

第4章 事業提供の流れ

予防給付、介護予防・生活支援サービス事業における各種プログラムは、「1 事前アセスメント」→「2 個別サービス計画の作成」→「3 説明と同意」→「4 プログラムの実施」→「5 モニタリング・事後アセスメント・評価」の過程に沿って実施します。
 (具体的には、P. 49のフロー図を参照してください)

1 事前アセスメント

医師、理学療法士、保健師、看護師などは、事業実施前に対象者の健康状態、生活習慣、体力水準などの個別の状態を把握し、事前アセスメントを行います。

予防給付、介護予防・生活支援サービス事業は、どちらも基本的なアセスメント項目は同様ですが、予防給付では、生活機能の低下がより大きい高齢者を対象とするため、理学療法士、管理栄養士(栄養士)、歯科衛生士等による専門的な評価を加えることで、安全なサービス提供が可能となります。

アセスメントを行うにあたっては、体力測定等行うこととなりますが、安全で正確な測定を行うために、従事者の事前研修を十分行う必要があります。

運動器の機能向上について

介護予防・生活支援サービス事業		予防給付	
医学的側面に関する評価(医師、理学療法士、保健師、看護師など)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既往歴、家族歴、服薬、生活習慣病等の状況 ・ ニーズの聴取 ・ 自覚症状の有無 ・ 脈拍測定 ・ 血圧測定 ・ 痛み ・ 日常生活活動能力等 	看護師等医療従事者によるリスク評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既往歴、家族歴、服薬、生活習慣病等の状況 ・ 自覚症状の有無 ・ 脈拍測定 ・ 血圧測定
		理学療法士等による評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ ニーズの聴取 ・ 関節可動域 ・ 筋力 ・ 感覚 ・ 痛み ・ 身体アライメント* ・ 日常生活活動能力等

体力測定 ※ 参考 P.50～66	<ul style="list-style-type: none"> ・ 握力 ・ 開眼片足立ち時間 ・ Timed up&Go テスト ・ 歩行能力 (通常・最大歩行速度) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 握力 ・ 下肢筋力 ・ ファンクショナルリーチ ・ 開眼片足立ち時間 ・ Timed up&Go テスト ・ 歩行能力 (通常・最大歩行速度)
健康関連 QOL ※ 参考 P.67～69	質問紙調査	質問紙調査

* 身体アライメントとは、運動時の姿勢で頭部、体幹、四肢など、それぞれの体節の位置関係を表します。

□ 口 腔 機 能 の 向 上 に つ い て

アセスメントは、主に次の4つの項目について把握します。

- 1 QOL に関すること
- 2 食事に関すること
- 3 口腔衛生に関すること
- 4 摂食・嚥下機能に関すること

以下にアセスメントの主な項目一覧を示します。

項目	介護職によるアセスメント	専門職によるアセスメント
QOL	(1) 食事が楽しみですか (2) 食事をおいしく食べていますか (3) しっかり食事が摂れていますか (4) お口の健康状態はどうですか (5) しゃべりにくくなっていませんか	なし
食事	(1) 食事への意欲はありますか (2) 食事中や食後のむせ (3) 食事中の食べこぼし (4) 食事中や食後のタンのからみ (5) 食事の量（残食量） (6) 口臭 (7) 舌・歯・入れ歯などの汚れ	なし

衛生	なし	(1) 食物残渣 (2) 舌苔 (3) 義歯あるいは歯の汚れ (4) 口臭 (5) 口腔衛生習慣（声かけの必要性） (6) 口腔清掃の自立状況 (7) ここ1ヶ月の発熱回数 （(6)・(7)は要介護者のみ）
その他	(1) 今回のサービスなどで好ましい変化が認められたもの (2) 生活意識の変化	
機能①		(1) 反復唾液嚥下テスト（RSST）の積算時間 (2) オーラルディアドコキネシス (3) 頬の膨らまし（空ぶくぶくうがい）
追補） 機能② （更に詳細に 実施する場合）	* 質問紙	* 唾液嚥下 * 発声持続時間 * 改訂水飲みテスト * フードテスト

栄 養 改 善 に つ い て

[事前アセスメントで把握する内容]

食習慣、食事に関する思考、禁忌、アレルギー、食事療法、食事摂取行為の自立、形態、個別相談や医師・管理栄養士への相談の必要性 など

毎日の食事づくりや買物の状況、口腔内の問題、摂食・嚥下障害、閉じこもりやつ、認知症 など

※ 記入は利用者ご自身やご家族、あるいは担当者が行います。

	アセスメント項目	目的	留意事項
①	好きな食べ物は？（いくつでも）	嗜好	日常적으로よく食べる・食べないに関わらず、利用者の嗜好意識に基づいて記入してください。「甘いもの」「塩辛いもの」など味覚に関することや、お酒・コーヒー等の嗜好も同様に把握します。
②	嫌いな食べ物は？（いくつでも）		
③	よく食べる物は？（いくつでも）	食事習慣	日常적으로よく食べる食品・料理などを記入してください。季節（旬）に応じて変化する場合は、その状況も把握します。お酒やコーヒー等、習慣となっている嗜好品も同様に把握します。

④	わたしの趣味は？(いくつでも)	生活習慣	「ない」と答えた方は、包括支援センターによる事前チェックを確認しながら、今後の事業で共有できることを把握します。
⑤	わたしが一番やってみたいことは？	生活習慣	包括支援センターによる事前チェックを確認しながら、栄養改善計画書につながることを把握します。
⑥	現在の健康状態はいかがですか	健康感	主観的に聞いてください。訴える症状があれば、その状況も把握します。
⑦	食べ物でアレルギー症状（食べると下痢や湿疹などの症状が出る）が出ますか？	アレルギー	「はい」と答えた方は、現在・過去を問わず具体的な食品名を記入してください。「過去にアレルギーが出たが、現在は出ない。」といった食品があった場合は、その状況も把握します。
⑧	現在治療中の病気はありますか？（治療の内容・服薬の種類等）	疾病・服薬	服薬の種類については、名前まで具体的に記入する必要はありませんが、血液の抗凝固剤ワルファリンカリウム（商標名ワーファリン）や高血圧治療のカルシウム拮抗薬など、食品との組み合わせで禁忌となるものがある場合は、具体的に記入し把握します。
⑨	医師に食事療法をするように言われていますか？	食事療法の有無	「はい」と答えた方は、具体的な食事療法について記入してもらい把握します。また、「減塩に気をつけている」「カロリー（エネルギー）を気にして食べている」等、医師から言われていなくても、本人が意識して行っていることもあれば記入し把握します。
⑩	食事の姿勢や食べる動作に不自由を感じますか？	食事摂取行為への自立	「はい」と答えた方は、不自由さを感じている部分や、分かる場合は理由も具体的に記入し把握します。
⑪	日常的に身体を動かさなくなってきましたか？	食事摂取行為への自立	「はい」と答えた方は、身体を動かさなくなった理由や気づいている理由も具体的に記入し把握します。
⑫	食事は小さくしたり、刻んだりしないと食べられませんか？	食事摂取形態	「はい」と答えた方は、一口大・刻み食など具体的に記入してください。やわらかめにしないと噛みにくい・飲み込みにくいなどの場合も同様に把握します。また、「義歯が合わない」など理由が分かる場合は理由も記入し把握します。

⑬	食事は主に、いつ、どこで、誰と、どんなものをどのくらい食べていますか？（たとえば、前日の食事はどうでしたか？）	実態状況	利用者の具体的な食事内容・時間・食環境を把握する項目です。具体的に把握するために、たとえば前日の食事に関して、いつ（時間）・どこで（場所）・誰と・どんなものをどのくらい（食事の内容）の項目に分けてできるだけ詳しく記入します。食事の内容に関しては、具体的に記載しにくい場合、献立名と量を記入し把握します。また、間食に関しては食べたものと量を、食事作りに関しては役割分担なども出来るだけ詳しく把握します。
---	---	------	--

※ 自己チェック表です。利用者の方には、答えの欄に「はい」「いいえ」で答えていただきます。利用者がチェックをした後、担当者が確認し、具体的な内容を聞き取り記入します。

	アセスメント項目	留意事項
①	歯や口腔、飲み込みに問題がありますか？	「はい」と答えた方は、歯や口腔状態について、「歯が痛い」「義歯が合わない」「飲み込みにくい」「味覚が鈍くなってきたと感じている」など、食べることに支障があると感じていることや、「口臭が気になる」「むせがある」など気になることがあれば記入し把握します。
②	下痢が続いたり、下剤を常用していますか？	「はい」と答えた方は、定期的な下痢がある場合、その頻度や下痢のサイクル・下痢時の食欲などを記入し把握します。現在下痢をしている場合も、その状態を把握します。また、下剤を常用している場合も同様に把握します。
③	便秘が続いていますか？	「はい」と答えた方は、定期的な便秘がある場合、その頻度や排便のサイクル・便秘時の食欲などを記入し把握します。現在便秘をしている場合も、その状態を把握します。また、下剤を常用している場合も同様に把握します。
④	最近、入院を経験しましたか？	最近3か月位の間で「はい」と答えた方は、入院の原因となった疾病名・入院期間・入院前後の食生活変化などを記入し把握します。
⑤	1日6種類以上の薬をのんでいますか？（サプリメント・漢方薬を含む）	「はい」と答えた方は、具体的な薬品名が判れば記入してください。また、服用し始めた時期や理由なども具体的に把握します。
⑥	1日に3食食べていますか？	「はい」「いいえ」に限らず、1日の具体的な食事時間を記入し把握します。また、1日2食以下となった理由が分かれば同様に把握します。

⑦	主食（ごはんなど）を食べる量が減ってきましたか？量はどれくらいですか？	「はい」「いいえ」に限らず、1食に食べている量の平均を記入し把握します。1日3食で主食が異なったり量が違う場合、同様に記入し把握します。また、以前はどのくらい食べていたのかも分かれば記入します。
⑧	肉は食べていますか？頻度・量はどれくらいですか？	「はい」「いいえ」に限らず、主菜として食べている肉の1週間単位の頻度・1回に食べる量の平均を記入し把握します。量の把握が難しい場合は、献立名で記入します。 例) 肉入り野菜炒め 1皿分 … 1～2回/週 ステーキ・ハンバーグなど 1皿分 … 1～2回/週 肉じゃがなどの煮物 1皿分 … 2～3回/週 など
⑨	魚は食べていますか？頻度・量はどれくらいですか？	「はい」「いいえ」に限らず、主菜として食べている魚の1週間単位の頻度・1回に食べる量の平均を記入し把握します。量の把握が難しい場合は、献立名で記入します。 例) 魚の切り身 … 2～3切れ/週 あじ・さんま等の尾頭付きの魚 … 1～2回/週 ししゃも … 2匹/毎日 など
⑩	野菜、果物は食べていますか？頻度・量はどれくらいですか？	「はい」「いいえ」に限らず、食べている野菜や果物の1週間単位の頻度・1回に食べる量の平均を記入し把握します。量の把握が難しい場合は、食品名や献立名で記入します。 例) りんご … 1個/週 野菜炒め … 1～2回/週
⑪	卵は毎日食べていますか？	「はい」と答えた方は、1日の量を記入し把握します。「いいえ」と答えた方は、1週間単位の量で記入し把握します。 例) 毎日1個、3～4個/週 など
⑫	牛乳・乳製品は毎日食べていますか？	「はい」と答えた方は、1日の量を記入し把握します。「いいえ」と答えた方は、1週間単位の量で記入し把握します。 例) コップ1杯/毎日 ヨーグルト1カップ/毎日 角チーズ2～3個/週 など
⑬	大豆・大豆製品は毎日食べていますか？	「はい」と答えた方は、1日の量を記入し把握します。「いいえ」と答えた方は、1週間単位の量で記入し把握します。 例) 納豆1パック/毎日 豆腐1/3丁/毎朝 煮豆小鉢1杯 … 2～3回/週 など
⑭	水分を意識してとっていますか？	「いいえ」と答えた方は、以前に比べて水分摂取量が減ってきていないか確認します。また、「夜トイレに起きるのが嫌だ」など、理由も分かれば記入し把握します。

