

# 愛媛県後期高齢者栄養指導マニュアル

～フレイル予防につながる低栄養の防止～

愛媛県後期高齢者医療広域連合

2019年9月

## 愛媛県後期高齢者栄養指導マニュアル

1. 基本的な考え方
2. 事業概要
3. 愛媛県後期高齢者保健事業（栄養指導）実施に伴う流れ
4. 低栄養を防止するための取り組み
  - I) 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進
  - II) 介護予防との一体的な保健事業の実施
5. 様式類

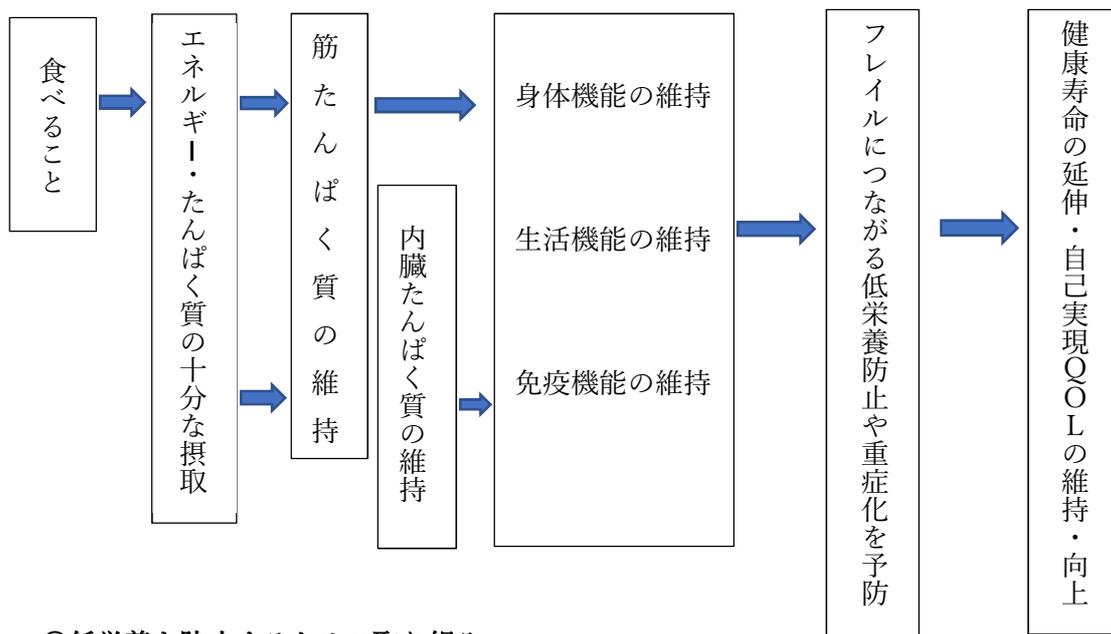
## 1. 基本的な考え方

高齢者の多くは、加齢に伴い食事に関する様々な機能に変化が生じ、近年では過体重のみならず低栄養等が問題になっております。特に後期高齢者については、複数疾患の合併や加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤とするフレイルやサルコペニア、認知症等の進行により個人差も大きく、健康上の不安も増してきます。

住み慣れた地域で自立出来る期間の延伸、QOL維持向上を図るため、高齢者の特性を踏まえた健康支援・相談を行う必要があります。

特に個人差に応じた対応が重要となるため個別対応の必要性が高く「食べること」を通じて低栄養の改善を図り、身体機能、生活機能や免疫機能を維持することにより、フレイルの予防や生活習慣病等の重症化を予防することが重要です。

高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針を踏まえ、高齢者の保健事業を推進するにあたり、事業実施主体の愛媛県後期高齢者医療広域連合は、今回フレイル予防につながる低栄養防止の参考とする取り組み手順等として「高齢者栄養指導マニュアル」を作成し、市町との連携に加え介護予防・医療機関とも連携した保健事業の展開を目指すものです。



