

<p>お茶を飲みながらの交流会</p> <p>①仲間づくりと工夫点などの情報交換</p> <p>②献立カードを使ってメニュー作りゲーム</p> <p>2ヶ月目のモニタリング</p> <p>個別相談</p> <p>次回案内、修了</p>
<p>⑩担当者によるカンファレンス</p> <p>日時：平成 17 年 12 月 20 日（火） 16 時 30 分～17 時 00 分</p> <p>所要時間：30 分</p> <p>実施場所：横須賀市保健所</p> <p>担当者：管理栄養士 2 名</p> <p>内容：参加者の様子、「おいしく楽しく食べてもらうために」必要なこと等について 検討、次回栄養相談の計画</p>
<p>⑪参加者への手紙送付</p> <p>年末年始の楽しいイベントが重なる時期に「楽しく食べられる」様に、一言コメントを添えて、クリスマスカードを送付。</p>
<p>⑫電話チェック</p> <p>目的：体重や体調の確認</p> <p>日時：平成 18 年 1 月 10 日（火）～1 月 11 日（水）</p> <p>所要時間：2 時間</p> <p>対象高齢者：5 名全員と電話で確認（持病が悪化し、体調を崩している高齢者がおり、 病院へ行くよう勧めた）</p> <p>担当者：管理栄養士 1 名</p>
<p>⑬第 5 回栄養相談</p> <p>目的：3ヶ月目のモニタリングと個別栄養相談</p> <p>日時：平成 18 年 1 月 16 日（月） 13 時 30 分～16 時 30 分</p> <p>所要時間：3 時間</p> <p>実施場所：横須賀市保健所</p> <p>参加高齢者：5 名全員参加</p> <p>担当者：管理栄養士 2 名</p> <p>形態：個別栄養相談と小グループによる栄養教育の実施</p> <p>実施事項：受付</p> <p>簡単な栄養の話</p> <p>お茶を飲みながら交流会 （お正月の楽しかった事や女性から自慢料理の話が話題となる）</p> <p>3ヶ月後のモニタリング</p>

<p>個別相談 次回案内、修了</p>
<p>⑮担当者によるカンファレンス</p> <p>日時：平成 18 年 1 月 16 日（月） 16 時 30 分～17 時 00 分</p> <p>所要時間：30 分</p> <p>実施場所：横須賀市保健所</p> <p>担当者：管理栄養士 2 名</p> <p>内容：参加者は元気そうでやる気もあるが、思うように体重が増えない（血清アルブミンは問題なし）。別のアプローチから計画を修正した方が良いかを検討。</p> <p>その後の対応：カンファレンス内容と現在の状況について、アセスメントを実施した保健師と検討（電話と庁内遞送便で連絡をとる）。</p>
<p>⑯第 6 回栄養相談</p> <p>平成 18 年 2 月 20 日（月）保健所での実施を予定していたが、保健所の都合により、電話チェックに変更</p> <p>目的：体重や体調の確認</p> <p>日時：平成 18 年 2 月 20 日（月）</p> <p>所要時間：2 時間</p> <p>対象高齢者：5 名全員と電話で確認（特に変化はない様子）</p> <p>担当者：管理栄養士 1 名</p>
<p>⑰第 7 回栄養相談（実施予定）</p> <p>目的：5 ヶ月目のモニタリングと新たな問題点の解決に向けて</p> <p>日時：平成 18 年 3 月 17 日（金）</p> <p>場所：横須賀市保健所</p> <p>担当者：管理栄養士 2 名、健康運動指導士 1 名</p> <p>実施事項：お茶を飲みながら交流会</p> <p style="padding-left: 40px;">集団指導「要介護予防のためにも身体を動かそう」（軽い体操とストレッチ等）</p> <p style="padding-left: 40px;">5 ヶ月目のモニタリング、個別栄養相談</p>
<p>⑱第 8 回栄養相談（実施予定）</p> <p>目的：6 ヶ月目のモニタリングと今後の計画作成</p> <p>日時：平成 18 年 4 月 14 日（金）</p> <p>場所：横須賀市保健所</p> <p>担当者：管理栄養士 2 名、歯科衛生士 1 名</p> <p>実施事項：お茶を飲みながら交流会</p> <p style="padding-left: 40px;">集団指導「おいしく食べるために、いつまでも自分の歯を残そう」</p> <p style="padding-left: 40px;">6 ヶ月目のモニタリング</p> <p style="padding-left: 40px;">個別栄養相談</p>

(4) 当該プログラムの特性

「おいしく、楽しく食べる」ことに視点を置き、「食べること」への興味がわくようなプログラムを作成した。嚥下状態や身体状況等については、「お茶を飲みながらの交流会」で把握し、個別相談に役立てた。

当初より 5 名と少人数で実施し、毎回交流会を持ったことから、仲間意識が高まり、保健所へ来ることの楽しさにつなげることができた。体験談、工夫点、好きな食べ物等、毎回、食に関する事が話題になる中、栄養教育を行うことができた。

当初より、栄養改善プログラムが軌道に乗ってから「運動機能向上」「口腔機能向上」にも触れたいと考えていたため、3 月と 4 月の実施予定であるが、これらの介護予防サービスからもアプローチすることにより、更に効果が高まることを期待している。

