴックンが上手くできない・嚥下反射が出ない・ムセ込む等
		<input type="checkbox"/> 食道期: 食塊を食道から胃へ送り込めない
* 摂食障害:	有 →	次々口に入れる
要約:		
適宜摂食ペースを守るように声掛けが必要		

継続される課題:

- # 窒息の予防
- # 体重維持

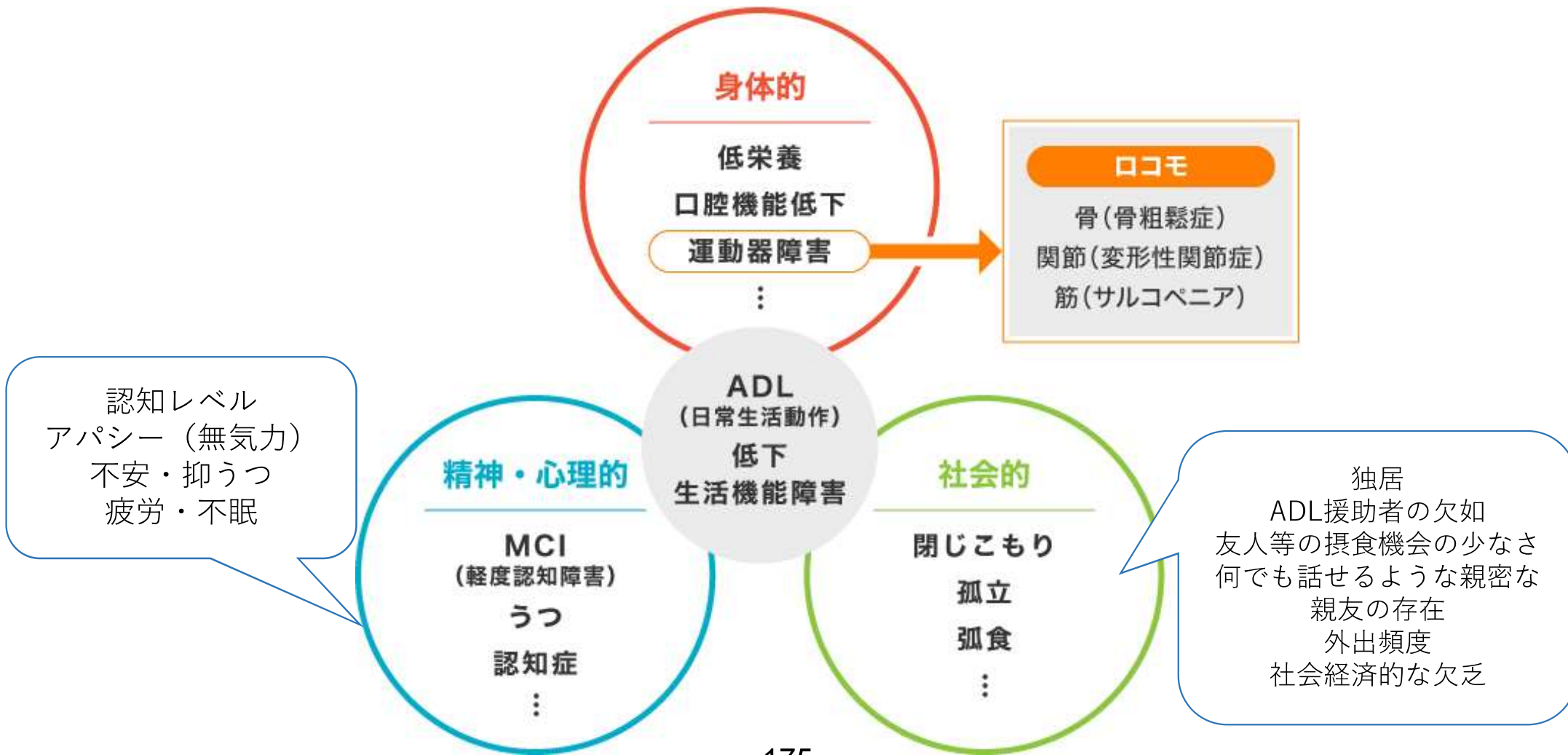
特記事項

- 174-

摂食嚥下障害について

入院中の経過（栄養状態やBMI等）や  
問題点、継続的なモニタリングが必要な  
項目について等

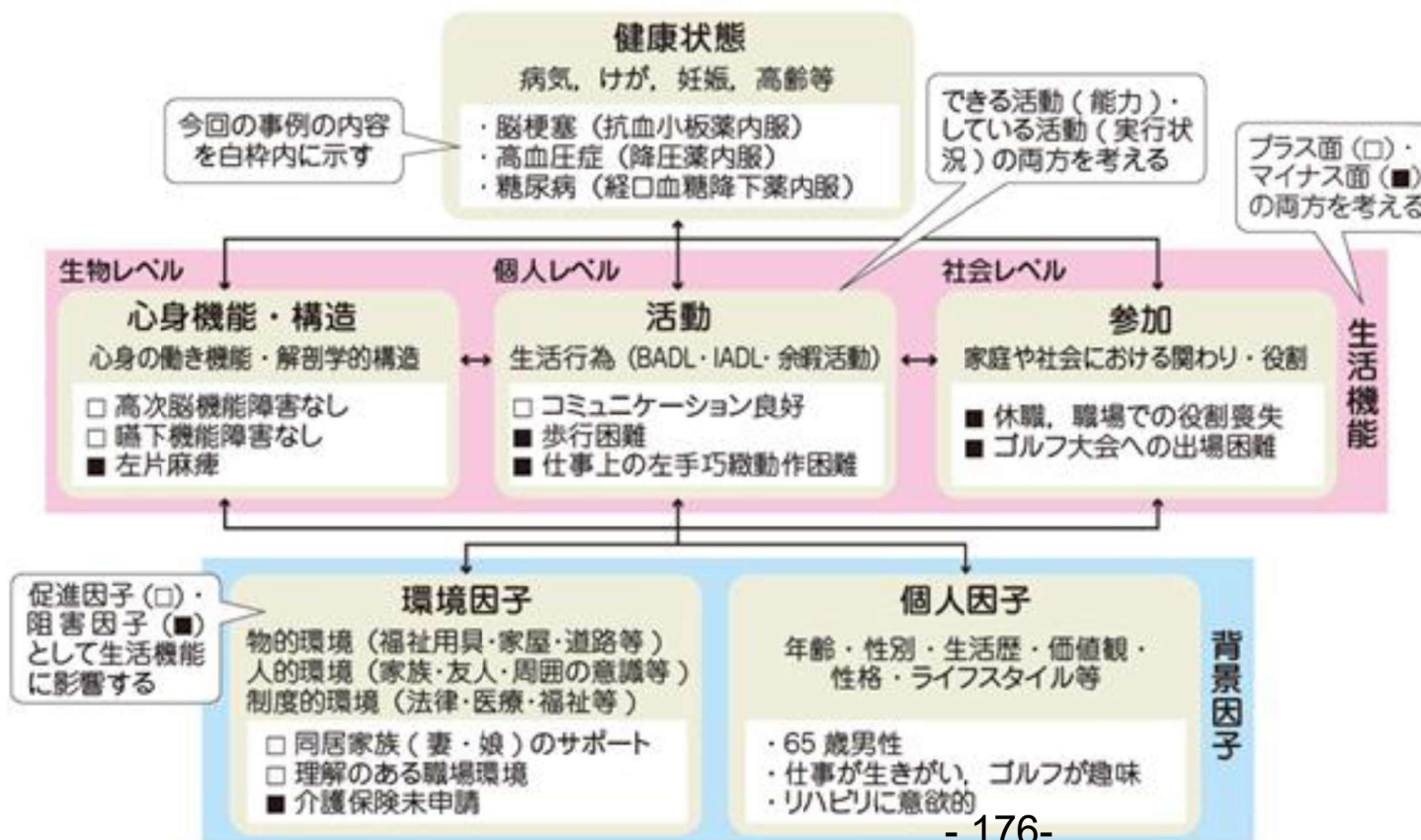
# フレイルの種類から見た情報交換項目について



# ICF (国際生活機能分類) モデル

「人が生きていく上で障壁をその人の個性や周りの環境との関わりを考えた上で、体系立てて分類した世界共通の分類指標」⇒生きることの全体像を示す共通言語

生活機能に影響を与える因子やそれぞれの因果関係を正しく理解することで、その方にあった今後の計画を立案できるようになります。その結果、退院後の生活目標や人生のやりがい（役割）を見出すことができるようになります。



## □生活機能

### ① 心身機能・構造 (生命レベル)

手足の動き、視覚・聴覚、内臓、精神などの機能面、および指の関節や胃・腸、皮膚などの構造面など、生命の維持に直接つながるもの

### ② 活動 (個人レベル)

日常生活行為や家事行為、余暇活動など、文化的・社会生活を送るうえで必要なすべての活動のこと

### ③ 参加 (社会レベル)

家庭、会社、地域社会への参加などにより、何かしらの社会的な役割を持つこと

