

## 6 新予防給付における「栄養改善」に関するサービス

### 6.1 目的

新予防給付における本サービスは、要支援状態にある利用者を対象として、要介護状態への悪化防止や要支援状態からの離脱を目指して、利用者の低栄養状態を早期発見して、利用者が十分に「食べること」を通じて、低栄養状態を早期に改善し、自分らしい生活の確立と自己実現を支援するものである。

### 6.2 地域包括支援センターにおける一次アセスメント

要支援者に対する新予防給付の基本的な流れは図9-A、本サービスの導入の流れは図9-Bに示したとおりである。

高齢者の低栄養状態は、タンパク質及びエネルギーの欠乏状態であり、体重の減少はあまりみられないが、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体重の減少によって評価・判定する（表4）。

表4に示す体重減少については、本来は一定期間（1か月、3か月あるいは6か月）の体重減少率（ $(\text{通常体重} - \text{現体重}) \div \text{通常体重} \times 100$ ）によって評価することが望ましい。しかし、在宅高齢者では、一定期間の体重の減少率がわからない場合も多いので、「基本チェックリスト」を利用した一次アセスメントでは、「6か月間で2～3kg以上体重の減少がありましたか？」を低栄養状態の中高リスクのおそれがあるかの質問項目として設定している。

また、身長、体重からはBMIを算出し、日本人の「痩せ」の基準であるBMI18.5未満を用いて、低栄養状態の中・高リスクのおそれがあるかを判定する。

さらに、介護予防に関する健診等において血清アルブミン値が判明している場合は、国際的に低栄養状態の中リスクとして個別サービスの導入の判定に用いられている血清アルブミン値3.5g/dl以下を低栄養状態の評価・判定に用いる。なお、血清アルブミン値が3.5g/dlを上回るもののその値が低下傾向を示す高齢者に対しては、地域支援事業における一般高齢者施策によって支援する。

地域包括支援センターの担当者は、表4の低栄養状態の判定方法に基づいて、該当した者には低栄養状態（中・高リスク）の疑いがあると判定し、介護予防ケアプランへの本サービスの導入を検討し、利用者及び家族へ本サービスの利用について説明し、本人及び家族の同意を得て、本

サービスを利用できるように調整する。

一方、低栄養状態（中・高リスク）の疑いが「無」（低リスク）と判定された新予防給付の対象者、及び本サービスを利用し、低栄養状態が改善した結果、本サービスの利用の必要性がないと判定された者についても、定期的に地域包括支援センターにおいて栄養状態の評価を行う。

血清アルブミン値及び体重減少の臨床疫学的意義を提示したエビデンスについては表5を参照されたい。BMIと血清アルブミン値に基づく評価・判定結果は、低栄養状態が軽度である要介護高齢者では相互に一致しない場合があるので、低栄養状態のリスクの評価・判定にはどちらも必要な指標であると言える。

表4 一次アセスメント（基本チェックリスト）からの「栄養改善」サービス導入の検討

身長	cm	体重	kg
1	6か月間で2～3kgの体重減少がありましたか		はい いいえ

#### 判定方法

- ①身長・体重からBMIを計算する。(BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m))
- ②上記1の質問に「はい」と回答している場合またはBMI18.5未満の場合に、特定高齢者施策として本サービスの導入を検討する。

なお、介護予防に関する健診等において血清アルブミン値が3.5g/dl以下の場合にも本サービスの導入を検討する。

表5 低栄養状態の指標について

**血清アルブミン値**

生理学的には $\leq 3.5\text{g/dl}$ では内臓タンパク減少、 $\leq 2.8\text{g/dl}$ では浮腫 (Starker, 1982)  
 疫学的には $\leq 3.5\text{g/dl}$ 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 $\leq 3.0\text{g/dl}$ では2~3倍 (Rudman, 1989)、また、術後12週間後死亡率は $\leq 3.0\text{g/dl}$ では3.5倍 (38.1%)、術後2年後の死亡率は $\leq 3.5\text{g/dl}$ 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、血清アルブミン値 $\leq 3.5\text{g/dl}$ は低栄養状態の中リスクと評価 (Gottschilich, 1985, Gibson, 1990)

**体重減少率**

老人病棟患者の入院前と比較した入院中の体重減少率は、退院1年以内の死亡率を予測する最適な指標である (Sullivan, 1991)  
 老人病棟患者において、体重減少率は、極めて高感度に再入院率を予測する (Sullivan, 1992)  
 米国における20病院研究によって入院3日間以内に栄養スクリーニングを行い、栄養ケアを行うことによって平均在院日数が2.1日減少する (Turker, 1998)

小山秀夫、杉山みち子; 栄養管理サービスに関する医療経済的評価 p87-108, 厚生省老人保健事業推進等補助金研究—高齢者の栄養管理サービスに関する研究—報告書, 1999  
 杉山みち子、小山秀夫; 平均在院日数短縮化に資する栄養管理マネジメント技法、厚生科学研究補助金平成11年度医療技術評価総合研究事業「マネジドケアにおける医療システムの経営管理法の導入効果に関する研究」厚生労働省老人保健事業推進等補助金研究—高齢者の栄養管理サービスに関する研究—報告書, 1999.

**6.3 居宅サービスとしての本サービス**

本サービスは、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーション、及び介護予防通所介護において提供されることが想定される(図9-B)。

地域包括支援センターは、一次アセスメントの結果に基づき介護予防ケアプランに本サービスの導入が必要と判断された利用者について、指定介護予防サービス事業者(以下「事業者」という。)に対して本サービスの提供を依頼する。各事業者は、これらの利用者に対して二次アセスメントを実施し、本サービスを提供する。

**6.4 管理者の責務と栄養ケア・マネジメント体制**

各事業者は、図8、図9-Bに示した栄養ケア・マネジメント体制のもとに本サービスを提供

する。この場合、栄養ケア・マネジメントの中核には管理栄養士を位置づける。

各事業者の管理者は、本サービスに関する担当者を、地域包括支援センターでのサービス担当者会議に出席させ、関連サービスとの連携を図りながら栄養改善サービス計画を作成し、提供させる。

