

研究事例

介護老人福祉施設グリーンヒルにおける栄養改善サービス

社会福祉法人 翠燿会 介護老人福祉施設グリーンヒル

管理栄養士 木下 福子

協力者 施設長 津川 康二

在宅サービス部長 小澤 久雄

主任介護支援専門員科長 武田 信子

主任生活相談員科長 日高 和枝

1. 施設の概要

当事業所は、千葉県北西部に位置する八千代市に所在する。昭和 56 年、特別養護老人ホームを 50 床で開設し、以後二度の増設工事を経て、昭和 61 年、千葉県初のデイサービスセンターを開設する。

母体である特養利用者の状況は、平均年齢 84.5 歳、平均介護度 4.0、長期入所 110 床、短期入所 10 床である。一方、通所サービス事業所の概要は、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 9:45～16:00）
- ② 登録者数：84 名、平均利用者数 31 名／日
- ③ 利用者の特性：平均年齢 81.6 歳、平均介護度 2.2（男性：2.1 女性 2.1）
- ④ 利用者の低栄養状態の実態：BMI18.5 未満：16%（84 名中 13 名）
- ⑤ 現在の栄養ケア・マネジメントの状況：体重計測は月 1 回、第 1 週目の利用日に計測（通所職員が担当）し、体重チェック表に記入して看護師から管理栄養士に情報提供を行うことになっている

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導入するに先立ち、本研究概要を施設長、在宅サービス部部長、居宅介護科科長、介護支援専門員全員（6 名）、通所介護科科長に説明し、協力を要請した。

これらの関係者から協力への賛同を得られたので、管理栄養士が利用者 84 名の BMI、体重のモニタリング結果から BMI18.5 未満であり、体重減少が 6 ヶ月に 2～3kg ある低栄養状態の恐れのある者を選定し、担当介護支援専門員とその低栄養状態リスクのレベルを確認した。最終的な把握基準では、事例 (ID S21-02) は BMI17.5、体重減少 6 ヶ月に 0.8% であるため除外されることになってしまったが、この事例についても 3 ヶ月目まで栄養改善サービスを行った。

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サービス・支援計画書に従い作成し、管理栄養士と情報を共有した。

管理栄養士は、詳細な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、利用

者、通所介護科長、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の知識・技術・意欲などに対して、最初から食習慣、生活習慣の改善など理想的な目標や多くの目標は設定しないで、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、買い物の状況や食事に関する嗜好・意向などを生活の楽しみのなかに織り交ぜて実行しながら、習慣として定着していることを継続していけるように心がけた。

3. 事例紹介 (ID S21-02)

84 歳女性、要支援。BMI17.5、体重減少 6 ヶ月に 0.8%。

夫が現在も特別養護老人ホーム入所中のため、独居での生活。80 歳にて仕事を辞め、また、夫の入所をきっかけに外出をする機会が少なくなり、家に閉じこもるようになる。入浴や食事の不規則となり、面会に訪れる様子を見て、施設相談員を通して介護支援専門員に報告があった。

家族は、他県に住む養女ひとりで、月 2 回と緊急時に訪問し、支援している。

当介護予防通所介護において、介護支援専門員が低栄養状態のリスクの恐れがあることを確認し、介護予防通所介護を利用し、栄養改善サービスによる栄養の向上、食事・入浴などの参加によって、閉じこもり予防を図ることとなる。

栄養改善サービスでは、対象者に「自分の生活の維持には、食事が大切」との認識が少ないことがわかったので、規則正しい食事の確保と体重回復を図り、食事が楽しみになり食欲も出るようになるというような、自立した楽しい生活が維持できる計画を作成した。

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、計画を実行した。3 ヶ月で体重回復の兆しがみられてきており、3 ヶ月後には体重は約 1.0kg 増大した。食事摂取量はエネルギー 140kcal、タンパク質 4g 増大した。生活全般にわたっての意欲の向上が図られてきている。

4. 事例からの多職種協働等の課題

本事例については、管理栄養士は既に「ケアカンファレンス」へ臨んでいたもので、対象者の情報収集および多職種からの情報収集ができた。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、適切なサービスを提供するためには、管理栄養士は、利用者が住む身近な地域のフォーマルおよ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レベルに把握しておくことが求められる。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容易に連絡がとれる体制づくりも必要である。「栄養改善サービス」を補完するように、一環として「小集団でのわかりやすい栄養のおはなし」や「調理実習」等も組み

