

栄養改善マニュアル（改訂版）

平成21年3月

「介護予防マニュアル」分担研究班

研究班長

神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部

杉山 みち子

目次

「栄養改善マニュアル」の概要	3
1. 「栄養改善」のねらい	
(1) はじめに	6
(2) 高齢者にとっての「食べること」の意義	9
1) 楽しみ、生きがいと社会参加の支援	
2) 生活の質の改善と「食べること」	
3) 低栄養状態の予防と生活機能の維持	
(3) 「栄養改善サービス」を必要とする高齢者の割合	12
1) 地域支援事業「栄養改善プログラム」を必要とする高齢者	
2) 予防給付「栄養改善サービス」を必要とする高齢者	
(4) 「栄養改善」サービスに関する科学的根拠	14
2. 地域支援事業における「栄養改善プログラム」	
(1) 介護予防特定高齢者施策	
1) 特定高齢者把握事業	15
2) 通所型介護予防事業	15
3) 訪問型介護予防事業	20
(2) 介護予防一般高齢者施策	
1) 介護予防普及啓発事業	23
2) 地域介護予防活動支援事業	23
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	26
(2) 栄養改善サービスの対象者の把握	26
(3) 栄養改善における栄養ケア・マネジメントの提供体制	27
(4) 栄養改善サービスの実施例	27
(5) 関連サービスとの連携	34
文献	37
基本チェックリスト	39
特定高齢者の決定方法	40

地域支援事業 介護予防特定高齢者施策 様式例	4 2
予防給付栄養改善サービス 様式例	4 8
予防給付栄養改善サービス 様式例 記入のてびき	5 3
予防給付栄養改善サービス 様式例 記入事例	6 1
地域支援事業 先進的取組事例	6 6
研究班名簿	8 0

「栄養改善マニュアル」の概要

改訂のポイント

1. 平成21年度介護報酬改定により、予防給付及び介護給付における栄養改善加算の対象者基準が明確化された点について修正した。

対象者基準は、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～のいずれかの項目に該当する者である。

BMIが18.5未満

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）

血清アルブミン値が3.5g/dl以下

食事摂取量が不良（75%以下）

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

また低栄養に関連する問題として、次のような問題を有する者については、上記～のいずれかの項目に該当するかどうかを適宜確認することとされている。

低栄養関連リスクとは、(a)口腔及び摂食・嚥下機能、(b)生活機能の低下、(c)褥瘡、(d)食欲の低下、(e)閉じこもり、(f)認知症、(g)うつである。上記～の把握基準に該当した者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者には、通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメント体制のもと、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「栄養改善」サービスが提供される。

なお、対象者基準は、地域支援事業特定高齢者施策とは異なるので、注意が必要である。

2. 多職種に容易に理解できることを前提とし、事業全体図（22頁,31頁）、予防給付における「栄養改善」サービス対象者の簡易把握ツール（49頁）、様式例記入のてびき（53頁）及び記入事例（61頁）を追加した。

3. 地域支援事業については、通所型介護予防事業への参加が困難である者に対応した訪問型介護予防事業についての内容を追加した（20頁）。

1. 基本的な考え方

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

2. 「栄養改善」について

(1) 介護予防特定高齢者施策

「栄養改善」プログラムの対象者は、低栄養状態のリスクがある特定高齢者として、基本チェックリストの2項目（6ヶ月間に2～3kgの体重減少、BMI18.5未満）のすべてに該当、又は血清アルブミン値3.8g/dl以下に該当する者である。管理栄養士あるいは経験のある栄養士による「栄養改善」プログラムが提供される（詳細は15頁参照）。

(2) 介護予防一般高齢者施策

詳細は23頁を参照されたい。

(3) 予防給付

詳細は26頁を参照されたい。

表1. 地域支援事業（介護予防事業）の概要（例）

事業の種類	対象者	主な担当職種	実施場所	事業内容	目標設定・評価期間
(1) 特定高齢者施策（ハイリスク・アプローチ）	特定高齢者のうち低栄養状態のおそれのある高齢者 ① 基本チェックリストの2項目（6ヶ月間に2～3kgの体重減少、BMI18.5未満）のすべてに該当 又は ② 血清アルブミン値3.8g/dl以下に該当する者	管理栄養士 又は 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	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） （通所が困難な場合は、訪問により実施するなど工夫した事例もある）	1) 特定高齢者把握事業 2) 通所型介護予防事業 a. 事前アセスメント ・ 個別サービス計画作成に必要な課題の把握 b. 個別サービス計画の作成 ・ 事前アセスメント結果や利用者の意向を踏まえた目標設定 ・ 利用者が行う計画づくり及び実行に向けての支援 c. プログラムの実施（栄養相談） ・ 目標達成状況の評価 ・ 情報提供 ・ 必要に応じ試食や調理等 d. モニタリングの実施 ・ 実施状況や改善状況の把握 ・ 地域包括支援センターへ結果報告 e. 事後アセスメント ・ 目標達成状況及びその後の支援方法検討 3) 訪問型介護予防事業	3～6ヶ月
(2) 一般高齢者施策（ポピュレーション・アプローチ）	全ての高齢者			1) 介護予防普及啓発事業 a. 愛称、ロゴ等の募集 b. 講演会等による健康教育 c. ポスター、パンフレット d. ホームページの作成 e. 栄養情報の表示 f. 有線放送、広報紙等の活用 g. 介護予防手帳の活用 h. 相談窓口の設置 2) 地域介護予防活動支援事業 ・ 地域の「栄養改善」活動を支援する人的資源の開発 ・ 各ボランティア団体への「栄養改善」に関する活動支援	3～6ヶ月

表2．予防給付の概要（例）

事業の種類	対象者	主な担当職種	実施場所	事業内容	目標設定・評価期間
(3)介護予防通所介護	<p>要支援1、要支援2と判定された者のうち、以下のいずれかに該当する者である</p> <p>① BMIが18.5未満</p> <p>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）</p> <p>③ 血清アルブミン値3.5g/dl以下</p> <p>④ 食事摂取量が不良(75%以下)</p> <p>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</p>	<p>管理栄養士</p> <p>（その他関連職種と共同して行う）</p>	介護予防通所介護事業所	<p>【栄養改善サービスの実施例】</p> <p>1)事前アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・低栄養状態のリスクの確認 ・栄養ケアの課題や問題点の把握及び評価・判定 <p>2)栄養ケア計画の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・解決すべき栄養管理上の課題への取り組み ・食事内容、栄養食事相談、関連職種の連携時の分担等 <p>3)利用者及び家族への説明</p> <p>4)栄養改善サービスの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・栄養食事相談(「食べること」への意欲を重視) ・食事の個別化と食事支援 ・サービス提供の経過記録の作成 <p>5)モニタリングと計画修正</p> <ul style="list-style-type: none"> ・低栄養状態のリスクの確認 ・栄養ケア計画の実施状況、低栄養の改善状況等を評価 ・計画の変更・修正が必要な際は、利用者や家族らと随時相談 <p>6)事後アセスメント・評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目標達成状況及びその後の支援方法検討 ・サービス継続の必要性、計画の概要と実施状況、総合評価 ・地域包括支援センターへ報告 	3ヶ月毎
(4)介護予防通所リハビリテーション			介護予防通所リハビリテーション事業所		3ヶ月毎

1. 「栄養改善」のねらい

(1) はじめに

介護や社会的支援が必要な人が、尊厳を保持し、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、必要な保健医療サービスと福祉サービスを行うことを目的として、平成12年に介護保険制度が開始された。その後、制度が定着する一方で、当制度運営に当たった課題も多く出てきたところである。

平成12年4月から平成20年4月までの8年間で、65歳以上の被保険者数(第1号被保険者数)は、2,165万人から2,757万人と27%(約592万人)増加し、要介護及び要支援認定者は、109%(約237万人)と、被保険者数の増加率を大幅に超える割合で増加している。その内訳として要介護度別で認定者数の推移を見ると、要支援・要介護1の認定者数の増加が大きい状況が見取れる(図1)。

以上の状況のもと、平成18年度には、できる限り要支援・要介護状態にならない、あるいは、重度化しないよう「介護予防」を重視したシステムの確立を目指した制度の見直しが行われた。

これまでの介護予防の問題点としては、軽度者については、適切な対応により要介護状態の改善が期待されるが、改善を支援する観点からのサービスが十分に提供されていないことが挙げられており、見直しにおいては、要支援1・2といった軽度な要支援者が要介護1～5といったより重度の状態に移行することを防止する観点から「新予防給付」を創設し、当該給付において「運動器の機能向上」、「栄養改善」及び「口腔機能の向上」といったサービスを追加した。

また、要支援・要介護になる可能性の高い特定高齢者やその予備軍である全ての高齢者に対して介護予防事業(地域支援事業)を創設している。介護予防事業には、ポピュレーションアプローチとして全高齢者を対象とする介護予防一般高齢者施策と、ハイリスクアプローチとして生活機能の低下した高齢者(特定高齢者)を対象とする介護予防特定高齢者施策がある。

これらの新予防給付及び介護予防特定高齢者施策の対象者については、地域包括支援センターを中心として、利用者の意欲を引き出すための目標指向型のケアマネジメントを実施している(図2)。

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

従来、わが国における高齢者の栄養問題への取り組みは、「栄養食事指導」の名のもとに、生活習慣病の予防及び疾病の重症化予防を主な目的として、過剰な栄養状態への対応、すなわち「食事」を制限する指導になりがちであった。その結果、明らかに虚弱な痩せた高齢者が、