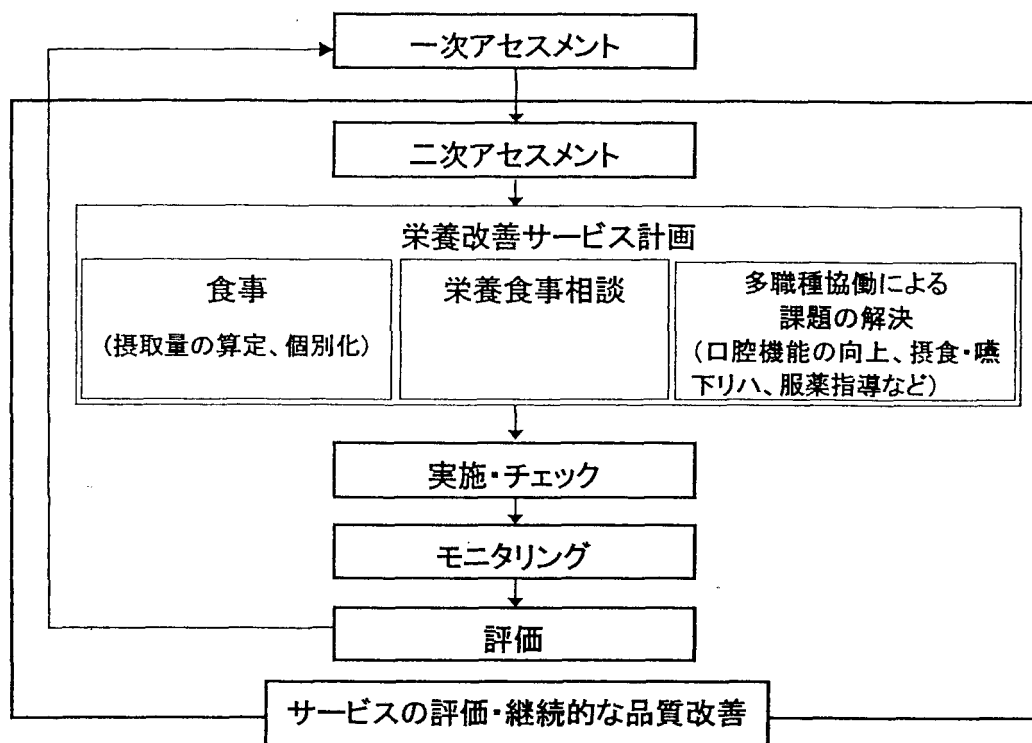


図8 栄養ケア・マネジメントの構成要素

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

<参考>「栄養ケア・マネジメント」について

定義

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

理念

- 利用者の要介護状態の改善又は重度化の予防を図るために、利用者の低栄養状態を優先的に改善すべき課題として位置づける。

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

#### 構成要素の概要

- **一次アセスメント**  
地域包括支援センターにおいて実施する一次アセスメントでは、利用者の低栄養状態のリスクの判定も行われる
- **低栄養状態にある者に関して解決すべき課題の把握（二次アセスメント）**  
低栄養状態のリスクがある者の改善指標やその程度を評価・判定するとともに、関連要因を明らかにする。低栄養状態の改善に直接関係する業務として、食事の個別化へのニーズ、食習慣を把握するための食事調査、栄養状態の直接的な評価（臨床診査、臨床検査、身体計測など）を実施する。また、可能であれば栄養摂取量決定のために安静時のエネルギー消費量の測定を行う。
- **栄養改善サービス計画の作成**  
一人の対象者に一つの実行可能な本サービス等について、対象者のサービスに関わる職種間で協議し決定した内容を文章化する。利用者の個別の生活機能や自己実現の目標を達成するために、栄養改善上の目標を設定する。また、栄養改善上の目標を達成するためには、いつ、どこで、だれが、何を、どのように実施するかを最低限記載する。次の3つの柱で構成する。
  - ・ **食事：**  
適正なエネルギー、タンパク質などの摂取量の決定、食事の提供方法（形態など）を選定する。エネルギー摂取量は、実測した安静時エネルギー消費量に基づく算定を奨励する。
  - ・ **個別的で重点的な栄養食事相談：**  
低栄養改善のための知識、態度を変化させ、適正な生活習慣へと変容させ、生活機能の維持・向上をはかるための相談計画を作成する。
  - ・ **多職種協働による課題の解決：**  
栄養状態には、利用者の身体的・精神的問題、経済的、社会的問題が大きく関わる。そのため、管理栄養士ばかりでなく、医師、歯科医師、薬剤師、看護師・保健師等、歯科衛生士、理学療法

士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士などの専門職が、必要に応じて栄養改善サービス計画に参画しそれぞれの計画を協議する。

- **実施内容等の確認**

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

- **モニタリング**

定期的に栄養状態の再アセスメントを行う。モニタリング期間は、栄養状態の程度や、指標によっても異なる（体重は1か月毎に測定）。

- **評価**

6か月後に最終的な評価を行い、目標が達成されていない場合は関係者で協議し、計画を続行するか、計画の修正を行う。目標が達成された場合には、地域包括支援センターに報告する。

- **本サービスの評価と継続的な品質改善活動**

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

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

## 6.5 対象者の要件

本サービスの利用者は、要支援1、要支援2であって、地域包括支援センターにおける一次アセスメントによって低栄養状態の中・高リスクとの判定をされた者である。

## 6.6 実施内容

### 1) 実施担当者、実施場所

- a. 介護予防居宅療養管理指導における本サービスは、医師の指示のもとに管理栄養士が担当する。
- b. 介護予防通所介護における本サービスは、かかりつけ医の指導のもとに管理栄養士が担当する。  
管理栄養士は、必要に応じて生活相談員、看護師等、介護職員、機能訓練指導員と協働して本サービスを行う。
- c. 介護予防通所リハビリテーションにおける本サービスについては、医師の指導のもとに管理栄養士が担当する。管理栄養士は、必要に応じて、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師等、介護職員の多職種と協働して本サービスを行う。