(5) 配慮した事項

「低栄養状態」は高齢者および家族からの印象が悪く、会場案内で教室の名前を掲示するため、横須賀市では「シニア 健康づくり栄養教室」という名称で実施した。

栄養教室の会場は、眺めの良い南向きの明るい会場を使用し、交流会でも話しやすい雰囲気づくりを心がけたため、早期より信頼関係を築くことができた。

今回、栄養相談日の欠席はいなかったが、電話や手紙などで、栄養改善プログラムを実施していることを忘れてしまわないよう、まめに連絡を取った。

4. おわりに

「介護予防のための低栄養状態スクリーニング・システムに関する研究」の「栄養改善マニュアル」（主任研究者 杉山みち子）に基づき、「栄養改善」「運動機能向上」「口腔機能の向上」の 3 本柱のうちの「栄養改善」部分に焦点を当て、通所の形で行った。体重の増加につながらない場合でも、「食べること」に対する意識の高まりや血清アルブミン値の上昇が見られた。

平成 18 年度以降の事業化については、健康福祉部 長寿社会課で実施するため、内容については検討しているところである。

5. 倫理的配慮

本研究にあたっては、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会に申請し、了承を得て実施した。対象者には、保健所 健康づくり課の管理栄養士が、人権擁護、不利益、危険性の排除について十分にインフォームド・コンセントを行った。

また、事例の公表にあたり本人の承諾を得た。

最後に、ご協力いただいた関連の皆様へ深く感謝申し上げます。

【事例紹介】(T30-04)

76歳の男性。妻と二人暮らし。平成元年に脳梗塞を発症し、左麻痺の後遺症が少し残っている。月に1~2回通院している。糖尿病の疑いあり。

生活活動動作は自立しており、身の回りのことは基本的に自分で行っている。痩せていることを気にしており、人目につきたくないと考え、あまり外出しない。趣味は、庭の植木の手入れ。運動はほとんどしていない。

血糖値があがることを気にして、1日の摂取エネルギーを自分で制限している。そのため、朝食、昼食は簡単なものですませがちで、夕飯もさっぱりしたものが多。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 △△

《基本情報》

相 談 日	H17年10月〇〇日(〇)	来 所・電 話 その他()	初 回 再来(前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中()		
リカナ 本人氏名	T30-04	男・女	M・T・田 4年〇月〇日生(76)歳
住 所	〇〇市〇〇町△番地	Tel	〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
		Fax	〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度 <u>自立</u> ・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <u>自立</u> ・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	<u>注</u> 該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)		
障害等認定	身障()、療育()、精神()、難病()、入、.、.()		
本人の 住居環境	<u>自宅</u> ・借家・一戸建て・集合住宅・自営の有無()階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護...		
来 所 者 (相 談 者)	本人	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 主介護者(主)は「主」 主介護者に「主」 主介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 居 先	氏名	続柄	住所・連絡先
		〇〇△△	妻 自宅(同上)
緊急連絡先			家族関係等の状況

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

平成元年に脳梗塞を発症し、左麻痺の後遺症が少しあるが、自立している。糖尿病の疑いあり。庭いじり等を楽しんでいる。

今までの生活	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	自分のことは自分でやっている。 妻の家事を手伝ったり、庭の植木の手入れをしている。外出はあまり好きではなく、家にいることが多い。	時間	庭いじり テレビ
	本人	介護者・家族	
			友人・地域との関係
			近所に友人はいるが、外出はあまり好きではない。

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・漢方作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
H17年 月 日	脳梗塞	Tel	治療中 経過観察中 その他	
H17年 月 日	糖尿病	Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		Tel	経過観察中 その他	
年 月 日		Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

なし	公的サービス	なし
	非公的サービス	なし

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等に関する記録を、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することにご同意します。

平成〇年〇月〇日 氏名 T30-04 印

基本チェックリスト(案)

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
		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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	身長 154 cm 体重 39.0 kg (注) BMI16.4		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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言われますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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。

介護予防サービス・支援計画書

NO. 利用番号 T30-04 平成 年 月 日 認定の有効期間 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

