岐阜県「介護予防」実践マニュアル

第Ⅳ部　「栄養改善」

岐阜県

平成２１年９月

目　　次

第１章　本マニュアルのねらい　・・・１

第２章　地域支援事業・予防給付の概要　・・・２

第３章　事業実施における基本的な考え方　・・・５
　１　栄養改善の意義　・・・５
　　(1) 高齢者の特徴
　　(2) 食べることの意義
　２　高齢者の低栄養状態の評価・判定　・・１０
　３　一人暮らしの高齢者の食事について　・・１０
　４　関連サービスとの連携　・・１１

第４章　介護予防事業における「栄養改善」事業　・・１５
　１　「栄養改善」事業の概要　・・１５
　２　対象者の選定と介護予防ケアマネジメントにおける留意点　・・１７
　　(1) 対象者の選定
　　(2) 介護予防ケアマネジメントにおける留意点
　３　「栄養改善」事業の実際　・・２１
　　(1) 地域支援事業　介護予防事業一般高齢者施策
　　(2) 地域支援事業　介護予防特定高齢者施策（通所型）（訪問型）
　　(3) 予防給付　栄養改善サービス

第５章　地域支援事業の具体的な進め方　・・２５
　１　介護予防一般高齢者施策　・・２６
　２　介護予防特定高齢者施策　・・２７
　　(1)事前アセスメント
　　(2)栄養改善計画書の作成・説明同意
　　(3)栄養改善プログラムの実施
　　(4)事後アセスメント・評価
　◆様式の記入例、記入について　・・３３
　◆プログラム例、ツール例　・・４０

第６章　予防給付の具体的な進め方　・・44
１　栄養改善サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制　・・45
２　栄養改善サービスの実施　・・45
◆様式、記入例　・・49
◆様式例記入のてびき　・・54

第７章　その他　・・61
１　薬剤と栄養の相互関係への留意点　・・61
２　事業を安全に行うために（リスクマネジメント）　・・64
◆様式例　・・67

【参考】
資料、様式例一覧
参考文献
岐阜県介護予防推進・評価委員会名簿

用語の定義

本書で用いる用語については、以下のとおり取り扱います。

用語	解説
「栄養改善」事業	本書では、用語＊１）＊２）＊３）の事業を総称して用いる。
地域支援事業 介護予防一般高齢者施策＊１）	地域支援事業実施要綱の別記１介護予防事業（２）介護予防一般高齢者施策イ各論（ア）介護予防普及啓発事業として用いる。
地域支援事業 介護予防特定高齢者施策＊２）	地域支援事業実施要綱の別記１介護護予防事業（１）介護予防特定高齢者施策イ各論（イ）通所型介護予防事業における栄養改善プログラムとして用いる。
予防給付 栄養改善サービス　＊３）	介護予防通所介護並びに介護予防通所リハビリテーションにおける栄養改善加算に係るサービスとして用いる。
アセスメント	「個人の状態像を理解し、必要な支援を考えたり、将来の行動を予測したり、支援の成果を調べること」の意味。 ・事前アセスメント：事業開始前、対象者の問題の状況やその原因等を把握し、解決すべき課題を分析すること。 ・事後アセスメント：事業終了後、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こと。
モニタリング	栄養改善サービス・プログラムが実施される間、定期的に実施状況を把握することをモニタリングという。
介護予防ケアマネジメント	地域包括支援センターで行われる介護予防を重視したケアマネジメントを介護予防ケアマネジメントといい、予防給付と介護予防事業の両方で用いる。
介護予防ケアプラン	地域包括支援センター又は委託された居宅介護支援事業者で行われる介護予防ケアマネジメントに基づき作成されるケアプランを介護予防ケアプランという。
個別サービス計画	介護予防ケアプランを基に作成される予防給付における「栄養ケア計画」や介護予防特定高齢者施策における「栄養改善計画」を個別サービス計画という。
栄養改善計画	介護予防特定高齢者施策におけるサービス計画を栄養改善計画という。
栄養ケア計画	予防給付におけるサービス計画を栄養ケア計画という。
栄養改善プログラム	地域支援事業介護予防特定高齢者施策の通所型介護予防事業における栄養改善事業を栄養改善プログラムという。
栄養改善サービス	介護予防通所介護並びに介護予防通所リハビリテーションにおける栄養改善加算の対象となるサービスを栄養改善サービスという。
管理栄養士等	管理栄養士および平成２４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を本書では管理栄養士等として用いる。

第１章　本マニュアルのねらい

本マニュアルは、平成２１年３月厚生労働省作成「栄養改善マニュアル」（主任研究者：杉山みち子氏）に基づき、「栄養改善」を目的とした介護予防関連事業が、市町村やサービス提供事業者において適切に実施されるための一助として活用されることを目的として作成しました。

作成にあたっては、特に以下の事業の基本的な考え方や実際の方法等について、栄養改善サービス提供の一連の過程に沿って解説をしました。

本マニュアルで解説した【栄養改善を目的とした介護予防関連事業】

①地域支援事業における
「介護予防一般高齢者施策」

②地域支援事業における
「介護予防特定高齢者施策」の「通所型介護予防事業」「訪問型介護予防事業」

③予防給付における
「介護予防サービス（介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション）」

生活機能の低下において、食べる機能の低下は気づかないまま過ごす場合があり、全身に及ぼす影響も非常に大きいと言われています。

高齢者が「栄養改善」事業を通じて、楽しく安全に食事をすることができることにより、「生活機能の低下」を予防し、生きがいのある自立した生活を送ることができるよう支援することが、最大の目的となります。

そして、この目的が達成されるためには、高齢者自身が栄養改善の意義を理解した上で意欲を持って栄養改善プログラム・サービスに参加する必要があり、事業を実施するにあたり、非常に重要な鍵となります。

具体的な事業の運営については、地域や対象者の特性を考慮しながら、地域に根ざす方法を選択していただくことが重要となるため、市町村やサービス提供事業者において本マニュアルを活用し、より効果的な手法を用いた実践を積み重ねて介護予防の充実を図っていただきたいと考えます。

表１　地域支援事業及び予防給付の事業の概要

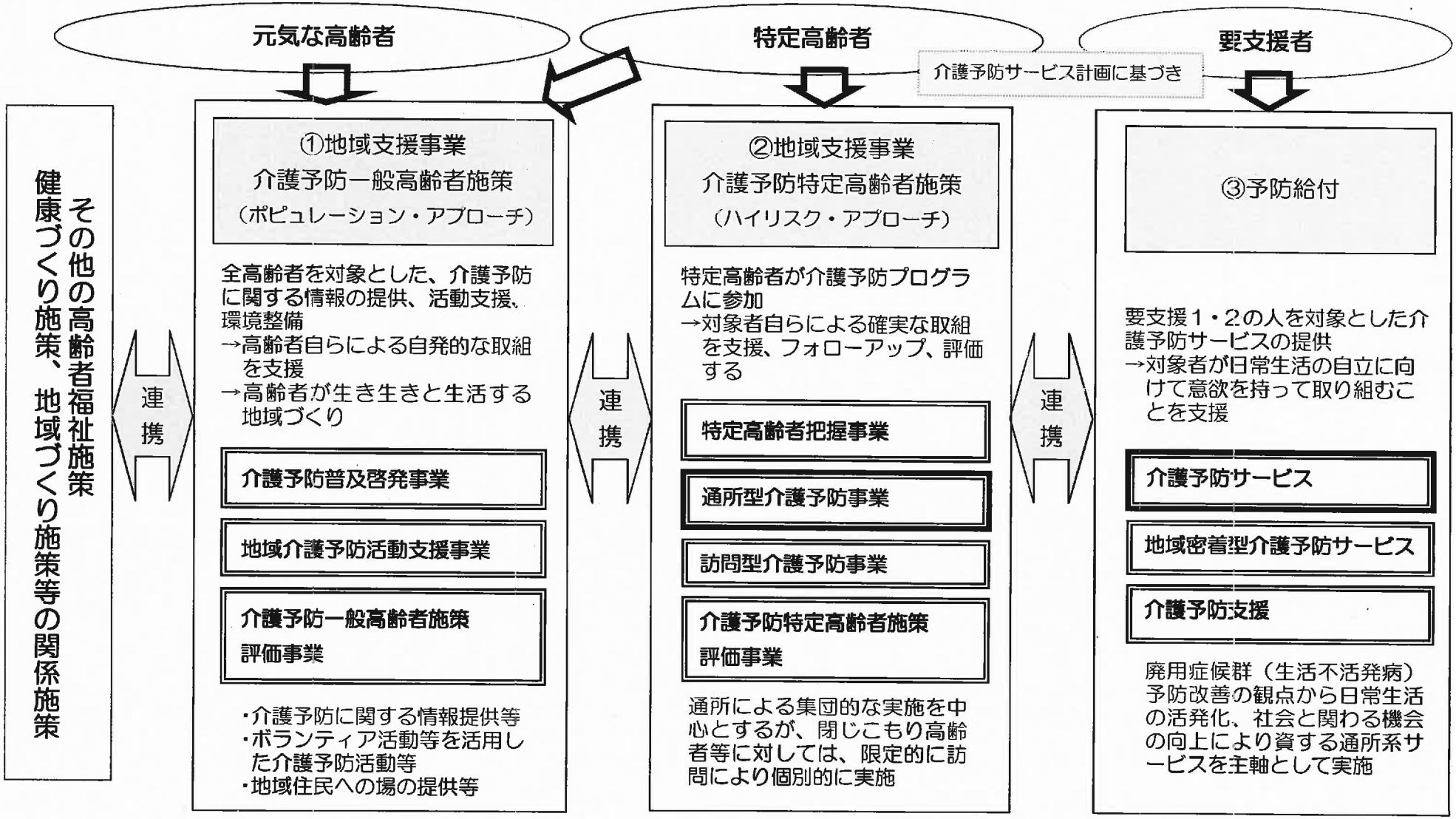


表２　地域支援事業及び予防給付の事業概要（栄養改善部分のみ抜粋）

各事業において、運営の取扱いに相違があるので留意してください。

事業の種類	地域支援事業		予防給付	
	一般高齢者施策	特定高齢者施策 （通所型介護予防事業・訪問型介護予防事業）	介護予防通所介護 （栄養改善加算）	介護予防通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ （栄養改善加算）
対象者	６５歳以上の全ての高齢者	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か月間に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	要支援１・２の認定を受けた者のうち以下のいずれかに該当する者； ①BMI が 18.5 未満 ②1～6 ヶ月間に３%以上の体重の減少が認められる又は６ヶ月間に 2～3kg の体重減少がある（基本チェックリストの№11 に該当） ③血清アルブミン値 3.5 以下 ④食事摂取量が不良（75%以下） ⑤その他低栄養状態にある又はそのおそれが認められる者	
主な担当職種		管理栄養士（平成２４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を含む）	管理栄養士 （その他関連職種と共同して行う）	
実施場所		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、公民館等（委託する場合は民間事業所等） （通所が困難な場合には適宜訪問により実施）	介護予防通所介護事業所	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）
目標設定評価機関	３～６か月	３～６か月	３か月ごと	
事業内容	介護予防普及啓発事業 ・介護予防に関する情報提供等 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	個別的な栄養相談や集団的な栄養教育等を実施し、低栄養状態を改善するための支援を行う 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 ・個別サービス計画に基づき、プログラムを実施 Ａ栄養相談 Ｂ集団的な栄養教育 （Ａの単独実施又はＡとＢの同時実施）	個別的な栄養食事相談等 ①事前アセスメント ・栄養スクリーニング・栄養アセスメント ②栄養ケア計画の作成 ③栄養ケア計画の実施 ・個別的で重点的な栄養食事相談 ・事業所における食事の個別化と食事支援 ・配食サービス等の情報の提供	

	の支援（ボランティアの養成・育成）	・定期的な訪問栄養相談、計画修正、モニタリング ④事後アセスメント・評価の実施	④事後アセスメント・評価の実施
留意点		①介護予防ケアマネジメントにより作成された介護予防ケアプランに基づき実施する。 ②専門スタッフと看護職員・介護職員等とが協同して、事前事後のアセスメント・個別サービス計画の作成・プログラムの実施・評価というプロセスを踏んだ上で実施する。 ③事業が安全に行われるよう、主治医（医師・歯科医師）との連携の上で実施する。 ④安全に事業を実施するために、事故発生時の対応を含む安全管理マニュアルを整備し、常に安全管理に配慮し実施する。 ⑤事業を委託する場合においては、委託先が介護予防に関する取組の趣旨が理解できており、前述の留意点の徹底が図られているかを考え、慎重に選定して実施する。 ⑥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、プログラムの一環として配食の支援を実施する。	①介護予防ケアマネジメントにより作成された介護予防ケアプランに基づきサービスを提供する。 ②サービス提供に当たっては運営基準を遵守する。 ③介護予防支援事業所との連携を十分に図り実施する。 ④事業が安全に行われるよう、主治医（医師・歯科医師）との連携の上で実施する。
関係通知等	「地域支援事業の実施について」		「指定介護予防サービスの人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」 「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」等

第３章　事業実施における基本的な考え方

１．栄養改善の意義

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

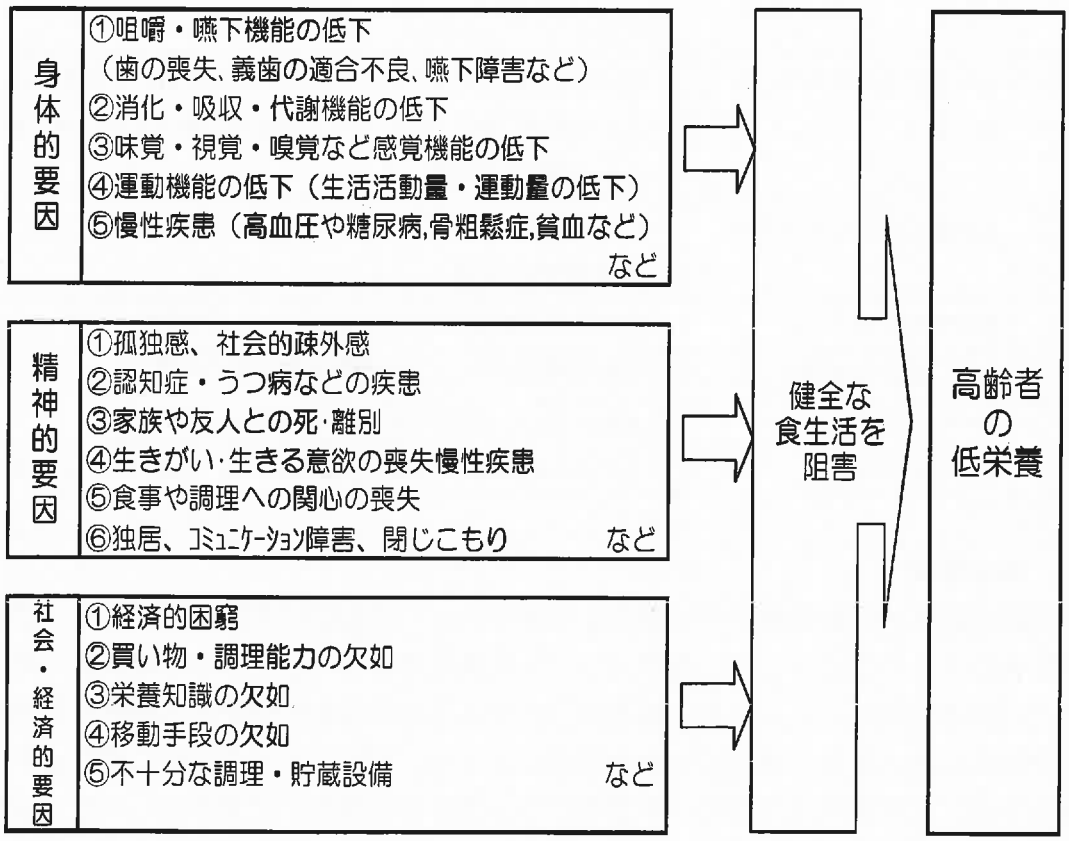


図１　高齢者の食生活を阻害する要因

（1）高齢者の特徴

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

ア．高齢者の体の変化について

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

イ．脱水予防

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

動機能や口腔機能に障害をもたらしADL(日常生活動作)の低下を招き、QOL(生活の質)の低下へとつながります。このため高齢者は、のどの渇きがなくても普段から定期的に一定量の水分を補給する習慣が必要となります。また、嘔吐や下痢の時にも脱水状態に陥りやすいため注意が必要です。