⑮	食事を1人ですることはありますか？	「はい」と答えた方は、朝・昼・夕食のうち、いつの食事を1人で食べているかを記入し把握します。独居の場合は「独居のため」と記入し把握します。
⑯	自分で食べ物を買に行ったり、食事の支度をするのに不自由や面倒くさいと感じていますか？	「はい」と答えた方は、不自由だと感じている理由が判れば記入し把握します。
⑰	食べる気力や楽しみを感じていますか？	「いいえ」と答えた方はその理由が判れば記入します。
⑱ ⑲ ⑳ ㉑	身長(cm)・体重(kg)・BMI・体重増減	記入ができない場合は、担当者が記入する。

【参考資料】

※一例であり、対象者の状態などに応じて適宜必要なものを作成・選択して用いること

■参考資料1：事前アセスメント表（例）

お名前 _____		記入日 年 月 日	
A. 個別相談や医師への相談の必要性			
1	この3ヶ月以内に、手術や食事療法の必要な入院をしましたか	はい	いいえ
2	呼吸器疾患、消化器疾患、糖尿病、腎臓病などの慢性的な病気はありますか	はい	いいえ
3	下痢や便秘が続いていますか	はい	いいえ
B. 体重			
1	定期的に体重を測定していますか 直近の時期に測定した身長 _____ cm、体重 _____ kg	はい	いいえ
2	この3ヶ月間に体重が減少しましたか	はい	いいえ
3	この3ヶ月間に体重が増加しましたか	はい	いいえ
C. 食事の内容			
1	1日に何回食事をしますか	_____ 回	
2	肉、魚、豆類、卵などを1日に何回、食べますか	1日に _____ 回 または週に _____ 回	
3	野菜や果物を1日にどの位食べますか	1日に _____ 皿 または週に _____ 皿	
4	牛乳やヨーグルト、チーズなどの乳製品、豆乳を1日に何回位食べますか	1日に _____ 回 または週に _____ 回	
5	水、お茶、ジュース、コーヒーなどの飲み物を1日に何杯位飲みますか	1日に _____ 杯	
6	健康のためなどで、意識して食べている食品、補助食品、サプリメントなどがありますか	はい	いいえ
D. 食事の準備状況			
1	自分(料理担当者の(____))が、食べ物を買に行くのの不自由を感じますか		
2	自分(料理担当者の(____))が、食事の支度をするのに不自由を感じますか		
E. 食事の状況			
1	食欲はありますか	はい	いいえ
2	食事をすることは楽しいですか	はい	いいえ
3	1日に1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか	はい	いいえ
4	毎日、ほぼ決まった時間に食事や睡眠をとっていますか	はい	いいえ
F. 特別な配慮の必要性			
1	食べ物でアレルギー症状(食べると下痢や湿疹がでる)がでますか	はい	いいえ
2	1日に6種類以上の薬を飲んでいませんか	はい	いいえ
3	医師に食事療法をするように言われていますか	はい	いいえ
G. 口腔・嚥下			
1	小さくしたり刻まないと食べられない食品がありますか	はい	いいえ
2	飲み込みにくいと感じることがありますか	はい	いいえ
H. 主観的な意識			
1	自分の健康状態をどう思いますか	1(良い) 2 3 4 5(良くない)	
2	自分の健康状態を良くするために、食事の調整を出来ると思えますか	1(できる) 2 3 4(できない)	

(介護予防マニュアル第4版より)

■参考資料2：食事内容の記録（例）

食事は主に、いつ、どんなものを食べていますか？（たとえば、昨日はどうでしたか？）

		主食	主菜	副菜	その他
食事時間	食事	ごはん パン そば・うどん など	焼魚・肉料理 湯豆腐 卵焼き など	けんちん汁 サラダ ほうれん草お浸し など	果物 牛乳・ヨーグルト など
	(:) 朝				
	(:) 昼				
	(:) 夕				
	間食				

（介護予防マニュアル第4版より）

2 個別サービス計画の作成

サービス担当者は、事前アセスメントを行った後、個別サービス計画を作成します。当該計画を作成することにより、本人（参加者）と担当者が「共通の理解」を持って取り組むという大きな意味があります。

運動器の機能向上について

対象者の意向を十分踏まえながら具体的な個別サービス計画を作成する。

	介護予防・生活支援サービス事業	予防給付
目標の設定	事業やサービスの提供そのものを目的とせず、対象者の自己実現の達成を主眼とした目標を設定する。本人の具体的な生活上の希望を踏まえ、一定期間で達成可能な目標を設定します。	
計画の内容	事前アセスメントの結果や対象者の意向を踏まえて、プログラムの目標・内容、家庭や地域での自発的な取組の内容、実施機関、実施回数等を記載する。実施期間は、プログラムの内容に応じて、概ね3ヶ月から6ヶ月程度とし、実施回数は、対象者の負担とならずかつ効果が期待できる回数を設定する。	事前アセスメントにより、プログラムの実施に際して考慮すべきリスク・対象者のニーズ・心身の機能等を考慮し計画を策定する。個別計画には、運動の種類・実施期間・運動の頻度・一回の時間・実施形態を記載する。
モニタリングによる計画変更	以下の項目を把握し、必要に応じて適切な対応を行う。 <ul style="list-style-type: none"> ・脈拍 ・血圧 ・痛み ・疲労 	

プログラムの具体的な実施においては、概ね下記の期間を単位として計画を立てます。

地域支援事業の場合

介護予防・生活支援サービス事業

3～6ヶ月を1単位

予防給付の場合

マシンを用いた運動の場合 —————▶ 3ヶ月を1単位

マシンを用いない運動の場合 —————▶ 6ヶ月を1単位

(3ヶ月間を1単位とした進め方)

- 1ヶ月目⇒コンディショニング期間⇒筋肉や靭帯などの組織が運動負担に耐えられるようになるまで徐々に慣らしていく。
- 2ヶ月目⇒筋力向上期間⇒機能を向上させるためにこれまでより負担を漸増させやや高い水準の運動負担を行う。
- 3ヶ月目⇒機能的運動期間⇒日常生活活動や余暇活動などで必要とする複雑な動きを想定し日常の不具合を把握した運動。

□ 口 腔 機 能 の 向 上 に つ い て

【わたしのゴール】

- 本人（参加者）が記入する。サービス担当者が聞き取りにて記入してもよい。
- ★事前アセスメントの結果から現状を伝え、「こうありたい」姿、「こうしたい」生活など本人の意向を把握し、記入する。
 - 実現可能なもの、自分で決めたものが目標達成されやすい。
 - 口腔機能向上に関連するゴールでなかったとしても、本人の意見を尊重し、否定しない。

【ゴールに向かう身近な目標・目標達成のための具体的計画】

- サービス担当者が記入する。
- ★事前アセスメントの結果と「わたしのゴール」として記入した内容との共通点をさぐり、具体的な計画を作成する。
(地域包括支援センターが作成した介護予防支援計画表に基づいて作成。)
 - 口腔衛生に関して解決すべき課題、摂食・嚥下機能に関して解決すべき課題の2つを柱にして作成するとよい。
 - 居宅でも口腔清掃・健口体操・発声訓練が行えるよう、セルフプログラム（健口カレンダー）を活用する。

【実行や支援にあたって、注意することなど】

■サービス担当者が記入する。

★全身疾患に留意するなど、プログラム実行や支援にあたって、本人（参加者）が注意する事項について記入する。

●家族の有無などにも留意し、日常生活状況を考慮した具体的な内容にする。

例) 高血圧症の場合→高血圧のため、自宅でお口の体操等するときは、家族に見守ってもらいましょう。

栄 養 改 善 に つ い て

ア. 利用者が行う計画づくり

（利用者本人もしくは家族が参画して作成）

〔実施方法〕

わたしのゴール

利用者本人が記入します。

- ・個人、もしくは小グループ（5～6人程度）で意見交換しながら目標を決めます。
- ・管理栄養士が、利用者主体で、そして容易に取り組めるような目標づくりに配慮しながら、利用者本人による計画づくりの支援をします。

- ・ 栄養と違った内容でも利用者本人による目標なら否定しないようにします。
- ・ 疾病(糖尿病など)を持っている場合は、それを目標にすることもできます。

わたしのゴール ～ 体重編 ～

利用者本人が記入します。

- ・ 低栄養予防・肥満による生活習慣病予防から、BMI（体格指数）を計算します。
- ・ 各チェックによる目標ゴールの設定も行います。

イ. 栄養改善計画の作成（ゴールに向かう身近な目標・目標達成のため具体的な計画）

〔実施方法〕

担当者が作成します。

- ・事前アセスメント・わたしのゴールの共通点を拾い出し、具体的な計画を作成します。

■参考資料1：栄養改善計画書（例）

お名前 _____	作成日 _____	年 _____	月 _____	日 _____
わたしのゴール （〇〇〇ができるようになる、もっと元気そうになるなど）				
わたしの目標 （ 月 日まで） （体重を〇kg増やそう、毎日、〇〇〇を〇〇〇〇して食べようなど）				
わたしの計画（食事・その他） （目標を達成するための計画を書いてみましょう）				
特記事項				
担当者 _____				