計画作成者氏名 OO OO 委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) OOOセンター

計画作成(変更)日 H17年10月 日(初回作成日 H17年10月 日) 担当地域包括支援センター: OOOセンター

目標とする生活 1日 自分の身の回りのことは自分でする。棒木の手入れが続けられる。

1年 もう少し本づかってかっこいい自分になり、外出したい。

アセスメント結果と現在の状況	本人・家族の意向・要約	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に付ける目標(自己達成の達成)	具体策についての意向(本人・家族)	目標	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケア・インフォーマルサービス	介護福祉サービス(地域支援事業)	支援計画	サービス種別	事業所	期間
活動・移動について 左手身障便が硬く、急いで歩くことができない。両手でふたを開ける動作などが難しい。	本人、現状を維持していきたい。	口唇 口唇が硬く閉じているが、工夫からできている。	1. やせていること、外出したい。金銭が足りない、要介護になっている。	1. (目標) 体を動かし、おいしく食べる。 ① 硬い食事は、毎日で食事を行う。 ② 硬い食事は、手でつぶす。 ③ 箸子、しゃもじで食事を終わらせない。 ④ 地域でも楽しく食べられるところがあるといい。	本人: 今やっている食事や棒木の手入れ程度なら続けていく。おいしいものを食べてほしい。 家族: おいしいのは、食べる量や箸子、しゃもじでつぶす。食べたいものを自分で食べてほしい。 本人: しゃもじは自分で使いたい。面無しがらみでつぶす。 家族: いつでも棒木がある物や買ってきた物で棒木に添わせ、夕飯しか作っていない。朝食、夕飯、デザートも作らなくなくなった。	()	(1) おいしく食べるために、簡単にできる調理法や棒木でつぶすものを使うことについて助言 (2) 地域支援事業の紹介等	介護福祉サービス(地域支援事業)	栄養改善プログラム 調理なく、エナジーUP、栄養面UPできるお弁当、自分で食べやすい調理器具の紹介等				
日常生活(寝る生活)について 妻と二人暮らし。自分のこと、家事はできる範囲で行っている。	本人、妻にも一人で差し支えなく外出してもらいたい。冬は寒いので、着替えを少しずつ増やしたい。	口唇 口唇が硬く閉じているが、工夫からできている。	1. やせていること、外出したい。金銭が足りない、要介護になっている。	本人: 体を動かし、おいしく食べる。 ① 硬い食事は、毎日で食事を行う。 ② 硬い食事は、手でつぶす。 ③ 箸子、しゃもじで食事を終わらせない。 ④ 地域でも楽しく食べられるところがあるといい。	本人: 今やっている食事や棒木の手入れ程度なら続けていく。おいしいものを食べてほしい。 家族: おいしいのは、食べる量や箸子、しゃもじでつぶす。食べたいものを自分で食べてほしい。 本人: しゃもじは自分で使いたい。面無しがらみでつぶす。 家族: いつでも棒木がある物や買ってきた物で棒木に添わせ、夕飯しか作っていない。朝食、夕飯、デザートも作らなくなくなった。	()							
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて あまり外出しない。自分では無理なことはしていない(運送しているのが好きだと思っている)	本人、夏は特に暑苦しいので、外出しにくい。冬は寒いので、着替えを少しずつ増やしたい。	口唇 口唇が硬く閉じているが、工夫からできている。	1. やせていること、外出したい。金銭が足りない、要介護になっている。	本人: 体を動かし、おいしく食べる。 ① 硬い食事は、毎日で食事を行う。 ② 硬い食事は、手でつぶす。 ③ 箸子、しゃもじで食事を終わらせない。 ④ 地域でも楽しく食べられるところがあるといい。	本人: 今やっている食事や棒木の手入れ程度なら続けていく。おいしいものを食べてほしい。 家族: おいしいのは、食べる量や箸子、しゃもじでつぶす。食べたいものを自分で食べてほしい。 本人: しゃもじは自分で使いたい。面無しがらみでつぶす。 家族: いつでも棒木がある物や買ってきた物で棒木に添わせ、夕飯しか作っていない。朝食、夕飯、デザートも作らなくなくなった。	()							
健康管理について 血圧、コレステロールの薬内服。糖尿病の薬は内服していない。	本人、これ以上、たくさん薬を飲みたくない。	口唇 口唇が硬く閉じているが、工夫からできている。	1. やせていること、外出したい。金銭が足りない、要介護になっている。	本人: 体を動かし、おいしく食べる。 ① 硬い食事は、毎日で食事を行う。 ② 硬い食事は、手でつぶす。 ③ 箸子、しゃもじで食事を終わらせない。 ④ 地域でも楽しく食べられるところがあるといい。	本人: 今やっている食事や棒木の手入れ程度なら続けていく。おいしいものを食べてほしい。 家族: おいしいのは、食べる量や箸子、しゃもじでつぶす。食べたいものを自分で食べてほしい。 本人: しゃもじは自分で使いたい。面無しがらみでつぶす。 家族: いつでも棒木がある物や買ってきた物で棒木に添わせ、夕飯しか作っていない。朝食、夕飯、デザートも作らなくなくなった。	()							

【本事業で達成できなかった場合】
要介護状態の発生に向けた方針

総合的な方針: 生活不活発系の改善・予防のポイント
日常生活での楽しみを増やし、ちょこちょこ動く機会を増やし、いろいろなものをおいしく食べられるよう支援する。

計画に関する向き

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名: OOO 印

地域包括支援センター (蓋印)

項目	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
評価	1	2	1	0	0	0
評価	5	2	3	2	3	5

事前アセスメント表 (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 T30-04

わたしの趣味は？ (いくつでも) 水彩画
わたしが一番やってみたいことは？ (いくつでも) 水彩画
わたしの好きな食べ物？ (いくつでも) 特にこれといってない
わたしの嫌いな食べ物？ (いくつでも) ほとんどない
食べ物でアレルギー症状 (食べると下痢や通疹などの症状がでる食べ物) ができますか？ ()
医師に食事療法をするように言われていますか？ ()
食事姿勢や食べる動作に不自由を感じますか？ ()
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？ ()
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 ごはん、みそ汁、魚
昼 パン、牛乳
夕 ご飯、野菜 (煮物：大根、ちくわ、はんぺん、がんもどき)、サラダが多い)、焼き魚
間食 なし
毎日の食事づくりは、誰がどのようにしていますか？ 妻が朝・夕、作ってくれて、二人で食べる。昼は一人のことが多い (妻がいれば二人で食べる)

「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 ()	差し歯 2本
2	下痢が続いたり、下剤を常用していますか	はい ()	
3	便秘が続いていますか	はい ()	
4	最近、入院を経験しましたか	はい ()	
5	1日に5種類以上の薬を飲んでいきますか	はい ()	脳梗塞後遺症、胃の薬、睡眠薬(時々)
6	1日に食べるのは2食以下ですか	はい ()	
7	主食 (ごはんなど) や 主菜 (肉、魚などのおかず) を食べる量が減ってききましたか	はい ()	
8	牛乳・乳製品をとっていますか	はい ()	食事調査をしてみましょう
9	毎日、一人で食事をしていますか	はい ()	
10	日常的に身体を動かさなくなっていますか	はい ()	
11	自分で (あるいは担当者が) 食べ物を買いに行ったり、食事の支度をするのに不自由を感じていますか	はい ()	
12	食べる気力や楽しみを感じていますか	はい ()	