### ○低栄養を防止するための取り組み

保健事業と介護部門・医療機関の一体的実施により健康格差を解消し、健康寿命を延伸するため、高齢者の予防・健康づくりを推進します。

① 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進（訪問栄養相談・指導）

② 介護と医療の一体的対応

- ・ 通いの場などを活用した健康教育・健康相談
- ・ 健康状態が不明な高齢者の状況把握、必要なサービスへの接続事業

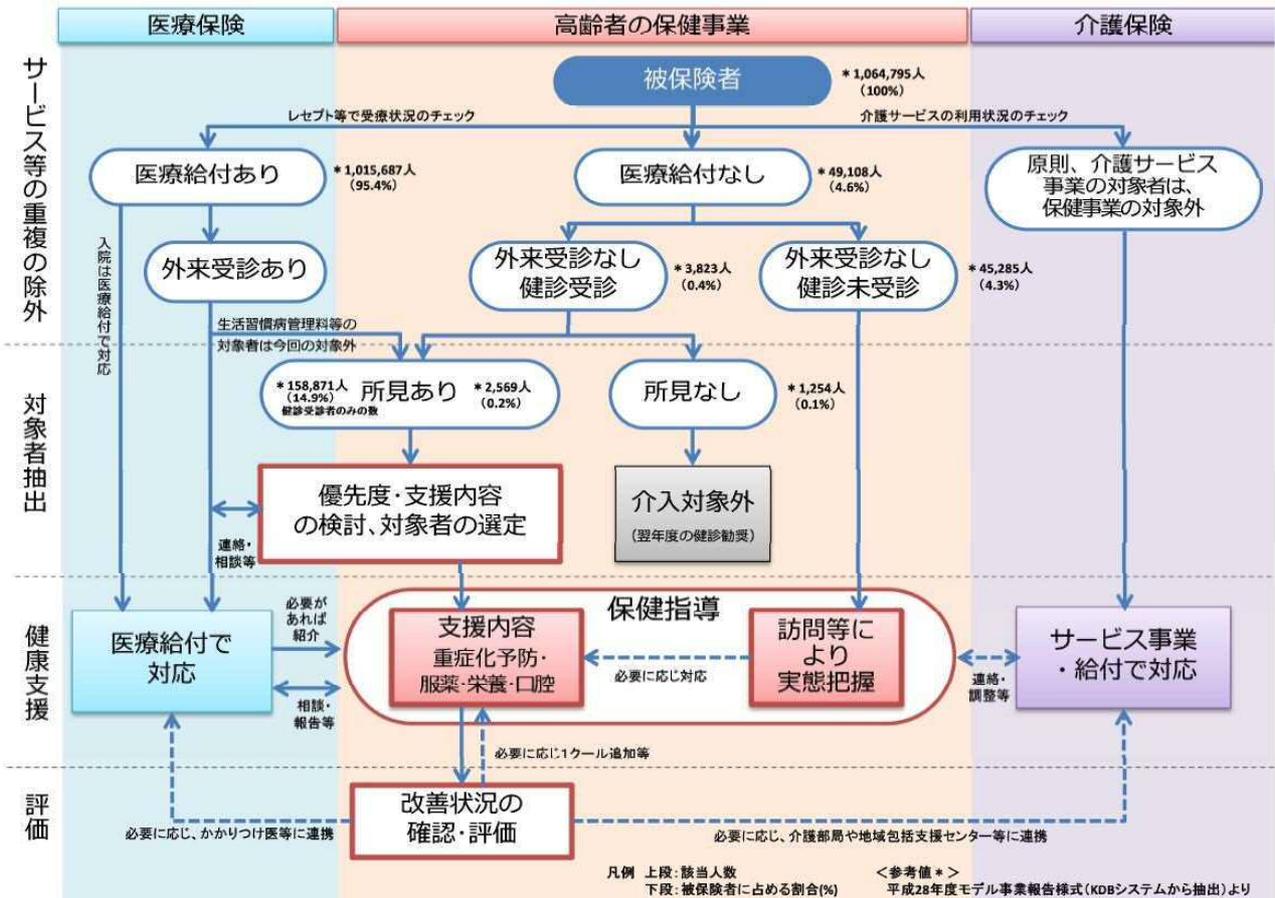
## 2. 事業概要

目 的	高齢者が住み慣れた自宅や社会とのつながりを保ちつつ、自立した生活ができる期間を延ばすことができるよう、保健師・管理栄養士等が自宅や通いの場等へ訪問し、個別の状況に合わせて相談・指導等を行う。また、食べることをサポートし自立を促し、フレイルにつながる低栄養の改善等を行うことにより、フレイル予防や生活習慣病の重症化予防や心身の機能低下の予防を行い、生活機能の維持向上、更なる健康増進、健康寿命の延伸に取り組む。
効 果	低栄養状態の改善やバランスの取れた食生活を実践することで、フレイル状態や慢性疾患の重症化を予防し、自己実現QOLの維持・向上を図ることができる。
対 象 者	<b>後期高齢の被保険者</b> ○後期高齢者健診（歯科健診を含む）を受けた中から、低栄養状態が疑われる方（BMI 18.5 未満、2 kg/年以上の体重減がある方）  ○広域連合が必要と認めた方 （通いの場等利用者、地域包括支援センター等、医療機関等から） （※ただし、訪問指導は、要介護認定者を除く）
内 容	訪問指導：家庭訪問による栄養指導 健康教育：個別栄養相談・栄養指導や健康教育・健康相談
スタッフ	管理栄養士・保健師等の専門職員※ （管理栄養士の訪問初回は、保健師等の同行訪問あり）
実施頻度	訪問指導：6 か月を1クール計3回訪問栄養指導 健康教育：対象者に対し、3回程度実施
指導時間	訪問指導：1回につき1時間程度 健康教育：1回につき1時間程度
実施場所	訪問指導：対象者の自宅等 健康教育：通いの場等
事業目標	BMI 18.5 未満の後期高齢者の増加抑制 訪問指導後のBMIと体重の改善率 50%

※医療専門職員：管理栄養士、保健師、歯科衛生士等

# ○高齢者の特性を踏まえた保健事業取組みに向けた体制整備

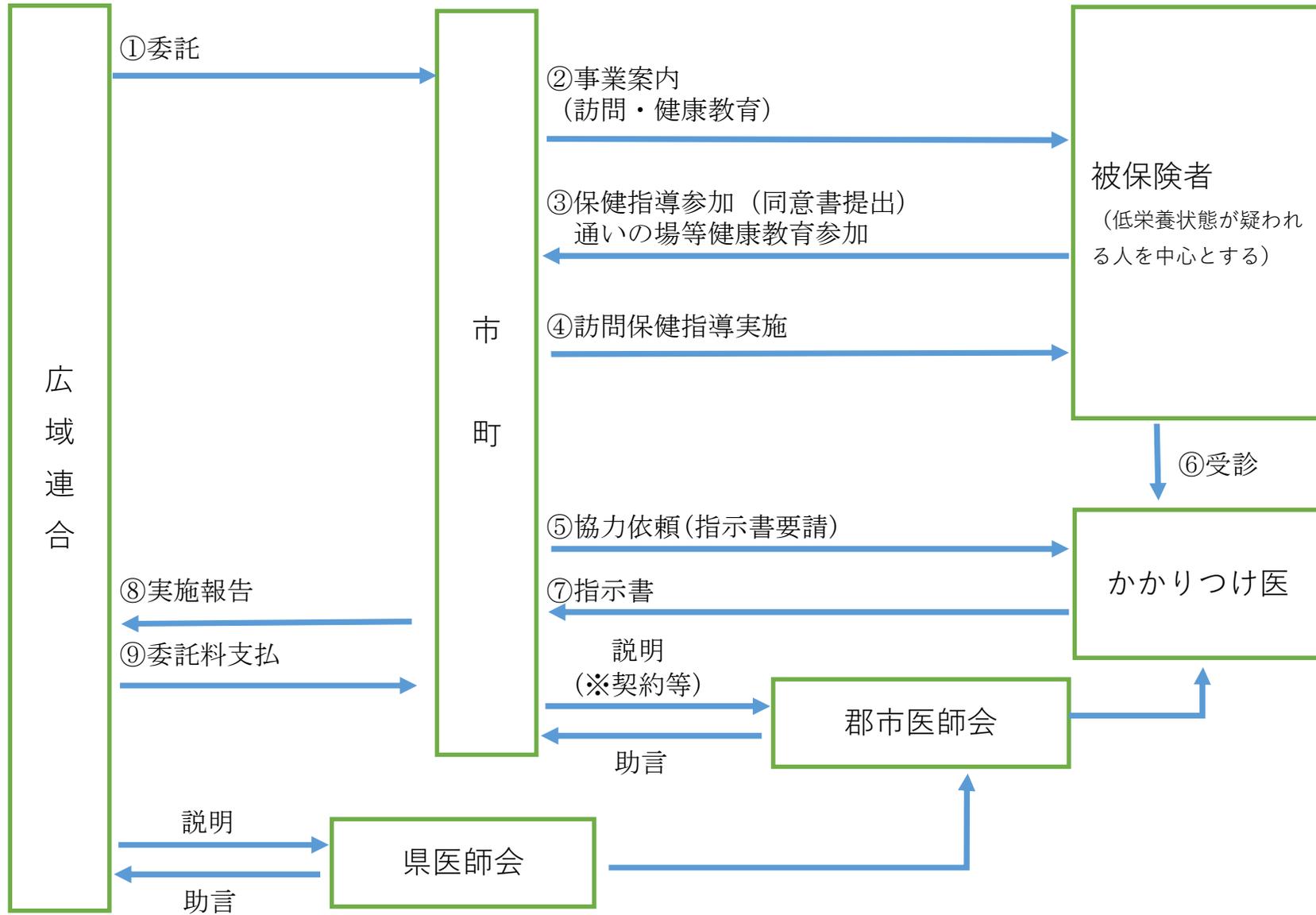
図表 I - 5 後期高齢者の保健事業の実施フロー（関係者間の連携）



原則として介護保険のサービス事業及び給付を受けている者は高齢者の保健事業の対象外となることから、介護部局と連携し、重複を回避する必要がある。一方で、健康・医療情報等から、疾病の重症化予防の必要性や疾病ではないがフレイル状態の進行がうかがわれる者については、関係部局間で情報を共有するなどして必要な支援につなげることが求められる。また、医療の受診者は、かかりつけ医等との連携の上取組を進める必要がある。

＜高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン＞

3. 愛媛県後期高齢者保健事業（栄養指導）実施に伴う流れ



## 4. 低栄養を防止するための取り組み

### I) 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

被保険者の健康を守り自立を促進し、低栄養、筋量低下等による心身機能の低下予防・生活習慣病等の重症化予防等を行うため、被保険者に対して専門職による立ち寄り型の相談や訪問相談・指導を実施する。

