

<p>食事は楽しんでゆっくりに食べることで、食後の満足感が高まり、空腹感が減って、お菓子などへの手が出なくなりました。</p> <p>また、制限が多かった食事も、お菓子などに手が出なくなりました。</p> <p>また、制限が多かった食事も、お菓子などに手が出なくなりました。</p>	<p>食事は楽しんでゆっくりに食べることで、食後の満足感が高まり、空腹感が減って、お菓子などへの手が出なくなりました。</p> <p>また、制限が多かった食事も、お菓子などに手が出なくなりました。</p> <p>また、制限が多かった食事も、お菓子などに手が出なくなりました。</p>
<p>食事は楽しんでゆっくりに食べることで、食後の満足感が高まり、空腹感が減って、お菓子などへの手が出なくなりました。</p> <p>また、制限が多かった食事も、お菓子などに手が出なくなりました。</p> <p>また、制限が多かった食事も、お菓子などに手が出なくなりました。</p>	<p>食事は楽しんでゆっくりに食べることで、食後の満足感が高まり、空腹感が減って、お菓子などへの手が出なくなりました。</p> <p>また、制限が多かった食事も、お菓子などに手が出なくなりました。</p> <p>また、制限が多かった食事も、お菓子などに手が出なくなりました。</p>

総合的評価・判定

<p>栄養補給量の算定</p>	<p>1,275 (Harris-Benedict 式利用、活動数 1.3)</p>	<p>1,300 (Harris-Benedict 式利用、活動数 1.3)</p>
<p>必要エネルギー (kcal)</p>	<p>1,525 (1 ヶ月に 1 kg の体重増)</p>	<p>1,550 (摂取エネルギー)</p>
<p>必要タンパク質 (g)</p>	<p>54</p>	<p>54 (適正体重×1.0)</p>
<p>必要水分量 (ml)</p>	<p>1,500</p>	<p>1,550 (食量から推測)</p>
<p>特記事項</p>	<p>食事は要が準備している。要が地域役員等をしており、日中留守にすることが多く、対象者は準備されたものを随時食事でいただく。要は、栄養相談を受け、おしめに行うこととしているが自分と違う食量準備にストレスを感じている。</p> <p>糖尿病の食事療法は指示エネルギーを厳守するようになっているが、体重の減少を気にしている。</p> <p>本人は、元気がなくなってきた外出も機嫌にならなっている。</p> <p>意識障害で搬送されたことについて、通所リハビリテーションの医師の判断は、トク食いや早食いやによるダンピング症状ではないかとのこと、利用時は必要エネルギー量の食事を分けて食べることにした。</p> <p>実施日 17年 11月 0日 記入者 管理栄養士 〇〇</p> <p>①利用者の知識・技術・意欲の状況 意欲がない</p> <p>②家族・支援者の知識・技術・意欲の状況 要は指示エネルギーを守りがんばって調理しているが、負担を感じて、ストレスに悩んでいる。</p> <p>③日頃の食習慣や生活習慣の状況 食事は要が準備を要と一緒にし、主食 200g で準備することで、負担が減り、ストレスの軽減になった。</p> <p>また、食量を分けて食べることでゆっくりに食えること、食事の片づけなどもするようになった。</p> <p>近所の外出などを気にして気分転換しており、要も半日ぐくぐく外出できるようになった。</p> <p>なし</p> <p>④訪問介護等による食事介助、調理支援などの状況 なし</p> <p>⑤配食サービスや通所サービスでの食事摂取状況 通所リハビリテーション利用時は必要エネルギー量を分けて食事を提供し、食事回数を増やすことで栄養量の確保ができている。また、相談を行った。</p> <p>また、ゆっくりに食事を摂るよう指導し、状態を観察し声かけするように通所介護職員に指導した。</p> <p>食事は全量摂取。</p> <p>なし</p> <p>⑥活用しているあるいは今後活用できる資源状況 食品の調達は要がしている。</p> <p>⑦食事・食器準備や買い物物の環境 継続して要が行う。</p>	

食事に関する事項(必要に応じて記入)

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 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

作成日

利用者氏名 S13-01 殿

低栄養のリスク	サービス開始時（11月0日）	2か月後（1月0日）
BMI	40.0kg（16.2）	42.5kg（17.2）
体重減少率 変化	6か月に12%	1ヶ月に3%（2.5kg）の体重増
血清アルブミン値（g/dl）	4.5g/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	最近度せてきて臥床気味。自分の体が思うように動かず、外出もなくなっている。困窮や将棋などの有段者なのにやる気がしない。また、長年飲酒の習慣があり、できれば飲酒をしたいと思っている。	活動的になってきた。通称介護利用時は他者との交流がある。近所でも元気になったと言われ自信が出てきた。飲酒の希望あり。
主体的な意識 現在の意識状態	1 2 3 4 5 よい まあよい なつろ まあよい よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい なつろ まあよい よくない
計画の概要と実施状況	1. 安定した食事摂取量の確保 2. デイケアでの昼食は、12時と15時に分けて提供する。 3. 妻に、食事の分量と回数と工夫すればよいという説明をする。	食事回数を4回にし、エネルギーたんぱく質の増加がみられる。また、いつでも食事が準備されているので間食も少なくなっている。
総合的評価	食事は妻が自分と同じ物を準備し、4回食にして、安定した摂取量があり、妻の介護負担が軽減されている。最近は交通機関を利用し外出した。妻の離れた見守りがあったが本人は自信がついたようだ。	

所属（事業所） ○○事業所

作成担当者氏名 管理栄養士 ○○○

連絡経緯

管理栄養士、保健師、介護支援専門員、医師、看護師、家族など間の連絡経緯について、なぜ、どのような内容を連絡したかを具体的に記入して下さい。所属の異なる場合には、所属も記入してください。