（介護予防マニュアル第4版より）

3 説明と同意

対象者に分かりやすい形で、プログラムの内容、進め方、効果、プログラムに伴うリスク、緊急時の対応等を説明し、対象者からの同意を得ます。

対象者がプログラムの内容をよく理解した上で、参加を主体的に選択することは参加の意欲を高め、その後の自立した身体活動の維持のために不可欠な要素となります。

4 プログラムの実施

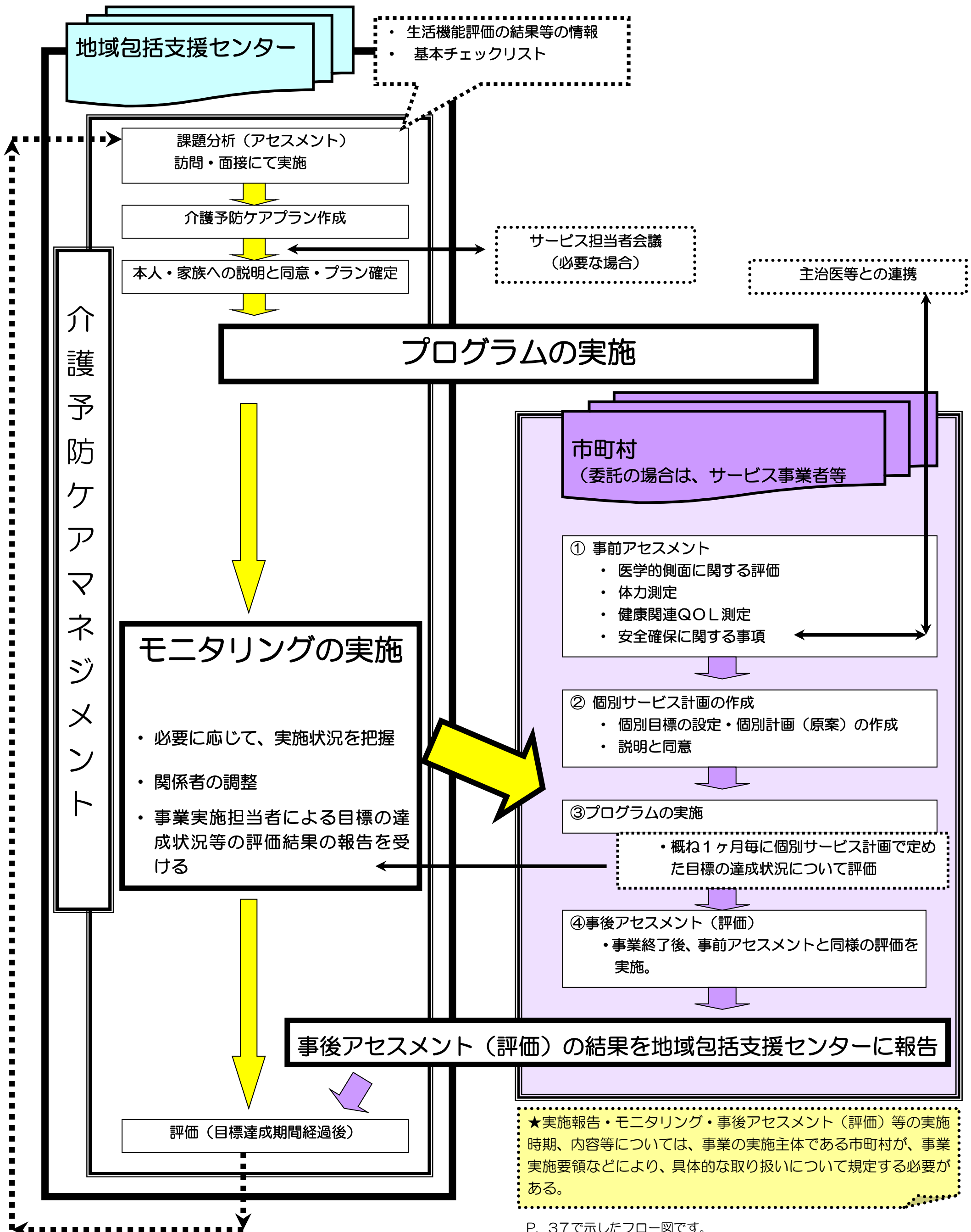
第5章 参照

5 モニタリング・事後アセスメント・評価

対象者に対して、適宜モニタリングを行いつつ、計画変更の必要性等確認をします。計画期間終了にあたっては、事後アセスメントの結果等を踏まえて評価を行います。事業実施後には、実施計画をもとに、目標の達成状況や日常生活活動能力等を含めた事後アセスメントを行い、目標の達成と客観的な機能向上の状態を評価を行います。

事前・事後アセスメントの結果から、目標の達成状況、客観的な機能向上の変化、健康関連QOLの変化等を地域包括支援センターに報告します。

★介護予防・生活支援サービス事業の流れ（一例）



P. 37で示したフロー図です。

運動器の機能向上のアセスメント

体力測定の実施について

アセスメント項目の一つである体力測定の基本的な実施方法について説明します。

体力測定は、生活を遂行していくために必要な筋力、柔軟性、バランス機能、歩行能力、複合動作能力の各体力要素を評価し、どの要素が低下しているかを把握することで生活機能の低下を予防することにつながっていきます。

体力測定の実施の意義としては、①個人の体力評価 ②運動プログラムを考える上での指標 ③モチベーションを維持するための指標になることが考えられます。ぜひ、運動機能の向上を目指して活用ください。

1 測定種目一覧（推奨）

体力測定の項目は、目的に応じた適切な種類を選択する必要があります。また、結果の基準が明確で、運動やトレーニング等の効果を取り組みの前と後で比較できる項目が適しているといえます。表 1 に推奨する測定項目を記しました。

表 1 推奨する測定項目一覧

要素	種目	参照
1) 筋力	(1) 握力 ※	p52
	(2) 下肢筋力	
	ア 5回立ち上がりテスト	p53
	イ 椅子からの立ち上がりテスト (CS-30)	p54
	ウ 下肢筋力測定器を使用する方法	p55
2) 柔軟性	長座位体前屈	p56
3) 静的バランス	開眼片足立ち ※	p57
4) 動的バランス	ファンクショナルリーチテスト	p59
5) 歩行能力	(1) 5m 通常歩行速度 ※	p61
	(2) 5m 最大歩行速度 ※	p61
6) 複合動作能力	Timed up & go test ※	p62

※ 厚生労働省 介護予防マニュアル（改訂版）で推奨される体力測定項目

2 体力測定実施における注意点

- 1) 高齢者は、些細なことでも大きなケガになるため、細心の注意を払う必要があります。また、具合が悪くなった人がいたら、直ちに医師または現場責任者に連絡し事故防止に努めましょう。
- 2) 測定者は、測定にあたっては数値のバラツキ等が生じないように必ず練習をして測定を行います。また、測定に慣れが生じてくると正確性にかけることにつながりますので注意しましょう。
また、測定者は、各測定の概略を対象者に簡単に説明し、手順に従って正確に測定します。教示は、正確に行います。
- 3) 数値にバラツキが出ないようにするために、再び測定する際は使用するもの、測定の場所・靴を履いて行うか否か・測定する人等の環境を前回測定時と変えないように配慮します。
- 4) 測定項目を配置する場合の留意点としては、
 - ・広いスペースが必要な項目から、場所を設定する。
 - ・測定時間が長い項目を続けて実施しない。
 - ・対象者の疲労を考慮に入れ、体力測定項目の順序を考えて実施する。等があります。
- 5) 体力測定データを記録表に記入するときに誤りがないように注意します。不測の事態などで正常に測定が終了しなかったと疑念が生じた場合には、測定を再度行います。

3 測定の方法

1) 筋力

筋力は生活の諸動作遂行に欠かせないものです。筋力低下はとりもなおさず、生活機能の低下に直結しています。下肢筋力は当然ながら、握力を測定することは単に手の筋力を測定するのではなく、身体他の筋群との関係が深いことも意味しており、握力と生存率が語られることもあります。筋力は、加齢と共に生活範囲が狭くなり生活機能が低下していることを反映する指標になります。

(1) 握力

- 【準備品】
- ・ スメドレー式又はデジタル式握力計
 - ・ 記録用紙及び筆記用具

【測定手順】

- ① 両足を肩幅程度に開いて安定した立位姿勢をとり、両腕は自然に下へたらす。
- ② 握りは示指の近位指節間関節（人差し指の第2関節）がほぼ垂直に曲がるように握り幅を調節する。
- ③ 握力計の指針を外側にして、体に触れないように軽く肩を外転位にし、カー杯握らせる。
- ④ 利き手（又は力の出しやすい方）を2回測定し、小数点以下を四捨五入し整数で記入する。

- 【教示】
- ・ 1回目は「体に触れないようにカー杯握ってみましょう」に統一する。
 - ・ 2回目は「もう少しがんばってみましょう」と教示する。

- 【注意】
- ・ 測定の際には、握力計が体や衣服に触れたまま握ったり反対の手で押さえたり、握力計を振ったりしないように注意する。
 - ・ 特に血圧が高めの受診者には、息を止めないように注意する。

図1: 握力計の調整・握り方



図2: 握力計の測定姿勢



(2) 下肢筋力

ア 5回立ち上がりテスト

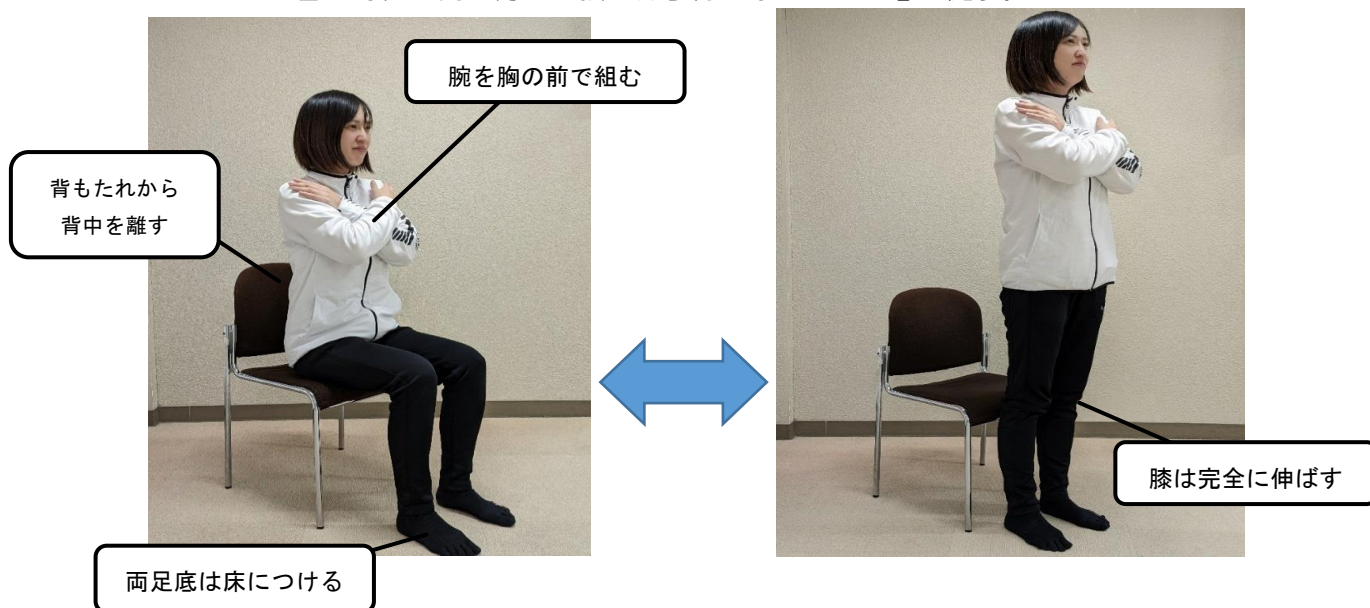
- 【準備品】
- ・ストップウォッチ
 - ・椅子：肘掛けのない椅子で、高さ 40cm 程度のもの
(標準的なパイプ椅子のようなもの)
 - ・記録用紙及び筆記用具

【測定手順】

- ① 背もたれにもたれないように椅子に座る。
- ② 両手は胸の前で組み、両足底を床につける。
- ③ 測定者の合図に従い、両膝が完全に伸展するまで立ち上がり、素早く座位姿勢に戻る。
- ④ 座位姿勢より、5回の立ち上がり動作完了(最終姿勢は立位)までの時間を測定する。
カウントは、座位→立位で1カウントとする。

- 【教示】
- ・開始する前に、「腕を胸の前で組んで、できる限り速く、椅子から5回連続で立ち上がってください。立ち上がる時は、膝を完全に伸ばしてください。座る時は、お尻が座面についたら、座り込まずにすぐ立ち上がってください。」と教示する。

- 【注意】
- ・椅子は後方にずれないように、背もたれを壁につけたり、テープなどを用いて地面に固定することが望ましい。
 - ・起立時、両膝が完全に伸展していることを確認する。これが不十分な場合には、一度測定を中止し、再度確認してから実施する。
 - ・着座時、お尻を椅子に強く打ち付けないように注意を促す。