なお、一般的には新予防給付の利用者は地域支援事業の特定高齢者施策の対象者にはならない

# 図9-A 新予防給付の流れ(案)

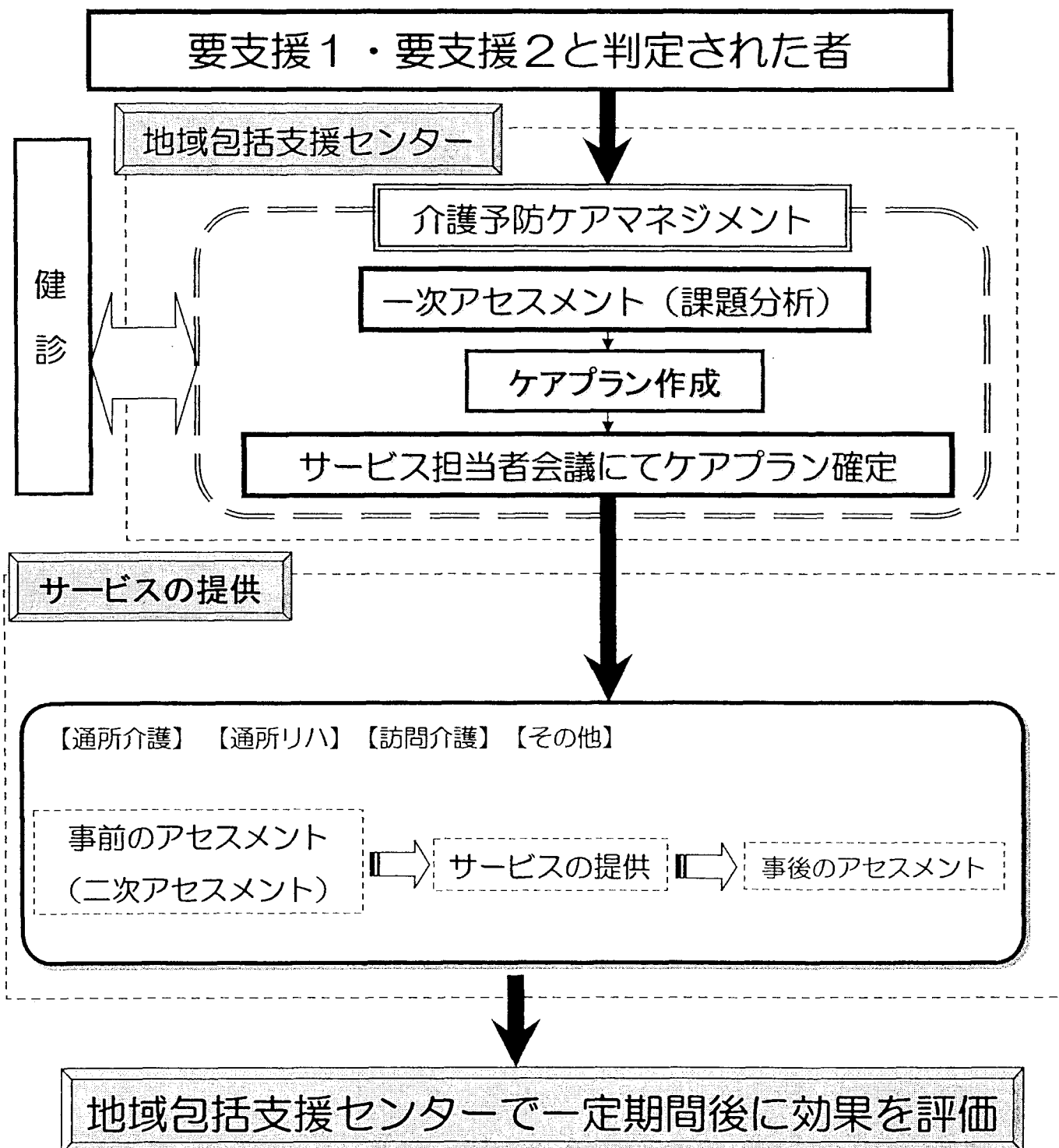


図9-B 新予防給付における栄養改善サービスの流れの概要