月/日	連絡者	連絡相手	連絡方法	内容
11/7	介護支援専門員	妻	電話	利用開始の報告低栄養状態の報告・栄養改善の意向の有無者であること、改善の意向の有無
11/11	管理栄養士	対象者	面談	栄養相談 介護意向の確認、栄養スクリーニング、アセスメント、報告
11/16	介護支援専門員・管理栄養士	妻	面談	栄養状態の報告・家庭での対応状況の確認、今後の対応について（対象者・家族対応について）
12/2	管理栄養士・PT職員	対象者	面談	食事について（食事の方法、時間、対応など）日常生活の注意点を提示
12/14	介護支援専門員	家族 主治医	電話	家族一相談対応の確認とその後の状況相談 生活の姿勢や精神的負担軽減と夫婦間の理解が良くなったとの報告あり 主治医一相談対応と今後の方向性の報告
12/16	管理栄養士	対象者	面談	身体状況の確認、相談内容の実施状況の確認
12/21	介護支援専門員・管理栄養士、PT職員	ケア担当者	面談	施設内での中間報告、継続の確認 本人が格段に明るくなり、外出も増えている姿から感謝されたとの報告あり。 今後継続できるよう援助と変化に対する対応方法を検討
1/12	介護支援専門員・管理栄養士・介護者 PT職員	妻	面談	正月のすぐした状況の確認、飲酒の希望があり機会の多い時期であり対応を確認、今後も調整をしていくことを決定した。 近況報告の中で、バスを使って外出を行ったと報告ある。役立つことを望んでいることなので、デイ利用時役割を検討する 最近、おしゃべりになったこと、動きが軽くなったことを指摘される
1/24	対象者・管理栄養士	対象者	身体計測	体重、歩数等、周囲長等の計測と結果の確認

栄養改善サービス計画書（新予防給付）（案）

初回 紹介・継続 認定済・申請中

利用者名: S13-01
 計画作成者氏名: 〇〇 〇〇
 所属名及び所在地: 〇〇 〇〇
 担当者氏名
 生年月日 昭和 8 年 △ 月 △ 日 住所:
 初回作成日: 平成 17 年 11 月 〇〇 日
 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 ・ 要介護 1
利用者及び家族の自己実現の課題や意欲、意向	最近痩せてきて臥床気味。自分の体が思うように動かず、外出もなくなっていて閉じこもりがちである。体力をつけ反響をつくる。社会資源を使って外出の機会を持つ、精神的に活動的になる、生活に自信を持ってもらいたいと主たる介護者である妻は思っている。また、解糖機能低下を主治医から指摘され食事療法に悩んでいる。本人は、体力がなくなっている。以前は囲碁や将棋など有段者であったのにやる気がしない。また、長年飲酒の習慣があり、できれば飲酒をしたいと思っている。
解決すべき課題（ニーズ）	栄養のリスク（中） ・ 低体重で体重減少が見られる。 ・ 妻は糖尿病の治療食をつくることにストレスを感じている ・ 閉じこもりがちであり立位不安定
長期目標（ゴール）と期間	通常体重に戻し、生活に積極性が持て自信のある生活を送る

短期目標と期間	栄養改善サービス（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
体重の増加 （通常体重を目標とする、1.5kg/月の増加）	1. 安定した食事摂取量の確保（必要エネルギー量1,525kcal、たんぱく質量54g、水分量1500ml） ・ 分食の方法を説明する。 2. テイクケアでの昼食は600kcal、たんぱく質25gの食事を提供し、12時と15時に分けて提供する。 3. 妻の食事準備に対するストレスの軽減をはかることによる安定した食事の確保を行う。 ・ 糖尿病の治療食だからといって特別に準備をする必要はないということを説明する。妻と同じ食事の分量と回数を工夫すればよいという説明をする。	管理栄養士 テイクケア職員 管理栄養士	週1回 週1回 月1回	6ヶ月間 6ヶ月間 6ヶ月間
閉じこもりを予防して生きがいを見つめる	1. テイクケアを継続して利用する ・ 立位不安定なためリハビリを行う 2. テイクケア利用時は趣味の囲碁や将棋の相手を探し、声かけを行う。	介護支援専門員 テイクケア職員 テイクケア職員	週1回 週1回	6ヶ月間 6ヶ月間
身体状況の把握	1. 身体状況の管理と指示 2. 各職種への連絡調整	主治医 介護支援専門員	随時 随時	6ヶ月間 6ヶ月間

特記事項
 主治医との連携が大切であり、情報の共有を図る
 身体状況が改善しても以前のように飲酒ができるとは限らないことを認識してもらおう必要がある

栄養改善サービスマニキュア (新予防給付) (案)

