

# 栄養改善マニュアル（暫定版）

平成20年12月

「介護予防マニュアル」分担研究班

研究班長：

神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部

杉山 みち子

## 目 次

「栄養改善」の概要	4
1. 「栄養改善」のねらい	7
(1) はじめに	7
(2) 高齢者にとっての「食えること」の意義	12
1) 楽しみ、生きがいと社会参加の支援	12
2) 生活の質の改善と「食えること」	12
3) 低栄養状態の予防と生活機能の維持	12
(3) 本サービス等を必要とする高齢者の割合	14
1) 地域支援事業「栄養改善」プログラムを必要とする高齢者	14
2) 予防給付「栄養改善加算」を必要とする高齢者	14
(4) 「栄養改善」サービスに関する科学的根拠	14
1) 低栄養状態あるいは低栄養状態のおそれのある者の特性（リスク要因）	14
2. 地域支援事業における具体的な取組内容	15
(1) 介護予防特定高齢者施策	15
1) 特定高齢者把握事業	15
2) 通所型介護予防事業	18
①事業内容	18
②実施の手順	18
a) 事前アセスメント	18
b) 個別サービス計画の作成（計画づくりへの支援）	19
c) プログラムの実施（栄養相談）	19
d) モニタリングの実施	21
e) 事後アセスメント	21
3) 訪問型介護予防事業	21
① 事業内容	21

② 実施の手順	22
(2) 介護予防一般高齢者施策	25
1) 介護予防普及啓発事業	25
2) 地域介護予防活動支援事業	25
3. 予防給付における具体的な取組内容	28
(1) 栄養改善サービスとは	28
(2) 地域包括支援センターにおける対象者となる高齢者の把握	28
(3) 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制	28
(4) 介護予防通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメント実務	29
1) 利用開始時における栄養スクリーニング	29
2) 栄養アセスメントの実施	29
3) 栄養改善サービス計画の作成	29
4) 利用者及び家族への説明	30
5) 栄養改善サービス計画の実施	30
① 栄養食事相談	30
② 事業所における食事の個別化と食事支援	30
③ 配食サービス等の情報の提供	30
④ 関連職種に対する助言	32
6) 記録	32
7) 実施上の問題点の把握	32
8) 栄養改善サービス計画の変更及び終了時の説明等	32
9) 実施期間	32
(5) 関連サービスとの連携	35
1) 介護予防ケアマネジメント	35
2) 生活機能・身体機能の向上	36
3) 口腔機能の向上	37
4) 摂食・嚥下リハビリテーション	37
5) 栄養と薬剤の相互関係への留意	37
6) 認知症、うつ、閉じこもりのおそれがある場合の対応	37
7) 訪問介護などの調理・買い物支援	37
8) 医師の指導等	38
9) 介護給付における栄養マネジメント	38

文献	39
予防給付栄養改善サービス利用者把握のためのチェック票様式例	40
基本チェックリスト	41
特定高齢者の決定方法	42
帳票様式例	43
研究班名簿	

# 「栄養改善」の概要 [最終版において変更]

## 1. 基本的な考え方

地域支援事業及び予防給付における「栄養改善」は、高齢者の毎日の営みである「食べること」を通じて、低栄養状態の改善をはかり、高齢者の自己実現をめざすものである。「栄養改善」は、高齢者にとっての「食べること」を、楽しみや生き甲斐の上から重要とし、「食べること」への支援を通じて、社会参加、生活機能の向上、コミュニケーションの回復、食欲の回復や規則的な便通といった生体リズムの保持へとつなげる。一方、高齢者が十分に「食べること」は、生きて活動することの基本であるタンパク質とエネルギーを十分に摂取することでもある。タンパク質とエネルギーの十分な摂取は、筋タンパク質の維持をはかり、身体機能や生活機能を維持するが、一方では、内臓タンパク質を維持して腸粘膜の構造や免疫機能を維持して、バクテリアル・トランスロケーションによる感染症を予防することになる。その結果、要介護状態や重度化を予防する。

## 2. 各サービスについて

### ①介護予防特定高齢者施策

対象者は、低栄養状態のリスクがある特定高齢者として、①基本チェックリストの2項目（6ヶ月間に2－3kgの体重減少、BMI18.5未満）のすべてに該当、又は②血清アルブミン値3.8g/dl以下に該当する者である。管理栄養士あるいは経験のある栄養士による栄養改善プログラム（付表参照）が提供される。

### ②介護予防一般高齢者施策

付表を参照されたい。

### ③予防給付（最終版において変更予定）

対象者は、介護認定審査会において要支援1、要支援2と判定された者のうち、①BMIが標準を大きく下回る ②体重の減少が認められる ③栄養面や食生活上に問題がある のいずれか1つに該当し、低栄養状態にある者又はそのおそれがある者であって、「栄養改善サービス」の提供が必要と認められる者である（最終版において変更）。通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメント体制（本文参照のこと）のもと、管理栄養士による栄養改善サービスが提供される（付表参照）。

## 3. 改訂のポイント（H21年介護報酬改定等により、最終版において変更の可能性がある）

地域支援事業実施要綱及びに居宅サービスに関する通知（老老発第0331009号、平成18年3月31日）及び見直しのあった事項について修正した。多職種に容易に理解できることを前提とし、事業全体のフロー図、特徴的な事例、帳票様式例記載の手引きや記載例（最終版）を追加した。地域支援事業については訪問型事業の項目を追加した。

地域支援事業(介護予防事業)の概要

事業の種類	対象者	主な担当職種	実施場所	事業内容	目標設定・評価期間	
特定高齢者施策 (ハイリスク・アプローチ)	特定高齢者のうち低栄養状態のおそれのある高齢者;、①基本チェックリストの2項目(6ヶ月間に2-3kgの体重減少、BMI18.5未満)のすべてに該当、又は②血清アルブミン値3.8g/dl以下に該当する者	管理栄養士または経験のある栄養士	市町村保健センター、健康増進センター、老人福祉センター、公民館等 (委託する場合は、民間事業所等)  (通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施)	<p>A 栄養相談</p> <p>a 事前アセスメント</p> <p>b 実施計画の策定</p> <p>c 相談等</p> <p>d 事後アセスメント</p>	<p>○低栄養状態の評価、食事摂取状況、アレルギーの状況、食事摂取行為の自立、身体状況、低栄養関連問題の把握</p> <p>○課題の解説</p> <p>○利用者が行う計画づくり及び実行に向けての支援</p> <p>○情報提供(配食サービス、食事会などボランティア組織の紹介、高齢者の食事づくりに便利な器具の紹介等)</p> <p>○必要に応じ簡便料理等の実演</p> <p>○スケジュール作成と配布</p> <p>○モニタリングの実施と計画の修正</p> <p>○評価及び地域包括支援センターへの報告</p>	3~6か月
		知識経験を有する専門職(ファシリテーターとして、研修を受けた住民が参加)		<p>B 介護予防を目的とする集団的な栄養教育</p>	<p>○講義(必要に応じて実習)による集団的栄養教育</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食べることの意義</li> <li>・栄養改善のための自己マネジメントの方法</li> <li>・栄養改善のための食べ方、食事づくりと食材の購入方法</li> <li>・摂食・嚥下機能を含めた口腔機能の向上等の低栄養に関連する問題等</li> <li>・社会参加のためのボランティア団体の紹介等</li> </ul>	
※なお、栄養改善事業の事業実施形態としては、「上記のAの単独実施」又は「上記のA及び上記のBの双方を同時に実施」する形態とする。						
一般高齢者施策 (ポピュレーション・アプローチ)	全ての高齢者			<p>○栄養改善に関する介護予防普及啓発事業</p> <p>○「地域栄養改善活動」推進委員会の設置</p> <p>○愛称、ロゴ、シンボルマーク、キャッチコピーの募集</p> <p>○課題把握と計画作成</p> <p>○普及啓発活動(講演会、ポスター・パンフレットの作成・配布、ホームページ作成、外食・食品小売業等における栄養情報の表示、有線放送、広報の活用等)</p> <p>○介護予防のための個人データの自己確認(介護予防手帳、)</p> <p>○相談窓口の設置</p> <p>○評価と継続的な品質改善活動</p>	3~6か月	
			<p>○栄養改善に関する地域介護予防活動支援事業</p> <p>○介護予防に関するボランティアの育成</p> <p>○育成されたボランティアによる特定高齢者施策支援活動の支援</p> <p>○評価と継続的な品質改善活動</p>			

予防給付の概要

サービスの種類	対象者	主な担当職種	実施場所	サービス内容	目標設定・評価期間
1) 通所介護	要支援1、要支援2の認定を受けた者のうち低栄養状態のおそれのある者；①BMIが標準を大きく下回る ②体重の減少が認められる ③栄養面や食生活上に問題があるのいずれか1つに該当する者	管理栄養士	介護予防通所介護事業所	<p>①事前アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○低栄養状態のリスクの評価、健康状態、栄養状態、食事に関する意向や意欲、主観的健康感の把握</li> <li>○買い物・食事づくり担当者、共食者とその意向や意欲</li> <li>○食事に関する嗜好、アレルギー、食事摂取行為の自立、形態、食事づくりや買い物状況、配食サービスの利用等の環境等の把握</li> <li>○食べ方や飲み方の観察</li> <li>○低栄養状態と関連した口腔、摂食・嚥下障害、下痢、便秘、脱水などの問題の把握</li> </ul> <p>②栄養改善サービス計画の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○解決すべき課題</li> <li>○長期目標、短期目標</li> <li>○食事（タンパク質、エネルギー及び水分の必要量と個別対応事項）、訪問介護等における調理や買い物援助との連携事項、栄養食事相談、多職種による課題の解決等</li> </ul>	3ヶ月毎
2) 通所リハビリテーション		管理栄養士	介護予防通所リハビリテーション事業所（必要に応じて居宅を訪問）	<p>③個別で重点的な栄養食事相談</p> <p>④モニタリングの実施と計画の修正</p> <p>⑤事後アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○計画に基づく課題解決に向けた相談</li> <li>○栄養・食事に関する相談（「食べること」への意欲を重</li> <li>○自己実現の意欲、主観的健康観等、低栄養状態のリスク、摂取量、計画の実践状況</li> <li>○モニタリングの結果に応じた計画の修正</li> <li>○自己実現の課題と意欲、低栄養状態のリスク、サービス継続の必要性、計画の概要と実施状況、総合評価</li> <li>○地域包括支援センターへの報告</li> </ul> <p>※ 通所リハビリテーションは医学的な管理の下で、より専門的なプログラムを実施等</p>	3か月毎

# 1. 「栄養改善」のねらい

## (1) はじめに

介護や社会的支援が必要な人が、尊厳を保持し、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、必要な保健医療サービスと福祉サービスを行うことを目的として、平成12年に介護保険制度が開始された。その後、制度が定着する一方で、当制度運営に当たっての課題も多く出てきたところである。平成12年4月から平成19年11月までの7年7ヶ月で、65歳以上の被保険者数（第1号被保険者数）は、2,165万人から2,717万人と25%（約552万人）増加し、要介護及び要支援認定者は、107%（約233万人）と、被保険者数の増加率を大幅に超える割合で増加している。その内訳として要介護度別で認定者数の推移を見ると、要支援・要介護1の認定者数の増加が大きい状況が見て取れる（図1）。以上の状況のもと、平成18年度には、できる限り要支援・要介護状態にならない、あるいは、重度化しないよう「介護予防」を重視したシステムの確立を目指した制度の見直しが行われた。

これまでの介護予防の問題点としては、軽度者については、適切な対応により要介護状態の改善が期待されるが、改善を支援する観点からのサービスが十分に提供されていないことが挙げられており、見直しにおいては、要支援1・2といった軽度な要支援者が要介護1～5といったより重度の状態に移行することを防止する観点から「予防給付」を創設し、当該給付において「運動器の機能向上」、「栄養改善」及び「口腔機能の向上」といったサービスを追加した。また、要支援・要介護になる可能性の高い特定高齢者やその予備軍である全ての高齢者に対して介護予防事業（地域支援事業）を創設している。

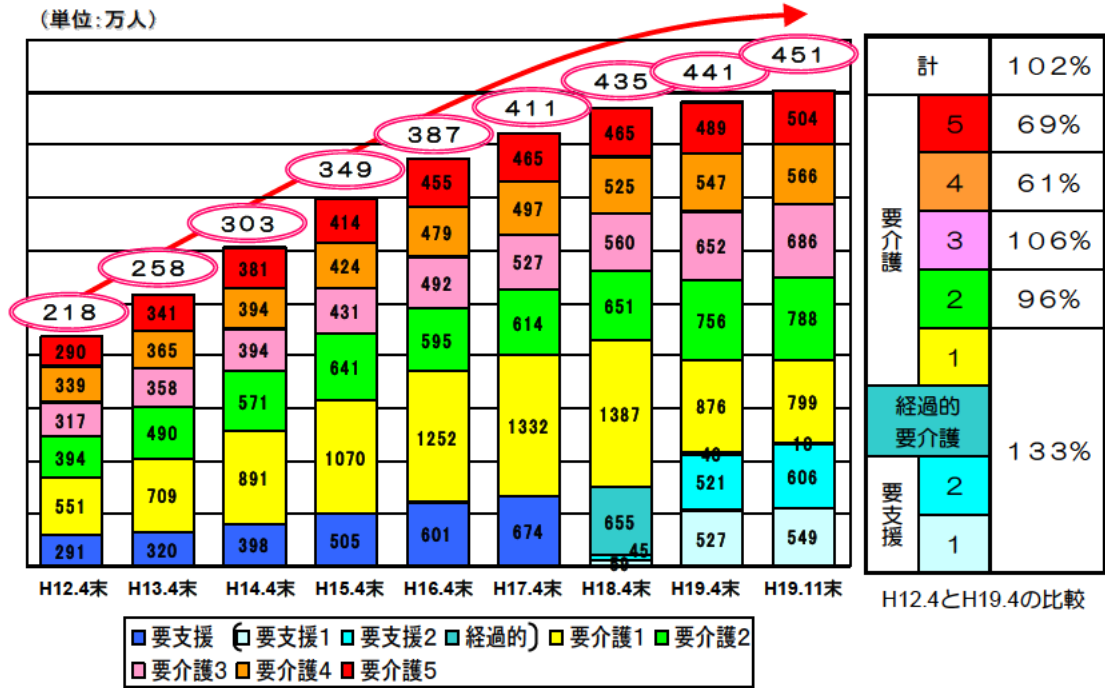
介護予防事業には、ポピュレーションアプローチとして全高齢者を対象とする介護予防一般高齢者施策と、ハイリスクアプローチとして生活機能の低下した高齢者（特定高齢者）を対象とする介護予防特定高齢者施策がある。これらの予防給付及び介護予防特定高齢者施策の対象者については、地域包括支援センターを中心として、利用者の意欲を引き出すための目標指向型のケアマネジメントを実施している（図2）。

介護予防地域支援事業及び予防給付による「栄養改善」に関するプログラム・事業（以下「本サービス等」という）においては、現に低栄養状態にある者や低栄養状態に陥るおそれが高い者、さらには広く一般高齢者に対して、日常生活において「食べることを通じて、自らが低栄養状態の改善及び重度化予防を図ることを支援し、高齢者の自立した生活を確保するためのものである（図3）。従って、低栄養状態の改善等は高齢者の自立支援のための手段の一つであって、それ自体を目的化することは適切ではない。