## 背景因子

### ④ 環境因子

福祉用具や建築などの「物的環境」、家族や友人などの「人的環境」、制度やサービスなどの「社会的環境」の3つの因子に分けられる

### ⑤ 個人因子

年齢や性別、民族、生活歴、価値観、ライフスタイルなど個人を形作っているすべてのもの



## フレイルへのアプローチ検討について

栄養や運動の内容や実施率の評価も大切であるがそこに至る要因も同時に検討し、アプローチをかけていく必要があると考える。

例)

78歳 女性

2年前から体重低下あり、信号を渡るのもままならなくなった  
食事はスーパーで簡易な者ばかり購入され召し上がっている。

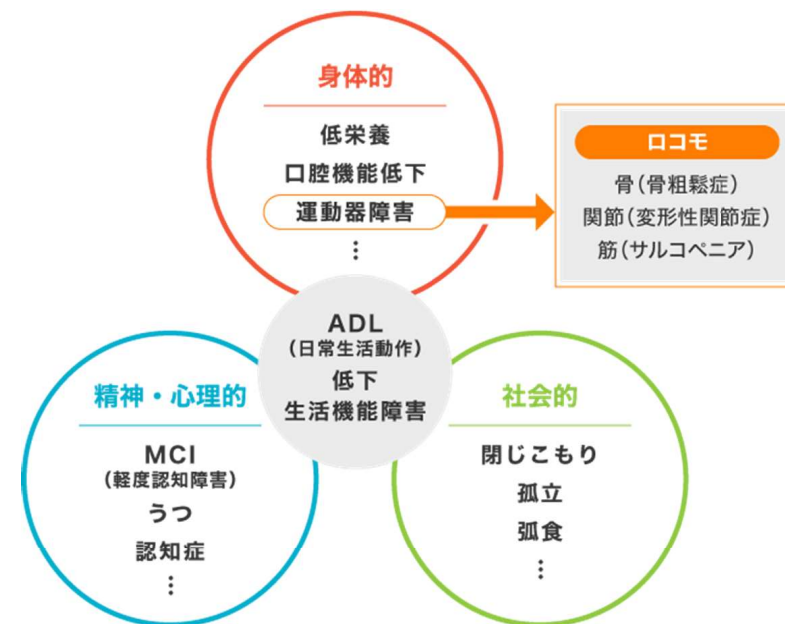
菓子パンや麺類ばかり購入

↓

2年前までは家で料理を実施していた

↓

2年前に夫を亡くし、独居となる。外出を控えるようになるが、家で話し相手もおらずもの忘れが多くなった

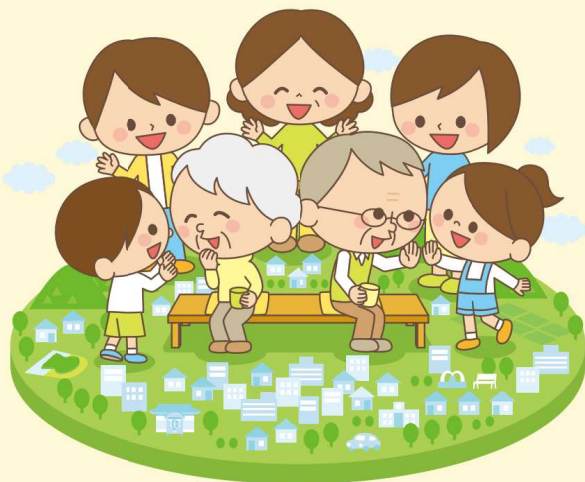


社会的、精神・心理的なフレイルにも  
アプローチの検討が必要

# 社会的、心理・精神的フレイルへのアプローチの手段

## 高齢者集いの場ガイド

— ちょっと寄りたい街の縁側 —



この冊子の掲載情報は令和元年9月時点のもです  
高槻市高齢者生活支援ネットワーク協議会

3

### ケアイ元気食堂

栄養バランスの取れた食事を摂って、  
介護予防に努めていきましょう！



栄養バランスの良い食事を、近隣の方と一緒に楽しく食べる食堂です。食事前に管理栄養士から栄養や食事についてお話しやワンポイントアドバイス、また看護師が口腔体操を行っています。