イ 椅子からの立ち上がりテスト（下肢筋力の代替えテスト：CS-30）

- 【準備品】
- ・ストップウォッチ
 - ・椅子：肘掛けのない椅子で、高さ 40cmのもの
（或いは高さ 40cmの昇降運動踏み台でも可）
 - ・記録用紙及び筆記用具

【測定手順】

- ① 測定の際の履き物は、踵の低いものか素足で行う。
- ② 開始姿勢は、椅子の中央部より少し前に座り、わずかに前傾姿勢（約 10 度前屈）で座る。
- ③ 両膝は握り拳一つ分ぐらい開く。
- ④ 両手は両肩を抱くか胸の前で組んでもらい（腕の反動を使わない）、踵を軽く引き足裏を床に着ける。
- ⑤ 測定者の合図に従い、両膝が完全に伸展するまで立ち上がり、素早く座位姿勢に戻る。
- ⑥ 練習を 5～10 回実施してから測定を行う。
- ⑦ カウントは座った状態から立って再び座って 1 回とカウントする。
- ⑧ 測定者はストップウォッチで 30 秒計りながら回数を数える。30 秒経過時に中途のものはカウントしない。1 回測定する。
（測定者の開始合図から 30 秒でストップをかける）

【教示】

- ・開始する前に「立った時に完全に膝が伸びていること、おしりが座面についたらすぐに立ち上がること、この 2 点に注意してください」と教示する。

【注意】

- ・直立時、完全に膝が伸展しており、膝・腰・体幹・肩が可能な限り一直線になっていること。これが不十分な場合にはカウントしない。もし、その理解が不十分な場合は、再度確認してから実施する。
- ・座った時、臀部が椅子の前面に着地していること。但し、座り込まずにすぐ立つように促す。
- ・椅子は後方にずれないように固定しておくが良い。



ウ 下肢筋力測定器を使用する場合

- 【準備品】
- 下肢筋力測定器
 - 椅子：肘掛けのない椅子で、高さ 40 cmのもの
(或いは高さ 40 cmの昇降運動踏み台でも可)
 - 記録用紙及び筆記用具

【測定手順】

- ① 椅子のやや前方に膝裏と椅子の座面の端との間に 2 横指分程度空けた状態で座り、膝を 90 度屈曲し下腿を下垂する。体幹は背筋を伸ばした状態で両手は椅子の両端をつかむ（ゆとりを持たせて座ると、膝の力が入りやすくなるため）。
- ② 下肢筋力測定器を下腿下部前面（外踝より 5 cm上付近）に当て、膝関節屈曲角度が 90 度になるようにベルトを調節し、軽く力を入れてもらい、痛みや姿勢を確認する。
- ③ 利き足（ボールを蹴る足）あるいは力の強い方の足で膝が屈曲角度 90 度から伸びない力の入れ方（等尺性膝伸展筋力）を 3 秒間、2 回測定する。一気に力を入れず、じわじわと力を入れてもらう。
- ④ 数値の小数点第二位以下は四捨五入して、同第一位まで求める。

- 【教示】
- 開始前に「じわじわと膝を伸ばしてください。」と伝え、測定中に最大努力が出来るよう「力を入れてください。もっとこれ以上でないくらいに力を入れてください」と教示する。

- 【注意】
- 測定中に膝に痛みを訴える場合には中止する。

2) 柔軟性

柔軟性は、スムーズな動作を行うために必要な要素です。柔軟性の低下は日常生活での諸動作のぎこちなさや無理な姿勢を強いることとなり、転倒などのリスクが高まることとなります。

長座位体前屈

- 【準備品】
- ・長座位体前屈計 もしくは長方形の箱、段ボール、リーチ計測器
 - ・メジャー、ものさし
 - ・記録用紙及び筆記用具

【測定手順：長座位体前屈計を使用した場合】

* 長座位体前屈計がない場合の測定は、長方形の箱、段ボール、リーチ計測器での代用が可能である。

- ① 開始姿勢は、背筋を伸ばし壁に背と尻をぴったりと付け、長座位姿勢をとる。ただし、足首の角度は固定しない。
- ② 開始姿勢の状態で腕（肘を伸ばす）を前方に伸ばし、測定器の中央付近と手のひら中央付近が一致するように測定機器の位置を調整する。
- ③ 表示部が0点であることを確認する。
- ④ 両手を測定器から離さずにゆっくりと前屈して、出来るだけ遠くまっすぐ前方へ測定器を押し出す。この時、反動を付けて押し出したり、膝を曲げたり、又は股関節を外旋しないように（つま先が外へ開かないように）注意する。
- ⑤ 最大前屈した後、上体をもとに戻す。
- ⑥ 測定は、最大前屈時点の距離を測定し、2回実施してその平均値をとる。mm 以下は切り捨てて読み取る。

【注意点】

- ・脊椎の圧迫骨折や腰椎固定術などがある場合には行わない。

長座位体前屈計での測定



背筋を伸ばし直角に座った姿勢で、「前にならえ」をした指先端を開始姿勢とし、機器をゼロ点に合わせる。



反動を付けたり、膝を曲げたりしないよう出来るだけ遠くへ押し出してもらう。測定は2回実施。

3) 静的バランス

通常の生活場面では、立ったままズボンをはく・靴下を脱ぐなどの動作を安全に行うためには平衡感覚が重要です。加齢とともに最も低下するのが平衡機能です。そのために転倒のリスクも高くなります。加齢とともに低下していく平衡機能を測定する方法です。

開眼片足立ち時間

- 【準備品】
- ・ストップウォッチ
 - ・記録用紙及び筆記用具

【測定手順】

- ① 目を開けた状態で、両手は軽く側方に下ろし、片足を床から離して上げる。挙げる足は挙げやすい側とする。挙げる方向は、前方・後方どちらに上げてても良いが、立っている足（支持脚）に着けないようにする。
そして、次のいずれかの状態が発生するまでの時間を測定する。
 - ・挙げている足が床に着いた時
 - ・立っている足がずれた時
 - ・挙げている足を立っている脚に着けたり支えたりした時
 - ・立っている足以外の体の一部が床に触れた時
- ② 立っている足が右か左かを記載する。
- ③ 実際に足が床から離れた瞬間を測定開始時間としてストップウォッチをスタートする。
- ④ 測定時間は最大 60 秒までとして 2 回測定を行う。1 回目で 60 秒に達した場合には 2 回目は行わない。
- ⑤ 測定時間の秒未満は切り捨てて読み、2 回の測定の大きい方をとる。

【教示】

- ・「片足で立ってられる時間を計ります。どちらの足が挙げやすいですか？」
(ここで実際にやってもらうことで練習にもなる。)
- ・「足を挙げる位置は前でも横でも後ろでもかまいませんが、立っている足にくっつけるとやり直しになります。また、立っている足がずれるとその時点で測定終了となりますので軸足がずれないように片足で立ってください。それでは、前の印を見て、準備が出来たら足を挙げてください。」(「はい、始めてください。」とは言わない。)と教示する。
また、まったくできない者には、「前方の印を見ながら足踏みしてください。」と教示する。(足踏みができれば 1 秒とする。)

- 【注意】
- ・測定者は、対象者の傍らに立ち安全を確保する。もしバランスを崩しても支えられる場所につく。
 - ・滑らない床面で実施する。

片足開眼立ち時間

開始姿勢



足の上げる方向は前でも後方でも良い



挙げた足を軸足に
触れるのは違反

4) 動的バランス

動きながらバランスを保つ能力を測定する方法です。

ファンクショナルリーチ（機能的上肢到達検査）

- 【準備品】
- 壁面、測定に有効な壁面がない場合にはホワイトボードとマーカー
 - ビニールテープ
 - 付箋
 - メジャー

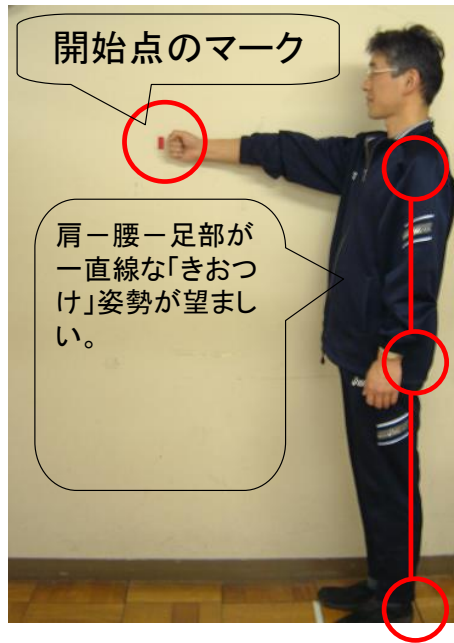
【測定手順】

- ① 床に壁と垂直になるようにビニールテープを張り、開始線を設定する。
- ② 開始線に両足のつま先を合わせて壁に向かって横向きに立ち、両足は少し開き安定した基本姿勢（肩峰—大転子—外果を結ぶ線が一直線で床に対して垂直）を作る。
- ③ 受診者は、基本姿勢を崩さずに手を軽く握り両腕を90度拳上させる（肩の高さまであげる）。その際に体幹が回旋しないよう（ひねらないよう）に注意する。
- ④ 肩の高さに挙げた拳のMP関節（中手指節）の地点を付箋でマークし、もう一方の手は大腿に着けている。
- ⑤ 拳を同じ高さに保ちながら、足を動かさず出来るだけ前方へ手を伸ばし、最遠地点をマークする。この際、踵が浮いてもつま先立ちになっても良いが、足が動いてしまったり、壁に手をついて支えた場合にはやり直しをする。体は捻っても良い。
- ⑥ その後開始姿勢の直立に戻る。開始姿勢に戻れない場合にはやり直しとなる。この施行1回の測定となり、2度測定を行う。
- ⑦ マーク間の水平距離を測定し、小数点第一位（mm）まで記載する。

- 【教示】
- 1回目は「拳を同じ高さに保ったまま出来るだけ遠くに伸ばし、元の姿勢に戻ってください」に統一する。
 - 2回目は「もう少しがんばりましょう」と教示する。

- 【注意】
- 壁により掛かる、前に踏み出す、元の状態に戻れない、等の場合には再度測定をする。
 - 補助者を配置し、安全を確保する。

ファンクショナル・リーチ



かかとは浮いても良い。

5) 歩行能力

(1) 5m通常歩行速度

(2) 5m最大歩行速度

- 【準備品】
- ・ マスキングテープ
 - ・ ストップウォッチ
 - ・ 記録用紙及び筆記用具

【測定手順】

- ① 前後予備路 3m、測定区間 5mの計 11m（最小 10m）の歩行路を教示に従い歩いてもらう。
- ② 振り出した脚（遊脚相）の足部が測定区間始まりのテープ（3m地点）を超えた時点から、測定区間終わりのテープ（8m地点）を振り出した脚（遊脚相）の足部が超えるまでの所要時間をストップウォッチにて計測する。
- ③ 測定は通常歩行速度 1 回、最大歩行速度 2 回を測定し上位の方を記入する。
- ④ 測定値は小数点第二位以下を四捨五入して、小数点第一位で記入（例：6.1 秒）。

- 【教示】
- ・ 通常歩行速度を測る場合は「いつものように歩いてください」に統一する。
 - ・ 最大歩行速度は、1 回目は「出来るだけ速く歩いてください」（走らないでください）と教示し、2 回目は「もう一度できるだけ速く歩いてください」と教示する。