図1 . 要介護度別認定者の推移

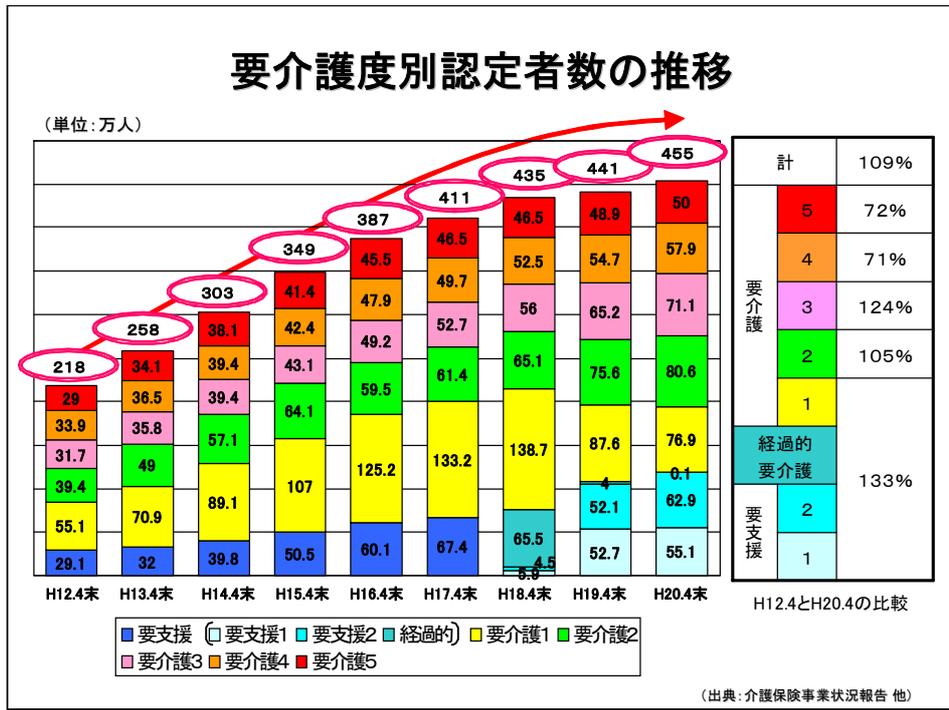
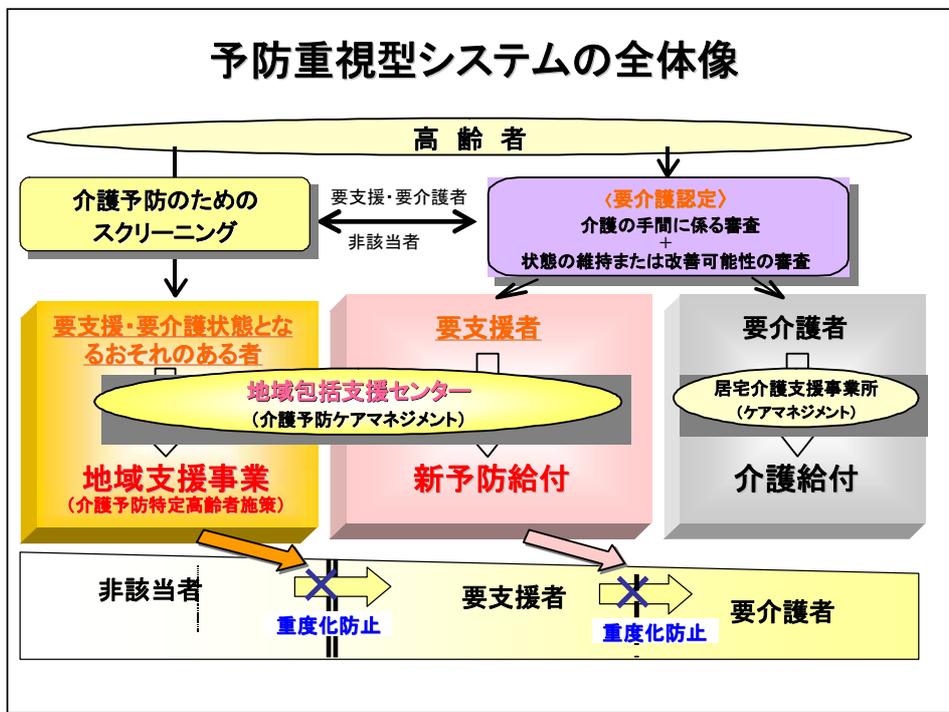


図2 . 予防重視型システムの全体像



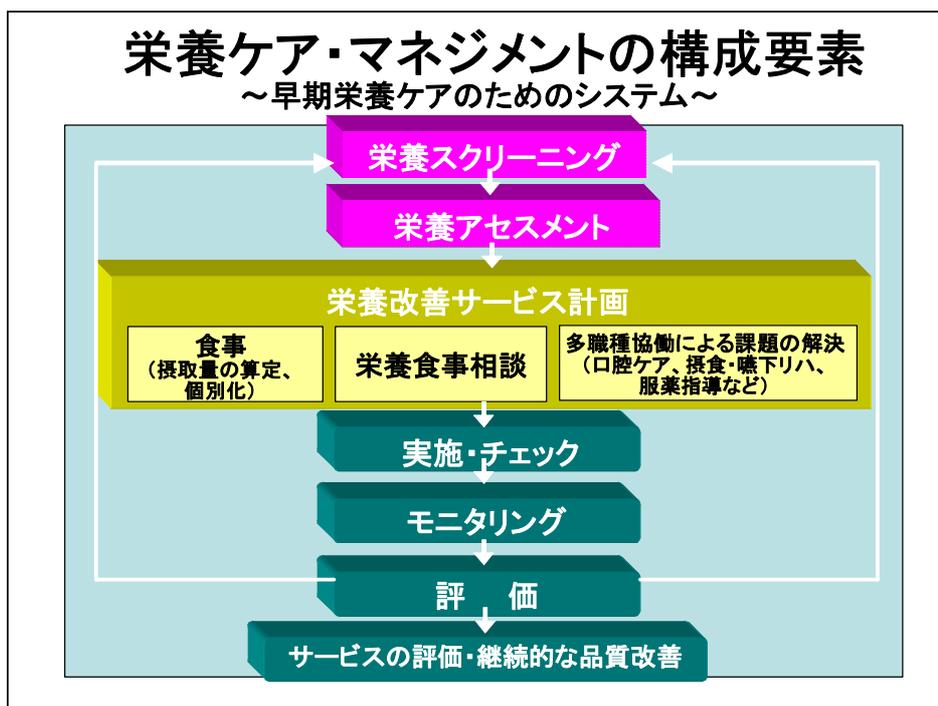
食べ過ぎを心配する場合や、食欲が低下している者に対して過剰な減塩指導が行われ、喫食量が減るなどの場合もあった。

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

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

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

図3 栄養ケア・マネジメントの構成要素



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

(2) 高齢者にとっての「食べること」の意義

1) 楽しみ、生きがいと社会参加の支援

高齢者にとって「食べること」は楽しみや生きがいの上から重要であり、施設に入所(入院)している要介護高齢者の楽しいことの第1位は食事である。

他方、「介護予防」は生活機能の単なる自立をめざすことに留まらず、社会活動に参画できる意欲ある高齢者の実現をめざしている。

こうしたことから、本サービス等では、高齢者自らが買い物や食事づくりに参画することを通じて、食事に関わる生活機能の回復のみならず、高齢者の社会参加への意欲が向上するように支援することが重要であると言える。

2) 生活の質の改善と「食べること」

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

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

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

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

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

3) 低栄養状態の予防と生活機能の維持

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

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

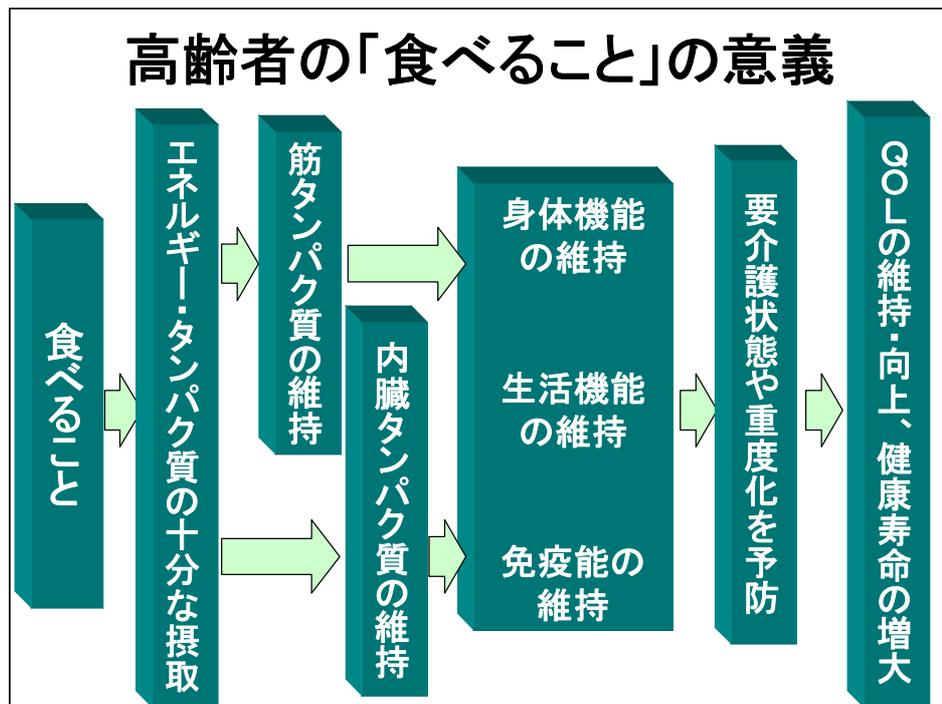
る食欲低下、あるいは、身体機能の低下等の要因により、また、買い物や食事づくりが困難になるなどを原因として、習慣的な食事摂取量が低下し、エネルギーやタンパク質が欠乏して低栄養状態に陥りやすくなる。また、脳梗塞、がん、呼吸器疾患、肝臓疾患などの疾患の罹患に伴って低栄養状態に陥りやすい。

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

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

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

図4 高齢者の「食べること」の意義



(加藤昌彦、一部改変)

表3 低栄養状態の指標について

BMI

- ・ 身体的、臨床的観点から、 $<18.5 \sim 20$ は、低栄養状態の一般的栄養スクリーニング指標として国際的に採用 (Stratton R.J, 2003)
- ・ <20 では、地域自立高齢者において医師への相談回数が増大し、医薬品利用の増大、身体機能の低下、入院回数が増大、入院中合併症が増大、疾病回復時間の延長 (Martyn 1998, Stratton 2003)
- ・ <18.5 では、体重当たりの最大酸素消費量の低下 (Stratton R.J, 2003)
- ・ $<18.5 \sim 20$ は、身体的、精神的機能低下を予測する国際的な低栄養状態の指標 (Stratton, 2003)
- ・ <18.5 はタンパク質・エネルギー - 低栄養状態の栄養診断基準に採用 (米国栄養士会、2008)

体重減少率

- ・ 注) ダイエットによる体重減少や通常の個人内変動 (成人から高齢者では、おおよそ5%以内/3~6か月 (英国経腸静脈栄養学会低栄養状態諮問委員会, Elia 2000) を除外)
- ・ 5%/3~6か月では、低栄養状態の初期とされ、活気の低下、自発的身体活動の低下、易疲労感 (Keys 1950)
- ・ 10%/3~6か月では、筋機能の低下、体温管理障害、外科手術後や化学療法後のアウトカム不良 (Blackburn 1977, 米国経腸静脈栄養学会, Stratton R.J, 2003)
- ・ 10%/3~6ヶ月では、握力8-9%低下、最大酸素消費量減少、寒感、易疲労感、性欲減退 (Stratton RJ 2003)
- ・ 5~7%/3ヶ月間はタンパク質・エネルギー - の不十分な摂取の栄養診断基準に、10%/6ヶ月はタンパク質・エネルギー - の低栄養状態の栄養診断基準に採用 (米国栄養士会、2008)

血清アルブミン値

- ・ 生理学的には 3.5g/dlでは内臓タンパク減少、2.8g/dlでは浮腫 (Starker, 1982)
 - ・ 疫学的には 3.5g/dlでは総死亡率(全死因)の独立した危険因子 (Salive, 1992, Cohen, 1992, Corti, 1994)
 - ・ 臨床的には術後の合併症発症率は 3.0g/dlでは2~3倍 (Rudman, 1989)、また、術後12週間後死亡率は 3.0g/dlでは3.5倍 (38.1%)、術後2年後の死亡率は 3.5g/dlでは1.9倍 (63.2%) (Kergoat, 1987)
 - ・ 米国の急性期ならびに長期療養施設において、3.5g/dlは低栄養状態の中リスクと評価 (Gottschilich, 1985, Gibson, 1990)
 - ・ 介護保険認定及び死亡リスク予測の観点から、3.8g/dlは特定高齢者の決定基準として該当率、感度、特異度から妥当 (辻, 2008)
 - ・ タンパク質・エネルギー - 低栄養状態の栄養診断基準には、血清アルブミン値 $<3.4\text{g/dl}$ を採用 (米国栄養士会、2008)
-

