

業という。)」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。

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、一例として、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回程度実施するパターンが挙げられる、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や、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ことなども考えられる。初回の栄養相談及び教育等の実施時に、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も重要なポイントである。

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利用できると望ましい。加えて、対象者及び家族を含めた栄養相談が実施できる環境や、小グループで行う栄養教育等が実施できる環境で行えることが望ましく、より効果的に本事業を実施できる体制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、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6)。

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や「閉じこもり予防・支援事業」などと連携する必要がある。(3)訪問型介護予防事業、「閉じこもりマニュアル」参照)

なお、特定高齢者施策「栄養改善プログラム」は、『個別の栄養相談』と『集団的な栄養教育』を組み合わせるなど地域及び施設等の状況を勘案しながら、工夫して実施する。

先駆的事例では、生活機能低下リスクの重複が高い特定高齢者に対して、栄養改善・運動器の機能向上・口腔機能向上のプログラムを同時に提供することで効果的かつ効率的なプログラムの提供を行っている(事例2:群馬県前橋市を参照)。

もうひとつの先駆的事例では、栄養改善プログラムの実施において必要となる専門職(管理栄養士)の確保についてである。都道府県栄養士会の栄養ケアステーションからの紹介により、事業企画・実施・評価を市の担当課と協働して実施する体制を確立した(事例3:京都府宇治市を参照)。

**表6 集団的な栄養教育の実施方法（例）**

| 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。<br>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（高齢者向きものを選ぶ）を活用し、その効果をあげるように工夫する。<br>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。<br>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ている間、実施担当者がその実施状況や改善状況を把握するために行う。その結果は、必要に応じて地域包括支援センターに報告する。

実際の場面では、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実施し、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の評価する。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、利用者等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して行われるべきものである。

#### 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改善された場合には、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った場合などは、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

#### 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1：神奈川県伊勢原市を参照）。

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。

#### 実施の手順

実施の手順は、通所型栄養相談等と同様の流れ（図7）で行なわれる。

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利用できると良い。

口腔内の問題や筋力低下、閉じこもり、認知症、うつなど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れる。

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）を設けるなど、こうした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 1 :

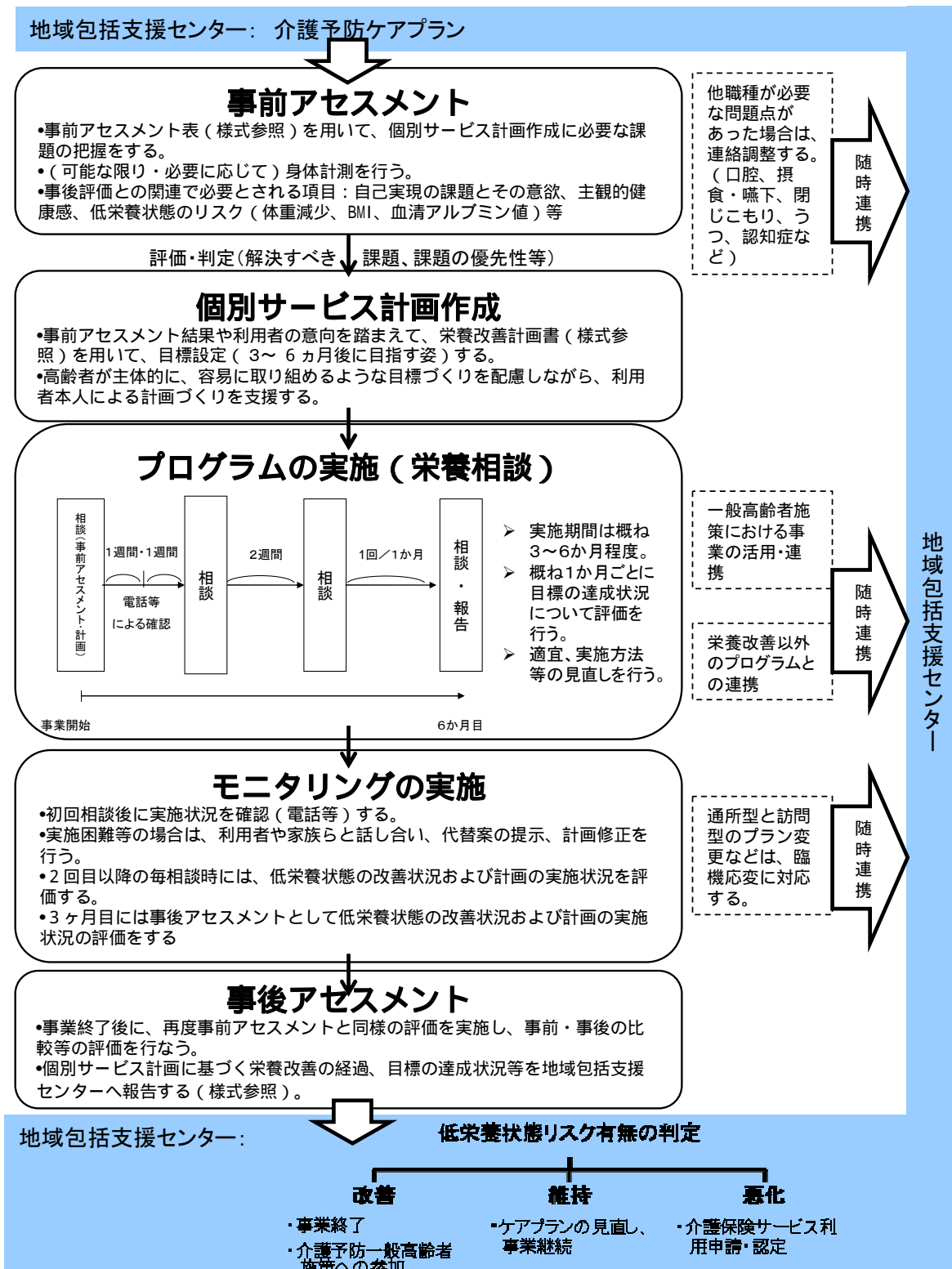
訪問型介護予防事業として配食サービスを提供する必要がある場合には、栄養相談を担当する管理栄養士等は、配食サービス事業所に対しての必要情報や依頼事項（嗜好、禁忌、アレルギー、食事療法、形態、エネルギー、タンパク質提供量など）についても計画の一環として記載し、地域包括支援センターを通じて配食サービス事業者に連絡する。配食サービス事業所へは、定期的な声かけ、安否確認が行われるだけでなく、喫食状況や利用者からの要望などは、地域包括支援センターを通じて担当の管理栄養士等に定期的に情報提供が行われるように依頼する。また、配食サービスを通じて、関連事業の紹介、普及・啓発用パンフレットや自己チェック表、要望な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