- 【注意】
- ・ 走らせないようにする。
 - ・ 測定者は、対象者の若干後方を歩き、対象者の前を歩かない。
（前を歩くことは誘導につながる）

6) 複合動作能力

日常生活に近い一連の動的バランスを含み、総合的に評価できるものです。必要な下肢筋力や体幹の筋力と協調性、方向転換に必要な立ち直り反応などの総合的な要素を含んでいます。また、転倒リスクの予測感度が高いものとされ、20 秒以内であれば屋外歩行可能、30 秒以上では日常生活上の介助が必要との報告があります。

Timed up & go test (TUG)

- 【準備品】
- ・椅子
 - ・コーン（1ケ）
 - ・ストップウォッチ
 - ・メジャー
 - ・記録用紙及び筆記用具

【測定手順】

- ① スタート姿勢は、背中を垂直にして椅子に座り、手は、腿のう上に置く。その際、両足は床に着くように配慮する。
- ② 椅子から立ち上がり、椅子の足の先から 3m先に設置されたコーンの目印を折り返し、再び椅子に座るまでの時間を計測する。
- ③ 測定者の声かけに従い、受診者は安全かつ迅速に立ち上がり、危険のない範囲でできるだけ速く、前方のコーンを回って（回る方向は自由）再び椅子に腰掛けてもらう。
*脳卒中後片麻痺の対象者の場合は、健側を軸に回ることによって統一する。回る方向で片麻痺の場合には速さが異なり、前後で違う計測をすると効果判定にも影響する。
- ④ 測定時間は、測定者のスタート合図で対象者が立ち上がって、再び椅子に着座するまでの時間を小数点以下第二位まで計測し、四捨五入し小数点第一位まで記録する。
- ⑤ 1 回練習を実施し、測定は 2 回行い、速い方の時間を採用する。

- 【教示】
- ・1 回目は「出来るだけ早く回ってもどってきてください」に統一する。
 - ・2 回目は「もう少しがんばってみましょう」と教示する。

- 【注意】
- ・回る時や椅子に座る時に安全に留意する。測定者自身、あるいは補助者が一緒について移動し、安全を確保しながら測定する。

Timed Up & Go Test(TUG)



開始



終了

4 測定種目基準値

測定種目		低い←……………→高い						
		レベル	最大値 最小値	1	2	3	4	5
1) 筋力	(1) 握力(kg)	男	未満	25	29	33	37	
			以上		25	29	33	37
		女	未満	15	18	21	24	
			以上		15	18	21	24
	(2) 下肢筋力(N)	男	未満	135	209	262	323	
			以上		135	209	262	323
		女	未満	81	141	177	216	
			以上		81	141	177	216
2) 柔軟性	長座位体前屈(cm)	男	未満	21	31	41	51	
			以上		21	31	41	51
		女	未満	24	35	43	51	
			以上		24	35	43	51
3) 静的バランス	開眼片足立ち(秒)	男	未満	5	13	30	60	
			以上		5	13	30	60
		女	未満	4	10	23	60	
			以上		4	10	23	60
4) 動的バランス	ファンクショナルリーチ(cm)	男	未満	29.5	33.0	36.0	39.0	
			以上		29.5	33.0	36.0	39.0
		女	未満	25.5	30.0	33.0	36.5	
			以上		25.5	30.0	33.0	36.5
5) 歩行能力	(1) 5m通常歩行速度(秒)	男	未満		5.0	4.4	4.0	3.6
			以上	5.0	4.4	4.0	3.6	
		女	未満		5.6	4.8	4.2	3.8
			以上	5.6	4.8	4.2	3.8	
	(2) 5m最大歩行時間(秒)	男	未満		3.2	2.8	2.4	2.2
			以上	3.2	2.8	2.4	2.2	
		女	未満		3.8	3.2	2.8	2.4
			以上	3.8	3.2	2.8	2.4	
6) 複合動作能力	Time up & go test(秒)	男	未満		7.2	6.1	5.5	5.0
			以上	7.2	6.1	5.5	5.0	
		女	未満		8.9	7.5	6.5	5.8
			以上	8.9	7.5	6.5	5.8	

鈴木隆雄・大淵修一監修「指導者のための介護予防完全マニュアル」より引用・改変

1) 筋力 (2) -イ 下肢筋力

椅子立ち上がりテスト：CS-30の5段階階級別評価表

	年齢 階層	評定				
		優れている 5	やや優れている 4	普通 3	やや劣っている 2	劣っている 1
男性	20~29	38以上	37~33	32~28	27~23	22以下
	30~39	37以上	36~31	30~26	25~21	20以下
	40~49	36以上	35~30	29~25	24~20	19以下
	50~59	32以上	31~28	27~22	21~18	17以下
	60~64	32以上	31~26	25~20	19~14	13以下
	65~69	26以上	25~22	21~18	17~14	13以下
	70~74	25以上	24~21	20~16	15~12	11以下
	74~79	22以上	21~18	17~15	14~11	10以下
80歳以上	20以上	19~17	16~14	13~10	9以下	
女性	20~29	35以上	34~29	28~23	22~18	17以下
	30~39	34以上	33~29	28~24	23~18	17以下
	40~49	34以上	33~28	27~23	22~17	16以下
	50~59	30以上	29~25	24~20	19~16	15以下
	60~64	29以上	28~24	23~19	18~14	13以下
	65~69	27以上	26~22	21~17	16~12	11以下
	70~74	24以上	23~20	19~15	14~10	9以下
	74~79	22以上	21~18	17~13	12~9	8以下
80歳以上	20以上	19~17	16~13	12~9	8以下	

出典：中谷敏昭他，30秒椅子立ち上がりテスト(CS-30)成績の加齢変化と標準値の作成，臨床スポーツ医学 20(3)；349-355，2003

厚生労働省 介護予防マニュアル（改訂版）で推奨される体力測定の結果の判断（5段階）

		レベル	握力	開眼片足 立ち時間	TUG	5m歩行時間 (通常)	5m歩行時間 (最大)
男性	二次予 防対象 者	1	<=20.9	<=2.6	>=13.0	>=7.2	>=5.4
		2	21.0-25.3	2.7-4.7	11.0-12.9	5.7-7.1	4.4-5.3
		3	25.4-29.2	4.8-9.5	9.1-10.9	4.8-5.6	3.7-4.3
		4	29.3-33.0	9.6-23.7	7.5-9.0	4.2-4.7	3.1-3.6
		5	>=33.1	>=23.8	<=7.4	<=4.1	<=3.0
	要支 援者	1	<=17.9	<=1.9	>=23.0	>=11.9	>=9.3
		2	18.0-22.3	2.0-3.6	16.6-22.9	8.6-11.8	6.6-9.2
		3	22.4-25.4	3.7-6.0	13.0-16.5	7.0-8.5	5.2-6.5
		4	25.5-30.0	6.1-13.9	10.2-12.9	5.6-6.9	4.2-5.1
		5	>=30.1	>=14.0	<=10.1	<=5.5	<=4.1
女性	二次予 防対象 者	1	<=14.9	<=3.0	>=12.8	>=6.9	>=5.5
		2	15.0-17.6	3.1-5.5	10.2-12.7	5.4-6.8	4.4-5.4
		3	17.7-19.9	5.6-10.0	9.0-10.1	4.8-5.3	3.8-4.3
		4	20.0-22.4	10.1-24.9	7.6-8.9	4.1-4.7	3.2-3.7
		5	>=22.5	>=25.0	<=7.5	<=4.0	<=3.1
	要支 援者	1	<=10.9	<=1.4	>=23.2	>=12.3	>=10.2
		2	11.0-13.4	1.5-2.8	17.7-23.1	9.1-12.2	7.3-10.1
		3	13.5-15.9	2.9-5.0	13.8-17.6	7.3-9.0	5.9-7.2
		4	16.0-18.4	5.1-11.0	10.9-13.7	6.0-7.2	4.7-5.8
		5	>=18.5	>=11.1	<=10.8	<=5.9	<=4.6

出典：厚生労働省 介護予防マニュアル 第3章 運動器の機能向上マニュアル(一部改変)

5 習慣と心理・社会的側面

近年、介護予防において、運動器の維持や増進だけでなく、個人の健康行動の習慣化と心理・社会的側面を豊かにすることが重要視されています。前述した筋力やバランス能力等の体力測定結果とともに習慣や心理・社会的側面もチェックし介護予防戦略を考えることが推奨されます。対象者へのアンケートや体力測定結果の記入用紙に盛り込んでみてはいかがでしょうか。

1) 運動習慣（運動の行動変容）

運動習慣の段階（運動の行動変容段階）を示す尺度を以下に紹介します。

質問：次のうち、当てはまる項目を1つ選んで、番号に○印をしてください。

1. 私は現在、運動をしていない。また、これから先もするつもりがない。
2. 私は現在、運動をしていない。しかし近い将来（6ヵ月以内）に始めようと思っている。
3. 私は現在、運動をしている。しかし、定期的ではない。
4. 私は現在、定期的に運動をしている。しかし、始めてから6ヵ月以内である。
5. 私は現在、定期的に運動をしている。また、6ヵ月以上継続している。

分類：1.前熟考期（無関心期） 2.熟考期（関心期） 3.準備期 4.実行期 5.維持期

※定期的な運動とは・・・

体力の向上を目的とし計画的に行われる身体活動(例：速歩き、ジョギング、サイクリング、水泳、テニス等)を、息が上がり、汗をかくレベルで1回20分以上、週に2～3回以上行うこと。

出典：岡浩一郎. 運動行動の変容段階尺度の信頼性および妥当性. 一中年者を対象とした検討一. 健康支援 5：15-22, 2003.

2) 主観的健康観（感）

主観的健康観とは、その名の通り、対象者自身が感じる健康感を意味します。

質問：「現在のあなたの健康状態はいかがでしょうか？」

当てはまる項目を1つ選んで、番号に○印をしてください。

1.最高によい 2.とても良い 3.良い 4.あまり良くない 5.良くない 6.全然良くない

※5段階尺度として用いることもできる

(1.よくない 2.あまりよくない 3.ほどほどに 4.まあよい 5.とてもよい)

3) 運動の自己効力感

運動の自己効力感とは、運動する自信の程度を意味します。ここでは、肉体的疲労時、精神的ストレス時、時間がない時、非日常的生活、悪天候時において運動する自信の程度を評価する尺度を紹介します。前述の運動習慣（運動の行動変容）段階を示す尺度と関連が強く、運動習慣の獲得に向けた初動時や維持する際に高まりが必要とされています。

質問：定期的に運動することに対するあなたの自信の程度についてお聞きします。

各項目について、あなたの考えに最もあてはまるものを1つ選んで、番号に○印をつけてください。

1) 肉体的疲労時

少し疲れているときでも、運動する自信がある

1. 全くそう 2. あまりそう 3. どちらでも 4. 少しそう 5. かなりそう
思わない 思わない ない 思う 思う

2) 精神的ストレス時

あまり気分がのらないときでも、運動する自信がある

1. 全くそう 2. あまりそう 3. どちらでも 4. 少しそう 5. かなりそう
思わない 思わない ない 思う 思う

3) 時間がない時

忙しくて時間がないときでも、運動する自信がある

1. 全くそう 2. あまりそう 3. どちらでも 4. 少しそう 5. かなりそう
思わない 思わない ない 思う 思う

4) 非日常的生活

休暇（休日）中でも、運動する自信がある

1. 全くそう 2. あまりそう 3. どちらでも 4. 少しそう 5. かなりそう
思わない 思わない ない 思う 思う

5) 悪天候時

あまり天気がよくないときでも、運動する自信がある

1. 全くそう 2. あまりそう 3. どちらでも 4. 少しそう 5. かなりそう
思わない 思わない ない 思う 思う

評定：各選択肢にそれぞれ1～5点を付与し全項目の合計点を用いる。

出典：岡浩一郎. 中年者における運動行動の変容段階と運動セルフ・エフィカシーの関係. 日本公衛誌 50 (3): 208-215, 2003

4) ソーシャル・サポート（社会的サポート）

運動実施や継続には、その行動に対してサポートしてくれる家族や仲間・友人の存在が重要です。対象者を取り巻く肯定的なサポート、否定的なサポートを評価する尺度を以下に紹介します。