(3) 「栄養改善」を必要とする高齢者の割合

1) 高齢者の低栄養状態の評価・判定

低栄養状態とは、タンパク質及びエネルギーの欠乏状態であり、急激な体重の減少はみられないがタンパク質が欠乏し、血清アルブミン値が低下した状態(クワシオコル型)、筋肉や体脂肪の減少が見られ、体重が減少した状態(マラスムス型)、その両方がみられる状態(クワシオコル・マラスムス型)がある。このような低栄養状態のリスクの有無は、タンパク質及びエネルギーの欠乏状態を示す栄養指標である血清アルブミン値及び、BMIや体重の減少によって評価・判定する(表3)。

これらの低体重や体重減少は、不十分な食事摂取量に起因するものである(Blaum 1995, Roberts 2000, Beck 2004, Lee 2005, Suominen 2005)。また、低栄養状態に関連する問題として、口腔及び摂食・嚥下機能(Meltzer 1995, 村田 2007)、生活機能の低下(Mamhidir 2006, Suominen 2005, Ritchie, 2008)、閉じこもり(渡辺 2007)、食欲の低下(Sorbye 2008)、認知症(Barrent-Connor 1996)、うつ(Wannamethee 2000, Cabrera 2007, Callen 2005)等があげられおり、こうした問題が把握される場合にも、適宜、低栄養状態のリスクの確認をする必要がある。

2) 地域支援事業「栄養改善」プログラムを必要とする高齢者

地域支援事業において特定高齢者を把握するための基本チェックリストには、栄養改善プログラムの必要な高齢者を把握するための2項目、No.11「6ヶ月間に2~3kgの体重減少がありましたか」、No.12「BMI 18.5未満」が設定されており、特定高齢者施策の「栄養改善プログラム」は、この2項目に該当した者あるいは、血清アルブミン3.8g/dl以下の者に提供される。

なお、地域支援事業では、「特定高齢者施策のうち、通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業の参加者は、高齢者人口の概ね5%を目安として、地域の実情に応じて定めるものとする」とされており、参考として、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, 2009)においてデータ分析の対象となった2,067名の特定高齢者のうち、基本チェックリストNo.11「6ヶ月間に2~3kgの体重減少」に該当した者は15.0%、No.12「BMI18.5未満」に該当した者は8.3%、その両方に該当した者は4.0%であり、特定高齢者の約4%が「栄養改善」プログラムの対象であった(表4)。

3) 予防給付「栄養改善」サービスを必要とする高齢者

要支援1、要支援2と判定された者のうち、下記のイ~ホのいずれか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。

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.)

八 血清アルブミン値が3.5g / dl以下

二 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。

また、イ～二には該当しないが、低栄養状態にある又はそのおそれがあると考えられる場合には、かかりつけ医又はサービス担当者会議において協議し、ホに該当するかどうかを判断する。

参考までに、先の仕らの研究事業における予防給付栄養改善サービス利用者となった要支援者7,013名のうち、基本チェックリストNo.11「6ヶ月間に2～3kgの体重減少」に該当した者は15.7%、No.12「BMI18.5未満」に該当した者は10.8%、その両方に該当した者は5.1%、そのいずれかに該当した31.6%の者が、栄養改善サービスの必要な者として把握された（表4）。

表4 特定高齢者、要支援において「栄養改善」を必要とする高齢者

	非該当 ^a		体重減少 ^b		低体重 ^c		体重減少 & 低体重 ^d	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
特定高齢者	1,503	(72.7%)	311	(15.0%)	171	(8.3%)	82	(4.0%)
要支援者	4,795	(68.4%)	1,102	(15.7%)	755	(10.8%)	361	(5.1%)
要支援1	2,185	(68.2%)	484	(15.1%)	371	(11.6%)	162	(5.1%)
要支援2	2,610	(68.5%)	618	(16.2%)	384	(10.1%)	199	(5.2%)
男性	1,500	(67.0%)	366	(16.4%)	241	(10.8%)	131	(5.9%)
女性	4,798	(70.1%)	1,047	(15.3%)	685	(10.0%)	312	(4.6%)
64歳以下	94	(63.9%)	35	(23.8%)	9	(6.1%)	9	(6.1%)
65-69歳	325	(75.1%)	63	(14.5%)	26	(6.0%)	19	(4.4%)
70-74歳	764	(71.9%)	183	(17.2%)	83	(7.8%)	32	(3.0%)
75-79歳	1,407	(69.4%)	364	(18.0%)	169	(8.3%)	86	(4.2%)
80-84歳	1,900	(69.2%)	423	(15.4%)	284	(10.3%)	138	(5.0%)
85-89歳	1,266	(67.2%)	270	(14.3%)	240	(12.7%)	108	(5.7%)
90歳以上	542	(69.2%)	75	(9.6%)	115	(14.7%)	51	(6.5%)
全体	6,298	(69.4%)	1,413	(15.6%)	926	(10.2%)	443	(4.9%)

a: b.c.dに当てはまらないもの

b: 6か月間で2～3kg以上の体重減少に該当する者

c: BMI18.5未満に該当する者

d: c.dの両方に該当する者

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）

(4) 「栄養改善」サービスに関する科学的根拠

低栄養状態にある自立した高齢者に対して、食事によって適正なエネルギー、タンパク質の摂取を行うことによって栄養状態が改善し、身体機能（握力、最大歩行能力など）の改善が行われることは、国際的にランダム化比較試験を収集したメタアナリシス分析等によって示されている（杉山 2007, Stratton, 2005）。すなわち、地域の低栄養状態の高齢者をBMIによって低栄養状態の判定を行い、BMI 20未満の者を対象としてタンパク質、エネルギーを摂取した場合のエネルギー摂取量、体重、身体機能(握力、最大歩行能力など)に対する有効性は、エネルギー摂取量の改善に対しては15報告中14報告、体重の改善に対しては15報告中13報告、身体機能については、15報告中8報告で有意な改善が報告されている。

平成20年度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）において、全国83箇所の地域包括支援センターで介護予防ケアプランの対象となった特定高齢者及び要支援者を対象として、「個人特性、利用する栄養改善サービスの種類により栄養状態に関するアウトカム指標の改善率が異なるか」を検討した。その結果、表5に示したように、初回アセスメント時にBMI18.5未満だった全1,070名についてのBMIの改善状況は、何らかの「栄養改善サービス」を実施された者が、実施されていない者に比べて1.49倍改善していた。また、疾患既往歴として「高齢による衰弱」がない者が、ある者に比べて1.97倍改善しており、高齢による衰弱は栄養状態の予後不良因子であると考えられた。

表5 低栄養（BMI18.5未満）特定高齢者及び要支援者の1年後の改善に関するオッズ比

		オッズ比
栄養改善サービス	非実施(857名)	1.00
	実施(213名)	1.49
疾患既往歴（高齢による衰弱）	あり(86名)	1.00
	なし(984名)	1.97

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）

2. 地域支援事業における「栄養改善プログラム」

(1) 介護予防特定高齢者施策

1) 特定高齢者把握事業

地域支援事業における「栄養改善」の全体像を図5に示す。

市町村による特定高齢者把握事業においては、要介護認定の非該当者および住民・民間組織や関係機関からの情報提供など、さらに特定健診等との同時実施や郵送等による基本チェックリストの実施などにより把握された、生活機能の低下が疑われる者に対し、生活機能評価が実施される。その結果から特定高齢者の判定が行われる(図6:基本チェックリスト参照)。

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

2) 通所型介護予防事業

事業内容

介護予防特定高齢者施策における「栄養改善プログラム」は、地域支援事業実施要綱において、実施担当者として、市町村又は市町村から委託された事業者に所属する管理栄養士等(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)が看護職員、介護職員等と協働して栄養状態を改善するための個別の計画を作成し、当該計画に基づき個別的な栄養相談や集団的な栄養教育等を実施し、低栄養を改善するための支援を行うものとされている。実施方法は、介護予防ケアマネジメント業務において地域包括支援センターにより個別の対象者ごとに作成される介護予防ケアプランに基づき実施するものとする。「栄養改善プログラム」(本事業)の全体のフロー図(例)を図7に示す(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,2007を改変)。

実施の手順

a) 事前アセスメント

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

事前アセスメントでは、地域包括支援センターで作成された介護予防ケアプランを踏まえ、参加が予定されているプログラムに応じて、運動器の機能、栄養状態、口腔機能等の心身の状

況等について更に詳細な評価を行うとともに、利用者が事業に参加する際の安全確保のために必要となる情報についても、かかりつけ医等と連携を図りつつ収集し評価するものとされる。

具体的には、事前アセスメント表において、「1日に食べるのは2食以下ですか」、「主食（ごはんなど）や主菜（肉、魚などのおかず）を食べる量が減ってきましたか」、「牛乳・乳製品をあまりとらないですか」などを「はい」と回答した者には、簡便な食事習慣調査などを用いて食習慣の把握を行うことが望ましい。また、食事に関する嗜好、禁忌、アレルギー、食事療法、食事摂取行為の自立、形態、毎日の食事づくり、買物の状況、特記事項（安全性の確保など観点）などについても把握することが重要であり、必要に応じて、実際に食品や飲料を用いて、食べ方、飲み方などを観察することも考慮されたい。一方、事前アセスメントにより、低栄養状態と関連した口腔内の問題（痛み、義歯の不具合、口臭、味覚の低下、口が渇く、むせなど）、摂食・嚥下障害、閉じこもりやうつ、認知症などの課題の解決が必要であると判断される場合には、地域包括支援センターに連絡する。

これらのアセスメント項目中、事後評価との関連で重要である項目は、自己実現の課題（利用者本人の目標、食事計画）と実践意欲、主観的健康感、低栄養状態のリスク（体重変化量（率）、BMI等）などであり、高齢者における食事摂取基準については、日本人の食事摂取基準を参考とするなど個々人の状態などに応じて設定することが重要である。また、必要に応じて、利用者が食事として摂ることが望ましい栄養量（エネルギー、タンパク質、水分量など）を算出することも重要である。

b）個別サービス計画の作成（計画づくりへの支援）

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

具体的には、利用者が、何を目指したいか（ができるようになりたい、もっと元気そうに見えるようになりたい、食事をおいしく食べたい、を食べに行きたいなど）をゴールとして設定し、そのゴールを達成するための目標として、体重などの身体計測値をどの位増大したいか、何をどの位食べるようにするなどの、より具体的な目標作成を行う。さらに目標を達成するために、対象者にとってより身近な食事やその他の行動計画を設定することが重要なポイントである。

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

c）プログラムの実施（栄養相談）

先に作成した個別サービス計画に基づき、プログラムを実施する。市町村（事業者）に委託する場合を含む）は、栄養ケア・マネジメント体制のもとに「栄養改善プログラム（以下、本事