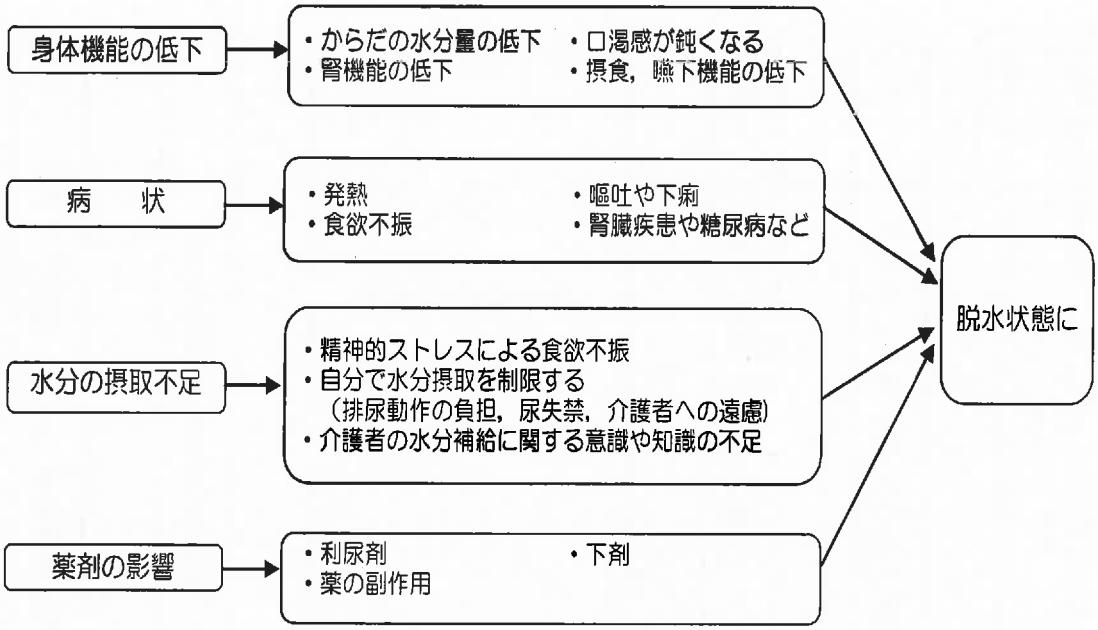


図２　高齢者が脱水をおこす原因

○脱水の症状

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

脱水状態のチェック

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

（2）食べることの意義

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

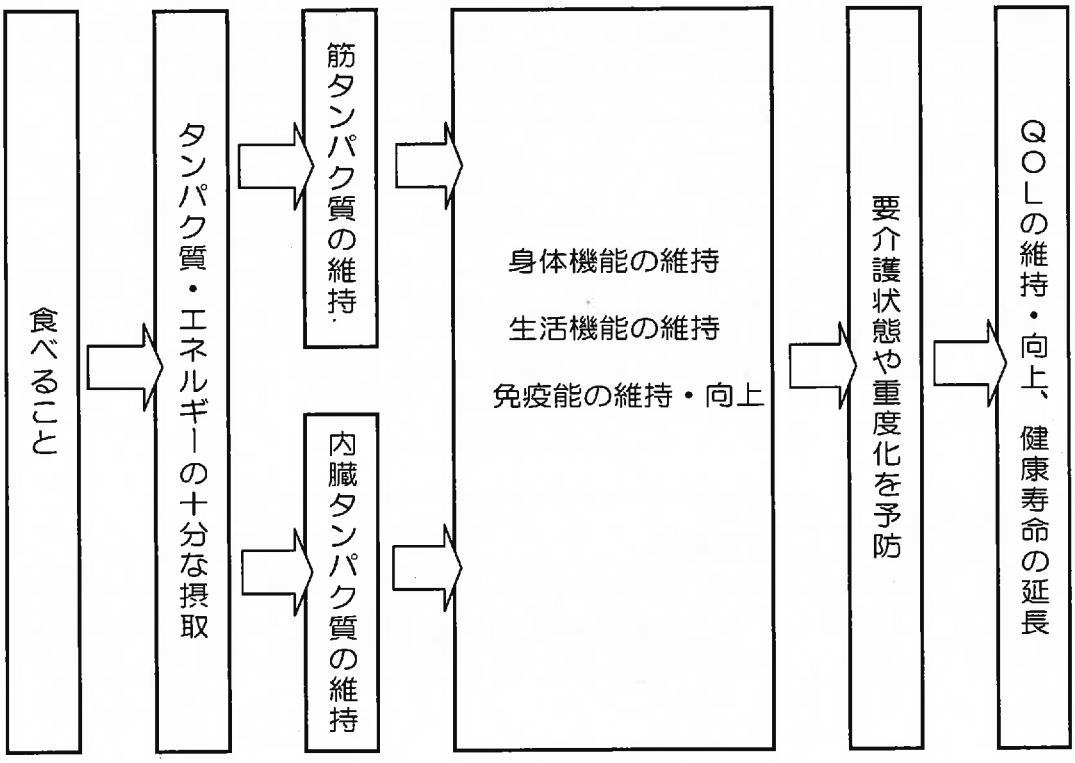


図３　高齢者の食べることの意義（厚生労働省 栄養改善マニュアルより）

1）社会参加への支援

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

2）生活の質の改善

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

QOL の向上にもつながります。

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

3）低栄養の予防と生活機能の維持

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

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

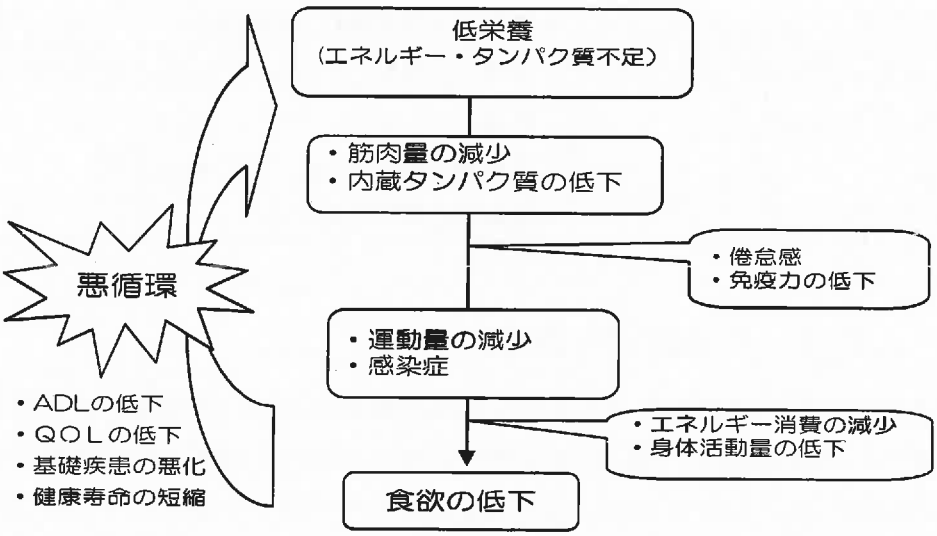


図4　低栄養状態の悪循環

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」実施の手引きより一部改変

２．高齢者の低栄養状態の評価・判定

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

低栄養状態のリスクの有無は、低栄養の指標でもあるＢＭＩや体重減少および血清アルブミン値より評価・判定します。そして、低栄養者への支援を行う場合には、食環境や社会的・経済的要因の他、利用者本人や家族の意向などを考慮した改善策を考え、利用者自身が主体となって実施できる栄養改善計画・栄養ケア計画を作成することが大切です。なお、高齢者はカルシウムや鉄の吸収能力の低下により、骨粗鬆症や貧血もおこしやすくなっています。そして、低栄養状態では食事量が減るためカルシウムや鉄の摂取不足も考えられることから、骨密度やヘモグロビン値なども考慮することが望まれます。

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

マラスムス型	・エネルギーとタンパク質の欠乏した状態 特にエネルギーの欠乏が強い状態 ・体脂肪と筋肉の減少による体重減少 ・血清アルブミン値は標準
クワシオコル型	・タンパク質の欠乏した状態 ・疾患や外傷、感染症や発熱、手術などの生理的ストレスによる代謝の亢進がある場合に引き起こされる ・血清アルブミン値の低下、浮腫 ・体重減少はあまりみられない
マラスムス・クワシオコル混合型	・マラスムス型とクワシオコル型の両方がみられる状態 ・体重減少と血清アルブミン値の低下 ・高齢者に多くみられる

３．一人暮らしの高齢者の食事について

少子高齢化に伴い高齢者夫婦のみの世帯や高齢者単独世帯が増加しています。中でも一人暮らしの高齢者は、買い物や食事作りなど食生活に関する生活活動の全てを自分で行わなければなりませんが、身体機能の低下や栄養・料理に関する知識不足などから、買い物や調理が困難で、偏った食事になるなど十分な栄養管理が自己ではできない場合が多くあります。このため、一人暮らしの高齢者の生活状況を把握し、個々

人が希望する食生活支援、例えば食事の配食サービスの紹介や料理講習による食事作りの知識・技術の習得などが望まれます。

○一人暮らしの高齢者の食事傾向

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

４．関連サービスとの連携

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

（１）他事業との関連

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

ア．介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントの流れは、予防給付でも地域支援事業でも同じです。まず、アセスメントを行い、次に介護予防ケアプランの案を作成し、必要に応じてサービス担当者会議において検討の上、原案を作成し、利用者の同意を得て介護予防サービス・支援計画として確定します。これに基づいて予防給付によるサービスや地域支援事業が提供されます。そして、サービス提供の一定期間後に地域包括支援センターにおいてサービス・事業の効果を評価します。

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

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します。予防給付では認定調査項目や主治医意見書も活用します。主治医意見書からは、利用者の既往、服薬状況、心身状況など、安全にサービスを実施するための医学的観点からの留意事項を確認することができます。

アセスメントは、利用者と介護予防ケアプラン作成者との協同作業です。互いのコミュニケーションの課程を通じて、介護予防の考えを利用者や家族に説明したり、生活機能が低下していることを認識できるよう支援をしたり、改善や自立への意欲を引き出していく貴重な機会でもあります。また、既存書類からの情報収集によって、ある程度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す。しかし、一方で、専門的な観点による十分なアセスメントを行わず、利用者の希望のみを優先してサービスの利用計画を立てていることが指摘されています。

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

また、管理栄養士は、利用者の自立への意欲を引き出していく支援をするため、さらに栄養食事相談の成果をあげるために、必要に応じて現在提供されているサービスの担当者から、たとえば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します。

イ．生活機能・身体機能の向上

高齢者は加齢により身体機能が低下する上、運動する機会が減少し、運動機能の低下を招きやすくなっています。運動機能の低下は食欲低下を促進し、低栄養状態を発生させるという悪循環をおこします。また、弱った筋肉や低栄養状態によりもろくなった骨は、転倒のリスクを増大させます。特に転倒による骨折は高齢者が寝たきりになる原因になる他、転倒経験により歩行や転倒に不安を持ち、日常の活動が低下し、ＡＤＬの低下をおこす場合もあります。このため、理学療法士や作業療法士等と連携して運動機能の向上に努めることは、低下した生活機能や身体機能の回復につながるとともに、身近な地域への社会参加の意欲や食欲を増大し、ＡＤＬやＱＯＬを高めることになります。

高齢者の身体機能の程度を判断し、食事摂取行為の自立状況や身体活動を考慮した

個別サービス計画を作成することが必要です。そして、食事摂取行為の自立支援のために、個々人の食べ物の調達、調理能力、食事摂取行為の自立状況に応じて使用器具の選定なども行います。また、介護職種が管理栄養士等と連携し、調理支援、買い物支援などを要支援者とともに行うことも求められています。

ウ．口腔機能および摂食・嚥下機能の向上

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

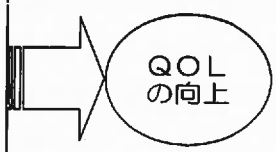
このため、必要に応じて「口腔機能の向上」に関するサービスの導入を推進していくことが必要になります。また、食事摂取行為の自立支援のためには、食べ物の形状・粘度の調整なども大切です。食事形態の決定に際しては、口腔機能や摂食・嚥下機能との関連から評価・判定します。

○食事をおいしく食べるための３つの条件

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

○口腔ケア（口腔清掃）の効果

- むし歯や歯周疾患の予防
  → 食事を楽しく摂取できる
- 口腔が清潔になる
  → 口臭を防ぐことができる
- 唾液分泌の増加
  → 口腔内の自浄作用を高める
- 口腔や咽頭の細菌が減少する
  → 誤嚥性肺炎やかぜの予防ができる
- 健康な口腔を保つ
  → コミュニケーションがスムーズにとれる
  味覚の保持と食欲の増進
- 咀しゃく機能の維持



エ．認知症，うつ，閉じこもりのおそれがある場合

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

（２）かかりつけ医との連携

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

（３）介護予防訪問介護との連携

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

（４）介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションとの連携

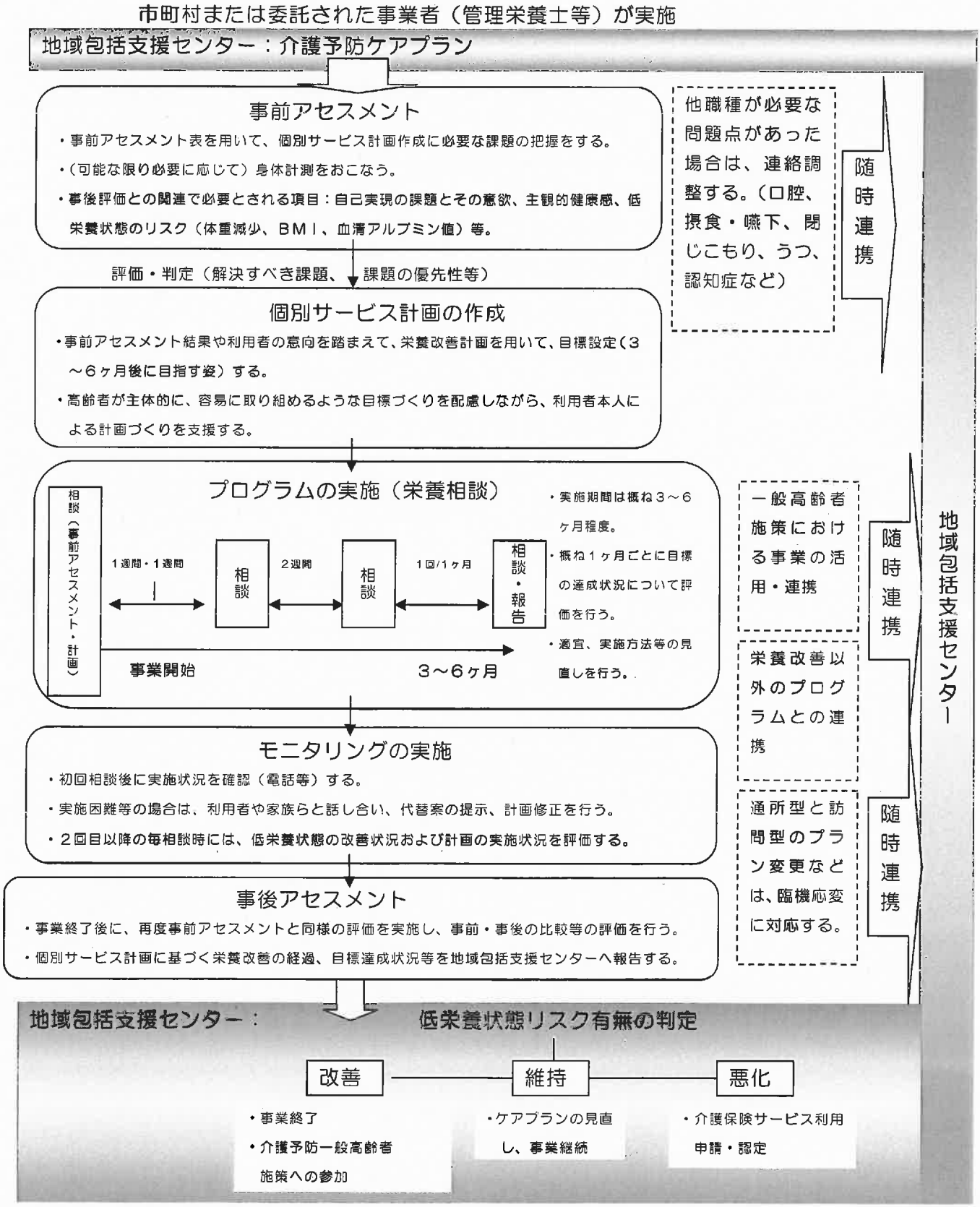
栄養改善サービスと身体機能向上サービスとは、それぞれの相乗効果で、さらに利用者にとって有効なものとなってきます。そのため、介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションとの連携は欠かせません。

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

第４章　介護予防事業における「栄養改善」事業

１．「栄養改善」事業の概要

表３ 介護予防特定高齢者施策における栄養改善プログラムのながれ（例）

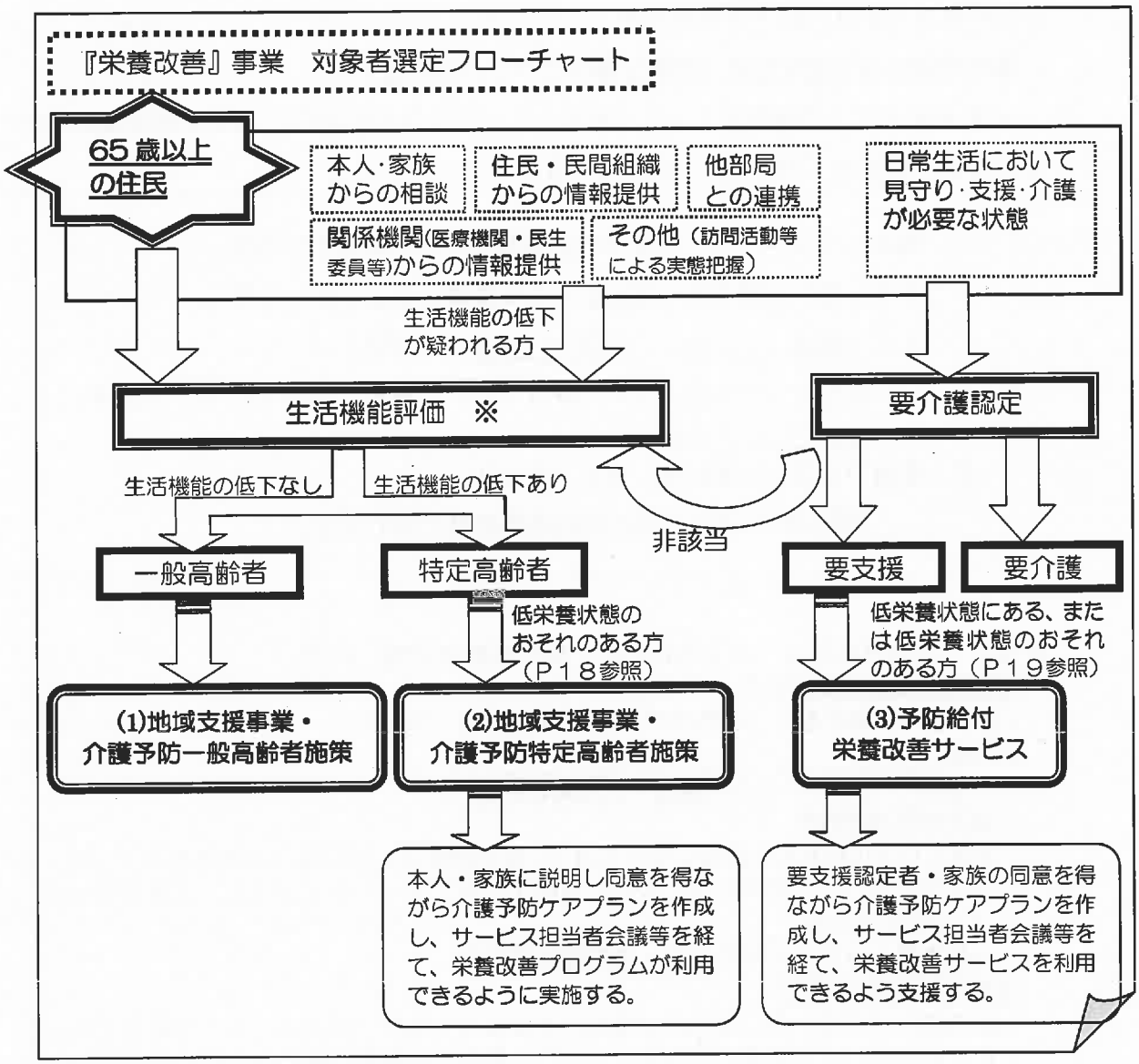


２．対象者の選定と介護予防ケアマネジメントにおける留意点

（１）対象者の選定

栄養を摂るということは、生きていく上で欠かせない事です。しかし、「年をとったら粗食でいい。」という考えは、未だに根強く残っている傾向にあります。

栄養改善事業を実施するにあたっては、栄養を改善する状態にあるか否かを早期に把握することが重要となります。



※【生活機能評価について】

要介護状態となるおそれの高い虚弱な状態にあると認められる６５歳以上の方（特定高齢者）を把握するため、生活機能チェック（基本チェックリストを含む）、生活機能検査を行うもの。

ア．《地域支援事業・介護予防一般高齢者施策》

対　象

地域に在住する65歳以上のすべての高齢者

イ．《地域支援事業・介護予防特定高齢者施策/特定高齢者把握事業》

■対　象

65 歳以上の方(要介護・要支援認定者除く)であって、低栄養状態にある又はそのおそれがあると判断された特定高齢者

■特定高齢者の選定方法（栄養改善プログラム該当者）

特定高齢者は生活機能チェック（基本チェックリストを含む)、生活機能検査の結果に基づき、保険者（市町村）が決定します。

① 基本チェックリストの以下の２項目すべてに該当する場合。

１１　６ヶ月間で２～３kg以上の体重減少がありましたか？

１２　身長　　cm　　体重　　kg　（ＢＭＩ＝　　）

ＢＭＩ（＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m））が１８．５未満の場合に該当とする。

② 血清アルブミン値が３．８ｇ／dl 以下

①又は②に該当する方が特定高齢者となります。

参考）　さまざまなルートを活用した「特定高齢者把握」の例

【高齢者実態把握より】

・高齢者の実態把握による訪問で、『最近体重が減ったようだ。食欲もあまりない。』と話される。

→**基本チェックリストの実施・生活機能評価へ**

【家族からの相談】

・家族より『年齢も 80 歳近くなってきて、車の運転をしないように免許を返上した。それから何に対しても意欲がなくなり、食欲までなくなってきたようだ。体重も減っている。』と相談される。

→**基本チェックリストの実施・生活機能評価へ**

【要介護認定非該当】

・足の痛みがあり、白内障で目が見えにくくなってきた。外は押し車で散歩をする。これまで何とか一人で生活してきた。しかし、最近、長時間台所に立つことが困難となってきたため、介護申請をしたが結果は“非該当”となる。目が見えにくく、包丁を持って野菜などを切ることに対して恐怖心があり、立って調理することも辛いと訴えがある。

→**基本チェックリストの実施・生活機能評価へ**

【その他】

・医療機関からの情報提供

・民生委員からの情報提供

→**基本チェックリストの実施・生活機能評価へ**

ウ．《予防給付・栄養改善サービス》

■対　象

要支援認定者（要支援１・要支援２）のうち、低栄養状態であると判定された方のうち、以下のいずれか１つに該当し、低栄養状態にある方又はそのおそれがある方であって、「栄養改善サービス」の提供が必要と認められる方を対象とします。

① BMI が 18.5 未満
② １～６ヶ月間に 3%以上の体重の減少が認められる又は ６ ヶ月間に 2～3kg の体重減少がある（基本チェックリストの No.11 に該当）
③ 血清アルブミン値が 3.5g／dl 以下
④ 食事摂取量が不良（75%以下）
⑤ その他低栄養状態にある又はそのおそれが認められる方

栄養面や食生活上の問題とは、疾患（脳梗塞・消化器・呼吸器・腎疾患）、手術・退院後、身体状況（発熱・風邪など）、口腔および摂食・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１つと考えらます。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おこなうことが期待されます。

介護予防サービス担当者は、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（Ｐ４９）をもとに、利用者ごとに把握・判断を行います。

（２）介護予防ケアマネジメントにおける留意点

介護予防ケアマネジメントの過程においては、低栄養状態の兆候を把握し、利用者自身が気づき、必要な対応策を「介護予防ケアプラン」に組み入れることにより、低栄養状態の改善を目指すことが重要となります。栄養改善プログラム・サービスを提供する場合は、医療機関との連携やプログラム・サービス提供における方向性の共通理解などに留意して実施する必要があります。

ア．サービス担当者会議（予防給付は必須実施）における留意点

サービス担当者会議は、予防給付の場合は原則としてケアプラン作成・変更時に開催します。介護予防事業の場合は、必要に応じて（利用者に複数のサービスを提供し、介護予防ケアプラン内容の共通理解を必要とする場合等）開催します。