コラム 2 :

平成20年度厚生労働省老人保健事業推進等事業 介護予防における『栄養改善』の推進に関する総合的研究（主任研究者 杉山みち子）「地域支援事業における栄養改善プログラムの取り組み状況に関する全国調査」（分担研究者 吉池信男，2009）において、平成18、19年度に全国48市町村にて実施された「栄養改善プログラム」で、匿名化された個別データ832例のうち、基本健診時の基本チェックリストQ11（6ヶ月で2～3kgの体重減少）及びQ12（BMIが18.5未満）に該当したのは379例（男性119例、女性260例；平均年齢 76.0 ± 6.0歳）であった。このなかでプログラム前後において、+0kg以上の体重変化が見られた者は278名（90.8%）であり、平均値 ± 標準偏差（95%信頼区間）は、0.73 ± 1.5（0.57 ~ 0.82）kgであった。ベースライン体重に対する体重変化率で見ると、変化の平均値は1.83 ± 3.61%であり、体重増加が3%以上みられた者は、95名（31.0%）であった。

図7 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）

市町村又は委託された事業者（管理栄養士等）が実施



## **(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、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。

先駆的事例では、事業を各地区で進めるために「栄養改善教室」に参加した高齢者のなかから自然にまとめ役となった者をリーダーとして活用するとともに、その支援者として食生活改善推進員を位置づけてすすめている（事例5：高知県土佐清水市を参照）。

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、体重測定の意味と方法、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が挙げられる。また、普及・啓発のための方途として、表7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8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。

先駆的事例では、保健部署の管理栄養士と市の食生活改善団体が、健康増進計画推進・展開してきた「食を通じた健康づくり活動」を介護予防事業へと発展させて、特定高齢者施策と一般高齢者施策と幅広く展開するものである（事例4：神奈川県秦野市を参照）。

表7 普及・啓発のための具体的な事業内容とその詳細(例)

| 具体的な事業内容        | その詳細  |
|-----------------|---|
| a. 愛称、ロゴ等の募集    | 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。  |
| b. 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。   |
| c. 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。   |
| d. 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。  |
| e. 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、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。 |
| f. 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。   |
| g. 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。                                       |
| h. 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。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、その他事業所など的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8 「栄養改善」に関するボランティアの養成・育成プログラム(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:<br>ねらい | <p>○介護予防事業と「栄養改善」:<br/>市町村での介護予防事業のシステム、地域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:<br/>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):<br/>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。<br/>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。<br/>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。<br/>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<br/>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。<br/>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し、個々の状態等に応じて行う。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場面を活用することも大切である。<br/>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など、個々の高齢者の必要性に応じて行う。また、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や手配などを行うことも大切である。</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、生きがいづくりや地域での社会参加を促進する

## 3. 予防給付における「栄養改善サービス」

### (1) 栄養改善サービスとは

栄養改善サービスは、要支援1, 2である者において、低栄養状態にある利用者又は低栄養状態のおそれのある利用者に対して、利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養相談等の栄養管理であり、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものである。

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一般的な栄養食事指導のように「を食べないように・・・」と食事制限を行う主旨で実施されるものではない。

### (2) 栄養改善サービスの対象者の把握

予防給付における栄養改善サービスの対象者は、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、以下のイ～ホのいずれかの項目に該当する者である。

- 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,以下[ ]内は基本チェックリストのNo.)
- 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者

なお、次のような問題を有する者については、上記イ～ホのいずれかの項目に該当するかどうかを適宜確認する。すなわち、口腔及び摂食・嚥下機能の問題[13、14、15のいずれかの項目に該当]、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[16、17のいずれかに該当]、認知症の問題[18、19、20のいずれかに該当]、うつの問題[21から25のうち2項目以上に該当]である。

上記イ～ホの把握基準に該当し、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者には本サービスが提供される。(指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係わる部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について等の一部改正について、平成21.3.6、老老0306002号)

通所サービス事業所においては、利用者の栄養状態のスクリーニングを実施することにより、低栄養状態である利用者を把握することができるため、栄養スクリーニングを実施することが推奨される。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)を参考に用いるなど、積極的に利用者の栄養スクリーニングの実施に努める。

### (3) 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（以下、管理栄養士等）が共同して栄養ケアを提供するものである。（「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」平成18.3.14厚労告127）。

また栄養ケア・マネジメントの提供体制として、以下のように整備することとされている。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。