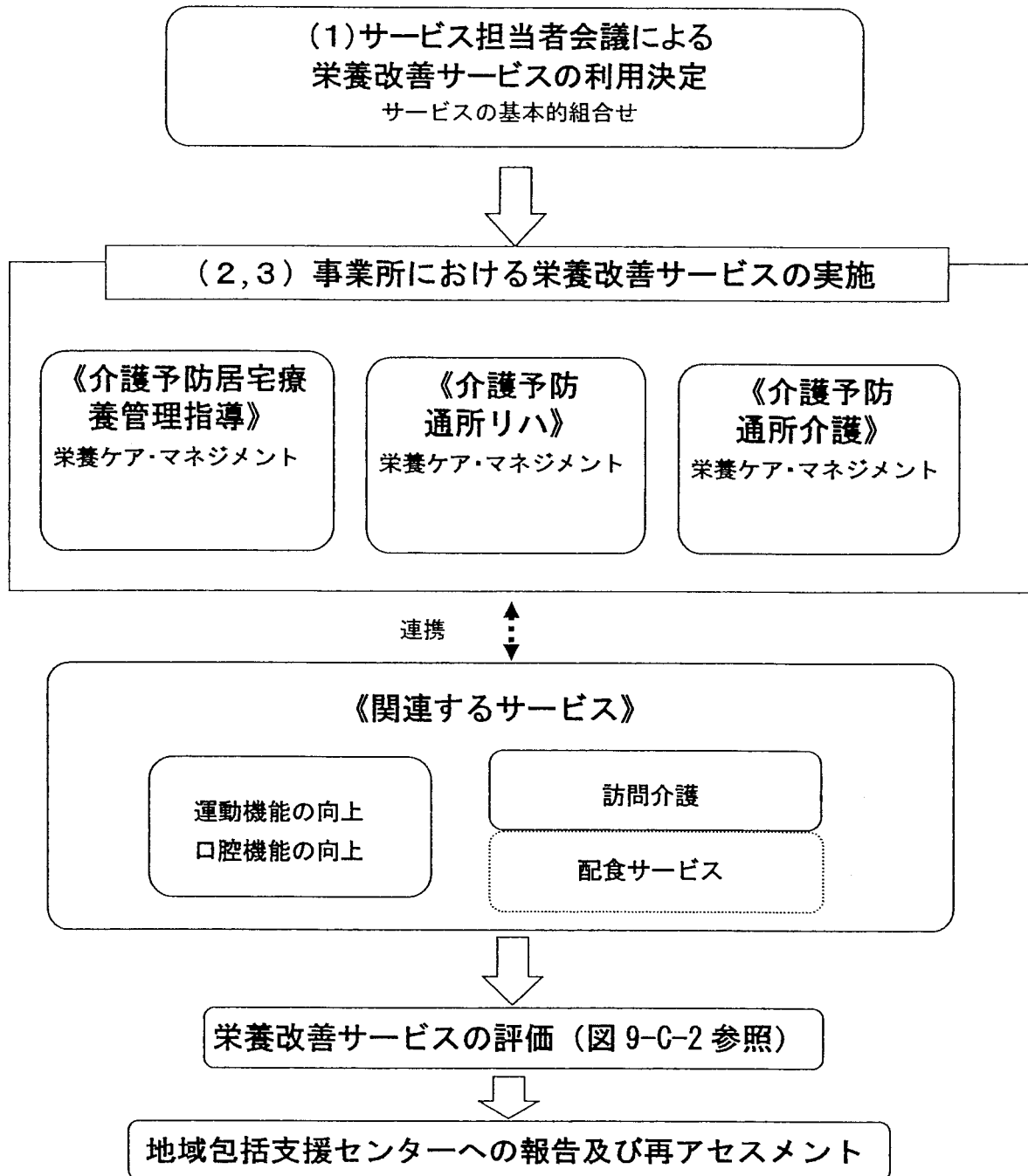




図9-C-1 新予防給付における栄養改善サービスの実務

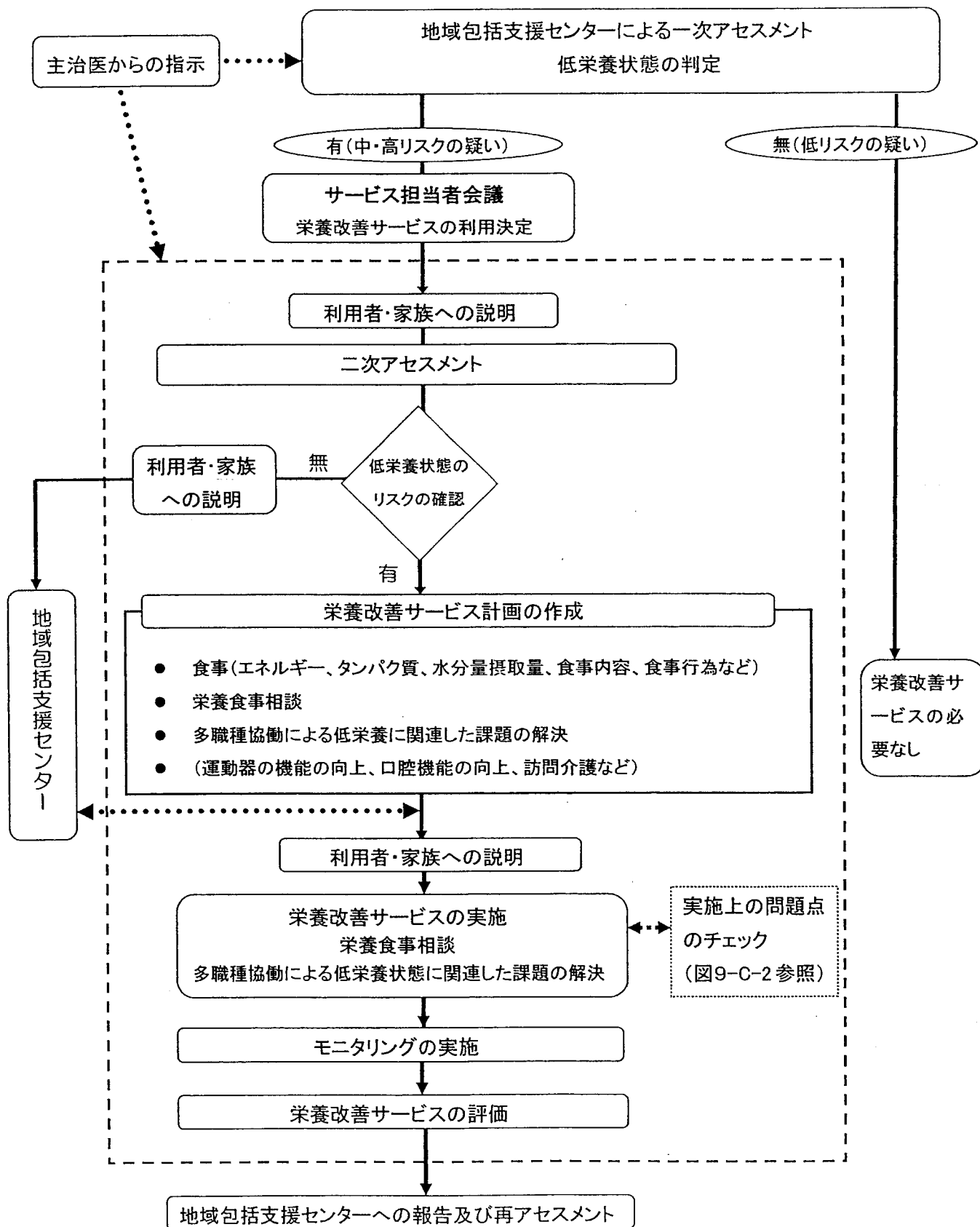
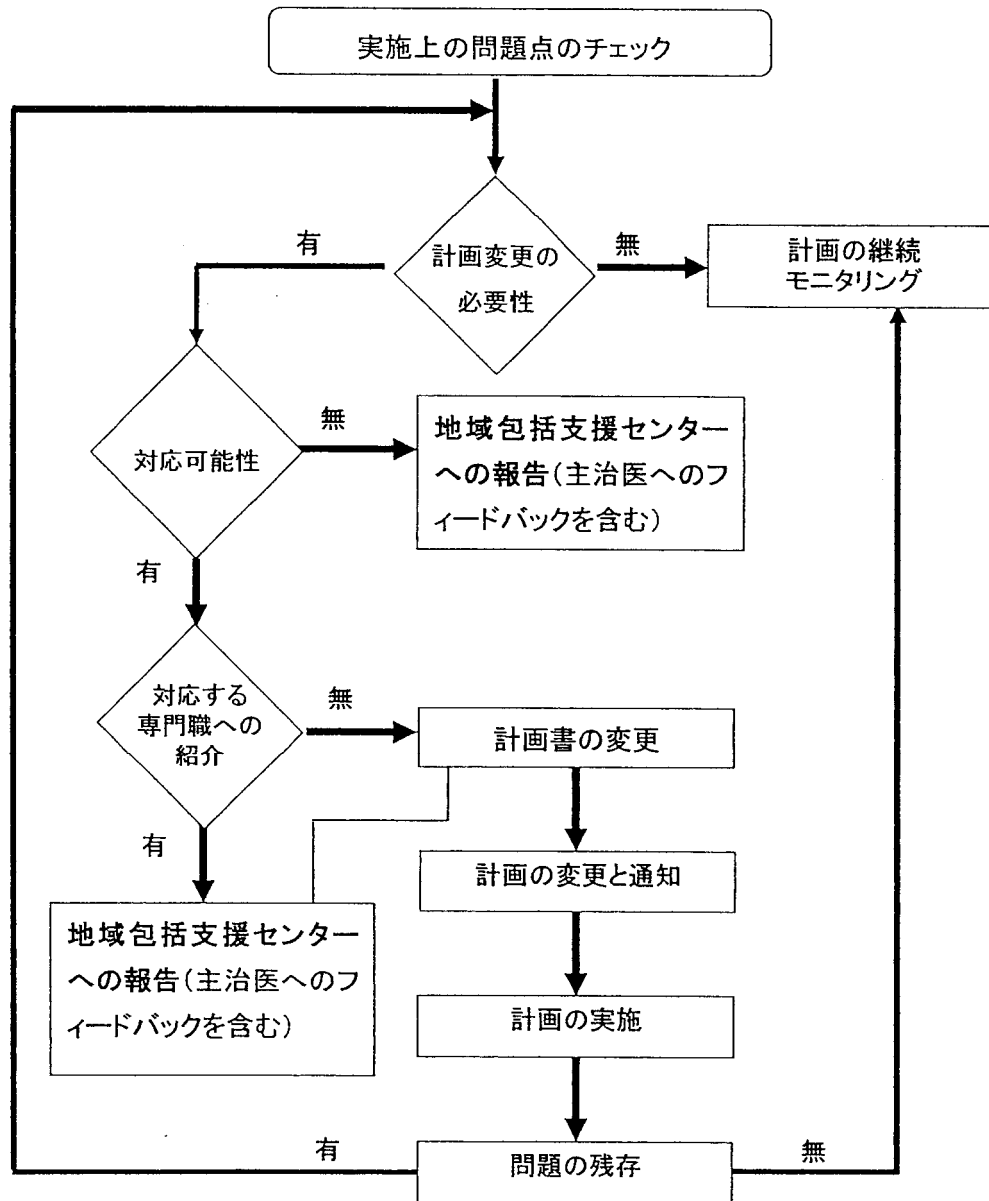