#### ①訪問栄養相談・指導の概要

事業内容	訪問相談・指導、事業評価を行う（体重、行動変容等）
スタッフ	管理栄養士、保健師等専門職
場所	対象者の自宅（家庭訪問）
連携	介護保険の介護予防事業とかかりつけ医、歯科医、歯科衛生士等専門職（情報提供、助言、実施協力）

#### ○栄養訪問事業の取り組みにおいて考慮すべきポイント

- ・ 尊厳のある自己実現のゴールを目指す。
- ・ 「食えること」を支援し、低栄養状態の予防・改善を図る。
- ・ 「指導」ではなく、「相談」として個別性を理解し、コミュニケーションを十分に図る。
- ・ 個別の食生活、嗜好、価値観、食文化や環境等を尊重した支援を行う。
- ・ 配食サービスや地域住民による支援活動等を含めて計画を調整する。
- ・ 多職種と協働し、支援の連携を図る。
- ・ かかりつけ医との連携を密にする。

## ②訪問栄養相談・指導事業の流れ

低栄養対象者の把握



訪問対象者の選別



**事前準備**：健診結果や本人の取り巻く環境等から全体像を把握する。食事の関心事や困っている事等、多職種から情報収集する。



**事前アセスメント**：栄養アセスメント表やスクリーニング表を用いて、具体的な課題や低栄養状態の把握をする。

(体重減が顕著でフレイル状態の進行が疑われる方は、医療機関へ勧奨後、  
かかりつけ医からの指示に従う)



(解決すべき課題、課題の優先順位)

**食事計画作成**：事前アセスメント等本人の意向を踏まえて、食事計画表を用いて目標を設定する。(3～6か月後に対象者自身で目指す姿設定)



**実施プログラム**：実施期間は6か月を1クール計3回程度。目標の達成状況について随時評価する。達成目標の変更や実施方法の見直しを行う。



**モニタリングの実施**：初回訪問後に状況確認。実施困難等の場合は、本人、家族等と話し合い、代替案の提示や食事計画の修正を行う。途中(3か月後頃を目途に)低栄養状態の改善状況及び計画実施状況を評価する。



**事後アセスメント**：事業終了時(6か月後)に事後アセスメントして低栄養状態の改善状況及び計画実施状況を評価する。



**評価と事後報告**：事前・事後の比較等の評価。食事計画に基づく経過等から改善点を明確にし、次期計画に向けて見直しを行い、報告書に記載して報告する。

### ③訪問栄養相談・指導の実施プログラム

	内容	ポイント
事前準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体重・BMIの確認(体重減少の確認)既往症や現病歴等の情報収集をする。</li> <li>・個人の食習慣、嗜好、価値観、食文化や環境、栄養状態・食事状態の情報収集をする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今把握していること、不明なことを明確にしておく。</li> <li>・本人・家族のキャラクターをつかむ。</li> <li>・様々な機会をとらえ、日程調整時にも情報収集をする。</li> </ul>
第1回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「栄養アセスメント表 No1、2」、「10食品群チェックシート」、「基本チェックリスト」、「栄養スクリーニング表」で本人の具体的な課題を把握する。</li> <li>・本人・家族からの質問や提案・方針、食事で注意していることなど意見を聞く。</li> <li>・課題からサポートの優先順位を確認し、長期目標・短期目標を立てる。</li> </ul>	<p>事前準備した情報をもとに、さらに現状の情報を把握し問題点を見つける。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談したいこと、聞きたいことについて回答する。</li> <li>・講話を行う。(簡単に主食・主菜・副菜のバランスとその役割について)</li> <li>・自己実現の目標を自ら設定できるように導く。</li> </ul>
第2回	状況確認(目標変更)を行う。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施状況の聞き取りから、目標の修正が必要か話し合う。</li> <li>・相談したいこと、聞きたいことについて回答する。</li> </ul>
第3回	計画に掲げた目標(体重変動・食事摂取量、買い物回数等)に対する評価を行い、今後に向けての話し合いをする。	介護部門や医療機関と連携し、必要なサービスにつなぐ。

#### 《留意点》

- ①指導時間については、1時間程度を目安にする。
- ②個人の栄養状態、健康状態、食事内容、嗜好に応じた個別指導を実施する。  
個人の食習慣、嗜好、価値観、食文化や環境を尊重した計画を作成する。  
既往症や現病歴等の情報を収集したうえで、栄養指導を実施する。
- ③食事計画、アセスメント、モニタリング、報告書等の作成をする。

## ○事前準備 ～初回の訪問指導で、いかに信頼を得ることができるか？～

- ① 今把握していること、不明なことを明確にしておく。
  - ・医療・介護データ等からの情報収集をする。
  - ・本人や取り巻く環境等から全体像を把握する。
  - ・本人・家族の希望実現を妨げている因子が何か仮説をたてる。
- ② 本人・家族のキャラクターをつかむ。
  - ・本人・家族に関わっている関係者（保健師・ケアマネジャー等）に聞く。
- ③ 日程調整の連絡時に他の情報収集もする。（昼食時の訪問が効果的）
  - ・食事の困りごと、関心事など。

把握すると良い事項	
心身機能・ 身体構造	認知機能の低下、摂食嚥下状態、低栄養（医師から指示） 臨床検査データ、体重、体重減少BMI、身長、血圧、行動変容
環境因子	住居、家族構成、食事介助、水分 リハビリや訪問看護、採血結果確認、（数字の関心度） 家族の今後の目標（旅行に連れて行きたい）
個人因子	年齢、性別、内服薬、嗜好、アレルギー、好きな・嫌いな食べ物、 生活リズム、食事時間、排泄状況 具体的な食事内容（エネルギー、たんぱく質、水分）
健康状態	現病歴、既往症
運動・生活機能	歩行、車いす利用の有無、買物、外出、訪問
参加	日頃、どのようなことをしているか

＜船橋市立リハビリテーション病院 桐谷裕美子管理栄養士の事例紹介より＞

## ○事前アセスメント〈初回訪問時〉

- ・対象者の具体的な課題を把握するために、「栄養アセスメント表」、「栄養バランスの評価（食品摂取頻度表）」、「栄養スクリーニング表」等活用する。
- ・事前情報を基に、本人・家族からの質問や提案・方針など意見を聞く。
- ・食事で注意を払っていることがあれば聞く。（嗜好など）
- ・低栄養・嚥下咀嚼が調整できているか、水分、口腔内の状態から課題を確認する。
- ・課題からサポートの優先順位を確認、長期・短期目標を立てる。

（自己実現の目標を自ら設定出来るよう導く。）

\* 課題解決・改善のための具体的なアドバイスの内容の例

低栄養	<ul style="list-style-type: none"> <li>・摂取すべき栄養素・食品・調理方法</li> <li>・食品の入手方法（惣菜の入手方法や配食サービスの利用）</li> <li>・食事のとり方（量や時間、間食の利用方法）</li> </ul>
-----	---

＜高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン＞

## ○食事計画 〈初回訪問時〉

事前アセスメント、スクリーニング後、利用者の意向を踏まえて、食事計画を作成する。解決すべき課題や、自発的な取り組みの内容等を考慮して、長期目標・短期目標を設定する。管理栄養士・保健師等は栄養改善を図るための支援を行う。

### \*支援について

3か月後、6か月後に何を目指したいか（〇〇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、食事を美味しく取りたい等）を達成するために、具体的に取り組みやすい目標を作成する。