（目的）
①利用者やその家族の生活全体及びその課題を共通理解する。
②地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどについて情報を共有し、その役割を理解する。
③利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、計画などを協議する。
④介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割を相互に理解すること。

イ．介護予防ケアプラン作成における留意点

地域包括支援センターはアセスメントの結果、栄養改善プログラム・サービスの実施の必要性・内容について説明し、本人・家族・サービス提供者の意見を聞き、最終的に介護予防ケアプランの原案を決定します。

栄養改善プログラム・サービスにおける個別サービス計画（栄養ケア計画書）は、介護予防ケアプランの目標・方向性を踏まえ作成します。

３．「栄養改善」事業の実際

（１）地域支援事業 介護予防事業一般高齢者施策

【事業の流れ】

対 象 者	一般高齢者
頻　　度	地域からの要望により適宜
場　　所	各地域公民館、地域包括支援センター、社会福祉協議会、 保健センター等
スタッフ	管理栄養士・栄養士、保健師、看護師等
内　　容	各地域でのいきいきサロン等で食生活についての話や調理実習をおこなう １　栄養改善に関するパンフレット等の作成、配布 ２　栄養改善に関する話 ・美味しくバランス良く食べる ・高齢期に摂りたい栄養素 ・良く噛んで食べるために 等 ３　食事内容・調理方法の実際 ・調理実習 ４　栄養相談

（２）地域支援事業 介護予防特定高齢者施策（通所型介護予防事業）

【事業の流れ】

対 象 者	特定高齢者
頻　　度	１～２回／月の頻度で概ね３～６ヶ月間実施
場　　所	地域包括支援センター、保健センター、各地区公民館、 委託の場合は民間事業所
スタッフ	管理栄養士・栄養士、保健師、看護師、言語聴覚士、理学療法士 歯科衛生士、介護福祉士、介護支援専門員等
内　　容	１　事前アセスメント　　第５章２－（１）参照 ２　個別サービス計画の作成・説明と同意 第５章２－（２）参照 ３　プログラムの提供 《プログラム内容》　　第５章２－（３）参照 ・　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 ・　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等 講義又は実習等を集団的・個別的におこなう。 （教材）スライド（パワーポイント）、ビデオ、 ＤＶＤなどの聴覚教材は、より効果的です。 ４　モニタリング（適宜）　　第５章参照 ５　事後アセスメント・評価　　第５章２－（４）参照

（２）地域支援事業 介護予防特定高齢者施策（訪問型介護予防事業）

【事業の流れ】

対 象 者	特定高齢者
頻　　度	適宜
スタッフ	管理栄養士・栄養士
内　　容	１　事前アセスメント　第５章２－（１）参照 ２　個別サービス計画の作成・説明と同意 第５章２－（２）参照 ３　プログラムの提供 《プログラム内容》　第５章２－（３）参照 ・　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 ・　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 ※訪問時には、身分証明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、持ち運びできる体重計など身体計測機器等も利用できると良い。 ４　モニタリング（適宜） ５　事後アセスメント・評価 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。 ※その他特記事項 ・特に口腔内の問題や、筋力低下、閉じこもり、認知症、うつ等がみられる場合には、関係職種との連携がより重要となってくるため、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。 ・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（公民館など）を設けるなど、拠点を活用し通所型栄養相談を実施することが有効である。

（３）予防給付　栄養改善サービス

【事業の流れ】

対 象 者	要支援１・要支援２の認定者のうち 以下のいずれかの項目に該当する方 ①　ＢＭＩが１８．５未満 ②　１～６ヶ月間に３％以上の体重の減少が認められる又は ６ヶ月間に２～３kg の体重減少がある (基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄの№11 に該当) ③　血清アルブミン値３．５ｇ/dl 以下 ④　食事摂取量が不良(７５％以下) ⑤　その他低栄養状態にある又はそのおそれがある方
頻　　度	介護予防通所系サービス（介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション）利用時に実施
場　　所	介護予防通所介護事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所
スタッフ	専門的サービス：管理栄養士 基本的サービス：介護職員等関係職種
内　　容	１　事前アセスメント　第６章―（１）参照 ２　栄養ケア計画の作成・説明と同意　第６章―（２）参照 ３　栄養改善サービスの実施 《健康チェック》　第６章―（３）参照 《サービスメニューの内容例》 （１）専門的サービス ①食生活改善のための食品選択や買い物・調理についての講義 ②嚥下の予防・改善、バランス食の習得・一人暮らしの方の食事づくり等実習 ③セルフケアプログラムの策定・指導・管理 ④栄養食事相談 （２）基本的サービススタッフ等他職種との連携 口腔機能の向上・運動器の向上・閉じこもり・認知症予防うつ予防など他プログラムと連携して実施 ４　モニタリング（随時）　第６章―（３）参照 ５　事後アセスメント・評価（３ヶ月ごと）　第６章―（４）参照

３．「栄養改善」事業の実際

（１）地域支援事業 介護予防事業一般高齢者施策

【事業の流れ】

対 象 者	一般高齢者
頻　　度	地域からの要望により適宜
場　　所	各地域公民館、地域包括支援センター、社会福祉協議会、 保健センター等
スタッフ	管理栄養士・栄養士、保健師、看護師等
内　　容	各地域でのいきいきサロン等で食生活についての話や調理実習をおこなう １　栄養改善に関するパンフレット等の作成、配布 ２　栄養改善に関する話 ・美味しくバランス良く食べる ・高齢期に摂りたい栄養素 ・良く噛んで食べるために 等 ３　食事内容・調理方法の実際 ・調理実習 ４　栄養相談

（２）地域支援事業 介護予防特定高齢者施策（通所型介護予防事業）

【事業の流れ】

対 象 者	特定高齢者
頻　　度	１～２回／月の頻度で概ね３～６ヶ月間実施
場　　所	地域包括支援センター、保健センター、各地区公民館、 委託の場合は民間事業所
スタッフ	管理栄養士・栄養士、保健師、看護師、言語聴覚士、理学療法士 歯科衛生士、介護福祉士、介護支援専門員等
内　　容	１　事前アセスメント　　第５章２－（１）参照 ２　個別サービス計画の作成・説明と同意 第５章２－（２）参照 ３　プログラムの提供 《プログラム内容》　　第５章２－（３）参照 ・　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 ・　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等 講義又は実習等を集団的・個別的におこなう。 （教材）スライド（パワーポイント）、ビデオ、 ＤＶＤなどの聴覚教材は、より効果的です。 ４　モニタリング（適宜）　　第５章参照 ５　事後アセスメント・評価　　第５章２－（４）参照

（２）地域支援事業 介護予防特定高齢者施策（訪問型介護予防事業）

【事業の流れ】

対 象 者	特定高齢者
頻　　度	適宜
スタッフ	管理栄養士・栄養士
内　　容	１　事前アセスメント　　第５章２－（１）参照 ２　個別サービス計画の作成・説明と同意 第５章２－（２）参照 ３　プログラムの提供 《プログラム内容》　　第５章２－（３）参照 ・　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 ・　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 ※訪問時には、身分証明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、持ち運びできる体重計など身体計測機器等も利用できると良い。 ４　モニタリング（適宜） ５　事後アセスメント・評価 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。 ※その他特記事項 ・特に口腔内の問題や、筋力低下、閉じこもり、認知症、うつ等がみられる場合には、関係職種との連携がより重要となってくるため、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。 ・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（公民館など）を設けるなど、拠点を活用し通所型栄養相談を実施することが有効である。

（３）予防給付　栄養改善サービス

【事業の流れ】

対 象 者	要支援１・要支援２の認定者のうち 以下のいずれかの項目に該当する方 ①　ＢＭＩが１８．５未満 ②　１～６ヶ月間に３％以上の体重の減少が認められる又は ６ヶ月間に２～３kg の体重減少がある (基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄのNo.11 に該当) ③　血清アルブミン値３．５ｇ/dl 以下 ④　食事摂取量が不良(７５％以下) ⑤　その他低栄養状態にある又はそのおそれがある方
頻　　度	介護予防通所系サービス（介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション）利用時に実施
場　　所	介護予防通所介護事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所
スタッフ	専門的サービス：管理栄養士 基本的サービス：介護職員等関係職種
内　　容	１　事前アセスメント　第６章―（１）参照 ２　栄養ケア計画の作成・説明と同意　第６章―（２）参照 ３　栄養改善サービスの実施 《健康チェック》　第６章―（３）参照 《サービスメニューの内容例》 （１）専門的サービス ①食生活改善のための食品選択や買い物・調理についての講義 ②嚥下の予防・改善、バランス食の習得・一人暮らしの方の食事づくり等実習 ③セルフケアプログラムの策定・指導・管理 ④栄養食事相談 （２）基本的サービススタッフ等他職種との連携 口腔機能の向上・運動器の向上・閉じこもり・認知症予防うつ予防など他プログラムと連携して実施 ４　モニタリング（随時）　第６章―（３）参照 ５　事後アセスメント・評価（３ヶ月ごと）　第６章―（４）参照

３．「栄養改善」事業の実際

（１）地域支援事業 介護予防事業一般高齢者施策

【事業の流れ】

対 象 者	一般高齢者
頻　　度	地域からの要望により適宜
場　　所	各地域公民館、地域包括支援センター、社会福祉協議会、 保健センター等
スタッフ	管理栄養士・栄養士、保健師、看護師等
内　　容	各地域でのいきいきサロン等で食生活についての話や調理実習をおこなう １　栄養改善に関するパンフレット等の作成、配布 ２　栄養改善に関する話 ・美味しくバランス良く食べる ・高齢期に摂りたい栄養素 ・良く噛んで食べるために 等 ３　食事内容・調理方法の実際 ・調理実習 ４　栄養相談

（２）地域支援事業 介護予防特定高齢者施策（通所型介護予防事業）

【事業の流れ】

対 象 者	特定高齢者
頻　　度	１～２回／月の頻度で概ね３～６ヶ月間実施
場　　所	地域包括支援センター、保健センター、各地区公民館、 委託の場合は民間事業所
スタッフ	管理栄養士・栄養士、保健師、看護師、言語聴覚士、理学療法士 歯科衛生士、介護福祉士、介護支援専門員等
内　　容	１　事前アセスメント　　第５章２－（１）参照 ２　個別サービス計画の作成・説明と同意 第５章２－（２）参照 ３　プログラムの提供 《プログラム内容》　　第５章２－（３）参照 ・ 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 ・ 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等 講義又は実習等を集団的・個別的におこなう。 （教材）スライド（パワーポイント）、ビデオ、 ＤＶＤなどの聴覚教材は、より効果的です。 ４　モニタリング（適宜）　　第５章参照 ５　事後アセスメント・評価　　第５章２－（４）参照

（２）地域支援事業 介護予防特定高齢者施策（訪問型介護予防事業）

【事業の流れ】

対 象 者	特定高齢者
頻　　度	適宜
スタッフ	管理栄養士・栄養士
内　　容	１　事前アセスメント　　第５章２－（１）参照 ２　個別サービス計画の作成・説明と同意 第５章２－（２）参照 ３　プログラムの提供 《プログラム内容》　　第５章２－（３）参照 ・ 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 ・ 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 ※訪問時には、身分証明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、持ち運びできる体重計など身体計測機器等も利用できると良い。 ４　モニタリング（適宜） ５　事後アセスメント・評価 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。 ※その他特記事項 ・特に口腔内の問題や、筋力低下、閉じこもり、認知症、うつ等がみられる場合には、関係職種との連携がより重要となってくるため、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。 ・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（公民館など）を設けるなど、拠点を活用し通所型栄養相談を実施することが有効である。

（３）予防給付　栄養改善サービス

【事業の流れ】

対 象 者	要支援１・要支援２の認定者のうち 以下のいずれかの項目に該当する方 ①　ＢＭＩが１８．５未満 ②　１～６ヶ月間に３％以上の体重の減少が認められる又は ６ヶ月間に２～３kg の体重減少がある (基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄのNo.11 に該当) ③　血清アルブミン値３．５ｇ/dl 以下 ④　食事摂取量が不良(７５％以下) ⑤　その他低栄養状態にある又はそのおそれがある方
頻　　度	介護予防通所系サービス（介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション）利用時に実施
場　　所	介護予防通所介護事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所
スタッフ	専門的サービス：管理栄養士 基本的サービス：介護職員等関係職種
内　　容	１　事前アセスメント　第６章―（１）参照 ２　栄養ケア計画の作成・説明と同意　第６章―（２）参照 ３　栄養改善サービスの実施 《健康チェック》　第６章―（３）参照 《サービスメニューの内容例》 （１）専門的サービス ①食生活改善のための食品選択や買い物・調理についての講義 ②嚥下の予防・改善、バランス食の習得・一人暮らしの方の食事づくり等実習 ③セルフケアプログラムの策定・指導・管理 ④栄養食事相談 （２）基本的サービススタッフ等他職種との連携 口腔機能の向上・運動器の向上・閉じこもり・認知症予防うつ予防など他プログラムと連携して実施 ４　モニタリング（随時）　第６章―（３）参照 ５　事後アセスメント・評価（３ヶ月ごと）　第６章―（４）参照

３．「栄養改善」事業の実際

（１）地域支援事業 介護予防事業一般高齢者施策

【事業の流れ】

対 象 者	一般高齢者
頻　　度	地域からの要望により適宜
場　　所	各地域公民館、地域包括支援センター、社会福祉協議会、 保健センター等
スタッフ	管理栄養士・栄養士、保健師、看護師等
内　　容	各地域でのいきいきサロン等で食生活についての話や調理実習をおこなう １　栄養改善に関するパンフレット等の作成、配布 ２　栄養改善に関する話 ・美味しくバランス良く食べる ・高齢期に摂りたい栄養素 ・良く噛んで食べるために 等 ３　食事内容・調理方法の実際 ・調理実習 ４　栄養相談

（２）地域支援事業 介護予防特定高齢者施策（通所型介護予防事業）

【事業の流れ】

対 象 者	特定高齢者
頻　　度	１～２回／月の頻度で概ね３～６ヶ月間実施
場　　所	地域包括支援センター、保健センター、各地区公民館、 委託の場合は民間事業所
スタッフ	管理栄養士・栄養士、保健師、看護師、言語聴覚士、理学療法士 歯科衛生士、介護福祉士、介護支援専門員等
内　　容	１　事前アセスメント　第５章２－（１）参照 ２　個別サービス計画の作成・説明と同意 第５章２－（２）参照 ３　プログラムの提供 《プログラム内容》　第５章２－（３）参照 ・ 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 ・ 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等 講義又は実習等を集団的・個別的におこなう。 （教材）スライド（パワーポイント）、ビデオ、 ＤＶＤなどの聴覚教材は、より効果的です。 ４　モニタリング（適宜）　第５章参照 ５　事後アセスメント・評価　第５章２－（４）参照

（２）地域支援事業 介護予防特定高齢者施策（訪問型介護予防事業）

【事業の流れ】

対 象 者	特定高齢者
頻　　度	適宜
スタッフ	管理栄養士・栄養士
内　　容	１　事前アセスメント　　第５章２－（１）参照 ２　個別サービス計画の作成・説明と同意 第５章２－（２）参照 ３　プログラムの提供 《プログラム内容》　　第５章２－（３）参照 ・　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 ・　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 ※訪問時には、身分証明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、持ち運びできる体重計など身体計測機器等も利用できると良い。 ４　モニタリング（適宜） ５　事後アセスメント・評価 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。 ※その他特記事項 ・特に口腔内の問題や、筋力低下、閉じこもり、認知症、うつ等がみられる場合には、関係職種との連携がより重要となってくるため、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。 ・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（公民館など）を設けるなど、拠点を活用し通所型栄養相談を実施することが有効である。

（３）予防給付　栄養改善サービス

【事業の流れ】

対 象 者	要支援１・要支援２の認定者のうち 以下のいずれかの項目に該当する方 ①　ＢＭＩが１８．５未満 ②　１～６ヶ月間に３％以上の体重の減少が認められる又は ６ヶ月間に２～３kg の体重減少がある (基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄの№11 に該当) ③　血清アルブミン値３．５ｇ/dl 以下 ④　食事摂取量が不良(７５％以下) ⑤　その他低栄養状態にある又はそのおそれがある方
頻　　度	介護予防通所系サービス（介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション）利用時に実施
場　　所	介護予防通所介護事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所
スタッフ	専門的サービス：管理栄養士 基本的サービス：介護職員等関係職種
内　　容	１　事前アセスメント　第６章一（１）参照 ２　栄養ケア計画の作成・説明と同意　第６章一（２）参照 ３　栄養改善サービスの実施 《健康チェック》　第６章一（３）参照 《サービスメニューの内容例》 （１）専門的サービス ①食生活改善のための食品選択や買い物・調理についての講義 ②嚥下の予防・改善、バランス食の習得・一人暮らしの方の食事づくり等実習 ③セルフケアプログラムの策定・指導・管理 ④栄養食事相談 （２）基本的サービススタッフ等他職種との連携 口腔機能の向上・運動器の向上・閉じこもり・認知症予防うつ予防など他プログラムと連携して実施 ４　モニタリング（随時）　第６章一（３）参照 ５　事後アセスメント・評価（３ヶ月ごと）　第６章一（４）参照

３．「栄養改善」事業の実際

（１）地域支援事業 介護予防事業一般高齢者施策

【事業の流れ】

対 象 者	一般高齢者
頻　　度	地域からの要望により適宜
場　　所	各地域公民館、地域包括支援センター、社会福祉協議会、 保健センター等
スタッフ	管理栄養士・栄養士、保健師、看護師等
内　　容	各地域でのいきいきサロン等で食生活についての話や調理実習をおこなう １　栄養改善に関するパンフレット等の作成、配布 ２　栄養改善に関する話 ・美味しくバランス良く食べる ・高齢期に摂りたい栄養素 ・良く噛んで食べるために 等 ３　食事内容・調理方法の実際 ・調理実習 ４　栄養相談

（２）地域支援事業 介護予防特定高齢者施策（通所型介護予防事業）

【事業の流れ】

対 象 者	特定高齢者
頻　　度	１～２回／月の頻度で概ね３～６ヶ月間実施
場　　所	地域包括支援センター、保健センター、各地区公民館、 委託の場合は民間事業所
スタッフ	管理栄養士・栄養士、保健師、看護師、言語聴覚士、理学療法士 歯科衛生士、介護福祉士、介護支援専門員等
内　　容	１　事前アセスメント　第５章２－（１）参照 ２　個別サービス計画の作成・説明と同意 第５章２－（２）参照 ３　プログラムの提供 《プログラム内容》　第５章２－（３）参照 ・ 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 ・ 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等 講義又は実習等を集団的・個別的におこなう。 （教材）スライド（パワーポイント）、ビデオ、 ＤＶＤなどの聴覚教材は、より効果的です。 ４　モニタリング（適宜）　第５章参照 ５　事後アセスメント・評価　第５章２－（４）参照

（２）地域支援事業 介護予防特定高齢者施策（訪問型介護予防事業）

【事業の流れ】

対 象 者	特定高齢者
頻　　度	適宜
スタッフ	管理栄養士・栄養士
内　　容	１　事前アセスメント　　第５章２－（１）参照 ２　個別サービス計画の作成・説明と同意 第５章２－（２）参照 ３　プログラムの提供 《プログラム内容》　　第５章２－（３）参照 ・ 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 ・ 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 ※訪問時には、身分証明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、持ち運びできる体重計など身体計測機器等も利用できると良い。 ４　モニタリング（適宜） ５　事後アセスメント・評価 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。 ※その他特記事項 ・特に口腔内の問題や、筋力低下、閉じこもり、認知症、うつ等がみられる場合には、関係職種との連携がより重要となってくるため、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。 ・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（公民館など）を設けるなど、拠点を活用し通所型栄養相談を実施することが有効である。

（３）予防給付　栄養改善サービス

【事業の流れ】

対 象 者	要支援１・要支援２の認定者のうち 以下のいずれかの項目に該当する方 ①　ＢＭＩが１８．５未満 ②　１～６ヶ月間に３％以上の体重の減少が認められる又は ６ヶ月間に２～３kg の体重減少がある (基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄのNo.11 に該当) ③　血清アルブミン値３．５ｇ/dl 以下 ④　食事摂取量が不良(７５％以下) ⑤　その他低栄養状態にある又はそのおそれがある方
頻　　度	介護予防通所系サービス（介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション）利用時に実施
場　　所	介護予防通所介護事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所
スタッフ	専門的サービス：管理栄養士 基本的サービス：介護職員等関係職種
内　　容	１　事前アセスメント　第６章―（１）参照 ２　栄養ケア計画の作成・説明と同意　第６章―（２）参照 ３　栄養改善サービスの実施 《健康チェック》　第６章―（３）参照 《サービスメニューの内容例》 （１）専門的サービス ①食生活改善のための食品選択や買い物・調理についての講義 ②嚥下の予防・改善、バランス食の習得・一人暮らしの方の食事づくり等実習 ③セルフケアプログラムの策定・指導・管理 ④栄養食事相談 （２）基本的サービススタッフ等他職種との連携 口腔機能の向上・運動器の向上・閉じこもり・認知症予防 うつ予防など他プログラムと連携して実施 ４　モニタリング（随時）　第６章―（３）参照 ５　事後アセスメント・評価（３ヶ月ごと）　第６章―（４）参照