図 9-C-2 新予防給付における栄養改善サービスの特定高齢者施策

—実施上の問題点のチェック—



と考えられるが、新予防給付の本サービスの利用者については、栄養補給の観点から、必要が認められれば、例外的に地域支援事業の特定高齢者施策としての配食サービスや地域住民等による支援活動を利用できるようにすることが適当と考えられる（「7地域支援事業における「栄養改善」に関する事業」の項を参照）。

## 2) 二次アセスメント

管理栄養士は利用者及び家族との個別面談を行い、二次アセスメントを実施し、その結果を記録する（図9-C-1）。

二次アセスメントの様式p59を参照されたい。介護予防ケアプラン、主治医意見書、認定調査の結果、一次アセスメント結果等の地域包括支援センターから提供された情報に加え、必要に応じて訪問介護、訪問リハビリテーション等の関連サービス提供者からの情報を収集する。

二次アセスメントでは、下表により、栄養状態のリスクを確認する。

### 栄養状態のリスクのレベル

危険因子	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	<input type="checkbox"/> 18.5～29.9	<input type="checkbox"/> 18.5未満	
体重減少率	<input type="checkbox"/> 変化なし (減少3%未満)	<input type="checkbox"/> 1か月に3～5%未満 <input type="checkbox"/> 3か月に3～7.5%未満 <input type="checkbox"/> 6か月に3～10%未満	<input type="checkbox"/> 1か月に5%以上 <input type="checkbox"/> 3か月に7.5%以上 <input type="checkbox"/> 6か月に10%以上
血清 アルブミン値	<input type="checkbox"/> 3.6g/dl以上	<input type="checkbox"/> 3.0～3.5g/dl	<input type="checkbox"/> 3.0g/dl未満
食事摂取量	<input type="checkbox"/> 良好(76～100%)	<input type="checkbox"/> 不良(75%以下) (内容: )	
栄養補給法			<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法
褥瘡			<input type="checkbox"/> 褥瘡

(出典:平成16年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金「施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究会」報告書)

二次アセスメントの内容は、主に次の項目が考えられる。

- ① 家族構成、買い物・食事づくりの担当者、共食する者、身体状況、栄養状態、食事に関する利用者及び家族の意向、主観的健康感・意欲などについて聴取する。
- ② 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、環境、特記事項（安全性の確保などの観点）などについて把握する。
- ③ 低栄養状態と関連した皮膚の状態、口腔内の状態（痛み、義歯の不具合、口臭、味覚の低下、