#### 利用者さんより

- みんなで食べられるのでおいしい (80代女性)
- 栄養バランスや塩分も考えてあるので安心して食べられます (80代女性)

#### 基本情報

- \* サロン利用できる方  
65才以上の地域にお住まいの方
- \* 活動日時：毎月第4水曜日  
12:00~13:00
- \* 料金：1食 500円
- \* 事前予約：必要 (申し込み順 20食)
- \* 駐車場：あり (台数に限りがありますのでお越しの際はご連絡ください)
- \* お問い合わせ：月曜日~土曜日  
9:00~17:00

介護老人保健施設ケアイ内



住所：高槻市大字原112番地  
(介護老人保健施設ケアイ内)  
電話番号：(072) 687-0103  
FAX：(072) 687-3011

#### ~生活支援コーディネーターより~

食事前に管理栄養士から色んな話を聞き、口腔体操を行ってから、みんなで食事をとります。「かみかみかん」が終わってから、そのままみんなでワイワイ話しながら楽しく食事ができます。塩分やカロリーを載せた献立もあり、持病がある方も安心して食べられ、自分が料理を作る時の参考にもなります。すごくあたたかな雰囲気のある場所です。

## 健康栄養教室

全3回コース

- 第1回 フレイルって何？運動と栄養で長く健康に！
- 第2回 あなたの目標体重は？  
食欲がない時の効率のよい食事摂取
- 第3回 フレイル予防で病気を遠ざけよう！



体成分測定計で、筋肉量や体脂肪量を測定してみましょう！

理学療法士・管理栄養士から、  
運動・食事のアドバイスをお伝えします！！  
運動や食事による変化を一緒に体感しましょう！  
※ペースメーカーがある方は、体成分測定はできません



InBody 体成分測定 結果用紙イメージ					
ID: 0012008	性別 女性 年齢 51 身長 152.00 体重 48.00				
測定日時	2019/11/29 11:29:00				
測定場所	TEL:05-5286-5007 FAX:05-5286-7668				
体成分分析 Body Composition Analysis					
項目	単位	測定値	標準範囲	偏差	健康状態
総体脂肪率	%	16.6	16.1-19.9	27.5	標準
総筋肉水分率	L	10.9	10.0-12.2	10.9	標準
タンパク質+ミネラル量	kg	9.8	9.1-11.6	9.8	標準
体脂肪量	kg	21.8	10.1-16.5	21.8	標準
筋肉内脂肪率 Intra-Muscle Fat Analysis					
項目	単位	測定値	標準範囲	偏差	健康状態
体脂肪	kg	94.1	43.9-95.5	94.1	標準
筋肉量	kg	35.1	33.1-41.4	35.1	標準
体脂肪率	kg	21.8	10.1-16.5	21.8	標準
総体脂肪率	%	36.9	18.3-28.0	36.9	標準
骨密度 Regional Bone Analysis					
項目	単位	測定値	標準範囲	偏差	健康状態
右腕	g/cm <sup>2</sup>	2.02	1.51-2.27	2.02	標準
左腕	g/cm <sup>2</sup>	1.94	1.51-2.27	1.94	標準
腰椎	g/cm <sup>2</sup>	1.77	1.51-1.83	1.77	標準
全骨	g/cm <sup>2</sup>	5.20	5.30-6.58	5.20	標準
全骨	g/cm <sup>2</sup>	5.02	5.30-6.58	5.02	標準

- 日時 ①10月5日(木)  
②12月7日(木)  
③令和6年2月1日(木)  
10時~11時(開場9時30分)

会場 ふれあい広場(愛仁会リハビリテーション病院3階)

定員 10名 参加費 無料

申込 電話でお申込みください TEL(072)683-7788(平日9時~17時)



