

春日部市 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ） 低栄養防止プログラム

【目標と支援内容】

全体目標

（対象者）自らの低栄養状態を自覚し、低栄養状態を改善し、介護予防・QOL 向上に努めることができる。
（指導者）行動変容を促し、効果を出す支援ができる

初回支援	方法	訪問
	各支援の目標	意識付けと動機付け、目標と行動計画の設定
	対象者の目標	☐ 生活習慣と健診結果（アルブミン、体重、BMI 等）を振り返り、低栄養状態改善の必要性を理解できる ☐ 目標と行動計画を設定し、目標に向けて取り組む準備ができる ☐ 今後のスケジュールを理解する
	指導者の目標	☐ 低栄養状態になっている背景をアセスメントできる ☐ 行動変容ステージレベルを把握する ☐ 対象者が保健指導に申し込んだ目的に合った低栄養を改善する支援を行う
	手順	
	①情報収集する	【方 法】 ☐ 後期高齢者の質問票を実施する（フレイルの状況を把握） ☐ 食生活に関する問診票を実施する（あわせて生活習慣、調理・栄養状態等を把握する） ☐ 健診結果を把握する ☐ 体重を測定する ☐ 血圧測定（必要時）
		【必要な情報】 ☐ 健診結果（アルブミン、体重、BMI 等） ☐ 体重変化 ☐ 食習慣 ☐ 食事回数 ☐ 食事内容（摂取エネルギー、タンパク質量、水分摂取量） ☐ 排便の状況 ☐ 食事環境・買い物環境 ☐ 食欲不振の有無 ☐ ストレス状況（メンタルの状態） ☐ 家族構成（キーパーソンの有無） ☐ 対象者の理解力 ☐ 咀嚼機能・嚥下機能 ☐ 腔内・義歯の状況 ☐ 歯科医への受診状況 ☐ 低栄養状態になっている背景 ☐ 既往歴 ☐ 服薬の確認
		①後期高齢者の質問票 ②食生活に関する問診票から把握できる

初回支援	②アセスメントする	☐ 低栄養状態になっている背景、課題、支援内容を判断する ☐ 医師や歯科医師への受診の必要性 ☐ サービスの調整の必要性
	③説明と助言をする	☐ 生活習慣と健診結果の関係を説明 ☐ 低栄養状態について説明 ☐ 低栄養状態の改善に必要な具体的な情報提供及び指導 ☐ 具体的な助言 ☐ 高齢者の生活全般の I A D L を向上させることをふまえた助言となるよう配慮すること ☐ 食事内容等の助言 ☐ 医師、歯科医師への受診勧奨（必要時）
	④目標の設定と行動計画を立てる	☐ 課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）は対象者と一緒に考え提案する ☐ 目標は具体的にとるべき行動（行動目標）となっているか ☐ 行動計画は、対象者が無理なく取り組みやすい内容となっているか ☐ 対象者の状況に応じて配食サービス等の必要な支援・サービスの調整を行う ☐ 通いの場の紹介、接続 ☐ スケジュールの確認（初回支援から 1 か月経過後の電話、3 か月経過後の訪問）

継続支援	方法	電話
	各支援の目標	設定した目標の達成に向けた取り組み状況の確認、対象者の継続意欲の支持
	対象者の目標	☐ 1 か月間の生活や取り組みを振り返り、変化や効果を実感できる ☐ 健康状態を再確認できる ☐ 目標や行動計画の評価を自ら行い、今後の方向性を決定できる
	指導者の目標	☐ 評価を行い、対象者の目標や目的と指導の方向性を一致させることができる
	手順	
	①情報収集する	【方法】 ☐ 対象者からの聞き取り 【必要な情報】 ☐ 1 か月間の振り返り ☐ 目標の達成に向けた対象者の考え ☐ 行動計画の実施状況 ☐ 体重変化 ☐ 食事回数 ☐ 食事内容（摂取エネルギー、タンパク質量、水分摂取量） ☐ 食事・買い物の変化 ☐ 排便の状況 ☐ 食欲不振の有無 ☐ ストレス状況

継続支援	②アセスメントする	☐ 設定した目標の達成状況および行動計画の評価 ☐ 体重の変化 ☐ 食事状況 ☐ 対象者の行動意欲や行動の変化（行動変容ステージレベル）
	③説明と助言をする	☐ 目標の達成状況および行動計画の説明 ☐ 対象者が1か月間を振り返ることができるように評価し、助言や栄養相談を行う ☐ 目標の達成が困難と想定される場合や継続的な実施が難しいと考えられる場合は、改善計画の見直し（目標の再設定・行動計画の見直し）を実施 ☐ 確立された行動を維持するために賞賛や奨励の実施 ☐ 医師、歯科医師への受診勧奨（必要時） ☐ スケジュール調整（次回（初回支援から3か月経過後）の日程調整）
	（必要時） ④目標の設定と行動計画を立てる	☐ 目標の再設定 ☐ 行動計画の見直し

最終支援	方法	訪問（電話）
	各支援の目標	目標と行動計画の振り返り、評価
	対象者の目標	☐ 3か月間の生活習慣改善の取り組みを自己評価できる ☐ 実績評価終了後も健康を自己管理できる
	指導者の目標	☐ 対象者が今後も改善した生活習慣を継続できるよう支援できる
	手順	
	①情報収集する	【方法】 ☐ 対象者からの聞き取り ☐ 体重測定 【必要な情報】 ☐ 3か月間の振り返り ☐ 目標の達成状況 ☐ 行動計画の実施状況 ☐ 体重変化 ☐ 食習慣 ☐ 食事回数 ☐ 食事内容（摂取エネルギー、タンパク質量、水分摂取量） ☐ 排便の状況 ☐ 食事・買い物の変化 ☐ 食欲不振の有無 ☐ ストレス状況 ☐ 咀嚼機能・嚥下機能 ☐ 口腔内・義歯の状況

最終支援	②アセスメントする	☐ 設定した目標の達成状況 ☐ 設定した行動計画の実施状況 ☐ 体重の変化 ☐ 食事状況 ☐ 対象者の行動意欲や行動の変化（行動変容ステージレベル）
	③説明と助言をする	☐ 目標の達成状況 ☐ 行動計画の実施状況 ☐ 対象者が3か月間を振り返ることができるように評価し助言 ☐ 実績評価終了後も健康を自己管理できるよう必要な情報を提供 ☐ （引き続き支援が必要と判断される場合）地域支援事業等へのサービスへ接続する ☐ かかりつけ医、介護部門等との事業実施結果の共有 ☐ 受診勧奨（必要時）