図5 地域支援事業における「栄養改善」プログラム

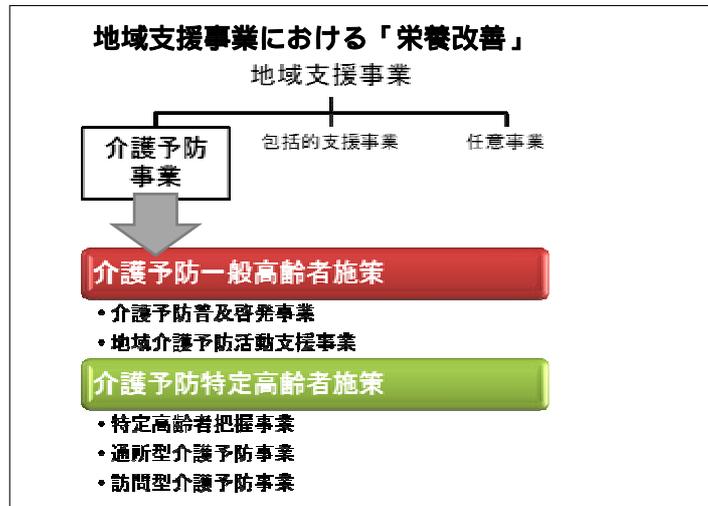
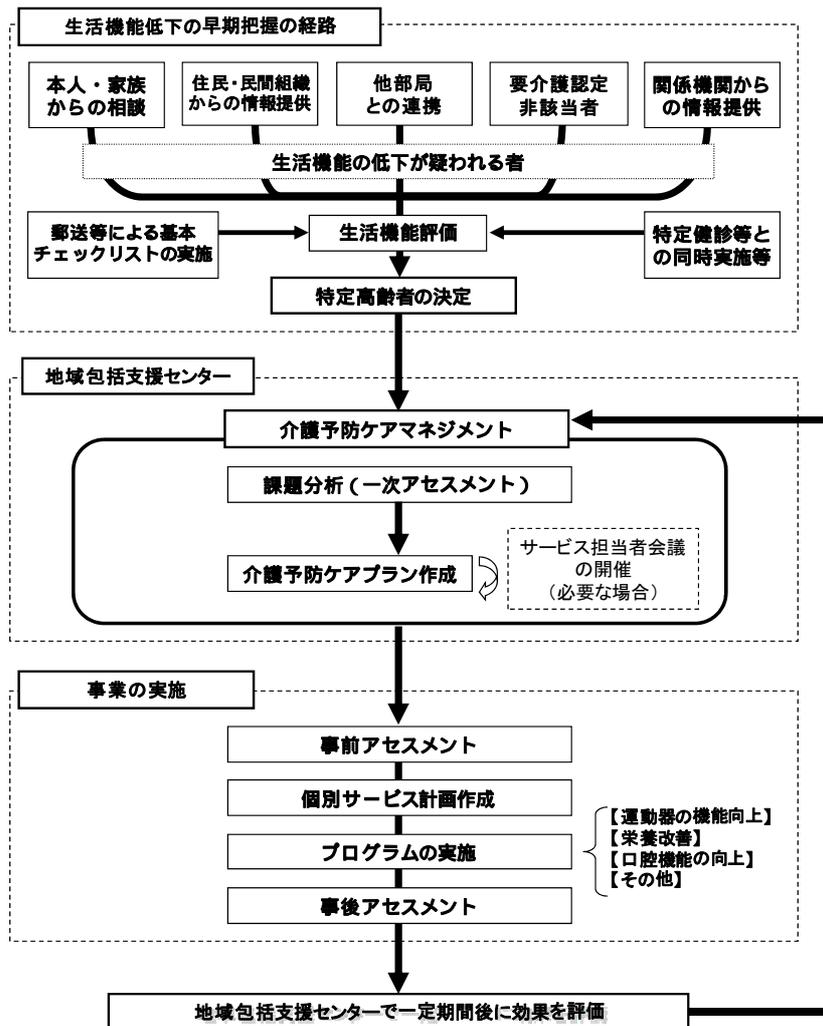


図6 介護予防特定高齢者施策の流れ



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。 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。 都道府県、保健所、市町村は、教材の効率的利用の観点から、視聴覚教材、栄養教育用教材などの集中管理及び相互利用の調整等を行い市町村への便宜を図ることが求められる。 実施場所には、必要に応じて介護予防と本事業に関するパンフレットやポスター一式などを設置する。

d) モニタリングの実施

モニタリングは、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 :

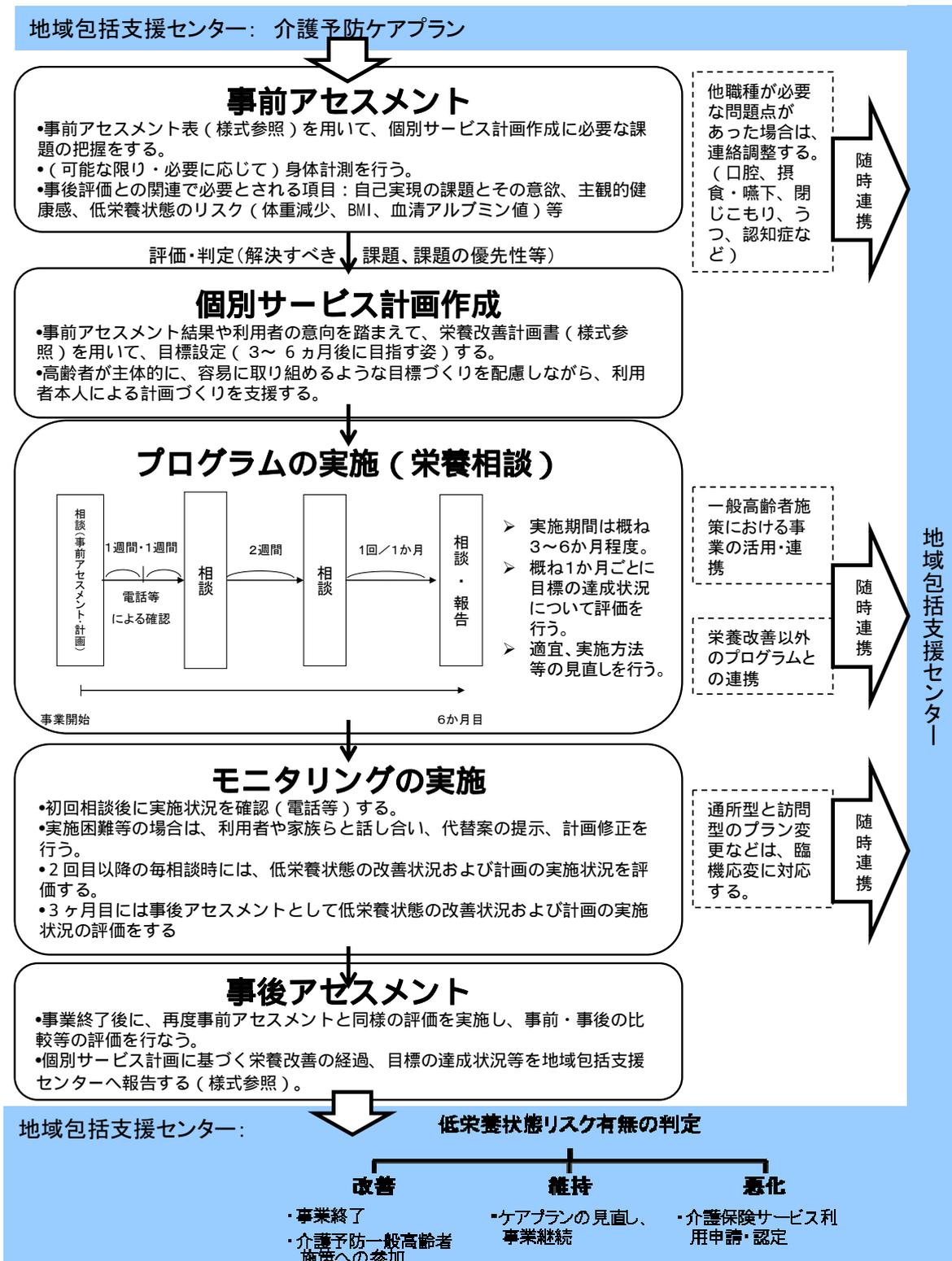
訪問型介護予防事業として配食サービスを提供する必要がある場合には、栄養相談を担当する管理栄養士等は、配食サービス事業所に対しての必要情報や依頼事項（嗜好、禁忌、アレルギー、食事療法、形態、エネルギー、タンパク質提供量など）についても計画の一環として記載し、地域包括支援センターを通じて配食サービス事業者に連絡する。配食サービス事業所へは、定期的な声かけ、安否確認が行われるだけでなく、喫食状況や利用者からの要望などは、地域包括支援センターを通じて担当の管理栄養士等に定期的に情報提供が行われるように依頼する。また、配食サービスを通じて、関連事業の紹介、普及・啓発用パンフレットや自己チェック表、要望な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: ねらい	<p>○介護予防事業と「栄養改善」: 市町村での介護予防事業のシステム、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: 介護予防のために「食べること」の意義、低栄養状態の概念とその予防・改善のための基本的考え方について理解できる。</p> <p>○栄養改善のための自己評価(介護予防手帳): 介護予防手帳において、体重の記録のつけ方と見方、「基本チェックリスト」「低栄養の自己チェック表」を用いた問題の把握の方法、介護予防のための生活機能評価の活用法について理解し、説明することができる。 日常生活や食事リズムを理解し、望ましい生活や食事のリズムの改善について目標、戦略的方法などについて理解し、説明することができる。 低栄養状態を予防、改善するための食品の選択(主食、タンパク質を多く含む食品のサービング・サイズ)について理解し、説明することができる。 対象者の食文化や価値観、ライフスタイルを大切に食事と生活の設計されたものについて説明ができる。</p> <p>○具体的な支援方法:(例)「食べること」や「食事づくり」の場の提供、外出支援、宅配の紹介・手配など 高齢者の介護予防のために、楽しい共食の場や「食事づくり」を通じた仲間づくりの場を提供する。特に閉じ込めりがちな地域高齢者にとっては、「食べること」を楽しみ、仲間づくりを行うことが求められることから、アウトドア料理、子供と作るお菓子づくり、美容と食事の会など参加意欲が高まるような場の設定が推奨される。 外出支援は、栄養相談や栄養教育に来所するための交通機関を利用することが困難な者、あるいは下肢の不自由な者を対象とし、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。 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よう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