口渇等)、食欲低下、摂食・嚥下障害(むせ、流涎(よだれ)、痰の増加など)、嘔気・嘔吐、下痢(下剤の常用を含む)、便秘、浮腫、脱水(腋下の乾燥・口唇乾燥等)、栄養と医薬品の相互関係の観点から医薬品の種類と数、投与方法、食事との相互作用などについてチェックする。

- ④ 身体機能(握力、ADLなど)、身体計測による体組成の把握、可能であれば健診等による臨床検査から、糖代謝、腎機能などの問題、現在の食事によるエネルギー、タンパク質、水分摂取量などを把握する。食事摂取状況については、簡易食物摂取状況調査や食事記録法、写真などを用いて確認する。
- ⑤ 口腔及び摂食・嚥下機能の問題がある利用者に対して、医師の指導のもと食事の適正な形態について評価・判定する。
- ⑥ きざみ食やミキサー食等の通常の形態以外の食事を摂取している場合には、できるだけ普通の食事の形態へと移行させるために、関係者と連携して移行にあたっての課題を明らかにする。
- ⑦ 利用者の食事行為に関する知識・技術・意欲の状況について評価する。また、家族、支援者の知識・技術・意欲の状況、日常の食習慣や生活習慣の状況、訪問介護等による食事サービスの状況、配食サービスや通所サービスでの食事摂取状況、活用しているあるいは今後活用できる資源状況、食事づくりや買い物の環境などから解決・支援すべき事項について評価する。
- ⑧ 管理栄養士は、上記の結果に基づいて、利用者の栄養食事相談において解決すべき課題(ニーズ)と解決の優先性について総合的に評価・判定する。

### 3) 栄養改善サービス計画(原案)の作成

栄養改善サービス計画(原案)の作成においては、管理栄養士は、利用者及び家族の身近な日常生活や日常環境のなかで、主体的に、そして容易に取り組めることに十分に配慮する。作成の要領は以下のとおりである。栄養改善サービス計画書の様式は付表を参照されたい。

- ① 栄養改善サービス計画(原案)を作成するにあたって、利用者及び家族の意向、解決すべき課題(ニーズ)、長期目標(ゴール)と期間、短期目標と期間を栄養改善サービス計画書に記載する(図9-C-1)。栄養改善サービス計画書は様式p62参照されたい。
- ② 栄養改善サービス計画書の食事に関する計画は、低栄養状態を改善できるタンパク質、エネルギー量が適正に摂取できるように計算する。タンパク質、エネルギーの必要量の算出は、表6「高齢者でのエネルギー、タンパク質、水分摂取量の算定(参考)」を参照されたい。また、脱水予防に配慮した水分摂取(食事からの水分を考慮して)についても計画に盛り込む。ま

た、その他の食事の個別対応に関しては、慢性的な疾患への対応事項、嗜好、禁忌、形態、回数、時間、食事の場所と環境、安全で衛生的な食事の提供の観点から考慮すべき事項、食事摂取観察時のチェック、必要に応じて食事づくりや買い物の環境などに関する環境の改善や整備に関しても計画に記載する。なお、食事の形態は、利用者の摂食・嚥下機能に 適応した形態を提供 することを基本とする。摂食・嚥下機能を適切に評価し、きざみ食やミキサー食から普通食 への移行を可能な限り行う。

- ③ 食事に関する計画には、必要に応じて訪問介護等における調理や買い物援助などの食事サービスに関する計画も盛り込んで作成する。その内容は、地域包括支援センターに連絡する。連絡内容は照会(依頼)内容、年月日、時間、場所、紹介者、被紹介者等である。
- ④ 管理栄養士は栄養食事相談の内容を記載する。内容は、利用者及び家族の改善すべき栄養・食事行為の課題、達成目標、6か月間のスケジュール、相談項目と概要、使用教材、日時、時間、場所、担当者などである。
- ⑤ 看護、摂食・嚥下機能等の口腔機能、服薬等の情報を、必要に応じて地域包括支援センターを通じて関係する各サービス担当者に提供する。また、管理栄養士は関連サービスに関する依頼は、地域包括支援センターを通じて行う。
- ⑥ 関連職種による口腔機能の向上、摂食・嚥下リハビリテーションなどの概要、日時、担当者、場所などを記載する。
- ⑦ 原則として初回の栄養食事相談1週間後には電話相談を行い、モニタリングは、1か月毎に定期的に行うよう計画する。その内容は、記入者名、電話相談やモニタリング及び評価項目、長期目標(6か月後)、初回時(サービス提供前)の記録、モニタリング日などを記載する。

表6 高齢者でのエネルギー、タンパク質、水分摂取量の算定(参考)

	通常(低リスク)の場合	低栄養状態の中・高リスクの場合
エネルギー	a) 推算値 <sup>1)</sup> × ストレス係数 <sup>2)</sup> × 生活活動係数(1.0~1.3) <sup>3)</sup> b) 実測値 <sup>4)</sup> × 生活活動係数(1.0~1.3) <sup>3)</sup> c) 通常体重(6か月間ほど体重減少のない状態) × 30 kcal	d) 低リスクの場合の補給量(a, b) × (低栄養状態改善のための係数:1.1~2.0) e) 通常体重(6か月間ほど体重減少のない状態) × 35 kcal f) 低リスクの場合の補給量 + 250kcal <sup>5)</sup>
タンパク質	1.0~1.2 g/日 × 標準体重(摂取目標として標準体重を用いる)	1.2~2.0g/日 × 標準体重(摂取目標として標準体重を用いる)
水分 <sup>6)</sup>	a) 25~30ml/日 × 現体重 b) 1ml × 摂取エネルギー量(kcal) c) 尿排泄量(ml/日) + 500 ml	

各算定式は、適宜選択して用いること。

<sup>1)</sup>Harris-Benedictによる推算値:

男性  $66.47 + 13.75 \times \text{体重(kg)} + 5.0 \times \text{身長(cm)} - 6.75 \times \text{年齢(歳)}$

女性  $655.1 + 9.56 \times \text{体重(kg)} + 1.85 \times \text{身長(cm)} - 4.68 \times \text{年齢(歳)}$