また、管理栄養士は、高齢者がどのような生活環境にあっても、日常生活の中で主体的かつ容易に取り組めるように十分配慮しながら、対象者本人による計画づくりを支援する。この計画づくりには「〇〇〇プラン」「〇〇さんの食事計画」など楽しい名称とする。

### \*支援する内容

取り組むテーマ	アプローチ内容
低栄養	<ul style="list-style-type: none"><li>・栄養が高く、軽くて持ち運びやすい食品</li><li>・欠食の解消，補食</li><li>・同じ価格帯での代替食品</li><li>・日持ちする食品</li><li>・地域の老人会、サロン等の案内</li></ul>

### \*設定する目標例

取り組むテーマ	設定する目標例
低栄養	<ul style="list-style-type: none"><li>・野菜を毎食2皿以上取る</li><li>・1日3食時間を決めて食べる</li><li>・たんぱく質のおかずを毎食食べる</li><li>・塩分摂取に気を付けて食事をする</li><li>・ご飯の量を増やす、おやつ時に牛乳を飲む</li><li>・油料理を1日1回はとる</li><li>・1日1回は玄関から外に出る</li><li>・地域の活動に参加する</li><li>・外出した際に魚や肉を買う</li></ul>

≪高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン≫

## ○モニタリングの実施

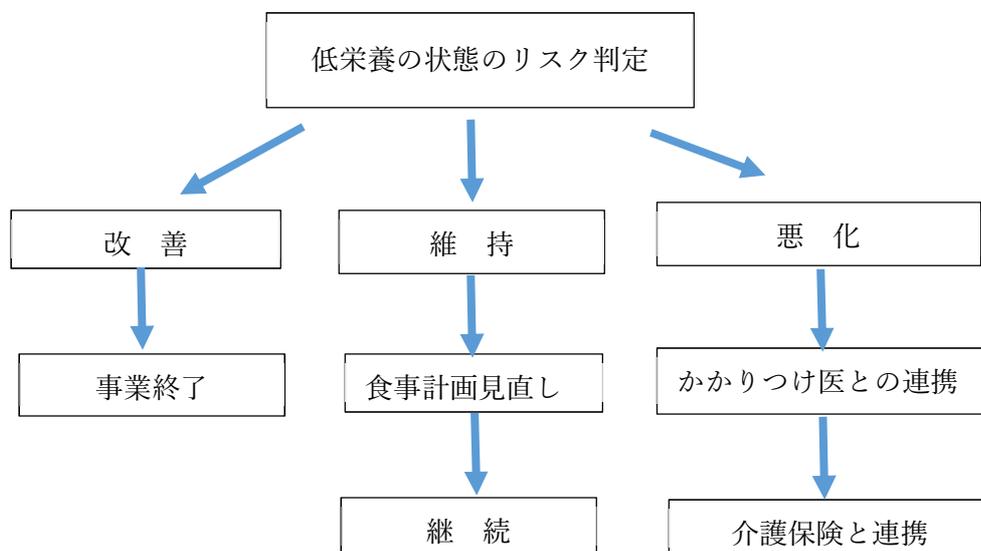
モニタリングは、実施担当者がその実施状況や改善状況を把握するために行う。初回の栄養相談後、実施上の問題の出現や中断がないかどうか確認し、本人の継続する意思を高めるために相談に応じる。本人及び家族等が実施困難であると訴える場合には、家族らと話し合い、代替案を提示し計画の修正を行う。

モニタリングは、可能な限り相談後毎回行う。

低栄養状態の改善が見られない場合や、計画の実施状況や目標の達成状況が十分でない場合には、再度本人等と話し合っって食事に関する計画の修正を行う。(修正後の実施上の問題点や中断がないかどうか確認し、状況を把握しながら計画を進めていく。)

## ○事後アセスメント 〈第3回目訪問時〉

事業終了時に、事後アセスメントを行い事前・事後の状況を比較し、アウトカム指標を中心に評価を行う。これらの評価結果で、未だ「低栄養状態にある」あるいは「その恐れがある」と判断される場合、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、医師に相談する。



≪H24年愛媛県介護予防に関する指針 一部修正≫

## ○栄養の評価と事業報告

参加者への支援の終了後、事業の評価を行う。ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの観点により、その事業が適切であったか、効果があったかを確認（評価）し、改善が必要な場合には修正を行う。

≪報告書 様式 11 より≫

### ●栄養の評価：

①主観的評価	主観的健康感
②客観的評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養状態—「10 食品群チェックシート」（食品摂取多様性）</li> <li>・身体状況—身長、現体重、過去 6 か月における体重の変化と BMI</li> <li>・（血液検査—血清アルブミン値で疾患と栄養の関係を評価）</li> </ul> <p>（BMI は改善傾向にあっても変化量が小さく、評価が難しいため、評価には体重を用いることも必要である。また、アルブミン値を用いることもあるが、費用がかかることから参加者の負担にならないよう考慮する必要がある。）</p>
評価のポイント	<p>栄養状態は、食事量の減少、生活環境や身体機能の変化により日々の生活の中で変化する。また、個人差もあるため。評価の結果について、どのようなことから改善、対応できるか決めておくことが大切である。適切なエネルギーや栄養も重要だが本人、家族の意向に合わせて、それにあった計画を立てることが重要である。</p>

≪公益財団法人長寿科学振興財団より≫

参考：評価の指標 ①低栄養の改善—アウトプット—訪問件数

・アウトカム—体重の維持、改善の割合 重症化予防の割合（要介護・死亡）

②低栄養予防—アウトプット—訪問件数

・アウトカム—体重の維持、改善の割合 食生活の課題改善の割合

≪厚生労働省モデル事業神奈川県大和市事例≫

●事業報告： 事業実施後、地域の関係機関（医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等）や住民に対し、協議会や広報等を通じて事業評価結果を含め報告を行う。

#### 関係者への事業報告の事例

事業の実施経過や支援した人の個別の状況変化、次年度についての課題については、関係者で集まる会議等で議論し、その結果については、報告書として取りまとめ、関係者に配布した。

≪国の保健事業ガイドラインから モデル事業の長野県佐久市≫

## II) 介護予防との一体的な保健事業の実施

被保険者の健康を守り自立を促進し、低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防及び生活習慣病等の重症化予防等を行うため、通いの場などを活用した健康教育・健康相談や健康状態が不明な高齢者の情報把握、必要なサービスへの接続等を実施する。

### 1) 通いの場などを活用した健康教育・健康相談

#### ①健康教育・健康相談の概要

事業の内容	・健康教育・健康相談を行いその事業評価を実施すること。 ・参加者(全部または一部)について取り組みの目的に応じた健康状態等を把握すること。(アセスメント表活用)
スタッフ	医療専門職(管理栄養士、保健師、歯科衛生士等)
場 所	通いの場、ショッピングセンター、薬局等
連 携	国民健康保険や介護保険(介護予防事業)、地域包括支援センター 医療関係(歯科医院、薬局等)

通いの場とは： 有償・無償のボランティア等により提供される住民主体による支援。住民主体による要支援者等を中心とした定期的な利用が可能な自主的な通いの場づくり。例えば以下のようなサービスが考えられる。

(例)