込んで、具体的に確認しながら栄養改善サービス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、低栄養状態の恐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、要介護認定者への栄養ケア・マネジメント体制における、栄養改善サービス計画の作成の需要が大きいと考えられる。これらの低栄養状態の恐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、自尊心も高い。管理栄養士による栄養相談を実施するにあたり、利用者の将来の体の心配に焦点をあてることより本人の食生活に対する時代や文化を理解すると共に、培ってきた経験を重んじる配慮が必要と考える。また、利用者の不安、緊張の雰囲気を受け止め、心的距離を縮めるような信頼関係を築く姿勢が大事である。

栄養改善サービス計画は、利用者が達成感のもてるような“食べることの大切さ”を日常の暮らしのなかで実現可能な目標設定をすることにより、実行性の成果を満足につなげたり、健康維持、改善の意識の向上、行動の変容に期待できると考えている。

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)	来所・電話 その他()	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()			
ﾌｶﾞｯﾀ 本人氏名	S21-02	男・[☑]	M・[]・S 年〇月〇日生(85)歳	
住所	□□市□□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・[]2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
認定情報	認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・[]a・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
障害等認定	非該当・[]支1・[]支2・[]支3・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：16年7月1日～18年6月30日(前回の介護度 要介護1)			
本人の住居環境	身障()、療育()、精神()、難病()、・・・()			
経済状況	自宅・借家・一戸建て・[]合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無			
来所者(相談者)	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・	施設相談員	家族構成	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 △=同居、▽=パート ◇=介護士(日) ※介護士に「日」 は介護士に「日」 (同居家族は○で表示)
住所連絡先	他県在住	氏名	氏名	氏名
		続柄	続柄	続柄
		住所・連絡先	住所・連絡先	住所・連絡先
		〇〇市△△	〇〇市△△	〇〇市△△
		〇〇(〇〇)〇〇〇〇	〇〇(〇〇)〇〇〇〇	〇〇(〇〇)〇〇〇〇
緊急連絡先		〇〇□□	〇〇市△△	〇〇(〇〇)〇〇〇〇
			家族関係等の状況	緊急時にも医師してくれる。
			要介護月2回定期的に訪問してくれる。	

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

〇 〇歳にて出生。学校卒業後〇〇の納練会社入社就職10年程働く。姉の出産の手伝いのため北海道へ行き、そこで要児の紹介にて結婚。子供ができなかったため31歳の時医師の子を養女として迎える。40歳の頃、夫が働いていた炭鉱が廃坑となり〇〇市へ転入し、は、運転手、本人は、病院 de

〇 歳近くまで仕事に就いていた。夫は、脚痺を再発し施設入所となり同居生活となる。

1日の生活・すごし方

趣味・楽しみ・特技

趣味：特になし
楽しみ：外出
カラオケ

特技： 特になし

時間	本人	介護者・家族
8:00	起床	養女は、毎朝電話を入れて安否確認をしている。
9:00	デイサービス	
16:45	帰宅	
18:30	夕食	
20:00	就寝	

現在の生活状況

週4回のデイサービスを利用しているため、自宅で過ごすことが少ない。自宅に居るときは、遅く起床し、ゆっくり食事をし、近くのスーパーへ散歩をかねて買い物に出かけている。

友人・地域との関係

昔から友人・地域との交流なし。

《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・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
年月日	陈旧性脳梗塞	〇〇病院 〇〇 医師 Tel 〇〇〇〇	経過観察中 その他	内服治療中
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	
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》

通所型介護予防事業(低栄養改善)	非公的サービス
訪問型介護予防事業	非公的サービス
	養女による電話での安否確認と月2回の訪問支援

地域包括支援センターが行う事業の委託に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定に添った内容、介護認定審査会による判定結果、養女及び主治医等と直接に利用者の基本情報(氏名、性別、年齢、住所)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。