従来、わが国における高齢者の栄養問題への取り組みは、「栄養食事指導」の名のもとに、生活習慣病の予防及び疾病の重症化予防を主な目的として、過剰な栄養状態への対応、すなわち「食事」を制限する指導になりがちであった。その結果、明らかに虚弱な痩せた高齢者が、食べ過ぎを心配する場合や、食欲が低下している者に対して減塩指導が行われ、喫食量が減る場合などもあった。

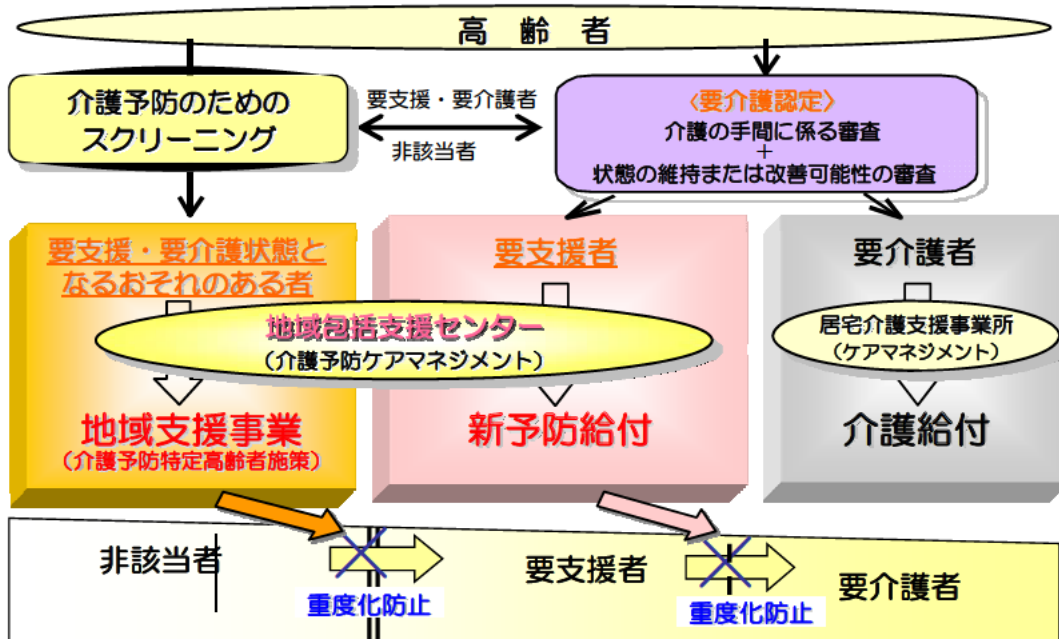


図1 要介護度別認定者数の推移



(出典：介護保険事業状況報告 他)

図2 予防重視型システムの全体像



一方、「介護予防」の観点から取り組まれる本サービス等は、人間の基本的欲求である「食べる楽しみ」を重視し、「食べること」によって低栄養状態を予防・改善し、高齢者の身体機能・生活機能・免疫能を維持・向上させ、QOLの維持・向上に資するものであり、高齢者が自己実現のできる喜びを味わえるよう「食べることを支援する」ことを目的として行う点で、従来の「栄養食事指導」とは一線を画していることに留意すべきである。

本サービス等は、単にエネルギー、タンパク質の付加による栄養指標の改善に終始するものではない。本サービス等では、個々の高齢者や家族が長い間に築いてきた価値観や食文化、生活習慣やその環境を十分に把握した上で、当該高齢者等の身体状況、栄養状態を科学的に評価することから始まる。そして、本サービス等は、事前アセスメント結果に基づいて、高齢者自身の生活において、どのような問題解決をおこなったら、「食べること」が「食べる楽しみ」となり、さらには栄養改善を通じて、高齢者が期待する自己実現に結びつくのかを、高齢者や家族とともに考え、実行上の問題や課題を一緒に解決し、生活そのものに「食べること」を「楽しみ」として位置づけていくプロセスを重視する。

そのため、本サービス等は、「指導」ではなく、双方向的コミュニケーションを重視した「相談」として行うことが適当である。さらに、高齢者の低栄養状態の改善のために解決すべき課題は多岐にわたることから、本サービス等は、多職種協働に基づき、関連するサービスや高齢者の身近な地域資源と連携し、効率的なマネジメント体制である「栄養ケア・マネジメント」のもとに提供されるべきものである。

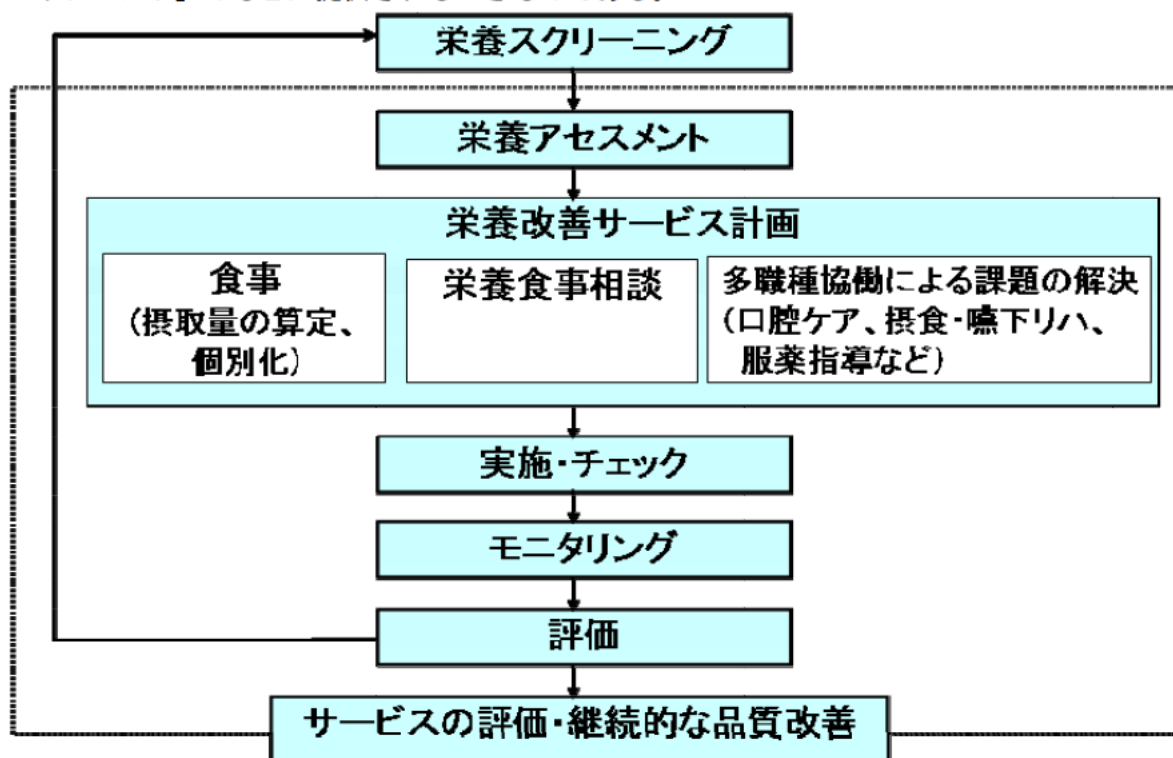


図3 栄養ケア・マネジメントの構成要素

厚生省老人保健事業推進等事業「高齢者の栄養管理サービスに関する研究報告書」(1997)を改変

## ＜参考＞「栄養ケア・マネジメント」について

(平成16年度厚生労働省老人保健事業推進等事業(老人保健健康増進等事業分)「施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究会」報告書—要介護者における低栄養状態を改善するために—を改変)

### 定義

栄養ケア・マネジメントは、ヘルスケアサービスの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制である。具体的に次の事項を行う。

- ①適切なアセスメントの実施に基づき利用者に最適な栄養改善サービス計画の策定、評価を行う。
- ②栄養改善サービス計画に基づいて利用者の個性に対応し、安全で衛生的な食事、栄養食事相談、多職種協働による栄養問題への取り組み等の栄養改善サービスを提供する。
- ③利用者が低栄養状態を予防・改善し、自己実現を達成するための実務上の諸機能(方法、手順など)を効率的に発揮するための体制を整備する。

### 理念

- 利用者の要介護状態の改善又は重度化の予防を図るために、利用者の低栄養状態の改善を重要課題として位置づける。
- 利用者の低栄養状態の改善にあたっては、利用者の基本的な日常生活行為であり、生きる意欲や楽しみに繋がる「食えること」を優先的な課題として、「食えること」を通じて、高齢者が日常生活において自己実現を図ることを多職種が協働で支援する。
- 摂食・嚥下機能を適切に評価し、利用者の摂食・嚥下機能に適応した形態の食事を提供することを基本とする。
- 利用者本人の意思に基づく積極的なサービスの選択を基本とし、利用者及び家族にはサービスの内容を、文書や図などを用いてわかりやすく説明し、同意の確認を行う。
- 「栄養ケア・マネジメント」の運用は、食事の提供を含めて具体的な指針を策定し、利用者に公表する。
- 本サービス等の提供は、医師の指導等のもとに行う。
- 本サービス等は、他のサービスとの一体性・連続性等に留意して提供する。
- 利用者の栄養改善の状況は継続的にモニタリングし、常に適切な本サービス等の提供を行う。栄養改善、身体状況及び生活機能の維持・改善の観点から評価し、継続的な業務の品質改善活動へと繋げる。

### 構成要素の概要

#### ●栄養スクリーニング

地域包括支援センターが実施する介護予防ケアマネジメントにおけるアセスメント(課題分析)では、利用者の低栄養状態のリスクの判定(栄養スクリーニング)も行われる。

#### ●低栄養状態にある者に関して解決すべき課題の把握(栄養アセスメント)

「栄養改善」サービスの提供にあたって事前アセスメントを行う。低栄養状態のリスクがある者の改善指標やその程度を評価・判定するとともに、関連要因を明らかにする。低栄養状態の改善に直接関係する業務として、食事の個別化へのニーズ、食習慣を把握するための食事調査、栄養状態の直接的な評価(臨床所見、臨床検査、

身体計測など)を実施する。また、可能であれば必要栄養摂取量の推定のために安静時エネルギー消費量等の測定を行う。

### ●栄養改善サービス計画の作成

一人の対象者に一つの実行可能な本サービス等について、対象者のサービスに関わる職種間で協議し決定した内容を記録する。利用者の個別の生活機能や自己実現の目標を達成するために、栄養改善上の目標を設定する。また、栄養改善上の目標を達成するためには、いつ、どこで、だれが、何を、どのように実施するかを最低限記載する。次の3つの柱で構成する。この際、地域包括支援センターで作成された介護予防ケアプランと十分に整合性をとることが必要である。

#### ・食事

適正なエネルギー、タンパク質などの摂取量の決定、食事の提供方法(形態など)を選定する。エネルギー摂取量は、測定した安静時エネルギー消費量等に基づく算定を奨励する。

#### ・個別で重点的な栄養食事相談

低栄養改善のための知識、態度を変化させ、適正な生活習慣へと変容させ、生活機能の維持・向上をはかるための相談計画を作成する。

#### ・多職種協働による課題の解決

栄養状態には、利用者の身体的・精神的問題、経済的、社会的問題が大きく関わる。そのため、管理栄養士ばかりでなく、医師、歯科医師、薬剤師、看護師・保健師等、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士などの専門職が、必要に応じて栄養改善サービス計画に参画し、それぞれの計画を協議する。

### ●実施内容等の確認

計画に基づき実施し、実施したら計画通りに実施されているかどうかを、必ず確認する。栄養改善サービス計画に実施上の問題(利用者の非同意、合併症、摂取方法の不適正、関連者の協力上の問題など)があれば、修正し直ちに実行する。

### ●モニタリング

定期的に栄養状態の再アセスメントを行う。モニタリング期間は、栄養状態の程度や、指標によっても異なる(体重は概ね1ヶ月毎に測定)。また、サービス終了時には事後アセスメントとして実施する。

### ●評価

3ヶ月毎に評価を行い、目標が達成されていなければ関係者で協議し、計画を続行するか、計画の修正を行う必要がある。計画の修正については、地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントの見直しを経て行う。

### ●本サービスの評価と継続的な品質改善活動

本サービスに関する評価は、利用者個別のモニタリング結果を集積し、プロセス評価として、栄養ケア・マネジメントの構成要素である実施率、利用者の参加率、実施時間などを検討する。また、アウトカム評価は、栄養状態、身体状況、生活機能、主観的な健康感などの改善目標が、どの程度達成されたかによって評価される。

## **(2) 高齢者にとっての「食べること」の意義**

### **1) 楽しみ、生きがいと社会参加の支援**

高齢者自身が「食べること」は楽しみや生きがいの上から重要である。加藤らによる介護を要する高齢者の意識の実態調査(加藤、1995年)では、施設に入所(入院)している要介護高齢者にとって楽しいことの第1位は食事であった。

さらに、「介護予防」は生活機能の単なる自立をめざすことに留まらず、社会活動に参画できる意欲ある高齢者の実現をめざしている。本サービス等においては、高齢者自らが買い物や食事づくりに参画することを通じて、食事に関わる生活機能の回復のみならず、高齢者の社会参加への意欲が向上するように支援することが重要である。

### **2) 生活の質の改善と「食べること」**

高齢者は、身近な地域において、尊厳をもって主体的に生活を営み、その人らしい生活を生涯維持することを望んでいる。高齢者の自己実現は、このような生活を基盤として達成される。このため、高齢者が主体的に自らの生活を営む能力を維持・向上できるように支援することは、高齢者の健康の保持・増進、ひいては積極的な社会参加につながる。

また、高齢者一人一人の自己実現をはかるためには、生活そのものを見直し、その人にとって適正なものへと改善していくことが求められる。

生活の構成要素の一つに「食べること」が挙げられるが、「食べること」は、買い物、食事づくりや後片付けといった一連の生活行為を伴う。また、高齢者が「食べる」ための食欲を維持・向上するためには、生活行為を通じて日常の身体活動の維持・増大をはかっていくことが必要である。さらに、「食べること」に伴う生活行為には、高齢者と家族や近隣の人々との双方向的コミュニケーションが伴う行為である。

一方、人には、生体リズムと言われる周期的な生理活動がある。たとえば、昼夜は規則的な睡眠—覚醒リズムを形成し、この睡眠—覚醒のリズムは、朝、昼、夕の「食べること」のリズムにつながる。また、一日の生活のなかでの規則的な「食べること」のリズムが、高齢者に規則的な生体リズムを形成し、体内の消化酵素やホルモンの分泌、神経調節、臓器組織の活性のバランスを保ち、日常の食欲や規則的な便通が保持されることにつながる。

それゆえ、本サービス等においては、その人らしい生活全般の改善や回復に対する高齢者の意欲を引き出し、高齢者の生活の質を維持・向上させることを目指して、一日の生活において習慣的に十分に「食べること」を支援することに留意すべきである。

### **3) 低栄養状態の予防と生活機能の維持**

人が生命を維持し日常の生活を営むには、生存するために重要なタンパク質と活動するためのエネルギーを生産にわたって食事として摂取することが求められる。

高齢者は、口腔や摂食・嚥下の問題、発熱や病気、身近な人の死などのライフイベントに

よる食欲低下、あるいは、身体機能の低下等の要因により、買い物や食事づくりなどが困難になることなどを原因として、習慣的な食事摂取量が低下し、エネルギーやタンパク質が欠乏して低栄養状態に陥りやすくなる。また、脳梗塞、がん、呼吸器疾患、肝臓疾患などの疾患の罹患に伴って低栄養状態に陥りやすい。