氏名 S13-01

	3か月後の目標		サービスマニキュア提供前 17年11月〇日		2か月目 18年1月〇日		週・月目 年 月 日	
	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	囲碁や将棋をし、仲間と楽しい時間を共有できる	<input checked="" type="checkbox"/>	疲れやすいく閉じこもりがち	<input checked="" type="checkbox"/>	活動的になってきた。通初介護利用時は他者との交流がある	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
自己実現の意欲	一人で交通機関を使い外出できる	<input checked="" type="checkbox"/>	やりたいことがわからない	<input checked="" type="checkbox"/>	妻の見守りで交通機関を使って外出した	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
主観的健康観	元気になったと実感でき、自信が持てる	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	近所でも元気になったと言われ自信が出てきた	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
栄養リスク								
体重 (kg)	43.0		40.0	<input checked="" type="checkbox"/>	42.5	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
BMI	17.5		16.2	<input checked="" type="checkbox"/>	17.2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
体重減少率 (%/月)	5%増/1ヶ月		6ヶ月に12%の体重減少	<input checked="" type="checkbox"/>	1ヶ月に3%の体重増	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
血清アルブミン (g/dl)	4.5		4.5	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
食事摂取状況	80%		80%	<input type="checkbox"/>	100%充足している	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
摂取量 (%) *				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
エネルギー (kcal(%))	1,525		1,400	<input type="checkbox"/>	1,550	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
タンパク質 (g(%))	54		48	<input type="checkbox"/>	54	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
水分 (ml(%))	1,500		1,400	<input type="checkbox"/>	1,500	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他の項目								
食事計画の実践状況	食事回数を3回から4回にして摂取量を増大させる		食事回数が3回で少食 ムラ食いや早食いが見られる	<input checked="" type="checkbox"/>	食事回数を4回にしエネルギーたんぱく質の増 加がみられる	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
評価			顕著な低栄養状態	<input type="checkbox"/>	栄養状態の改善傾向にある	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
計画の修正 総合評価			無		無			
			食事は妻が準備している。妻が地域役員等しており 多忙。日中留守にすることが多く対象者は準備された ものを随時食卓している。妻は、栄養指導を受け、ま じめに行うことにしているが自分と違うものの準備に ストレスを感じている 糖尿病の食事療法は指示エネルギーの厳守といわ れたが、体重の減少を気にしている。 本人は、元気がなくなってきたり外出も億劫になってい る。 意識障害で搬送されたことは通初介護医師の判断で は、夕方食いや早食いによるダンピング症状ではない かとのことで、通所利用時は食事回数を1食→2食に した。		食事は妻と同じ物を準備し、食事量を分けて食べるこ とで、安定的摂取と妻の介護負担が軽減されている。ま た、いつでも食事が準備されているので間食も少なくなっ てきている。 正月にビールを200mlほど飲んで下痢した。飲酒がした いという希望があり、月に1回ぐらいいい100mlのんでみてい るが大丈夫だった。その旨は主治医の許可を取るようす ずめた。 最近では交通機関を利用し外出をした。妻の帰れた早守り であったが本人は自信がついたようだ。通初介護利用時 も連日話しかけ、服装もおしゃべりになってきた。			

栄養改善サービス提供経過記録書 (新予防給付) (案)

利用者名: S13-01 殿
作成日: 年 月 日
作成者氏名: 管理栄養士 ●●

サービス提供項目	11月7日	11月11日	11月16日	12月2日	1月12日	1月24日	2月1日	
食事計画	場所: 栄養科 担当者: 管理栄養士、支援相談員 時間: 16:00~16:20 情報の収集(利用申込書から)	場所: 施設内相談室 担当者: 管理栄養士、支援相談員、施設医師 時間: 10:00~11:00 自己実現の課題確認 意欲の確認 摂取量の確認 必要栄養量の算出 過不足の確認	場所: 介護支援専門員事務 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 10:00~10:30 家庭での摂取状況の確認 摂取栄養量の確認	場所: 介護支援専門員事務 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 12:00~12:30 通所介護での摂取量確認 日常生活での注意事項の実行 正月の過ごし方(飲酒の検討)	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 13:00~14:00 正月の状況確認 生活レベルの向上について今後の対応	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 10:00~10:30 14:00~14:30 計画の評価 身体計測 体重測定	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 14:00~14:30	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 13:00~14:00 計画の継続を確認
栄養食事相談	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、対象者 時間: 12:00~12:10 食べることの意欲確認 生活環境の確認	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、対象者 時間: 12:00~12:10 食べることの意欲確認 生活環境の確認	場所: 介護支援専門員事務 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 10:00~10:30 実施上の問題点について対応策の検討 計画の満足度確認	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 12:00~12:30 通所介護での摂取量確認 日常生活での注意事項の実行 正月の過ごし方(飲酒の検討)	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 13:00~14:00 正月の状況確認 生活レベルの向上について今後の対応	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 14:00~14:30	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 14:00~14:30 計画の結果を基に継続の意思を確認	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 13:00~14:00 計画の継続を確認 歩行の安定が図れている
多種協働による低栄養状態の解決	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 14:00~14:20 介護支援専門員より低栄養状態であること 改善の依頼と報告	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員、デイ主任 時間: 16:00~17:00 主治医への介入の連絡 通所介護の利用状況に対しプログラムの変更依頼 介護支援専門員の役割として、対応窓口設定 施設内での対応の共通理解 通所介護職員による役割分担、体重測定の実施	場所: 介護支援専門員事務 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 10:00~10:30 相談事項、決定事項の報告 介護支援専門員より主治医の意向確認 施設利用時の様子確認	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 12:00~13:00 食事回数を増やす方法や対応の確認 利用時のスケジュールの変更	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 14:00~15:30 おしゃべりになった本人をみながら通所介護時に役立つことを手伝ってもらえるようなプログラムを検討	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 15:00~15:15 計画の結果をスタッフに報告	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員、介護主任 時間: 16:00~17:00 計画の継続を確認	
家族へのアプローチ	場所: 施設内 担当者: 介護支援専門員 時間: 14:20~14:40 妻に栄養改善の必要性があることへの通知	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 13:00~14:00 食事づくりのポイント指導 生活環境や家族がしたいことの相談 食事づくりの意欲確認 食事の準備に関する問題点の確認	場所: 介護支援専門員事務 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員、妻 時間: 10:30~10:45 家庭での対応状況の相談	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 16:00~17:00 食事づくりの負担について確認 妻が生活に満足しているか確認	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 16:00~17:00 食事づくりの負担について確認 妻が生活に満足しているか確認	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 13:00~13:30 計画の継続を確認	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 13:00~13:30 計画の継続を確認	

研究事例

(医社) 横浜育明会 介護老人保健施設 都筑シニアセンターにおける 栄養改善サービス

医療法人社団横浜育明会

介護老人保健施設 都筑シニアセンター

管理栄養士 麻植 有希子

協力者 施設長 佐原 幹夫

通所介護職 小椋 大輔

居宅介護支援専門員 安部 太郎

1. 事業所の概要

介護老人保健施設都筑シニアセンターは、平成 13 年 4 月に開設し、入所定員 163 名、うち重度認知症専門棟 41 名、神奈川県内独立型老人保健施設では最大定員を有する施設である。併設する通所リハビリテーションの定員 40 名、利用者の平均年齢 78.9 才、平均介護度 1.9 である。その特徴としては、