３．「栄養改善」事業の実際

（１）地域支援事業 介護予防事業一般高齢者施策

【事業の流れ】

対 象 者	一般高齢者
頻　　度	地域からの要望により適宜
場　　所	各地域公民館、地域包括支援センター、社会福祉協議会、 保健センター等
スタッフ	管理栄養士・栄養士、保健師、看護師等
内　　容	各地域でのいきいきサロン等で食生活についての話や調理実習をおこなう １　栄養改善に関するパンフレット等の作成、配布 ２　栄養改善に関する話 ・美味しくバランス良く食べる ・高齢期に摂りたい栄養素 ・良く噛んで食べるために 等 ３　食事内容・調理方法の実際 ・調理実習 ４　栄養相談

（２）地域支援事業 介護予防特定高齢者施策（通所型介護予防事業）

【事業の流れ】

対 象 者	特定高齢者
頻　　度	１～２回／月の頻度で概ね３～６ヶ月間実施
場　　所	地域包括支援センター、保健センター、各地区公民館、 委託の場合は民間事業所
スタッフ	管理栄養士・栄養士、保健師、看護師、言語聴覚士、理学療法士 歯科衛生士、介護福祉士、介護支援専門員等
内　　容	１　事前アセスメント　　第５章２－（１）参照 ２　個別サービス計画の作成・説明と同意 第５章２－（２）参照 ３　プログラムの提供 《プログラム内容》　　第５章２－（３）参照 ・　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 ・　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等 講義又は実習等を集団的・個別的におこなう。 （教材）スライド（パワーポイント）、ビデオ、 ＤＶＤなどの聴覚教材は、より効果的です。 ４　モニタリング（適宜）　　第５章参照 ５　事後アセスメント・評価　　第５章２－（４）参照

（２）地域支援事業 介護予防特定高齢者施策（訪問型介護予防事業）

【事業の流れ】

対 象 者	特定高齢者
頻　　度	適宜
スタッフ	管理栄養士・栄養士
内　　容	１　事前アセスメント　　第５章２－（１）参照 ２　個別サービス計画の作成・説明と同意 第５章２－（２）参照 ３　プログラムの提供 《プログラム内容》　　第５章２－（３）参照 ・ 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 ・ 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 ※訪問時には、身分証明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、持ち運びできる体重計など身体計測機器等も利用できると良い。 ４　モニタリング（適宜） ５　事後アセスメント・評価 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。 ※その他特記事項 ・特に口腔内の問題や、筋力低下、閉じこもり、認知症、うつ等がみられる場合には、関係職種との連携がより重要となってくるため、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。 ・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（公民館など）を設けるなど、拠点を活用し通所型栄養相談を実施することが有効である。

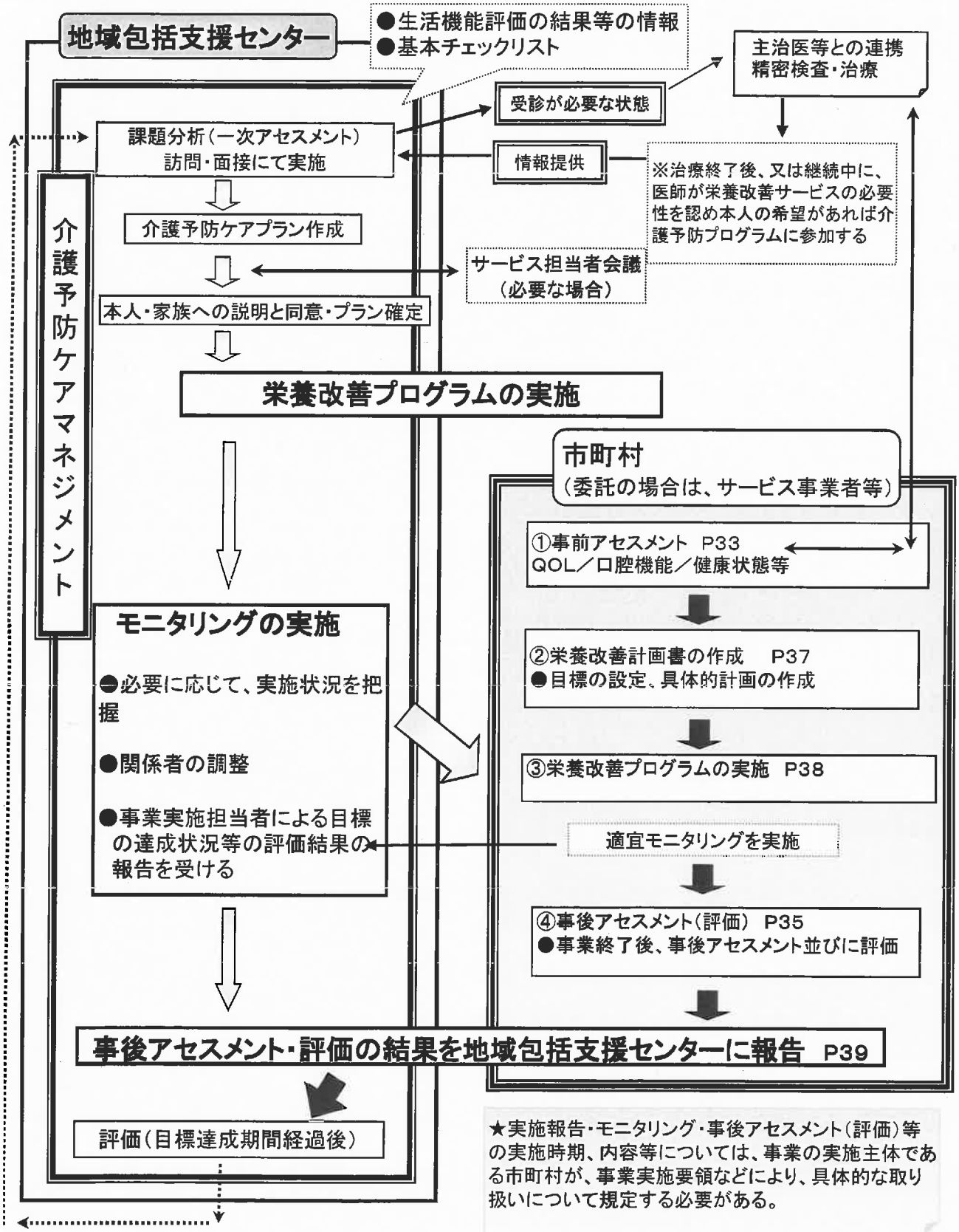
（３）予防給付　栄養改善サービス

【事業の流れ】

対 象 者	要支援１・要支援２の認定者のうち 以下のいずれかの項目に該当する方 ①　ＢＭＩが１８．５未満 ②　１～６ヶ月間に３％以上の体重の減少が認められる又は ６ヶ月間に２～３kg の体重減少がある (基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄの№11 に該当) ③　血清アルブミン値３．５ｇ/dl 以下 ④　食事摂取量が不良(７５％以下) ⑤　その他低栄養状態にある又はそのおそれがある方
頻　　度	介護予防通所系サービス（介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション）利用時に実施
場　　所	介護予防通所介護事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所
スタッフ	専門的サービス：管理栄養士 基本的サービス：介護職員等関係職種
内　　容	１　事前アセスメント　第６章―（１）参照 ２　栄養ケア計画の作成・説明と同意　第６章―（２）参照 ３　栄養改善サービスの実施 《健康チェック》　第６章―（３）参照 《サービスメニューの内容例》 （１）専門的サービス ①食生活改善のための食品選択や買い物・調理についての講義 ②嚥下の予防・改善、バランス食の習得・一人暮らしの方の食事づくり等実習 ③セルフケアプログラムの策定・指導・管理 ④栄養食事相談 （２）基本的サービススタッフ等他職種との連携 口腔機能の向上・運動器の向上・閉じこもり・認知症予防うつ予防など他プログラムと連携して実施 ４　モニタリング（随時）　第６章―（３）参照 ５　事後アセスメント・評価（３ヶ月ごと）　第６章―（４）参照

第５章　地域支援事業の具体的な進め方

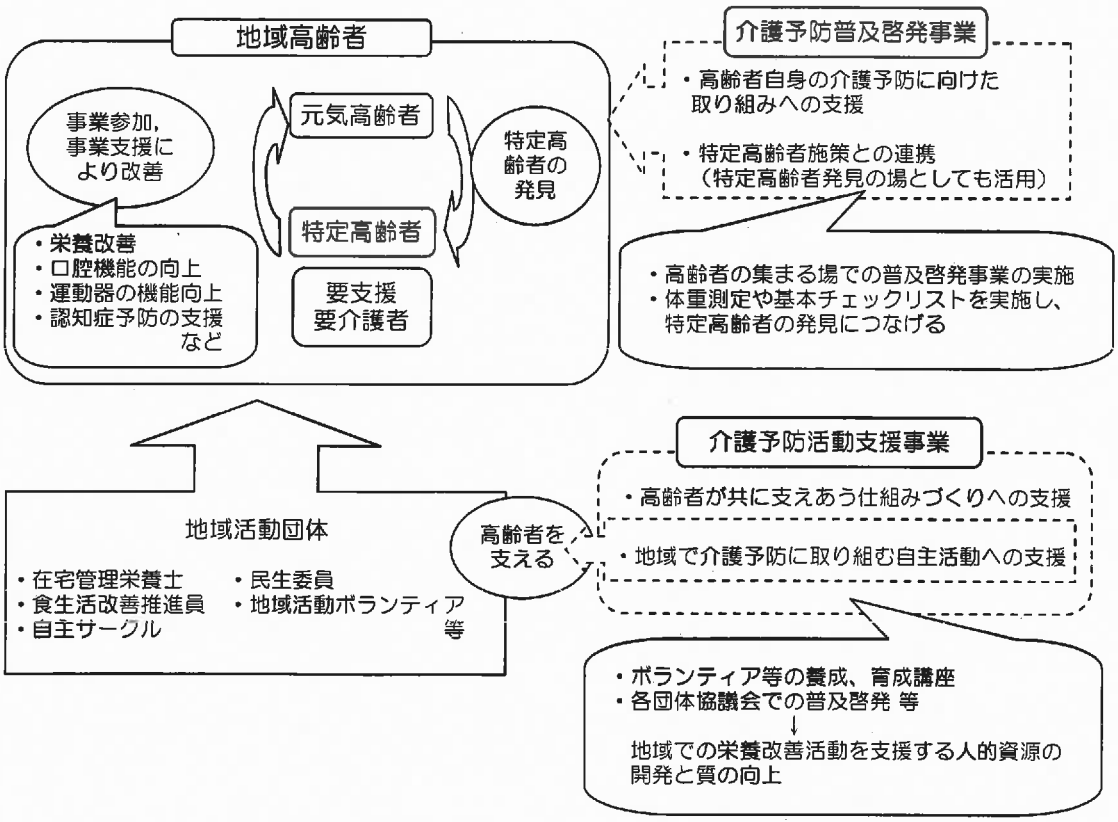
介護予防特定高齢者施策（地域支援事業）における介護予防特定高齢者事業（栄養改善プログラム）の実施手順を下記のフローチャートに示します。



★実施報告・モニタリング・事後アセスメント（評価）等の実施時期、内容等については、事業の実施主体である市町村が、事業実施要領などにより、具体的な取り扱いについて規定する必要がある。

１．介護予防一般高齢者施策

高齢者にとって「食べること」「食べることを楽しむこと」ができることは生活の基本であり、人生そのものを形作る重要な要素です。また、高齢者が「食べること」を通じて地域の人々と触れ合い、仲間づくりや社会参加ができるような「まちづくり」は、高齢者のＱＯＬを高めるとともに、「健康」「生きがい」「安心」の礎となるものです。そのためには、地域の特性に応じて、地域全体または地区別の介護予防一般高齢者施策における栄養改善プログラムを作成する必要があります。また、市町村および委託された事業者は、介護予防のため生活機能評価や高齢者の低栄養に関する知識・態度・価値観やサービスに対する要望など実態調査を実施し、課題を把握して、改善を図るための事業を実施します。一般高齢者に対する栄養改善は、「運動器の機能向上」、「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」などの他の事業およびサービス等、多職種の介護予防事業と連携を取りながら幅広く行っていくことがより効果的です。



社会法人日本栄養士会・全国行政栄養士協議会、地域支援事業における「栄養改善」実施の手引きより一部改変

２．介護予防特定高齢者施策

（１） 事前アセスメント

栄養改善プログラム（サービス）が必要と判断された対象者に対して、「栄養の状態」を把握し、「解決すべき課題」の把握等を行うためにアセスメントを実施します。この事前アセスメントは、個々に応じた的確な改善が図れるよう、取り組むべき課題を明確にすることを目的とします。

事前アセスメントは、管理栄養士等が利用者及び家族と面談を行い、身体状況や栄養状態、具体的な生活習慣や嗜好・環境などを把握します。アセスメント表については、表①（Ｐ３３）と表②（Ｐ３５）の例を挙げました。表①については、主に担当の管理栄養士が聞き取りを行う場合に用い、表②は利用者本人が行う自己チェック表です。アセスメントを行う場合と状態に応じて使い分けを行います。

低栄養状態と同じく、貧血もＱＯＬを低下させる重要な要素なので、表１を参考に状態を確認し把握しておくことが大切です。そして、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ります。これは、事業終了後の効果を評価する上での基準となってきます。

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、例えば痛み・義歯の不具合・口臭・味覚の低下・口渇・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た場合には、早急に地域包括支援センターに報告します。

［ 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
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、閉じこもりやうつ
認知症　　など

表1［ 貧血の基準値 ］

項　　目	基準値	許容値	低値の場合考えられる疾患と留意点
赤血球数　RBC （×10^6）（/μl）	4.1～5.3	>3.5	貧血・肝疾患・出血
Hb　**ヘモグロビン** （g/dl）	男 14～18 女 12～16	>12 >10	特に 10 以下は貧血とする。 腎性貧血・肝硬変（LC）・がん・白血病 出血
HT　**ヘマトクリット** （%）	男 40～48 女 34～42	>35 >30	貧血
MCV 平均赤血球容積 （fl）	81～100		小球性：≦80 正球性：81～100 大球性：101＜ 小球性低色素性貧血： 鉄欠乏性・慢性出血・鉄芽球性 正球性色素性貧血： 急性出血・溶血性・再生不良性 腎症 大球性高色素性貧血： VB_{12}欠乏の悪性・溶血性 急性出血・肝障害・白血病 葉酸欠乏・高齢者女性・悪性疾患

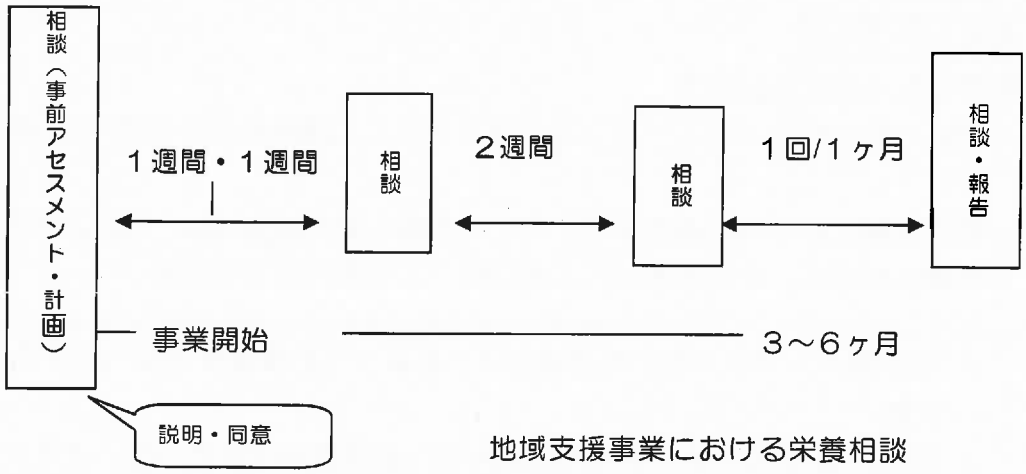
足立香代子著　「検査値に基づいた栄養指導」より一部改変

（２）栄養改善計画（個別サービス計画）の作成・説明同意

介護予防特定高齢者施策における「栄養改善」事業は、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントから、利用者それぞれが自己実現をゴールとして設定しめざすものです。

市町村及び市町村から委託された業者(管理栄養士が実施)が、事前アセスメント終了後、課題の抽出と解決の優先性に基づいた個別サービス計画を作成します。また、それが利用者本人による計画づくり、そして評価に生かされるよう留意します。実施期間は３～６ヶ月間を標準とします。

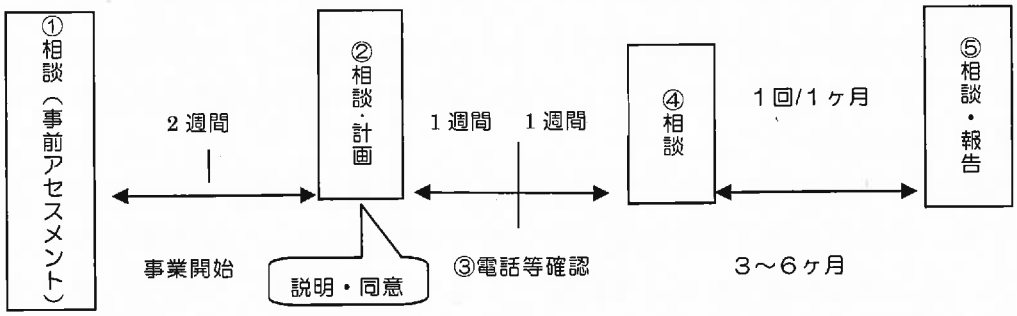
個別サービス計画は利用者参加による事前アセスメントの後作成し、それぞれ課題に応じたプログラムを実施します。同時に、実施上の問題解決・計画の修正・モニタリングを行っていきます。また、担当者は利用者および家族に計画等の説明を行い、同意を得る必要があります。栄養相談は、最初の１ヶ月間は２週間毎に、その後は１ヶ月に１回の頻度で行います。また、利用者の意欲を引き出し、継続意欲を支えるために初回の栄養相談から１週間以内に実施状況を確認し、２週間後にもう一度相談を行います。担当者と利用者の面会回数は３～６ヶ月間に５～８回程度となり、６ヵ月後も継続する場合は１ヵ月に１度の割合となります。



地域支援事業における栄養相談

上記の他、次のような一例もあります。事前アセスメント及び初回栄養相談の後、２週間で利用者が改善すべき課題を明確にします（①）。その後、本人及び家族の参画による目標（ゴール）の設定を行い、課題を利用者本人が取り組みやすいより具体的なものとし、個別サービス計画を作成します（②）。その後、本人・家族に説明・同意を行います。計画作成後、１週間で電話による確認を行い（③）、２週間目に栄養相談を行います（④）。その後、１ヶ月に１回の割合で相談を行います。

（実施方法の一例）



この場合では、１回目の面接でアセスメント及び初回栄養相談のみを行い、個別サービス計画を立てる前にアセスメントをしっかり分析する期間を設けています。そこで抽出された課題を、その後利用者本人及び家族参画による目標設定にて軌道修正を行い、明確化させ、より本人が自身の課題として自覚・実行できるように、２回目の栄養相談時に個別サービス計画を作成することとします。

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：P37）

〔 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。

- 「今の私・○年後の私」生活編Ｐ４１を使って目標達成を見つける方法もあります。
- 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 〕

市町村及び委託された業者の管理栄養士が作成します。

・地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントで作成された介護予防ケアプラン（特定高齢者）と、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。

ウ．本人への説明・同意

個別サービス計画を作成したら、本人またはその家族に内容を説明し同意を得ます。（様式例）また、個人情報保護の面からも、事前・事後アセスメント・栄養改善計画・経過記録・評価票等を、地域包括支援センターへ情報提供する旨の同意を得ることが大切です。（P37）

- ３～６ヶ月後に評価ができるよう解決できる課題は具体的にします。また、目標を多く設定する必要はありません。あくまで、利用者が実施できる無理のない範囲とします。
- 簡単な表現で提示すると、より利用者に分かりやすく、実施しやすくなります。

（３）栄養改善プログラムの実施

参加者の行動意欲を高め、より確実に改善を行っていくためには、介護予防のための「栄養改善」に関する基礎的な知識を提供し、利用者の栄養相談への参加や継続の意欲を高めることが求められます。