体重:現体重

<sup>2)</sup>ストレス係数は疾患や身体状況別の目安値を用いる。

<sup>3)</sup>生活活動係数は、要支援者、要介護者では、仰臥状態にある場合を1.0とし、生活機能が自立している場合には1.1~1.3として、その間で適宜判断する。

<sup>4)</sup>安静時エネルギー消費量の実測値

<sup>5)</sup>体重を1か月に1kg増大させる場合の1日のエネルギー付加量

<sup>6)</sup>食事が十分摂取できている場合には、食事に含まれる水分を約1リットルとし、残りを飲料水とする。

#### 4) 個別的で重点的な栄養食事相談

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

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

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

また、利用者、家族に対して必要に応じて食事の配食サービス等に関する情報の提供を行う。実施経過は栄養改善サービス経過記録書（様式 p 64 参照）に記載する。

## 5) 実施上の問題の解決とモニタリングによる計画の修正

栄養食事相談を提供後、1週間目には実施上の問題が出現していないか、あるいは中断されていないかを電話によって確認したり、必要に応じて関連職種からの情報を収集し、相談に対応するようにする(図 9-0-2)。利用者及び家族が実施困難を訴える場合等には、代替案を提示し、修正を加えた計画を送付する。

モニタリングは、前回の栄養食事相談の1か月後に行い、低栄養状態の改善状況及び食事計画の実践状況を評価し、栄養改善サービス評価書に記載する(様式 p 63 参照)。低栄養状態の改善が行われ、一次アセスメントの全栄養リスク項目が改善された場合も、3か月間はサービスを継続する。低栄養状態の改善が図られなかった場合や、計画の実施状況が不良の場合には、再度、利用者及び家族と話し合っ て計画の修正を行い、初回と同様に、修正後1週間目には必要に応じて関連職種から情報を収集し、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されていないかを確認し、相談を行うようにする。

## 6) 評価と地域包括支援センターへの報告（地域支援事業における一般高齢者施策との関連を含めて）

サービス開始6か月後には、最終評価を用いて行い、栄養改善サービス計画に基づく栄養改善の経過の概要を地域包括支援センターに報告する(図 9-0-2) (様式 p 65 参照)。サービス開始6か月後の評価によって低栄養状態のリスクが全くみられない場合には、地域包括支援センターの判断に基づいて、サービスの提供を終了する。サービスを終了する場合には、地域包括支援センターは、地域支援事業の一般高齢者施策における栄養改善に関する事業（p 49 参照）を紹介する。未だ、低栄養状態のリスクが残存している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、継続して本サービスを提供する。

表7 「栄養改善」サービスの質の自己評価(案)

大項目	中項目	小項目	判定基準	客観的判定材料
I. サービスの質を確保するための組織・運営	1.提供倫理	(1) 栄養ケア・マネジメントの提供倫理	① 事業者の責任者が多職種協働として推進している ② 栄養ケア・マネジメントを全ての利用者に、提供できる仕組みがある ③ 栄養ケア・マネジメントのマニュアルを作成している ④ 適正なサービスのマネジメント機能をもっている	① 栄養ケア・マネジメントに関わる職員研修会などの開催を確認する ② 栄養ケア・マネジメントを共有化できるマニュアルを確認する ③ 栄養ケア・マネジメントを担える管理栄養士を配置しているかを確認する
	2.権利擁護・利用者保護並びに利用者の尊厳	(1) 権利擁護・利用者保護並びに利用者の尊厳の確保	① 人権擁護についての具体的な仕組みがある	① 人権擁護に関する文書があることを確認する ② 具体的な人権擁護の取り組みについての説明ができることを確認する
			② サービス利用に際して、利用者の権利を必ず説明している	① サービス利用の権利についての説明用資料を確認する ② 栄養ケアの利用の権利を説明しているという具体的な仕組みが説明できることを確認する
			(2)プライバシーの保護	① 利用者のプライバシー保護のための職員教育を行っている
3.サービスの開始時の説明	(1) 利用者、家族に対するサービスの開始時の説明	① サービス提供に際して、サービス内容や方法等を利用者、家族にわかりやすく説明した上で同意を得ている	① サービス説明用マニュアル等の有無を確認する ② サービス提供に関する同意書の有無を確認する ③ わかりやすく説明した上で同意を得ていることが説明できることを確認する	



大項目	中項目	小項目	判定基準	客観的判定材料
			② サービスの提供に際して、利用者の意向を取り入れ、自己決定・自己選択ができる仕組みがある	① 利用者の自己決定・自己選択に関する文書の有無を確認する ② 利用者の自己決定・自己選択に関する取り組みについての説明を確認する
	4. 施設・設備の整備	(1) 栄養ケア実施における整備	① 栄養改善サービスのための備品を整備している	① 栄養状態を評価するための栄養アセスメント用器材(体重計、身体計測器材、間接熱量計など)や教育教材等を整備していることを確認する
② 栄養食事相談及び事務作業に関する設備を整備している			① 栄養食事相談及び事務のための設備を確認する	
③ 情報設備を整備している			① コンピューターならびに通信機器一式などが整備されているか確認する (訪:①コンピューターならびに通信機器一式、移動用自動車などが整備されているか確認する)	

大項目	中項目	小項目	判定基準	客観的判定材料
	5. 組織・運営体制	(1) 個人情報の管理	① 個人情報の取り扱い及び漏洩等に対する体制を整備している	① 個人情報の取り扱い及び漏洩等に関する規定が施設への掲示あるいはホームページへの掲載を確認する ② 情報の安全管理のための責任者の有無を確認する ③ 個人情報利用の目的を特定化し、サービス開始時に利用者に個人情報の利用目的を説明または公表していることを確認する ④ 個人情報に関する利用者からの相談や苦情への対応を行っている文書があることを確認する ⑤ 個人情報の適正な取得、個人データの内容の正確性および最新性の確保ができていることを確認する ⑥ 安全管理措置、従業員及び委託先の監督と教育研修が実施されている記録があるか確認する ⑦ 個人情報の第三者への提供は、利用者及び家族に目的を説明し、同意書を得て行われていることを確認する ⑧ 開示等の求めに応じている文書を確認する ⑨ 個人情報の利用に関する管理体制を具体的に説明できることを確認する
		(2) 要望・苦情対応	① 利用者・家族からのサービスについての意見や要望を把握する仕組みがある	① 要望把握の仕組みを明文化した文書を確認する ② 要望把握の仕組みを具体的に説明できることを確認する
			② 要望や苦情及び日常トラブルに適切かつ迅速に対応する仕組みがある	① トラブル把握方法を明文化した文書を確認する ② トラブル把握方法を具体的に説明できることを確認する
		(3) 人材教育と研修活動	① 管理栄養士は、「栄養改善」サービスの知識と技術、マネジメントに関する研修活動に参加する	① 研修に参加したことの証拠となる文書や名簿がある
		(4) 地域連携	① 「栄養改善」サービスの一貫性・連続性のために地域包括支援センター及び当該センターを通じて各種施設・関連組織と連携をとっている	① 依頼書や報告書など連携状況の記録があるかどうか確認する