思い当たる方、ぜひご参加ください！

社会医療法人 愛仁会  
愛仁会リハビリテーション病院 栄養管理科上田

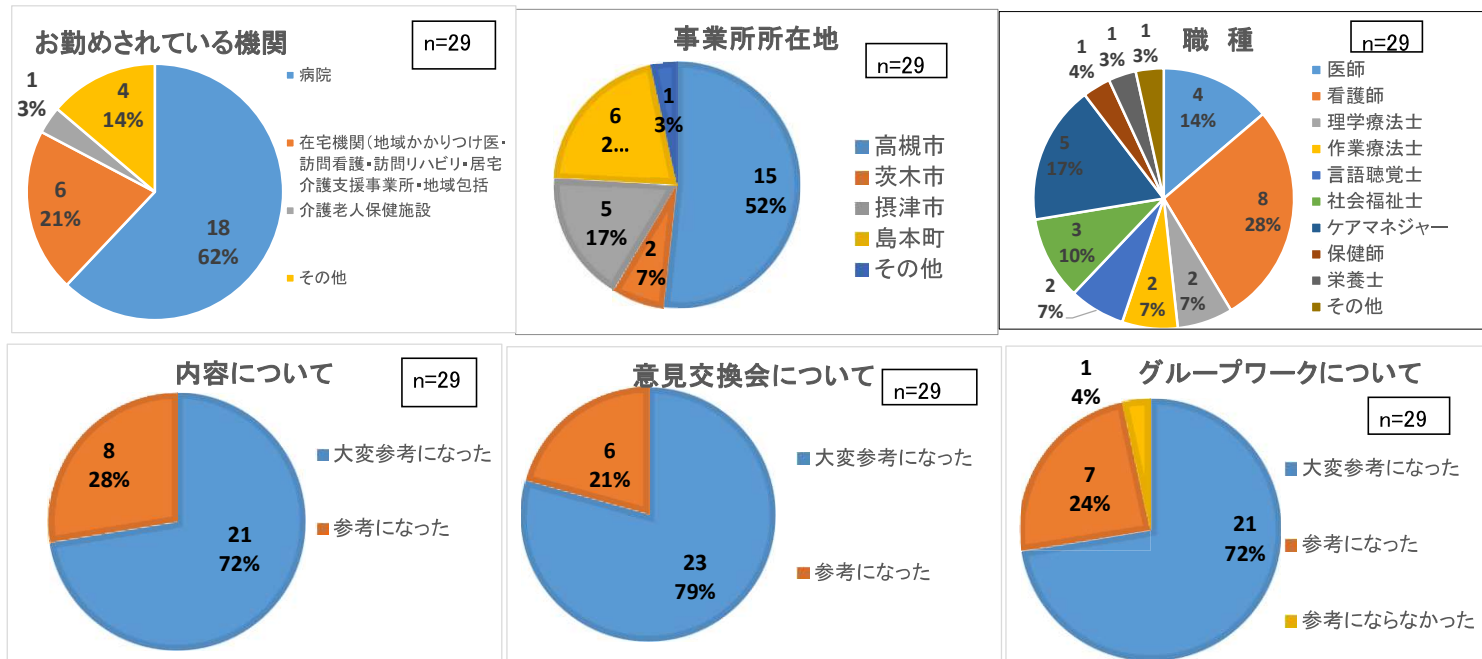
# 三島圏域地域リハビリテーション意見交換会アンケート集計

・開催日：2023年9月9日（土） 14時00分～16時00分

・開催形式：WEB

・参加人数：33名

アンケート記入：29名（回収率：87.9%）



本日の意見交換会・グループワークについてご意見・ご感想をお聞かせください。	職種
様々な課題認識があり、栄養、フレイルに日常的に注目されていることがよくわかった。	事務職
栄養サマリーに関しては初めてみるものであり、そういったものがあるということも知らなかったので、参考になりました。多くの病院が、栄養サマリーを活用してくださって、在宅の方にも情報を頂けるようになればと思います。	ケアマネジャー
栄養指導をする際に退院調整、外来対応を担当するなかで、病院としては優先度が低くなる場合でも、在宅にとっては食べることは生活の中心であることで、意識の差を体感しました。	社会福祉士
リハビリをする上での栄養の重要性は日々のカンファレンス等を通じて理解していましたが、次に繋げていく視点は栄養士さん任せになっていた所があるな、ということに気付かされました。MSWとしても何かできることがないか、ケースを担当する中で考えていきたいです。	社会福祉士
在宅はいかに情報を伝えるかという課題が明確になった。	医師
リハビリ職だけでなく、看護師や地域連携の観点からどのようなことが足りていないか、申し送りの際にもっとこうして欲しいといった意見があり、今後の業務への参考になったと感じた。	理学療法士
栄養サマリーを、看護サマリーやリハビリサマリー同様、退院時などに担当ケアマネジャーへ頂きたいです。	保健師
多職種の方々の栄養に関する対応の現状を知り、今後活かせる話し合いをすることができました。	看護師
医療機関の方が多く、フレイルというより、すでに栄養課題があり、医療的介入も必要な方の連携は皆さまの意識も高いと感じました。できれば、医療的介入が必要となる前段階のフレイル情報の共有もできるようなサマリーに追加していただき、関係機関で意識付けの共有ができると在宅側も意識が高まるのでありがたいと思います。	看護師
地域連携の参考となるヒントを色々いただき、有意義な時間を過ごせました。ありがとうございました。	理学療法士
栄養はリハビリに深く関係しているのに、引継ぎがあいまいだったりしていないということが再認識できた。病院での栄養カンファレンスやサマリーの作成・三島圏域での資料の作成して地域や医療機関に普及していけたらと思います。もしチームを発足するのであれば参加したいと思いました。	看護師
様々な職種から様々な角度からの意見をいただき、明日からの臨床や他職種を巻き込んで、栄養についても伝えていく大切さ、共有していく重要性を改めて学びました。	作業療法士
それぞれの立場で「フレイル」に対して現状と今後の課題がわかりました。在宅での本人の置かれた状況も大きく影響され支援にも工夫が必要であり、情報を伝える内容を今あるサマリーにわかりやすく記載が必要で在宅との連携が必要と感じました。	看護師

入院中の情報を提供して欲しいと思うけれど、それ以前に入院前の情報を提供していなかったなと反省です。どこかのグループが発表していましたが、在宅側、病院とお互いが本人の情報を共有できるツールがあると良いと思いました。	ケアマネジャー 看護師
病院と在宅との情報共有の課題をわかりやすい形で話し合うことができるとも有意義でした。ありがとうございました。	ケアマネジャー
ファンリテーターの先生の進行で、有意義な意見交換ができたと思います。在宅での課題も聞けたので、より退院後の継続看護の情報の伝え方にも意識できました。	看護師
栄養の評価について 食べることの楽しみをどくらい支援する側がアプローチをしていけるのかをグループワークの中でご意見を伺えたので良かったです。ありがとうございました。	ケアマネジャー
栄養面で悩んでいた内容を他の施設の方ご意見が聞けてとても参考になりました	看護師
病院では管理栄養士がいて食事のことまで介入できるが、在宅で生活をしていると普段何を食べているのかまで把握することは難しいのだと実感しました。	社会福祉士
歯科医師会が介護施設の職員向けの口腔ケアの取り組みをされています。評価のチャートもあり、歯科医師や衛生士などにもこのような研修会に参加していただいてもよいのではないかと感じた次第です。運営の方、お疲れ様でした。	作業療法士
<b>オンラインでのグループワークについて(人数・グループ分け・時間)</b>	
他の業務と重なってしまい、グループワークに参加できなかったのは残念です。	医師
とても良い研修会でありましたが、開催日時の関係とありますが限られた医療機関や事業所参加で他の業種や関係者の方が参加頂けたらと思いました。	ケアマネジャー
<b>グループワークの進め方について</b>	
1グループ4人と少ない構成でしたが、もっと様々な職種の方のご意見をお聞きするのに、もう少し人数が多くても良かったのではないかと思います。	医師
<b>今後、地域リハビリテーション地域支援センターで取り上げて欲しい内容がございましたら、ご自由にご記入下さい。</b>	
いろいろと期待しています。	医師
人生会議家族支援の取り組みについて	医師・ケアマネジャー・ 社会福祉士
本日の意見交換会は定例にしてほしいと思います。	看護師
今日の内容をより充実させるなら、栄養の具体的な対策、リハビリ、食品、服薬など、より実践に生かせる勉強会をしてほしいです。	作業療法士
これからもリハビリテーションとしての栄養の話を伺いたいと思います。ありがとうございます。	ケアマネジャー・ 医師
今回の嚥下にも絡みますが、嚥下機能により特化したテーマや、高次脳機能障害、有効ながらより簡素化したパスの運用について…はいかがでしょうか？	医師
病棟、在宅でのリハビリ指導について	看護師

「フレイルとリハビリテーション栄養」  
症例検討会

日時：2024年1月27日（土）

14:00～16:00

TeamsによるWEB開催

対象者 医療、介護、福祉に携わる多職種の方々

座長：地域包括支援センター連絡会

島本町地域包括支援センター

主任ケアマネジャー 澤野 亜友美氏

発表者：愛仁会リハビリテーション病院

栄養管理科 岡本 泰幸氏

症例：「COVID-19後遺症とリハビリテーション栄養」

～運動機能と認知機能の改善が食形態のUPにつながった一例～

症例発表後、多職種でグループワークを行います。

申込み締切日 **2024年 1月19日（金）**

申込QRコード→



### 申込方法

QRコードを読み取って頂き、  
愛仁会リハビリテーション病院のホームページ  
(<https://forms.office.com/r/FVU0BvmFEg>) に  
アクセス後、登録フォームに必要事項を入力頂き  
お申込み下さい。後日ご案内のメールをお送り致します。  
当日はご案内メールのURLよりご参加ください。