- ・ 体操、運動等の活動
- ・ 趣味活動等を通じた日中の居場所づくり
- ・ 定期的な交流会、サロン
- ・ 会食

≪厚生労働省 地域支援事業実施要綱より≫

#### \* 評価 【行動変容ステージ】



## ②健康教育・健康相談の実施プログラムの例 (3回シリーズ)

	事業内容	テーマ	ポイント	スタッフ
第1回	事業説明 事前アセスメント 課題点の把握 身体測定 講話(フレイル、バランス食等)	・バランスの良い食事について(主食・主菜・副菜) ・低栄養を予防する食生活について	・〈食べる〉ことを通じてQOLの向上を図る。 ・コミュニケーションの回復、低栄養状態・生活習慣病の予防と改善を目指す。	管理栄養士 保健師 医師 ボランティア等
第2回	目標設定 講話(適切な服薬等) ミニ実習 ワーキング	・カルシウムの働き ・簡単なおやつ作りと試食(例:カフェオレ、ミルクティー、クラッカーとチーズサンド、田づくり等) ・自己紹介	・前回のアセスメントから、課題を明確にし、自己実現の目標を自ら設定できるように支援する。	管理栄養士 保健師 薬剤師 ボランティア等
第3回	事後アセスメント 身体測定 講話(運動) ミニ実習 評価と今後の相談(必要に応じて個別対応)	・たんぱく質の働き(筋肉の維持・強化) ・簡単な一品作りと試食(例:プリン、豆腐入りホットケーキ、サンドイッチ等)	・たんぱく質は、筋肉や臓器などを構成する成分として重要であることや、高齢者の食事傾向として不足がちであることを伝える。	管理栄養士 保健師 理学療法士 医師 ボランティア等

### 〈留意事項〉

- ・開催時間は約1時間程度
- ・事前アセスメント(初回)は管理栄養士が担当し、個人の健康・栄養状態などに応じて個別指導も行う。身体計測等との時間調整をしながら行う。
- ・身体測定は身長、体重、大腿周囲径などを行う。
- ・この事業は、数字の改善だけでなく個人の食習慣・嗜好・価値観など尊重し、食に対する意識改革・行動変容につないでいけることを目指す。

## 2) 健康状態が不明な高齢者の状況把握、必要なサービスへの接続事業

医療や介護サービス等につながない健康状態の不明な75歳以上の高齢者に対し、訪問等により状態を確認した上で、必要なサービスに接続する。

### ① 高齢者訪問栄養相談・指導

事業内容	訪問指導で状態把握を行い、必要なサービスに繋げて（介護、医療、配食等）事業評価を実施する
スタッフ	保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職
場 所	対象者の自宅（家庭訪問）
連 携	・介護分野一地域包括支援センター、地域ケア会議、介護福祉会 ・医師会・歯科医師会等関係団体

〈留意事項〉

- ・訪問栄養相談・指導は、低栄養防止・重症化予防の事業流れと実施プログラムを活用すること。
- ・国保・介護データを活用し、一体的な分析や事業対象者の抽出、地域の健康課題の把握、事業立案・評価等を実施すること。

## 5. 様式類

1. 低栄養保健指導参加同意書

2. 低栄養保健指導指示書

3. 栄養アセスメント NO1

4. 栄養アセスメント NO2

低栄養の中・高リスクのエネルギー、たんぱく質、

水分補給の算定 食品構成（例）

5. 10食品群チェックシート

10食品群チェックシートの活用について

おすすめ献立表

おすすめ献立表の活用の仕方

6. 基本チェックリスト

基本チェックリストの活用について

7. 栄養スクリーニング表

8. 低栄養の予防・改善のためのスクリーニング項目

9. 食事計画

10. 栄養モニタリング

11. 事業報告書

低栄養保健指導参加同意書

令和 年 月 日

市町担当課長 様

氏名（自署） \_\_\_\_\_  
 （代筆者名 \_\_\_\_\_）

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

◆低栄養保健指導への参加を希望しますか。（該当するものにチェック☑）

※かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、あなたの検査データを保険者が医療機関から提供してもらい、医療機関と共有する必要があります。

私の検査データを、保険者が医療機関（かかりつけ医）と共有することに同意のうえ、参加を希望します。

参加を希望しません。

※希望しない理由

自己管理できているから       参加する時間がないから

かかりつけ医の指導で十分と思うから

かかりつけ医が参加を進めなかったから

その他（ \_\_\_\_\_ ）

◆かかりつけの医療機関があれば記入してください。

医療機関名 \_\_\_\_\_

かかりつけ医名 \_\_\_\_\_

医療機関所在地 \_\_\_\_\_

低栄養保健指導指示書

令和 年 月 日

市町担当課長 様

医療機関名 \_\_\_\_\_  
 かかりつけ医名 \_\_\_\_\_ 印  
 〒 \_\_\_\_\_  
 医療機関所在地 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

患者氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)	男・女
住所		電話番号		
保健指導に関する指示内容				
該当項目へチェック☑ 保健指導を実施することが <input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 不適当  《該当する病名》 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 《依頼する指導内容》 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> その他 留意事項 ( _____ ) エネルギー kcal 水分 ml				
《検査値 ( 年 月 日現在)》 血清アルブミン _____ g/dl 身長 _____ cm 血圧 _____ ~ _____ mmHg (数字が分かる時は記入してください) 体重 _____ kg BMI ( ) その他 ( ) _____				
《自由記載欄》 (保険者が対象者ごとに医師に確認したい内容や、医師による治療状況等の記入に使用)				

## 栄養アセスメント表 No 1

作成日 年 月 日 (作成担当者: )

氏名	ふりがな	男 ・ 女	生年月日	
			明・大・昭	年
かかりつけ医より 食事に関する意向指示		(エネルギー kcal 水分 ml)		

### 食生活

嗜好		買い物・調理担当者	本人・家族 ( ) その他 ( )
形態	普通・軟食・その他 ( )	アレルギー	無 ・ 有 ( )

身体計測等	実施日	初回 年 月 日	第2回 年 月 日	最終回 年 月 日
	身長			
	体重			
	肥満度 BMI			
	体重変化		(± kg)	(± kg)
	血圧			
	血清アルブミン (g/dℓ) (数字が分かる時は記入してください)			
運動・移動	階段を手すりや壁を 伝わずに上っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	椅子に座った状態から 何も捕まらずに立ち上がっている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	適度な運動	<input type="checkbox"/> している ( ) <input type="checkbox"/> していない (理由 )	<input type="checkbox"/> している ( ) <input type="checkbox"/> していない (理由 )	<input type="checkbox"/> している ( ) <input type="checkbox"/> していない (理由 )
その他	適度な休養	<input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう	<input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう	<input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう
	外出の頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月2～3回 <input type="checkbox"/> ほとんど出ない	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月2～3回 <input type="checkbox"/> ほとんど出ない	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月2～3回 <input type="checkbox"/> ほとんど出ない
	外出の目的	<input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ ( ) <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ ( ) <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ ( ) <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	見守り状態	<input type="checkbox"/> ある (家族・民生委員等・ 近隣住人・IT見守り ・その他) <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (家族・民生委員等・ 近隣住人・IT見守り ・その他) <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (家族・民生委員等・ 近隣住人・IT見守り ・その他) <input type="checkbox"/> ない