高齢者の低栄養状態を予防・改善することは、(i) 内臓タンパク質及び筋タンパク質量の低下を予防・改善し、(ii) 身体機能及び生活機能の維持・向上及び免疫能の維持・向上を介して感染症を防止し、(iii) その結果、高齢者が要介護状態や疾病の重度化への移行を予防することにより、(iv) クオリティ・オブ・ライフ (QOL、生活の質) の向上に寄与するとされている (図4)。

そのため、高齢者の低栄養状態の改善は、介護予防の観点からは糖尿病、高血圧、脂質異常症などの生活習慣病に対する食事療法にも優先して取り組むべき栄養改善の課題とみなされている。

一方、高齢者においては小腸における糖質、タンパク質、脂肪の消化・吸収機能は比較的良好に保たれている。それゆえ、高齢者では、食べ物の消化管による消化・吸収機能が維持され、食事による栄養摂取が行われていれば、消化管の腸粘膜の構造や腸管の免疫機能を維持し、消化管におけるバクテリアル・トランスロケーション (腸管内の細菌や細菌が産生する様々な生体障害物質が腸管粘膜細胞あるいは細胞間隙より生体内に侵入すること) による感染症の合併への予防効果は大きいとされている。

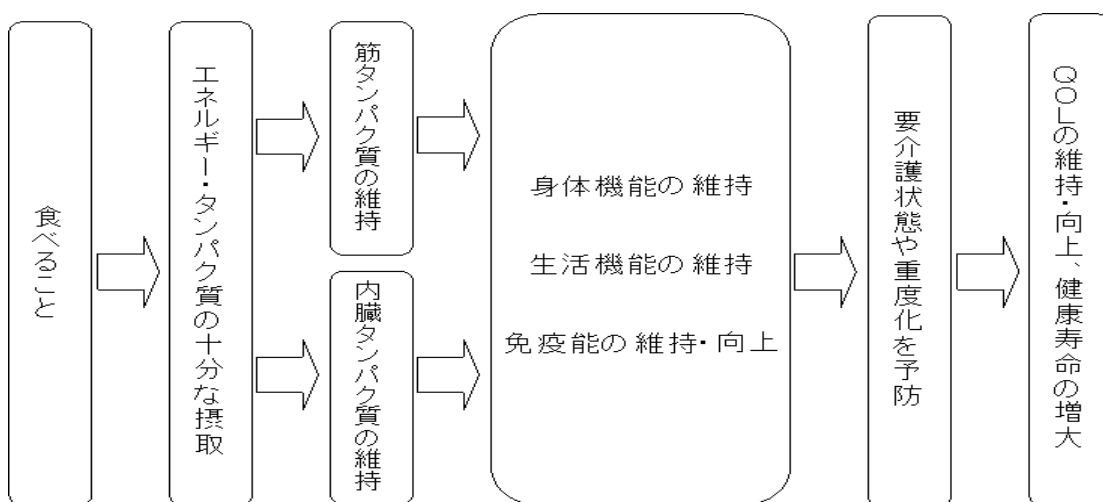


図4 高齢者の「食べること」の意義 (加藤昌彦、一部改変)

### **(3) 本サービス等を必要とする高齢者の割合（最終版において変更）**

#### **1) 地域支援事業「栄養改善」プログラムを必要とする高齢者**

低栄養状態は、タンパク質及びエネルギーの欠乏状態であり、急激な体重の減少はみられないが、タンパク質が欠乏し、血清アルブミン値が低下した状態（クワシオコル型）、筋肉や体脂肪の減少が見られ、体重が減少した状態（マラスムス型）、その両方がみられる状態（クワシオコル・マラスムス型）がある。このような低栄養状態のリスクの有無は、タンパク質及びエネルギーの欠乏状態を示す栄養指標である血清アルブミン値及び、BMIや体重の減少によって評価・判定する。

そこで、地域支援事業において特定高齢者を把握するための「基本チェックリスト」には、栄養改善プログラムの必要な高齢者を把握するための2項目、11番目「6ヶ月間に2～3kgの体重減少がありましたか」、12番目「BMI 18.5未満」が設定されており、この2項目に該当した者に、栄養改善サービスが提供されている。

#### **2) 予防給付「栄養改善加算」を必要とする高齢者**

一方、要支援1、2と判定された高齢者に対しては、介護予防ケアマネジメント担当者が、①BMIが標準を大きく下回る者、②体重の減少が認められる者、③栄養面や食生活上に問題がある者の①②③のいずれか1つ以上に該当する者で低栄養状態にある者、またはそのおそれのある者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者に本サービスが提供されている。

### **(4) 「栄養改善」サービスに関する科学的根拠（最終版において変更）**

#### **1) 低栄養状態にある者そのおそれのある者の特性（リスク要因）**

低栄養状態にある自立した高齢者に対して、食事によって適正なエネルギー、タンパク質の摂取を行うことによって栄養状態が改善し、身体機能（握力、最大歩行能力など）の改善が行われることは、国際的にランダム化比較試験を収集したメタ分析等によって示されている（杉山他 2007, Stratton他, 2005 図5）。すなわち、地域の低栄養状態の高齢者をBMIによって低栄養状態の判定を行い、BMI 20未満の者を対象としてタンパク質、エネルギーを摂取した場合の栄養状態、身体機能（握力、最大歩行能力など）に対する有効性は、体重の改善に対しては15報告中13報告で有意な改善が、身体機能については、15報告中8報告で有意な改善が報告されている。

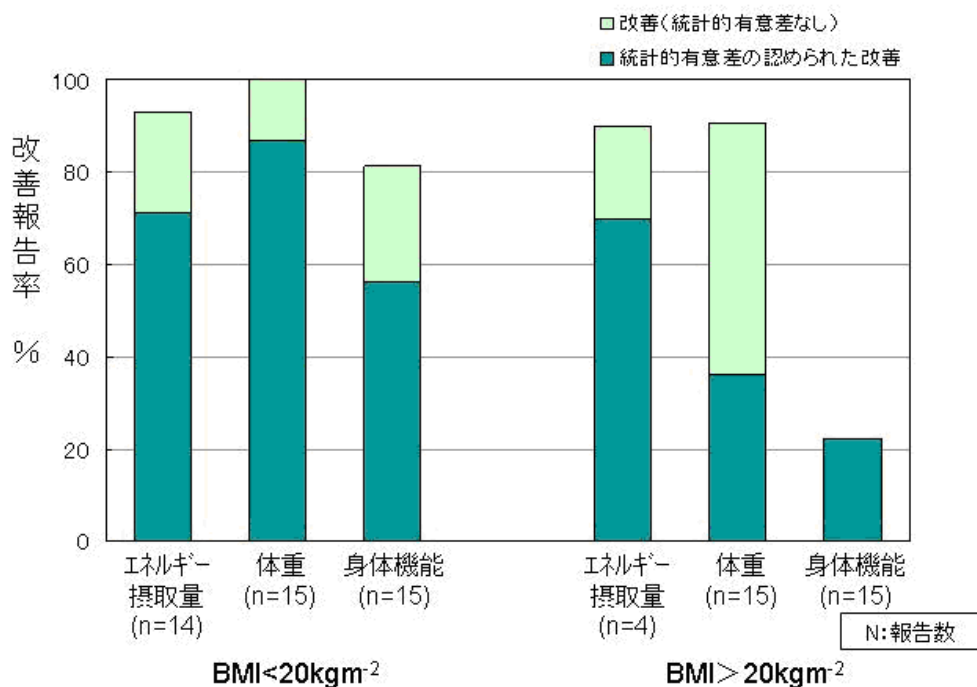


図5 地域高齢者へのエネルギー・タンパク質補給(食事に経口栄養食品を付加)を用いたランダム化比較試験によるエネルギー摂取量、体重、身体機能の改善報告率

Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Evidence Based for Oral Nutritional Support. Disease-Related Malnutrition: an Evidence-Based approach to treatment. 2003; 168-236. CAB International Publishing

## 2. 地域支援事業における具体的な取組内容

### (1) 介護予防特定高齢者施策

#### 1) 特定高齢者把握事業

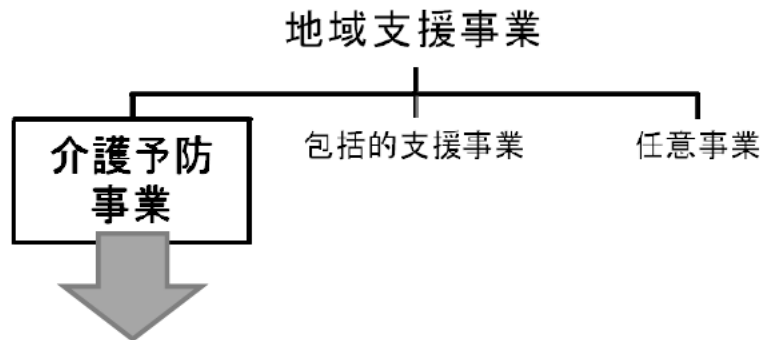
地域支援事業における「栄養改善」の全体像を図6に示す。

市町村による特定高齢者把握事業においては、要介護認定の非該当者および住民・民間組織や関係機関からの情報提供など、さらに特定健診等との同時実施や郵送等による基本チェックリストの実施などにより把握された、生活機能の低下が疑われる者に対し、生活機能評価が実施される。その結果から特定高齢者の判定が行われる(図7:別紙基本チェックリスト参照)。

地域包括支援センターは、特定高齢者候補の者のうち、低栄養状態のリスクがある者(栄養改善プログラムの対象者)として、①基本チェックリストの2項目(6ヶ月間に2-3kgの体重減少、BMI18.5未満)のすべてに該当、又は②血清アルブミン値3.8g/dl以下に該当する者に対して、本人及び家族に説明し同意を得ながら介護予防ケアプラン(原案)を作成し、サービス担当者会議等を経て、栄養改善プログラムが利用できるように調整する。



図6 地域支援事業における「栄養改善」



◎介護予防一般高齢者施策(ポピュレーションアプローチ)

○介護予防普及啓発事業：介護予防に関する情報提供等

- ・愛称、ロゴ、シンボルマーク、キャッチコピーの募集
- ・講演会等による健康教育
- ・ポスター、パンフレット、ホームページの作成
- ・外食、スーパーマーケット、コンビニエンスストア等における栄養情報の表示
- ・有線放送、広報紙等の活用
- ・介護予防手帳の活用
- ・相談窓口の設置

○地域介護予防活動支援事業：介護予防に取り組む自主活動への支援

- ・「栄養改善」に関するボランティアの養成・育成

◎介護予防特定者高齢者施策(ハイリスクアプローチ)

○特定高齢者把握事業

特定高齢者施策の対象となる「低栄養状態のおそれのある高齢者」(＝特定高齢者(栄養))を把握。：①および②に該当する者又は③に該当する者。

① 6か月間に2～3kgの体重減少

② BMI 18.5未満

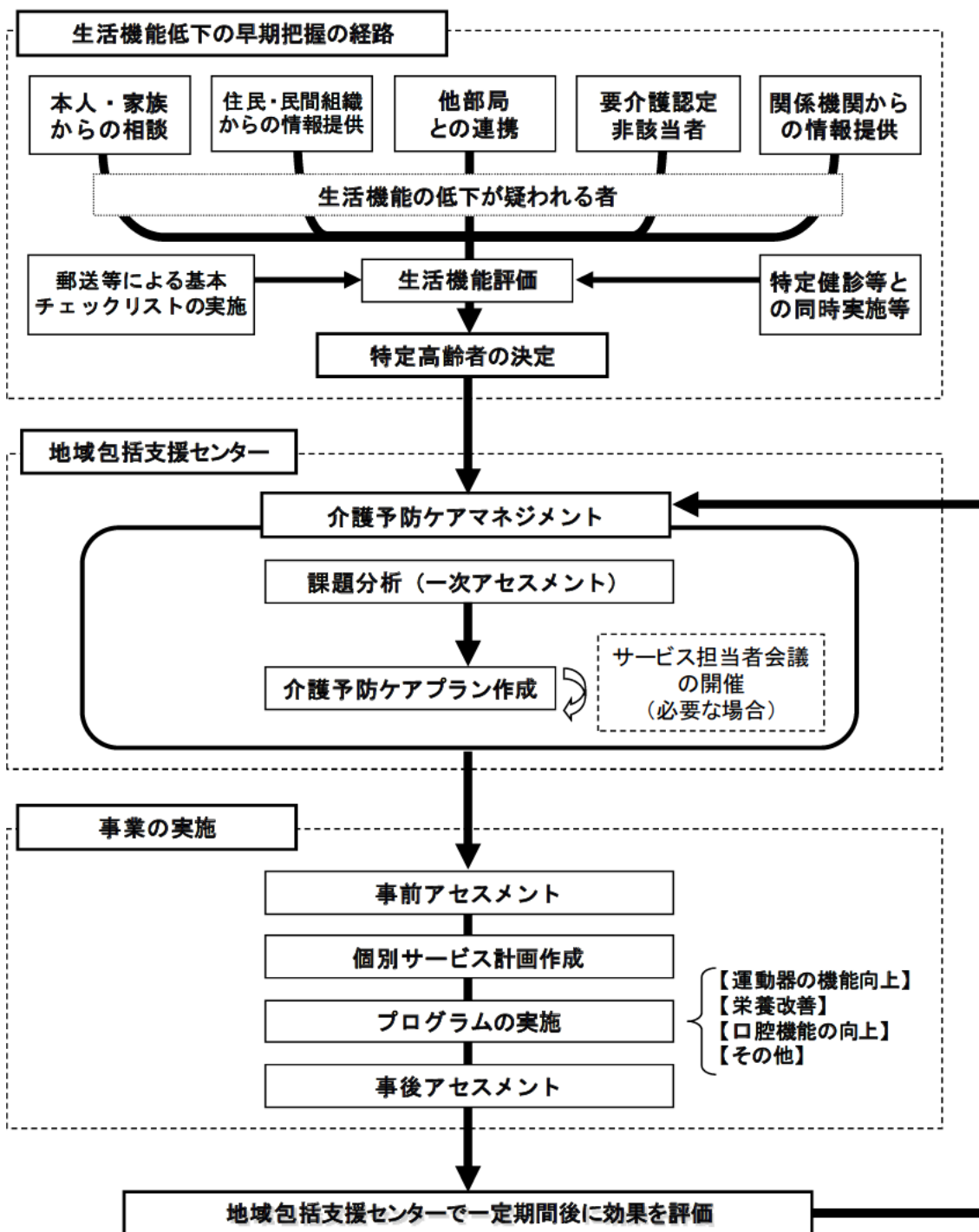
③ 「うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち10項目以上に該当」「運動機能向上5項目のうち3項目以上」「口腔機能の向上3項目のうち2項目以上に該当」のいずれかに該当する特定高齢者候補のうち、血清アルブミン値3.8g/dl以下

○通所型介護予防事業

- ・事前アセスメント
- ・個別サービス計画作成
- ・プログラムの実施
- ・モニタリングの実施
- ・事後アセスメント

○訪問型介護予防事業

図7 介護予防特定高齢者施策の流れ



## 2) 通所型介護予防事業

### ①事業内容

介護予防特定高齢者施策における「栄養改善プログラム」は、実施担当者として、市町村及び市町村から委託された事業者に所属する管理栄養士、または平成20年3月31日までの間に限り、栄養管理業務に関し5年以上の実務経験を有する栄養士（以下、管理栄養士等）が看護職員、介護職員等と協働して栄養状態を改善するための個別の計画を作成し、当該計画に基づき個別的な栄養相談や集団的な栄養教育等を実施し、低栄養を改善するための支援を行うものである。実施方法は、介護予防ケアマネジメント業務において地域包括支援センターにより個別の対象者ごとに作成される介護予防ケアプランに基づき実施するものとする。事業全体の流れを図8（社団法人日本栄養士会・全国行政栄養士協議会：地域支援事業における「栄養改善」実施の手引き、2008を改変）に示す。

