

9) 評価と継続的な品質改善活動

3) で設定された目標、サブ目標、戦略目標に対する地域や地区での達成状況について、評価報告に基づいてプロセス評価等を行うとともに、介護予防に関する健診の結果、また、定期的に3) で行った実態調査項目等についてフォローアップ・分析し、アウトカム評価を行う。このような評価結果は、住民にインターネットやパンフレットなどを通じて公開する。また、地区別などのベンチマーク結果を報告し、集団における地域栄養改善活動の継続的な品質改善活動に向けての助言を行う。

住民の事業に対する苦情や要望を窓口や投書箱を通じて吸い上げ、計画の作成や継続的な品質改善活動に活かしていくことが求められる。

7.2.3 都道府県の役割

都道府県は、地域支援事業における本事業等が円滑かつ効果的に実施できるよう、必要な助言、技術的支援、連絡調整及び事業の質を確保するために本事業の評価などを行い、市町村における本事業の推進を支援する。具体的には、以下の事項を行うことが求められる。

1) 本事業評価の実施

都道府県に設置される「介護予防事業評価委員会」(仮称)に、本事業評価ワーキング・グループを設置する。当該委員会は、本事業を推進する各関連団体、関連する学識経験者、地域住民、関連民間企業などの代表によって構成する。当該委員会は、当該事業に関する調査研究及び評価及びその結果の公表などを行う。

当該委員会は、共通の評価指標、評価のための調査方法などを検討し、市町村が一定の標準的な方法によって、定期的に情報の収集を行えるように支援する。本事業の評価項目の案は、表8を参照されたい。本事業開始時(あるいは開始前)にはベース・ライン調査を行うことが必要である。

当該委員会は、保健所を通じて市町村からの評価データを集計し、都道府県としての総合的な評価を行うとともに、市町村別の評価結果は、市町村に提示することによって、より効果的に本事業が実施できるように支援するとともに、その情報は公開する。

2) 人材育成

(1) 専門職者の育成

本事業の効果的な実施のためには、市町村や民間事業者等に所属している管理栄養士に対しての栄養ケア・マネジメントに関する専門研修を企画・実施する。一方、地域に在住する離職した

管理栄養士資格修得者等を集中的な再研修を行うことによって、本事業の推進のために有効な資源として確保することが求められる。これらの専門研修は保健所単位や都道府県単位の広域で行うものとし、今後の3年間は集中的に、その後は定期的を実施し、本事業等の中核を担う管理栄養士の質の確保・向上を図る場として位置づける。

なお、これらの研修修了者に対しては、情報交換、相互連携ができるように支援する。

二次アセスメント書（例）（新予防給付）

【I】

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	要介護度
	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
実施日	年 月 日	記入者	
自己実現の課題とその意欲			
家族構成と キーパーソン	本人 一	主たる買い物担当者	
		主たる食事準備担当者	
主たる介護者		主たる共食の者	
身体状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する利用者及び家族の意向			
主観的な健康感・意欲（心身の訴えを含む）			

食事計画のための必要事項

実施日	年 月 日	記入者	
嗜好		食事摂取行為の自立	
禁忌		形態	
アレルギー		環境	
食事療法		特記事項	
実施日	年 月 日	記入者	

低栄養関連問題

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 皮膚 () | <input type="checkbox"/> 7 便秘 |
| <input type="checkbox"/> 2 口腔内の問題
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 義歯の不都合 <input type="checkbox"/> 口臭
<input type="checkbox"/> 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> むせ | <input type="checkbox"/> 8 脱水（腋下・口唇の乾燥等）
<input type="checkbox"/> 9 医薬品の種類と数、投与方法、食品との相互作用
<u>具体的に記載</u> |
| <input type="checkbox"/> 3 食欲低下 | [] |
| <input type="checkbox"/> 4 摂食・嚥下障害 | |
| <input type="checkbox"/> 5 嘔気・嘔吐 | |
| <input type="checkbox"/> 6 下痢（下剤の常用を含む） | |

※ 特記事項及び他の口腔機能の向上などの他のサービスのアセスメント結果

身体機能・身体計測（*わかる場合に記入）

※ %ﾀｲﾙ＝JARDによる評価

項目	実施日 年 月 日 記入者	実施日 年 月 日 記入者
身体機能：		
握力*（kg）（利き腕）		
身長（cm）		
体重（kg）	（ %ﾀｲﾙ）	（ %ﾀｲﾙ）
理想体重*（kg）		
通常体重（kg）		
体重変化率（%）	（増加・減少）	（増加・減少）
下腿周囲長*（cm）	（ %ﾀｲﾙ）	（ %ﾀｲﾙ）
上腕周囲長（cm）	（ %ﾀｲﾙ）	（ %ﾀｲﾙ）
上腕三頭筋皮厚(mm)	（ %ﾀｲﾙ）	（ %ﾀｲﾙ）
上腕筋面積（cm ² ）	（ %ﾀｲﾙ）	（ %ﾀｲﾙ）

臨床検査（検査値がわかる場合に記入）

項目	実施日 年 月 日 記入者	実施日 年 月 日 記入者
血清アルブミン（g/dl）		
ヘモグロビン（g/dl）		
血糖値（mg/dl）		
総コレステロール（mg/dl）		
クレアチニン（mg/dl）		
BUN（mg/dl）		

食事摂取量 (①)		実施日 年 月 日 記入者	実施日 年 月 日 記入者
食事	主食（割）		
	副食（割）		
	主食・副食など食事の概要		
	エネルギー（kcal）		
	タンパク質（g）		
	水分（ml）		
栄養補助食品	種類		
	1回の量（ml(g)）		
	頻度（回）		
	エネルギー（kcal）		
	タンパク質（g）		
間食	種類		
	1回の量（ml(g)）		
	頻度（回）		
	エネルギー（kcal）		
	タンパク質（g）		
合計	水分（ml）		
	タンパク質（g）①		
	エネルギー（kcal）①		