ア．実施方法

①通所型介護予防事業

月１～２回の頻度で、地域包括支援センターや保健センター、地区公民館などにおいて管理栄養士や保健師・歯科衛生士・理学療法士等が実施します。

通所型介護予防事業では、「個別の栄養相談」と「集団的な栄養教育」を地域及び施設等の状況を勘案しながら組み合わせることで、より大きな効果を期待できます。例えば１人ではドロップアウトしがちな低意欲の方でも、集団による栄養教育を行うことによって、意欲が向上しより確実な改善が望めます。また、仲間意識が目覚め、自主的なサロン型の介護予防を行う場も期待できます。（Ｐ２２参照）

実施にあたっては、それぞれの地域の実情に応じ、独自に実施方法の工夫を行います。また、効果を上げるため指導という雰囲気は作らず、利用者がリラック

スして楽しく行えるよう、会場や雰囲気作りを心がけます。

②訪問型介護予防事業

心身の状況等により、例えば「体調不良等の理由から参加できない」「通所型に参加したいが遠くて通えない、通う自信がない」など、通所形態による事業への参加が困難な方を対象に、管理栄養士や保健師等が居宅を訪問して生活形態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す。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方に対しては、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場合もあります。（Ｐ２３参照）

イ．モニタリング・経過記録

担当者は、利用者に対して概ね１ヵ月ごとに栄養相談を行います。その都度、課題におけるプランの妥当性および改善の状態を比較検討し、必要に応じて計画の修正を行います。また、この記録は、栄養改善記録表（Ｐ38 参照）にて行い、モニタリングごとの評価を行います。

計画の修正を行った場合は、地域包括支援センターに修正の栄養改善計画を提出します。

（４）事後アセスメント・評価

３～６ヵ月の栄養改善計画終了後、再び同じアセスメント様式を用いて、事後アセスメントを行います。この事後アセスメントと事前アセスメントとの内容を比較し、課題における改善の状況・利用者本人の目標の達成・栄養状態の改善による利用者の QOL の変化等の検討を行います。

また、総合評価は、栄養改善計画（Ｐ37）にて行います。

総合評価ののち、結果を地域包括支援センターへ、報告書（P39）にて報告します。ここで、望まれる栄養改善がなされず、利用者の QOL 等の状態に変化がみられなかったり悪化した場合、継続した栄養改善が必要と認められる利用者は、地域包括支援センターケアプラン作成担当者の判断のもと、継続して栄養改善を実施します。

21 年度 栄養改善記録表(経過・モニタリング・評価)

目標期間					
年	月	日	年	月	日	6ヶ月

担当者記録用

事業所名(　　) 計画作成者職・氏名(管理栄養士)

氏名	○○ ○○	歳	初回作成日	作成変更日
			年 月 日	年 月 日

(包括支援センターによる本人及び家族の意向解決すべき課題)	①できる限り参加して、高齢期の食事について学びたい。
(包括支援センター)目標	①高齢期の食事について学ぶ。 ②バランスよく食べる。

介護予防サービス・支援計画表を参照しながら記入する

	測定値									
現在の身体状況	事業前	ｱｾ1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	8回目	
支援方法	健診	通所	通所	電話	通所	通所	通所	通所	通所	平均
○×		○	○	○	○	○	○	○	○	
日付(/)	12/5(金)	1/9(金)	1/23(金)	1/30(金)	2/3(火)	3/6(金)	4/3(金)	5/1(金)	6/5(金)	
身長(cm)	147.0	146.1	146.0	146.0	146.0	146.0	146.2	146.2	146.2	146.1
体重(kg)	44.0	44.7	44.7	45.0	45.1	45.1	45.3	45.4	45.6	45.1
BMI(kg/m²)	20.4	20.9	21.0	21.1	21.2	21.2	21.2	21.2	21.3	21.1
血清ｱﾙﾌﾞﾐﾝ(g/dl)	3.4									

服薬					
病名	治療中	以前治療	病名	治療中	以前治療
高血圧			貧血		
高脂症			骨		○
糖尿病			目		
心臓			歯		
腎臓			その他		
脳			医療機関名		
			△△△△△		

評価 1…よい 2…まあよい 3…ふつう 4…あまりよくない 5…よくない

(本人)わたしのゴール

年と共に体力低下を少しでも止めるため努力し元気でいたい 食事 散歩

本人による6ヵ月後の評価

ゴールに向かう身近な目標	目標達成のための具体的な計画(頻度等も含む)	実施機関・評価予定	評価(月 日)
			4 6月5日(金)
①カルシウムの多い食品を知って料理に取り入れる。	①毎日、食べるようにする	6ヶ月	4 6月5日(金)
②一日食べていい果物の量を考える	②量を知る	6ヵ月	5 6月5日(金)
③ﾊﾞﾗﾝｽのよい食事	③主食・主菜・副菜をバランスよく(食彩カード)	6ヵ月	5 6月5日(金)

実施や支援にあたって、注意すること
他者との交流に注意をしながら、出席できるよう支援する。

サービス側による3～6ヵ月後の評価

解決すべき課題や相談の経過

第1回栄養相談	通所	個別	実施日 年 1 月 9 日	担当	朝食比 1	昼食比 0.5	夕食比 1
個別ｱｾｽﾒﾝﾄ 食事調査をおこなった。					食事量 ふつう	牛乳乳製品 多い	酒
					主食 ふつう	油 ふつう	
					主菜 ふつう	果物 多い	
					副菜 多い	飲み物菓子 少ない	

第2回栄養相談	通所	ｸﾞﾙｰﾌﾟ	実施日 年 1 月 23 日	担当	朝食比	昼食比	夕食比
講義「介護保険の制度と介護予防」 保健師 栄養改善管理指導計画・同意 「わたしのゴール」 試食 うめじゃこおにぎり みそ汁					食事量	牛乳乳製品	酒
					主食	油	
					主菜	果物	
					副菜	飲み物菓子	

第3回栄養相談	電話	個別	実施日 年 1 月 30 日	担当	朝食比 1	昼食比 1	夕食比 1
昼食は、残り物を食べた。3食しっかり食べている。時間は、決めるようになった。 体重は、時々測っている。					食事量 少ない	牛乳乳製品	酒
					主食 ふつう	油	
					主菜 ふつう	果物	
					副菜 少ない	飲み物菓子	

第4回栄養相談	通所	個別	実施日 年 2 月 3 日	担当	朝食比 1	昼食比 1	夕食比 1
講義「食べることの意義と低栄養状態の予防」 管理栄養士・食彩カードを使って演習・ワンポイント調理 きな粉のおにぎり・コーンスープ・個別相談 食彩カードの理解は、現在のところ良い。食べる量などくわしく話すことができ、必要な量の把握が出来ている。					食事量 少ない	牛乳乳製品 ふつう	酒
					主食 ふつう	油 少ない	
					主菜 少ない	果物 ふつう	
					副菜 少ない	飲み物菓子 ふつう	

担当者会議			実施日 年 2 月 23 日	担当	朝食比	昼食比	夕食比
事業の振り返りをした。 利用者の状況の経過を打合せし、今後の課題を話し合った。					食事量	牛乳乳製品	酒
					主食	油	
					主菜	果物	
					副菜	飲み物菓子	

第5回栄養相談	通所	個別	実施日 年 3 月 6 日	担当	朝食比 1	昼食比 1	夕食比 0.5
講義「望ましい食生活のあり方①」管理栄養士・食彩カード・ワンポイント調理 いももち・野菜なんでもスープ・個別相談 甘い食べ物、特にまんじゅうがとても好きで多い時は、1日2個食べることがある。そのため、夕食が食べれないことがしばしばある。					食事量 ふつう	牛乳乳製品 ふつう	酒
					主食 ふつう	油 少ない	
					主菜 少ない	果物 多い	
					副菜 ふつう	飲み物菓子 多い	

第6回栄養相談	通所	個別	実施日 年 4 月 3 日	担当	朝食比 1	昼食比 1	夕食比 0.5
講義「望ましい食生活のあり方②」管理栄養士・食彩カード・調理実習① 電子レンジで作れる「さばの味噌煮・小松菜と油揚げの煮びたし・豆腐とわかめのみそ汁・個別相談 骨ごと食べる魚は、嫌いで歯にもつまり、小さい頃から苦手である。骨粗しょう症の話を個別で対応した。一日のカルシウムの量が足りないときがあるため、積極的に乳製品をとるように話した。					食事量 少ない	牛乳乳製品 ふつう	酒
					主食 ふつう	油 少ない	
					主菜 ふつう	果物 多い	
					副菜 少ない	飲み物菓子 ふつう	

第7回栄養相談	通所	個別	実施日 H20 年 5 月 1 日	担当	朝食比 1	昼食比 1	夕食比 1
講義「栄養改善のための食べ方、食事づくりと食材の購入」管理栄養士・食彩カード・調理実習② 電子レンジで作れる鮭ちらし・きのこマリネ・野菜とベーコンのスープ・個別相談 食彩カードの内容も慣れ、事業が始まる前に完了できるようになった。また、食品数も増え、季節の野菜を取り入れた献立が増えた。					食事量 ふつう	牛乳乳製品 ふつう	酒
					主食 ふつう	油 ふつう	
					主菜 ふつう	果物 多い	
					副菜 多い	飲み物菓子 ふつう	

第8回栄養相談	通所	個別	実施日 年 6 月 5 日	担当	朝食比 1	昼食比 1	夕食比 1
講義「元気な高齢者になるために」管理栄養士・食彩カード・調理実習③・冷蔵庫の中で簡単献立・個別相談・事後ｱｾｽﾒﾝﾄ 評価 鶏の胸肉を電子レンジを使って蒸し鶏を作られた。たれは、ポン酢で食べた。乳製品の摂り方は、間食で1回低脂肪牛乳を飲むことにした。間食は、夕食前に食べることをやめた。 評価については、食事の興味と仲間との交流がとても喜んでみえた。					食事量 ふつう	牛乳乳製品 多い	酒
					主食 ふつう	油 少ない	
					主菜 ふつう	果物 ふつう	
					副菜 多い	飲み物菓子 ふつう	

	通所		実施日 年 6 月 10 日	担当	朝食比	昼食比	夕食比
包括支援センターによる評価 継続必要ない。					食事量	牛乳乳製品	酒
					主食	油	
					主菜	果物	
					副菜	飲み物菓子	

事前アセスメント①の記入について（特定高齢者）

※ 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	日常的によく食べる・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	日常的によく食べる食品・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ｱｾｽﾒﾝﾄを確認しながら、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ｱｾｽﾒﾝﾄを確認しながら、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？	食事摂取の行為への自立	「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?	食事摂取の行為への自立	「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ため、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。

特定高齢者・事前アセスメント表①（例）

名 前 ： ●● ●●

①わたしの好きな食べ物は？（いくつでも）
果物(みかん・りんごなど) まんじゅう

②わたしの嫌いな食べ物は？（いくつでも）
納豆 とろろ おくら

③よく食べる物は？（いくつでも）
いも かぼちゃ 魚(刺身・塩魚) うどん 畑でとれる旬の野菜

④わたしの趣味は？(いくつでも)
カラオケ 畑仕事 温泉

⑤わたしが一番やってみたいことは？
腰痛を治して自転車に乗りたい。

⑥現在の健康状態はいかがですか？
(1.よい) 2.まあよい 3.ふつう 4.あまりよくない 5.よくない

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でる食べ物）が出ますか？
いいえ (はい) （具体的に 牛乳お腹が下痢になる ）

⑧現在治療中の病気はありますか？（治療の内容・内服薬の種類等）
心筋梗塞の薬 朝2錠(ワーファリン1mg) コレステロール薬 夕食後(メバロチン10) 湿布

⑨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 ）

⑩食事の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 ）

⑪日常的に身体を動かさなくなってきましたか?
いいえ (はい) （具体的に こたつからでれなくなっている ）

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？
いいえ (はい) （具体的に ご飯はやらかめがいい ）

⑬毎日の食事作りは、誰がどのようにしていますか？
朝食(自分) 昼食(自分) 夕食(自分)

食事は主に、いつ、どこで、誰と、どんなものをどのくらいに食べていますか？(例えば、昨日は?)

	主食	主菜	副菜	その他
朝食 時間(6：30) どこで 家 誰と 主人	ごはん 小盛り1		みそ汁(ごぼう・じゃがいも・大根切り干し・油揚げ・ｷｬﾍﾞﾂ・玉ねぎ・豆腐) じゃがいもとｷｬﾍﾞﾂ煮	きな粉 きゅうりの漬物
昼食 時間(12：30) どこで 家 誰と 主人	菓子パン1/2本			牛乳1杯 果物
夕食 時間(7:00) どこで 家 誰と 主人	ごはん 小盛り1	鯖の塩焼き	みそ汁(ごぼう・じゃがいも・大根切り干し・油揚げ・ｷｬﾍﾞﾂ・玉ねぎ・豆腐) じゃがいもとｷｬﾍﾞﾂ煮	
間食 時間(4:00) どこで 家 誰と 主人	だがし まんじゅう			

事前・事後アセスメント②の記入について（特定高齢者）

※ 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、定期的に下痢がある場合、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、定期的に便秘がある場合、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1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５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 すき焼き・しゃぶしゃぶなど　１人前分　･･･　１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	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
⑪	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
⑫	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
⑬	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、「寒くなってきたから」「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。
⑭	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人でた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。
⑮	自分で食べ物を買いに行ったり、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。
⑯	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把握します。
⑰ ⑱ ⑲ ⑳	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。

特定高齢者・事前・事後アセスメント表②（例）

自己チェック表　氏名：●●　●●

事前　年　月　日
事後　年　月　日

番号	質問	事前答え	事後答え	(担当者記入)特記事項 事前	事後
1	歯や口腔、飲み込みに問題がありますか？	(はい) いいえ	(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)	(はい) いいえ		
3	便秘が続いていますか？	(はい) いいえ	(はい) いいえ	牛乳を飲むと	
4	最近、入院を経験しましたか？	はい (いいえ)	はい (いいえ)		
5	１日に５種類以上の薬を飲んでいますか？（サプリメント・漢方薬を含む）	はい (いいえ)	はい (いいえ)	栄養ドリンク	栄養ドリンク
6	１日に３食食べていますか？	はい (いいえ)	(はい) いいえ		
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	(はい) いいえ		
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)	(はい) いいえ		
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	(はい) いいえ		
10	卵は毎日食べていますか？	(はい) いいえ	(はい) いいえ		
11	牛乳・乳製品は毎日食べていますか？	はい (いいえ)	はい (いいえ)		
12	大豆・大豆製品は毎日食べていますか？	(はい) いいえ	(はい) いいえ		
13	水分を意識してとっていますか？	はい (いいえ)	(はい) いいえ	忘れてしまう	ペットボトルにお茶を入れて持ち歩くようになった
14	食事を１人することはありますか？	(はい) いいえ	(はい) いいえ		
15	自分で食べ物を買いに行ったり、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) いいえ	(はい) いいえ		簡単メニューを取り入れてから料理が楽しくなった。
16	食べる気力や楽しみを感じていますか？	はい (いいえ)	(はい) いいえ		
17	身長(cm)	142.5	142.5		
18	体重(kg)	33	35		
19	BMI　体重[kg] ÷ 身長[m] ÷ 身長[m]	16.4	17.4		
20	体重増減	(+)・－（ 2 ）kg			

特記事項……

担当者　△△　△△

○ ○ ○ ○　　さんの栄養改善計画(3～6ヶ月の場合)(例)

評価：1･･･よい　2･･･まあよい　3･･･ふつう　4･･･あまりよくない　5･･･よくない

わたしのゴール 「今の私・○年後の私」を参考にしよう

	評価
①できる限り参加して、高齢期の食事について学びたい。	
②年と共に体力低下を少しでも止めるため努力し元気でいたい　食事や散歩をしたい	4
体格チェック　裏面へ	

利用者が記入する。

利用者による3～6ヶ月後の評価

サービス担当者による3～6ヶ月後の評価

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(頻度等も含む。)	実施期間 評価予定	評価
①カルシウムの多い食品を知って料理に取り入れる。	①毎日、食べるようにする	3～6ヶ月	4
②一日食べていい果物の量を考える	②量を知る	3～6ヶ月	5
③バランスのよい食事	③主食・主菜・副菜をバランスよく(食彩カード)	3～6ヶ月	5

サービス担当者が記載する。

実行や支援にあたって、注意することなど

カルシウムを含む食品の利用法

特に重点を置いて栄養指導や支援が必要なことを記載する。

病名	治療中	以前治療	病名	治療中	以前治療
高血圧			貧血		
高脂血症			骨		○
糖尿病			目		
心臓			歯		
腎臓			その他		
脳					
その他(薬等)					

利用者同意サイン		続柄	

事業所名：

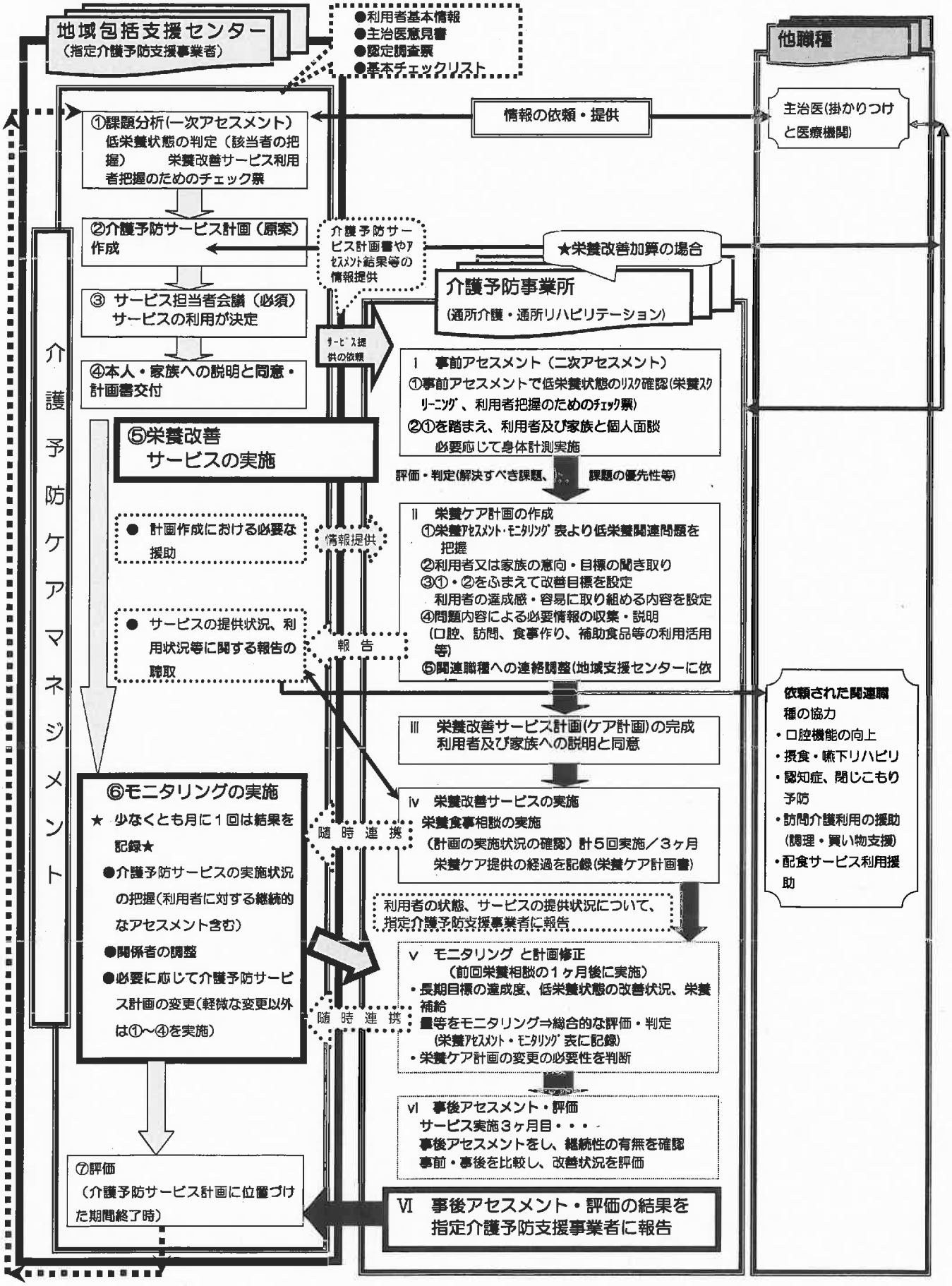
計画作成者：

初回作成日：　　年　　月　　日
作成(変更)日：　　年　　月　　日

※①サービス担当者が実施する計画、②関連職員が実施する計画、③利用者又はその家族等が実施する計画とそれに係る具体的な指導、助言等の文書等を添付する。(厚生労働省　栄養改善マニュアルより一部改変)