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すること。

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。

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。

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。

（「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」平成18.3.31老老発第0331009号）

### (4) 栄養改善サービスの実施例

栄養改善サービスの実例として図8に示す。また栄養改善サービスの事例を表9-1、2に示すので参考にされたい。

#### 1) 事前アセスメント

利用者ごとに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。）。栄養スクリーニング項目として、体重（身長）、BMIは重要な項目であり、食事摂取量、血清アルブミン値等把握できる範囲で実施することが重要である。

利用開始時に、管理栄養士等は、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うなど、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・判定する（以下「栄養アセスメント」という。）。なお、実施にあたっては、様式例を参照の上、作成することとされているが、事業所等の利用者の状況等に応じ、適宜修正するなどしてかまわない。

#### 2) 栄養ケア計画の作成

管理栄養士が中心となって看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種が共同して以下のとおり実施することとされている。上記の栄養アセスメントに基づいて、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）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を掲載した栄養ケア計画を作成する。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る。

具体的な栄養ケア計画の内容は以下のとおりである。

- ( ) 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）
- ( ) 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）
- ( ) 課題解決のための関連職種の連携時の分担等

管理栄養士等は、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、管理栄養士等は、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らない。

### 3) 利用者及び家族への説明

管理栄養士等は、作成した栄養ケア計画について、栄養改善サービスの対象となる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。なお、他の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には、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る。

### 4) 栄養改善サービスの実施

管理栄養士等は、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う。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに計画修正を行う（次項「5）モニタリングと計画修正」を参照）。

#### 栄養食事相談

栄養改善サービスにおける栄養食事相談は、利用者の自己実現の課題を達成するために、利用者に「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する。このため栄養食事相談では、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、利用者及びその家族へ説明することは、利用者との信頼関係の構築や、利用者等の行動変容を促す上でも大切である。作成された食事に係る計画が利用者及び家族にとって、これを日常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ことが重要である。このためには、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ことが重要である。なお、こうした栄養食事相談は、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。

### **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、管理栄養士等は、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行い、連携して取り組む必要がある。さらに、エネルギーやタンパク質、水分等、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を行う必要がある。その対応の一例として、嗜好に合わせたデザートや栄養補助食品等を加えることも挙げられる。

事業所等での食事の提供にあたっては、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、委託業者の給食業務の責任者との連携を図る。

また、管理栄養士等は、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う。また必要に応じて、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う。

### **記録の作成**

管理栄養士等は、栄養ケア提供の主な経過を定期的に記録する。記録する内容、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へのケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備、及び運営に関する基準の第19条に規定する「サービス提供の記録」において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はないとされている。栄養改善サービス提供の経過は、巻末帳票（様式例）、記入のてびき、記入事例を参照の上作成する。

## **5）モニタリングと計画修正（実施上の問題点の把握）**

### **モニタリングの実施**

モニタリングの実施では、栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は3か月毎、低栄養状態の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週間毎等適宜なわれることとされている。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は1か月毎に測定することとされている。

また管理栄養士等は、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、総合的な評価判定を行うとともに、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する。モニタリングの記録については、様式例を適宜

参照の上、作成されたい。

### 計画修正等

栄養ケア計画の変更・修正が必要な場合には、管理栄養士等は、課題分析者に対して、栄養ケア計画の変更・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・修正を行う。計画の変更・修正については、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。

## 6) 事後アセスメント・評価

事後アセスメントとは、栄養改善サービス終了後、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ものである。サービス開始3ヶ月後(もしくは3ヶ月ごと)に栄養ケア計画に基づく栄養改善サービスの経過を地域包括支援センターへ報告する。

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、その評価が、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認められる者については、継続的に栄養改善サービスを提供することとされている。

- 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

### コラム3:

平成20年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 介護予防における『栄養改善』の推進に関する総合的研究(主任研究者 杉山みち子)「予防給付における栄養改善サービスの取り組み状況に関する全国調査」(分担研究者 高田和子, 2009)において、平成18年4月～平成20年8月までの間に「栄養改善サービス」が3か月以上実施されている事例を全国102事業所から156例の収集を行った。それらを基に、栄養改善サービスがどのように実施されているか、どのような内容が効果的かについて検討したところ、体重変化率で3%以上増加に有効な栄養ケアの内容として挙げられたものは、「栄養ケア実施において管理栄養士以外の他職種が含まれている」、「月あたりの栄養改善サービスの実施回数が多い」、「短期目標で食環境に関しての作成をしている」、「栄養改善サービスの実施内容で声かけなどを含む利用者の意欲・QOLを向上させるものが含まれる」、「自宅での食事量の確認などを含む食事内容・量の聞き取り」、「栄養食事相談内容で家族による支援に関する助言・調整」であった。