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 S21-02

計画作成者氏名 ●●●●●●

年月日	内容	年月日	内容
○月○日 (訪問)	施設相談員より介護支援専門員に相談を受ける。 目的：状況確認のため訪問する。 状況：本人は、「デイサービス利用がとても楽しいので継続したい。」 希望は、いつまでも元気で夫の面会を続けて行きたい。また、物忘れも多 くなくなってきている。今後本人が今の生活が維持できるように相談しながら ら進めていくことへの説明と同意をもらう。	多職種からの情報	状況変化は見られない。特に問題としての報告も出ていない。 最近、ご主人の好きなお菓子を買ったり持ってきている。
○月○日	暫定にて計画書の作成。	○月○日	目的：状況確認のため面接訪問 特に大きな変化は、見られていないが最近、ヘルパーさんの受け入れも よくなってきている。寒くなってきて火の元管理が気になっている。
○月○日	実施場所：通所介護事業所	○月○日 (養女と面談)	目的：養女○○さんと面接 特に変化は、見られず。デイサービスでのプログラムである学習 療法に夫婦で参加させたい意向がある。
担当者会議開催	出席者：本人・介護支援専門員・管理栄養士・通所相談員・通所看護師 ケアワーカー・施設長	○月○日 (通所より報告)	目的：クリスマス会に参加した報告を通所より上げる。 クリスマス会に積極的に参加し、楽しくすごされたとの事。食事も全量摂取し 元気に過ごされている。 体重:38.5kg
	検討事項：計画書の内容について サービス内での夫との面会の工夫については、デイサービスにおいて 昼食を共にしたり、通所プログラムにおいて調理を通して夫に食べて もらえる環境を作る工夫を行う。	○月○日 (訪問)	目的：状況確認のため面接訪問 最近、ご主人の好きなお菓子を買ったり、調理実習に参加したりしてお り状況は安定している。
○月○日	栄養改善サービス開始となる。	○月○日 (管理栄養士から)	管理栄養士から、お正月の食材が冷蔵庫に残っていないか、安全性はどう か点検が必要ではないかとの連絡をもらう。
管理栄養士より 報告	管理栄養士による健康を維持するための栄養についての相談をこれから始 める旨を再確認したとの事。 表情は、笑顔でとてもよかったですと報告がある。		介護支援専門員としては、ヘルパーにもなかなか冷蔵庫を開けさせて くれないので、養女○○さんが来た時にご協力をいただくこととする。
○月○日	目的：状況確認 現在体調変化も見られず、笑顔でデイサービスに来ている。いろいろな プログラムにも参加したり、夫との面会も楽しんで過ごしている様子。 食事でもデイサービスでは全量摂取できていることが多い。		

- ※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)、検討した内容を記入する。

評価日 〇〇 〇〇

介護予防サービス・支援評価表

計画作成者氏名 ●●●●●

殿

利用者名 S21-02

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. デイサービスを利用し 夫に会いに行く。	3ヶ月	目標達成状況 デイサービスを休まず利用し、夫との面会を楽しまれて いる。時には買ってきたかり んどうや昼食を一緒に食べた り、行楽などにも一緒に参加 し、夫婦の時間の共有が 出、デイサービスに夫とも に参加する意欲が見られて 来ている。			本人の日常生活の意欲の向上については、通所介護を利用し 改善されてきている。自分で買物や夫に食べてもらいたいも の持参したり積極的な行動が見られるようになってきている。も う少し継続して精神面の安定をはかりたい。
2. 食事に対する意欲の向 をはかり、低栄養状態の 回復を図る。	3ヶ月	毎月体重測定を実施してい る。現在は体重維持状態 あり、デイサービスでの食 事は全量摂取している。特 に好き嫌いなく美味しく食 べている。			減量減よりも増大させたいので、相談の継続が必要と思われ る。
3. 服薬をきちんと行う。	3ヶ月	服薬を飲み忘れることが 多い。誰かの見守りや 声かけが必要である。			服薬は飲み忘れがあるため、通所利用時は、来たときと帰る時 などに服薬を行い対応している。また、通所利用がない日は、 ヘルパーが支援している。

総合的な方針 評価期間を迎えたが、目標はまだ完全なる達成にいたっていない。もう少し し達成に向けた継続支援が必要と思われる。	地域包括支援センター意見 栄養改善についてサービスが継続とな る。介護予防事業と連携をとりながら、現 状の維持向上を図っていく。	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input checked="" type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <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
--	---	---