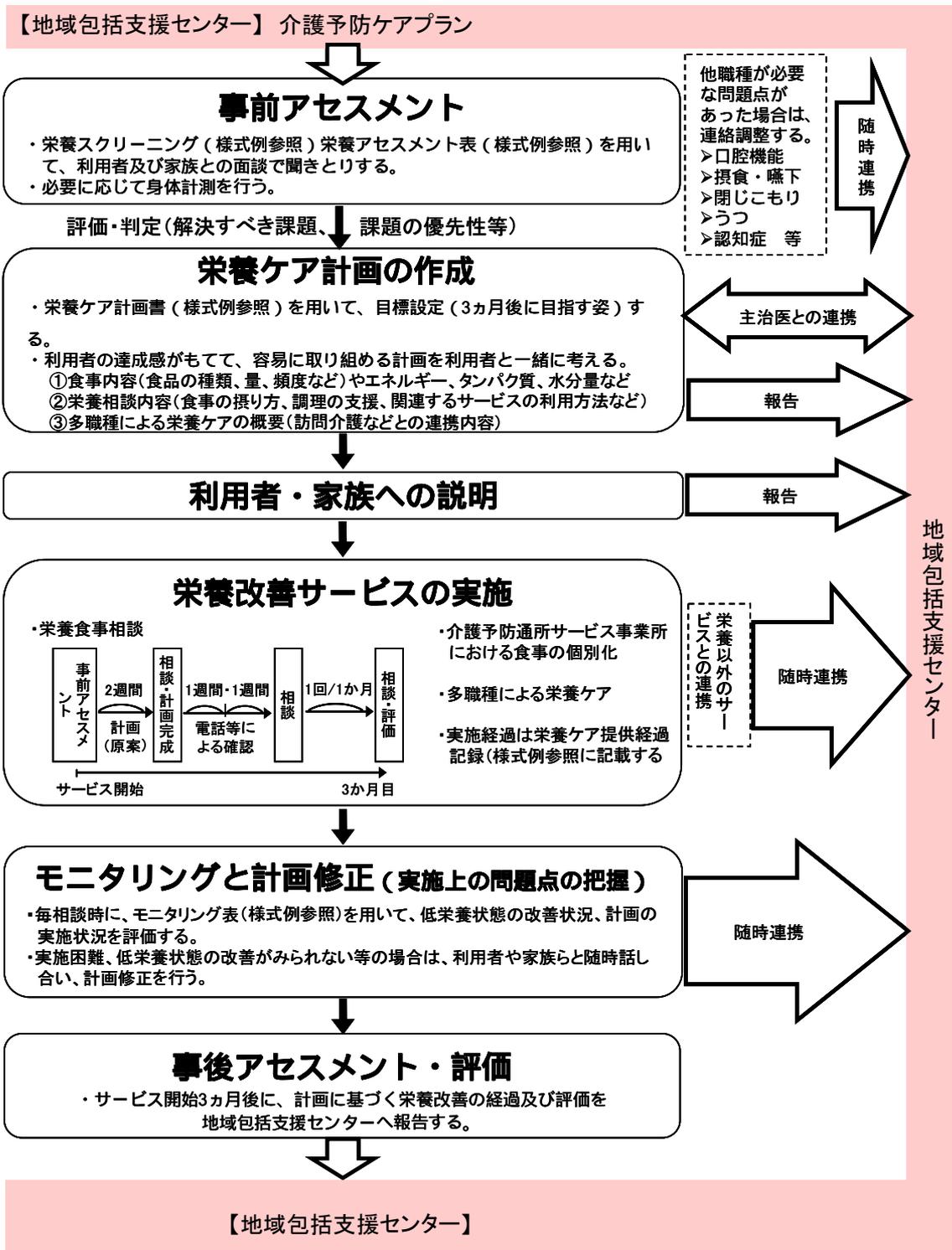


図9 - 1 「栄養改善」サービスの事例1

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に情報提供する。

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, Bistrain 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 Minesota Press. Minesota.
- 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 (いずれかに○を お付け下さい)	
		0. はい	1. いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

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

特定高齢者の決定方法等

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) (5mの場合)	8.8 (4.4)	10.0 (5.0)	3
配点合計	0-4点 ...	運動機能の著しい低下を認めず	
	5-7点 ...	運動機能の著しい低下を認める	

2 栄養改善

以下の 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 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 はい・いいえ	
7	便秘が続いていますか 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 はい・いいえ	
10	1日に5種類以上の薬を飲んでいますか 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 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 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 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 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 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 はい・いいえ	
17	食べる気力や楽しみを感じていますか はい・いいえ	
18	1日に食べるのは2食以下ですか 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 はい・いいえ	
20	牛乳・乳製品をとっていますか はい・いいえ	
21	毎日、一人で食事をしていますか 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 事 時 間	食事	ごはん パン そば・うどん など	焼魚・肉料理 湯豆腐 卵焼き など	けんちん汁 サラダ ほうれん草お浸し など	果物 牛乳・ヨーグルト など
	(:)	朝			
	(:)	昼			
	(:)	夕			
		間食			

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 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 (年 月 日)	か月後 (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 食事計画と実践意欲			
主観的健康感 1つに		1 2 3 4 5 よい まあよい ふつう あまり よくない よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい ふつう あまり よくない よくない
利用者本人の実施状況 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) ・ その他(転居・不明・	
継続の必要性		無 ・ 有 ↳ 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、 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>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)</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>
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
<p>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)</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>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)</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>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)</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

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

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 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	か月に % (減・増) リスク 低・中・高			
血清アルブミン値 (検査日)	g/dl (/) リスク 低・中・高			
食事摂取量	全体 %	全体 %	全体 %	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 (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

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 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 ¹⁾ (健康感、生活機能、身体機能など)		[] ()	[] ()	[] ()	[] ()
身体計測等	体重(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)
	BMI(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)
	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))			
	その他				
食欲・食事の満足感 ¹⁾		[]	[]	[]	[]
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 (療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど)		無 有 ()	無 有 ()	無 有 ()	無 有 ()
食事に対する意識 ¹⁾		[]	[]	[]	[]
他のサービスの使用の有無など (訪問介護、配食など)		無 有 ()	無 有 ()	無 有 ()	無 有 ()
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) ²⁾					
褥瘡 口腔及び摂食・嚥下 嘔気・嘔吐 下痢 便秘 浮腫 脱水 感染・発熱 経腸・静脈栄養 生活機能低下 閉じこもり うつ 認知機能 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 ²⁾	無 有	無 有	無 有	無 有
	食事摂取・栄養補給の状況 (補助食品、経腸・静脈栄養など) 身体機能・臨床症状(体重、摂食・嚥下機能、検査データなど) 習慣・周辺環境(食・生活習慣、意欲、購買など) その他	[]	[]	[]	[]
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

栄養ケア計画書 (通所・居宅) 【例】

氏名 殿	計画作成者：	初回作成日：年 月 日
	所属名：	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		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)	サイン
長期目標 (ゴール)と期間		続柄

短期目標と期間	栄養ケア(栄養補給・食事、栄養相談、多職種による課題の解決など)	担当者	頻度	期間

特記事項

栄養ケア提供経過記録

月日	サービス提供項目

予防給付 栄養改善サービス 様式例
記入のてびき

- 1．栄養スクリーニング（通所・居宅）【例】・・・・・・・・・・ 54
- 2．栄養アセスメント・モニタリング（通所・居宅）【例】・・・・・・・・ 56
- 3．栄養ケア計画書（通所・居宅）【例】・・・・・・・・・・ 60

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を記入する。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。

< 「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。 $BMI (kg/m^2) = 体重 (kg) \div 身長 (m) \times \div 身長 (m)$

例：体重40kg・身長150cmの人の場合 $BMI = 40 \div 1.5 \div 1.5 = 17.8$

< 「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50kgで、現在の体重が47kgの場合
 $体重減少率 = (50 - 47) \div 50 \times 100 = 6\%$ 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。

表A. 低栄養状態のリスク判断

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

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[]へ該当数字を記入する。

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1～C2）や、認知症高齢者の日常生活自立度（ランク～、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、以下の表を表示する。

表B. 低栄養の中・高リスクのエネルギー、タンパク質、水分補給の算定

エネルギー	a) 推定値 ¹⁾ × 活動係数 ²⁾ × 低栄養状態改善のための係数 (1.1~2.0) b) 通常体重 (6 か月間ほど体重減の少ない状態) × 35 kcal
タンパク質	1.2~2.0 g / 日 × 標準体重 (摂取目標として標準体重を用いる)
水分量	a) 25~30ml / 日 × 現体重 b) 1 ml × 摂取エネルギー量 (kcal) c) 尿排泄量 (ml / 日) + 500ml 食事が十分摂取できている場合には、食事含まれる水分を約 1 とし、残りを飲料水とする。

算定式は、適宜選択して用いること

¹⁾Harris-Benedictによる推定値:

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

²⁾エネルギー算出における活動係数の目安:

仰臥状態にある場合を1.0

生活機能が自立している場合には1.1~1.3

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られているのか(食べやすさ、大きさ、固さ等)、食事摂取時の姿勢や摂食・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。

歩くのが不自由で、スーパーまで買い物に行けない

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

利き手に麻痺が残り、食事づくりに不安がある

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

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の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、～ 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：

「 口腔及び摂食・嚥下」に問題がある場合：味があまりしない（味覚低下）とのことで、口腔問題、薬剤、亜鉛欠乏などの影響も考えられる。

「 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のかを記載する。

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。 食事摂取・栄養補給の状況、 身体機能・臨床症状、 習慣・周辺環境、 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C. 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
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
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
習慣・周辺環境 (食・生活習慣、意欲、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

< 「総合的評価」 >

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により、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体化しているため、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

できるだけ具体的であること

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）

利用者の価値観や好みを十分に考慮すること

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（栄養補給・食事、栄養相談、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

予防給付 栄養改善サービス 様式例 記入事例

以下のケースをもとに、予防給付栄養改善サービス様式例の記入事例を示す。

栄養改善サービスに用いる帳票は、これらの様式例にある項目どおりでなくてもよい。

ケース：男性 82歳 要支援2

- ・ 7年前、妻が他界してから一人暮らし。息子は2人独立している。
 - ・ 3年前、家の中で転倒してから外出が億劫になってきた。
 - ・ 調理はできないので、外食や配食サービスに頼っている。
 - ・ 配食弁当は1個を昼・夕2回に分けて食べており、体重は半年で3.5kg減った。
 - ・ 元気もなくなり、下肢筋力も弱いので外出もさらに少なくなった。
 - ・ 長男が単身赴任から帰って同居するまでは一人暮らしで体調を維持したいと望んでいる。
-
- ・ 既往歴……………平成10年胃癌のため手術
 - ・ 使用しているサービス……………介護予防通所生活介護 週2回
介護予防訪問介護 週2回
配食サービス 週2回
 - ・ 使用薬剤……………便秘に対して内服薬使用(ラキソベロン)

<当事例のポイント>

- 手間のかからない無洗米を炊くことで無理なく欠食をなくす。
- アセスメント、モニタリングは介護予防プラン作成者やヘルパー等から情報を得る。通所では確認程度にする。
- 栄養、食事の改善が健康状態や生活状態の回復・向上につながったことを確認し、目標に対する達成感を共有する。

予防給付 栄養改善サービス 様式例
記入事例

＜事例＞ 介護サービス・支援計画表

NO. ○○
 利用者名 A 山 男 様 認定年月日 ○年○月○日 認定の有効期間 ○年○月○日 ～ ○年○月○日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業
 計画作成者名 ○○○ 委託の場合・計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)
 計画作成(変更)日 ○年○月○日 (初回作成日 ○年○月○日) 担当者地域支援セン. ー: ○○センター

目標とする生活
 1日 1日1回は外出し、きちんとした食事をし、顔馴染みと話をしたい。
 1年 長男が単身赴任で帰ってくるまで、一人暮らしが出来る最低限の機能は維持したい。

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援・インフォーマルサービス	介護保険サービス または地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について 転倒に対する不安は強いので、最近杖を購入した。現在は自宅から駅までバスを利用している。	年々歩くのがしんどくなっている。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 歩行機能の低下は生活形態(栄養の問題も含めて)が加齢による体力・筋力の低下と判断される。	1. 独居である為に、閉じこもりがちな状態であり、定期的な外出の機会を持ち、下肢筋力の維持を図る必要がある。	1. 運動及び社会参加の機会を確保する為、介護予防通所介護を継続利用する。	1. テイサービスを最低1回でも継続したい。	1. 週1回以上の運動・社会参加する機会を確保し、低栄養の防止、機能維持ができます。	安全な施設内で転倒防止の体操や、管理栄養士による栄養相談を行なうと共に、社会参加の機会を確保します。	休まずに通所介護に参加する。	予防給付	介護予防通所介護 栄養改善	○	H20/4/1～7/31
日常生活(家庭生活)について 洗濯も溜めていることが多い。掃除はしないが、整理整頓はする。 調理はできない。配食サービスは週2回利用。	一緒にやってくれる人がいれば、何とかできると思う。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 能力的には可能である。小さなサポートで自立を維持することは可能。	2. 洗濯もサポートする人がいれば可能。 買物(食品の選び方)についてもサポートする人がいれば可能。	2. 買物・洗濯について、訪問介護で支援する。 買物の食品の選び方については、管理栄養士の指示を仰ぐ。	2. 誰かいてくれれば出来ると思う。	2. 洗濯及び買物等、外出を伴う日常生活のサポートをすることで、一人暮らしが継続できます。	洗濯は準備や操作の確認。 買物は食品の選び方を管理栄養士が助言します。主食は自分で炊けるようになります。		予防給付	介護予防訪問介護	△ ス チ ョ ン	H20/4/1～7/31
社会参加・対人関係・コミュニケーションについて 顔見知りが多く、外出すれば交流は維持できる。いつも利用する店で顔馴染みのスタッフが応対してもらっている。	悪天候でなければ、外出するようにしている。顔馴染みとの会話は楽しい。	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 交流は保たれている。										
健康管理について 入浴はサービスを利用。 配食弁当は1個を昼・夕2回に分けて食べている為、半年で3.5kgの体重減少。BMI18.2。低栄養の恐れあり。	入浴は見守り、一部介助があれば自宅でも可能。 食事については、外出できなくても栄養補給が出来る方法を検討する必要があります。		入浴を中心に、動作の確認が必要。 4 体重回復・低栄養の防止のため、主食は毎日確保できるよう、自分で炊飯できるようにする。	期介護中に入浴する事。1回は通所施設で入浴する。 3 独りで入浴することが不安であったが、誰かいれば入浴できると思う。	3. 週1回は自宅に入浴することができません。(1回は通所施設で入浴します。)	自宅が訪問介護の援助で入浴することに慣れてもらいます。	転倒に注意して入浴する。	予防給付	介護予防訪問介護	△ ス チ ョ ン	H20/4/1～7/31	