お問い合わせ先

〒569-1116 高槻市白梅町5-7

愛仁会リハビリテーション病院

地域医療部 事務 松本

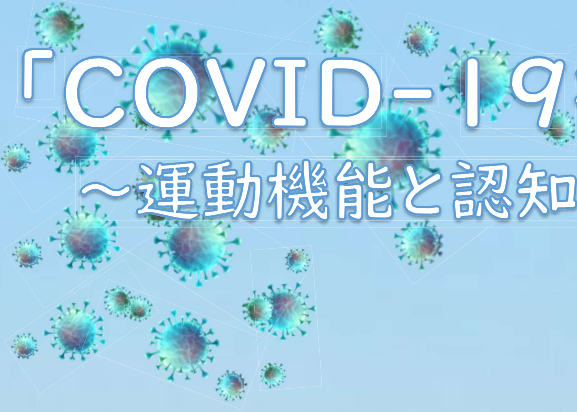
-181-

TEL:072-683-1212 (代)



# 「COVID-19後遺症とリハビリテーション栄養」

～運動機能と認知機能の改善が食形態のUPに繋がった一例～



愛仁会リハビリテーション病院  
栄養管理科 岡本泰幸

# 社会医療法人 愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院



□理念：「再びその人らしい生活に」

□病床数：269床  
回復期リハビリテーション病棟215床（5病棟）  
障害者施設等一般病棟54床（1病棟）

□施設基準：回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰ等

□認定・指定：国土交通省「重点支援病院」指定  
大阪府地域リハビリテーション支援センター指定  
公益財団法人日本医療機能評価機構、病院機能評価付加  
機能「リハビリテーション（回復期）機能」認定

□管理栄養士：6名

□給食業務：委託 日清医療食品（株）



## 症例

80歳代 男性

【疾患名】 #1 COVID-19後遺症 #2 廃用症候群

【既往歴】 徐脈性心房細動、高血圧症、高尿酸血症、慢性腎不全

【入院前ADL】 自立

【家族】 81歳妻と2人暮らし 【住環境】 府営住宅 EV無しの3階

### 【入院までの経過】

COVID-19の診断で自宅療養していたが、意識状態悪化しA病院へ救急搬送となる。

A病院搬送時、著名な呼吸不全、血圧低下、意識障害があり、

**重症COVID-19および細菌性肺炎とそれによる敗血症性ショック、DIC**と判断され入院。

治療5日目に室内気で管理できる状態まで改善、リハビリテーション開始も気分のムラがあり拒否することもあり。

経口摂取再開後に微熱があり、嚥下機能低下が疑われ嚥下造影の実施となる。

嚥下造影検査結果：嚥下機能低下あるが、姿勢制限ありで経口摂取は可能な状態

経口摂取再開後に一度嘔吐あり、抗菌薬治療を再開して改善するも経口摂取量は低下

経鼻胃管が抜去できない場合の胃瘻増設については家族間でも意見が分かれており相談中となっている。

**元々ADLは徐々に低下し、今回を契機にさらに低下**している状態、**自宅退院希望**されていることから当院へ転院となる。

診断名 #COVID-19治療後 #細菌性肺炎 #敗血症性ショック #DIC(播種性血管内凝固症候群) #急性腎障害  
#繰り返す誤嚥性肺炎 #廃用症候群





## 症例

80歳代 男性

【疾患名】 #1 COVID-19後遺症 #2 廃用症候群

【既往歴】 徐脈性心房細動、高血圧症、高尿酸血症、慢性腎不全

【入院前ADL】 自立

【前医 栄養プラン】

経口摂取: 朝 ゼリー 昼 ミキサー食(ミキサー粥) タ ゼリー ⇒ 摂取量0-2割

経管栄養: リーナレンMP2-2-2P 白湯100ml×3回 (1200kcal)

総摂取栄養量(予測): 1300-1400kcal たんぱく質47~50g

【身体情報】 身長168cm 体重58.7kg BMI21.0

【入院時栄養評価】 MUST: 高リスク **GLIM基準: 重度低栄養**

【入院時採血結果】

CRP 1.54mg/dl TP 5.6g/dl **Alb 2.2g/dl** BUN 19.0mg/dl Cre 1.14mg/dl eGFR 47.3ml/min/1.73m<sup>2</sup>

CH-E223U/L Na 141meq/l **K 2.8meq/l** Ca 7.8mg/dl TG 193mg/dl LDL-cho 116mg/dl

【当院 入院時栄養プラン】

経口摂取: 昼のみ ミキサー食(半量) ミキサー粥 朝夕無し 水分: 中間のとりみ

経管栄養: 低K血症からMAラクフィア1.0 2-2-3Pへ変更

必要栄養量: 1430kcal たんぱく質58g

総提供栄養量: 1650kcal (経口250kcal+経管1400kcal) たんぱく質66g



# 症例

## 【基本動作能力】

起居:全介助

移乗:一人中等度介助/平行移乗

移動:ティルトリクライニング車椅子 全介助

\*意欲、協力動作あれば介助量軽減して起居、移乗可能

整容:軽介助

清拭:全介助

更衣:全介助

入浴:ストレッチャー浴

排泄:オムツ内排泄

【FIM(機能的自立度評価法)】運動FIM16点 認知FIM8点 合計16点

【HDSR(改訂長谷川式簡易知能評価)】評価できず

【握力】右9.5kg 左10.4kg

【発話明瞭度】4:時々わかる語がある

【口腔の状態】

口腔内汚染が強く、口蓋や舌上に黄褐色の粘稠痰や乾燥した痰がこびりついている。

残存歯少なく、上顎に2本ぐらつきあるが糸で固定されていた。上下部分義歯。

全体的に可動域狭いが左右差は認めず。下口唇上まで挺舌可能、左右運動も可能だが稚拙さあり。

FIM			初回
運動項目	セルフケア	食事	1
		整容	1
		清拭	1
		更衣・上半身	1
		更衣・下半身	1
		トイレ動作	2
	排泄コントロール	排尿管理	1
		排便管理	1
	移乗	ベッド・椅子・車いす	2
		トイレ	2
浴槽・シャワー		1	
移動	歩行	1	
	階段	1	
認知項目	コミュニケーション	理解	3
		表出	2
	社会的認知	社会的交流	1
		問題解決	1
		記憶	1
運動項目			16
認知項目			8
合計			24