- (1) スポーツインストラクターによるパワーリハビリテーション (平成 15 年)
- (2) フスフレージャーによるフットケア (平成 16 年)
- (3) 公文バックアップによる学習療法 (平成 17 年)

を積極的に実施していることである。また、歯科衛生士を配置し、定期的に口腔機能向上を実施してきた。栄養ケア・マネジメントは、サポートスタッフが月 1 回利用者の体重、BMI の測定と食事量を記録している。

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

当施設は、平成 18 年度の介護保険改正に向けて上記の①筋力向上トレーニング②フットケア③学習療法④口腔ケア⑤栄養改善を 5 本柱とし、プロジェクトを立ち上げた。月 1 回各担当者で打ち合わせを実施し、その中の 1 本となる本研究の栄養改善サービスの概要を、施設長を始め、通所リハビリ職員、居宅支援事業所介護支援専門員に説明し、協力依頼の承諾を得た。

まず、通所介護職が要支援と要介護度 1 の通所リハビリ利用者 56 名を BMI18.5 以下かつ 6 ヶ月に 2~3kg 減少の項目でスクリーニングを実施した結果、男性 1 名が低栄養のおそれのある者として選定された。対象者本人も体重減少を心配しており、本人同意の上、栄養改善サービス導入の運びとなる。

居宅介護支援相談員が対象者、管理栄養士、サービス担当者の連絡調整の中心となり、介護予防ケアマネジメントから事前アセスメント→栄養改善サービス計画→事後アセスメントという流れで実施した。低栄養状態の改善がゴールではなく、自己実現にむけて居宅と通所リハビリ間の実行可能な範囲での実施を目標とした。

3. 事例紹介 (ID S15-01)

79 歳男性、要支援。BMI18.4、体重減少 6 ヶ月に 5%。

独居生活をしていましたが、平成 14 年 2 月に自宅にて頸部脊椎血腫を発症し入院。後遺症として左上下肢の麻痺及び右半身のしびれが残る。退院後はリハビリ目的で当施設に入所し、平成 15 年 5 月に在宅生活を再開される。これに伴い当施設通所リハビリ週 2 回、訪問介護週 3 回の利用を開始する。現在、エレベーターのない住宅 5 階建に独居生活している。独りで階段の昇降が不安になってきており通所リハビリ日や通院日以外はほとんど外出しなくなっている。平成 17 年 1 月に網膜剥離の手術実施。その後、約 3 ヶ月間リハビリを中止しており、筋力の低下も感じられる。

食生活では奥歯欠損や嘔気をさすことが多くなり、さっぱりしたものや手軽なレトルト食品を食べていることが頻繁になり、食事量を自ら制限するようになった。その結果、自分自身も体重減少や貧血が著明になってきた事を不安に思っている。

そこで、栄養改善サービスとして、介護支援専門員や通所リハビリテーション職員、作業療法士、機能訓練指導員と食事内容の見直しと、独居生活や生活機能を考慮しながら、嗜好や簡便性に配慮した栄養改善サービス計画を作成した。本人の意欲の向上によって、2 ヶ月後の体重増大は目標を越えるまでになった。また、余暇の時間を上手に使うことでコンピューター操作を学習したいという自己実現に向けての意欲向上が見られるようになったので、6 ヶ月後まで本サービスを継続する。

4. 今後の栄養改善サービスの取り組み方

通所リハビリ施設利用者は比較的元気な者が多く、低栄養状態のおそれのある対象者は 56 名中 1 名であった。しかし、介護支援専門員からの日頃の情報を見逃さず把握していくことが最良の方法なのかもしれない。そしてサービス導入するにあたり、対象者の意欲を向上させるためには、最初の動機づけと定期的な声かけや傾聴に費やす時間が特に大切であった。

5. 事例からの他職種協働の課題、関係

- (1) 新書式や新たな試み等の慣れない理由で介護支援専門員と管理栄養士の情報収集にかなりの時間を要してしましたが、同じ施設内だった為、頻回に連絡は取り合った。
- (2) 依頼書を使用したのが、訪問介護員への依頼が円滑に実施出来ず、今後の課題となった。
- (3) 管理栄養士が対象者の自宅訪問の調整が出来ず、居住環境は介護支援専門員からの情報だけで把握が難しかった。