図8 予防給付における栄養改善サービス（例）

介護予防事業所において管理栄養士等が共同して実施

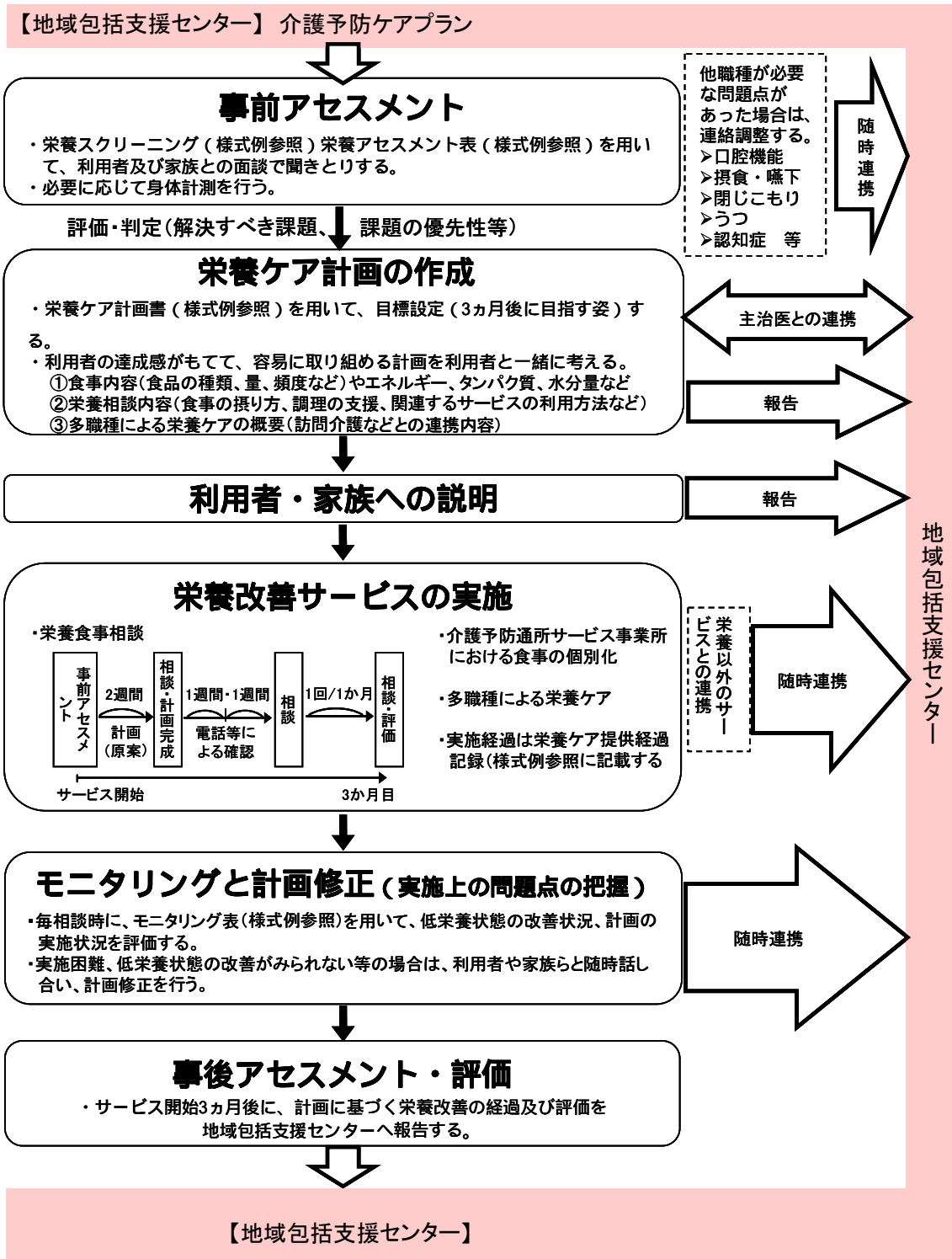


図9 - 1 「栄養改善」サービスの事例1

## 事例1:「退院後体重減少が把握されたケース」

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、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ヶ月間に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「大いにある状態を1、全くない状態を5とした時」に「5(全くない)」、買い物や食事作りの意欲も同様に「5(全くない)」。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「2(ややある)」、買い物や食事作りの意欲は「2(ややある)」。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。

図9 - 2 「栄養改善」サービスの事例2

## 事例2:「食事量の不良(75%以下)のケース」

地域包括支援センター課題分析:要支援2、女性、80歳、独居。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、食事量の不良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取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7割程度。食欲は「5(全くない)」、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「3(ふつう)」、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ヶ月間本サービスを継続。

図9 - 3 「栄養改善」サービスの事例3

### 事例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、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(ふつう)」、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「1(大いにある)」、体重、食事摂取量も回復したので本サービス終了。

図9 - 4 「栄養改善」サービスの事例4

### 事例4:「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未満のケース」

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。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、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。通所時主食・主菜の食事摂取は7割程度、現在の食欲は「4(ややない)」、買い物や食事作りの意欲も同様に「4(ややない)」。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: 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「2(ややある)」、買い物や食事作りの意欲は「1(大いにある)」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

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ほか関連職種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、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、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の課題分析者は、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収集を行い、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。

## 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等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、摂食・嚥下機能に問題がある場合

低栄養状態にある高齢者の多くは、口腔機能に何らかの問題があることが報告されており、口腔機能や摂食・嚥下機能に問題があると認められる場合や、そのおそれがあるのではないかと考えられる場合は、地域包括支援センターや関連職種へ連絡するなど、適切に対応する。口腔機能や摂食・嚥下機能は、まさに「食べること」に直接関係するため、「栄養改善」に密接に関連するため、何らかの問題、また、そのおそれがあるのではないかと考えられる場合には、早期に対応することが重要である。

また、口腔機能及び摂食・嚥下機能の向上に資するサービスが提供されている高齢者は、「食べること」に何らかの支障を有していることが考えられ、「食事摂取」行為の自立支援のためには、食べ物の形状や粘度などの調整も必要となる場合もあることから、「栄養改善」サービスの対象者となる可能性が高いと考えられますので、他職種との連携及び情報共有、また、他のサービスの提供状況を把握することも大切である。

## 4) 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。

## 5) 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。管理栄養士等は、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「栄養改善」