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	154cm	上腕の周囲長	28cm
体重	39.0kg	上腕の脂肪厚	8mm
BMI	16.4	上腕の筋面積	51.7cm ²
体重減少	2kg/ 6か月	血清アルブミン値	4.5g/dl

計画(地域支援事業)(例)

T30-04

名前 T30-04

作成日 H17年 〇月 〇日

担当者 〇〇

わたしのゴール(〇〇ができるようになる, もっと元気そうになるなど)

5~6kgふとりたい

わたしの目標(1月末日まで)

(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)

1~2kg 体重を増やそう。

わたしの計画

- ・ 油料理の回数を増やしましょう
- ・ バランスよく食事すること
- ・ 間食を少しすずめる(小さめおせんべい1枚、乳製品など)
- ・ 1日の摂取エネルギーを200kcal プラスする。主食の量を増やします。

問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価

報告書(地域支援事業・新予防給付)

地域包括支援センター

担当者 〇〇 殿

作成日 〇年 〇月 〇日

利用者氏名 T30-04 殿

低栄養のリスク	サービズ開始時(10月0日)	3か月後(1月0日)
BMI	39.0kg(16.4)	39.0kg(16.4)
体重減少率、変化	6ヶ月で2~3kgの減少	変化なし
血清アルブミン値(g/dl)	4.5	4.4
サービズの継続の必要性 (栄養改善の観点から)	無・有	
自己実現の課題とその意欲	血糖値を気にして自己流の食事管理で1日のエネルギーの減らしすぎてしまっている。バランスよく必要エネルギーは摂取できるようにする。	意欲はあるが、季節も冬なので、うまくいかないところもある。家の中の楽しみの幅を広げること、地域へ出て行くことが課題。
主観的健康感 現在の健康状態 あてはまる番号1つに○	1 2 3 4 5 よい まあよい だつう あまり よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい だつう あまり よくない
計画の概要と実施状況	排便後、運動習慣が、ほとんどないため無理のないよう少しずつ体を動かすことをすすめる。	楽しく身体を動かして、美味しく食べる。食事は少しずつ増やしていきたい。体重の増加につながらない(妻の協力もあるのだが)。
総合的評価	家族も協力して、食事内容を少しずつ変えている。体重も数グラムであるが、増加するさざしが見えてきたので、このまま経過を見ていく。	

所属(事業所) 〇〇 〇〇課

作成担当者氏名 〇〇

新予防給付；栄養改善サービス
研究事例

研究事例

(福) 麗寿会 介護老人福祉施設 ふれあいの森における栄養改善サービス

(福) 麗寿会 介護老人福祉施設 ふれあいの森
主任管理栄養士 田中 和美
協力者 総合施設長 福島 廣子
居宅支援事業所課長 内田 博子
主任介護支援専門員 相澤 俊春
介護支援専門員 梅田 薫
介護支援専門員 鄭 美佐子
併設通所介護副主任 鶴沢 豊実
// 管理栄養士 工藤 香織

1. 事業所の概要

当事業所は、神奈川県茅ヶ崎市の北西部に位置している。平成 4 年に開設し、市内初の重度認知症対応棟をもつ介護老人福祉施設を併設している。併設施設の老人福祉施設の利用者の平均年齢 86.3 才、平均介護度 4.7、長期入所 54 名、短期入所 16 名である。一方、当事業所の概要は以下の通りである。

- ① 区分：介護老人福祉施設併設通所介護Ⅲ（利用時間 9：30～15：30）
- ② 登録者数：81 名、平均利用者数 21.5 人/日
- ③ 利用者の特性：平均年齢 81.4 才、平均介護度 2.1（男性 2.3 女性 1.9）
- ④ 利用者の低栄養状態の実態：BMI18.5 未満 14.6%（35 人中 6 名）
- ④ 現在の栄養ケア・マネジメントの状況：体重は月 1 回、第 2 週の入浴時に通所職員が測定してノートに記載し、管理栄養士がコンピューターを用いてデータ管理している（BMI、体重増減率）。

2. 介護予防ケアマネジメントと栄養改善サービスとの連携

栄養改善サービスを平成 18 年 4 月より導入するに先立ち、本研究概要を総合施設長、居宅支援事業所課長、介護支援専門員全員（5 名）、通所主任相談員に説明し協力を要請した。

これらの関係者から賛同を得られたので、管理栄養士が利用者 35 名の BMI、体重のモニタリング結果から BMI18.5 未満であり、さらに体重減少が 1 ヶ月間に 4.6%みられた利用者 1 名（ID S25-03）を低栄養状態のおそれのある者として選定し、担当介護支援専門員とともにその低栄養状態のリスクのレベルを確認した。

担当介護支援専門員と管理栄養士は、利用者本人に栄養改善サービスの必要性とその概要やスケジュールなどについて説明し、サービス導入の同意を得た。介護支援専門員は介護予防マネジメントを行い介護サービス・支援計画書を書式に従い作成、管理栄養士と情報を共