以上の理由から管理栄養士の必要に応じた居宅訪問やサービス担当者との連絡体制の整備が課題であった。

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 S15-01 様

計画作成者氏名 ○○ ○○

年月日	内容	年月日	内容
平成17年			
10月11日（火）	<p>○○様と面接し、現在体重減少及び貧血があることを確認する。本人と相談の上、新予防給付における栄養改善サービスなどを利用して、体調の改善を図ることを申し合わせる。</p> <p>→老人保健施設：管理栄養士に栄養改善サービスの実施が可能かどうかを確認する。</p> <p>・管理栄養士より連絡あり。→栄養改善サービスが必要であるとの意見をもらう→管理栄養士と相談の上、栄養改善サービスを実施することを確認する。</p> <p>・当方より栄養改善サービスの概要説明を行い、その後にアセスメントを実施する。※別紙に記載。</p> <p>・管理栄養士を紹介し、管理栄養士より栄養改善サービスの詳細説明が行われる。</p>	<p>り、常時介護をするものが傍にいない。本人は①在宅中心の生活になっていないこと、②食事を自分で作りたいが上手く作れないこと、③社会交流が減少していること、④体重減少・貧血が改善されないことを懸念している。これらを解消して自立した生活を過ごせるようにするにはどのような支援が必要か、介護予防の観点から検討する。</p> <p>(結論)</p> <p>①在宅中心の生活になっていることについては、現在週2回のデイケア参加にて身体機能の活用が行われている為、今後もデイケア参加の際にパワーリハビリテーション・集団リハビリテーション・各種アクティビティへの参加を継続することで、身体機能の維持に努めることを提案する。</p> <p>②食事を自分で作りたいが上手く作れないことについては、老人保健施設・管理栄養士による栄養改善プログラムにて対処することを提案。</p> <p>③社会交流が減少して不測の事態の際に他者の支援が受けられない心配があることについては、近隣住人への定期的な声かけの様子観察)及び緊急時の対処を依頼することを提案、④体重減少・貧血が改善されないことについては、②同様に老人保健施設・管理栄養士による栄養改善サービスにて対処することを提案する。尚、不測の事態に備えて緊急通報装置の活用も提案することを申し合わせる。</p> <p>→ケアプランを策定する。</p> <p>◇自宅を訪問して本人との面接を実施。→ケアプランを提示し承諾を得る。</p> <p>※老人保健施設・管理栄養士、老人保健施設・デイケア、訪問介護事業所にケアプラン(複製)を配布。</p>	
10月14日（金）	<p>をもう→管理栄養士と相談の上、栄養改善サービスを実施することを確認する。</p> <p>・管理栄養士より連絡あり。→栄養改善サービスが必要であるとの意見をもらう→管理栄養士と相談の上、栄養改善サービスを実施することを確認する。</p> <p>・当方より栄養改善サービスの概要説明を行い、その後にアセスメントを実施する。※別紙に記載。</p> <p>・管理栄養士を紹介し、管理栄養士より栄養改善サービスの詳細説明が行われる。</p>		
10月21日（金）	<p>サービス担当者会議を開催。</p> <p>議題《初回介護予防サービス・支援計画の策定について》 (参加者)老人保健施設・介護支援専門員主任 ○○○○ 老人保健施設・管理栄養士 ○○○○ ○○居宅・介護支援専門員 ○○○○ ※訪問介護事業所・サービス提供責任者は欠席</p> <p>(検討内容)</p> <p>・本人は平成14年に頸部脊椎血腫を発症し、その後遺症として左上肢麻痺及び右半身の痺れ残る。平成15年より在宅生活を再開するが、エレベーターのないマンションの5階に住んでいる為、外出に苦慮している。また、本人は独身の為、一人暮らしをしてお</p>		

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(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 S15-01 様

計画作成者氏名 ○○○○

年月日	内容	年月日	内容
11月18日(木)	<ul style="list-style-type: none"> 老人保健施設・管理栄養士より連絡あり。→本人の体調が優れず、栄養改善サービスの開始が遅れているとのこと。 		<ul style="list-style-type: none"> おり、新たに要望や希望することはないとのこと。
11月28日(火)	<ul style="list-style-type: none"> ◇定期訪問を実施する。 12月度のサービス利用票を提示し承諾を得る。 サービスの利用状況を確認。→「週2回のデイケアについては参加することにより社会交流の促進・余暇活動の充実・リハビリテーションによる身体機能の維持が図られている。また訪問介護による食料品の買物代行・室内の清掃は率なく行われている。」とのこと。→本人より既存サービスの継続利用を希望される。 ※近隣住人による声かけ（様子観察）緊急時の対処については、本日当方が自宅を訪れ、挨拶及び趣旨説明を行ない承諾を得る。 ※栄養改善サービスについては、本人が風邪気味であったことから開始が遅れる。 ◎健康面では風邪気味ではあったが、生活状況には特変無し。 		<ul style="list-style-type: none"> △訪問介護実施状況をモニタリング。※別紙に記載。 ・栄養改善サービスについては12月に老人保健施設・管理栄養士より聴き取り調査、調理方法や食品選定に関する助言があったとのこと。→老人保健施設・管理栄養士からの助言については理解しやすい内容であり、それ以降は食材の選定に気を配りながら調理を行っているとのこと。 ・栄養改善サービスについては12月に老人保健施設・管理栄養士より本人より既存サービスの継続利用を希望される。 ◎本人からは「体重はあまり変わらず、また貧血状態にも変化はない。」との回答あり。現在、本人は今迄摂取していた食事の総カロリーが少なかつたことを理解しており、食品の選定や食べる量に気を配っている様子。 ※介護予防サービス支援評価を実施。※別紙に記載。
12月15日(木)	<ul style="list-style-type: none"> 老人保健施設・管理栄養士より連絡あり。→12月に入り本人の体調が安定したことから、栄養改善サービスを開始したとのこと。 		<ul style="list-style-type: none"> ◇定期訪問を実施する。 2月度のサービスのサービス利用票を提示し承諾を得る。 サービスの利用状況を確認。→「週2回のデイケアについては、参加することで身体機能の維持・社会交流の促進・余暇活動の充実が保たれているので、今後も継続を希望。また訪問介護による買物代行は、重い荷物の持ち運びができない為、助かっている。今後も3度の食事を自分で調理したいのでサービスの継続を希望したい。訪問介護による屋内清掃は無難に行って貰っている。サービスに対する希望や要望は特にない。」
12月16日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ▲デイケアの利用状況をモニタリング。※別紙に記載。 		
12月19日(月)	<ul style="list-style-type: none"> ◇定期訪問を実施する。 1月度のサービスのサービス利用票を提示し承諾を得る。 サービスの利用状況を確認。→前月同様に週2回のデイケア及び訪問介護については、身体機能の維持及び社会参加の継続、そして食品の購入・室内の衛生保持をサービス利用にて満たして 		

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（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ったためのサービス担当者会議の開催、サービス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 平成〇年〇月19日