質問：ここでは、あなたが運動を行うにあたって家族や友人の存在を尋ねるものです。
以下の質問には、**家族**と**友人**それぞれに当てはまるものを選んで○印をつけてください。

ポジティブ・サポート

- ① 運動することについて、心から励まし、支えてくれる人
家族 1. いる 2. いない 友人 1. いる 2. いない
- ② 運動実施に関わるさまざまな問題や悩みについて、具体的な解決方法を助言してくれる人
家族 1. いる 2. いない 友人 1. いる 2. いない
- ③ 楽しく、お互いに励ましあいながら運動できる人
家族 1. いる 2. いない 友人 1. いる 2. いない

ネガティブ・サポート

- ④ あなたが運動することに小言や文句を言う人
家族 1. いる 2. いない 友人 1. いる 2. いない
- ⑤ あなたが運動することに世話をやきすぎたり余計なお世話をする人
家族 1. いる 2. いない 友人 1. いる 2. いない
- ⑥ あなたが運動するときに、あなたに面倒をかける人
家族 1. いる 2. いない 友人 1. いる 2. いない

判定：1.いる＝1点 2.いない＝0点

家族と友人それぞれにおける、ポジティブ・サポートとネガティブ・サポートの合計点数を計算し活用します。

家族ポジティブ・サポート（0～3点） 友人ポジティブ・サポート（0～3点）

友人ポジティブ・サポート（0～3点） 友人ポジティブ・サポート（0～3点）

出典：青木邦男：在宅高齢者の運動行動のステージと関連する要因，体育学研究 50：13-26，2005

口腔機能向上のアセスメント

利用開始時・終了時における把握（様式例 1 P. 94 ）

1 基本チェックリスト

《 項目 》

(13) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

(14) お茶や汁物等でむせることがありますか

(15) 口の湯きが気になりますか

《 目的・方法 》

◎摂食・嚥下の自覚症状や口腔の乾燥状態について把握。

◎対象者に対し現在の状況を聞き取りで確認する。

2 QOL

《 項目 》

(1) 食事が楽しみですか

(2) 食事をおいしく食べていますか

(3) しっかりと食事が摂れていますか

《 目的・方法 》

◎食に対する意欲・満足度・日常性を把握し、QOLの向上、低栄養の予防に寄与する。

◎介護職員が、対象者に対し、対象者の主観に基づき聞き取りで、5段階評価による回答を求める。

《 留意事項 》

◎対象者の正確な状況を把握するために、回答を誘導しない。

《 項 目 》

(4) お口の健康状態はどうか

《選択肢の解説》

- 1 よい ……口や歯の事で、苦痛や不自由さは感じていない。
- 2 まあよい ……口や歯の事で、苦痛や不自由さはあまり感じていない。
- 3 ふつう ……時折不自由を感じる事があるがいつも気にする程ではない。どちらともいえない状態。
- 4 あまりよくない
……口や歯の事で、しばしば苦痛や不自由を感じている。
口や歯の事で、いつも弱い苦痛や不自由を感じている。
- 5 よくない ……口や歯の事で、いつもひどい苦痛や不自由がある。
いつも口の中に不快感がある。

《目的・方法》

- ◎教育や、動機付けを実施する上で重要な情報になる。
- ◎対象者の口腔の主観的な健康感、満足感を聞き取りで、5段階評価による回答を求める。

《留意事項》

- ◎対象者のお口の疾患や症状の有無を確認するものではない。



《 項 目 》

(5) シャベりにくくなっていませんか

《選択肢の解説》

- 1 ない・・・・・・・・以前と全く変わらない。
- 2 あまりない・・・・あまり気にした事はない。
- 3 ふつう・・・・・・・・ゆっくりしゃべるようになったり、口が乾く時もあるが、気にする程ではない。
- 4 少しある・・・・話している時、時折、口が乾いたり、舌がもつれることがある。
- 5 ある・・・・・・・・話している時、頻繁に舌がもつれたり、話を途中でやめたりする事がある。

《目的・方法》

◎口腔機能低下の自覚症状を聞き取る為に、5段階評価による回答を求める。

《留意事項》

◎他の疾患の症状でもある為、全身状態に考慮する必要がある。



3 食事・衛生等

《 項 目 》

(1) 食事への意欲はありますか

《選択肢の解説》

- 1 ある・・・・・・・・・・食事を積極的にしている。
- 2 あまりない・・・・・・・・周囲の声かけなどの促しが必要。
- 3 ない・・・・・・・・・・食事に興味を示さない。

《目的・方法》

- ◎食事への意欲について、3段階評価による回答を求める。
- ◎介護職員等が評価する、若しくは家族等に回答を求めてもよい。

《留意事項》

- ◎食事形態の変化（軟食化）や、環境による影響もあるので、回答と環境を考慮して計画作成にあたる。
- ◎特定日の状況ではなく、日常で判断する。

《 項 目 》

(2) 食事中や食後のむせ

《選択肢の解説》

- 1 ない・・・・・・・・・・特に認めない。
- 2 あまりない・・・・・・・・時々むせが認められる。
- 3 ある・・・・・・・・・・むせにより食事が中断してしまうことが多い。

《目的・方法》

- ◎むせにより、嚥下障害を推測しうる。
- ◎むせについて、3段階評価による回答を求める。
- ◎介護職員等が評価する、若しくは家族等に回答を求めてもよい。

《留意事項》

- ◎食事中食後の両方を判断し、食事形態、食事姿勢に限らず総合的に判断する。
- ◎むせを認めた場合、疾患（上気道感染等）の場合もあるので、医療との連携を十分に図る。

《 項 目 》

(3) 食事中的食べこぼし

《選択肢》

- 1 こぼさない
- 2 多少はこぼす
- 3 多量にこぼす

《目的・方法》

- ◎食べこぼしにより、口唇閉鎖が不十分であると推測しうる。
- ◎食べこぼしについて、3段階評価による回答を求める。
- ◎介護職員等が評価する、若しくは家族等に回答を求めてもよい。

《留意事項》

- ◎日常により判断するが、口唇閉鎖の不十分が原因である場合と、他の疾患（手の機能や認知症、手と口の協調性等）の場合があるので考慮する。

《 項 目 》

(4) 食事中や食後のタン（痰）のからみ

《選択肢》

- 1 ない
- 2 ときどきある
- 3 いつもからむ

《目的・方法》

- ◎タンのからみの出現は、上気道感染の一つのサインである、また食事中での特異的な出現は、嚥下機能低下を推測しうる。
- ◎タンのからみについて、3段階評価による回答を求める。
- ◎介護職員等が評価する、若しくは家族等に回答を求めてもよい。

《留意事項》

- ◎食事中や食後の、タンからみ音（ごろごろ音）、嘎声（声かすれ）の出現頻度を日常の状態で判断する。

《 項 目 》

(5) 食事の量(残食量)

《選択肢》

- 1 なし
- 2 少量(1/2未満)
- 3 多量(1/2以上)

《目的・方法》

- ◎入院時食事量記録の主目的は、栄養摂取状況の把握だが、本事業の主目的は、口腔機能と食形態の適合の状況を把握する。
- ◎食事の残量について、3段階評価による回答を求める。
- ◎介護職員等が評価する、若しくは家族等に回答を求めてもよい。

《留意事項》

- ◎好き嫌いによる残食量は判断に入れず、日常で判断する。

《 項 目 》

(6) 口臭

《選択肢の解説》

- 1 ない・・・口臭を全く、または殆ど感じない。
- 2 弱い・・・口臭はあるが、弱く我慢できる程度。
会話を差し支えない程度の弱い口臭。
- 3 強い・・・会話してすぐに強い口臭を感じ、顔を背けたくなる程度

《目的・方法》

- ◎口腔清掃が、不十分である事や、口腔機能低下が推測しうる。
- ◎アセスメントを行う際に、介護職員等が普通に会話を行っている状態(30cm程度の距離)で3段階評価する。

《留意事項》

- ◎口臭の評価は、対象者に対してデリケートな面がある為、実施には十分な配慮をする。(口頭で質問しない等)

《 項 目 》

(7) 舌・歯・入れ歯などの汚れ

《選択肢の解説》

- 1 ない・・・・・・・・汚れが確認できない。
- 2 多少ある・・・・写真より少ないがよく見ると汚れが確認できる。
- 3 ある・・・・・・・・写真と同程度、或いはそれ以上。



【舌 → 3 ある】



【歯 → 3 ある】

《目的・方法》

- ◎口腔内の汚れを把握し、清掃改善や、誤嚥性肺炎の予防をする。
- ◎介護職員等が、対象者に口を開けてもらい、視診で評価する。
- ◎舌、歯、入れ歯の中で最も汚れているものの状態を3段階評価する。

例) 舌→2、歯→2、入れ歯→1 の場合、評価2
舌→2、歯→3、入れ歯→2 の場合、評価3

《留意事項》

- ◎口腔内の汚れは、口腔機能低下が推測しうる現象でもあるので観察は重要である。



4 その他

《 項 目 》

(1) 今回のサービスなどで好ましい変化が認められたもの

《選択肢の解説》

- 1 食欲・・・食欲が増した。食事時間が適切になった。食事姿勢が良くなった。
食物の種類や固さの幅が広がった。よく噛んで食べるようになった。
- 2 会話・・・会話の量が増えた。楽しそうに会話するようになった。
言葉が聞き取りやすくなった。はっきり発音しようと努力している。
- 3 笑顔・・・笑顔が増えた。表情が豊かになった。
- 4 その他・・・サービス期間中に認められた好ましい変化を記入する。

例) 口腔体操、唾液腺マッサージ、歯みがき等を自発的にしたり、気をつけて行っている。/自分の口腔に興味をもちはじめた。/入れ歯を使うようになった。

《目的・方法》

- ◎プログラム(サービス)の効果を、利用者の主観的評価、又は介護者の客観的評価から把握する。
- ◎好ましい変化について、回答を求める。
- ◎介護職員等が日頃の観察により評価する若しくは家族等に回答を求めてもよい。

《留意事項》

- ◎特定日の状況でなく、日常で判断する。



《 項 目 》

(2) 生活意識の変化

《選択肢の解説》

- 1 前進・・・元気になる、活動量が増加した。積極的になった。明るくなった。
- 2 やや前進・・・やや元気になる活動量が増加した。やや積極的になった。やや明るくなった。
- 3 前進なし・・・特に前進が認められない。

《目的・方法》

◎プログラム(サービス)の最終的な目標は、食のQOLの維持向上と、利用者の自立支援である。生活の意識の変化に対する、主観的評価や客観的評価を行う事は、口腔機能向上の影響を利用者や介護職員が認識し、終了後の更なる働きかけの誘因となる。