### ②実施の手順

#### a) 事前アセスメント

事前アセスメントでは、実施担当者が事前にアセスメント表を利用者に配布するなど、チェック項目の具体的な問題の状況やその理由について聞き取り、次の個別サービス計画を作成するために必要となる課題を把握するものである。また可能な限り、身長、体重等の身体計測を行うように努め、アセスメント表に、計測値等の必要事項の記入を行う必要がある。これは事業終了後にその効果を評価するための基準値を得るものでもある。

事前アセスメントでは、地域包括支援センターで作成された介護予防ケアプランを踏まえ、参加が予定されているプログラムに応じて、運動器の機能、栄養状態、口腔機能等の心身の状況等について更に詳細な評価を行うとともに、利用者が事業に参加する際の安全確保のために必要となる情報についても、主治医等と連携を図りつつ収集し評価するものとされる。

具体的には、事前アセスメント表において、「1日に食べるのは2食以下ですか」、「主食（ごはんなど）や主菜（肉、魚などのおかず）を食べる量が減ってきましたか」、「牛乳・乳製品をあまりとらないですか」などを「はい」と回答した者には、簡便な食事習慣調査などを用いて食習慣の把握を行うことが望ましい。また、食事に関する嗜好、禁忌、アレルギー、食事療法、食事摂取行為の自立、形態、毎日の食事づくりや買物の状況、特記事項（安全性の確保など観点）などについても把握することが重要であり、必要に応じて、実際に食品や飲料を用いて、食べ方、飲み方などを観察することも考慮されたい。

他方、事前アセスメントにより、低栄養状態と関連した口腔内の問題（痛み、義歯の不具合、口臭、味覚の低下、口が渇く、むせなど）、摂食・嚥下障害、閉じこもりやうつ、認知症などの課題の解決が必要であると判断される場合には、地域包括支援センターに連絡する。

これらのアセスメント項目中、事後評価との関連で重要である項目は、自己実現の課題とその意欲、主観的健康感、低栄養状態のリスク（体重減少、BMI、血清アルブミン等）な

どであり、高齢者における食事摂取基準については、日本人の食事摂取基準を参考とするなど個々人の状態などに応じて設定することが重要である。また、必要に応じて、利用者が食事として摂らなければならないエネルギー、タンパク質、水分量を算出することが望ましい。

#### **b) 個別サービス計画の作成（計画づくりへの支援）**

個別サービス計画とは、事前アセスメントの結果や利用者の意向を踏まえて、プログラムの目標、プログラムの内容、家庭や地域での自発的な取組の内容、実施期間、実施回数等を設定するものである。

具体的には、利用者が、何を指したいか（〇〇ができるようになりたい、もっと元気そうに見えるようになりたい、食事をおいしく食べたい、〇〇を食べに行きたいなど）を目標として設定することが望ましく、そのためには、体重などの身体計測値をどの位増大したいか、何をどの位食べるようにするなどの、より具体的で対象者にとって身近な目標を設定することが重要なポイントである。

この中で、管理栄養士等は、高齢者及び家族が日常の生活や環境のなかで、主体的に、そして容易に取り組めることに十分に配慮しながら、利用者本人による計画づくりを支援することが重要である。

#### **c) プログラムの実施（栄養相談）**

先に作成した個別サービス計画に基づき、プログラムを実施する。市町村（事業者に委託する場合を含む）は、栄養ケア・マネジメント体制のもとに「栄養改善プログラム（本事業）」を実施することが重要であり、栄養相談等は管理栄養士等が行なう。主な内容としては、概ね1ヶ月ごとに個別サービス計画で定めた目標の達成状況について評価を実施し、適宜、プログラムの実施方法等について見直しを行うものとする。

具体的には、管理栄養士等は、事前アセスメントによって栄養相談において解決すべき課題や解決の方法を明確にし、必要に応じて地域包括支援センターにおいて開催されるサービス担当者会議に出席する等、関連事業との連携を図り、本事業の提供を行い、利用者の参加による事前アセスメント、計画の作成、実施上の問題解決、計画修正を行う。

実施期間は概ね3～6ヶ月程度（利用者の過度な負担とならず、かつ効果が期待できる期間・回数）とされており、その一つの例として、栄養相談を最初の1ヶ月間は2週間毎に、その後は1ヶ月に1回程度実施し、また、利用者の意欲を引き出し、継続意欲を支えるために、初回の相談から1週間以内に実施状況を確認し、2週間後にもう一度相談するなどの工夫をすることなどが挙げられる。

利用者や家族が安心して居心地がよいと感じられる相談環境を整える目的で、たとえば健診会場や集会所に設置するなどが考えられる。初回の栄養相談及び影響教育等の実施時に、今後の日程、場所などのスケジュール表を利用者に配布することは重要である。

実施に関する留意点として、本事業の提供に当たり試食や調理等を行う場合には、管理

栄養士等を中心として安全・衛生管理を行う必要がある。設備面では、事前アセスメントや栄養相談の際に必要な身長計、体重計などの計測器が必要となる。加えて、対象者及び家族を含めた栄養相談が実施できる、また、小グループで行う栄養教育等が実施できる環境が整備されるべきである。

集団的な栄養教育は、地域及び施設等の実情に応じて行われる必要がある。管理栄養士等による低栄養状態等の説明や情報の提供、一般高齢者施策における事業の活用も行なって進める。さらに利用者相互の関係づくりを行うなど、利用者の栄養改善プログラムへの参加や継続の意欲を高めることが求められる（表2. 1）。

また、閉じこもりがちな高齢者や生活機能の低下した高齢者については、訪問型介護予防事業と連携する必要がある。（（3）訪問型介護予防事業を参照。）

なお、特定高齢者施策「栄養改善プログラム」は、『栄養相談』の事業形態の単独実施又は『栄養相談』及び『集団的な栄養教育』の双方同時実施を形態とする。

表2. 1 集団的な栄養教育の実施方法

留意点	その説明
実施担当者	管理栄養士等のほか、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、介護福祉士、介護支援専門員など。
実施場所	各事業所、市町村保健センター、健康増進センター、老人福祉センター、公民館、自治会館、事業所、登録を行った一般住宅や施設など。食堂や簡便な調理設備や調理器具などの設備のある集会室や教室などをあらかじめ把握しておく。
内容	「食べることの意義」、「栄養改善のための自己マネジメントの方法」、「栄養改善のための食べ方、食事づくりと食材の購入方法、調理済み食品の再料理方法」、「配食サービス、食事づくりの会や食事会などを提供しているボランティア組織の紹介」、「摂食・嚥下機能を含めた口腔機能の向上」「閉じこもり予防・支援」、「うつ予防・支援」、「認知症予防・支援」、「薬剤と栄養」、「社会参加のためのボランティア団体の紹介」など。
教材	スライド、ビデオ、DVDなどの視聴覚教材（高齢者向きのものを選ぶ）を活用し、その効果をあげるように工夫する。 都道府県、保健所、市町村は、教材の効率的利用の観点から、視聴覚教材、栄養教育用教材などの集中管理及び相互利用の調整等を行い市町村への便宜を図ることが求められる。 実施場所には、必要に応じて介護予防と本事業に関するパンフレットやポスター一式などを設置する。

#### **d) モニタリングの実施**

モニタリングとは、介護予防ケアプランに基づき、栄養改善プログラムが実施される間、実施担当者がその実施状況を把握するとともに、地域包括支援センター、および当該事業の関係者の調整を行うものである。

実際の場合では、初回の栄養相談の後、1週間から10日程度の間、利用者の継続する意欲を高めるため、また、実施上の問題が出現していないか、あるいは中断されていないかなど、電話等を用いて適宜確認し、相談に応ずるようにすることが望まれる。加えて、利用者及び家族等が実施困難を訴える場合には、代替案を提示し、計画修正を加える。

モニタリングは、可能な限り2回目以降の栄養相談の際に1ヶ月後の相談時から毎回(1ヶ月に1回)行い、3ヶ月目には、事後アセスメントとして、低栄養状態の改善状況及び計画の実践状況を評価する。低栄養状態の改善が見られなかった場合や、食事に関する計画の実施状況が十分ではない場合等には、再度、高齢者と話し合って食事に関する計画の修正を行い、初回と同様に、修正後1週間目には実施上の問題が出現していないか、あるいは計画の実施が中断していないかなどを確認し、相談を行うようにする。

これらについては、随時、地域包括支援センターと連携をして行われるものである。

#### **e) 事後アセスメント**

事後アセスメントとは、事業終了後、再度、事前アセスメントと同様の評価を実施し、目標の達成状況やその後の支援方法について検討を行うものである。事後アセスメントの結果は、介護予防ケアプランの見直しに反映させるため、介護予防ケアマネジメント業務を実施する地域包括支援センターに報告する。

具体的には、事業開始3～6ヶ月後に、事後アセスメントを行い、事前・事後の比較等の評価を行い、個別サービス計画に基づく栄養改善の経過、目標の達成状況等を、地域包括支援センターに報告する。事後アセスメントによって低栄養状態のリスクがみられなくなった場合には、地域包括支援センターの判断に基づいて事業を終了し、介護予防一般高齢者施策への参加を促す。未だ、低栄養状態のリスク「有」と評価される場合には、地域包括支援センターの判断に基づいて、介護予防ケアプランが見直され、継続して本事業を実施する。本事業を実施している中で、改善・維持が見込めない場合や、参加者の状態が大きく変わるなどした場合など、地域包括支援センターと連携を図る必要がある。

### **3) 訪問型介護予防事業**

#### **①事業内容**

訪問型介護予防事業とは、特定高齢者であって、心身の状況等により通所形態による事業への参加が困難なものを対象に、保健師等がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、必要な相談・指導等を実施するものである。

先駆的事例では、通所型栄養改善プログラム(栄養相談等)に体調不良等の理由から参加できない、また通所型に参加していたが、遠くて通えない、通う自信がない等の理由か

ら通所できなくなった高齢者に対して行われている（事例：神奈川県伊勢原市参照）。

また訪問型介護予防事業の対象者であって、低栄養状態を改善するために特に必要と認められるものに対しては、栄養改善プログラムの一環として配食の支援が実施される。

## ②実施の手順

実施は、通所型栄養相談等と同様の流れで行なわれる。地域包括支援センターが作成した介護予防ケアプランをもとに、①事前アセスメント→②個別サービス計画の作成→③プログラムの実施（定期的な訪問栄養相談、計画修正、モニタリングを含む）→④事後アセスメント・評価→⑤地域包括支援センターへの報告 となる。

訪問時において、管理栄養士は身分証明書や名札を提示して身分を明らかにするとともに、関係様式や資料のほか、持ち運びできる体重計などの身体計測機器等も必要となる。

低栄養を引き起こしている要因に口腔内の問題や筋力低下、閉じこもり、認知、うつなどがみられる場合には、関係職種との連携が必要になってくるため、随時、地域包括支援センターと相談して進めることが望ましい。

これらの訪問型栄養相談により体重が増加し、体調が回復した場合は、介護予防ケアプランを通所型栄養相談に変更するなど、地域包括支援センターと連携をとりながら臨機応変に対応する。

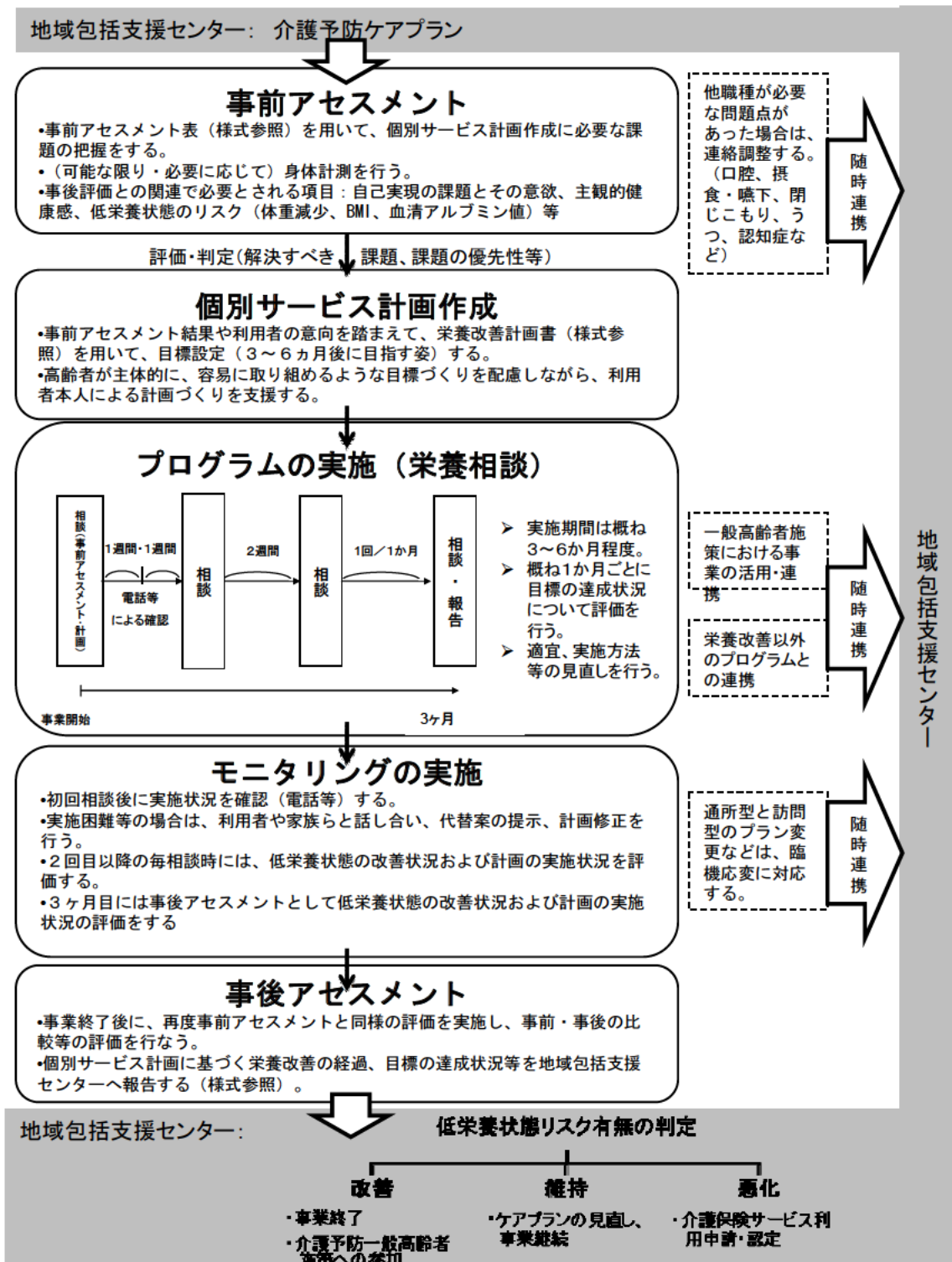
会場まで遠くて通えない等の理由から通所型栄養相談に参加できず、訪問型栄養相談利用者が多い地域では、その地域に会場（自治会館、集会所、公民館等）を設け、そこを拠点に通所型栄養相談を実施することが有効であり、さらに、この事業を通じて閉じこもり予防から地域交流につながっていくものとする。

また地域包括支援センター等がアプローチ時に一度断られたケースに対し、地域に管理栄養士が出向き、立ち寄り訪問（訪問栄養活動）を行うことで、通所型および訪問型栄養改善事業につなげていくことも効果的である。