## 1カ月目

### 【経過】

2日目 胸腹部CT 両側胸水貯留あり

心拡大および心嚢液貯留あり

8日目 熱発あり、胸部CTにて誤嚥性肺炎

両側胸水前回より増加⇒経口摂取訓練中止

13日目 経口摂取再開（昼のみミキサー食）、歯科受診

17日目 義歯調整

（以後、歯科衛生士による口腔ケア介入あり）

22日目 嚥下造影検査(VF)実施

ミキサー食やみじんとろみ付食、全粥で誤嚥を認めず。

咽頭内圧の力不足による咽頭残留が多く、

1口量は少なめに追加嚥下必要であり

食後は咳嗽を促し、排痰することが必要となった。

23日目 昼ミキサー食⇒毎食みじんとろみ付食(半量) 全粥に食形態UP。

### 【リハビリ】

関節可動域運動・  
離床・移乗  
が中心

前腕支持型歩行器  
で30m×2~3set  
トイレ動作の訓練も  
実施

### 【HDSR】

評価できず⇒13点

### 【体重】

58.7kg⇒56.6kg



### 【栄養管理】経鼻胃管栄養+経口摂取

必要栄養量:1700kcal たんぱく質64g

提供栄養量:2030kcal たんぱく質79g (経管1400kcal 経口630kcal)

摂取栄養量:1680kcal たんぱく質68g (経管1400kcal 経口280kcal) [29.6kcal/kg 1.2g/kg]

## 2カ月目

### 【経過】

33日目 熱発あり、**誤嚥性肺炎の疑い**  
⇒経口摂取訓練中止



43日目 経口摂取再開  
(毎食みじんとろみ付食(半量) 全粥)

49日目 胸部CT 胸水減量している

副食の摂取量伸び悩み、嚥下訓練と栄養量の  
フォロー目的にゼリーを追加

62日目 **五分菜 全量(1cmきざみ) 全粥 中間のとろみ**  
へ食形態変更

### 【リハビリ】

関節可動域運動や  
リラクゼーションが  
中心

前腕支持型歩行器  
からフリー歩行  
60m×2set  
階段昇降2F分  
トイレ動作の訓練

### 【HDSR】

13点⇒23点

### 【体重】

56.6kg⇒56.3kg



### 【栄養管理】経鼻胃管栄養+経口

必要栄養量:1860kcal たんぱく質67g

提供栄養量:2030kcal たんぱく質91g(経管1400kcal 経口890kcal)

摂取栄養量:1860kcal たんぱく質73g(経管1400kcal 経口460kcal) [33.0kcal/kg 1.3g/kg]

## 3カ月目

### 【経過】

69日目 五分菜 全量 1cm⇒3cmきざみへ形態UP  
8割～10割摂取

70日目 **経鼻胃管抜去**

71日目 **五分菜⇒常食(3cmきざみ)全粥**  
水分薄いとろみへ変更 8～10割摂取

77日目 全粥⇒米飯へ形態UP

91日目 水分とろみ解除

101日目に自宅退院に至る

### 【リハビリ】

庭園歩行2周×2set、  
階段昇降3F分(昇段1  
足1段、降段2足1段)

階段昇降や座位エルゴ  
(30w×10分)、下肢筋  
トレ・筋持久力運動  
浴槽跨ぎ練習

### 【HDSR】

23点⇒25点

### 【体重】

56.3kg⇒57.0kg



### 【栄養管理】経口のみ

必要栄養量: 1860kcal たんぱく質67g

提供栄養量: 2060kcal たんぱく質82g (食事1800kcal 補助食品260kcal)

摂取栄養量: 1760kcal たんぱく質72g (食事1500kcal 補助食品260kcal) [30.8kcal/kg 1.2g/kg]

## 入院時



### 【基本動作能力】

- 起居:全介助
- 移乗:一人中等度介助/平行移乗
- 移動:ティルトリクライニング車椅子 全介助
- 整容:軽介助
- 清拭:全介助
- 更衣:全介助
- 入浴:ストレッチャー浴
- 排泄:オムツ内排泄

【FIM】運動FIM16点 認知FIM8点  
合計24点

【HDSR】評価できず

【握力】右9.5kg 左10.4kg

【発話明瞭度】4:時々わかる語がある

【栄養ルート】経鼻胃管栄養

【体重】58.7kg

【血清Alb】2.2g/dl



## 退院時



- ⇒自立
- ⇒自立
- ⇒自立(フリー歩行)
- ⇒自立
- ⇒自立
- ⇒自立
- ⇒動作見守り
- ⇒自立

⇒運動FIM86点 認知FIM31点  
合計117点

⇒25点

⇒右14.3kg 左13.6kg

⇒2:時々わからない語がある

⇒経口摂取

⇒57.1kg

⇒3.4g/dl

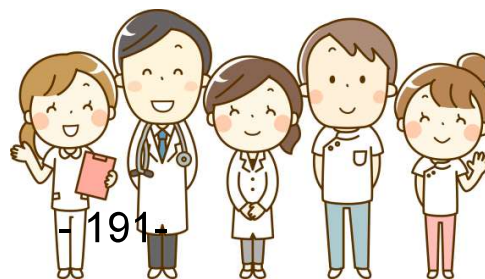


## 症例のまとめ

COVID-19感染後の経過は他疾患と比べ回復率は良いとされるが、この症例では栄養量の確保を含めた各職種のアプローチ等が噛み合ったことで大きく回復することができたと考える。

過去に誤嚥性肺炎があり、食事時の咽せがあれば食形態のUPは行いがいが、この方の場合には運動機能や認知機能の改善が先にあったことで、喀出力や摂食時の注意点を意識することができ、食形態UPのトライが可能となった。結果的に食形態のUPができたことで、食事の見た目や味等が改善され経口摂取量の向上に繋がり、摂取量が維持できれば経鼻胃管抜去となる希望が生まれたことで、自宅退院に向けた本人のモチベーションにも繋がった。