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 - ビス（栄養改善加算）利用者が予防給付に移行する場合には、栄養改善サ - ビスにおいても連続的なサ - ビスを提供していくことが可能である。通所サ - 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 - 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、要介護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 - ビス参加に同意を得られた者を対象者とする。通所サ - 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

- American Dietetic Association (2008). International Dietetic and Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual. Standardized Language for the Nutritional Care Process. First Edition. p76.
- Barrett-Connor E, Edelstein SL, Corey-Bloom J, Wiederholt WC (1996). Weight loss precedes dementia in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc.* 44:1147-52.
- Beck AM, Ovesen L (2004). Skipping of meals has a significant impact on dietary intake and nutritional status of old (65+ y) nursing home residents. *J Nutr Health Aging.* 8: 390-4.
- Bernabei R (2008). Unintended weight loss in the elderly living at home: the aged in Home Care Project (AdHOC). *J Nutr Health Aging.* 2:10-6.
- Blackburn G, Bistrian GI, Maini BS et al (1977). Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. *Journal of Parenteral Enteral Nutrition* 1:11-22.
- Blaum CS, Fries BE, Fiatarone MA (1995). Factors associated with low body mass index and weight loss in nursing home residents. *J Gerontol Biol Sci Med Sci.* 50:M162-8.
- Cabrera MA, Mesas AE, Garcia AR, de Andrade SM (2007). Malnutrition and depression among community-dwelling elderly people. *J Am Med Dir Assoc.* 8:582-4.
- Callen BL, Wells TJ (2005). Screening for nutritional risk in community-dwelling old-old. *Public Health Nurs.* 22:138-46.
- Cohen HK, Connor ELB, Edelstein SL (1992). Albumin level as a predictor of mortality in the health elderly. *J. Clin. Epidemiol.* 45: 207-212.
- Corti MC, Guralnik JW, Salive ME, Sorokiu JW (1994). Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older person. *JAMA* 272: 1036-1042.
- Elia M (Chairman and Editor) (2000). Guidelines for detection and management of malnutrition. Malnutrition advisory group (MAG). Standing Committee of BASPEN, Maidenhead.
- Gottschilich MM, Matarese LE, Shronts EP et al (1985). Identifying patients at nutritional assessment of hospitalized patients. *Mayo Clin Proc* 57:181.
- Gibson RS (1990). Serum albumin. Principles of Nutritional Assessment. Oxford Press p316.
- 東口みづか、中谷直樹、大森芳、島津太一、曾根稔雅、竇澤篤、栗山進一、辻一郎 (2008). 低栄養と介護保険認定・死亡リスクに関するコホート研究 鶴ヶ谷プロジェクト. *日本公衆衛生誌* 55:433-429.
- Kergoat M, Leclerc BS, Retitclerc C, et al (1987). Discriminant biochemical markers for evaluation the nutritional status of elderly patients in long term care. *Am. J. Clin. Nutr.* 46: 849-861
- Keys A, Brozek J, Henschel A, et al (1950). The biology human starvation. University Minnesota Press. Minnesota.
- 厚生労働省老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業)「介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究」(主任研究者 辻一郎,2008)
- 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 - ビスに関する研究」報告書(主任研究者 松田朗,1997)。
- Mamhidir AG, Ljunggren G, Kihlgren M, Kihlgren A, Wimo A (2006). Underweight, weight loss and related risk factors among older adults in sheltered housing--a Swedish follow-up study. *J Nutr Health Aging.* 10:255-62.

Martyn CN, Winter PD, Coles SJ et al (1998). Effect of nutritional status on use of health care resources by patients with chronic diseases living in the community. *Clin. Nutr.* 17:119-123.

Meltzer AA, Everhart JE (1995). Unintentional weight loss in the United States. *Am J Epidemiol.* 142:1039-46.

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.

村田あゆみ (2007). 地域自立高齢者の自己評価に基づく咀嚼能力と栄養状態、体力との関係. *老年歯科医学.* 22:309-318

Roberts SB (2000). Regulation of energy intake in older adults: recent findings and implications. *J Nutr Health Aging.* 4(3):170-1.

Rudman D, Feller AC (1989). Protein-calorie undernutrition in the nursing home. *J. Am. Ger. Soc.* 37:173-183.

Ritchie CS, Locher JL, Roth DL, McVie T, Sawyer P, Allman R (2008). Unintentional weight loss predicts decline in activities of daily living function and life-space mobility over 4 years among community-dwelling older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 63:67-75.

Salive ME, Cornoni-Huntley J, Phillips CL et al (1992). Serum albumin in older person, relationships with age and health status. *J. Clin. Epidemiology* 45:213-221.

Starker PM, Gump FE, Askanazi J et al (1982). Serum albumin level as an index of nutrition support. *Surgery* 91:194.

Sorbye LW, Schroll M, Finne Soveri H, Jonsson PV, Topinkova E, Ljunggren G, Bernabei R (2008). Unintended weight loss in the elderly living at home: the aged in Home Care Project (AdHOC). *J Nutr Health Aging.* 12:10-6.

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.

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.

Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, Soini H, Suur-Uski I, Peiponen A, Finne-Soveri H, Pitkala KH (2005). Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *Eur J Clin Nutr.* 59:578-83.

Wannamethee SG, Shaper AG, Whincup PH, Walker M (2000). Characteristics of older men who lose weight intentionally or unintentionally. *Am J Epidemiol.* 151:667-75.