有した。

管理栄養士は、詳細な栄養アセスメントを行い、栄養改善サービス計画を作成し、利用者、通所主任相談員、管理栄養士によるケアカンファレンスを開催し、利用者に計画をよく説明し、同意を得て 10 月より本サービスの導入を開始した。

管理栄養士による栄養改善サービスの提供にあたっては、利用者の食事づくりや食生活のあり方に対して最初から理想的な目標や、多くの目標を設定しないで、利用者が少しでも実行できる具体的な目標を作成し、利用者と同じ目線に立って、無理なく、生活の楽しみの中に織り交ぜて実行しながら、習慣として定着させていくことに心がけた。

3. 事例紹介 (ID S25-03)

76 歳女性、要支援。BMI17.1、体重減少 1 ヶ月に 4.6%。

夫は現在老人保健施設入所中のため独居世帯。家族は娘 1 人で、月 1 回程度訪問している。一年前に転倒してのち、慢性的に腰の痛みを訴えるようになった。歩行が不安定になり外出の機会が少なくなった。その後、次第に家の中も雑然となり、衛生環境も悪化した。近隣の民生委員は、利用者自身が目立って痩せてきたことを認識するようになり、利用者の夫が老人保健施設入所後は下肢筋の低下も重なり、更に外出をしなくなったことを心配し、介護支援専門員に報告した。

介護支援専門員による介護予防マネジメントにおいては、低栄養状態のおそれがあることを確認し、介護予防通所介護を利用し、管理栄養士による栄養改善サービスによる栄養状態の向上、食事、入浴等の参加によって閉じこもり予防を図ることにした。

栄養改善サービスでは、利用者自身が自分の生活の維持には食事が大切という認識があるので、体重の改善を図り元気を取り戻すことで、自立した楽しい生活が維持できるように計画を作成した。管理栄養士は介護支援専門員、通所職員とも随時連絡調整を行い、栄養相談を繰り返して計画を実行した。3 ヶ月後には、体重が改善し、生活状況全般にわたっての意欲が向上した。本事例は、6 か月後まで栄養改善サービスを提供し、栄養相談及びモニタリングを継続して行っていくことになる。

4. 事例からの多職種協働等の課題

本事例は利用者からの情報の収集及び多職種からの情報集収に時間がかかった。今後は、管理栄養士、介護支援専門員、通所職員との間での情報管理を含めた業務の流れを体系化し、効率よく行えるような仕組みづくりをしていくことが求められる。

適時、適切なサービス提供のためには、管理栄養士は、高齢者が住む身近な地域のフォーマル及びインフォーマルなサービス資源情報を介護支援専門員と同等に把握しておくことが求められる。今後は、管理栄養士が訪問介護担当者やその他のサービス提供責任者とも連絡が容易にとれる体制づくりが必要であるとともに、生活を支える大きな柱である食生活の改善をわかりやすく、楽しみながらできるような計画の作成と実施を行い、居宅サービスに

よる介護予防に貢献していきたい。

5. 栄養改善サービスの取り組み方

当通所介護事業所における中・重度の要介護認定者のうち BMI18.5 未満あるいは体重減少が 6 ヶ月で 3~10%未満に該当し、低栄養状態のおそれがあると把握される者は、18%も存在することを確認した。今後は、要介護認定者に対しても栄養ケア・マネジメント体制における栄養ケア計画の作成の需要が大きいと考えられる（平成 18 年 4 月より栄養マネジメント料によって介護報酬は評価される）。これらの低栄養状態のおそれがあると把握された者には認知症、摂食嚥下障害も多く見られるため、医療との連携も含め、通所事業所における多職種協働による低栄養の改善のためのチームアプローチをどのように効率的に体制として整備していくかが求められている。

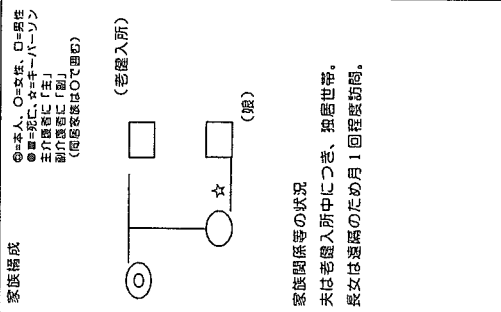
一方、要支援者は ADL に大きな低下が見られず、自負心も大きいので、管理栄養士による栄養相談においては、利用者個々人の人生観に沿って、否定せず、特に最初はあせらずゆっくり傾聴する姿勢が最も大事である。高齢者の生活状況、身体状況及び栄養状態は、高齢者と家族や近隣の人たちとの心の距離が遠くなると低下を始めるように思われる。栄養改善サービス計画は完全に実行されなくても利用者との信頼関係が構築されれば、本人の意識が向上し、その結果、「食べる」意欲が増大し、徐々に体重が改善し、その結果生活状況が改善するものと考えている。栄養改善サービスは管理栄養士による全人的な対人援助を心がけて取り組むようにしていきたい。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 △△

《基本情報》

相談日	〇〇年〇〇月〇〇日(〇)	採所・電話	採所 再采(前)
本人の状況	採所・入院又は入所中()		
7カ才本人氏名	S 25-03	男・⑤	M・T・⑤ 〇年〇月〇日生(76)歳
住所	〇〇市〇〇町△番地	Tel	〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
		Fax	〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支援1・要支援2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：17年5月1日～18年4月30日(前回の介護度 要支援)		
障害等認定	身障()、療育()、精神()、難病()、・・・()		
本人の住居環境	[自宅]・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・		
来所者(相談者)	民生委員〇〇氏		
住所先	氏名	続柄	住所・連絡先
		長女	〇〇市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
		---	〇〇市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇



利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	9:00起床。1日2食しか摂取していない。日は椅子に腰掛けてラジオを聴いているかベッドに横になっていることが多い。		
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	椅子に腰掛けてラジオを聴いていることが多い。前に比べ外出の機会は増えた。食事は朝食を炊くようになり、1日3食食べられるようになった。		
	時間	本人	介護者・家族(独居)
	9:00	起床	
	9:30	朝食	
	13:00	昼食	
	15:00	家事(外出)	
	18:30	夕食	
	友人・地域との関係 近隣に食材を買って来てくれる人と良い関係。他者とは良好なコミュニケーションが取れる。		

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名(主治医・養育作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
13年9月日	不明(足の浮腫)	△△会ホスピタル Tel	治療中 経過観察中 その他	
17年9月日	貧血	◇◇クリニック Tel	治療中 経過観察中 その他	改善したので中止
年月日		Tel	治療中 経過観察中 その他	
年月日		Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

介護保険 通所介護	非公的サービス
公的サービス	地区社區サロン〇〇 配食サービス ☆☆

地域包括支援センターが行う事業の受領に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支障、対応経過シート、アクセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示すること同意します。

平成17年 〇 月 〇 日 氏名 S 25-03 印

利用者名 S 25-03 様 認定年月日 2005/ 2005/ 11月30日 介護サービス・支援計画表 地域支援事業
 計画作成者名 ○○○ ○○ 委託の場合・計画作成者名・事業所名及び所在地(連絡先) 認定の有効期間 2006年12月10日 ~ 2007年11月30日 要支援1・要支援2
 計画作成(変更)日 2005/10/10 (2006/2/10) 担当地域包括支援センター: ○○

自標とする生活 生活に必要な買い物や調理が行えて、転倒しないよう筋力の維持ができて自立した生活が送れること。
 1日 通所介護やインフォマーシャルサービスを利用してながら外出の機会も作り、1日3食確保に取組む。
 1年 生活に必要な食品等は、コンビニだけでなく近隣のスーパーマーケットでも自分で計画し購入できるようにする。

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	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・インフォマーシャルサービス	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
活動・移動について 歩行が不安定で2回/週買い物に行く。家のなかでは椅子に腰掛けられているが、ベッドに寝たままでは腰が痛い。	動けるうちは買い物に歩いていくことを続けて行きたい。	■有 <input type="checkbox"/> 無 歩行が不安定で2回/週買い物に行く。家のなかでは椅子に腰掛けられているが、ベッドに寝たままでは腰が痛い。	1 外出し買い物に行くと足が痛くなる。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 買い物をする際、荷物を持つのが大変なので、カートや手押し車を使用し、足が痛くないように注意する。 2 定期的な洗濯が行えるようにしたい。 3 サロンに出掛け手先を温めたい。 4 1日3食をしっかりと摂りたい。	1 買い物をする際、荷物を持つのが大変なので、カートや手押し車を使用し、足が痛くないように注意する。 2 定期的な洗濯が行えるようにしたい。 3 サロンに出掛け手先を温めたい。 4 1日3食をしっかりと摂りたい。	1 定期的に洗濯が行える。2 定期的な洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 定期的に洗濯が行える。2 定期的な洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 定期的に洗濯が行える。2 定期的な洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 定期的に洗濯が行える。2 定期的な洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	通所介護		
日常生活(家庭生活)について 家事が楽に行っている。洗濯機が壊れていて、洗濯物が乾かなくて困っている。	家事が楽に行っている。洗濯機が壊れていて、洗濯物が乾かなくて困っている。	■有 <input type="checkbox"/> 無 洗濯機が壊れていて、洗濯物が乾かなくて困っている。	1 洗濯機が壊れていて、洗濯物が乾かなくて困っている。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 洗濯機が壊れていて、洗濯物が乾かなくて困っている。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 洗濯機が壊れていて、洗濯物が乾かなくて困っている。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 洗濯機が壊れていて、洗濯物が乾かなくて困っている。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 洗濯機が壊れていて、洗濯物が乾かなくて困っている。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 洗濯機が壊れていて、洗濯物が乾かなくて困っている。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 洗濯機が壊れていて、洗濯物が乾かなくて困っている。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	通所介護		
社会参加・対人関係・コミュニケーションについて 月に1回のコミュニケーションサークルに参加している。近隣の親しい方が週1回買い物に協力してくれる。	月に1回のコミュニケーションサークルに参加している。近隣の親しい方が週1回買い物に協力してくれる。	■有 <input type="checkbox"/> 無 月に1回のコミュニケーションサークルに参加している。近隣の親しい方が週1回買い物に協力してくれる。	1 月に1回のコミュニケーションサークルに参加している。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 月に1回のコミュニケーションサークルに参加している。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 月に1回のコミュニケーションサークルに参加している。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 月に1回のコミュニケーションサークルに参加している。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 月に1回のコミュニケーションサークルに参加している。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 月に1回のコミュニケーションサークルに参加している。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 月に1回のコミュニケーションサークルに参加している。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	通所介護		
健康状態について 1日3食をしっかりと摂っている。体調面で問題が出た時は、早めに受診。	1日3食をしっかりと摂っている。体調面で問題が出た時は、早めに受診。	■有 <input type="checkbox"/> 無 1日3食をしっかりと摂っている。体調面で問題が出た時は、早めに受診。	1 1日3食をしっかりと摂っている。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 1日3食をしっかりと摂っている。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 1日3食をしっかりと摂っている。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 1日3食をしっかりと摂っている。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 1日3食をしっかりと摂っている。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 1日3食をしっかりと摂っている。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	1 1日3食をしっかりと摂っている。2 定期的に洗濯が行える。3 月に1回のサロンに行き、おしゃべりを楽しみたい。	通所介護		6ヶ月