利用者名 S15-01 様

計画作成者氏名 〇〇 〇〇

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週2回、介護予防通所リハビリテーションに参加する。		・11月1日以前より週2回のデイケアを継続。デイケア参加により余暇活動の充実・社会交流の促進・リハビリテーション実施による身体機能の維持が図られている。 ・本人の体調不良などにより12月より栄養改善サービスが開始となる。本サービスを実施することで本人が食生活に対する関心を強く持ち、食品の選定や調理に気を使っている様子。体重は徐々に増加している。	・サービス開始当初であり、顕著な改善は見られていない。	・サービス開始当初であり、顕著な改善は見られていない。	・デイケア参加日以外は自宅中心の生活を過ごしており、テレビを見る時間が長時間に及ぶなど、日中の活動性低下が見られる。週2回のデイケア参加により余暇活動の充実・社会交流の促進・リハビリテーション実施による身体機能の維持が図られている為、本サービスを継続する。 ・サービス開始当初である為、このまま栄養改善サービスを継続しつつ、定期的な評価を行う。
②介護予防通所リハビリテーションに参加して管理栄養士による栄養改善プログラムを受ける。		・11月1日以前より週3回の訪問介護による買物代行・室内清掃を実施。本人には左上下肢麻痺・右半身の痺れがある為、これらにより脱居生活が継続できている。	・サービス開始当初であり、近隣住人による声かけ(様子観察)・緊急時の対処が習慣化されていない。	・近隣住人による声かけ(様子観察)・緊急時の対処が習慣化されていない為。	・本人は左上下肢麻痺・右半身の痺れなどの障害を有しており、悪い荷物の持ち運びや室内の清掃が一人では行えない状態にある。その為、今後も訪問介護による週3回の買物代行・室内清掃を継続する。
③介護予防訪問介護による買物代行及び室内の清掃。	H17年11月1日 ～ H18年12月31日	・12月末に近隣住人に定期的な声かけ(様子観察)・緊急時の対処を依頼。現状では緊急対応もななく、が外出の機会が少ない為、怪談ですれ違う際の確認程度となっている。 現在、設置手続きを行っている途中。	・設置手続きを行っている途中である為。	・設置手続きを行っている途中である為。	・今後も近隣住人に定期的な声かけ(様子観察)・緊急時の対処を呼びかけ、サービスの定着を図る。 ・早期に緊急通報装置の設置を行う。
④近隣住人に対し、定期的な声かけ(様子観察)・緊急時の退所を依頼する。					
⑤緊急通報装置の設置。					

総合的な方針

・現行ケアプランを継続する。

地域包括支援センター意見

<input type="checkbox"/>	プラン継続	<input type="checkbox"/>	介護給付
<input type="checkbox"/>	プラン変更	<input checked="" type="checkbox"/>	予防給付
<input type="checkbox"/>	終了	<input type="checkbox"/>	介護予防特定高齢者施策
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	介護予防一般高齢者施策
<input type="checkbox"/>		<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	バスや電車ですら一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	階段をすすりや壁をつたわらずに昇っていますか	1.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年間に軽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 172.6 cm 体重 55.0kg (注)BMI 18.4	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	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くなくなっている	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ではおつらくに感じられる	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 2005年 11月 1日

利用者名 (ふりがな)	S15-01	性別	男	要介護度	要介護1
生年月日	明(大) 昭 15年 〇月 〇日(79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)	172.6			
体重(kg) (測定日)	55.0 H17.9.17			
BMI	18.4	□18.5~29.9	■18.5未満	
体重減少率(%)	6ヶ月間に5%減少	□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)	—	□3.6g/dl以上	□3.0~3.5g/dl	□3.0g/dl未満
食事摂取量	—	□良好 (76~100%)	□不良 (75%以下) 内容：特に主菜となる蛋白質、脂質不足	
栄養補給法	経口			□経腸栄養法 □経鼻栄養法
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)

(I)

利用者名	(ふりがな) S15-01	要介護度	要介護度1
生年月日	明大昭 15年 0月 X日	性別	女
実施日	17年 12月 9日	記入者	管理栄養士 OX
家族構成と キーパーソン	本人 結婚歴無し 独居	主たる買い物担当	ヘルパー
主たる介護者	なし(独居)	主たる食事担当	本人
身体状況、栄養状態、 補給に関する利用言及 意向	頸部背椎血腫の後遺症による右半身の痺れ、左上肢麻痺が強い(軽度) 肉類は好きではないので肉と食べない。昔に比べて硬いものが食べられないので小骨 の小魚はさけるようになった。やせてきたせいか風邪をひきやすくなった。		
主観的な健康感・意欲 (心身の訴えを含む)	食べ過ぎると吐いてしまうので食べる量を減らしてしまおう。		

食事の提供のための必要事項

実施日	17年 12月 9日	記入者	管理栄養士 OX
嗜好	角が好き、鶏は赤身が好きで食べる。鶏などの小骨が多いものはさけるようになった。		
禁忌	なし		
アレルギー	なし		
療養食の指示	ないが、貧血がある		
食事摂取行為の自立	自立		
形態	米飯 軟菜		
環境	スーパまではゆっくり歩いて10分くらい 簡単な自炊はできる		
特記事項	胃に不快感があるのでさっぱりしたものを食べるようになる		

多職種による栄養ケアの課題

実施日	17年 12月 9日	記入者	管理栄養士 OX
低栄養状態関連問題	<input checked="" type="checkbox"/> 1 皮膚(乾燥さみでクリームを塗る) <input checked="" type="checkbox"/> 2 口腔内の問題 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 薬歯の不都合 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 口が湿く <input type="checkbox"/> むせ <input checked="" 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(下痢の薬を含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 7 便秘 <input type="checkbox"/> 8 浮腫 <input type="checkbox"/> 9 脱水(皮下・口腔の乾燥等) <input type="checkbox"/> 10 感染 <input checked="" type="checkbox"/> 11 発熱(2回/年) <input type="checkbox"/> 12 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 13 静脈栄養 <input checked="" 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	顔色は白く、皮膚がかさかさである 息味は低下しているが、刺激物(山菜など)は敏感 食汁が薄いときが時々あり 奥歯欠損		
	具体的に記述 フェニレシリン		

(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 12月 9日 記入者 OX	実施日 18年 2月 3日 記入者 OX
生活機能・身体機能	自立度 J2	自立度 J2
握力*(kg)(利志腕 右)	22.5	
体重(kg)	55.0(100%)	58.3(106%)
BMI	18.4	19.6
通常体重(kg)	-	-
体重変化率(%)	6ヶ月5%(増加・減少)	2ヶ月5%(増加・減少)
下腿周囲長*(cm)	-(%)	-(%)
上腕周囲長(cm)	23.0(87.8)	23.5(89.7%)
上腕三頭筋皮脂肪厚(mm)	4.0(43.0%)	5.0(53.8%)
上腕筋面積(cm ²)	37.5(90.1%)	38.3(92.1%)