## 栄養アセスメント表 No2

項目	初回 年 月 日	第2回 年 月 日	最終回 年 月 日
	記入者	記入者	記入者
「10 食品群チェックシート」 (様式5)	<input type="checkbox"/> この調子 <input type="checkbox"/> あと一息 <input type="checkbox"/> フレイルに注意	<input type="checkbox"/> この調子 <input type="checkbox"/> あと一息 <input type="checkbox"/> フレイルに注意	<input type="checkbox"/> この調子 <input type="checkbox"/> あと一息 <input type="checkbox"/> フレイルに注意
食事回数	____回/日 (朝 昼 夕)	____回/日 (朝 昼 夕)	____回/日 (朝 昼 夕)
食事摂取割合	____ % 主食 % 主菜 % 副菜 % 補食等 ( )	____ % 主食 % 主菜 % 副菜 % 補食等 ( )	____ % 主食 % 主菜 % 副菜 % 補食等 ( )
必要栄養量 (エネルギー、たんぱく質等)	エネルギー kcal たんぱく質 g 水分 ml以上	エネルギー kcal たんぱく質 g 水分 ml以上	エネルギー kcal たんぱく質 g 水分 ml以上
栄養ケアの課題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食
	<input type="checkbox"/> 欠食 <input type="checkbox"/> 早食・丸呑み	<input type="checkbox"/> 欠食 <input type="checkbox"/> 早食・丸呑み	<input type="checkbox"/> 欠食 <input type="checkbox"/> 早食・丸呑み
	<input type="checkbox"/> 歯、口腔・嚥下	<input type="checkbox"/> 歯、口腔・嚥下	<input type="checkbox"/> 歯、口腔・嚥下
	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘
	食欲低下 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食欲低下 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食欲低下 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	食べる楽しみ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食べる楽しみ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食べる楽しみ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> タバコ <input type="checkbox"/> アルコール	<input type="checkbox"/> タバコ <input type="checkbox"/> アルコール	<input type="checkbox"/> タバコ <input type="checkbox"/> アルコール
	「基本チェックリスト」(様式6) <input type="checkbox"/> フレイルなし <input type="checkbox"/> フレイル <input type="checkbox"/> フレイルの前段階	「基本チェックリスト」(様式6) <input type="checkbox"/> フレイルなし <input type="checkbox"/> フレイル <input type="checkbox"/> フレイルの前段階	「基本チェックリスト」(様式6) <input type="checkbox"/> フレイルなし <input type="checkbox"/> フレイル <input type="checkbox"/> フレイルの前段階
	筋量(ふくらはぎ周囲長) <input type="checkbox"/> 31cm 未満 <input type="checkbox"/> 31cm 以上	筋量(ふくらはぎ周囲長) <input type="checkbox"/> 31cm 未満 <input type="checkbox"/> 31cm 以上	筋量(ふくらはぎ周囲長) <input type="checkbox"/> 31cm 未満 <input type="checkbox"/> 31cm 以上
	総合・評価判定	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

## 10食品群チェックシート

記入例

食品群	食品	/	/	/	/	/	/	/	/
主食	ごはん、パン、麺	○							

**\*主食は点数に含みません**

1	肉	生の肉・加工品	○						
2	魚介類	魚介類・加工品							
3	卵	鶏卵、うずらのたまご	○						
4	大豆・大豆製品	豆腐、納豆など	○						
5	牛乳・乳製品	牛乳、ヨーグルト、チーズ							
6	緑黄色野菜	人参、ほうれん草、かぼちゃ	○						
7	海藻類	わかめ、ひじき、昆布のり等							
8	果物	りんご、みかん、いちごも、バナナ等							
9	いも類	じゃがいも、里芋、さつまいも							
10	油を使った料理	炒め物、揚げ物、バター、マーガリン	○						
	合計		5						

### 《10食品の数え方》

それぞれの食品群について

① 今日1回でも食べた—○印を右欄に記入

今日は食べていない—何も書かない

② 1日の合計点数から、判定します

7～10点—この調子

4～6点—あと一息

0～3点—フレイルに注意

あなたの点数は？  点

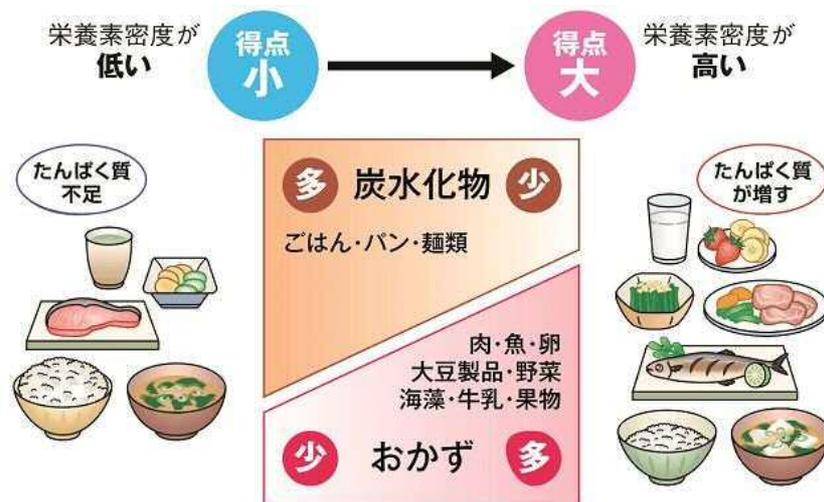
高齢期にたんぱく質が不足しがちなため①～⑤の肉、魚、卵などの食品を積極的にとることが大切です。10食品を毎日食べるようにすれば、自然と栄養のバランスをとることができます。

## 10 食品群チェックシート

これは、東京都健康長寿医療センター研究所で開発された「食品摂取の多様性得点」評価法です。これは、国民健康・栄養調査の結果から、「食品摂取の多様性」に着目した高齢者の食品摂取頻度から食事の評価をする方法です。

### 「食品摂取の多様性得点」

食品摂取の多様性の点数が高くなるほど、エネルギー摂取量は変わらないものの、体重当たりのたんぱく質摂取量が有意に増加し、穀類のエネルギー比は減少傾向であった。またその結果から、食品摂取の多様性得点が高いということは、主食を控えめに、たんぱく質やビタミン、ミネラルを多く含むおかずを中心とした「栄養素密度の高い食事」を反映していることが示唆された。



食品摂取の多様性得点の特徴

### 「食品摂取の多様性得点と筋量、身体機能との連携」

また、「食品摂取の多様性得点」評価法を用いて高齢期の健康との関連の研究から、高次生活機能との関連が報告されている。

フレイルサイクルのサルコペニアに着目し、筋量と身体機能との関連から食品摂取の多様性得点が高いほど、筋量が多く、身体機能（握力、通常歩行速度）が高いことが示された。また、多様性得点が高いほど、四肢骨格筋量の低下リスクが抑制される傾向がみられ、握力の低下及び通常歩行速度の低下リスクが有意に抑制された。

多様な食品を摂取することで、高齢期のサルコペニア予防に防御的に働くことが明らかになった。

食品摂取の多様性得点は10の食品群の摂取頻度から簡便に評価でき、エビデンスに基づく地域高齢者の健康支援策として、活用されている。

◀ 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 ▶

**\*低栄養の中・高リスクのエネルギー、たんぱく質、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
たんぱく質	A) 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) B) エネルギー産生栄養バランス (%エネルギー) 15~20%
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、食事に含まれる水分を約 1ℓ とし、残りを飲料水とする。

算定式には、適宜選択して用いること

- 1) Harisu-Benedict による推定値:

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

女性  $65.1 + (9.56 \times \text{体重kg}) + (1.85 \times \text{身長cm}) - (4.68 \times \text{年齢})$  \* 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: 仰臥状態場合を 1.0

生活機能が自立している場合には 1.1~1.3

◀ H24 年愛媛県介護予防に関する指針 一部修正 ▶

**\*食事のとり方で異なる水分量**

	理想的な食事の場合	小食の場合	疾患や偏食がある場合
食事パターン			
水分量	食 事 : 約 1,000ml 食事以外 : 約 1,000ml 一日の合計 : 約 2,000ml	食 事 : 約 600ml 食事以外 : 約 900ml 一日の合計 : 約 1,500ml	食 事 : 約 400ml 食事以外 : 約 600ml 一日の合計 : 約 1,000ml ご飯、汁物、漬物といった 食事で済ましてしまう場合

は欠食を表す。

◀ 在宅高齢者食事ケアガイドより ▶

**水の出納**

入 ( 摂取 ) ml	出 ( 排泄 ) ml
飲料水 800~1300	尿 1000~1500
食物中の水 1000	不感蒸泄 900
代謝水 200	便 100
計 2000~2500	計 2000~2500

○高齢者の食事摂取基準 (2020年版)

75歳以上	男性			女性		
身体活動レベル	I	II	III	I	II	III
エネルギー (kcal/日)	1800	2100	—	1400	1650	—

\*レベルIIは自立している者、レベルIは自宅にいてほとんど外出しない者

レベルIは高齢者施設で自立に近い状態で過ごしている者に適用できる値である。

○高齢者の食品構成 (例)

食品群		1600 kcal	食品群		1600 kcal
1群	魚介類	70	5群	穀類	360
	肉類	50		いも類	50
	卵類	40		砂糖類	5
	豆類	60	6群	油脂類	10
2群	乳類	200		種実類	5
	小魚類	5	その他	菓子類	20
	海藻類	5		嗜好飲料等	400
3群	緑黄色野菜	140		調味料	60
4群	その他野菜	260	香辛料		
	果物	150			

2015年版日本人の食事摂取基準実践・運用を考える会より

- 1群 魚介類———鯛,ハマチ、サバ、イワシ、太刀魚、サンマ  
 肉類———牛肉、豚肉、鶏肉  
 卵類———鶏卵、うずら卵  
 豆類———大豆製品(豆腐、油揚げ等)きな粉、納豆、その他の豆類
- 2群 乳類———牛乳、ヨーグルト、チーズ、脱脂粉乳  
 小魚類———ちりめん、煮干し  
 海藻類———わかめ、ひじき、コンブ等
- 3群 緑黄色野菜———にんじん、ほうれん草、ブロッコリー、ピーマン
- 4群 その他の野菜——玉ねぎ、キャベツ、きゅうり、大根、白菜、レタス  
 果物類———みかん、キウイフルーツ、柿、りんご、バナナ
- 5群 穀類———米、パン類、めん類、  
 いも類———さつまいも、じゃがいも、里芋  
 砂糖類———砂糖、はちみつ
- 6群 油脂類———オリーブ油、大豆油、ごま油、調合油、バター、マーガリン  
 種実類———ごま、らっかせい、ぎんなん

《厚生労働省》

おすすめ献立

アドバイス :

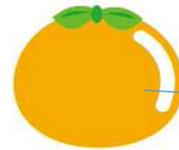
〇〇さんの目標 :

主菜の例：魚、肉、豆腐、卵



副菜の例：野菜、海藻、きのこ、こんにゃく

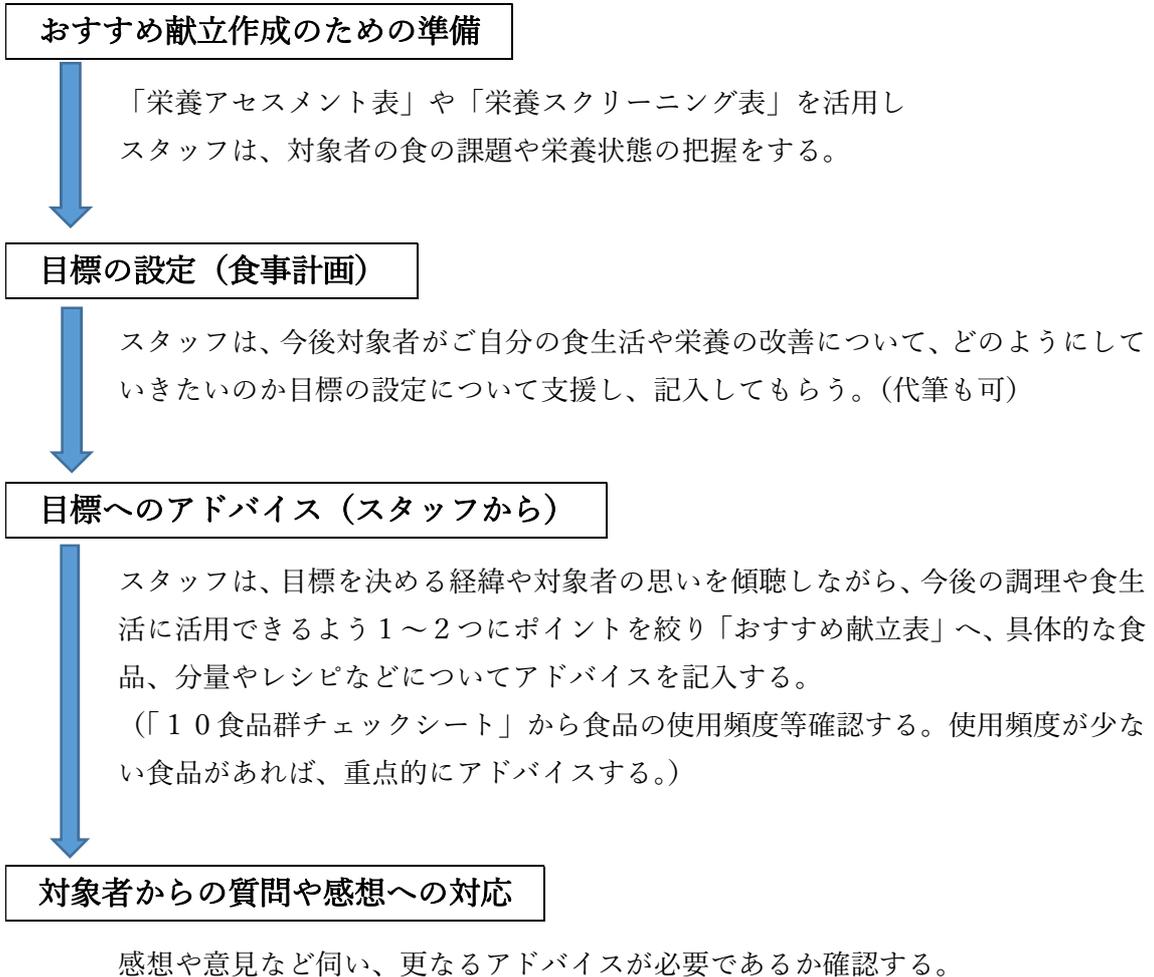
主食の例：ご飯・パン・麺類



副菜またはデザート例：果物、①②で足りない副菜

〇〇様より質問や感想があればご記入ください。

## おすすめ献立表の活用の仕方



## 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください		得点
		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	日用品の買い物をしていますか	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	BMIが18.5未満ですか 身長 cm 体重 kg (BMI = ) (注)	1.はい	0.いいえ	
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	口の渴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されますか	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	
NO. 1~25の合計				