日常生活と食事の関連についてはここに記載する。
 栄養状態と健康の関連についてはここに記載する

健康状態について
 主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点
 家にいる日は臥床して過ごす事が多い為、心身の機能低下を招きやすい状況になっている。定期的に外出するような生活が望ましい。低栄養状態の改善をする。
 【本来行うべき支援が実施できない場合】
 要当支援の実施に向けた方針
 週2回の予防訪問介護で入浴と外出介助の支援を受ける事が目標であるが、当面は入浴は通所介護で支援を受け、予防訪問介護は外出介助から駆逐してもらい入浴介助に広げていく。
 総合的な方針・生活不活発病の改善・予防のポイント
 運動・栄養・日常生活の形態が、天候によって左右されやすいので、介護予防訪問介護を導入することで、天候による影響を最小限にし、独居生活が継続できるように支援します。

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
3	2	1	1	0	0
5	2	3	2	3	5

地域包括支援センター
 【意見】
 【確認印】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 平成 年 月 日 氏名 印

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)	男	要介護度	要支援2
	山 男	・	特記事項	
	明・ 大 ・昭 15年 3月 3日(82才)	女		

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/m ²)	(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
血清アルブミン値 (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未滿	
体重減少率	変化なし (減少3%未滿)	1か月に3~5%未滿 3か月に3~7.5%未滿 6か月に3~10%未滿	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未滿
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

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	山 男	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7月7日(記入者名T)	年10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/m ²)	18.2 (kg/m ²)	18.6 (kg/m ²)	18.9 (kg/m ²)	(kg/m ²)	
	3%以上の体重減少	無 有(3.5kg/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)	(家の間食にお餅類)	(家の間食にお餅類)	()
	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	()	
	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⁾						
褥瘡 口腔及び摂食・嚥下 嘔気・嘔吐 下痢 便秘 浮腫 脱水 感染・発熱 経腸・静脈栄養 生活機能低下 閉じこもり うつ 認知機能 医薬品 その他		無 有 []、 []、 [] (ラキパ ^ロ ン)、 食欲低下]	無 有 []、 []、 [] (ラキパ ^ロ ン)]	無 有 []	無 有 []	
特記事項		なし	なし	なし		
評価・判定	問題点 ²⁾	無 有 [問題点: I111 ¹ -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: I111 ¹ -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: I111 ¹ -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ため、 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)		

(必要エネルギー) = 元体重50kg × 30
(必要たんぱく質) = 理想体重56.3kg × 1.1
(理想体重はBMI22として計算) * 当該ケース

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

栄養ケア計画書 (通所・居宅) 【記入事例】

氏名	山 男 殿	計画作成者：管理栄養士T	初回作成日：年 月 日
		所属名：特養老人A-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(栄養補給・食事、栄養相談、多職種による課題の解決など)	担当者	頻度	期間
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 方作成	月1回	3ヶ月
1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
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
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。
8月	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。
10月	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。

地域支援事業 先駆的取組事例

事例1：神奈川県伊勢原市 67

【特定高齢者】「訪問栄養活動を中心とした参加率向上のための取り組み」

事例2：群馬県前橋市 69

【特定高齢者】「栄養改善・運動器の機能向上・口腔機能向上等の総合的プログラム提供」

事例3：京都府宇治市 72

【特定高齢者】「京都府栄養士会栄養ケアステーションと協働した栄養改善プログラム」

事例4：神奈川県秦野市 74

【特定高齢者・一般高齢者】「地域（ボランティア、地域人材）と連携した栄養改善プログラムの取り組み」

事例5：高知県土佐清水市 77

【一般高齢者】「高齢者リーダーと地域ボランティアを活用した栄養改善プログラム」

事例1【特定高齢者】：神奈川県伊勢原市
訪問栄養活動を中心とした参加率向上のための取り組み

1. 本事業の特徴

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

2. 自治体の概要

伊勢原市の特徴（平成20年9月1日現在）

【人口】97,657人

【高齢化率】18.2%

【その他】市内には3つの地域包括支援センターがあり、すべて社会福祉法人に委託している。

3. 事業の体制づくり

【人的体制の整備】

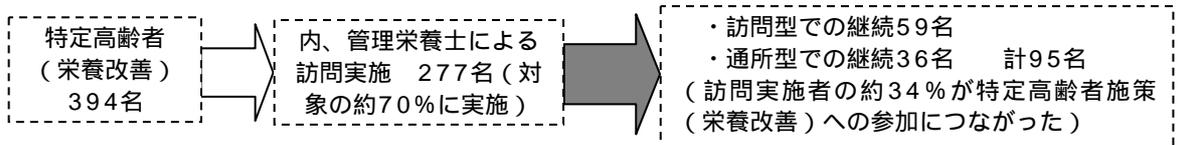
平成18年4月制度改正に伴い、介護予防部門に管理栄養士が1名異動により配置された。これにより、高齢者に対する栄養改善事業の企画から実施、評価までの一連の流れを行えるようになった。また、非常勤管理栄養士・栄養士に対し、地域支援事業（栄養改善）に関する研修会・打合せ会を随時開催し、事業従事できる人的体制を整えた。また、立ち寄り訪問を実施する際の管理栄養士の訪問時の流れ等を標準化し、同じ質で効率的・効果的に訪問を実施できるよう努めた。

【参加までの流れの整備】

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

4. 実施状況

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



【訪問型栄養改善事業について】

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

【通所型栄養改善事業について】

タイムリーに事業参加を勧められるように、教室開催を毎月にし、どの回からでも参加できるようにしている。また、事前アセスメントは、教室参加前に訪問により管理栄養士が実施するため、家庭内の状況・環境なども含めて詳細に聞き取り確認ができる。教室の内容については、調理実習に負担感を感じる方も多いので、実習だけではなく、会食形式で手作りのお弁当を提供する回も設けた。また運動指導や口腔ケア、ゲームを行なうなど楽しい雰囲気作りを心がけた。また、特定高齢者（栄養）の多い地域にある会場（団地集会所や公民館等）を利用し、地域型特定高齢者事業を実施。調理が難しい会場ではオープントースターや炊飯器などを使用し、簡単にできるメニューを紹介している。訪問型の方や立ち寄り訪問実施者にPRし、通所型での参加につなげるよう努めている。

【平成18～19年事業終了者の動向】

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

「介護予防事業報告」に準じ、平成20年10月15日現在で区分

事業修了者のうち、約8割が体重増加又は体重減少が落ち着き、「改善」となっている。「悪化」により終了した者のうち4名が要支援・要介護になったが、事業参加だけでは改善が見込めず、管理栄養士と地域包括支援センターと連携し、介護保険サービス利用申請・認定につなげることができたケースであった。

また改善で終了したケースであっても、通所型栄養改善事業への参加者には「同窓会」を季節ごとに実施、再度体重を測定しモニタリングの場に行っている。同窓会に参加したことで、一度増えた体重の減少が判明し、再度特定高齢者として通所型栄養改善事業に参加したケースもあった。

【まとめ】

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

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

事例2【特定高齢者】：群馬県前橋市
栄養改善・運動器の機能向上・口腔機能向上等の総合的プログラム提供

1. 本事業の特徴

通所型介護予防事業は、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・口腔機能向上プログラムを同時に実施することで、効果的かつ効率的なプログラムの提供を行っている。そのほかに閉じこもり・認知症・うつ予防・支援の複数の介護予防プログラムもあわせて総合的に提供し、本事業は「ピンシャン！元気塾」と名づけ実施している。小集団で楽しく取り組める内容に工夫し、利用者や介護予防サポーターらのコミュニケーションが図れるよう、プログラム担当者や専門職等が連携して取り組んでいる。

2. 自治体の概要

前橋市の特徴（H20.9.30現在）

【人口】323,073人

【高齢化率】22%

3. 事業の体制づくり

プログラムの実施においては、初めての取り組みであることや他のプログラムとの連携等から、本市担当係が中心となりプログラム内容を作成した。担当係には多職種（管理栄養士、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士）が配置されたため、連携が十分にとれ、充実した事業内容を検討できた。また各関連団体（栄養士会、健康運動指導士会、歯科衛生士会、社会福祉協議会）の協力を得て実施をしている。実施する会場は、高齢者が日頃から立ち寄りやすい身近な各老人福祉センター、総合福祉会館等とし、プログラム終了後も自由に通えるところを選定した。栄養改善プログラムの実施にあたっては、群馬県栄養士会に委託し、地域活動管理栄養士の協力体制づくりを行った。

4. 実施状況

生活機能評価の結果から、生活機能低下リスクの重複（該当プログラム数）が高い特定高齢者候補者（1人当たり2-3）が選定された。

	特定高齢者候補者数	該当プログラム数（延べ）
H18年度	700	1,440
H19年度	2,510	5,914

本事業は、1コースとして毎週1回2時間を3ヵ月間に12回、市内7会場で開催している。H18年度は30コース、H19・20年度はそれぞれ46コースを行った。

本プログラムにおける介護予防のポイントとして「栄養・口腔・運動についてバランスよく取り組むことが効果的であること」とし、

それは日頃の生活を振り返り、

口腔：食べたい物がおいしく食べられる健康な口、肺炎などになりにくい清潔な口を保つ

栄養：バランス良くおいしく食べることで疲れにくく丈夫な身体をつくる

運動：筋力や持久力をつけ、楽に動ける、痛みの出にくい身体をつくる ものである。

また「**動いて 食べて 磨いて 元気!**」を合言葉に自分らしく、いきいきと自立した生活ができるように、毎回のプログラムでは具体的・自主的に取り組める内容としている。

栄養改善に該当する特定高齢者の特徴としては、以下のように、運動および口腔リスクとアルブミン値3.8g/dl以下の組み合わせが多く見られる。

事例

女性 73歳 BMI22.1 体重42.7kg 腰痛 高血圧（未服薬）農作業
運動4/5 栄養0/2（アルブミン値3.3g/dl）口腔1/3 うつ3/5

目標「元気に歩けるようになりたい」 栄養目標「肉を多く、漬物を減らす」

事前アセスメント：「膝や腰が痛くて動きたくない」、「ほとんど家の中であまり食べていないのに体重が増えてしまう」と訴える。食事内容は、炭水化物のみの組み合わせ、漬物等簡単に食べられる物が多く、エネルギーは摂れているが全体的なバランス不良が伺える。右頬の膨らましができない。