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 平成17年10月15日

利用者名	(ふりがな) ----- S21-02	男	要介護度	要介護1
	生年月日		明・ <input checked="" type="radio"/> ・昭 10年 △月△△日 (84才)	<input checked="" type="radio"/>

(主治医の意見書が入手で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	<input type="checkbox"/> 低リスク	<input checked="" type="checkbox"/> 中リスク	<input type="checkbox"/> 高リスク
身長(cm) (測定日)	145.0(H17.5.12)			
体重(kg) (測定日)	37.0(H17.5.12)			
BMI	17.5	<input type="checkbox"/> 18.5~29.9	<input checked="" type="checkbox"/> 18.5 未満	
体重減少率(%)	6ヶ月 0.8%減	<input checked="" 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3~7.5%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
血清アルブミン値* (g/dl) (測定日)	データなし	<input type="checkbox"/> 3.6g/dl 以上	<input type="checkbox"/> 3.0~3.5g/dl	<input type="checkbox"/> 3.0g/dl 未満
食事摂取量		<input checked="" type="checkbox"/> 良好 (76~100%)	<input type="checkbox"/> 不良 (75%以下) 内容:	
栄養補給法	経口			<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法
褥瘡	なし			<input type="checkbox"/> 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)

利用者名	(ふりがな)	男	要介護度	要介護1
生年月日	S21-02	⑤	テイサービス	週4回
実施日	明・⑤・昭 10年 Δ月 ΔΔ日		訪問ヘルパー	週2回
家族構成とキーパーソン	17年 10月 15日 記入者		管理栄養士	●●
主たる介護者	本人 一夫(特養入所)	主たる買い物担当者	本人	
身体状況・栄養状態・食量・栄養補給に関する利用者及び家族の意向	養女が1日2回電話で確認している	主たる食事準備担当者	本人	
主観的な健康感・意欲(心身の訴えを含む)	養女(長野在住)	主たる共食の音	なし	
	本人は脳梗塞後遺症による認知力低下がある。また下肢筋力低下により、閉じこもりを伴い、独居生活を不規則な状態にしている。食事量の減少と出来合いを利用している為、栄養のバランスが危惧される。			
	独居しているため食事を個別に考慮する習慣がなく、ある物、その時に食べたいと思っ			
	た物を自分で買って食べていたが、頑張って体重を増やして体力を維持したいと思っ			
	ている。			

食事の提供のための必要事項

実施日	17年 10月 15日	記入者	管理栄養士 ●●
嗜好	漬物、煙草、好き嫌いあまりなく、食べる		
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・常服		
環境	アパートの近くにスーパーが複数ある。一人で食べる。		
特記事項	現任、冷蔵庫内には買い込んだ食べ物を食べ忘れることがあり管理はできていない。		

多職種による栄養ケアの課題

実施日	17年 10月 15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 checked="" type="checkbox"/> 3 痛み <input type="checkbox"/> 4 歯肉の不都合 <input type="checkbox"/> 5 口臭 <input type="checkbox"/> 6 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 7 味が薄く <input type="checkbox"/> 8 むせ <input type="checkbox"/> 9 食欲低下 <input type="checkbox"/> 10 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 11 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 12 下痢(下痢の常用を含む)	<input 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 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 自歯の残存数が多い 具体的記載 パナルジン2T 朝タ1日1錠ずつ 2回 通所介護週4回 朝タ ワーカー確認支援 訪問介護週2回 タ ワーカー確認支援

(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15日 記入者 ●●	実施日	18年1月16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%)		38.0(86%)
BMI		17.5		18.1
通常体重(kg)		37.3		37.0
体重変化率(%)		6ヶ月0.8%(増加・減少)		3ヶ月3%(増加・減少)
下腿周囲長*(cm)		27.7(94%)		28.6(97%)
上腕周囲長(cm)		22.0(92%)		21.8(91%)
上腕三頭筋皮厚(mm)		13.5(93%)		13.5(93%)
上腕筋面積(cm ²)		17.8(56%)		18.0(57%)

(%) : 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	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)		--		--