◎生活意識の変化について、3段階評価による回答を求める。

◎介護職員等が評価する、若しくは家族等に回答を求めてもよい。

《留意事項》

◎特定日の状況でなく、日常で判断する。



1 理学的検査

《 項 目 》

視診による口腔内の衛生状態

《選択肢の解説》

- 1 良好・・・衛生における結果が、全て1の場合。
- 2 不良・・・衛生における結果が、2と3を含む場合。

《 項 目 》

反復唾液嚥下テスト (RSST)

《選択肢の解説》

- 1 3回以上・・・機能における測定で30秒間に3回以上嚥下できた。
- 2 3回未満・・・機能における測定で30秒間に3回未満の嚥下であった。



2 衛生

《 項目 》

(1) 食物残渣



【 3 多量 】



【 3 多量 】

《 選択肢の解説 》

- 1 なし・少量・・・食物残渣が殆ど確認できない。
- 2 中程度・・・食物残渣が有るが、写真程ではない状態。
- 3 多量・・・写真と同程度、或いはそれ以上。

《 目的・方法 》

◎口臭予防や、感染症のリスクを低下させる。

◎歯科衛生士等が、口腔内の頬粘膜、口蓋などを観察し3段階評価する。

《 留意事項 》

◎観察は食後に行うことが望ましい。

◎義歯がある場合は装着した状態で行う。

◎量的な評価のみを主眼とせず、量や付着状態等により、口腔機能による問題であるか否かなども含め、専門的知識、技術に基づき評価を行う。



《 項 目 》

(2) 舌苔

《選択肢の解説》

- 1 なし・少量・・・殆ど確認できない。(うっすら白い)
- 2 中程度・・・・・・・・写真①程度。
- 3 多量・・・・・・・・写真②程度。

①



【 2 中程度 】

②



【 3 多量 】

《 目的・方法 》

- ◎口腔乾燥、唾液分泌低下、舌機能低下、服薬、清掃不良を見出し、口臭予防や、感染症のリスクを低下させる。
- ◎歯科衛生士等が、舌を観察し3段階評価する。
- ◎声かけにより舌を前方に出してもらい評価する。

《 留意事項 》

- ◎舌機能低下により舌の動きが悪い場合は、そのままの状態の評価する。
- ◎量的な評価のみを主眼とせず、量や付着状態により、味覚障害などを引き起こすほどの問題であるか否かなども含め、専門的知識、技術に基づき評価を行う。

《 項 目 》

(3) 義歯あるいは歯の汚れ

《選択肢の解説》

- 1 なし・少量・・・汚れが確認できない、或いは多少ある程度。
- 2 中程度・・・写真と同程度。
- 3 多量・・・写真以上の多くの汚れ。



【 2 中程度 】



【 2 中程度 】

《目的・方法》

- ◎口腔疾患予防、口臭予防、感染症のリスクを低下させる。
- ◎歯科衛生士等が、義歯あるいは歯を観察し、3段階評価する。

《留意事項》

- ◎義歯がある場合は、義歯を外し義歯の歯や内面、維持する金属等の周囲に付着している汚れ（デンチャープラーク）の量や、残存している歯の周囲に付着している汚れ（プラーク）の量を全体的な量として評価する。

《 項 目 》

(4) 口臭

- *1) 利用開始時・終了時における把握（様式例1）「(6) 口臭」を参照
(P 75)

《 項 目 》

(5) 口腔衛生習慣 (声かけの必要性)

《選択肢の解説》

- 1 必要がない・・・声かけをしなくても、毎日自発的に歯や入れ歯を磨いている。
- 2 必要あり・・・歯みがきの習慣がない。
時々しか歯みがきをしない。
声かけをしないと歯みがきをしない。
- 3 不可・・・・・・声かけに応じられない。

《目的・方法》

- ◎口腔清掃自立支援、習慣化を効率的に促す為に、プログラム作成の情報にする。
- ◎歯科衛生士等が、口腔清掃を観察し、口腔衛生習慣と自発性について3段階評価する。

《留意事項》

- ◎単なる生活習慣が低下している場合と、気力の低下、あるいは、認知症、脳血管障害などが原因にある場合により、対応が異なる。
- ◎認知症などの一部の対象者は、一見口腔清掃習慣は自立して見えるが、新規の指導が受けられないケースがあるので注意する。

《 項 目 》

(6) 口腔清掃の自立状況 (支援の必要性)

《選択肢の解説》

	歯みがき	入れ歯の着脱・清掃	うがい
1. 必要がない	・奥歯の裏側など、全体的にきれいに磨けている	・自分で着脱でき、きれいに磨けている	・ぶくぶくうがい出来る
2. 一部必要	・磨き残しがある ・歯みがき時間が1分未満 ・用具の準備や移動が出来ない	・あまり外すことがない ・きれいに磨けていない	・水を含むことが出来るが、ぶくぶく出来ない
3. 必要	・自分で出来ない	・自分で着脱出来ない ・自分で磨けない	・うがいが出来ない

《目的・方法》

- ◎支援の必要性を把握することで、指導や援助のあり方を工夫する。
- ◎歯科衛生士等が、口腔衛生行為の、歯みがき、入れ歯の着脱・清掃、うがいについて出来るか否かにより、支援の必要性を3段階評価する。

《留意事項》

- ◎「やっている」かでなく、「出来ている」かを評価する。
- ◎口腔衛生行為の3項目において最も必要性が高い状態を3段階で評価し、何の支援が必要か記載する事が望ましい。

例)

	歯みがき	入れ歯	うがい
1. 必要がない			・出来る
2. 一部必要	・きれいに磨けるが用具の準備が出来ない		
3. 必要		・自分で着脱できない	

判定→3 必要・・・(用具の準備と入れ歯の着脱の支援が必要)

《 項 目 》

(7) ここ1ヶ月の発熱回数

《目的・方法》

- ◎肺炎等の既往を評価する目的で、ここ1ヶ月間に37.8℃以上の発熱回数を記入する。

《留意事項》

- ◎対象者、家族、介護職員等に事前に調査の依頼をする必要がある。
- ◎感冒、インフルエンザ流行期は、評価に配慮が必要である。

3 機能 (摂食嚥下)・その1

《 項目 》

(1) 反復唾液嚥下テスト (RSST) の積算時間

repetitive saliva swallowing test

《判定基準》

正常値・・・3回以上。(ほぼ同じ間隔で嚥下出来るとさらに良い)

3回未満であれば嚥下障害が疑われる。

《 目的 》

◎簡便で正確な嚥下機能のスクリーニング。

《 方法 》

◎歯科衛生士等が、対象者を椅子に座らせ「できるだけ何回も“ゴックン”とつばを飲み込む事を繰り返してください」と指示し、のどぼとけの直上に人差し指と中指を横に置き、飲み込んだ際の時間を、積算時間(秒)で記入します。

◎30秒間に何回飲み込めるか測定する事を説明し、口の中が著しく乾燥している場合には、少量(1cc程度)の水を口の中に入れてから測定してもよい。



《 準備するもの 》

ストップウォッチ。

《留意事項》

◎測定する際、喉頭(のどぼとけ)が持ち上がるが、十分に持ち上がり、戻った状態を指の腹で確認しながら測定します。十分に持ち上がらず、ぴくぴく動く状態は1回とカウントしないでください。

◎30秒間にできる嚥下回数の測定だけでなく、積算時間を記入する事で、嚥下の惹起性を把握し、事前事後の評価に役立てます。

《 項目 》

(2) オーラルディアドコキネシス (パ・タ・カ)

《判定基準》

- | | |
|----------------------|------------------|
| ① パ・パ・パ・パ・・・ | 6回以上/秒 |
| ② タ・タ・タ・タ・・・ | 6回以上/秒 |
| ③ カ・カ・カ・カ・・・ | 6回以上/秒 |
| ④ パタカ・パタカ・パタカ・パタカ・・・ | 事前事後の回数の変化を評価する。 |

《 目的 》

- ◎ パ・・・口唇の動きを評価。
- ◎ タ・・・舌の前方の動きを評価。
- ◎ カ・・・舌の後方と軟口蓋の動きを評価。
- ◎ パタカ・・・口唇、舌、軟口蓋の協調運動を評価。
- ◎ ①、②、③のような単一の動きができて、④のような複雑な動きの反復運動になると、構音障害や嚥下障害のある方には難しくなる。

《 方法 》

- ◎ 歯科衛生士等が対象者に対し、それぞれ、①パ、②タ、③カ、を5秒間もしくは10秒間発音してもらい、その回数を紙に点を打って記録し、後で回数を数え、1秒間に換算する。
 - * 椅子に座った状態で、「パ、パ、パ・・・とできるだけ早く言ってください」と言う。
 - * ④パタカについては、「パタカ、パタカ、パタカ・・・とはっきり言ってください」と念を押し、5秒間もしくは10秒間に言えた回数を記録する。(回数の変化の評価をするため、事前事後で実施する秒数は同じとする)

《 準備するもの 》

ペン、白紙、ストップウォッチ。

《留意事項》

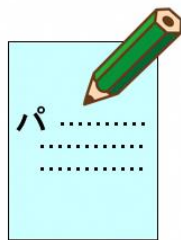
- ◎ 最大努力下のテストである事を理解しなければ、値が低くなるので、教示の際にその旨を伝えてください。
- ◎ 測定期間中に息継ぎをしてもいいが、息継ぎをした後そのまま続けるように伝えてください。

【 方法 1 】ペン打ち法

発音された音を聞きながら、紙に鉛筆等で点々を打って記録し、後で点の数を数え、1秒間に換算する。

《 準備するもの 》

ペン、白紙、ストップウォッチ（キッチンタイマー）



【 方法 2 】電卓法

発音された音を聞きながら、電卓の = を押して計測し、電卓に表示された回数を1秒間に換算する。

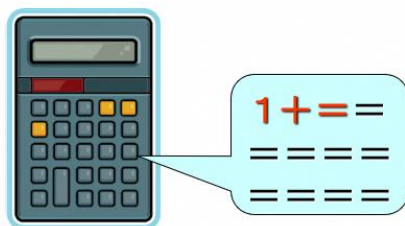
- 電卓のキィ 1 $+$ = と押すと、 1 と表示される。
- 発音に合わせて = = = = = = = = と電卓のキィを押す。

《 準備するもの 》

ストップウォッチ（キッチンタイマー）、電卓

※電卓は100円均一の物でも良いが、計測に適應できないメーカーあり。

1 $+$ = と押して、 = = = = と押してカウントできる物



【 参考情報 】測定器やスマートフォンアプリの活用

発音出来た回数の測定が行える測定器やスマートフォンアプリを使用する。

※④パタカについては測定が困難な場合があるので、その場合は「ペン打ち法」か「電卓法」で5秒間もしくは10秒間連続発音させ、言えた回数を記録する。

《 項 目 》

(3) 頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)

《判定基準》

- 1 左右十分可能・・・連続膨らましが、左右とも上手にできる。
- 2 やや不十分・・・連続膨らましが、左右ともできるが、ややリズムが悪い。
連続膨らましができるが、片方が上手にできない。
- 3 不十分・・・・・・頬を膨らます事ができるが連続はできない。
頬を膨らます事ができない。