第6章　予防給付の具体的な進め方

予防給付における栄養改善の実施手順を下記のフロチャートに示します。



1. 栄養改善サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制

栄養改善サービスは、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において、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ケアを提供するものです。

そして、提供体制として、以下のように整備することとされています。

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果的に行うための体制をいいます。

①事業所は、主治医、管理栄養士、歯科医師、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します。

②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ます。

③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います。

④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ます。

2. 栄養改善サービスの実施

（１）事前アセスメント

利用者ごとに事前の栄養スクリーニングにより、低栄養状態のリスク確認をします（P５０参照）。スクリーニング項目は、把握できる範囲で実施することが重要です。

また、「栄養改善サービス利用者を把握するためのチェック票(例)」(P４９参照)を参考に用いるなどし、積極的に利用者の栄養スクリーニングの実施に努めるようにします。

利用開始時に、管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、利用者及び家族との面談による栄養アセスメントを行い、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栄養ケアの課題や問題点などを把握し、評価・判定します（P５１参照）。

（２）栄養ケア計画の作成

管理栄養士が中心となって他職種が共同して、上記栄養アセスメントに基づき、①利用者の栄養相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、②解決すべき栄養管理上の課題等に対して取り組むべき事項等を掲載した栄養ケア計画を作成します。

なお、栄養ケア計画に相当する内容を他の各計画（通所介護計画、通所リハビリテーション計画等）の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができます。

具体的な内容は以下のとおりです。

（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（料理や買い物などの食事の準備に関する情報提供、食事の摂り方など）

（ⅲ）課題解決のための関連職種の連携時の分担等（訪問介護、口腔機能の向上や運動機能の向上との連携内容）

作成した栄養ケア計画原案について、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報告し、関連職種と話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させます。介護予防ケアプラン作成者は、栄養ケアの内容を、該当サービス計画に適切に反映させるようにします。また、管理栄養士は、必要な場合にはかかりつけ医の指示・指導を受けなければなりません。

（３）利用者及び家族への説明

管理栄養士は、作成した栄養ケア計画について、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ます。なお、各計画の中において、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その計画の同意をもって本サービス提供の同意を得たものとして扱うことができるとされています。

（４）栄養改善サービスの実施

管理栄養士は、利用者ごとに栄養ケア計画に基づいた栄養改善サービスの提供を行います。その際、計画に実施上の問題点があれば直ちに計画修正を行います（「（５）モニタリングと計画修正」を参照）。

ア．栄養食事相談

栄養食事相談は、利用者や家族が安心して居心地がよいと感じられる環境で行うことが望ましいです。

利用者の自己実現の課題を達成するために、「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、その大切さを理解してもらうことを重視して行います。また、作成された食事に係る計画が利用者及び家族にとって、日常の生活や生活環境のなかで無理なく楽しみながら実践できるまで利用者及び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行

っていきます。その際、具体的な栄養状態、本サービスの必要性、栄養状態の改善効果、食事に関する計画の理由及びその利用者の個別性に配慮した作成の要点などについて、利用者及び家族へ説明をすることは、信頼関係の構築や、利用者等の行動変容を促す上でも大切となってきます。

イ．食事の個別化と食事支援

サービス提供の場においては、提供される食事を利用者が適正に摂取できるように、食事形態、食事摂取量及び食事支援の方法等に関する情報交換を他職種と行い、連携して取り組む必要があります。さらに、エネルギーやタンパク質、水分量等の食事への付加が必要な場合には、個々人に応じ適切な対応（例えば、嗜好に合わせたデザートや栄養補助食品等を加える）を行う必要があります。

また、管理栄養士は、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います。そして必要に応じて、利用者・家族へ食事の配食サービス等に関する情報の提供を行います。

ウ．記録の作成

栄養改善サービス提供の経過として、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定期的に記録します。（P５２参照）

（５）モニタリングと計画修正（実施上の問題点の把握）

ア．モニタリングの実施

モニタリングの時期は、栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は３ヶ月ごと、中リスク者は１ヶ月ごと、高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、２週間ごと等適宜行います。ただし、低リスク者も含め体重は１ヶ月ごとに測定します。

また、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、サービスの質の改善事項を含めた栄養ケア計画の変更の必要性を判断します。（P５１参照）

イ．計画修正等

栄養ケア計画の変更・修正が必要な場合には、管理栄養士は、介護予防ケアプラン作成者に対して、変更・修正を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更・修正を行います。その後、利用者又は家族へ説明し同意を得ます。

また、利用者のサービス終了時には、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、必要に応じて介護予防ケアプラン作成者や関連機

関との連携を図ります。

（６）事後アセスメント・評価

栄養改善サービス終了時、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います。サービス開始３ヶ月後（もしくは３ヶ月ごと）にサービスの経過を介護予防ケアプラン作成者へ報告します。

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い、その評価が、評価基準項目（P49 栄養改善サービス利用者把握のためのチェック票の(1)～(5)参照）のいずれかに該当する方であって、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、介護予防ケアプラン作成者において再度ケアプランを見直し、継続的に栄養改善サービスを提供することとなります。

最終評価として介護予防ケアプラン作成者に報告をします。（P５３参照）

※様式の具体的な記入方法は、「予防給付　栄養改善サービス　様式例　記入のてびき（平成２１年３月栄養改善マニュアル（改訂版））」を参照してください。

介護予防　栄養改善評価表

事業者名　（　　）報告者名　（　　）

利用者氏名		年齢	歳	要支援	1　　2

		事　前	3か月後	評　価
身体状況	体　重	46.6	48.5	1．9kg増加
	体重変化	3．5kg／3か月		増加している
		■減　□増	□減　■増	
	BMI	18.2（kg／㎡）	18.9（kg／㎡）	低リスクに改善
	食事摂取量	45%	90%	９０%に改善されている
	その他			
必要栄養量	エネルギー	１５００kcal	１５００kcal	
	タンパク質	62g	62g	
栄養改善での問題の有無	褥瘡			
	口腔・摂取・嚥下			
	下痢			
	便秘	有	有	ラキソベロン使用
	嘔吐			
	脱水			
	うつ			
	閉じこもり	有		
	認知機能			
	医薬品		有	
総合評価	朝食の欠食により、エネルギーの摂取不足で体重が減少していたが、訪問介護と配食により欠食状態が改善され、１．９ｋｇの体重増が見られた。食欲も出てきている。が、本人のもとの体重までは戻っていない。 □改善　■改善傾向　□維持　□悪化 本人の希望　■継続したい　□終了したい ※サービスの必要性の有無　□有（継続　・計画変更）　□無（終了）			

別紙１

栄養改善サービス利用者把握のためのチェック票

（1）から（5）の項目が、ご利用者に該当するかご確認ください。

氏名（　　）　記入日：平成　　年　　月　　日

質問項目	回　答（いずれかに○を付けて下さい）	
（1）BMI が 18.5 未満である	1．はい	2．いいえ
（2）1～6 ヶ月間で 3%以上の体重の減少が認められる、又は 6 ヶ月間で 2～3kg 以上の体重減少がある	1．はい	2．いいえ
（3）血清アルブミン値が 3.5g/dl 以下である	1．はい	2．いいえ
（4）食事摂取量が不良（75%以下）である	1．はい	2．いいえ
（5）その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる	1．はい	2．いいえ

次のような問題を有する者については、上記の（1）から（5）に該当するかどうか、適宜ご確認ください。

- □ **口腔及び摂食・嚥下機能の問題**（以下のいずれかの項目に該当する者などを含む）
  - □ 半年前に比べて固い物が食べにくくなった
  - □ お茶や汁物等でむせることがある
  - □ 口の渇きが気になる
- □ **生活機能の低下の問題**
- □ **褥瘡に関する問題**
- □ **食欲の低下の問題**
- □ **閉じこもりの問題**（以下のいずれかの項目に該当する者などを含む）
  - □ 週に１回以上は外出していない
  - □ 昨年と比べて外出の回数が減っている
- □ **認知症の問題**（以下のいずれかの項目に該当する者などを含む）
  - □ 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る
  - □ 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていない
  - □ 今日が何月何日かわからない時がある
- □ **うつの問題**（以下の項目において、２項目以上該当する者などを含む）
  - □（ここ２週間）毎日の生活に充実感がない
  - □（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
  - □（ここ２週間）以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる
  - □（ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない
  - □（ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする
- □ **その他**（　　）

（1）から（5）のいずれかに該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる場合は、栄養改善サービスの実施へ進展させてください。

栄養改善サービスの提供の必要性　　1．有　　2．無

●BMI の算出

体重 40kg・身長 150cm の人の例

BMI＝40÷1.5÷1.5＝17.8

●体重減少率

６ヶ月前の体重が 50kg で現在の体重が 47kg の例

体重減少率＝（50-47）÷50×100＝6%の減少率

●食事摂取量 75%以下の判断めやす

普段に比較して、食事摂取量が４分の３程度以下、あるいは１日の食事回数が２回以下であって、１回あたりの食事摂取量が普段より少ない場合などは、75%以下と考えられる。

●栄養改善サービスの評価と継続の判断

栄養改善サービスを実施後、概ね３ヵ月ごとの評価の結果、チェック票の（1）から（5）までのいずれかに該当する者であって、継続的に管理栄養士等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認められるものについては、継続的に栄養改善サービスを提供する。

別紙２

栄養スクリーニング（通所・居宅）【記入事例】

記入者氏名　管理栄養士Ｔ　　作成年月日　平成　△年　４月　４日

氏　名	（ふりがな） □□　□□ 明・大・昭 15 年　3 月　3 日（82 才）	男・女	要介護度	要支援２
			特記事項	

低栄養状態のリスクのレベル

実施日	△年　4月　4日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
リスク	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
身　長(cm)	160　cm	cm	cm	cm
体　重(kg)	46.6　kg	kg	kg	kg
BMI (kg／m²)	（18.2） リスク　低・中・高	（　） リスク　低・中・高	（　） リスク　低・中・高	（　） リスク　低・中・高
体重減少率	6か月に　7%（減・増） リスク　低・中・高	か月に　%（減・増） リスク　低・中・高	か月に　%（減・増） リスク　低・中・高	か月に　%（減・増） リスク　低・中・高
血清ｱﾙﾌﾞﾐﾝ値※（検査日）	不明　g/dl（　/　） リスク　低・中・高	g/dl（　/　） リスク　低・中・高	g/dl（　/　） リスク　低・中・高	g/dl（　/　） リスク　低・中・高
食事摂取量	全体　45　% 主食　30　% 副食　60　% （内容：　） リスク　低・中・高	全体　% 主食　% 副食　% （内容：　） リスク　低・中・高	全体　% 主食　% 副食　% （内容：　） リスク　低・中・高	全体　% 主食　% 副食　% （内容：　） リスク　低・中・高
栄養補給法	□経腸栄養法 □静脈栄養法 リスク　中・高	□経腸栄養法 □静脈栄養法 リスク　中・高	□経腸栄養法 □静脈栄養法 リスク　中・高	□経腸栄養法 □静脈栄養法 リスク　中・高
褥　瘡	■なし　□あり リスク　高	□なし　□あり リスク　高	□なし　□あり リスク　高	□なし　□あり リスク　高

※検査値がわかる場合に記入

＜低栄養状態のリスク判断＞

上記の全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

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

別紙３

栄養アセスメント・モニタリング　（通所・居宅）【記入事例】

利用者名	□　□　□　□	記入者	管理栄養士Ｔ
身体状況、栄養・食事に関する意向	長男が単身赴任で帰ってくるまで、１人暮らしができる最低限の機能は維持したい	家族構成とキーパーソン	本人 独居

以下は、利用者個々の状態に応じて作成し、利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄とする。

実　施　日		△年４月　４日（記入者名Ｔ）	△年　５月　７日（記入者名Ｔ）	△年６月１０日（記入者名Ｔ）	年　月　日（記入者名）
本人の意欲1）（健康感・生活機能・身体機能など）		[　４　] （　J2　）	[　３　] （　J2　）	[　２　] （　J2　）	[　　] （　　）
身体計測等	体　　重（kg）	46.6　（kg）	47.5　（kg）	48.5　（kg）	（kg）
	BMI（kg/㎡）	18.2　（kg/㎡）	18.6　（kg/㎡）	18.9　（kg/㎡）	（kg/㎡）
	３%以上の体重減少	□無　■有（3.5 kg/3 ヶ月）	■無　□有（　kg/　ヶ月）	■無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）
	血清アルブミン値（g/dl）	■無　□有（　（g/dl））	■無　□有（　（g/dl））	■無　□有（　（g/dl））	□無　□有（　（g/dl））
	その他				
食生活状況等	食欲・食事の満足感1）	[　４　]	[　３　]	[　２　]	[　　]
	栄養補給の状況　食事摂取量	45　％　（推定）	75　％　（推定）	90　％　（推定）	％
	・主食の摂取量	30　％　（推定）	60　％　（推定）	90　％　（推定）	％
	・副食の摂取量	60　％　（推定）	90　％　（推定）	90　％　（推定）	％
	・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	（デイサービスでの間食のみ）	（家の間食にお饅頭）	（家の間食にお饅頭）	（　　）
	必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）	1,500　kcal　62　g	1,500　kcal　62　g	1,500　kcal　62　g	kcal　g
	食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）	□無　■有 （常食・常菜、自立・テーブル、油物嫌い	□無　■有 （常食・常菜、自立・テーブル、油物嫌い	□無　■有 （常食・常菜、自立・テーブル、油物嫌い）	□無　□有 （　　）
	食事に対する意識1）	[　４　]	[　３　]	[　２　]	[　　]
	他のサービスの使用の有無など（訪問介護、配食など）	□無　■有 訪問介護（週２回） 配食（週２回）	□無　■有 訪問介護（週２回） 配食（週４回）	□無　■有 訪問介護（週２回） 配食（週４回）	□無　□有 （　　）
	その他（食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など）	食事準備意欲あまりなし 朝食欠食　7/7 日	食事準備意欲少しできた 朝食欠食　3/7 日	食事準備意欲さらにUP 朝食欠食　0/7 日	
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題2） ①褥瘡　②口腔及び摂食・嚥下　③嘔気・嘔吐　④下痢　⑤便秘　⑥浮腫　⑦脱水　⑧感染・発熱　⑨経腸・静脈栄養　⑩生活機能の低下　⑪閉じこもり　⑫うつ　⑬認知機能　⑭医薬品　⑮その他		□無　■有 [⑤、⑩、⑪、⑭（ラキソベロン）、⑮食欲低下]	□無　■有 [⑤、⑩、⑭（ラキソベロン）]	□無　■有 [⑩　　]	□無　□有　[　　]
特記事項		なし	なし	なし	
評価・判定	問題点2） ①食事摂取・栄養補給の状況（補助食品、経腸・静脈栄養など） ②身体機能・臨床症状（体重、摂食・嚥下機能、検査データなど） ③習慣・周辺環境（食・生活習慣、意欲、購買など） ④その他	□　無　　■有 [問題点：①ｴﾈﾙｷﾞｰ摂取不足（約 400kcal）] 原因：朝食欠食 7/7 日 症状・兆候： 体重減少 3.5kg/3 ヶ月	□　無　　■有 [問題点：①ｴﾈﾙｷﾞｰ摂取不足（約 200kcal）] 原因：朝食欠食 3/7 日 症状・兆候： 体重回復が未達成。 食べる意欲↑	□　無　　■有 [問題点：①ｴﾈﾙｷﾞｰ摂取不足解消] 原因：朝食欠食 0/7 日 症状・兆候： 体重 2kg 増大。元の体重に戻っていない為、３ヶ月サービスを継続	□　無　　□　有 [　　]
総合評価		□改善　□改善傾向　□維持 □改善が認められない	□改善　■改善傾向　□維持 □改善が認められない	□改善　■改善傾向　□維持 □改善が認められない	□改善　□改善傾向　□維持 □改善が認められない
サービス継続の必要性		□無（終了）		■有（継続）	

1）1:大いにある　2:ややある　3:ふつう　4:ややない　5:全くない　0:不明　から[　　]へ該当数字を記入し、必要に応じて（　）へ記入する

2）問題があれば、有にチェックし、[　　]へ問題点の番号を記入する

別紙４

栄養ケア計画書（通所・居宅）【記入事例】

氏名　□　□　□　□　殿	計画作成者：管理栄養士Ｔ	初回作成日　：　年　月　日
	所　属　名：デイサービスセンターＦ	作成（変更）日：　年　月　日

医師の指示	■　なし　　□　あり（要点　　指示日　／　）	
利用者及び家族の意向	一人暮らしが継続できるようにしたい。	説明と同意日 年　月　日
解決すべき課題（ニーズ）	低栄養状態のリスク（　低　・　中　・　高　） 欠食による体重の減少、独居による生活意欲の低下	サイン
長期目標(ゴール)と期間	欠食がなくなり、体重が元に戻る。	続柄

短期目標と期間	栄養ケア（①栄養補給・食事、②栄養相談、③多職種による課題の解決など）	担当者	頻度	期間
①欠食を防ぐ	朝食は無洗米１合を炊く。 配食は週２回→4 回に増やす。	管理栄養士 ﾌﾟﾗﾝ作成者	月1回	３ヶ月
②１日の摂取エネルギー･タンパク質を増やす	朝食に卵１個を食べる。 １０時に間食を食べる。 通所での食事は、主食を大盛りにする。	管理栄養士	毎日 毎日 利用時	３ヶ月
③体重回復に役立つ食品を選べるようにする	グループでのレクリエーションにおやつ作りを取り入れ、楽しく体重回復できる食品の知識を身に付ける。	管理栄養士 通所職員	随時	３ヶ月
④通所利用時、栄養状態を把握する	通所介護で毎月定期的に体重を計る。 月１回、在宅での食事摂取状況を確認する。	通所職員 サービス提供責任者	月1回 利用時	３ヶ月

特記事項

ヘルパーに体重回復に役立つ食品の選び方の資料を渡す。

栄養ケア提供経過記録

月日	サービス提供項目
４月	グループでのおやつ作りは、ゲームのようで面白かった、とのこと。
５月	デイサービスの食事はいつも完食。みんなによくしてもらっていると感謝していた。体重は４月と同じ。
６月	家での１０時の間食は、ほぼ毎回摂れるようになった。
	暑い日にはエネルギーが高く、のどごしのよいアイスクリームを間食にすすめた。
	体重 2kg↑。欠食がなくなり、便秘もしにくくなった。生活意欲・食欲↑。もう少し継続したいとの本人の希望あり。

1．栄養スクリーニング

栄養スクリーニングの帳票（様式例）を用いて、低栄養状態にある者又はそのおそれが認められる者を把握する。

帳票（様式例）に示されている各項目について、以下に記入の一例を示すので、確認できる項目を記入する。

＜「身長」・「体重」＞

利用者の身長及び体重は、基本的には実測を行う。実測困難な場合には、自己申告してもらい記入する。身長は立位で計測できない場合は、仰臥位で計測する方法もあるが、その場合には、（仰臥位）と姿勢を付記する。体重測定時は、着衣は目安として１kgくらいを差し引くなど、おおよその着衣重量を差し引く等の考慮をする。なお、身体計測の方法を参考資料で示します。

＜「BMI」＞

BMI（Body Mass Index，ボディ・マス・インデックス）の算出方法は、身長と体重を以下の式で計算する。BMI（kg/㎡）＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）

例：体重 40 kg・身長 150 cmの人の場合　→　BMI＝40÷1.5÷1.5＝17.8

＜「体重減少率」＞

1～6ヶ月間（1ヶ月前、3ヶ月前あるいは6ヶ月前）の体重記録あるいは問診結果と、現在の体重から体重減少率を算出し、記入する。

体重減少率（%）の算出方法は以下のとおりである。

例：6ヶ月前の体重が 50 kgで、現在の体重が 47 kgの場合

→　体重減少率＝（50－47）÷50×100＝6%の減少

＜「血清アルブミン値」＞

血清アルブミン値の検査値が確認できる場合は、記入する。

血清アルブミンの半減期が2～3週間なので、1ヶ月以内の値を指標として用いるのが理想的だが、参考としてそれ以前のデータもあれば記入する。

＜「食事摂取量」＞

6ヶ月前や概ね体重減少がみられない時に摂られていた食事摂取量（通常量）と比べて、チェック時の摂取量（特にご飯、パンなど主食や肉、魚などの主菜）が4分の3程度以下、あるいは1日の食事回数が2回以下であって、1回あたりの食事摂取量が普段より少ない場合などは、75%以下と考える。通所サービスでの食事摂取量において判断してもよい。

＜「栄養補給法」＞

経腸・静脈栄養を実施している利用者は、栄養補給が十分に確保されていないことが危惧される場合もあり、又感染症などのリスクが高いことから、低栄養状態に陥りやすいと判断し、リスクあり（中・高）と判定する。