経口摂取量(①)	実施日	17年10月15日 記入者 ●●	実施日	18年1月16日 記入者 ●●
主食(割)		7		8
副食(割)		7		8
エネルギー(kcal)		1,000		1,140
タンパク質(g)		38		42
水分(ml)		①700		①800
種類				
1回の量(ml/g)				
頻度(回)				
エネルギー(kcal)				
タンパク質(g)				
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		①+② 1,300		①+② 1,400

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 殿
 作成日 H00年 0月 0日
 利用者氏名 S21-02 殿

栄養給量の算定		884 (Harris-Benedict 式利用)	884 (Harris-Benedict 式利用)
エネルギー消費量 (kcal)		1380	1380
必要エネルギー (kcal)		51	51
必要タンパク質 (g)		1400	1400
必要水分量 (ml)			
特記事項			
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・食事準備や買物の環境			
実施日 17年10月15日 記入者 ●● 自宅で調理する意欲がない、また火の不始末が考えられるため、調理済みのお弁当類を購入している。栄養改善の意識はない。			
実施日 18年1月16日 記入者 ●● デイサービスの調理参加に抵抗がなく、漬物名人として講師を務めてもらうことに嬉しく継続している。			
食の安全と冷蔵庫は通信できないことを理解しつつある。期限切れになり、捨てることの理解ができようになった。			
朝食は摂らない。(変化なし) デイサービスの選択メニューで全量摂取。ご主人の好きな食べ物を購入するため、スーパー・コンビニに出かける。金銭感覚はある。			
変更なし。			
配食サービスは味付けが自分の味覺に合わない、金額が高い理由で拒否。			
訪問介護ヘルパーと一緒に冷蔵庫の整理、食材で“食べたくなくなるようなメニュー”を活かすことがあつたので相談、支援。			
漬物の食材、栄養面の高い牛乳などの購入に、訪問ヘルパーとの同行、買い物支援。			
訪問ヘルパーとの同行、買い物支援の意向が強い。訪問ヘルパー担当者など信頼関係が築けると笑顔で納容されている。			
通所サービスでの夕食の提供が可能か？			
独居生活と認知症により意欲の低下、適切な判断が出来ない、適切な判断が出来ない。他人の支援を拒否する傾向があり、支援体制作りが必要。信頼関係の構築、サービス受入れが今後必要。家族、デイサービス、ヘルパーと協力体制をとり食事提供を助めている必要がある。			

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 (10月15日)	3か月後 (1月16日)
BMI	17.5	18.1
体重減少率、変化	6ヶ月0.8%減	2ヶ月2.7%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)	無	有
自己実現の課題とその意欲	できるだけだけ独居生活を継続できるように健康でありたい。 デイサービス利用時に調理に参加。漬物の食材やご主人へのお菓子の購入をスーパー、コンビニに出かける。閉じこもりになりにたくない。	変更なし。 デイサービスに来るのが楽しみな理由。 ・入所のご主人に会えること ・服薬やヘアスタイルのおしゃれな変化 ・表情が明るく、会話が多くなる
主観的健康感 現在の健康状態に	1 2 3 4 5 よい まあよい ふうつ まあよい よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい ふうつ まあよい よくない
計画の概要と実施状況	4回/週デイサービス利用時に積極的に栄養改善サービス計画に基づく支援をする。 介護支援専門員から管理栄養士に健康を維持するために食事相談、食事の悩み事をお話できる環境と食生活の実態を観察する。	朝食が摂れるように食器が必要のない工夫をアドバイスする。(牛乳 200ml、ヨーグルト 100g、バナナ1本) 朝食の工夫を介護支援専門員に伝え、訪問ヘルパー同行のもと購入する方向。 表情の変化・意欲を考察し、わかりやすい喫食表に取り組み始めるか試行していく。(栄養バランスチェックシート: 主食・主菜・副菜を食材の見だしの色でチェックする)
総合的評価	唯一、ご主人の健康とご自分の健康状態を低下させることのないよう引き続き食生活の維持、栄養改善に向けて支援の継続は必要	

所属 (事業所) 特別養護老人ホーム 〇〇〇〇
 作成担当者氏名 管理栄養士 〇〇〇

栄養改善サービス計画書 (新予防給付) (案)

