

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。ワーフア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(ラクソベロン)

<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。 買い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あり。		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。	3. 週1回は自宅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】

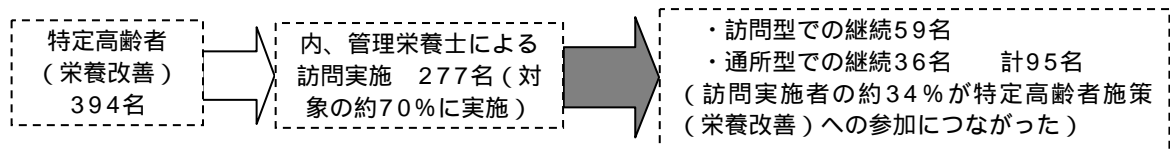
平成18年4月制度改正に伴い、介護予防部門に管理栄養士が1名異動により配置された。これにより、高齢者に対する栄養改善事業の企画から実施、評価までの一連の流れを行えるようになった。また、非常勤管理栄養士・栄養士に対し、地域支援事業（栄養改善）に関する研修会・打合せ会を随時開催し、事業従事できる人的体制を整えた。また、立ち寄り訪問を実施する際の管理栄養士の訪問時の流れ等を標準化し、同じ質で効率的・効果的に訪問を実施できるよう努めた。

【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で、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「 <u>バランス食</u> 」	個別アセスメント・個別指導
第2回目	講話「 <u>間食等の上手な取り方</u> 」	カードバイキング「 <u>今晚食べたい献立</u> 」
第3回目	講話「 <u>減塩の工夫</u> 」	試食 副食献立3種類
第4回目	講話「 <u>栄養満点教室のまとめ</u> 」	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「 <u>前回の自己目標への自己評価と次回の自己目標</u> 」	

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）

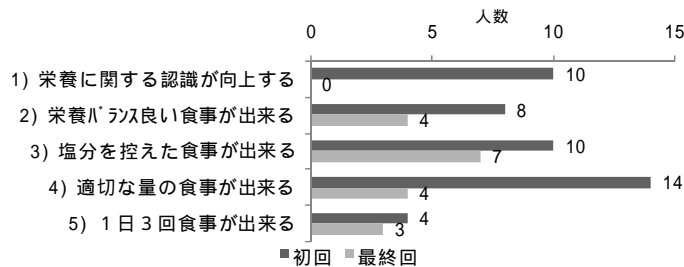
短期目標の達成度を5段階評価し、最終回と初回評価点数の差を表す

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） ● 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） ● 管理栄養士による訪問支援	（介護予防普及啓発事業） ● 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） ● 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選んでもらう</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)