### コラム

配食サービスを提供する必要がある場合には、栄養相談を担当する管理栄養士等は、配食サービス事業所に対しての必要情報や依頼事項（嗜好、禁忌、アレルギー、食事療法、形態、エネルギー、タンパク質提供量など）についても計画の一環として記載し、地域包括支援センターを通じて配食サービス事業者に連絡する。配食サービス事業所へは、定期的な声かけ、安否確認が行われるだけでなく、喫食状況や利用者からの要望などは、地域包括支援センターを通じて担当の管理栄養士等に定期的に情報提供が行われるように依頼する。また、配食サービスを通じて、関連事業の紹介、普及・啓発用パンフレットや自己チェック表、要望などの記入表などを配布することも可能である。管理栄養士等による配食サービス事業者への衛生管理、安全性等のリスク管理に対する情報提供や指導が行われることも必要である。

**図8 介護予防特定高齢者施策における栄養改善プログラム（例）**  
市町村または委託された事業者（管理栄養士等）が実施



（社団法人日本栄養士会・全国行政栄養士協議会：地域支援事業における「栄養改善」実施の手引き、2008を改変）



事例：神奈川県伊勢原市

「訪問栄養活動を中心とした参加率向上のための取り組み」

1. 本事業の特徴

本事業は、特定高齢者（栄養）に対し、地域包括支援センター等が一度断られたケースに対し、地域に管理栄養士が出向き立ち寄り訪問を行うことで、通所型や訪問型栄養改善事業につなげていくものである。また、高齢者がより参加しやすいように、特定高齢者（栄養）の多い地域で通所型事業を実施する、地域型特定高齢者事業も並行し実施している。

2. 自治体の概要

【伊勢原市の特徴】（平成20年9月1日現在）【住基人口】97,657人 【高齢化率】18.2% 【その他】市内には3つの地域包括支援センターがあり、社会福祉法人に委託。

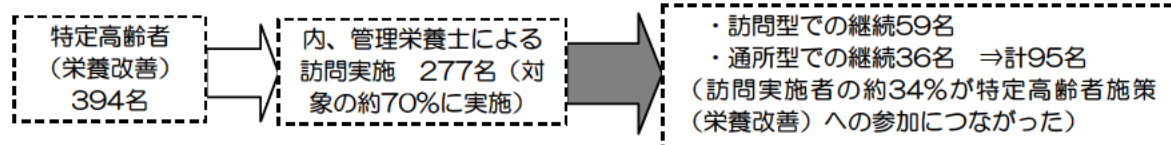
3. 事業の体制づくり

【人的体制の整備】平成18年4月制度改正に伴い、介護予防部門に管理栄養士が1名異動により配置された。これにより、高齢者に対する栄養改善事業の企画から実施、評価までを行えるようになった。また、非常勤管理栄養士・栄養士に対し、地域支援事業（栄養改善）に関する研修会・打合せ会を随時開催し、事業従事できる人的体制を整えた。また、立ち寄り訪問を実施する際の管理栄養士の訪問時の流れ等を標準化し、同じ質で効率的・効果的に訪問を実施できるよう努めた。

【参加までの流れの整備】健診受診後に特定高齢者となると、担当地区の地域包括支援センターが電話や訪問等で「通所型」または「訪問型」の栄養改善事業の紹介と、包括支援センターによる実態把握のための訪問の了解を得ることになる。しかし、実際は包括支援センターが電話や訪問をした段階で断られてしまっていることが多い。そのため一度断られた特定高齢者候補者（栄養）に対し、管理栄養士による立ち寄り訪問を実施している。経年の健診データから体重の推移をグラフにしたものや、リーフレットや健診結果表なども使いながら体重が減少していること等を説明。訪問時は玄関先や庭先、場合によっては作業中の畑などでも声をかけ、体重減少したいきさつなどの話を聞き、栄養相談につなげている。そういった関わりから訪問が継続し、通所型教室への参加にもつながっている。また、継続には至らなくとも、立ち寄り訪問時のやりとりの中で、低栄養改善のためのアドバイスが実施できている。

4. 実施状況

平成18～19年度伊勢原市における特定高齢者（栄養）として把握されてから事業参加につながった人数の流れは以下のとおりである。（平成20年10月15日現在）



【訪問型栄養改善事業について】管理栄養士が訪問し、体重測定や握力測定を中心に栄養アセスメントを実施。仲間づくりや閉じこもり予防のためにも通所型事業を勧めたいところだが、遠くて通えない、通う自信がない等の理由の場合、対象者に合わせたスタイルで訪問型事業を行っている。

【通所型栄養改善事業について】タイムリーに事業参加を勧められるように、教室開催を毎月にし、どの回からでも参加できるようにしている。また、事前アセスメントは教室参加前に管理栄養士が訪問により実施するため、家庭内の状況・環境なども含めて詳細に聞き取り確認ができる。教室の内容は、調理実習に負担感を感じる方も多いため、実習だけではなく、会食形式で手作りのお弁当を提供する回も設けた。また運動指導や口腔ケア、ゲームを行なうなど楽しい雰囲気作りを心がけた。

また、特定高齢者（栄養）の多い地域にある会場（団地集会所や公民館等）を利用し、地域型特定高齢者事業を実施。調理が難しい会場ではオープントースターや炊飯器などを使用し、簡単にできるメニューを紹介している。訪問型の方や立ち寄り訪問実施者にPRし通所型での参加につなげるよう努めている。

【平成18～19年事業終了者の動向】約8割が体重増加又は体重減少が落ち着き「改善」となっている。「悪化」により終了した者のうち4名が要支援・要介護になったが、事業参加だけでは改善が見込めず、管理栄養士と地域包括支援センターと連携し介護保険サービス利用申請・認定につなげることができたケースであった。改善で終了したケースも、通所型栄養改善事業参加者には「同窓会」を季節ごとに実施、再度体重を測定している。同窓会に参加したことで、体重減少が判明し、再度特定高齢者として通所型栄養改善事業に参加したケースもあった。※「介護予防事業報告」に準じ、平成20年10月15日現在で区分

改善	悪化	死亡	その他
61人 (80.3%)	7人 (9.2%)	3人 (3.9%)	5人 (6.5%)

【まとめ】以下の①～③にあたる行政栄養士が係わる高齢者に対する施策を、介護予防部門にいる常勤管理栄養士が担当することで、それぞれが連動・連携して行え、効率・効果的に実施ができる。また、個々のケースの栄養ケア・マネジメントを丁寧に行うことが、事業評価だけでなく地域の栄養診断にもつながり、行政管理栄養士のこれからの活動の基盤になるとと思われる。

- ① 一般高齢者施策・・・普及啓発、ボランティア養成・育成
- ② 特定高齢者施策・・・通所型、訪問型
- ③ 配食サービス・・・配食サービスの適正化のためのアセスメント、モニタリング

## (2) 介護予防一般高齢者施策

介護予防一般高齢者施策は、地域において介護予防に資する自発的な活動が広く実施され、地域の高齢者が自ら活動に参加し、介護予防に向けた取組が主体的に実施されるような地域社会の構築を目指して、健康教育、健康相談等の取組を通じて介護予防に関する活動の普及・啓発や地域における自発的な介護予防に資する活動の育成・支援を行うこと等を目的とする。

### 1) 介護予防普及啓発事業

介護予防普及啓発事業は、地域の特性や資源を生かした「まちづくり」の一環として、住民参画によって行う。そこで、市町村は、関係専門職団体、地区社会福祉協議会、食生活改善推進委員、民生委員、在宅栄養士団体、老人クラブなどの地域高齢者団体、食品や食事などの生産・流通、製造などの民間企業、その他関連者による推進委員会等を設置する。推進委員会は、以下のような普及啓発活動に助言を行うとともに普及啓発事業に推進的に参加する

普及・啓発すべき事項は、介護予防のための「食べること」の意義、一次アセスメント及び介護予防のための生活機能評価における低栄養状態に関するアセスメント項目とその意義、体重測定の意義と方法、低栄養状態と関連した課題とその解決、どのように「食べるのか」（サービング・サイズとそのとり方）、地域介護予防活動支援事業への参画の勧めなどである。普及・啓発のための方途として、表2.2の事項が考えられる。

### 2) 地域介護予防活動支援事業

地域介護予防活動支援事業の一環として、地域の「栄養改善」活動を支援する人的資源の開発とその質の向上が必要である（ボランティアの養成・育成）。養成・育成の対象は、食生活改善推進員、民生委員、また、社会福祉協議会等と連携した関連のボランティア団体、老人クラブの参加者、地域の一般高齢者などである。表2.3に示すようなプログラムを実施することが考えられる。各ボランティア団体の特性に合わせた内容で、「栄養改善」に関する活動支援を行う必要がある。

表2.2 普及・啓発のための具体的な事業内容とその詳細

具体的な事業内容	その詳細
(ア)愛称、ロゴ、シンボルマーク、キャッチコピーの募集	市町村の広報、公式ホームページ、関連諸団体、学校向けのパンフレットなどによって、「地域栄養改善活動」の趣旨、目的、活動の概要を説明し、活動の愛称、ロゴ、シンボルマーク、キャッチコピーなどの募集を行う。
(イ)講演会等による健康教育	大学、学会、各種団体、企業などの主催する公開講演会において介護予防と「栄養改善」に関する学術講演や専門講師による講演会を行う。
(ウ)ポスター、パンフレット	「地域栄養改善活動」に関する愛称、ロゴ、マーク、キャッチコピーなどの入った

	ポスターやパンフレットを作成し、高齢者が頻繁に利用する会館、駅、病院・診療所、商店街などに掲示や配布を行う。これらのポスターやパンフレット作成は、民間企業の広告・宣伝の一環として行うこともできる。
(エ)ホームページの作成	例えば、地域の公的ホームページでは、介護予防のための「栄養改善」に関する必要情報を提供する。また、関連情報や各種事業内容にアクセスできるように、「栄養改善活動」のための情報マップを作成する。これらには、介護予防のための栄養・食事に関する適正な情報、地域の食品、食物、食事、食事づくり、外食や市販の持ち帰り弁当、宅配などの情報にもアクセスできるようにする。これらの情報の適正性は、専門職による確認が必要である。
(オ)外食、食品小売業、スーパーマーケット、コンビニエンス・ストア等における栄養情報の表示	介護予防の観点からは、エネルギー、タンパク質のとり方、すなわち、料理や食品における食事摂取基準(推奨量)との関連、この料理や食品を食べると、エネルギー、タンパク質をどの位食べたことになるのか(介護予防のための栄養・食事ガイド等)を理解し、高齢者が料理や食品を上手に選択できるように栄養表示を行うことが求められる。これらの介護予防に寄与する栄養情報の表示を行った店舗や企業は、「地域栄養改善活動」推進団体として登録等を行い、地域の広報誌等にも掲示する。
(カ)有線放送、広報紙等の活用	公的及び民間による有線放送及び広報紙等によって、「地域栄養改善活動」や「栄養改善」サービスの実施の紹介などを行う。
(キ)介護予防のための個人データの自己管理(介護予防手帳の活用)	介護予防の効果を上げるためには、利用者自らが積極的に関与することが重要であり、そのためには個人が自己のデータを管理することが効果的である。「地域栄養改善活動」では、このような自己管理を支援することを目的として、介護予防手帳を活用する。介護予防手帳には、生活機能評価や介護予防ケアマネジメントの結果、介護予防ケアプラン、個別サービス支援計画等の情報を含まれており、利用者の意欲の向上や関係者との情報の共有化を効率的に行えるようにしたものである。
(ク)相談窓口の設置	相談窓口は、地域住民の「栄養改善」に関する事業や高齢者の栄養・食事に関する相談や苦情、要望、不安などに対応するために設置する。担当者は、低栄養状態の予防・改善について、知識・経験を有する医師、歯科医師、管理栄養士等、保健師などである。基本健康診査の会場、市町村保健センター、健康増進センター、公民館、その他事業所などの高齢者が気楽にかつ幅広く相談できる場所に設置する。低栄養状態の予防・改善に関する助言及び指導、相談内容に適切に対応すると同時に、必要に応じて地域包括支援センターに紹介する。

表 2.3 「栄養改善」に関するボランティアの養成・育成プログラム（事例）

目的	高齢者が介護予防のために十分に「食べること」を通じて低栄養状態になることを予防するための正しい知識と技術について学習する。さらに、高齢者自からの自己実現にむけて、十分に「食べること」を通じて低栄養状態を予防・改善するという認識と自覚を高め、最終的には地域栄養改善活動への参画を通じて「活動的な85歳」になることを目指すことを支援する。
対象	食生活改善推進員、民生委員、また、社会福祉協議会等と連携した関連のボランティア団体、老人クラブの参加者、地域の一般高齢者など
内容： ねらい	<p>○介護予防事業と「栄養改善」： 市町村での介護予防事業のシステム、包括支援センターの役割、生活機能評価などと「栄養改善」との関連について理解できる。</p> <p>○介護予防と「食べること」の意義： 介護予防のために「食べること」の意義、低栄養状態の概念とその予防・改善のための基本的考え方について理解できる。</p> <p>○栄養改善のための自己評価（介護予防手帳）： 介護予防手帳において、体重の記録のつけ方と見方、「基本チェックリスト」「低栄養の自己チェック表」を用いた問題の把握の方法、介護予防のための生活機能評価の活用法について理解し、説明することができる。 日常生活や食事リズムを理解し、望ましい生活や食事のリズムの改善について目標、戦略的方法などについて理解し、説明することができる。 低栄養状態を予防、改善するための食品の選択（主食、タンパク質を多く含む食品のサービング・サイズ）について理解し、説明することができる。 対象者の食文化や価値観、ライフスタイルを大切に食事と生活の設計されたものについて説明ができる。</p> <p>○具体的な支援方法：（例）「食べること」や「食事づくり」の場の提供、外出支援、宅配の紹介・手配など 高齢者の介護予防のために、楽しい共食の場や「食事づくり」を通じた仲間づくりの場を提供する。特に閉じ込めりがちな地域高齢者にとっては、「食べること」を楽しみ、仲間づくりを行うことが求められることから、アウトドア料理、子供と作るお菓子づくり、美容と食事の会など参加意欲が高まるような場の設定が推奨される。外出支援は、栄養相談や栄養教育に来所するための交通機関を利用することが困難な者、あるいは下肢の不自由な者を対象とする。利用者の居宅と栄養相談、集団栄養教育、あるいは、食材購入の場への移動の車輜や徒歩による同伴や見守りを行う。宅配の紹介・手配は、単身世帯、高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する者、あるいは日常の食生活行為に対して援助が必要な者、多少の援助を行えば生活機能の改善が予測される者を対象とする。必要に応じて低栄養状態の予防・改善に推奨された食材、食品、食事などの宅配サービスの紹介と手配など行う。</p>

このようなプログラムを修了した地域住民（食生活改善推進員、民生委員、地域の一般高齢者）が、ボランティア活動の一環として提供する「食べること」や「食事づくり」を通じた仲間づくり等、地域の高齢者が低栄養状態のリスクのある近隣の高齢者の食生活改善を支援し、生きがいつくりや地域での社会参加を促進することを促進する

### 3. 予防給付における具体的な取組内容(最終版において変更の予定)

#### (1) 栄養改善サービスとは

本サービスは、要支援1、2である者において、低栄養状態にある者又は低栄養状態のおそれのある者に対して、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者に行われるものである。当該サービスは、「食べる意欲」の回復や「食事準備」等の「食べること」への支援を通じて、高齢者自らが自己実現を図れるように、日常の食事内容、食材の調達、食事準備、介護予防通所介護サービス利用時の食事までもも広範囲に支援するものであり、生活習慣病等の疾患に対する栄養食事指導のように「〇〇を食べないように・・・」と食事制限をするものではない。介護予防通所介護事業所及び介護予防通所リハビリテーション事業所（以下、事業者という）において管理栄養士によって行われる（図9）。