渡辺 美鈴, 渡辺 丈真, 松浦 尊磨, 樋口 由美, 渋谷 孝裕, 臼田 寛, 河野 公一 (2007). 生活機能の自立した高齢者における閉じこもり発生の予測因子. *日本老年医学会雑誌* 44:238-246 .

「地域支援事業における栄養改善プログラムの取り組み状況に関する全国調査」報告 (分担研究者 吉池信男, 2009. 3), 平成 20 年度厚生労働省老人保健事業推進等事業 介護予防における『栄養改善』の推進に関する総合的研究報告書 (1) (主任研究者 杉山みち子)

「予防給付における栄養改善サービスの取り組み状況に関する全国調査」報告 (分担研究者 高田和子, 2009. 3), 平成 20 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 介護予防における『栄養改善』の推進に関する総合的研究報告書 (1) (主任研究者 杉山みち子)

## 基本チェックリスト

| No. | 質問項目   | 回答<br>(いずれかに○を<br>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等

市町村は、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勘案した医師の総合的な判断を踏まえ、特定高齢者を決定し、さらに、当該特定高齢者にとって医学的な理由により利用が不適当な介護予防事業の有無を決定する。

なお、医師は、特定高齢者の候補者に選定された者について、以下の1～6への該当の有無、生活機能チェック及び生活機能検査の結果を踏まえて、生活機能の低下の有無及び当該特定高齢者にとって医学的な理由により利用が不適当な介護予防事業の有無について総合的な判断を行う。

### 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)<br>(5mの場合) | 8.8<br>( 4.4 ) | 10.0<br>( 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 及び に該当する者又は に該当する者  
 基本チェックリスト11に該当  
 BMIが18.5未満  
 血清アルブミン値3.8g/dl以下

### 3 口腔機能の向上

以下の 、 又は のいずれかに該当する者  
 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  
 視診により口腔内の衛生状態に問題を確認  
 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。

## 地域支援事業 特定高齢者施策 栄養改善プログラム 様式例

|                     |    |
|---------------------|----|
| 事前アセスメント（栄養改善）【例】   | 43 |
| 栄養改善計画書【例】          | 45 |
| 栄養相談 経過記録票（栄養改善）【例】 | 46 |
| 栄養改善報告書【例】          | 47 |

## 事前アセスメント表（栄養改善）【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 \_\_\_\_\_ 記入日 年 月 日

| No | 質問  | 特記事項 |
|----|---|------|
| 1  | わたしの好きな食べ物は？（いくつでも）                                     |      |
| 2  | わたしの嫌いな食べ物は？（いくつでも）                                     |      |
| 3  | 現在の健康状態はいかがですか<br>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    |      |
| 4  | わたしの趣味は？（いくつでも）   |      |
| 5  | わたしが一番やってみたいことは？（いくつでも）                                 |      |
| 6  | 下痢が続いたり、下剤を常用していますか<br>はい・いいえ                           |      |
| 7  | 便秘が続いていますか<br>はい・いいえ                                    |      |
| 8  | 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 はい・いいえ（具体的に：     |      |
| 9  | 最近、入院を経験しましたか<br>はい・いいえ                                 |      |
| 10 | 1日に5種類以上の薬を飲んでいますか<br>はい・いいえ                            |      |
| 11 | 医師に食事療法をするように言われていますか<br>いいえ・はい（具体的に：                   |      |
| 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<br>いいえ・はい（具体的に：              |      |
| 13 | 歯や口腔、飲み込みの問題がありますか<br>はい・いいえ                            |      |
| 14 | 食事姿勢や食べる動作に不自由を感じますか<br>いいえ・はい（具体的に：                    |      |
| 15 | 日常的に身体を動かさなくなってきましたか<br>はい・いいえ                          |      |
| 16 | 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<br>はい・いいえ |      |
| 17 | 食べる気力や楽しみを感じていますか<br>はい・いいえ                             |      |
| 18 | 1日に食べるのは2食以下ですか<br>はい・いいえ                               |      |
| 19 | 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<br>はい・いいえ         |      |
| 20 | 牛乳・乳製品をとっていますか<br>はい・いいえ                                |      |
| 21 | 毎日、一人で食事をしていますか<br>はい・いいえ                               |      |
| 22 | 毎日の食事づくりは、誰がつくっていますか                                    |      |

事前アセスメント表（栄養改善）【例】

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

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

特記事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

担当者 \_\_\_\_\_

## 栄養改善計画書【例】

お名前 \_\_\_\_\_ 作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

わたしのゴール（ \_\_\_\_\_ 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 kg増やそう、毎日、 \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ して食べようなど）

わたしの計画（食事・その他）

（目標を達成するための計画を書いてみましょう）

特記事項

担当者 \_\_\_\_\_

### 栄養相談 経過記録票（栄養改善）【例】

|    |            |     |      |       |
|----|------------|-----|------|-------|
| 番号 | フリガナ<br>氏名 | 男・女 | 生年月日 | ( ) 歳 |
| 住所 |            |     | 電話   | ( ) - |

|                  |      |     |    |
|------------------|------|-----|----|
| 判定時データ ( 年 月 日 ) |      |     |    |
| 身長               | cm   | 体重  | kg |
| 血清アルブミン値         | g/dl | BMI |    |

|  |                         |           |                  |
|--|-------------------------|-----------|------------------|
| 第 回栄養相談 ( 週目 )                                 | グループ ( 個別あり・なし ) ・個別・訪問 | 実施日 年 月 日 | 担当者              |
| 体重 kg  | 体重変化量 +・- kg            | BMI       | 主観的健康感 1・2・3・4・5 |
| <主観的情報 ( 本人・家族の訴え ) > 事前アセスメント表 ( 栄養改善 ) に詳細記録 |                         |           |                  |
| <解決すべき課題> <プラン>                                |                         |           |                  |
| <特記事項>   |                         |           |                  |