総合的な方針・生活不活発病の改善・予防のポイント
 【本来行うべき支援が実施できない場合】
 必要な支援の実施に向けた方針
 特になし
 【意見】
 地域包括支援センター
 運動不足 3 - 2 - 0 - 3 閉じこもり予防 1 - 1 - 3 物忘れ予防 1 - 1 - 5 うつ予防 1 - 1 - 5
 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
 特になし
 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17年 月 日 氏名 S25-03 印

介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名 S 25-03

計画作成者氏名 ○ ○ ○ ○

年月日	内 容	年月日	内 容
H17.10.2	介護支援専門員訪問時に本人の貧血症状が見られ、食生活を尋ねると1日2食でメニューも乏しいことがわかる。		
H17.10.3	通所介護利用時に介護支援専門員、管理栄養士に相談。体重測定を行うと先月より1.6kg減少している。3者で話し合いをし、主食は1日1回炊き、牛乳等摂取するよう助言する。		
H17.11.1	再度介護支援専門員が訪問しアセスメントを行う。現在の買い物物の回数、食材の内容等が正確に把握できるケアプランを作成。		
H17.11.2	本人、介護支援専門員、管理栄養士、デイ相談員で担当者会議	⇒	ケア担当者会議(デイ利用後)
H17.11.29	デイ利用時発熱(＋)		・栄養改善サービス担当管理栄養士より
H17.11.30	介護支援専門員が状態確認のため訪問。発熱(－)食欲(－)		・エネルギー1,550kcal/日摂取を目標に食事の摂取量や食品の選び方の助言を受ける。(栄養改善サービス計画書参照)
H17.12.17	長女より電話有。母親の独居に不安を感じているが近くへの転居は経済的に難しく、低額で入居できる施設を検討しているとの事。		・介護支援専門員より
H17.12.19	雪が降ったため訪問。孫が電気ストーブを持ってきてくれたと喜んでる。		・訪問時に一緒に買い物に行く。インフォーマルサービスの調整。
H17.12.21	電話をかけたが反応がなかったため訪問。→電話にでるのが面倒くさかったとのことで元気な様子。		・通所介護より
H17.12.30	訪問。配食サービスや通所介護が休業のため安否確認を行う。年末年始の食事については「魚や米があるから大丈夫」と話される。長女よりお正月は訪問し、食事の世話をすると電話が入り、本人に伝える。		・体重測定、アクティビティ(手作業)の提供(毎回)
H18.1.11	サロン○○の担当民生委員より電話が入る。風邪気味のためサロンを欠席されたとのこと。→介護支援専門員訪問、状態確認する。比較的元気な様子。		・全職種
			・本人の食事についての助言、励まし、チームケアの確認

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービスの事業所や家族との調整などを記入する。

※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

介護予防サービス・支援評価表

評価日 H18.1.28

利用者名 S 25-03 殿

計画作成者氏名 ○○ ○○

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
① 身体状況の把握に努める。	3ヶ月	通所介護で1ヶ月1回体重測定を実施している。			
② 食材の確保	6ヶ月	近隣者が週1回から2回買い物に行き、介護支援専門員も行っているが未だ不十分		買い物の手が少ない	今後スーパー等による宅配サービスを利用して食材を入手する。また、安否確認や社会交流の場を確保するためにも、近隣者の買い物依頼は継続する。
③ 体重回復のための栄養量の設定	6ヶ月	栄養管理サービス: 管理栄養士による個別相談、助言の元、具体的な食事量や必要摂取物の把握ができています。			
④ 栄養状態維持のために必要な栄養、食品の知識を持ち、実行。	6ヶ月	栄養管理サービスによる管理栄養士・介護支援専門員・相談員等の助言により、本人の栄養、食品に対する知識は増えている。励ましにより食事の関心が高まり、意欲が向上している。1日2食→3食に変わってきている。			
⑤ 外出の機会の確保	6ヶ月	通所介護(週2回)やサロン○○に90%以上出席している。			今後も通所介護、インフォーマルサービスを利用して外出の機会を定期的に設ける。
⑥ 生きがいに通じる趣味、特技の継続	6ヶ月	他利用者にも手作業を教える等、積極的に参加している。			通所介護等のアクティビティ(手作業)参加の機会を継続的に設け、残された能力を維持できるようにする。

地域包括支援センター意見

総合的な方針	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input checked="" type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了
--------	---	--

基本チェックリスト(案)

No.	質問項目	回答 (いづれかに○を お付け下さい)
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か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい 0.いいえ
12	身長 147cm 体重 37.0kg (注) BMI 17.1	
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	口の渇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言われま 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つた	1.はい 0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は案にできていたことが今で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

(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。

栄養スクリーニング書 (新予防給付) (案)

記入者氏名 管理栄養士 ●●● 作成年月日 H17年10月 ○E

利用者名 (ふりがな)	要介護度	要支援
S25-03	男	
生年月日	明・大・昭 4年△月△△日(76才)	女

(主治医の意見書が入ってきた場合には裏面に添付)