#### (2) 地域包括支援センターにおける対象者となる高齢者の把握

地域包括支援センターでは、介護認定審査会において要支援1、要支援2と判定された者のうち、以下の①②③のいずれか1つに該当し、低栄養状態にある者又はそのおそれがある者であって、「栄養改善サービス」の提供が必要と認められる者を対象とする（最終版において変更）。

低栄養状態のおそれとは、体重などの数値では判断できないが、低栄養状態になっている可能性がある、あるいは、このままの状態が続くと低栄養状態になる可能性が高い状態を言う。

- ① BMIが標準を大きく下回る
- ② 体重の減少が認められる
- ③ 栄養面や食生活上に問題がある

この栄養面や食生活上の問題とは、例えば、疾患（脳梗塞・消化器・呼吸器・腎臓疾患）、手術・退院後、身体状況（発熱・風邪など）、口腔及び摂食・嚥下機能の問題、食事摂取量の減少、食欲の低下、ライフイベントによる精神的ストレス、生活機能低下（買い物、食事作り等）、閉じこもり、うつ、認知症等が挙げられ、これらは、低栄養状態のおそれを生じさせる要因の一つと考えられる。このため、介護予防サービス担当者は、栄養改善サービスの提供が必要と認められるかどうか、利用者ごとに把握を行うことが期待される。（別紙 予防給付栄養改善サービス利用者把握のためのチェック表様式例参照のこと）。事業所においては、管理栄養士が栄養スクリーニングの様式例を用いて、低栄養状態のリスクを確認することが推奨される。

#### (3) 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制

平成18.3.31老老発第0331009号により、以下のように体制を整備するとされている。

- ① 栄養ケア・マネジメントは、ヘルスケアサービスの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。
- ② 事業所は、主治医、管理栄養士、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること。
- ③ 事業所における栄養ケア・マネジメントに関する手順をあらかじめ定める。
- ④ 管理栄養士は、利用者に適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。
- ⑤ 事業所は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。

#### **(4) 介護予防通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメント実務**

##### **1) 利用開始時における栄養スクリーニング**

管理栄養士は、利用者の利用開始時に、関連職種と共同して、事前アセスメントを行い、低栄養状態のリスクを確認する（以下「栄養スクリーニング」という。）。なお、栄養スクリーニング様式は、様式例を参照の上作成する。栄養スクリーニング項目として、体重（身長）、BMIは必須項目であるが、食事摂取量、血清アルブミン値等は適宜選択する。

##### **2) 栄養アセスメントの実施**

管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、利用者及び家族と個別面談を行い、低栄養状態の改善指標やその程度、その原因となっている解決すべき課題を評価・判定する（以下「栄養アセスメント」という。）。実施にあたっては、実施内容に解説した詳細なアセスメントを行い、低栄養状態あるいはそのおそれの原因となっている栄養・食生活上の問題を把握し様式例を参照し作成する。

##### **3) 栄養改善サービス計画の作成**

管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、利用者の i) 栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等の自宅ならびに介護予防通所サービス事業所での食事の個別提供に関する事項等）、ii) 栄養食事相談（料理や買い物など食事の準備に関する情報提供、声かけなど）、iii) 課題解決のための関連職種の連携時の分担等について、関連職種と共同して、別紙3の様式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。管理栄養士は、作成した栄養ケア計画原案については、関連職種と調整を図り、地域包括支援センターでのサービス担当者会議に事業所を通じて栄養ケア計画原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させる。地域包括支援センター課題分析者は、栄養ケア計画の内容を、当該サービス計画に適切に反映させる。また、管理栄養士は、必要な場合には主治医の指示・指導を受けなければなら



ない。

#### 4) 利用者及び家族への説明

管理栄養士は、サービスの提供に際して、栄養ケア計画を利用者又は家族に説明し、サービス提供に関する同意を得る。

#### 5) 栄養改善サービス計画の実施

管理栄養士と関連職種は、栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。

##### ① 栄養食事相談

管理栄養士は、作成した栄養ケア計画（原案）を利用者、家族とともに具体的に実践可能な計画へと修正することを目的として行う。この場合、利用者や家族が安心して居心地のよいと感じられる相談環境を設定する。

利用者の自己実現の課題を達成するために、利用者へ「食べること」の意義や楽しさを伝え、「食べること」への意欲（改善への積極的志向）を高めることを最重要の課題として、栄養食事相談を行う。

栄養食事相談では、具体的に栄養状態、本サービスの必要性、低栄養状態の改善効果、食事に関する計画作成の理由及びその利用者の個別性に配慮した作成の要点を解説する。利用者及び家族が食事に関する計画を日常の生活習慣や生活環境のなかで、無理なく楽しみながら実践できるように感じられるまで、利用者・家族と一緒に検討し、より実行可能なものへと計画の修正をおこなう。また、食べる意欲の向上のためには、利用者自身の自己実現の課題やその意欲、あるいは具体的な生きがいを引き出しながら、計画の実践の必要性を認識してもらえるように支援する。

##### ② 事業所における食事の個別化と食事支援

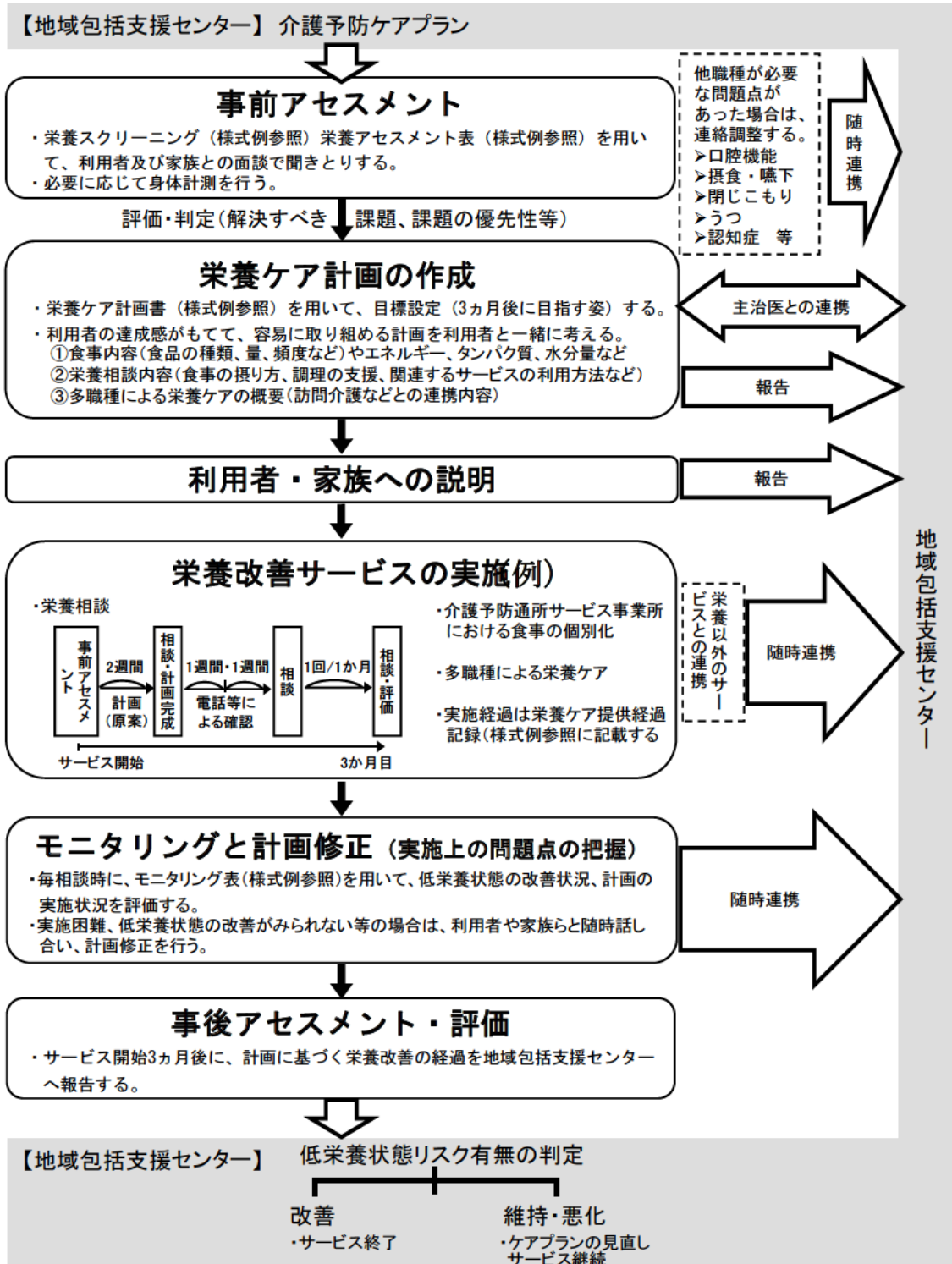
事業所においては、利用者に提供される食事が適正に摂取できるように食事形態の変更や介護職との食事支援や食事摂取量等に関する情報交換をはかる。さらに、エネルギーやタンパク質、水分の食事への付加が必要な場合には、嗜好に合わせたデザートや栄養補助食品を加える。このような事業所における食事の提供や食事支援にあたって、管理栄養士は、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者（管理栄養士、栄養士、調理師等）に対して、栄養ケア計画に基づいて個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導する。なお、給食業務を委託している場合においては、委託業者の管理栄養士等との連携を図る。また、管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデントの事例等の把握を行う。

##### ③ 配食サービス等の情報の提供

利用者、家族に対して必要に応じて食事の配食サービス等に関する情報の提供を行う。実施経過は栄養ケア提供記録書に記載する。

## 図9 予防給付における「栄養改善」サービスの実務

介護予防事業所に配置された(管理栄養士)が実施





#### ④ 関連職種に対する助言

管理栄養士は、関連職種に対して、栄養改善サービス計画に基づいて説明、指導及び助言を行う。

#### 6) 記録

管理栄養士は、栄養改善サービス提供の主な経過を記録する。記録内容、栄養補給（食事等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。栄養改善サービス提供の経過は、記載の手引き（最終版に掲載予定）を参照の上作成する。

#### 7) 実施上の問題点の把握

自己実現の課題とその意欲、主観的健康感、低栄養状態のリスク（体重減少、BMI、血清アルブミン値、食事摂取状況等）、サービス継続の必要性、計画の概要と実施状況、総合評価を行う。これらの評価結果は、地域包括支援センターに報告する。

なお、概ね3ヶ月後の評価が、①BMIが概ね18.5未満、又はサービス提供期間中に概ね3%以上の体重減少が認められる、②血清アルブミン値3.5g/dl以下、あるいは③管理栄養士による情報収集の結果、家庭等における栄養摂取に係る問題が未解決である、の①②③のいずれかに該当する者であって、継続的に管理栄養士がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できるとサービス担当者会議等を通じて認められる者については、地域包括支援センターにおいて再度ケアプランを見直し、サービスを提供する。

#### 8) 栄養改善サービス計画の変更及び終了時の説明等

栄養改善サービス計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、介護予防居宅サービス計画作成者に、栄養改善サービス計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行う。計画の変更については、利用者又は家族へ説明し同意を得る。

また、利用者の終了時には、総合的な評価を行い、その結果を利用者又は家族に説明するとともに、必要に応じて地域包括支援センターの課題分析者や関係機関との連携を図る。

#### 9) 実施期間

概ね3ヶ月ごとの評価の結果、継続的にサービスの提供が必要かどうか判断を行うこととされている（図9）。その一つの例としては、栄養相談を最初の1ヶ月間は2週間毎に、その後は1ヶ月に1回実施し、利用者の意欲を引き出し、継続意欲を支えるなどの取組が挙げられる。

具体的な栄養改善の取り組みについては、栄養改善サービス事例ならびに帳票（様式例）記入の手引きを、記載事例については、最終版を参照されたい。

**表 3 - 1 「栄養改善」サービスの事例（現要件での事例であり、見直し予定）**

**① 入院後体重減少が把握された事例**

●地域包括支援センター課題分析：要支援1、女性、75歳、夫（79歳、慢性閉塞性肺疾患による在宅加療中）と同居、介護予防訪問介護、介護予防通所介護各週1回利用。2ヶ月前気管支喘息・肺炎によって2週間入院。本人より、退院後の体重減少、食欲低下、買い物の気力のないことの訴えがあり、退院後の体重減少及び食欲低下のため栄養改善サービスの提供が必要と認め、本サービスを導入。

●事前アセスメント結果：現体重42.5kg、入院前45kg、3ヶ月間2.5kg減少。現在のBMI18.2。退院後の夫の介護負担により食欲低下、体重減少。予防通所介護事業所での主食・主菜摂取8割程度。日常の食欲は「最もある状態を5、ない状態を1とした時」に「1」、買い物や食事作りの意欲も同様に「1」。事業所での食事内容の変更、日常簡便に購入できる食品選定について栄養相談。

「栄養改善」サービス計画の内容：①通所サービス利用時は主食量を増加。事業所における昼食にプリンを1品追加。②家では肉・魚等を毎食1品取り入れるよう買い物内容の提案。③間食に3回/週は洋菓子（ケーキ、アイス等）の購入を促し、エネルギー摂取量の増大について栄養相談。

●事後アセスメント結果：体重は3ヶ月間に1.5kg増大。通所時主食・主菜は全量摂取。現在の食欲は「4」、買い物や食事作りの意欲は「4」。本人は、「足がふらつく回数が減り、気力がでてきた」と言う。しかし、入院前体重に回復しないことから、さらに3ヶ月間本サービスを継続。

**② 食事量の不足し、栄養面や食生活上の問題がある事例**

●地域包括支援センター課題分析：要支援2、女性、80歳、独居、心房細動既往歴有。頻回な風邪、発熱、下痢に健康不安の訴えあり。6ヶ月前から夫の死去以降ふさぎ込むようになったことから、食事量の不足による低栄養状態のおそれがあり、ライフイベントによる精神的ストレスが大きく摂食量が不足していることから栄養改善サービスの提供が必要と認め、本サービスを導入。

●事前アセスメント結果：体重減少無し。BMI18.7。義歯の不具合のため軟らかい料理が中心、主食は粥、そば、副菜は豆腐料理中心。発熱や下痢時には、脱水による全身状態の悪化や感染症誘発のおそれがある。通所時主食・主菜摂取は8割程度。食欲は「3」、食事内容の変更、エネルギー、タンパク質摂取量の増大について栄養相談。

●「栄養改善」サービス計画の内容：①通所サービス利用時の主食を粥から米飯に変更。②肉料理は「刻み」の食形態に変更する。③適切な水分摂取を声かえにより促す。通所サービス利用時には、リハビリテーションのための体力維持・向上や風邪の予防のための食事の意義について栄養相談。

●事後アセスメント結果：3ヶ月間で通所時食事摂取量は全量摂取。水分摂取はイオン飲

料を居宅常備。現在の食欲は「4」、風邪をひきにくくなったが、本人はまだ食事摂取に対する不安感があるので、さらに3ヶ月間本サービス継続。

### ③ 不眠やうつ傾向による食事量の減少がある独居世帯のケース

●地域包括支援センター課題分析： 要支援1、78歳、女性、独居。介護予防訪問介護・介護予防通所介護を週1回利用。1年前に入院（大腸がん摘出手術）、6ヶ月前に腰椎圧迫骨折以降、痛みが原因で不眠やうつ傾向がある。外科、整形外科、心療内科に通院中、栄養食事指導の経験はない。半年前に比べると痩せ、担当の整形外科医からきちんと食事を摂るように勧められ、体重減少を認め、医師より栄養改善サービスの提供が必要と認められたため、本サービスを導入。