栄養補給量の算定		
エネルギー消費量 (kcal)		
必要エネルギー (kcal)		
必要たんぱく質 (g)		
必要水分量 (ml)		
特記事項		
	実施日 年 月 日 記入者	実施日 年 月 日 記入者
食事行為に関する事項	①利用者の知識・技術・意欲の状況	
	②家族・支援者の知識・技術・意欲の状況	
	③日常の食習慣や生活習慣の状況	
	④訪問介護等による食事介助、調理支援などの状況	
	⑤配食サービスや通所サービスでの食事摂取状況*	
	⑥活用しているあるいは今後活用できる資源状況	
	⑦食事・食事準備や買い物の環境	
総合的評価・判定		

印は記入する項目・*は記入が望ましい項目

栄養改善サービス計画書 (新予防給付) (例)

初回・紹介・継続 認定済・申請中

利用者名: _____ 殿 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所: _____
 計画作成者氏名: _____
 所属名及び所在地: _____ 初回作成日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 担当者氏名 _____ 作成(変更)日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

要介護状態区分	要支援 1 ・ 要支援 2		
利用者及び家族の自己実現の課題や意欲、意向	栄養のリスク (中 ・ 高)		説明と了解日 年 月 日
解決すべき課題 (ニーズ)			サイン
長期目標 (ゴール) と期間			続柄

短期目標と期間	食事、栄養食事相談、多職種による課題の解決など	担当者	頻度	期間
特記事項				

62

栄養改善サービス評価書（新予防給付）（例）

氏名： _____ 殿

	3か月後の 目標	サービス提供前		週・月目		週・月目		週・月目	
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		記入者		記入者		記入者		記入者	
		数値	問題 チェック	数値	問題 チェック	数値	問題 チェック	数値	問題 チェック
アウトカム									
自己実現の課題			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
自己実現の意欲			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
主観的健康観			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
栄養リスク									
体重 (kg)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
BMI			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
体重減少率(%/月)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
血清アルブミン (g/dl)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
食事摂取状況			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
摂取量(%)*									
エネルギー (kcal(%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
タンパク質 (g(%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
水分 (ml(%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他の項目									
食事計画の実践状況			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
評価									
計画の修正		無・有		無・有		無・有		無・有	
総合評価									

栄養改善サービス提供経過記録書 (新予防給付) (例)

利用者名: _____ 殿

作成日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

作成者氏名: _____

サービス提供項目	月 日	月 日	月 日	月 日
食 事				
栄養食事 相談				
多職種協 働による 低栄養に 関連した 課題の解 決				

報告書（新予防給付・地域支援事業）（例）

事業所名 _____

担当者 _____ 殿

年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者名 _____ 殿

低栄養のリスク	サービス開始時（月 日）	3か月後（月 日）
痩せの状況 体重（BMI）		
血清アルブミン値（g/dl）		
サービスの継続の必要性 （栄養改善の観点から）	無 ・ 有	
自己実現の課題とその意欲		
計画の概要と実施状況		
総合的評価		

事業所名 _____

作成担当者氏名 _____

二次アセスメント表 (地域支援事業) (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

わたしの趣味は (いくつでも) ?
わたしが一番やってみたいことは (いくつでも) ?
わたしの好きな食べ物は (いくつでも) ?
わたしの嫌いな食べ物は (いくつでも) ?
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? いいえ・はい (具体的に:)
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:)
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:)
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:)
食事は主に、いつ、どこで、誰と、どんなものをどのように食べていますか? (たとえば、昨日はどうでしたか?) 朝 昼 夕 間食 毎日の食事づくりは、誰がどのようにしていますか?

「自己チェック表」

次の質問にお答え下さい (はいの場合には、担当者が具体的な内容をお伺いします)

番号	質問	答え	具体的な内容	
1	歯や口腔、飲み込みの問題がありますか	はい いいえ		
2	下痢が続いたり、下剤を常用していますか	はい いいえ		
3	便秘が続いていますか	はい いいえ		
4	最近、入院を経験しましたか	はい いいえ		
5	1日に5種類以上の薬を飲んでいませんか	はい いいえ		
6	1日に食べるのは2食以下ですか	はい いいえ	食事調査 をしてみ ましょう	
7	主食(ごはんなど)や主菜(肉、魚などのおかず)を食べる量が少なくなってきましたか	はい いいえ		
8	牛乳・乳製品をあまりとらないですか	はい いいえ		
9	毎日、一人で食事をしていませんか	はい いいえ		
10	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		
11	自分(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		
12	食べる気力や楽しみを感じなくなってきましたか	はい いいえ		

担当者が計測結果や健診などの検査結果を記入します。

身長 (cm)		上腕の脂肪厚 (mm)	
体重 (kg)		上腕の筋面積 (cm ²)	
BMI			
体重減少 kg/ 月		血清アルブミン値 (g/dl)	

計画（地域支援事業 例）

名前

作成日 年 月 日

担当者

わたしのゴール（〇〇〇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）

（体重を〇kg増やそう。 毎日、〇〇〇を〇〇〇〇して食べようなど）

わたしの計画

問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価

地域支援事業及び新予防給付における栄養改善に関する
サービスのあり方研究班 委員名簿

- 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 (椛山女学園大学教授)
- 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 (医療法人溪仁会経営戦略部栄養マネジメント室室長)
- 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)
- 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

神奈川県立保健福祉大学 天野由紀、五味郁子、原口洋子

(五十音順、敬省略)