低栄養状態のリスクレベル

	現在の状況	低リスク	中リスク	高リスク
身長(cm) (測定日)	147			
体重(kg) (測定日)	37.0 H17.10.20			
BMI	17.1	□18.5~29.9	■18.5未満	
体重減少率(%)	1ヶ月に4.6%減	□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* (g/dl) (測定日)	データなし	□3.6g/dl以上	□3.0~3.5g/dl	□3.0g/dl未満
食事摂取量	70% (体重減少がなかった ところと比較、推定)	□良好 (76~100%)	■不良 (75%以下) 内容：主に朝食の欠食。主食を炊く回数減。	
栄養補給法	経口			□経腸栄養法 □静脈栄養法
褥瘡	なし			□褥瘡

*は記入が望ましい項目

事前アセスメント書 (新予防給付) (案)

【1】

利用者名	(男/女) 男 S25-03	要介護度	要支援
生年月日	明・大(昭)4年△月△△日	要介護度	要支援
実施日	H17年10月0日	要介護度	要支援
家族構成とキーパーソン	本人 一人 夫は老人保健施設入所 連絡先は長女	要介護度	要支援
主たる介護者	本人 主たる買い物担当者 主たる食事準備担当者 主たる共食の者	要介護度	要支援
身体状況、栄養状態、食事・栄養	本人はやせてきたことに不安を感じている。腰痛があり、重い物が億劫になり、食べ補給に関する利用者及び家族の意向	要介護度	要支援
主観的な健康感・意欲(心身の訴えを含む)	食べるのが一番大切と感じている。頑張って体重を増やして、体力を回復し、独居していること現在の不安のひとつを解決したいと言っている。	要介護度	要支援

食事の提供のための必要事項

実施日	17年10月28日	記入者	管理栄養士 ●●
嗜好	何でも好き、甘いものは特に好き。		
禁忌	なし		
アレルギー	なし		
療養食の指示	なし		
食事摂取行為の自立	自立		
形態	常食 常菜		
環境	食卓の椅子と机で、一人で食べる。		
特記事項	現在、家の中が整理整頓されていないので、食事を楽しんでいただける状態ではないと感じている。		

多職種による栄養ケアの課題

実施日	H17年10月28日	記入者	管理栄養士 ●●
低栄養状態関連問題	<input type="checkbox"/> 1 皮膚 <input type="checkbox"/> 2 口腔内の問題 <input type="checkbox"/> 3 痛み <input type="checkbox"/> 4 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 5 食欲低下 <input type="checkbox"/> 6 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 7 便秘 <input type="checkbox"/> 8 浮腫 <input type="checkbox"/> 9 脱水(皮下・口唇の乾燥等) <input type="checkbox"/> 10 感染 <input type="checkbox"/> 11 発熱 <input type="checkbox"/> 12 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 13 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 14 医薬品の種類と数、投与方法、食品との相互作用		
※ 特記事項	具体的に記述 セルバックスカプセル 1×2 フェロミア 1×2 (11月末で中止) セネバール 2×1		

【II】

生活機能・身体機能・身体計測 (*記入可能な場合)

項目	実施日 17年 10月 28日 記入者 ●●	実施日 18年 1月 20日 記入者 ●●
生活機能・身体機能	自立度 J2	自立度 J2
握力 * (kg) (利き腕)	-	-
体重 (kg)	37.0 (84%)	41.8 (90%)
BMI	17.1	19.3
通常体重 (kg)	41	41
体重変化率 (%)	1ヶ月 4.6% (増加 減少)	3ヶ月 1.3% (増加 減少)
下腿周囲長 * (cm)	- (- %)	- (- %)
上腕周囲長 (cm)	21.5 (87%)	22.1 (89%)
上腕二頭筋皮厚 (mm)	7 (50%)	8 (57%)
上腕筋面積 (cm ²)	29 (92%)	30 (93%)

(%): JARDの50パーセンタイル値 中央値を100%として換算

臨床検査 (記入可能な場合)

項目	実施日 17年 10月 5日 記入者 ●●	実施日 17年 11月 28日 記入者 ●●
血清アルブミン (g/dl)	-	-
ハモグロビン (g/dl)	10.0	12.1
血糖値 (mg/dl)	86	91
総コレステロール (mg/dl)	184	189
クレアチニン (mg/dl)	0.7	0.8
BUN (mg/dl)	11.5	11.7

経口摂取量 (①)

主食 (割)	-	実施日 17年 10月 31日 記入者 ●●	実施日 18年 1月 20日 記入者 ●●
副食 (割)	-	-	-
エネルギー (kcal)	980 (内主食約300kcal)	1,250 (内主食約480kcal)	
タンパク質 (g)	39.2 (豆の佃煮30g、豆腐約100gなど)	42.9 (牛乳100ml、卵1/2、魚or肉約40g)	
水分 (ml)	1,200	1,400	
種類	なし	なし	
1回の量 (ml/g)	//	//	
頻度 (回)	//	//	
エネルギー (kcal)	//	//	
タンパク質 (g)	//	//	
種類	おやつ (主にせんべい)	おやつ (主にお饅頭、アイス)	
1回の量 (ml/g)	20	50	
頻度 (回)	1	1	
エネルギー (kcal)	75	100	
タンパク質 (g)	1.6	2.1	
エネルギー (kcal) ①	1,055	1,350	
タンパク質 (g) ①	40.8	45	
水分 (ml) ①	1,200	1,400	