●事前アセスメント結果：現体重36kg、6ヶ月前38kg、2kg減少。BMI19.1。痛みが強い日や眠れない日の食事量が特に少ないことを確認した。通所時における主食・主菜の食事摂取は7割程度、現在の食欲は「3」、朝は食パン1枚と牛乳コップ半分、昼は卵粥を茶碗1杯のみ。夕飯は配食（平均500kcal）。具合の悪い日の食事摂取や簡単にエネルギー量が確保できる食事工夫を栄養相談。

●「栄養改善」サービス計画の内容：①痛みの強い日は当日申し込み可能な配食弁当をとる。②朝にバナナを追加、昼は卵粥など好きなお餅も1個食べる。③事業所での食事を在宅での食事摂取の目安として、在宅での食事摂取量や水分量の摂取量の確認をする。また、エネルギーやタンパク質を多く含む食品について栄養相談。

●事後アセスメント結果：3ヶ月後に体重は38kgに改善。事業所における主食・主菜の摂取は9割程度、現在の食欲は「5」、体重、食事摂取量も回復したので本サービス終了。

### ④ 脳梗塞を発症後に体重減少がみられる事例

●地域包括支援センター課題分析：要支援2、72歳、女性、娘夫婦と同居。介護予防通所リハビリテーション週2回利用。半年前脳梗塞発症後左上下肢に軽い痺れ。糖尿病、高血圧（約20年前より）。糖尿病発症時に医師から、以降甘い物やご飯類を制限するよう指導を受ける。脳梗塞発症後、3ヶ月前から体重減少があり、同時に体力・下肢筋力を感じ、本人、家族が寝たきりにならないか不安を訴える。脳梗塞発症後、体重減少を認め、糖尿病を有しており、食事に対する必要以上の制限が見られることから、栄養改善サービスの提供を必要と認め、本サービスを導入。

●事前アセスメント結果：体重が半年間で3.5kg減少し、現在BMI18.5。BS168mg/dl、HbA1c6.8。血糖の上昇をおそれて、食べる量を必要以上制限。通所時の主食・主菜摂取は9割程度、現在の食欲は「2」、買い物や食事作りの意欲「2」、食後血糖値の増大を抑制する食品の組み合わせや量についての知識が必要。

●「栄養改善」サービス計画の内容：①通所利用時、血糖値の上がりにくい食品活用についての簡単料理をグループで行う。②プラン作成者から検査値の情報を聞いて、状態に合わせて家庭での食べ方について栄養相談。

●事後アセスメント結果：体重は3ヶ月間に1kg増加、BS128 mg/dl、HbA1c 5.8と経過良好。通所時主食・主菜摂取は9割程度、現在の食欲は「4」、買い物や食事作りの意欲「5」。体重が回復していないことや長期的な血糖安定のため、さらに3ヶ月間本サービス継続。

#### ⑤ 独身の息子と二人暮らし。毎日飲酒し、食事回数が少なく、BMIが18.5未満の事例

●地域包括支援センター課題分析：要支援1、81歳、男性、息子と二人暮らし。慢性心不全、予防通所リハビリテーション週1回、介護予防訪問介護週1回利用中。15年前に妻が死去。息子は就労しており、食事はスーパーやコンビニエンス・ストアの調理済み惣菜。毎日飲酒し、食事は1日2回以下。昔から痩せており本人は体力の低下に不安を感じている。BMIが18.5以下で、標準を大きく下回っており、低栄養状態にあり、さらに食事回数が少なく、毎日飲酒されていることから栄養改善サービスの提供が必要と認め、本サービス導入。

●事前アセスメント結果：BMI17.6。体重減少無し、Alb3.1g/dl、 $\gamma$ -GTP140、Hb9.1g/dl。通所時主食・主菜の食事摂取は7割程度、現在の食欲は「3」、買い物や食事作りの意欲も同様に「2」。1日3回の食事準備の工夫や貧血等に対応できる情報提供が必要。

●「栄養改善」サービス計画の内容：①通所サービス利用時、昼食に経腸栄養剤1本(125ml、200kcal、Pro7.5g、Fe7.1mg)を追加して提供する。②担当者会議に参加した息子に自分の朝食を買う際に、本人の翌朝の食事を購入し、朝の欠食を防ぐようにする。③ヘルパー、本人、息子にエネルギーやタンパク質、鉄分の多い食品の一覧表の提供。

●事後アセスメント結果： $\gamma$ -GTP135、Hb10.1g/dl、Alb3.6g/dl。通所時主食・主菜の食事摂取は9割程度、現在の食欲は「4」、買い物や食事作りの意欲も同様に「5」と回答した。飲酒を続けていることと食生活の定着にも不安があることから、本人、息子と話し合い、さらに3ヶ月間本サービス継続。

---

## (5) 関連サービスとの連携

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

### 1) 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントの流れは、予防給付でも介護予防事業でも同じである。まず、

アセスメントを行い、次に介護予防ケアプランの案を作成し、必要に応じてサービス担当者会議において検討の上、原案を作成し、利用者の同意を得て介護予防サービス・支援計画として確定する。これに基づいて、予防給付によるサービスや介護予防事業が提供される。サービス提供の一定期間後に、地域包括支援センターにおいてサービス・事業の効果を評価する。

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

特定高齢者に対しては、基本チェックリスト項目の該当数を踏まえ、必要と見込まれる事業プログラムを決定し、最終的な介護予防ケアマネジメントによって、利用するプログラムの判断をする。予防給付では認定調査項目や主治医意見書も活用する。主治医意見書からは、利用者の既往、服薬状況、心身状況など、安全にサービスを実施するための医学的観点からの留意事項を確認することができる。

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

地域包括支援センターの課題分析者は、栄養改善に関する専門的な観点によるアセスメントを必ず行い、必要に応じて低栄養状態の誘因となっている課題の解決のために口腔機能の向上、摂食・嚥下リハビリテーション等の各種サービスの提供ができるように調整をし、介護予防ケアプランを作成する。また、管理栄養士は、利用者の自立への意欲を引き出していく支援をするため、さらに栄養食事相談の成果を挙げるために、必要に応じて新たに関連サービス提供者への依頼をしたり、また、地域包括支援センターを介して現在提供されているサービス担当者たとえば介護予防訪問介護など食事介助、調理支援等の関連サービスから食事状況に関する情報を得られるようにする。

## 2) 生活機能・身体機能の向上

高齢者の身体機能の程度を判断することにより、食事摂取行為の自立状況や身体活動を考慮した計画を作成することが必要である。生活機能としての食事摂取行為の自立を支援するために、高齢者個々人の食べ物の調達、調理能力、食事摂取行為の自立状況に応じて、使用器具の選定を行う。食事や調理に関わる生活機能の自立に向けて、介護職種が管理栄養士と連携して調理支援、買い物支援などを要支援者と共に行うことも求められる。

### 3) 口腔機能の向上

口腔機能の向上は、「歯科治療」、「歯科保健指導」、「専門的口腔清掃」、「摂食・嚥下リハビリテーション」からなり、摂食・嚥下機能の改善あるいは味覚の維持改善によって食事摂取量の増大をもたらして、低栄養状態を改善する。低栄養状態の高齢者の多くは口腔機能上の何らかの問題があることが報告されており、要支援者への適切な口腔機能の向上サービスの提供が求められる。このため、口腔機能の向上に関するサービスの必要性を簡易に判断できるチェック表等を活用して、必要に応じて口腔機能の向上の導入を推進していくことが必要である。また、食事の形態の決定に際しては、口腔機能や摂食・嚥下機能との関連から評価・判定する。詳細は、「口腔機能の向上」に関するマニュアルを参照されたい。

### 4) 摂食・嚥下リハビリテーション

地域支援事業及び予防給付の対象となる高齢者では、摂食・嚥下リハビリテーションを要する者はそれほど多くはない。しかし、日頃から食事摂取時の体位や摂食機能、全身状態の観察を十分に行い、適切な体位の保持等に留意しつつ、摂食・嚥下機能を高めるリハビリテーションが適切に提供されることが求められる。また、食事摂取行為の自立支援のためには、食べ物の形状、粘度も調整することが必要となる。

詳細は「口腔機能の向上」に関するマニュアルを参照されたい。

### 5) 栄養と薬剤の相互関係への留意

薬剤の副作用である口渇による唾液分泌低下、味覚低下、味覚異常、食欲低下、生活機能の低下、日常生活動作（ADL）の低下、抗血栓薬等による出血傾向（歯磨き時の歯ぐきからの出血）、カルシウム拮抗剤による歯肉肥厚、かぜ薬（咳止め）等による便秘や、あるいは薬剤が栄養素の代謝に影響して低栄養状態の誘引となる場合などがある。さらに薬剤と栄養の相互関係に留意した医薬品、医薬部外品、特定保健用食品、栄養機能食品、栄養補助食品などの根拠に基づいた適切な活用が求められる。

### 6) 認知症、うつ、閉じこもりのおそれがある場合の対応

認知症、うつ、閉じこもりのおそれがある者には、低栄養状態が比較的多く見られることが危惧される。これらは、「食事を楽しむ」気持ちや、「食べる」意欲を低下させる。それぞれを予防・支援するサービスと連携して低栄養状態の改善を図ることが必要である。また、認知症、うつ、閉じこもりのおそれのある高齢者に対して栄養食事相談を行う場合には、それぞれの事業に関連するマニュアルを参照した上で必要な事項に配慮し栄養改善サービス計画を作成し、栄養食事相談を行う。詳細は、各地域支援事業に関するマニュアルを参照されたい。

## 7) 訪問介護などの調理・買い物支援

低栄養状態を改善するためには、エネルギー、タンパク質の摂取ができるように、嗜好に合った食品の選択、簡単に準備でき食べやすい食事の提供、日常の食事づくりや食材の購入等を通じて、生活機能の改善に向けた支援を行うことが求められる。管理栄養士は、利用者が活用している訪問介護などの調理や買い物に関する支援を考慮した栄養改善サービス計画を作成する。その内容は、地域包括支援センターを通じて、介護予防訪問介護などの事業者へ情報提供する。

## 8) 医師の指導等

対象者が治療を受けている場合等においては、主治医との連携を十分に取り、「栄養改善」サービスに関する報告を行い、指導・指示を得ることが必要である。

## 9) 介護給付における栄養マネジメント

予防給付栄養改善サービス利用者が介護給付に移行する場合、あるいは、介護給付における本サービス(栄養マネジメント加算)利用者が予防給付に移行する場合には、栄養改善サービスにおいても連続的なサービスを提供していくことが可能である。通所サービス事業所においては、予防給付ならびに介護給付の両者の栄養改善サービスを併せて推進することが望ましい。

介護給付における栄養改善サービスは要介護1～5の者で低栄養状態にある者あるいはそのおそれのある者を対象に、要介護状態の重度化防止を目指して実施される。要介護認定の結果1～5と判定された者が、居宅介護支援事業者によるケアマネジメントにおいて予防給付と同様の要件によって課題分析(アセスメント)され、当該サービス参加に同意を得られた者を対象とする。通所サービス事業所において、管理栄養士による栄養ケア・マネジメントが提供された場合に、原則として月2回栄養マネジメント加算として評価することができ、その理念、内容、事前アセスメント、栄養ケア計画の作成、その後の事後アセスメント、介護支援専門員への報告の流れは、予防給付と同様である。

## 文献

厚生労働省老人保健事業推進等事業「高齢者の栄養管理サービスに関する研究」報告書(主任研究者 松田朗)(1997).

杉山みち子、多田由紀:高齢者の低栄養状態改善のためのエビデンス(2007). 厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業 介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究 平成18年度総括研究報告書. 71-89.

日本栄養士会全国行政栄養士協議会(2007). 地域支援事業における「栄養改善」実施の手引き.

Staratton RJ, Green CJ, Elia M(2003). Evidence based for oral

nutritional support disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment 168-236, CAB Inter National Publishing.



予防給付 栄養改善サービス利用者把握のためのチェック票様式例  
(現行の要件によるもので、見直し予定)

記入日：平成 年 月 日

氏名 ( )

質問項目	回答 (いずれかに○をお付け下さい)	
(1)BMIが標準を大きく下回っているか  身長_____cm 測定日：平成__年__月・不明 体重_____kg 測定日：平成__年__月・不明 BMI _____(kg/m <sup>2</sup> ) (※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1. はい	2. いいえ
(2)体重の減少が認められますか おおよそ(____)ヶ月で、(- ____kg)	1. はい	2. いいえ
(3)栄養面や食生活上に問題はありますか	1. はい	2. いいえ

・(1)(2)(3)のいずれか一つに該当するか。 1. 有 2. 無

・栄養改善サービスの提供の必要性はあるか。 1. 有 2. 無

記載について

・各項目の状況が、利用者に該当する場合は1. はい、該当しない場合は2. いいえに○をつけてください。

・可能なかぎり最新の身長と体重、また、その測定日を記載し、不明の場合は不明に○。ただし、測定値を本人が申告した場合には、記録が確認できる場合に測定値とし、記録が確認できない場合には自己申告とします。

・体重はいつからどのくらい減少したのかを記載して下さい。(利用者・家族等から申告のあった期間で減少した体重を記載して下さい。)

＜基本チェックリスト＞

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

(注)BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。

## 特定高齢者の決定方法

「特定高齢者の候補者」に選定された者について、生活機能評価の結果等を踏まえて、以下の1～6により特定高齢者を決定する。

### 1 運動器の機能向上

基本チェックリスト6～10の5項目のうち3項目以上に該当する者

ただし、うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち10項目以上該当し「特定高齢者の候補者」と判定された者であって、基本チェックリスト6～10のうち3項目以上該当していない者について、以下に示す運動機能測定を行った場合に3項目の測定の配点が5点以上となった場合については、該当する者とみなしてよい。

運動機能測定項目	基準値		基準値に該当する 場合の配点
	男性	女性	
握力 (kg)	<29	<19	2
開眼片足立時間 (秒)	<20	<10	2
10m歩行速度 (秒) (5mの場合)	≥8.8 (≥4.4)	≥10.0 (≥5.0)	3
配点合計	0-4点 …	運動機能の著しい低下を認めず	
	5-7点 …	運動機能の著しい低下を認める	

### 2 栄養改善

以下の①及び②に該当する者又は③に該当する者

- ①基本チェックリスト11に該当
- ②BMIが<sup>a</sup>18.5未満
- ③血清アルブミン値3.8g/dl以下

### 3 口腔機能の向上

以下の①、②又は③のいずれかに該当する者

- ①基本チェックリスト13～15の3項目のうち2項目以上に該当
- ②視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
- ③反復唾液嚥下テストが3回未満

#### 4 閉じこもり予防・支援

基本チェックリスト16に該当する者  
(17にも該当する場合は特に要注意)

#### 5 認知症予防・支援

基本チェックリスト18~20のいずれかに該当する者

#### 6 うつ予防・支援

基本チェックリスト21~25で2項目以上該当する者

なお、認知症及びうつについては、特定高齢者に該当しない場合においても、可能な限り精神保健福祉対策の健康相談等により、治療の必要性等についてアセスメントを実施し、適宜、受診勧奨や経過観察等を行うものとする。