事後アセスメント：体重44kg、アルブミン値4.4g/dl、服の脱ぎ着が楽になった。肉類を摂るようになり漬物を減らして手作り野菜を積極的に食べている。風邪を引かなくなった。歯磨き回数も増え、頬の膨らましができるようになる。プログラム修了後は自主グループによるコースにも楽しく参加している。本人評価では、目標達成度はもう少し、栄養・運動・口腔プログラムは習慣化への意欲は評価されたがどれも見守りが必要と今一歩、基本チェックリストは変化なし、QOLは2段階も改善され、総合プログラムの相乗効果が伺える。

プログラムで毎回実施するものは、バイタルチェック（血圧、体重）、オリジナル介護予防ブックの活用、宿題チェック、ルーチンプログラム（ピンシャン元気体操、お口アップ体操、バランスよく食べる歌）、茶話会（水分補給、コミュニケーション作り）であるが、これは毎回実施することにより介護予防の習慣化を促し、各専門職のフォローアップやQOL評価に役立てるものである。

プログラムでの経過記録（個別）は、毎回プログラム担当者、専門職が各々に記入し、次の支援方法や評価につなげている。また、プログラム担当者は専門職による講話時のグループカウンセリング状況（行動変容）も記録して専門職へのフォローを行っている。

5. 事業の評価

3か月後に事業報告書（事前・事後アセスメント結果・QOL評価・基本チェックリスト結果・目標達成度）と最終評価（専門職評価・総合評価）を地域包括支援センターに報告する。評価は生活機能低下リスクだけの評価でなく、表情や意欲なども含めた内容を総合的に評価している。またプラン作成者と随時連絡を取り合うなどして進めている。

前橋市では、平成21年度からの第4期（H21～H23）介護保険料が引き下げられる予定であるが、これは介護予防への取り組みの成果ではないかと考え、その検証を含めて今後事業評価を進めていきたい。

6. 事業が可能となっている要因

利用者のアンケート調査結果で「プログラム修了後も継続したい」と希望が多いことから、利用者に介護予防を取り組む自主グループづくりを呼びかけたところ、以前民生委員や自治会役員をしていた方の声掛けもあり、自主グループが立ち上がった。また介護予防サポーター研修を受講し、地域で活動したいサポーターとも連携してグループが立ち上がった。プログラム修了者には、介護予防習慣化等の継続と元気確認のために、グループ集会等に参加できるように支援している。



7. 今後の課題

地域支援事業創設から3年間で、通所型介護予防事業をはじめ、自主グループの立ち上げ支援、地域介護予防活動支援として介護予防サポーター養成とその活動支援、出前講座、訪問相談等あらゆるところで介護予防の重要性、食べることの大切さを広めてきた。しかし、H20年度前橋市高齢者福祉・介護保険に関する調査において、介護予防の認知度や取り組みが低かったことから、今後もますます、地域高齢者に関わる、地域包括支援センター、介護予防サポーター、民生委員等と連携して介護予防の地域づくりを推進していくこととしている。

事例3【特定高齢者】：京都府宇治市

京都府栄養士会栄養ケアステーションと協働した栄養改善プログラムの取り組み

1. 本事業の特徴

本市における介護予防特定高齢者施策「栄養改善プログラム」は、通所型介護予防事業「栄養満点教室」（以下、通所型）及び訪問型介護予防事業（以下、訪問型）を実施し、いずれも京都府栄養士会栄養ケアステーション（以下、栄養ケアステーション）と連携体制をとっている。「栄養満点教室」の実施に当たっては、栄養ケアステーションのスタッフにより小集団の良さを生かしたメニューを用意し、参加者の意識・行動の変容を図っている。地域性を考慮し、地域包括支援センター圏域ごとに、同教室を実施するなど参加しやすい体制づくりを工夫し、訪問型においても地域包括支援センターと連携、いずれも介護予防ケアプランに基づき個別支援プログラムを立案し、実施を行っている。

2. 自治体の概要

宇治市の特徴（平成19年10月1日現在）

【人口】193,217人

【高齢化率】18.86%

介護保険法の改正による圏域設定は6圏域（6地域包括支援センターうち2圏域にランチ有り）

3. 事業の体制づくり

栄養改善プログラムの実施にあたっては、実施スタッフの要となる管理栄養士の確保が重要であるが、本事業の体制づくりとして、人材の揃っている京都府栄養士会にご協力を依頼し、栄養ケアステーションから本格的にスタッフの紹介をいただき、企画から実施、評価まで本市担当課と協働して実施する体制とした。

具体的には、通所型「栄養満点教室」に関しては、開始前に栄養ケアステーションと担当課の関連スタッフによる企画調整会議を開催し、栄養改善プログラムにおける個別支援計画・個別アセスメント・評価指標の標準化、教室のメニュー全般の検討、指導媒体作成を行った。教室開始前に個別支援計画等を作成し、教室実施中に出てきた課題は、スタッフが連携しつつ、改善できるよう調整した。教室終了後には、評価会議を行った。栄養ケアステーションには、介護予防事業について（訪問型を含め）栄養専門職の観点から参画していただいている。

4. 実施状況（平成19年度）

実施状況：実施延べ回数 36回、参加実人数 62人、参加延べ人数 198人

スタッフ：管理栄養士2名 保健師等1名

表「栄養満点教室」の実施内容

事前アセスメント	食生活・生活状況、主観的健康感・基本チェックリスト	
第1回目	講話「バランス食」	個別アセスメント・個別指導
第2回目	講話「間食等の上手な取り方」	カードバイキング「今晚食べたい献立」
第3回目	講話「減塩の工夫」	試食 副食献立3種類
第4回目	講話「栄養満点教室のまとめ」	修了証書の授与
事後アセスメント	個別支援計画の目標達成状況、参加後の意識・行動変容等	
毎回実施	個別支援計画に基づき、毎回個別指導実施 体重測定・バイタルチェック 自己目標の設定、食や生活の振り返り表の記入 参加者交流 グループワーク「前回の自己目標への自己評価と次回の自己目標」	

5. 予防給付・他の地域支援事業等との連携

地域において、通所型「栄養満点教室」の実施を積極的に行うことで、他の特定高齢者施策の参加者への栄養改善プログラム紹介を行い、地域包括支援センターのアセスメント、介護予防ケアプランに基づき参加に繋げている。また、利用者の終了後のフォローの場として、介護予防一般高齢者施策 介護予防普及啓発事業の紹介を行っている。

6. 事業の評価方法

個別評価として、体重の変化、短期目標の達成度、主観的健康感、基本チェックリスト、バイタル等の評価の集積と、事業全体の評価として、参加者数、評価指標のあり方、処遇・関連機関との連携のあり方等を検討している。

【個別評価の例】

短期目標の達成度の変化（人数）

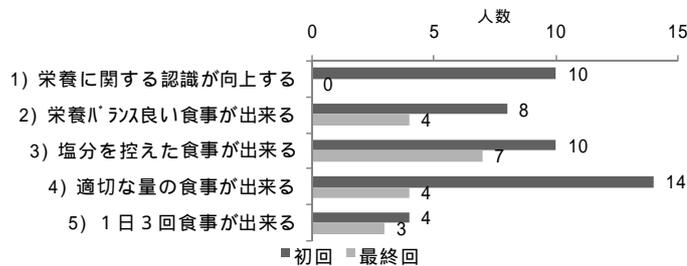
短期目標の達成度を5段階評価し、最終回と初回評価点数の差を表す

5：達成 4：ほぼ達成 3：半分出来ている 2：時々（少し）出来るときがある 1：出来ていない

短期目標の内容	5	5	+4	+3	+2	+1	±0	-1	-2	不明
1) 栄養に関する認識が向上する	4	0	1	2	20	12	1	0	1	
2) 栄養バランスの良い食事が出来る	2	0	0	2	18	18	0	0	1	
3) 塩分を控えた食事が出来る	1	0	0	1	19	17	1	0	1	
4) 適切な量の食事が出来る	2	0	0	2	23	11	2	0	1	
5) 1日3回食事が出来る	26	0	0	1	7	6	0	0	1	

短期目標の達成度「2」、「1」と回答した数の変化（人数）

「2：時々（少し）出来るときがある」、「1：出来ていない」と回答した数は減少した



7. 事業が可能となっている要因

京都府栄養士会栄養ケアステーションからの技術協力が得られている点に関して、本市は京都市に隣接し、京都府栄養士会にも近く、栄養ケアステーションとの物理的な距離が保ちやすいこと、栄養ケアステーションのスタッフが出務しやすい地理的条件であることも技術協力が得られている要因となっている。栄養ケアステーションのサイドからも、スキルアップと力量の標準化を図り、人材育成に繋がるものであるとご意見を頂いている。

8. 課題

「栄養改善プログラム」の効果の考え方をどこに置くか、食に関連するストレートな効果は数値で表すことが難しいが、数値化の工夫をはかるとともに、利用者の生活活動の変化や表情の変化など、プログラムに参加したこと自体が生活習慣を変えていく点に着目した評価指標も、今後栄養ケアステーションスタッフとともに検討していきたい。

**事例4【特定高齢者・一般高齢者】：神奈川県秦野市
地域（ボランティア、地域人材）と連携した栄養改善プログラムの取り組み**

1. 本事業の特徴

健康づくり部局の管理栄養士と秦野市食生活改善団体（以下、「食改」）が、秦野市健康増進計画「健康はだの21」の推進として展開してきた「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を幅広く展開している。

2. 自治体の概要

秦野市の特徴（平成20年9月末日現在）

【人口】161,466人

【高齢化率】19.0%

3. 事業の体制づくり

秦野市では、地域支援事業創設以前から健康づくり部局の管理栄養士が食改の協力を得て、高齢者向けの料理セミナーや食のボランティアを育成しており、高齢者を対象に食を提供する活動が既に展開されていた。地域支援事業創設後は高齢福祉部局で介護予防事業を実施することとなり、平成20年4月現在では、高齢福祉部局に非常勤の管理栄養士1名と臨時職員の管理栄養士が3人配置されている。介護予防における栄養改善事業については、特定高齢者施策と一般高齢者施策の全てを新規事業として立ち上げるには限界があったので、これまで健康づくり部局で管理栄養士が食改と一緒に築いてきた活動をさらに発展させる形で実施することとした。

特定高齢者施策	一般高齢者施策
（通所型介護予防事業） <ul style="list-style-type: none"> ● 栄養改善プログラム「食で免疫力アップ！」（食改へ委託）年12回 ● 介護予防プログラム「いきいき介護予防教室」における栄養改善教室 ● 認知症予防教室での調理実習等支援 （訪問型介護予防事業） <ul style="list-style-type: none"> ● 管理栄養士による訪問支援 	（介護予防普及啓発事業） <ul style="list-style-type: none"> ● 地域からの依頼による栄養講話 ● 食のお役立ち情報誌の作成 ● 高齢者のやさしい料理セミナー（食改へ委託）年70回開催 （地域介護予防活動支援事業） <ul style="list-style-type: none"> ● 地域団体の食事づくり活動支援（各団体へ訪問し、助言） ● ボランティアさんのお勧めレシピ集作成 ● 食のコミュニティ育成事業（食改へ委託） ● やさしい料理セミナーのテキスト作成（食改へ委託）

太字の事業は、食改への委託・協力にて実施している。

4. 実施状況

食改の協力を得て実施している事業の実施状況

1 「食で免疫力アップ！」教室の実施

もともと体重が少なく、病気によりさらに体重が減少した高齢者や、ガン等の術後に食事が減り、体重が減少した高齢者、さらには、低栄養状態にある高齢者の家族も受け入れ、同じ悩みを持つ者同士がそれぞれの思いを共有し、情報交換や会食、体操などを実施している。