利用者名: S21-02 殿
 計画作成者氏名: 管理栄養士 ●●●
 所属名及び所在地: 特別養護老人ホーム □□□□併設デイサービス
 担当者氏名 ケアマネジャー A

生年月日 大 10 年 △△日 住所: □□□□市□□□□
 (初回)・紹介・継続 (認定済)・申請中

初回作成日: 平成 17年 10月 20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)
利用者及び家族の自己実現の課題や意欲、意向	脳梗塞後遺症による認知力低下がある。下肢筋力低下により閉じこもりとなり独居生活を不規則な状態にしている。		
解決すべき課題(ニーズ)	食卓量の減少と出来合いのものを利用しているため、栄養バランスを考慮してほしい。		
長期目標(ゴール)と期間	栄養のリスク(中・高) 現在体重の減少がある。認知の低下により、食生活を考慮する習慣も徐々に欠けつつある。 食習慣の不安定さから栄養状態が危惧される。冷蔵庫内の食べ物の安全管理がなされていない。 低栄養状態の予防のため、体重の減少を回復するため食習慣の安定を図る 健康状態を維持し、できるだけ独居生活を継続できるようにする。		

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
栄養状態維持のために必要な目安を知り、調理支援を促す。	低栄養状態の改善の目安と1日の栄養補給量算定(推奨量) 必要エネルギー・・・1,380kcal 必要たんぱく質・・・51g 必要水分量・・・1,400ml ①デイサービスの選択メニューを学ぶ。 ②1食当たりの食品摂取量の目安を設定する。 主食・・・ごはん茶碗1杯、ロールパン2個、うどん(そば)2/3玉 動物性たんぱく質・・・肉類1品、魚介類1品、卵1品、乳製品コップ1杯 通所プログラムの調理実習に参加し、料理を作る楽しみを再び感じていただく。	通所介護 管理栄養士	月1回	3か月
体重変動の大きさを知る。	定期的な体重測定の実施。(デイサービス利用時の月1回)、今の状態と“食べること”の大切さを知る。	ケアワーカー	月1回	3か月
食事の工夫と食品の知識を得る	栄養食事相談を実施する。 栄養補助食品の情報や家族(養女)に提供する。 スーパー、コンビニエンスなどで食材購入の知識をパンフレットを用いて示す。(調理パン、牛乳、缶詰など)	看護師	月1回	3か月
食品の安全性の理解を得る。	冷蔵庫・冷凍庫の中にある食品の安全性について、養女が来所時に相談・支援をする。	通所介護 管理栄養士	月1回	3か月
特記事項		管理栄養士	月1回	3か月

栄養改善サービス評価書（新予防給付）(案)

氏名 S21-02

3か月後の目標	サービス提供前		3週目		1ヶ月目		2ヶ月目	
	17年11月1日	17年11月25日	17年12月19日	18年1月16日	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	食事量をアップする。	低栄養を改善	食事をおいしく感じる	クリスマス行事食を楽しむ	デイサービスでの共食が食欲アップ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
自己実現の意欲	漬物をつけたり調理する。	買い物調理をする	漬物を皆に食べてもらう	白菜の漬物をご主人に差し入れ	ご主人の好きなお菓子の購入	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
主観的健康観	下肢筋力低下により閉じこもり	自宅での生活を続けたい	自宅での生活を続けたい	自宅での生活を続けたい	自宅での生活を続けたい	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
	等になりたくない。					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
栄養リスク								
体重 (kg)	39.0	37.0	37.5	38.5	38.0	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
BMI	19	17.6	17.6	18.3	18.1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
体重減少率 (%/月)	増加	1%増加/1ヶ月	1%増加/1ヶ月	4%増加/1ヶ月	1%減少/1ヶ月	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
血清アルブミン (g/dl)						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
食事摂取状況	全量	7割	7~9割	8割	8割	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
摂取量 (%) *								
エネルギー (kcal(%))	1,380	1,100	1,100	1,240	1,240	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
タンパク質 (g(%))	51	42	42	46	46	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
水分 (ml(%))	1,400	1,300	1,300	1,400	1,400	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
(デイサービスの食器、食材で確認した推定量)								
その他の項目								
食事計画の実践状況	食事摂取量の確認	<input type="checkbox"/>	ほぼ全量摂取できている	<input checked="" type="checkbox"/>	自虐の管理と摂取量は安定している	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
	通所プログラム料理に参加	<input type="checkbox"/>	調理に参加し笑顔が見られる	<input type="checkbox"/>	行事食で食欲アップ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	定期的体重測定と食事相談	<input type="checkbox"/>	体重が増加傾向にある	<input checked="" type="checkbox"/>	体重が増加傾向にある	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
評価		セレクトメニューを楽しんでいる。			入所中のご主人の健康を維持してほしいとの思いがあり、買い物も自分のことよりご主人のために一生懸命になっている。			正月の食料が冷蔵庫に保管していることで、食品の安全性まで注意が払えないため養女の協力が必要。
計画の修正		(無)・有	(無)・有	(無)・有	(無)・有			(無)・有
総合評価		体重回復については、1月に体重計が新機種に変更されているため、増加傾向もしくは維持と推定。生活面では、服装もスカートを着けたりジャケットにヘアバンドなどの装いも意識され、表情も明るく行動の姿容は顕著となっている。新年の初利用日にあたり、「い方がオ(笑顔)がいちばん」と記された。管理栄養士、ケアマネジャー、通所職員と情報を共有している点、ご本人も「私の健康のため」と栄養のことを気遣ってもらっていると感謝され、声かけによるコミュニケーションが保たれ良い関係作りになっていると思われる。						