## 事前アセスメント表（地域支援事業）（例）

次の質問にお答え下さい。記入はご自身やご家族、あるいは担当者が行います。

お名前

わたしの趣味は？（いくつでも）
わたしが一番やってみたいことは？（いくつでも）
わたしの好きな食べ物は？（いくつでも）
わたしの嫌いな食べ物は？（いくつでも）
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でる食べ物）がでますか？ いいえ・はい（具体的に： _____）
医師に食事療法をするように言われていますか？ いいえ・はい（具体的に： _____）
食事姿勢や食べる動作に不自由を感じますか？ いいえ・はい（具体的に： _____）
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？ いいえ・はい（具体的に： _____）
食事は主に、いつ、どこで、誰と、どんなものをどのように食べていますか？（たとえば、昨日はどうでしたか？） 朝  昼  夕  間食
毎日の食事づくりは、誰がどのようにしていますか？

## 事前アセスメント表（つづき）

## 「自己チェック表」

次の質問にお答え下さい。「はい」の場合には、担当者が具体的な内容をお伺いします。

番号	質問	答え	具体的な内容	
1	歯や口腔、飲み込みの問題がありますか	はい いいえ		
2	下痢が続いたり、 下剤を常用していますか	はい いいえ		
3	便秘が続いていますか	はい いいえ		
4	最近、入院を経験しましたか	はい いいえ		
5	1日に5種類以上の薬を 飲んでいますか	はい いいえ		
6	1日に食べるのは2食以下 ですか	はい いいえ	食事調査 をしてみ ましょう	
7	主食（ごはんなど）や 主菜（肉、魚などのおかず）を 食べる量が減ってきましたか	はい いいえ		
8	牛乳・乳製品をとっていますか	はい いいえ		
9	毎日、一人で食事を していますか	はい いいえ		
10	日常的に身体を動かさなくな ってきましたか	はい いいえ		
11	自分で（あるいは担当者が） 食べ物を買に行ったり、 食事の支度をするのに 不自由を感じていますか	はい いいえ		
12	食べる気力や楽しさを 感じていますか	はい いいえ		

担当者が計測結果や健診などの検査結果を記入します。

身長		cm	上腕の周囲長	cm
体重		kg	上腕の脂肪厚	mm
BMI			上腕の筋面積	cm <sup>2</sup>
体重減少	kg/	か月	血清アルブミン値	g/dl

計画(地域支援事業)(例)

名前

作成日 年 月 日

担当者

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

問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価

## 栄養相談経過記録表(例)

氏名	男・女	ID番号	生年月日	( 歳)
住所				電話
第1回栄養相談 ( 週目) グループ・個人			実施日	担当者
身長	体重	BMI	血清アルブミン	
上腕周囲長	上腕三頭筋皮脂厚	上腕筋面積	主観的健康感	
解決すべき課題や相談の経過				
電話確認 ( 週目)			実施日	担当者
第2回栄養相談 ( 週目) グループ・個人			実施日	担当者
体重	BMI	健康感	血清アルブミン	
解決すべき課題や相談の経過				
担当者連絡会			実施日	担当者
第3回栄養相談 ( か月目) グループ・個人			実施日	担当者
身長	体重	BMI	血清アルブミン	
上腕周囲長	上腕三頭筋皮脂厚	上腕筋面積	主観的健康感	
解決すべき課題や相談の経過				



### 報告書（地域支援事業・予防給付）（例）

地域包括支援センター

担当者 \_\_\_\_\_ 殿

作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 殿

低栄養のリスク	サービス開始時（月 日）	か月後（月 日）																				
身長・体重・BMI																						
体重減少率、変化																						
血清アルブミン値（g/dl）																						
サービスの継続の必要性 （栄養改善の観点から）	無 ・ 有																					
自己実現の課題とその意欲																						
主観的健康感 現在の健康状態 あてはまる番号1つに○	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>よい</td><td>まあよい</td><td>ふつう</td><td>あまりよくない</td><td>よくない</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>よい</td><td>まあよい</td><td>ふつう</td><td>あまりよくない</td><td>よくない</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない
1	2	3	4	5																		
よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない																		
1	2	3	4	5																		
よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない																		
計画の概要と実施状況																						
総合的評価																						

所属（事業所） \_\_\_\_\_

作成担当者氏名 \_\_\_\_\_

## 栄養スクリーニング（通所・居宅用）（様式例）

記入者氏名 \_\_\_\_\_ 作成年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

利用者名	(ふりがな) -----	男 ・ 女	要介護度	
生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日( _____ 才)			

## 低栄養状態のリスクレベル

	現在の状況	<input type="checkbox"/> 低リスク	<input type="checkbox"/> 中リスク	<input type="checkbox"/> 高リスク
身長(cm) (測定日)	(cm) ( _____ 年 _____ 月 _____ 日)			
体重(kg) (測定日)	(kg) ( _____ 年 _____ 月 _____ 日)			
BMI(kg/m <sup>2</sup> )		<input type="checkbox"/> 18.5~29.9	<input type="checkbox"/> 18.5未満	
体重減少率(%)	( _____ )か月に ( _____ )%(増・減)	<input type="checkbox"/> 変化なし (減少3%未満)	<input type="checkbox"/> 1か月に3~5%未満 <input type="checkbox"/> 3か月に3~7.5%未満 <input type="checkbox"/> 6か月に3~10%未満	<input type="checkbox"/> 1か月に5%以上 <input type="checkbox"/> 3か月に7.5%以上 <input type="checkbox"/> 6か月に10%以上
血清アルブミン値 (g/dl) (測定日)	(g/dl) ( _____ 年 _____ 月 _____ 日) (検査値がわかる 場合に記入)	<input type="checkbox"/> 3.6g/dl以上	<input type="checkbox"/> 3.0~3.5g/dl	<input type="checkbox"/> 3.0g/dl未満
食事摂取量		<input type="checkbox"/> 良好 (76~100%)	<input type="checkbox"/> 不良 (75%以下) 内容：	
栄養補給法			<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	
褥瘡				<input type="checkbox"/> 褥瘡
栄養面や食生活上 の問題からの低栄養 状態のおそれ	なし <input type="checkbox"/> あり 「あり」の場合の理由（複数回答可） <input type="checkbox"/> 疾患（脳梗塞・消化器・呼吸器・腎臓疾患） <input type="checkbox"/> 手術・退院直後の低栄養状態 <input type="checkbox"/> 身体状況（発熱、風邪など） <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下機能の問題 <input type="checkbox"/> ライフイベントによる精神的ストレス <input type="checkbox"/> 生活機能低下（買い物、食事づくり等） <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			

## 栄養アセスメント・モニタリング（通所・居家用）（様式例）

別紙2

利用者名		記入者	
身体状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する利用者及び家族の意向		家族構成とキーパーソン	

実施日	年 月 日記入者	年 月 日記入者	年 月 日記入者	年 月 日記入者
自己実現の課題・意欲				
健康感・意欲（心身の訴えを含む）				
生活機能・身体機能				

### 身体計測

体 重 (kg)				
BMI(kg/m <sup>2</sup> )				
体重減少率 (%)				

### 臨床検査（検査値がわかる場合に記入）

検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
血清アルブミン (g/dl)				

### 食事の提供のための必要事項

食 欲	有 無	有 無	有 無	有 無
留意事項（嗜好、禁忌、アレルギー、等）				
食事形態				
療養食の指示				
食事摂取行為の自立・環境				
食事に対する満足感				

### 家庭等における食事摂取に関する事項

利用者及び家族等の知識・技術・意欲				
日常の食習慣や生活習慣				
食事・食事準備や買い物の環境				
社会資源活用状況（訪問介護、配食サービス等）				

### 経口摂取量・経腸栄養・静脈栄養補給量

食事 摂取状況	主食（割）				
	副食（割）				
間食・栄養補助食品に関する事項（種類、量、回数など）	無 有（ ）	無 有（ ）	無 有（ ）	無 有（ ）	
経腸栄養・静脈栄養に関する事項（ルート・種類・量・回数・速度など）	無 有（ ）	無 有（ ）	無 有（ ）	無 有（ ）	
食 事	エネルギー (kcal)				

	タンパク質 (g)				
	水分 (ml)				
間食・栄養 補助食品	エネルギー (kcal)				
	タンパク質 (g)				
	水分 (ml)				
経腸・静脈 栄養	エネルギー (kcal)				
	タンパク質 (g)				
	水分 (ml)				
合 計	エネルギー (kcal)				
	タンパク質 (g)				
	水分 (ml)				

## 栄養補給量の算定

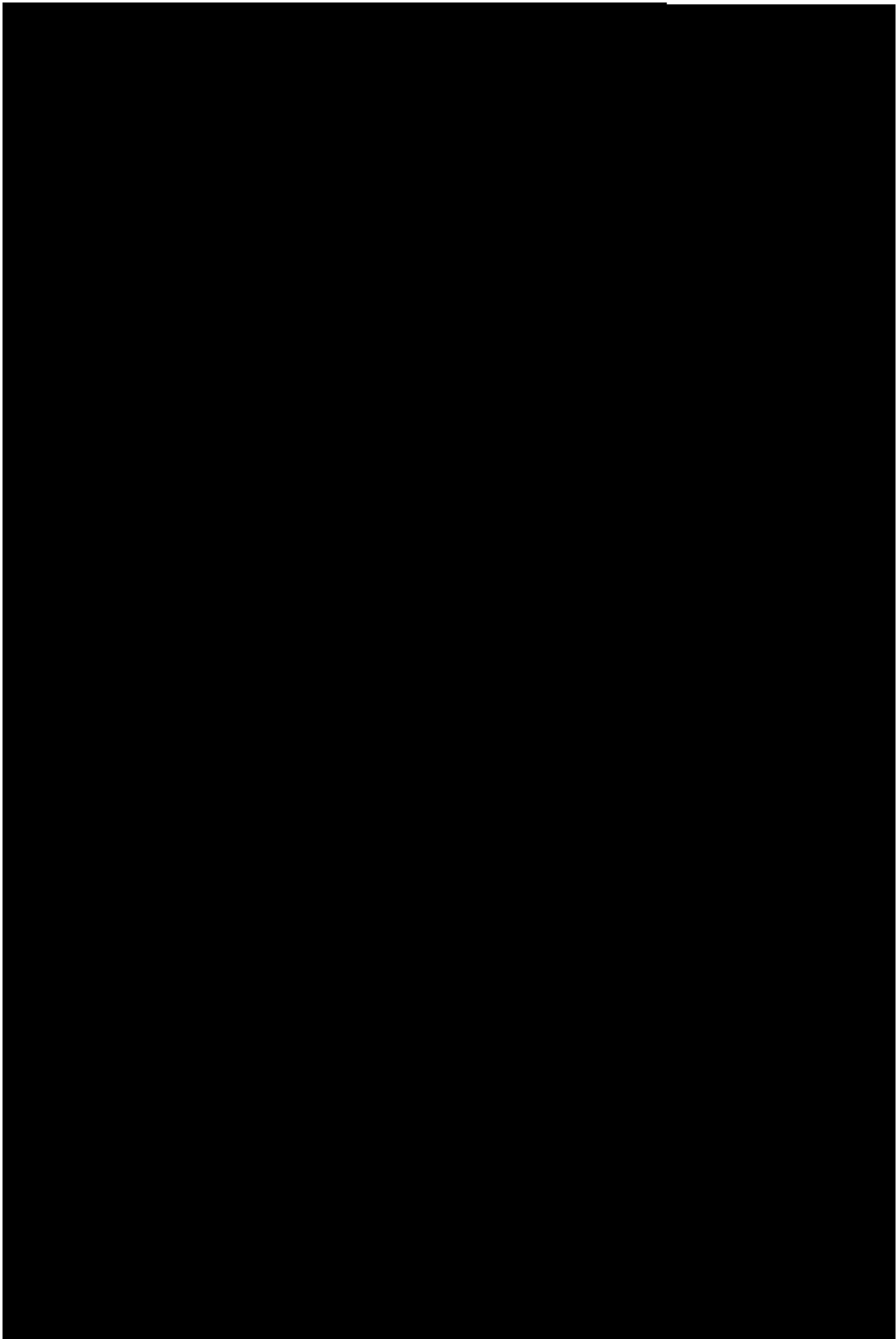
エネルギー消費量 (kcal)				
必要エネルギー (kcal)				
必要タンパク質 (g)				
必要水分量 (ml)				

## 多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）

実 施 日	月 日記入者	月 日記入者	月 日記入者	月 日記入者
1. 皮膚（褥瘡等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 口腔内の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 摂食・嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 脱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 感染	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 経腸栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 静脈栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 医薬品の種類と数、食品との相互作用 具体的に記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

多職種によるアセスメントの結果（転記）				
特記事項				
総合的評価・判定（家庭における食事摂取上の問題を含めて）				

※摂取量を把握する際には、利用者の負担にならないよう、ごはんなどの主食、主菜、飲料等の状況をおおまかに把握し、それをもとに管理栄養士がエネルギー、タンパク質、水分補給量をおおよそ推算し記入する



## 改訂版

### 委 員

川内 敦文	高知県健康福祉部 医療薬務課長
木村 隆次	日本介護支援専門員協会 会長
草間 かおる	国立保健医療科学院人材育成部 介護予防保健事業推進評価室長
迫 和子	社団法人 日本栄養士会 常務理事
○杉山 みち子	神奈川県立保健福祉大学 教授
星野 和子	医療法人溪仁会 溪仁会グループ統括本部室長

### 協力委員

高田 和子	独立行政法人国立健康・栄養研究所 健康増進プログラム
田中 和美	特別養護老人ホーム ふれあいの森 栄養サービス課長
政安 静子	いくり苑那珂 副施設長
吉池 信男	青森県立保健大学健康科学部 栄養学科長

### 協力研究者

石川 貴美子	神奈川県秦野市 高齢福祉課
市川 祐子	神奈川県伊勢原市 介護高齢福祉課
加久見 晶世	高知県土佐清水市 健康推進課
高橋 みゆき	群馬県前橋市 介護高齢福祉課
山本 薫	京都府宇治市 健康生きがい課

### 事務局

多田 麻衣子	神奈川県立保健福祉大学
高田 健人	神奈川県立保健福祉大学

(五十音順、○：主任研究者)

# 初版

## 委 員

石井 みどり	日本歯科医師会 常務理事
江頭 文江	地域栄養ケアPEACH厚木
加藤 昌彦	梶山女学園大学 教授
梶井 文子	聖路加看護大学老年看護 講師
神田 晃	岡山大学医学部保健学科看護学専攻地域看護学 教授
小寺 由美	福井県立病院 栄養管理室
小山 剛	社会福祉法人長岡福祉協会 こぶし園 園長
斎藤 恵美子	日本看護協会 政策企画部
清水 幸子	老人保健施設 相模大野
○杉山 みち子	神奈川県立保健福祉大学 教授
西村 秋生	名古屋大学医学部大学院 助教授
野中 博	日本医師会 常任理事
星野 和子	医療法人溪仁会 溪仁会グループ統括本部室長
矢守 麻奈	学校法人 河崎学園

## 協力研究者

焰硝岩 政樹	岡山県保健福祉部 健康対策課 健康づくり班
岡田 文江	茨城県筑西保健所 健康増進課長
迫 和子	神奈川県秦野保健福祉事務所 保健福祉課
高橋 みゆき	群馬県前橋市 介護高齢福祉課
宮本 啓子	日本労働者協同組合連合会 センター事業団

## 事務局

天野 由紀	神奈川県立保健福祉大学 特別研究員
五味 郁子	神奈川県立保健福祉大学 助手
原口 洋子	管理栄養士

(五十音順、○：主任研究者、初版時)