(%) : 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)	実施日 17年 12月 9日 記入者 麻植	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)	10.4		
血糖値(mg/dl)	HebA1c 5.7		
総コレステロール(mg/dl)	189		
クレアチニン(mg/dl)	0.71		
BUN(mg/dl)	15		

経口摂取量(①)	実施日 17年 12月 9日 記入者 OX	実施日 18年 2月 3日 記入者 OX
食事	主食(割) - 副食(割) - エネルギー(kcal) 1,168 タンパク質(g) 53.9 水分(ml) 1,000 種類 使用していない 1回の量(ml/g) - 頻度(回) - エネルギー(kcal) - タンパク質(g) -	1,458 58.0 1,600 ヘルシーフード鉄ふりかけ 1p 1日2回~3回 鉄 0.7mg - - せんべい、時々ビスケット(週1回弱位) 1~2枚 毎日 80 3 1,248 56.9 1,000
栄養補助食品		
間食		
合計		

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 〇〇〇〇 殿

作成日 平成 18 年 2 月 4 日

利用者氏名 S.15-01 殿

栄養補給量の算定		1,400	1,400
エネルギー消費量 (kcal)		1,540 (摂取エネルギーとした)	1,400
必要エネルギー (kcal)		65	65
必要タンパク質 (g)		1,900 (食含有)	1,900
必要水分量 (ml)			
特記事項	筋力向上トレーニングを実施しながらの 経過である為、必要エネルギーは 摂取エネルギーに設定し、今後は動的評 価を行うこととした。 錠剤は殆ど服用していないが、本人は 調子がよいと申す		
①利用者の知識・技術・意欲の状況	実施日 17 年 12 月 9 日 記入者 OX 貧血は気にしているが、何に留意して 食事をすればよいかわからない。		
②家族・支援者の知識・技術・意欲の状況	錠剤はおらず、薬は本人が行う。		
③日常の食習慣や生活習慣の状況	以前は本人もヘルパーと一緒に買い物に 出かけていたが、住家の階段の上り下りに不 安がある。身体的にも不安あり。		
④訪問介護等による食事介助、調理支援などの状況	受けていない。食材選びのアドバイスは 必要。		
⑤配食サービスや通所サービスでの食事摂取状況	簡単な自炊は可能なので配食サービスは 受けていない。通所リハビリは週 2 回利用。 食事は三食食べているが量は食べられない。		
⑥活用しているあるいは今後活用できる資源状況	現在利用中のサービス⇒通所リハビリ 週 2 回 ホームヘルパーの買い物代行。		
⑦食事・食事準備や買入物の環境	スーパーはゆっくり歩いて 10 分くらい 自宅にはエレベーターがない。 食事準備は簡単なものなら本人が出来る。 吐き気や嘔吐があり、つい量を減らしてしま う。肉類は好きではない。魚は青魚も好きだ が臭いが強いので小骨の多い魚を敬遠して しまう。簡単に同じ脂質や鉄分の多い食品 を上手に選べるようにアドバイスする必要 がある。		
総合的評価・判定	状態は改善されているが、軽気さずため 時々服用をやめている。		

食事行為に関する事項 (必要に応じて記入)

低栄養のリスク	サービス開始時 (12 月 9 日)	2 か月後 (2 月 3 日)
BMI	18.4	19.6
体重減少率、変化	6 ヶ月 5% 減少	2 ヶ月 5% 増加
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) 自己実現の課題とその意欲	無 (○)	
主観的健康感 現在の健康状態 に O	1 2 3 4 5 よい まあよい 普通 まあよい よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい 普通 まあよい よくない
計画の概要と実施状況	食事摂取状況調査より、摂取 エネルギーと脂質不足が考え られる。独居で自炊の為、簡 単に摂取できる青魚の缶詰を 使用したり、栄養補助食品の 鉄分りかけを提案する 通所リハビリでの筋力向上ト レーニングも引き続き実施す る計画を策定。 貧血と体重減少に不安を感じていたが、体重増加と筋力の向上を 実感し喜んでいる。病前の体重に戻したいと意欲的である。余 暇時間も前向きに考えるようになり、意欲向上に繋がっている。	
総合的評価	計画は変更なく実施されてい る。	

作成担当者氏名 管理栄養士 OX

所属 (事業所) OXOX

栄養改善サービス計画書 (新予防給付) (案)

利用者名: S15-01 殿 生年月日 大正15年 0月 X日 ×日 住所: 〇〇市区 〇-〇-〇-〇-〇
 計画作成者氏名: 〇〇 〇〇 初回作成日: 平成 17年 12月 10日 申請中
 所属名及び所在地: 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇〇〇番地 作成(変更)日: 平成 年 月 日
 担当者氏名

要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1
利用者及び家族の自己実情の課題や意欲、意向	パソコンを使って著作してみたい
解決すべき課題(ニーズ)	栄養のリスク (中・高) ①体重減少6ヶ月5% ②喘息による食事量の低下 ③筋力低下(網膜はく離によりリハビリ3か月間中止。4月より再開)
長期目標(ゴール)と期間	筋力の向上と維持の支援。食品の選択の援助による体重増加と貧血の改善