基本動作能力が入院時にはほぼ介助であったが退院時にはほぼ自立で階段昇降ができるようになり、食事は常食を摂取できたことで本人の希望する自宅退院に至ることができた。



本人のモチベーション

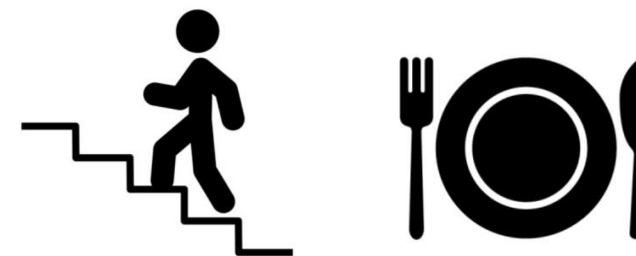
疾患のコントロール

義歯調整及び口腔ケア

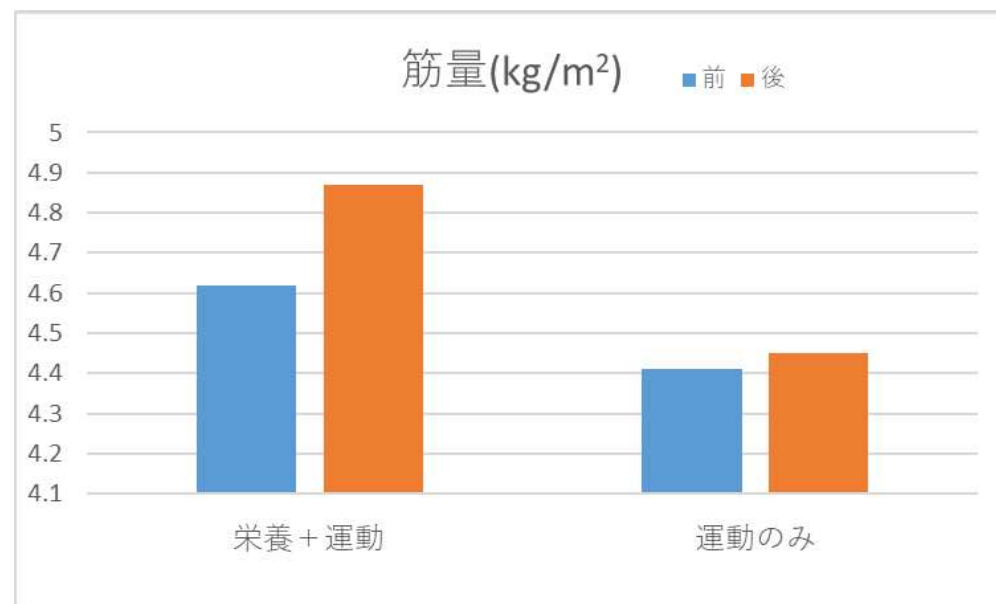
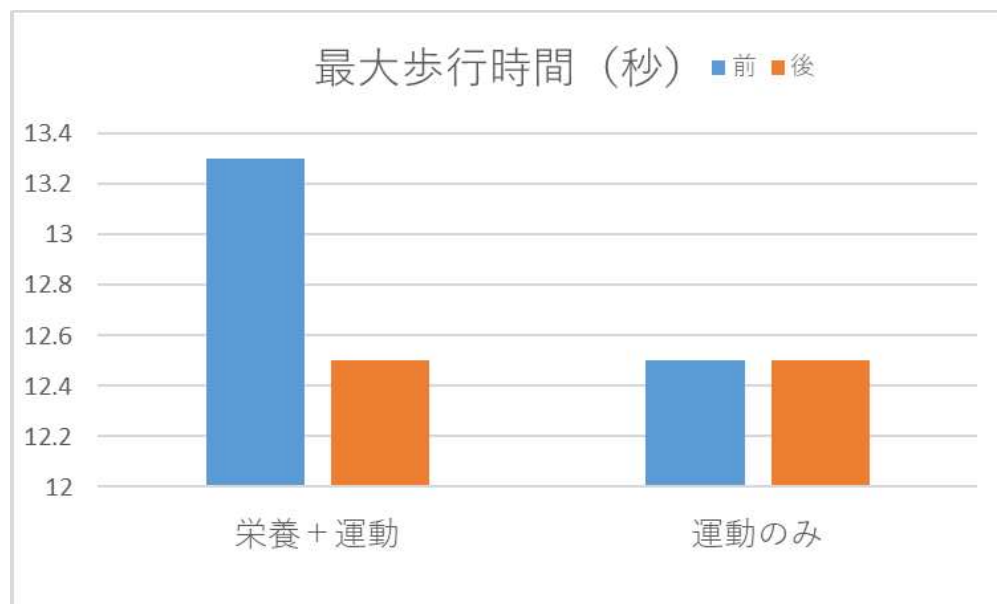
機能改善リハ

看護ケア

栄養量の確保



## 栄養と運動の効果－運動のみと運動+栄養ではどのように変わるのか－



### 70名の対象者

- ・65歳以上の地域住民
- ・介護保険認定を受けたフレイル
- ・低筋肉量(男性6.87kg/m<sup>2</sup>未満,女性5.46kg/m<sup>2</sup>未満)
- ・重度の認知障害はない
- ・自立歩行が可能(杖を使用しても)
- ・過去1年間にビタミンDとたんぱく質を定期的に補給していない

週3回 90分のトレーニングを3カ月実施

栄養は栄養剤を週3回 3カ月提供







食べ物・水など飲み込みづらい  
 食事中、咳き込むことがある  
 食後はガラガラ声になる  
 最近痩せてきた など

検査日時  
 毎週火曜日  
 (祝日除く)  
 13:30~

愛仁会リハビリテーション病院

# 摂食嚥下外来 ご案内

外来で嚥下造影検査による評価を行います。  
 嚥下造影検査とは、バリウムなどの造影剤を含んだ食事をX線透視下で食べてもらい、  
 誤嚥や食物残留の有無などを明らかにする検査です。  
 また、安全に食事を摂取していただくための食事形態・姿勢・摂取方法などを評価します。

## 〔外来受診所要時〕

問診  
 歯科医による口腔内チェック  
 診察  
 アドバイス・指導など  
 (約2時間)

今の食事の形態はこれでいいのかな？  
 どのような姿勢で食べれば安全かな？  
 むせないけど誤嚥していないかな？  
 今の食事形態を上げられないかな？  
 とりみをはずせないかな？