大項目	中項目	小項目	判定基準	客観的判定材料
Ⅱ. サービスの内容・水準の確保	1. 利用者本位のサービス提供	(1) 栄養食事相談	① 医師からの必要な指導等が行われている	① 医師の適切な指導等の内容に関する記録がある
			② 計画書に基づいたサービス提供をしている	① 低栄養のリスク者には栄養アセスメントが行われている記録を確認する ② 栄養改善サービス計画書を確認する ③ 利用者の栄養状態を定期的に評価し、計画の作成、実施が行われていることが具体的に説明できることを確認する ④ 利用者の日常生活に配慮した栄養改善サービス計画書の記録を確認する ⑤ 利用可能な地域資源の情報提供とサービス提供者との連絡を図っていることが具体的に説明できることを確認する ⑤ 終了時には地域支援事業への連携が行われていることを確認する。
			③ 計画書を利用者に交付している	① 計画書を交付したことの証明書、明文化した文書を確認する ② 計画書を利用者に交付していることを具体的に説明できることを確認する
		(2) 総合的評価と結果の共有化	①「栄養改善」サービスに関してのモニタリング・評価が行われている ②「栄養改善」サービスに関しての自己評価を実施している ③改善すべき課題を設定している ④「栄養改善」サービスの継続的な品質改善への取り組み状況は全職員に周知されている	① モニタリング・評価計画書の記録があることを確認する ② 自己評価の記録があることを確認する ③ 評価に基づいた継続的なサービスの品質改善活動が行われていることが具体的に説明できることを確認する

通所系事業者におけるサービスの自己評価は表7を用いて行う。

## 7) 実施期間

実施期間は標準的には6か月間とする(図10)。標準的には初回の二次アセスメント、及び栄養改善サービス計画に基づいた栄養食事相談は、二次アセスメントから最初の1か月間は2週間毎に、その後は1か月に1回の頻度で行う。なお、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を実施する。担当者と利用者の面談回数は6か月間に8回程度となる。6か月以降も継続する場合は、1か月に1回の頻度で相談を実施する。

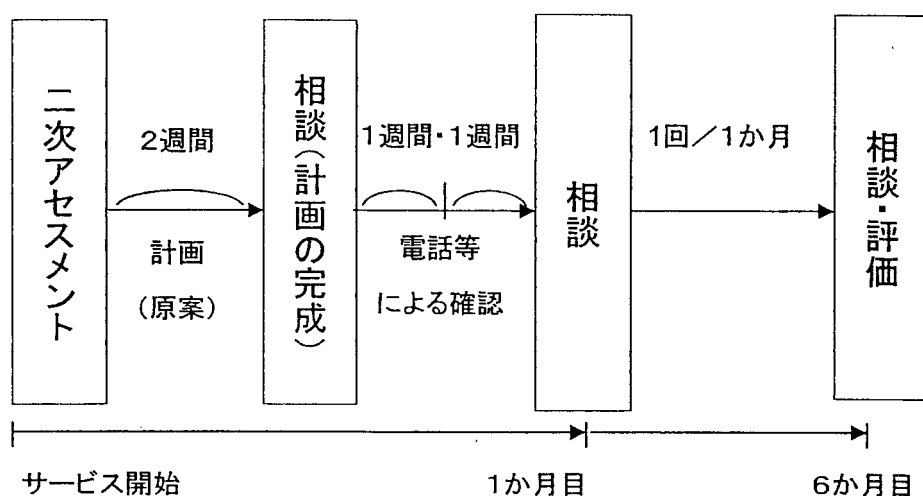


図10 新予防給付における栄養食事相談(6か月間)

## 8) 安全・衛生管理

通所系事業者における本サービスの提供に当たり試食や調理等を行う場合には、管理栄養士は安全・衛生管理を行う。

## 9) 設備

本サービスでは、二次アセスメントや栄養食事相談に必要な身長計、体重計等の機器を設置し、利用者及び家族との面談や栄養食事相談ができる環境が整備されるべきである。

## 6.7 関連サービス

本サービスには該当しないが、関連サービスとして、調理等の生活援助を提供する介護予防訪問介護、口腔機能の向上サービスを提供すると想定される介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションがある。

地域包括支援センターは、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行い、介護予防ケアプランを作成する。また、管理栄養士は、利用者の継続意欲を支援し、栄養食事相談の成果を挙げるために、必要に応じて関連のサービス提供の依頼や現在提供されているサービス担当者への依頼を、地域包括支援センターを介して行い、介護予防訪問介護などの食事介助、調理支援等の関連サービスから食事状況に関する情報を得られるようにする。

### 1) 生活機能・身体機能の向上

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

### 2) 口腔機能の向上

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

詳細は、「口腔機能の向上」に関するマニュアルを参照されたい。

### 3) 摂食・嚥下リハビリテーション

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

粘度も調整することが必要となる

詳細は「口腔機能の向上」に関するマニュアルを参照されたい。

#### 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。

#### 6) 訪問介護などの調理・買い物支援

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

### 6.8 医師の指導等

管理栄養士は、医師の指導等のもとに本サービスを実施する。また、かかりつけ医との連携をよく取り、「栄養改善」サービスに関する報告を行い、指導・指示を得る。