|                                 |                         |           |                  |
|---------------------------------|-------------------------|-----------|------------------|
| 第 回栄養相談 ( 週目 )                  | グループ ( 個別あり・なし ) ・個別・訪問 | 実施日 年 月 日 | 担当者              |
| 体重 kg                           | 体重変化量 +・- kg            | BMI       | 主観的健康感 1・2・3・4・5 |
| <客観的情報 ( 観察・検査データ等 ) >          |                         |           |                  |
| <主観的情報 ( 本人・家族の訴え ) > 食事・身体状況ほか |                         |           |                  |
| <解決すべき課題> <プラン>                 |                         |           |                  |
| <特記事項>                          |                         |           |                  |

|                                 |                         |           |                  |
|---------------------------------|-------------------------|-----------|------------------|
| 第 回栄養相談 ( 週目 )                  | グループ ( 個別あり・なし ) ・個別・訪問 | 実施日 年 月 日 | 担当者              |
| 体重 kg                           | 体重変化量 +・- kg            | BMI       | 主観的健康感 1・2・3・4・5 |
| <客観的情報 ( 観察・検査データ等 ) >          |                         |           |                  |
| <主観的情報 ( 本人・家族の訴え ) > 食事・身体状況ほか |                         |           |                  |
| <解決すべき課題> <プラン>                 |                         |           |                  |
| <特記事項>                          |                         |           |                  |

|  |
|--|
| 終了時の評価 ( 年 月 日 )                                       |
| 改善 ・ 維持 ( 事業継続 ) ・ 悪化 ( 入院・要介護認定へ・死亡 ) ・ その他 ( 転居・不明 ) |

主観的健康感 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

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

地域包括支援センター 担当者 \_\_\_\_\_ 殿

### 栄養改善報告書【例】

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 殿

|                                   |            |     |          |
|-----------------------------------|------------|-----|----------|
| 判定時データ ( _____ 年 _____ 月 _____ 日) |            |     |          |
| 身長                                | _____ cm   | 体重  | _____ kg |
| 血清アルブミン値                          | _____ g/dl | BMI | _____    |

|                       |          | サ - ビス開始時<br>( _____ 年 _____ 月 _____ 日)          | か月後<br>( _____ 年 _____ 月 _____ 日)         |
|-----------------------|----------|--|---|
| 低栄養リスク                | 体重・BMI   | _____ kg ・ _____                                 | _____ kg ・ _____                          |
|                       | 体重変化量(率) | + ・ - _____ kg ( _____ %)                        |   |
| 利用者本人の目標<br>食事計画と実践意欲 |          |  |   |
| 主観的健康感<br>1つに         |          | 1 2 3 4 5<br>よい まあよい ふつう あまり よくない<br>よくない        | 1 2 3 4 5<br>よい まあよい ふつう あまり よくない<br>よくない |
| 利用者本人の実施状況<br>支援の概要   |          |  |   |
| 総合的評価                 |          | 改善 ・ 維持(事業継続) ・ 悪化(入院・要介護認定へ・死亡) ・<br>その他(転居・不明・ |   |
| 継続の必要性                |          | 無 ・ 有<br>↳ 次回予定 _____ 年 _____ 月 _____ 日(事業名      |   |

所属(事業所) \_\_\_\_\_

作成担当者氏名 \_\_\_\_\_

## 予防給付 栄養改善サービス 様式例

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 栄養改善サービス利用者把握のためのチェック票【例】 | 49 |
| 栄養スクリーニング（通所・居宅）【例】       | 50 |
| 栄養アセスメント・モニタリング（通所・居宅）【例】 | 51 |
| 栄養ケア計画書（通所・居宅）【例】         | 52 |

## 栄養改善サービス利用者把握のためのチェック票【例】

(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、<br>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。

|   |
|---|
| <p><b>口腔及び摂食・嚥下機能の問題</b> (以下のいずれかの項目に該当する者などを含む)</p> <p>半年前に比べて固い物が食べにくくなった</p> <p>お茶や汁物等でむせることがある</p> <p>口の渇きが気になる</p>   |
| <b>生活機能の低下の問題</b>   |
| <b>褥瘡に関する問題</b>   |
| <b>食欲の低下の問題</b>   |
| <p><b>閉じこもりの問題</b> (以下のいずれかの項目に該当する者などを含む)</p> <p>週に1回以上は外出していない</p> <p>昨年と比べて外出の回数が減っている</p>   |
| <p><b>認知症の問題</b> (以下のいずれかの項目に該当する者などを含む)</p> <p>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される</p> <p>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</p> <p>今日が何月何日かわからない時がある</p>   |
| <p><b>うつの問題</b> (以下の項目において、2項目以上該当する者などを含む)</p> <p>(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない</p> <p>(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする</p> |
| 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

$$BMI = 40 \div 1.5 \div 1.5 = 17.8$$

### 体重減少率

6ヶ月前の体重が50kgで現在の体重が47kgの例

$$体重減少率 = (50 - 47) \div 50 \times 100 = 6\% \text{の減少率}$$

### 食事摂取量75%以下の判断めやす

普段と比較して、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ヶ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。

## 栄養スクリーニング（通所・居宅）【例】

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

|    |                 |   |      |  |
|----|-----------------|---|------|--|
| 氏名 | (ふりがな)          | 男 | 要介護度 |  |
|    |                 | ・ | 特記事項 |  |
|    | 明・大・昭 年 月 日 (才) | 女 |      |  |