「食で免疫力アップ！」の主なプログラム内容
 講話：旬の食材の特徴、食中毒の予防、栄養補助食品、口の健康、冷え予防、貧血予防
 体操：気功、健口体操、頭の体操 情報交換 会食

「食で免疫力アップ！」教室では、管理栄養士や保健師の個別対応に重点を置きながらも、お互いの共通の悩みを共感し合い、体調の改善に向けての工夫点など、病院では聞きにくい細

かいことなども気軽に情報交換ができる場を設けている。また、毎回の昼食を、食改とそのOBの協力を得て提供しているが、毎回、旬の食材を使い、食べやすい大きさや硬さ、季節の花を添えるなどの盛り付けの工夫、さらにはテーブルフラワーなど、ボランティアの温かい心遣いがされている。

2 「高齢者のやさしい料理セミナー」の実施およびテキスト作成

高齢者が身近な地域で、慣れ親しんだ人と一緒に、楽しい雰囲気の中で、簡単なメニューの調理や会食ができるよう、食改に「高齢者のやさしい料理セミナー」を委託し、各地区で年70回以上実施している。また、食改は50年弱の活動を通じてたくさんのメニューを作り出しており、その中から高齢者に適したメニューを選び出し、栄養価計算を行い、さらに、簡単に調理できるメニューを追加して、テキストを作成した。

3 「ボランティアさんのお勧めレシピ集」の作成

地域で展開されている食事づくりでは、旬の素材の活用や、低価格・短時間で作るなどの工夫がされている。しかし、献立作成に苦労している様子から、食のボランティア活動に活用できるよう、日々の活動で作成したメニューを集めて、「ボランティアさんのお勧めレシピ集」を作成した。このレシピ集にも食改が作り出してきたメニューがたくさん含まれており、食改の活動が地域に広がっていることが伺える。

4 「食のコミュニティ育成事業」

地域で高齢者への食事づくりのボランティア活動をしている方の育成を目的とし、食改に事業の運営を委託している。ボランティア活動に役立つ情報提供や食に関する知識・技術の伝達、参加者同士の交流を深めることで、食をとおした地域活動をさらに広げ、ネットワークの構築を目指している。

「食のコミュニティ育成事業」の主な内容

食品衛生について、高齢者の栄養の特徴とボランティア活動、献立立案のための栄養講座、集団調理における衛生管理、栄養価計算と高齢者の献立立案、高齢者の栄養と口腔機能、高齢者に役立つ簡単な食事や地域情報、咀嚼しにくい高齢者や嚥下しにくい高齢者のための食事と調理方法、楽しい食卓のアレンジ等

以上の活動に全て食改が関わっていることで、事業の単独実施にとどまらず事業同士の連携が自然に図れている。また、食改は、地域の自治会（地区社協）の活動の中でも役割を持っていることから、食以外の活動とのつながりを持っており、介護予防のなかで重要な役割を担っている。

6 . 事業の評価方法

特定高齢者施策として実施している「食で免疫力アップ！」では、常に8割以上の出席率を維持しており、参加者の約7割が教室参加することで「体調が良くなった」、9割近くが「気持ち明るくなった」と答えている。体重が増えた方が約半数おり、その他にも食べる食材が増えた方や外出頻度が増えた方など、個々の状況は改善している。また、運動、口腔機能改善、認知症予防等のメニューを盛り込みながらの教室運営となるため、栄養面での改善だけでなく、うつ状態が改善した方や認知症の予防につながった方もいた。

7 . 事業が可能となっている要因

ヘルスプロモーションの理念に基づき、「高齢者が健全な食生活を送る」という共通の目的をこれまで地域で活動してきた方たちと共有し、地域の食のニーズについて一緒に考え、高齢者の栄養改善に重要なことは何かを確認することで、地域で活躍している人材をつなぎ、必要に応じて新たに育成したこと。また、行政、民間、ボランティア、高齢者自身がそれぞれの立

場でできることを実践につなげたこと。

8 . 課題

一般高齢者施策の効果（地域全体の食の評価）をどう行うかが課題と感じている。また、独居高齢者・高齢者世帯・日中独居の高齢者が急増していることから、「食」の確保（介護予防と関連大）が大きな課題となっている。今後は介護保険の認定者も含めて高齢者の「食」の確保につながる施策の検討が重要だと実感している。

**事例5【一般高齢者】：高知県土佐清水市
高齢者リーダーと地域ボランティアを活用した栄養改善プログラムの取り組み**

1．本事業の特徴

本事業は、高齢者が食生活への関心を持ち、できることから改善していくよう支援するもので、介護予防一般高齢者施策として実施している。介護予防普及啓発事業として、市内の各地域で進めるために、地域支援事業創設以前よりあった栄養改善教室に参加した高齢者の中から、自然にまとめ役となった者を「高齢者リーダー」として活用するとともに、その「高齢者リーダー支援者」として地域ボランティアの食生活改善推進員（以下、食改）を位置づけた。実際の事業では、まず地区「高齢者リーダー」を育成し、次いで栄養改善教室の実施、次年度の事業継続へと計画的に実施するよう組み立てている。

2．自治体の概要

土佐清水市の特徴（平成20年9月30日現在）

- 【人口】17,155人
- 【高齢化率】36.9%

3．事業の体制づくり

【地区「高齢者リーダー」、「高齢者リーダー支援者」の設置】

栄養改善教室の開催中に、参加者のなかでまとめ役となれる人材に対してリーダーの依頼をした。本市は高齢化率が36.9%と高く、高齢者が高齢者を支えていくことが不可欠であると考え、高齢者自身が「高齢者リーダー」になることとし、そのリーダーを支える役「高齢者リーダー支援者」を食改が受け持つかたちとしている。高齢者の中からリーダーが出来ることで、栄養改善教室の参加者が増加した。また平成19年度は「高齢者リーダー支援者」（食改）がいない地区での食改育成を目的とした食改養成講座も開催した。

【リーダー育成研修】

「高齢者リーダー」及び「高齢者リーダー支援者」を対象として、年2回の研修を実施し、意欲の向上につなげている。

4．実施状況

栄養改善教室は、高齢者の運動教室を毎月実施している地区の中から、活発に活動している地区を選び、栄養改善教室を実施した。さらに平成18年度からは、栄養改善教室以外の栄養講話等の出前講座を介護予防普及啓発事業として、市内35地区の中から13モデル地区を選び、高齢者が集まる場所において実施した。本事業では高齢者とともに、保育所や地域の子どもたちとの“食”を通じた交流を中心に栄養改善や介護予防を進めてきた。平成19年度は、栄養改善教室の実施が6地区に拡大し、新規12地区において介護予防普及啓発事業を展開した。前年までに栄養改善教室を実施した地区においては「高齢者リーダー」及び「高齢者リーダー支援者」を通じて簡単レシピを配布するなどの事業継続を行った。

区分 年度	栄養改善教室		その他の 介護予防普及啓発事業		事業継続の状況	
	地区数	参加人数	地区数	参加人数	地区数	参加人数
平成17年度	1	16	-	-	-	-
平成18年度	4	68	13	164	-	-
平成19年度	6	76	12	173	5	470

表 栄養改善教室の概要

1 回目	<ul style="list-style-type: none"> ・食品摂取多様性アンケート ・栄養改善の流れの説明 ・身長・体重測定 ・食品チェックシートの説明 	<p>食品摂取多様性評価票10品目（魚・肉・卵・乳製品・大豆製品・野菜海藻類・芋類・果物・油）について 毎日2日に1回 1週間に2～3回 ほとんど食べないの中で近いものをしてもらう</p> <p>チェックシートは、目標を立てて10日間10品目の食品チェックする</p>
2 回目	<ul style="list-style-type: none"> ・食品摂取多様性アンケート結果 ・食事に関して目標をたてる ・食事すごろくゲーム 	<p>「そのまんま料理カード」を使いバランスのよい献立をたてるゲーム</p> <p>サイコロを投げ、出た目の数により、食事に関する質問や、クイズ、料理カード獲得の権利などが得られる</p>
3 回目	<ul style="list-style-type: none"> ・簡単レシピ説明・試食 ・目分量・手分量の理解と活用 ・チェックシート・回収・配布 	<p>簡単レシピは地区の食改に委託し、高齢者が家で簡単にできる献立の提供。「分量あてゲーム」により、普段気にしていない食材の重量や天ぷら、1人分の粉の量などを意識させる</p>
4 回目	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔体操 ・チェックシート・回収・配布 	<p>口腔体操の必要性。口腔体操をビデオをみながら実施。保育園児が録音した「むすんでひらいて」を聞きながら口腔運動している</p>
5 回目	<ul style="list-style-type: none"> ・食品摂取多様性アンケート ・チェックシート・回収・配布 ・ゲーム（食育かるた） 	<p>2回目のアンケート実施</p> <p>A4サイズの「食育カルタ」を作成。食事や健康に関する文で構成されている。昔遊びで懐かしいカルタは高齢者に喜ばれる</p>
6 回目	<ul style="list-style-type: none"> ・食品摂取多様性アンケート結果 ・簡単レシピ説明・試食 ・すきやきゲーム 	<p>2回目のアンケート結果は初回と比較して結果を返却</p> <p>3～4組に分かれ、胴元（栄養士）とじゃんけんし、勝ったらすきやきの材料を取る権利を得られる。材料7つを早くそろえた組が勝ち</p>

6 . 事業の評価方法

- 1) 高齢者健診マニュアル「身体機能計測項目」 握力・立ち上がり・開眼片足立ち
- 2) 食品チェックシート記入及びBMI計測による評価
- 3) 食生活アンケート「食品摂取多様性評価票」の活用
- 4) 食生活に関する生活目標を本人と協議・設定し、その達成度を評価

食生活アンケート「食品摂取多様性評価票」の結果では、ほとんどの人が食べることを前向きに考え、参加者の約4割において、たんぱく質の摂取頻度が増加した。改善割合は、魚介類+36.8%、肉類+57.9%、卵+26.3%、大豆製品+42.1%であった。

6 . 事業が可能となっている要因

高齢者が集まる場所（既設）の機会を活用したことで、食生活に無関心であった高齢者に関わることができた。誰もが楽しく参加できるよう教室の内容（簡単レシピの試食作り・いきいきサロン、食べ物ゲームなど）を工夫した。また食改養成講座を実施したことで、食改（「高齢者リーダー支援者」）のいない地区がなくなった。その結果、「高齢者リーダー」との協働で栄養改善教室、その他の介護予防普及啓発事業がスムーズに展開することができた。

7. 課題

高齢者は、体調その他の条件により身心が不安定になりがちなことから、リーダーという責任を有する立場につくことを嫌がる傾向がある。また一方で、リーダーとなって、他地区のリーダーとの話し合い等からさまざまな問題点に気づき、活動がより活発化することもある。リーダーの負担感を軽減するとともに、達成感を持たせ、意欲的に取り組むように支援していくことが必要である。また、高齢者の集まる機会の少ない地区における事業の実施や事業が継続している地区での評価方法等が課題となっている。

改訂版

委 員

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

協力委員

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

協力研究者

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

事務局

多田 麻衣子	神奈川県立保健福祉大学
高田 健人	神奈川県立保健福祉大学

(五十音順、 : 主任研究者)

初版

委 員

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

協力研究者

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

事 務 局

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

(五十音順、 :主任研究者、初版時)