＜「褥瘡」＞

褥瘡の有無を記載する。褥瘡の発生には、低栄養状態が要因のひとつとされているので、褥瘡があれば高リスクと判定する。

現在の状況が「低栄養状態のリスク」のどのレベルにあるかをチェックする

低栄養状態のリスク判断としては、全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。（P50　低栄養状態のリスク判断　参照）

2．栄養アセスメント・モニタリング

栄養アセスメント・モニタリングの帳票（様式例）を用いて、必要と思われ、確認できる項目についての記入をする。利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄とする。

＜「身体状況、栄養・食事に関する意向」＞

栄養・食事に関する意向として、例えば、「低栄養状態を自覚しているかどうか」、「毎日の食事や食事準備で困っていたり、不安に思っていることがあるか」、「栄養改善サービスに何を望んでいるか」など利用者・家族の認識や本サービスに関する意向について確認する。

＜「本人の意欲（健康感、生活機能、身体機能など」＞

「本人の意欲」は、生活意欲の強さなどの主観的な事項に対して、以下の５段階のレベルで聞き取る。１：大いにある、２：ややある、３：ふつう、４：ややない、５：全くない　から［　］へ該当数字を気入する。

聞き取り・記入例：

- ○　「あなたのやりたいことや好きなことをして生活されていますか？最もある状態を１、ない状態を５とすると、あなたの現在の状態はどの位ですか？」
- ○　健康感（たとえ病気等があっても自分が健康であると感じられること）は、「１：よい、２：まあよい、３：ふつう、４：あまりよくない、５：よくない」などの表現を用いて聞き出すのも一つの方法である。
- ○　生活機能・身体機能として、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度；ランクＪ１～C2）や、認知症高齢者の日常生活自立度（ランクⅠ～Ⅳ、M）の評価指数を用いて、利用者の日常生活動作（ＡＤＬ）や認知症の状態を示してもよい。

＜「身体計測等」＞

体重（kg）：サービスの開始時及びその後は少なくとも１ヶ月に１回は測定する。
体重は、全身のエネルギー貯蔵状態を反映するものである。

ＢＭＩ：栄養スクリーニングを参照する。

３%以上の体重減少率：３%以上の体重減少があれば、有にチェックし、期間と何kg減ったか記録する。体重減少率の算出については、栄養スクリーニングを参照する。

血清アルブミン値：血清アルブミン値があれば、有にチェックし、検査値を記入する。

＜「食生活状況等」＞

食欲・食事の満足感：食欲や食事の満足感などの主観的な事項に対して、以下の５段階のレベルで聞き取る。１：大いにある、２：ややある、３：ふつう、４：ややない、５：全くない　から［　］へ該当数字を記入する。

聞き取り例：「あなたにとって食欲の最もある状態を５、ない状態を１とすると、あなたの現在の状態はどの位ですか？」

栄養補給の状況：「食事摂取量」の記入は栄養スクリーニングを参照する。「その他」には、栄養補助食品を利用されている場合の種類や量を確認する。また経腸・静脈栄養の場合は、ルート・種類・量・回数・速度などを確認する。

必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）：エネルギー、タンパク質の算定方法の一例として、以下に挙げます。

栄養量の算出方法

＜必要エネルギー量＞

必要エネルギー量は運動量、健康状態、疾病、創傷など身体的ストレスによって変化します。

必要ｴﾈﾙｷﾞｰ量＝安静時ｴﾈﾙｷﾞｰ消費量(BEE)×生活活動係数(1.0～1.3)×ｽﾄﾚｽ係数
（推定値）

＊安静時エネルギー消費量(BEE)の算出

Harris-Benedict による推定値を用いて算出

男性　66.47＋（13.75×体重kg）＋（5.0×身長cm）－（6.75×年齢）
女性　655.1＋（9.56×体重kg）＋（1.85×身長cm）－（4.68×年齢）
※体重は現体重を用いる

＊活動係数・ストレス係数

活動係数	ストレス係数	
仰臥生活　1.0	手術：小手術　1.1 大手術　1.2	感染：軽度　1.2 中等度　1.5 重度　1.8
起床生活 1.1～1.3	外傷：筋肉　1.35 頭部　1.6 骨折　1.3 ｽﾃﾛｲﾄﾞ使用　1.6	熱傷： 0～20%体表面積　1.0 ～1.5 20～40%体表面積　1.5 ～1.85 40～100%体表面積 1.85～2.05

＜必要たんぱく質量＞

必要たんぱく質量は、ストレスの度合や消耗の程度によって変化します。消耗が激しい時は、摂取したたんぱく質が体組織の再生に優先的に使われるように十分なエネルギーが必要となります。

基本：　必要たんぱく質量＝1.0～1.2ｇ／日×標準体重

ストレス等がある場合は、下記表の値を使用して算出します。

栄養状態	血清アルブミン値 (mg/dl)	たんぱく質必要量 (g/kg/日)
正常	3.5 以上	1.0
軽度の消耗状態	2.8～3.5	～1.2
中等度の消耗状態	2.1～2.7	～1.5
重度の消耗状態	2.1 未満	～2.0

＜必要水分量＞

算出方法は、3パターンあります。

①必要水分量(ml)＝25～30(ml/日)×現体重(kg)
②必要水分量(ml)＝1(ml)×摂取エネルギー量(kcal)
③尿排泄量(ml/日)＋500ml
※食事が十分に摂取できている場合は、食事に含まれる水分を1ℓとし、残りを飲料水とします。
※熱発で体温が37℃を超えた場合は、体温が1℃上昇毎に150 ml/日増加させます。

食事の留意事項（療養食の指示、食事形態、嗜好・禁忌・アレルギーなど）：

- ○ 食事の留意事項についての有無をチェックする。
- ○ 療養食の指示：糖尿病などの治療食の指示とその内容について確認する。
- ○ 食事形態：通所サービス時の食事が問題なく食べれているのか（食べやすさ、大きさ、固さ等）、食事摂取時の姿勢や摂取・嚥下機能（飲み込み、口への運び方等）も合わせて観察・確認する。居宅での食事形態についても、通所サービス時の食事の形態と比較して確認する。食品によっては小さく切らなければならないものもあるのかなども確認する。
- ○ 嗜好・禁忌・アレルギー：たんぱく質やエネルギー源となる食品の嗜好、禁忌となる食品の確認や食物アレルギーの有無などを確認する。
- ○ その他：食事摂取行為の自立・環境：食事摂取の自立（食事の摂取支援の必要性、食器や食具の状況）、日常の食事環境（どこで、誰と、どのように食べているか、安心、安全な環境か）について確認する。

食事に対する意識：利用者及び家族等の食や栄養に対する知識・調理・食べることへの認識などの主観的な事項に対して、以下の５段階のレベルで聞き取る。１：大いにある、２：ややある、３：ふつう、４：ややない、５：全くない　から［　］へ該当数字を記入する。
なお、問題背景として考えられるのは、以下のようにあげられる。

① 歩くのが不自由で、スーパーまで買い物に行けない
② 台所に立つのが億劫で、漬物や簡単なものですませている
③ 聞き手に麻痺が残り、食事づくりに不安がある
④ 息子に出来合いの弁当を買ってきてもらい、２回に分けて食べている
⑤ 認知症が進んでおり意欲もないため、本人は料理などの家事づくりは全くしない

聞き取り例：

○「お食事を作ったり、ちゃんと栄養をとらなければいけないという気持はありますか？最もある状態を５、ない状態を１とすると、あなたの現在の状態はどの位ですか？」
○ 食事づくりができるか、食事づくりの意欲があるか、食事づくりを支援する人がいるか、栄養等を考えて食べているかなども確認しながら聞き取る。

他のサービスの使用の有無など（訪問介護、配食など）：他の介護サービス等の有無をチェックする。現在利用されている、訪問介護等による食事介助、配食サービスなど調理支援の状況、本人の意向を確認する。

聞き取り例：

○ １週間に１回、ヘルパーさんにより食事を作ってもらったり、買い物をお願いしている。
○ 週３回、夕食のみ配食サービスを利用しているが、食べ残すことが多い。

その他（食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など）：１日の食事の回数、時間や起床や就寝、普段何をして過ごしているかなどの過ごし方も確認する。日頃、健康のために食事に気をつけていることがあるかなども確認する。認知症による食行動の問題（早食い、詰め込み）なども確認する。

＜「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題」＞

低栄養状態に関連した問題や原因を探るために、①～⑭について多職種からの情報や問診及び観察によって該当する項目をチェックし、問題のある項目があれば、有にチェックし、［　］へその番号を記入する。さらにその内容についても記載する。

聞き取り例：

○「②口腔及び摂取・嚥下」に問題がある場合：味があまりしない（味覚低下）とのこのことで、口腔問題、薬剤、亜鉛欠乏などの影響も考えられる。
○「⑭医薬品」に問題がある場合：薬の内容を確認し食品との相互作用などがないか確認する。ワーファリンを服用しているので、納豆は禁忌。

＜「評価・判定」＞

栄養アセスメントを総合的に検討し、栄養・食事に関連する問題は何なのか、それが何の原因によって引き起され、結果的にどのような主観的、客観的アセスメントデータによって示されているかを記載する。

問題点：問題があれば、有にチェックし、［　］へ問題点について以下の番号を記入する。①食事摂取・栄養補給の状況、②身体機能・臨床症状、③習慣・周辺環境、④その他。さらにその内容についても記載する。問題のポイントをおさえ、栄養状態の問題がどのような原因と主観的、客観的アセスメントデータで生じているのかを評価・判定する。

表B. 評価・判定する3つのポイント

問題点	評価・判定のポイント
①食事摂取・栄養補給の状況 （補助食品、経腸・静脈栄養など）	食物や栄養素の摂取量が必要量に対して過小か過多かを評価する
②身体機能・臨床症状 （体重、摂食・嚥下機能、検査データなど）	摂食・嚥下等の機能的状態、血清アルブミン値等の検査値等の生化学的状態、体重などの身体測定値、浮腫や褥瘡などの身体所見等の身体的状態に関連している栄養問題を評価する
③習慣・周辺環境 （食・生活習慣、食欲、購買など）	食物・栄養に関連した知識不足や食物や生活習慣の偏り、食事の準備能力の低下（認知・身体障害）、食物の入手困難、食事制限の有無などを評価する

＜「総合的判定」＞

概ね3ヶ月ごとにモニタリングした結果、栄養状態の改善状況をチェックして総合的評価・判定する。

＜「サービス継続の必要性」＞

概ね３ヶ月後の評価が、以下のイ～ホのいずれかに該当する者であって、継続的にサービス提供を行うことより、栄養改善の効果が期待できる場合は、継続する。

イ. BMIが18.5未満
ロ. 1～6ヶ月間に3%以上の体重の減少が認められる又は６ヶ月間に2～3ｋｇの体重減少がある（基本チェックリストのNo.11に該当）
ハ. 血清アルブミン値が3.5g/dl以下
ニ. 食事摂取量が不良（75%以下）
ホ. その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者

栄養モニタリング

モニタリングは少なくとも１か月に１回は定期的に行う。栄養ケア計画の目標達成と連動させ、利用者の現在の状態、進捗状況、結果を確認するとともに利用者の意欲を引き出し、継続意欲を支えていく。モニタリング票は栄養アセスメント票と一本化しているため、栄養ケアの目標に対して個人ごとにあらかじめモニタリング項目を決めておく。

3．栄養ケア計画書

＜「医師の指示」＞

医師の指示が出ている場合は、記入する。

＜「利用者及び家族の意向」＞

栄養アセスメントにおける利用者及び家族からの身体状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する意向を転記する。

＜「解決すべき課題（ニーズ）」＞

栄養アセスメントにおける評価・判定で記入された、解決すべき課題（ニーズ）を優先項目順に記入する。

＜「長期目標（ゴール）と期間」＞

低栄養状態を解決することによる、本人が望んでいる自分らしさや、やりたいことなど、作成者と利用者・家族が合意した目標を記入する。目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。長期目標の期間は、この栄養ケア計画終了予定の期間をあげる。

＜「短期目標と期間」＞

- ○ 短期目標は長期目標を実現するためのものである。栄養アセスメントで評価・判定された原因もしくは兆候・症状を改善することが目標となる。
- ○ 目標設定の留意事項
  - ① できるだけ具体的であること
  - ② 日常生活を営む上で、利用者が一定期間に達成可能でありうること（初めから難しい目標はたてない）
  - ③ 利用者の価値観や好みを十分に考慮すること
  - ④ 最優先項目を設定すること
- ○ 期間は、それぞれの目標を達成するために必要な期間を記入する。

＜「栄養ケア（①栄養補給・食事、②栄養相談、③多職種による課題の解決など」＞

短期目標を達成しやすいよう、具体的なサービス内容とする。

- ○ 栄養改善のために必要な食事内容（食品の種類、量、頻度など）やエネルギー、タンパク質、水分量など
- ○ 栄養相談の内容（栄養関連の情報提供、食事の摂り方、調理や買い物の支援、関連するサービスの利用方法など）
- ○ 多職種による栄養ケアの概要など（訪問介護との連携内容、口腔機能向上や運動機能向上との連携内容

＜「担当者、頻度、期間」＞

- ○ 担当者：サービス担当者
- ○ 頻度：毎食、１日１回、月に何回
- ○ 期間：サービス実施期間（３か月）

＜「栄養ケア提供経過記録」＞

栄養ケア計画を実施し、実施状況や変更が必要となる状況などを把握し記入する。

- ○ 栄養ケア計画内容について、実施上の問題はないか、利用者の取り組みや意欲の変化、介護者の実施状況はどうか
- ○ 栄養・食事に関する具体的な相談内容
- ○ 関連サービスや多職種によるサービスの提供状況や連携について

《参考資料》

身体計測

1．身　長

ア、　立位身長

イ、　指極長

下肢欠損がある人や重度の円背の人の場合用い手測定します

両上肢を左右水平に完全に伸展してもらい、両手の中指先端の長さを身長とします。

ウ、　５点法

背骨が曲がっていたり、体が拘縮がある場合に用いて測定します。

以下の５点を各３回ずつ計測し、その平均値を求めます。

① 頭の頂点から首の付け根

② 肩から腸骨

③ 腸骨から大転子

④ 大転子から膝中央

⑤ 膝から踵（足首は直角に曲げる事）

注１：各部分ごとにメジャーを沿わせて計測し、①～⑤の測定値を合計します。

注２：誤差が生じやすいので、計測は必ず同一人物が同じ条件で計測するようにします。

エ、　膝高から予測

膝と足首の部分をそれぞれ直角にし、踵の真下の足裏から頸骨にそって頸骨の最上部（膝の真下）までの高さを計測し、下記の式により導きます。

男性＝64.19＋（2.02×膝高（cm））－（0.07×年齢）

女性＝77.88＋（1.77×膝高（cm））－（0.10×年齢）

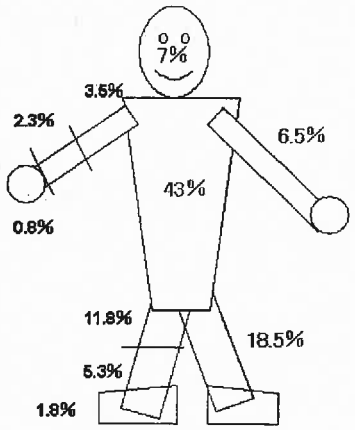
誤差：男性＝±3.43cm　　女性＝±3.26cm

2．体　重

体重補正：身体の一部が欠損している場合には、下記のような補正式を用いて体重補正することが必要です。

実体重＝体重（kg）×（１＋体重補正（%）÷１００）

部位	内　容	補正値（%）
腕（片方）	腕全体（切断位置が肩）	6.5
	肩から肘まで	3.5
	肘から手首まで	2.3
	手（切断位置が手首）	0.8
	切断部位が肘の場合	3.1
足（片方）	足全体（切断部位が足の付け根）	18.5
	足の付け根から膝まで	11.8
	膝から足首まで	5.3
	足（切断部位が足首）	1.8
	切断部位が膝の場合	7.1



名古屋記念病院栄養サポートチーム

ホームページ参照

例　体重５０kg の人の片方の腕が切断されている場合

５０×（１＋０．０６５）＝５３．２５

体重４０kg の人の足首から先が欠損している場合

４０×（１＋０．０１８）＝４０．０７２≒４０．１

第７章　その他

１．　薬剤と栄養の相互関係への留意点

高齢者は複数の疾患を持っていることが多いので、多種類の薬剤を併用している場合も少なくありません。薬剤には薬理作用があり疾患の治療には有効なものですが、その一方で唾液分泌の低下による口渇（口腔乾燥）、食欲不振、味覚の低下や異常、抗血栓薬などによる出血傾向、かぜ薬（咳止め）等による便秘などの副作用が生じる他、時には低栄養状態の誘引になる場合もあります。そして、血栓防止薬のワルファリンカリウム（ワーファリン等）を服用している場合にビタミンK高含有食品である納豆などを摂取するとワルファリンカリウムの抗凝固作用が阻害されるように、薬剤と栄養・食品成分との相互作用が問題になる場合もあります。このため、薬剤と栄養の相互関係への留意が栄養改善を行う場合には必要であり、管理栄養士等は、主治医に栄養改善プログラム・サービスに関する報告を行い、指導・支援を得る他、薬剤師の支援なども得ることが大切です。

○副作用がでやすい薬剤例

口渇	抗不整脈、抗うつ薬、抗ヒスタミン剤、胃酸分泌抑制剤など
味覚障害	利尿剤、降圧剤(ACE 阻害剤)、抗うつ剤、抗生物質、糖尿病治療薬など
食欲低下	口渇・味覚障害などの副作用がある薬剤
嘔気・嘔吐	抗生物質、化学療法剤など
下痢	下剤(便秘薬)の使いすぎ、抗生物質、胃酸分泌抑制剤、化学療法剤など
便秘	抗うつ剤、抗生物質、鉄剤、抗カルシウム拮抗剤、かぜ薬(咳止め)など

○薬剤と栄養補助食品・民間薬・食品との相互作用例

栄養補助食品・民間薬の成分	医薬品(主な商品名)	食　品	相互作用
ビタミンC	・利尿薬 アセタゾラミド ・抗凝固剤 ワルファリンカリウム		・大量のビタミンCとの併用で腎，尿路結石がおこる可能性がある. ・ビタミンCを大量に摂取すると、ワルファリンカリウムの作用を弱め血液が凝固する危険性を高める可能性がある.
ビタミンE	・抗凝固剤 ワルファリンカリウム		・ビタミンEを大量に摂取するとワルファリンカリウムの作用が強くなりすぎて、

			出血しやすくなる、または出血した時に血が止まりにくくなる可能性がある.
ビタミンK クロレラ、青汁	・抗凝固剤 ワルファリンカリウム	納　豆 ※ほうれん草など	・ビタミン K がワルファリンカリウムの作用を阻害する.
カルシウム	・骨粗鬆症治療薬（ビスホスホネート系製剤） ｴﾁﾄﾞﾛﾝ酸二ﾅﾄﾘｳﾑなど ｱﾚﾝﾄﾞﾛﾝ酸ﾅﾄﾘｳﾑ水和物 ・活性型ビタミンD3 製剤（慢性腎不全・骨粗鬆症などの治療薬） アルファカルシドール カルシトリオール		・骨粗鬆症治療薬の吸収が阻害されるため、薬の効果が弱くなる. ﾋﾞｽﾎｽﾎﾈｰﾄ製剤は起床して直ぐにコップ 1 杯の水で服用し、水以外の飲み物（ﾐﾈﾗﾙｳｫｰﾀｰも含む）、食べ物および他剤と一緒に服用はしない。そして食事は服用後 30 分以上経ってから摂る等注意する。 ・活性型ビタミンD3 製剤は、腸管でのカルシウムの吸収を促進させるため、高カルシウム血症が現れるおそれがある.
鉄	・骨粗鬆症治療薬（ビスホスホネート系製剤） ｴﾁﾄﾞﾛﾝ酸二ﾅﾄﾘｳﾑ ｱﾚﾝﾄﾞﾛﾝ酸ﾅﾄﾘｳﾑ水和物 ・甲状腺ホルモン剤 ﾚﾎﾞﾁﾛｷｼﾝﾅﾄﾘｳﾑ		・骨粗鬆症治療薬の吸収が阻害されるため、薬の効果が弱くなる. ・甲状腺ホルモン剤と同時に服用すると鉄が結合して、薬の吸収が低下する.
マグネシウム	・マグネシウムの排泄を促す薬物 ループ系・チアジド系利尿剤等 ・テトラサイクリン系抗生物質 テトラサイクリン塩酸塩など ・ニューキノロン系抗菌薬 ノルフロキサシンなど		・マグネシウム摂取の効果を低下させる可能性がある. ・抗生物質の吸収を低下させるおそれがある. このため、マグネシウム摂取の 2 時間前または 4 時間後に使用する.
亜鉛	・抗リウマチ薬 ペニシラミン		・抗リュウマチ薬と併用することにより薬の作用が弱くなる可能性がある.
イチョウ葉エキス	・抗凝固剤（血栓防止薬） アスピリン		・イチョウ葉エキスには抗血小板作用があるため作用を増大し、出血しやすく

	ワルファリンカリウム		なる可能性がある.
セイヨウオトギリソウ（セント･ジョーンズ･ワート）	・抗凝固剤 ワルファリンカリウム ・強心剤 ジゴキシン ・抗不整脈剤 アミオダロン塩酸塩		・薬の効果を弱めることがある. 例えばワルファリンカリウムの場合は、出血しやすくなる可能性がある. ・強心剤、抗不整脈剤の代謝が促進され血中濃度が低下するおそれがある。
ラクトトリペプチド（アミールS）	・高血圧治療薬（ACE 阻害薬）		・併用により降圧作用が強くなる可能性がある.
	・カルシウム拮抗薬 フェロジピンなど	ｸﾞﾚｰﾌﾟﾌﾙｰﾂｼﾞｭｰｽ	・薬の降圧作用が強まり、副作用のリスクが高くなる.
食物繊維			・水分の摂取量が少ないと、便秘になりやすい. ・脂溶性ビタミンやミネラル類の吸収を阻害する場合がある.