### 低栄養状態のリスクのレベル

| 実施日                      | 年 月 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)                  | cm                                  | cm                                  | cm                                  | cm                                  |
| 体重 (kg)                  | kg                                  | kg                                  | kg                                  | kg                                  |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | ( )<br>リスク 低・中・高                    | ( )<br>リスク 低・中・高                    | ( )<br>リスク 低・中・高                    | ( )<br>リスク 低・中・高                    |
| 体重減少率                    | か月に % (減・増)<br>リスク 低・中・高            | か月に % (減・増)<br>リスク 低・中・高            | か月に % (減・増)<br>リスク 低・中・高            | か月に % (減・増)<br>リスク 低・中・高            |
| 血清アルブミン値<br>(検査日)        | g/dl ( / )<br>リスク 低・中・高             | g/dl ( / )<br>リスク 低・中・高             | g/dl ( / )<br>リスク 低・中・高             | g/dl ( / )<br>リスク 低・中・高             |
| 食事摂取量                    | 全体 %                                | 全体 %                                | 全体 %                                | 全体 %                                |
|                          | 主食 %<br>副食 %<br>(内容: )<br>リスク 低・中・高 | 主食 %<br>副食 %<br>(内容: )<br>リスク 低・中・高 | 主食 %<br>副食 %<br>(内容: )<br>リスク 低・中・高 | 主食 %<br>副食 %<br>(内容: )<br>リスク 低・中・高 |
| 栄養補給法                    | 経腸栄養法<br>静脈栄養法<br>リスク 中・高           | 経腸栄養法<br>静脈栄養法<br>リスク 中・高           | 経腸栄養法<br>静脈栄養法<br>リスク 中・高           | 経腸栄養法<br>静脈栄養法<br>リスク 中・高           |
| 褥瘡                       | なし あり<br>リスク 高                      | なし あり<br>リスク 高                      | なし あり<br>リスク 高                      | なし あり<br>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の判断 >

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<br>(減少3%未満) | 1か月に3~5%未満<br>3か月に3~7.5%未満<br>6か月に3~10%未満 | 1か月に5%以上<br>3か月に7.5%以上<br>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<br>静脈栄養法                            |                                     |
| 褥瘡       |                  |   | 褥瘡                                  |

## 栄養アセスメント・モニタリング（通所・居宅）【例】

|                  |  |                 |  |
|------------------|--|-----------------|--|
| 利用者名             |  | 記入者             |  |
| 身体状況、栄養・食事に関する意向 |  | 家族構成と<br>キーパーソン |  |

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  |   | 年月日(記入者名)               | 年月日(記入者名)               | 年月日(記入者名)               | 年月日(記入者名)               |
|--|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 本人の意欲 <sup>1)</sup><br>(健康感、生活機能、身体機能など)   |   | [ ]<br>( )              | [ ]<br>( )              | [ ]<br>( )              | [ ]<br>( )              |
| 身体計測等  | 体重(kg)  | (kg)                    | (kg)                    | (kg)                    | (kg)                    |
|  | BMI(kg/m <sup>2</sup> )   | (kg/m <sup>2</sup> )    | (kg/m <sup>2</sup> )    | (kg/m <sup>2</sup> )    | (kg/m <sup>2</sup> )    |
|  | 3%以上の体重減少   | 無 有(kg/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   |                         |                         |                         |                         |
| 食欲・食事の満足感 <sup>1)</sup>  |   | [ ]                     | [ ]                     | [ ]                     | [ ]                     |
| 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)  | ( )                     | ( )                     | ( )                     | ( )                     |
| 必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など)   |   | kcal g                  | kcal g                  | kcal g                  | kcal g                  |
| 食事の留意事項の有無<br>(療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど)  |   | 無 有<br>( )              | 無 有<br>( )              | 無 有<br>( )              | 無 有<br>( )              |
| 食事に対する意識 <sup>1)</sup>   |   | [ ]                     | [ ]                     | [ ]                     | [ ]                     |
| 他のサービスの使用の有無など<br>(訪問介護、配食など)  |   | 無 有<br>( )              | 無 有<br>( )              | 無 有<br>( )              | 無 有<br>( )              |
| その他(食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など)   |   |                         |                         |                         |                         |
| 多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題) <sup>2)</sup>   |   |                         |                         |                         |                         |
| 褥瘡 口腔及び摂食・嚥下<br>嘔気・嘔吐 下痢 便秘<br>浮腫 脱水 感染・発熱<br>経腸・静脈栄養 生活機能低下<br>閉じこもり うつ 認知機能<br>医薬品 その他 |   | 無 有 [ ]                 | 無 有 [ ]                 | 無 有 [ ]                 | 無 有 [ ]                 |
| 特記事項   |   |                         |                         |                         |                         |
| 評価・判定  | 問題点 <sup>2)</sup>   | 無 有                     | 無 有                     | 無 有                     | 無 有                     |
|  | 食事摂取・栄養補給の状況<br>(補助食品、経腸・静脈栄養など)<br>身体機能・臨床症状(体重、摂食・嚥下機能、検査データなど)<br>習慣・周辺環境(食・生活習慣、意欲、購買など)<br>その他 | [ ]                     | [ ]                     | [ ]                     | [ ]                     |
| 総合評価   |   | 改善 改善傾向 維持<br>改善が認められない | 改善 改善傾向 維持<br>改善が認められない | 改善 改善傾向 維持<br>改善が認められない | 改善 改善傾向 維持<br>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