1 《検査対象者》

- ・食事の時に咳き込むようになった方
- ・飲み込みが困難になった方
- ・食事に時間がかかるようになった方
- ・食後に疲が増えるようになった方 など

2 《条件》

- ・椅子や車いすで2時間ほど座位が可能

3 《概算》

1割負担	2割負担	3割負担
1,600円	3,200円	4,800円

※上記金額は、医科と歯科の医療費を合算した平均的な金額です。  
 治療内容や患者様の保険資格により、金額は前後いたしますのでご了承ください。

〔摂食嚥下外来に関するご予約・お問い合わせはこちらまで〕

愛仁会リハビリテーション病院 ☎ 072-683-1212

VF前評価

摂食嚥下  
 認定看護師

歯科  
 医師

歯科  
 衛生士



ST

VF検査



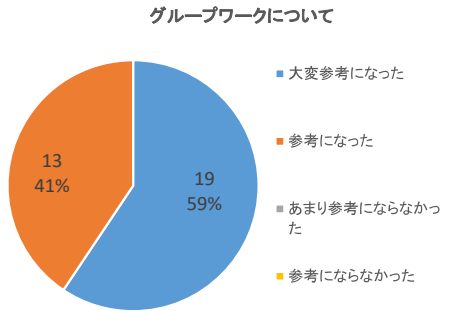
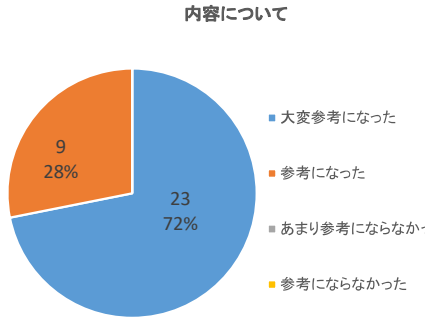
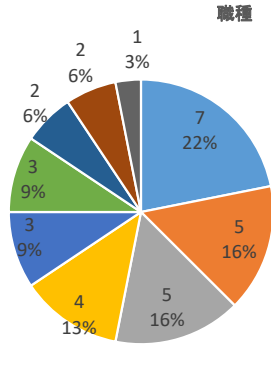
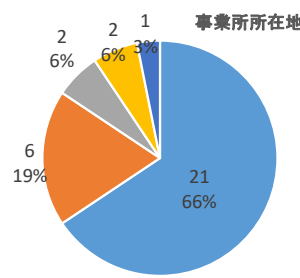
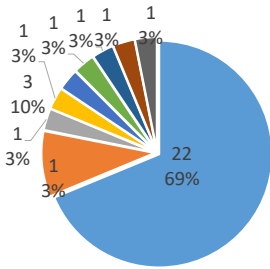
2023年度三島圏地域リハビリテーション 症例検討会

・開催日:2024年1月27日(土) 14時00分~16時00分

・開催形式:WEB

・参加人数:41名

アンケート記入:32名(回収率:78%)



本日の症例検討会・グループワークについてご意見・ご感想をお聞かせください。	職種
病院での栄養指導について日々の工夫や努力されていることを聞くことができて良かったです。せっかく病院でしっかりと栄養管理されているも在宅へ戻ってから情報共有できていないことも多く、今後は運動や服薬のことだけでなく、口腔面、栄養面の確認もしていけたらと思います。本日はありがとうございました。	ケアマネジャー
まだまだ知らないことがたくさんあると思った。入院期間が短縮されている今病院から在宅へ、次へつなげる事が大事で患者さん・家族が困らないように他職種の関わりがより重要だと感じた。情報共有の方法も検討していく必要があると感じた	看護師
本日は貴重な検討会に参加させていただきありがとうございます。 高齢者のコロナ感染後の廃用については自施設でも深刻な問題だと感じています。 そのなか、成功例を知ることでも励みになりましたし、ほかの施設でも同じような患者様がいて同じように悩みながらも快方に向かうように取り組んでいる姿をみて自分も頑張らないかと思いました。 病院での栄養の取り組みを在宅や施設でも行っていけるように栄養サマリーを含んだ書類を作成していきたいと思ひます。 グループワークでの疑問ですが、最初に発表者と書記を決められますがオンラインであるため共有できないため役割の必要性があるのかと感じました。発表者だけでもいいのではないのでしょうか。	看護師
主の活動が在宅であるため病院での取り組みなども聞くことができ大変参考になった。その中で栄養への関心は高まっているが、病院から在宅への連携やアプローチの手段の手段、手法についてもまだまだ不足しているのかなと感じました。 またお忙しい中このような機会を設けていただいた運営の方々に感謝いたします。	管理栄養士
病院、在宅のそれぞれの立場で困っておられることをお聞きすることができ、病院・在宅が連携するうえでの課題を把握することができました。また、入院中と在宅との環境の差をどう埋めるかの視点を双方が持つことの重要性を感じました。	管理栄養士
グループワークで、地域の管理栄養士さんの話を聞いて退院後の栄養面の支援が大変さを感じました。病院側からできる情報提供や患者様、家族様に向けた指導などが行えると少しでも役に立てるのかなと思いました。	作業療法士
地域の薬局では、病院で行われているリハビリや栄養管理について知る機会がなかったので、とても勉強になりました。グループワークでも活発なディスカッションができ、今後の業務に役立てたいと思いました。	薬剤師
急性期、回復期、在宅と多方面からの栄養アプローチが手厚くなっている中、多職種との連携の取り方を学ばせて頂きました。また今自身自身に何が出来るのか、何をしていく必要があるのか等考える機会をいただきました。ありがとうございました。	理学療法士
これまで、サービス調整を行う際やサマリーを記入する際に動作面ばかりに着目しており、低栄養リスクがあることや院内での食事摂取量の状況など在宅に送ることがほとんどできていなかったため、今後は意識して行いたいと思ひます。	理学療法士
管理栄養士の指導を利用できるサービスが自費であることを知り参考になりました。病院と地域の栄養に関する連携はまだ不十分なものもあり今後も取り組むべき課題と感じました。ありがとうございました。	理学療法士
テーマがふんわりしており、なかなか意見が出なかった。症例が重症化の進んでいる患者様の入院中のきめ細かな関わりだったので、今年度の議題にある「フレイル」にうまくつなげられなかった。ファシリテーターでしたが、うまく進められなかったかなあと反省しております。	看護師
グループワークの目的がいまいち分かりにくかった。何を話し合えば良いか、グループごとに任されていたが、同じ課題を出された方がやりやすかったかもしれない	看護師

今後、地域リハビリテーション地域支援センターで取り上げて欲しい内容がございましたら、ご自由にご記入下さい。

独居等で自宅退院困難な患者さんの対応等について

ターミナル、在宅医療と介護連携
在宅での多職種による連携の取り組み事例など
心臓リハビリテーション関係
「栄養」のテーマをまた取り上げていただく機会がありますとありがたいです。 栄養のサマリーとして、診療報酬に「栄養情報提供加算」があります。この加算を算定しておられる医療機関を把握できていませんが、その事例(提供後の在宅関係者の関わり、できればうまくいっている事例も含めて)を紹介していただくと、関係者に認知が広がり連携に役立つのではと思います。
在宅へむけて栄養の情報をどう共有するかについて
病院職員が多いので、病院と在宅の連携について深められるといいなと思います。 包括の立場としては、「フレイル」のテーマは今後も入れてほしいです。病院の専門職は、重症患者に目が行きがちですが、退院後の患者様の自立した生活のためにできる連携が考えられたらいいなと思います。
在宅での栄養サポートで入院中にできること。サポートできることなど。