※ほうれん草、小松菜などビタミンK含有量の多い野菜は大量に摂取することを控える

○ 薬剤と栄養補助食品等に関する参考書籍の紹介

- 医薬品と健康食品の相互作用：東海四県情報システム委員会（東海四県薬剤師会）
- 薬剤師による食事・排泄・運動を通じた体調チェック・フローチャート解説と活用：社団法人 日本薬剤師会
- サプリメント辞典 2008 年版： 日経ヘルス編、日経ＢＰ社
- 健康食品のすべて－ﾅﾁｭﾗﾙﾒﾃﾞｨｼﾝ・ﾃﾞｰﾀﾍﾞｰｽ－：田中三平他 監訳、同文書院
- 高齢者の安全な薬物療法ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ 2005：日本老年医学会 編集：メジカルビュー社

○薬剤師による相談窓口の紹介

- 健康介護まちかど相談薬局
  （岐阜県薬剤師会ホームページ http://www.gifuyaku.or.jp/）
- 医食同源情報サロン
  （岐阜県薬剤師会ホームページ http://www.gifuyaku.or.jp/）
- TOP/NET
  （東海四県薬剤師会ホームページ http://topnet.gr.jp/）

医薬品を服用するときには、主作用は勿論、副作用、栄養補助食品・民間薬・食品や他剤との相互作用についても事前に医師･薬剤師に必ず確認をすることが大切です。

2．　事業を安全に行うために（リスクマネジメント）

栄養改善事業を安全に実施するためには、地域包括支援センターや事業者などが事業の提供にあたり想定されるさまざまなリスクに対応した安全管理体制を整備することが必要です。また、同時に安全管理体制がスムーズに機能するように、関係者全てが体制について周知・理解をすることが必要になります。

（1）想定されるリスクとその対応

①料理教室や試食を行う場合

●食中毒の発生や調理作業時のケガの予防

＊安全・衛生管理についてマニュアルを作成します。また、栄養改善プログラム参加者や従事者に対して、それぞれの状況に応じた傷害保険への加入が望まれます。

●試食による食物アレルギーや誤嚥による事故の予防

＊栄養改善プログラム利用者のアレルギーの有無や禁忌食品、食事形態などを考慮し、試食品を調理します。

②身体計測などのアセスメントや栄養相談を行う場合

●転倒による事故や持病の発作時など

＊緊急時の医師や看護師との連絡方法の確認をします。

＊関係スタッフへの緊急時の対応の実技講習（心肺蘇生法など）の実施をします。

＊栄養改善プログラム・サービス参加者に対して、それぞれの状況に応じた傷害保険への加入が望まれます。

●個人情報の流出や紛失予防

＊情報の管理対策を行います。

（2）地域包括支援センターおよび事業者の安全管理体制について

○安全管理体制を確立するにあたっての基本項目

- 緊急時の対応マニュアルの作成
- 看護職員等の医療従事者の配置
- AED，緊急カートの整備
- 緊急時の医師や看護師との連絡方法の確認
- 栄養改善事業関係スタッフへの緊急時の対応の実技講習(心肺蘇生法など)
- インシデント（ヒヤリハット）、事故（アクシデント）などのトラブル発生時のリスクマネジメントの体制
- 損害賠償への対応

①緊急時の対応マニュアルの作成

＊栄養改善事業従事者の構成により直接対応、連絡対応、栄養改善プログラム・サービス利用者への対応などの分担と内容を決めます。決定した内容については、マニュアルに記載し関係者への周知・理解をはかります。

＊施設内での「AED や緊急カートの設置場所」、「緊急連絡通報場所」等の確認およびマニュアルへの記載(p67 参照)をします。

②看護職員等の医療従事者の配置

＊栄養改善プログラムやサービス実施中における事故に迅速に対応するため、看護職員等の医療従事者を施設内に配置します。

③ＡＥＤ・救急カートの整備

＊AED や救急カートを整備し、その設置場所についてはマニュアルに記載します。

④緊急時の医師や看護師との連絡方法の確認

＊緊急時の対応医師や看護師との連絡方法を確認し、マニュアルに記載します。

＊栄養改善プログラム・サービス参加者の緊急連絡先や主治医を把握し、マニュアル等に記載します（p67 参照)。

⑤栄養改善事業関係スタッフへの緊急時の対応の実技講習(心肺蘇生法など)

＊栄養改善プログラム・サービスの実施前に、AED の使用を含めた心肺蘇生の実習を事業関係スタッフに対し実施します。心肺蘇生法についてはマニュアルに記載しておくことが望まれます。

⑥インシデント（ヒヤリハット)、事故（アクシデント）などのトラブル発生時のリスクマネジメントの体制

＊リスクマネジメントマニュアルを作成します。

＊インシデント(ヒヤリハット)、事故(アクシデント）等の報告書（p68-69 参照)を作成します。

＊インシデント、事故等の報告および検討会の実施と現場へのフィードバックをします。

⑦損害賠償への対応

＊栄養改善プログラム・サービス参加者と従事者に対して、それぞれの状況に応じた損害保険への加入が望まれます。

○リスクマネジメントのさ・し・す・せ・そ

「さ」・・最悪の事態を想定して	「せ」・・誠意をもって
「し」・・初期動作を	「そ」・・組織的に
「す」・・すばやく	

（3）配食サービスの提供を行う場合の留意点

- 配食サービス事業者に対し、安全・衛生管理に対する情報提供と指導を行います。また、事業者に対して衛生管理マニュアルの作成とその実行を促します。
- 配食サービス利用者の嗜好、禁忌食品、アレルギーの有無、食事療法の有無、食事形態、栄養素等の提供量などの情報や依頼事項の提供を管理栄養士は配食サービス事業者に行います。
- 配食サービス利用者の喫食状況や要望など配食事業者が得た情報を管理栄養士に提供します。
- 個人情報の管理対策を管理栄養士は事業者と行います。
- 配食サービス事業者がサービス利用者の事故（転倒によるケガ、誤飲など）に遭遇した場合など緊急時における医師や看護師との連絡方法について確認を行います。
- 配食サービス事業者への緊急時対応の実技講習（心肺蘇生法など）の実施を行います。
- 配食サービス事業者は、インシデント、事故等の報告書を作成します。
- 配食サービス事業者とのインシデント、事故等の報告および検討会の実施と配食サービスへのフィードバックを行うことが望まれます。

参考

資料、様式例一覧

本文に一部例示されている様式、記入例、プログラム、ツールは、岐阜県高齢福祉ポータルからダウンロードできます。各市町村や事業所で編集・加工して、ご活用下さい。

岐阜県高齢福祉ポータルアドレス；

http://www.pref.gifu.lg.jp/pref/s11215/index.htm

第5章　介護予防特定高齢者関係　プログラム例

ファイル名	プログラム	ページ
特定高齢者栄養改善ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ.pdf	栄養改善ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ(例)(栄養のみ)6ヶ月支援	1
	(栄養のみ)6ヶ月支援ﾀｲﾑｽｹｼﾞｭｰﾙ	2
	栄養改善ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ(例)(栄養のみ)(栄養･口腔)3ヶ月支援	3
	(栄養のみ)3ヶ月支援　ﾀｲﾑｽｹｼﾞｭｰﾙ	4
	(栄養･口腔)3ヶ月支援　ﾀｲﾑｽｹｼﾞｭｰﾙ	5
	栄養改善ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ(例)(栄養･口腔共同)6ヶ月支援	6
	(栄養･口腔)6ヶ月支援　ﾀｲﾑｽｹｼﾞｭｰﾙ	7
	栄養改善ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ(例)(栄養･口腔･運動共同)3ヶ月支援	8
	(栄養･口腔･運動)　3ヶ月支援　ﾀｲﾑｽｹｼﾞｭｰﾙ	9
	栄養改善ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ(例)(栄養･口腔･運動共同)6ヶ月支援	10
	(栄養・口腔･運動共同)　6ヶ月支援　ﾀｲﾑｽｹｼﾞｭｰﾙ	11

第5章　介護予防特定高齢者関係　様式記入例

ファイル名	様式記入例	ページ
特定高齢者栄養改善様式記入例.pdf	○　○　○　○さんの栄養改善計画(6ヶ月の場合)	1
	○　○　○　○さんの栄養改善計画	2
	○　年度栄養改善記録表(経過･モニタリング･評価)	3
	報告書（地域支援事業）	4
	「今の私･○年後の私」(生活編)	5
	「今の私･○年後の私」(食事編)	6
	特定高齢者相談記録表	7
	電話支援　ｱﾝｹｰﾄ表	8
	欠席連絡支援手紙	9
	修了証書	10

第5章　介護予防特定高齢者関係　様式例（白紙）

ファイル名	シート名称
(白紙)特定高齢者様式.xls（Excel 形式）	①〇〇さんの栄養改善計画
	②〇〇さんの栄養改善計画(体重編)
	③特高栄養　計画･経過･評価表
	④特高報告書(白紙)
	⑤今の私･〇年後の私(生活編)
	⑥今の私･〇年後の私(食事編)
	⑦個別相談記録
	⑧体重
	⑨食彩カード(演習)
	⑩宿題　食彩カード
	⑪食彩カード
	⑫3 日間食彩カード
	⑬食彩カードに記入しよう
	⑭電話支援
	⑮修了書

第5章　介護予防特定高齢者関係　資料

特定高齢者資料.pdf	食彩カードの使用の仕方 啓発用ちらし 調理実習レシピ

第6章　介護予防給付関係　様式例

様式	ファイル形式
栄養改善サービス利用者把握のためのチェック表	Word 形式
栄養スクリーニング(通所・居宅)	Word 形式
栄養アセスメント・モニタリング（通所・居宅）	Word 形式
栄養ケア計画書(通所・居宅)	Word 形式
介護予防　栄養改善評価表	Word 形式

第7章　リスクマネジメント　様式例

様式	ファイル形式
栄養改善プログラム緊急対応マニュアル	Word 形式
栄養改善プログラムヒヤリ・ハット報告書	Word 形式
事故等発生報告書	Word 形式

別紙１

栄養改善サービス利用者把握のためのチェック票

（1）から（5）の項目が、ご利用者に該当するかご確認ください。

氏名（　　）　記入日：平成　　年　　月　　日

質問項目	回答（いずれかに○を付けて下さい）	
（1）BMI が 18.5 未満である	1．はい	2．いいえ
（2）1～6 ヶ月間で 3%以上の体重の減少が認められる、又は 6 ヶ月間で 2～3kg 以上の体重減少がある	1．はい	2．いいえ
（3）血清アルブミン値が 3.5g/dl 以下である	1．はい	2．いいえ
（4）食事摂取量が不良（75%以下）である	1．はい	2．いいえ
（5）その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる	1．はい	2．いいえ

次のような問題を有する者については、上記の（1）から（5）に該当するかどうか、適宜ご確認ください。

- □ **口腔及び摂食・嚥下機能の問題**（以下のいずれかの項目に該当する者などを含む）
  - □ 半年前に比べて固い物が食べにくくなった
  - □ お茶や汁物等でむせることがある
  - □ 口の渇きが気になる
- □ **生活機能の低下の問題**
- □ **褥瘡に関する問題**
- □ **食欲の低下の問題**
- □ **閉じこもりの問題**（以下のいずれかの項目に該当する者などを含む）
  - □ 週に１回以上は外出していない
  - □ 昨年と比べて外出の回数が減っている
- □ **認知症の問題**（以下のいずれかの項目に該当する者などを含む）
  - □ 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る
  - □ 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていない
  - □ 今日が何月何日かわからない時がある
- □ **うつの問題**（以下の項目において、２項目以上該当する者などを含む）
  - □（ここ２週間）毎日の生活に充実感がない
  - □（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
  - □（ここ２週間）以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる
  - □（ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない
  - □（ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする
- □ **その他**（　　）

（1）から（5）のいずれかに該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる場合は、栄養改善サービスの実施へ進展させてください。

栄養改善サービスの提供の必要性　　1．有　　2．無

●BMI の算出

体重 40kg・身長 150cm の人の例

BMI＝40÷1.5÷1.5＝17.8

●体重減少率

６ヶ月前の体重が 50kg で現在の体重が 47kg の例

体重減少率＝（50-47）÷50×100＝6%の減少率

●食事摂取量 75%以下の判断めやす

普段に比較して、食事摂取量が４分の３程度以下、あるいは１日の食事回数が２回以下であって、１回あたりの食事摂取量が普段より少ない場合などは、75%以下と考えられる。

●栄養改善サービスの評価と継続の判断

栄養改善サービスを実施後、概ね３ヵ月ごとの評価の結果、チェック票の（1）から（5）までのいずれかに該当する者であって、継続的に管理栄養士等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認められるものについては、継続的に栄養改善サービスを提供する。

別紙２

栄養スクリーニング（通所・居宅）【記入事例】

記入者氏名　管理栄養士Ｔ　　作成年月日　平成　△年　４月　４日

氏　名	（ふりがな） □□　□□ 明・大・昭 15 年　3 月　3 日（82 才）	男・女	要介護度	要支援２
			特記事項	

低栄養状態のリスクのレベル

実施日	△年　4月　4日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
リスク	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
身　長(cm)	160　cm	cm	cm	cm
体　重(kg)	46．6　kg	kg	kg	kg
BMI (kg／㎡)	（　18.2　） リスク　低・中・高	（　　） リスク　低・中・高	（　　） リスク　低・中・高	（　　） リスク　低・中・高
体重減少率	6か月に　7%（減・増） リスク　低・中・高	か月に　%（減・増） リスク　低・中・高	か月に　%（減・増） リスク　低・中・高	か月に　%（減・増） リスク　低・中・高
血清ｱﾙﾌﾞﾐﾝ値※ （検査日）	不明　g/dl（　/　） リスク　低・中・高	g/dl（　/　） リスク　低・中・高	g/dl（　/　） リスク　低・中・高	g/dl（　/　） リスク　低・中・高
食事摂取量	全体　45 % 主食　30 % 副食　60 % （内容：　） リスク　低・中・高	全体　% 主食　% 副食　% （内容：　） リスク　低・中・高	全体　% 主食　% 副食　% （内容：　） リスク　低・中・高	全体　% 主食　% 副食　% （内容：　） リスク　低・中・高
栄養補給法	□経腸栄養法 □静脈栄養法 リスク　中・高	□経腸栄養法 □静脈栄養法 リスク　中・高	□経腸栄養法 □静脈栄養法 リスク　中・高	□経腸栄養法 □静脈栄養法 リスク　中・高
褥　瘡	■なし　□あり リスク　高	□なし　□あり リスク　高	□なし　□あり リスク　高	□なし　□あり リスク　高

※検査値がわかる場合に記入

＜低栄養状態のリスク判断＞

上記の全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

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

別紙３

栄養アセスメント・モニタリング　（通所・居宅）【記入事例】

利用者名	□　□　□　□	記入者	管理栄養士Ｔ
身体状況、栄養・食事に関する意向	長男が単身赴任で帰ってくるまで、１人暮らしができる最低限の機能は維持したい	家族構成とキーパーソン	本人 独居

以下は、利用者個々の状態に応じて作成し、利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄とする。

実　施　日		△年４月　４日（記入者名Ｔ）	△年　５月　７日（記入者名Ｔ）	△年６月１０日（記入者名Ｔ）	年　月　日（記入者名）
本人の意欲1） （健康感・生活機能・身体機能など）		[　４　] （　J2　）	[　３　] （　J2　）	[　２　] （　J2　）	[　　] （　　）
身体計測等	体　　重（kg）	46.6　（kg）	47.5　（kg）	48.5　（kg）	（kg）
	BMI（kg/㎡）	18.2　（kg/㎡）	18.6　（kg/㎡）	18.9　（kg/㎡）	（kg/㎡）
	３%以上の体重減少	□無　■有（3.5 kg/３ヶ月）	■無　□有（　kg/　ヶ月）	■無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）
	血清アルブミン値（g/dl）	■無　□有（　（g/dl））	■無　□有（　（g/dl））	■無　□有（　（g/dl））	□無　□有（　（g/dl））
	その他				
食生活状況等	食欲・食事の満足感1）	[　４　]	[　３　]	[　２　]	[　　]
	栄養補給の状況　食事摂取量 ・主食の摂取量 ・副食の摂取量 ・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	45　％　（推定） 30　％　（推定） 60　％　（推定） （デイサービスでの間食のみ）	75　％　（推定） 60　％　（推定） 90　％　（推定） （家の間食にお饅頭）	90　％　（推定） 90　％　（推定） 90　％　（推定） （家の間食にお饅頭）	％ ％ ％ （　　）
	必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）	1,500　kcal　62　g	1,500　kcal　62　g	1,500　kcal　62　g	kcal　g
	食事の留意事項の有無 （療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）	□無　■有 （常食・常菜、自立・テーブル、油物嫌い	□無　■有 （常食・常菜、自立・テーブル、油物嫌い	□無　■有 （常食・常菜、自立・テーブル、油物嫌い）	□無　□有 （　　）
	食事に対する意識1）	[　４　]	[　３　]	[　２　]	[　　]
	他のサービスの使用の有無など （訪問介護、配食など）	□無　■有 訪問介護（週２回） 配食（週２回）	□無　■有 訪問介護（週２回） 配食（週４回）	□無　■有 訪問介護（週２回） 配食（週４回）	□無　□有 （　　）
	その他（食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など）	食事準備意欲あまりなし 朝食欠食　7/7日	食事準備意欲少しできた 朝食欠食　3/7日	食事準備意欲さらにUP 朝食欠食　0/7日	
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題2）					
①褥瘡　②口腔及び摂食・嚥下 ③嘔気・嘔吐　④下痢　⑤便秘 ⑥浮腫　⑦脱水　⑧感染・発熱 ⑨経腸・静脈栄養　⑩生活機能の低下 ⑪閉じこもり　⑫うつ　⑬認知機能 ⑭医薬品　⑮その他		□無　■有 [⑤、⑩、⑪、⑭（ラキソベロン）、⑮食欲低下]	□無　■有 [⑤、⑩、⑭（ラキソベロン）]	□無　■有 [⑩　　]	□無　□有　[　　]
特記事項		なし	なし	なし	
評価・判定	問題点2） ①食事摂取・栄養補給の状況（補助食品、経腸・静脈栄養など） ②身体機能・臨床症状（体重、摂食・嚥下機能、検査データなど） ③習慣・周辺環境（食・生活習慣、意欲、購買など） ④その他	□　無　■有 [問題点：①ｴﾈﾙｷﾞｰ摂取不足（約400kcal）] 原因：朝食欠食 7/7日 症状・兆候： 体重減少 3.5kg/３ヶ月	□　無　■有 [問題点：①ｴﾈﾙｷﾞｰ摂取不足（約200kcal）] 原因：朝食欠食 3/7日 症状・兆候： 体重回復が未達成。 食べる意欲↑	□　無　■有 [問題点：①ｴﾈﾙｷﾞｰ摂取不足解消] 原因：朝食欠食 0/7日 症状・兆候： 体重 2kg 増大。元の体重に戻っていない為、３ヶ月サービスを継続	□　無　□　有 [　　]
総合評価		□改善　□改善傾向　□維持 □改善が認められない	□改善　■改善傾向　□維持 □改善が認められない	□改善　■改善傾向　□維持 □改善が認められない	□改善　□改善傾向　□維持 □改善が認められない
サービス継続の必要性		□無（終了）		■有（継続）	

1）1:大いにある　2:ややある　3:ふつう　4:ややない　5:全くない　0:不明　から[　　]へ該当数字を記入し、必要に応じて（　）へ記入する

2）問題があれば、有にチェックし、[　　]へ問題点の番号を記入する