(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

## 基本チェックリストの結果の見方

合計点：0～3点      フレイル無し  
合計点：4～7点      フレイルの前段階  
合計点：8点以上      フレイル

回答欄のはい、いいえの前にある数字（0または1）を得点欄に記入してください。

## 【基本チェックリスト】

フレイルを早期に発見するために厚生労働省が  
介護予防の「基本チェックリスト」を公表しています。  
年に1～2回、ぜひ生活機能を確認してみましょう。

### <判定方法>

<b>診断①</b>	問6～10であみかけに3つ以上チェックがついた方
	運動器の機能低下の恐れがありますので、機能向上に取り組みましょう
<b>診断②</b>	問11・12のすべてであみかけにチェックがついた方
	低栄養の恐れがありますので、栄養改善に取り組みましょう
<b>診断③</b>	問13～15であみかけに2つ以上チェックがついた方
	口腔機能低下の恐れがありますので、機能向上に取り組みましょう
<b>診断④</b>	問1～20であみかけに10個以上チェックがついた方
	全般的な生活機能低下の恐れがありますので、機能向上に取り組みましょう
<b>診断⑤</b>	問18～20であみかけに1個以上チェックがついた方
	認知機能の低下の恐れがありますので、認知症予防に取り組みましょう
<b>診断⑥</b>	問21～25であみかけに2個以上チェックがついた方
	うつ傾向の可能性があるので、うつを予防しましょう

## 【筋量「ふくらはぎ周囲長」測定】

「指輪っか」テスト：ふくらはぎの自己評価

手順① 親指と人差し指で「指輪っか」をつくる

手順② ふくらはぎの一番太い部分に当ててみる



低い（31cm未満） ← サルコペニアの危険度 → 高い（31cm以上）

《フレイルサポーター養成テキスト 監修：飯島勝矢より》

## 栄養スクリーニング表

記入者氏名

作成年月日

利用者名	(ふりがな)	男・女	要介護度	
生年月日	明・大・昭                      月                      日 (                      才)			

(かかりつけ医の指示書がある場合リスクレベル確認)

### ≪低栄養状態のリスクレベル≫

	現在の状況	<input type="checkbox"/> 低リスク	<input type="checkbox"/> 中リスク	<input type="checkbox"/> 高リスク
身長 (測定日)				
体重 (測定日)				
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%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 (g/dl) <small>(数字が分かる時は記入してください)</small>		<input type="checkbox"/> 3.6g/dl以上	<input type="checkbox"/> 3.0～3.5g/dl	<input type="checkbox"/> 3.0g/dl未満
フレイル状況 (基本チェックリスト)		<input type="checkbox"/> フレイルなし	<input type="checkbox"/> フレイルの前段階	<input type="checkbox"/> フレイル
筋量 (ふくらはぎ周囲長)		<input type="checkbox"/> 31cm以上	<input type="checkbox"/> 31cm未満	
10食品群チェックシート		<input type="checkbox"/> この調子	<input type="checkbox"/> あと一息	<input type="checkbox"/> フレイルに注意
食事摂取量		<input type="checkbox"/> 良好 (76～100%)	<input type="checkbox"/> 不良 (75%以下) 内容：	
嚥下状態		<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 専門医に相談	
栄養補給法		<input type="checkbox"/> 自力摂取	<input type="checkbox"/> 半分自力 半分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
味覚変化		<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 変化有り (                      )	

≪H24年介護予防に関する指針-愛媛県 一部改変≫

## 低栄養の予防・改善のためのスクリーニング項目

\* 該当する項目があれば、チェックしてください。

大項目	小項目	チェック
咀嚼障害の有無	咀嚼障害	
	口腔内疾患	
	入れ歯の不具合	
	虫歯	
嚥下障害の有無	飲食時のむせ	
	水分でむせやすい	
	食物を口腔内に長時間保留する	
	脳梗塞・パーキンソンなどの脳神経疾患	
食事摂取機能	食事を口まで運べない	
	介助なしの自力摂取が出来る	
栄養障害を伴う疾患 (投薬を含む)	敗血症	
	肺炎	
	悪性腫瘍	
	下痢など腸管からの吸収不良	
	うっ血性心不全	
	腎不全などの疾患及び向精神薬などの投薬	
	褥瘡	
	その他疾患がある	
精神的要因	認知症	
	うつ	
	精神意欲の低下	
座位の姿勢	食事の際のテーブルや椅子の高さが適切か	

« H 2 4 年介護予防に関する指針-愛媛県一部改変 »

## 食 事 計 画

利用者氏名	計画作成者	初回作成日
	所属名	作成変更日
医師の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要点 )	
説明と同意日		
対象者・家族の意向		
解決すべき課題 (ニーズ)		
長期目標	初回 月 日	変更 月 日
短期目標	初回 月 日	変更 月 日

## 短期計画と実践内容

短期目標	実 践 内 容		
	初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
栄養補給・食事			
栄養・食事相談			
その他			
記載者名			

## 栄 養 モ ニ タ リ ン グ

利用者氏名 (性別)	(男・女)	生年月日	年 月 日 ( 才)
住所	電話		

	初回栄養相談	第 回 栄養相談	第 回 栄養相談	第 回 栄養相談
	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )
	( 週目)	( 週目)	( 週目)	( 週目)
身 長				
体 重 体重変化量		kg (± kg)	kg (± kg)	kg (± kg)
B M I				
10食品群チェック シート	<ul style="list-style-type: none"> <li>・この調子</li> <li>・あと一息</li> <li>・フレイルに注意</li> </ul>			
指導内容				
	記録者 ( )	記録者 ( )	記録者 ( )	記録者 ( )

## 事業報告書

利用者氏名	様	男・女（才）	作成日	年	月	日
低栄養のリスク	訪問開始時（月 日）		___カ月後（月 日）			
身長	cm		cm			
体重	kg		kg			
BMI						
体重減少率・変化						
血清アルブミン値 (数字が分かる時は記入してください)	g/dl		g/dl			
フレイル状況 (基本チェックリスト様式6より)	<input type="checkbox"/> フレイルなし <input type="checkbox"/> フレイル前段階 <input type="checkbox"/> フレイル		<input type="checkbox"/> フレイルなし <input type="checkbox"/> フレイル前段階 <input type="checkbox"/> フレイル			
10食品群チェックシート (様式5より)	<input type="checkbox"/> この調子 <input type="checkbox"/> あと一息 <input type="checkbox"/> フレイルに注意		<input type="checkbox"/> この調子 <input type="checkbox"/> あと一息 <input type="checkbox"/> フレイルに注意			
自己実現の課題とその意欲 (自己目標到達状況)						
主観的健康感 (現在の健康状態あてはまるもの 1つに○)	1よい 2まあ良い 3ふつう 4あまりよくない 5よくない		1よい 2まあ良い 3ふつう 4あまりよくない 5よくない			
計画の概要と実施状況						
課題・改善が必要と思われる事項						
総合的評価	<input type="checkbox"/> 改善（事業終了） <input type="checkbox"/> 維持（事業継続） <input type="checkbox"/> 悪化（入院・介護認定へ・死亡）					
継続の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（次回予定 年 月 日）事業名（ ）					

作成担当者名