《 目的 》

◎口唇の閉鎖機能、軟口蓋や舌後方の動きを評価します。

《 方法 》

◎歯科衛生士等が対象者に対し、頬の連続膨らましを指示し、その状態を3段階で評価します。

◎頬の膨らましは、口唇を閉鎖し、舌の後方を持ち上げ、軟口蓋を下方に保ち、口腔を咽頭と遮断する事で行われます。これらの関連器官の動きを観察してください。

《留意事項》

◎通常の評価の際は、水を使用した観察は行わない。

◎指示が入らない場合は、日常の口腔清掃後のうがい状況を参考に評価しても構いません。



4 その他

《 項 目 》

(1) 今回のサービス等の満足度

《判定基準》

- 1 満足
- 2 やや満足
- 3 どちらでもない
- 4 やや不満
- 5 不満

《目的・方法》

◎プログラム（サービス）の最終的な目標は、食のQOLの維持向上と利用者の自立支援です。満足度の主観的評価や、客観的評価を行う事は、口腔機能向上の影響を、利用者や歯科衛生士等が認識し、終了後の更なる働きかけの誘因となります。

◎歯科衛生士等が対象者に対し、聞き取り調査を行い、本人の主観に基づき5段階評価で回答してもらってください。

《留意事項》

◎回答を誘導しない。



追補) 機能 (摂食嚥下)・その2)

摂食嚥下機能の評価については、「Ⅱ機能(摂食嚥下)その1」に述べた3つの項目(RSST・オーラルディアドコキネシス・頬の膨らまし)が、アセスメントとして基本的にも実施する項目となります。

しかし、いきなり「オーラルディアドコキネシス(パタカ)」「反復唾液嚥下テスト」を行なうのではなく、質問紙や普段の唾液嚥下の様子、発声の力や構音の明瞭度を確認しながら、反復唾液嚥下テスト、改訂水のみテスト、フードテストなど他の項目もあわせて行なっていくと、明らかに嚥下障害があるのか否かが分かってきます。

以下に、嚥下機能の評価手順を7項目に分けてあげましたので、適宜必要に応じて実施してください。

- *「1の質問紙」、「4-④のパタカ」、「5の反復唾液嚥下テスト」でチェックが入れば、嚥下障害が疑われます。
- *「5の反復唾液嚥下テスト」で3回未満だった方は、「6の改訂水のみテスト」および「7のフードテスト」を行ない、その結果、明らかに嚥下障害が疑われる場合は、嚥下障害が増悪していかないために、歯科医師、歯科衛生士または言語聴覚士がいる医療機関への受診をすすめてください。

1 質問紙

目的：質問紙による嚥下障害のスクリーニングで、「はい」が1つでもあれば、嚥下障害が疑われます。

方法：口頭による質問で行います。

1 脳梗塞、脳出血になったことはありますか	はい いいえ
2 お茶や味噌汁でむせますか	はい いいえ
3 硬いものが食べにくくなっていますか	はい いいえ
4 シャベりにくくなっていますか	はい いいえ
5 体重が減ってきていますか(2週間で3%以上) 例：40kg⇒38.8kg以下	はい いいえ

2 唾液嚥下

目的：反復唾液嚥下テストを行なう前に、予備的に飲み込みの様子を把握しておきます。

方法：1回、唾（つば）を飲み込んでもらいます。

椅子に座った状態で、「唾を飲み込んでください」と教示します。
のどぼとけ（喉頭）を見ながら、スムーズに飲み込めるか、どうかを観察します。

3 発声持続時間

目的：咳をする力と湿性さ声（のどに唾液が貯まっていないか）を確認します。
湿性さ声がある方は、食べ物や飲みものがのどに残る傾向にあるといえます。

方法：椅子に座った状態で、『「あー」とできるだけ長く、声を出してください』と教示します。

次に、『「しー」とできるだけ長く、声を出してください』と教示します。

判定基準：

- | | | |
|-------|-------|---------------|
| ①「あー」 | | 清明で10秒以上あればよい |
| ②「しー」 | | 清明で10秒以上あればよい |

準備するもの：ストップウォッチ

4 オーラルディアドコキネシス（パ・タ・カ 交互運動）

*P 86 参照

5 反復唾液嚥下テスト（RSST：repetitive saliva swallowing test）

*P 85 参照

6 改訂水飲みテスト (MWST:modified water swallowing test)

目的：3mlの冷水を飲み込んでもらい、飲み込みの様子およびその判定基準により嚥下機能を評価します。

3点以下の場合は、嚥下機能低下が疑われます。

方法：椅維子に座った状態で、

① 注射器を用いて、冷水3mlを口腔底（舌の上には入れない）に注ぎ、「飲み込んでください」と教示します。

② 飲み込んだ後、反復嚥下を2回行なってもらいます。

③ 判定基準が4点以上なら最大2施行繰り返してください。

④ 最低点を評点とします。

判定基準： 1点 嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫。

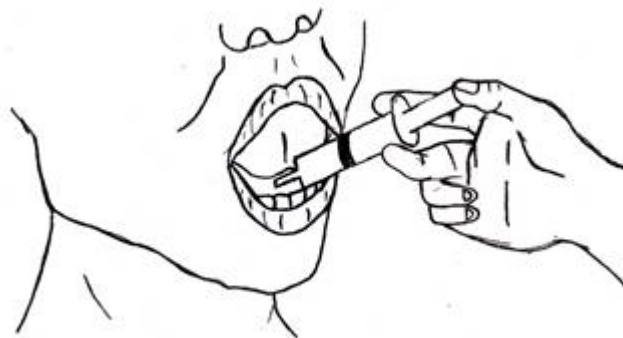
2点 嚥下あり、呼吸切迫（不顕性誤嚥の疑い）。

3点 嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性さ声。

4点 嚥下あり、呼吸良好、むせない。

5点 4に加え、反復嚥下が30秒以内に2回可能。

用意するもの：コップ、冷水、シリンジ（注射器）。



7 フードテスト (FT : food test)

目的：茶さじ一杯（約4 g）のプリンを食べてもらい、口腔における食塊形成および咽頭への送り込みを評価します。
4点以下の場合は、嚥下機能低下が疑われます。

方法：椅子に座った状態で、

- ① プリン茶さじ1杯のプリン（約4 g）を舌背前部に置いて、「飲み込んでください」と教示します。
- ② 飲み込んだ後、反復嚥下を2回行なってもらいます。
- ③ 評価基準が4点以上なら最大2施行繰り返してください。
- ④ 最低点を評点とします。

判定基準：

1点	嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫。
2点	嚥下あり、呼吸切迫（不顕性誤嚥の疑い）。
3点	嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性さ声、口腔内残渣中等度。
4点	嚥下あり、呼吸良好、むせない、口腔内残渣ほぼない。
5点	4点に加え、反復嚥下が30秒以内に2回可能。

用意するもの：プリン、スプーン。



利用開始時・終了時における把握（様式例・岐阜県版）

様式例1

記入者： _____

実施年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名	(ふりがな)	男・女	要介護認定等					
	明・大・昭 年 月 日		<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 特定高齢者				
			要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
			要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

(主治医の意見書が入手できた場合は添付する)

		質問項目	評価項目		転記	事前	事後
基本チェックリスト	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	2.いいえ			
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	2.いいえ			
	15	口の湯きが気になりますか	1.はい	2.いいえ			
理学的検査		視診による口腔内の衛生状態	1.良好	2.不良			
		反復唾液嚥下テスト (RSST)	1.3回以上	2.3回未満			

※「転記」の欄には、サービス等実施前の基本チェックリスト、生活機能評価の結果を転記する。

QOL	1	食事が楽しみですか	1.とても楽しみ 4.楽しくない	2.楽しみ	3.ふつう 5.全く楽しくない		
	2	食事をおいしく食べていますか	1.とてもおいしい 4.あまりおいしくない	2.おいしい	3.ふつう 5.おいしくない		
	3	しっかりと食事が摂れていますか	1.よく摂れている 4.あまり摂れていない	2.摂れている	3.ふつう 5.摂れていない		
	4	お口の健康状態はどうですか	1.よい 4.あまりよくない	2.まあよい	3.ふつう 5.よくない		
	5	しゃべりにくくなっていませんか	1.ない 4.少しある	2.あまりない	3.ふつう 5.ある		
食事・衛生	1	食事への意欲はありますか	1.ある	2.あまりない	3.ない		
	2	食事中や食後のむせ	1.ない	2.あまりない	3.ある		
	3	食事中の食べこぼし	1.こぼさない	2.多少はこぼす	3.多量にこぼす		
	4	食事中や食後のタン(痰)のからみ	1.ない	2.時々ある	3.いつもからむ		
	5	食事の量(残食量)	1.なし	2.少量(1/2未満)	3.多量(1/2以上)		
	6	口臭	1.ない	2.弱い	3.強い		
	7	舌、歯、入れ歯などの汚れ	1.ない	2.多少ある	3.ある		
その他	1	今回のサービスなどで好ましい変化が認められたもの	1.食欲 4.その他()	2.会話	3.笑顔		
	2	生活意識の変化	1.前進 ()	2.変化なし	3.後退 ()		

実施のための利用者の情報

歯科診療の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 1週間に1~2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成などによる治療が中心) <input type="checkbox"/> 1~数ヶ月に1回程度のメンテナンス等(定期健診なども含む)
口腔機能にかかる主治医・主治の歯科医師の連絡先	診療所・病院名： 電話番号：
特記事項・その他 (利用者に関する食事のペース、一口の量、手の運動機能、食事の姿勢、食具等の情報等)	

解決すべき課題の把握（様式例・岐阜県版）

様式例2

記入者：_____ 職種（言語聴覚士・歯科衛生士・看護職員）

実施年月日：_____年 _____月 _____日

氏名	(ふりがな)	男・女	病名・障害名
	明・大・昭 年 月 日		
□の中の状態や訴えに関する利用者及び家族の希望			

	質問項目	評価項目		事前	事後
理学的検査	視診による口腔内の衛生状態	1.良好	2.不良		
	反復唾液嚥下テスト（RSST）	1.3回以上	2.3回未満		

衛生	1	食物残渣	1.なし・少量	2.中程度	3.多量		
	2	舌苔	1.なし・少量	2.中程度	3.多量		
	3	義歯あるいは歯の汚れ	1.なし・少量	2.中程度	3.多量		
	4	口臭	1.ない	2.弱い	3.強い		
	5	口腔衛生習慣（声かけの必要性）	1.必要がない	2.必要あり	3.不可		
	6	口腔清掃の自立状況（支援の必要性）	1.必要がない	2.一部必要	3.必要		
	7	ここ1ヶ月の発熱回数	（ ）回/月 ※37.8度以上の発熱回数を記入				
機能	1	反復唾液嚥下テスト（RSST）の積算時間	1回目（ ）秒 2回目（ ）秒 3回目（ ）秒			1（ ） 2（ ） 3（ ）	1（ ） 2（ ） 3（ ）
	2	オーラルディアドコキネシス	パ（ ）回/秒 タ（ ）回/秒 カ（ ）回/秒 パタカ（ ）回/5秒 もしくは（ ）回/10秒			パ（ ） タ（ ） カ（ ） パ効 （ ）	パ（ ） タ（ ） カ（ ） パ効 （ ）
	3	頬の膨らまし（空ぶくぶくうがい）	1.左右十分可能	2.やや十分	3.不十分		
その他	1	今回のサービス等の満足度	1.満足 4.やや不満	2.やや満足	3.どちらでもない 5.不満		

実施のための利用者の情報

義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯	□腔内状況
清掃用具や食事環境の状況		
主治医の歯科医師又は連携する歯科医師等からの指示		
特記事項		