短期目標と期間	栄養改善サービス(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
#1 食事内容の見直しと体重増加(目標2kg増加)貧血改善(Hgb10.4)	①食品の選択の支援 ・ヘルパーによる買い物代行を行う ・本人は肉類は好まれないが、魚料理が多い。中でも小骨が多い鰯、秋刀魚はさけるようになった 1、缶詰の骨までやわらかくなくっている魚を購入し、食べてもらう(鰯や鯖など) 2、間食はせんべいが多いが、時々クッキー類も食べてもらう、エネルギー、脂質↑(乳製品は殆ど食さない) ②貧血改善による食事支援 1、鉄強化ふりかけをお試しサンプルで食べていただき、問題なければ続けていただく。 (ヘルシーフード Feふりかけ Fe0.7mg) 〔食事相談〕 事前アセスメントより、一度に沢山の量を食べると嘔気がし、加減してしまふ。奥の薬膳未装着のため軟らかいものを好むようになり、小骨の多い魚は食べなくなった。食事の準備は本人が行うので市販の缶詰類を上手に使用してもらうように提案する。 間食に少しカロリーや脂質の高いクッキーやビスケットも食べていただくように提案する。	介護支援専門員 管理栄養士 管理栄養士 管理栄養士	(相談日) 月2回 (相談日) 月2回	6ヶ月間 6ヶ月間
#2 筋力の向上	①筋肉向上トレーニング ・網膜はく離の手術の為、約3ヶ月リハビリを中止していたので筋力低下。通所リハビリで4月より週2回インストラクターによるパワーリハビリの再開	管理栄養士 介護支援専門員 ヘルパー	月2回	6ヶ月間
特記事項	必要エネルギー1521Kcal 必要たんぱく量65g 必要水分量 1974ml	介護支援専門員 リハビリスタッフ	週2回	6ヶ月間

栄養改善サービスマン評価書 (新予防給付) (案)

氏名 S15-01

	3か月後の目標		サービスマン提供前		1ヶ月目		2ヶ月目		週・月目	
	17年 12月 9日	18年 1月 15日	18年 1月 15日	18年 2月 3日	18年 2月 3日	18年 2月 3日	18年 2月 3日	18年 2月 3日	年 月 日	
	記入者	管理栄養士	問題	数値	記入者	管理栄養士	問題	数値	記入者	
アウトカム										
自己実現の課題		貧血を改善したい	<input checked="" type="checkbox"/>							
自己実現の意欲		ややあり	<input type="checkbox"/>							
主観的健康観		筋力向上、維持を図りたい	<input checked="" type="checkbox"/>							
栄養リスク			<input type="checkbox"/>							
体重 (kg)		57.0	<input type="checkbox"/>	55.0				58.3	<input type="checkbox"/>	
BMI		20.4	<input checked="" type="checkbox"/>	18.4				19.8	<input type="checkbox"/>	
体重減少率 (%/月)		3%増/3ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/>	5%減/6ヶ月				5.7%増/2ヶ月	<input type="checkbox"/>	
血清アルブミン (g/dl)		—	<input type="checkbox"/>	—				—	<input type="checkbox"/>	
食事摂取状況		100%	<input checked="" type="checkbox"/>	75%				—	<input type="checkbox"/>	
摂取量 (%) *			<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	
エネルギー (kcal(%))		1,540Kcal	<input type="checkbox"/>	1,248Kcal				1,540Kcal	<input type="checkbox"/>	
タンパク質 (g(%))		65.0g	<input type="checkbox"/>	56.9g				61.0g	<input type="checkbox"/>	
水分 (ml(%))		1,974ml	<input type="checkbox"/>	1,500ml				1,600ml	<input type="checkbox"/>	
その他の項目										
食事計画の実践状況		魚の缶詰の利用	<input type="checkbox"/>							
		間食をエネルギー・脂質の高いものを採取	<input type="checkbox"/>							
		鉄ふりかけの使用	<input type="checkbox"/>							
評価										
計画の修正										
総合評価										

研究事例

介護老人福祉施設 横須賀グリーンヒルにおける栄養改善サービス

社会福祉法人 公友会 介護老人福祉施設 横須賀グリーンヒル
管理栄養士 木村 麻美子
協力者 施設長 江川 正美
居宅サービス課課長 磯崎 順子
居宅サービス課副主任 土田 郁美
管理栄養士 山田 聡子

1. 事業所の概要

当事業所は、神奈川県横須賀市にあり、平成 5 年に開設した。160 床の介護老人福祉施設を併設している。介護老人福祉施設の利用者の平均年齢は 86.3 歳、平均介護度 3.7 である。

一方、在宅支援センターの概要は以下のとおりである。

- ① 区分：介護老人福祉施設通所介護Ⅲ（利用時間 9:45～16:15）
- ② 登録者数：100 名、平均利用者数 23 人/日
- ③ 利用者の特性：平均年齢 84.2 歳、平均介護度 2.1
- ④ 現在の栄養ケア・マネジメントの状況：今回の対象者にのみ栄養スクリーニングとして体重・BMI のチェックを行った。他デイサービス利用者については現在検討中

2. 本研究での介護予防ケア・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行うにあたって、本研究概要を施設長、居宅サービス課長、介護支援専門員（4 名）、通所主任相談員に説明し協力を得た。

課長を含め 5 名の介護支援専門員がそれぞれ担当している通所介護の利用者の中から「入院経験がある」「外見が痩せてきた」などの理由から、低栄養状態の恐れがあると思われる利用者を 1 名ずつピックアップして、管理栄養士に情報を提供した。

この 5 名の対象者のデイサービス利用時間を利用して、管理栄養士が対象者から直接話しを聞いたり体重計測を行い、BMI18.5 未満かつ 6 ヶ月間に 2～3kg の体重減少がみられた対象者 1 名を選定した。

担当介護支援専門員が対象者本人に、管理栄養士から栄養改善サービスを受けることの説明を行い、同意を得た。介護支援専門員は介護予防マネジメントを書式に従い、計画作成し、管理栄養士に情報を提供した。

管理栄養士は対象者に対し事前アセスメントを行い、栄養改善サービス計画を作成し、介護支援専門員に説明した。対象者の同意を得て 10 月から計画を実行した。

栄養改善サービス計画には、介護予防の長期目標が達成できる内容となるように、介護支援専門員からの情報と対象者本人の希望を重視して作成した。また、達成可能な目