研究事例

(福) 三育福祉会 介護老人福祉施設 シャロームにおける栄養改善サービス

社会福祉法人三育福祉会 介護老人福祉施設 シャローム

管理栄養士 田中 洋子

主任介護支援専門員 有田 育子

協力者 施設長 堀 健次郎

給食センター長管理栄養士 高橋 紘子

訪問介護事業所 武藤 早智子

1. 施設の概要

浦賀隧道を通り、右に房総半島、左に観音崎灯台を眺めながら、東京湾に入ってくると、左手の小高い丘（防衛大学の裏山）にシャロームが位置している。窓からは、真正面に横浜みなとみらいの光景や西に富士山が顔を出し、海上は多くの船舶が行き交う。四季折々、朝に夕の夜景、変化に富んだ眺望と、自然の恵みに感謝しながら、創立 21 年を迎え、介護保険上の事業を総合的に関わり、地域福祉が開花している。併設通所サービスは、16 年経過している。シャローム通所サービスの概要は、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Ⅱ
- ② 登録者数：150 名、平均利用者数 38.6 人／日
- ③ 利用者の特性：平均年齢 82.3 才、平均介護度 1.9

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

本研究の話管理栄養士が介護支援専門員にしたところ、すぐに対象者の紹介があった。対象者の BMI は 22.0 であり、BMI だけを見ると“ふつう”ではあるものの、6 ヶ月での体重減少は 6%みられた。介護支援専門員と話し合い、今後、この状態が続けば低栄養の恐れがあると判断し、栄養改善サービスを提供することにした。最終的な把握基準では、事例（ID S22-02）は除外されることになってしまったが、この事例についても 3 ヶ月目まで栄養改善サービスを行った。

介護支援専門員と管理栄養士で対象者の自宅を訪問し、対象者と家族に本研究の概要等を説明し同意を得た。また、利用している他サービス事業所にも 2 人で行き、説明し同意を得た。介護支援専門員と管理栄養士が各書類を作成した後、両内容を確認し合い、栄養改善サービス導入となる。介護支援専門員からの情報や対象者本人、家族との話し合いから栄養改善サービスの提供は、対象者が食べることで生活が楽しく意欲的になり、心のケアに通じればと思い、通所サービス利用時にも訪問をなるべくし、傾聴を心がけた。

3. 事例紹介 (ID S22-01)

95 才女性、要介護 1。BMI22.0、体重減少 6 ヶ月に 6%。

独居。90 才頃より下肢筋力が低下し、外出の回数が減ってきている。最近、特に転倒するようになり、1 人での外出が出来なくなった。長男が毎朝訪問しゴミ出しをしているが、長男も体調不良のため、長男の妻も心配している。

配食サービスや訪問介護を利用し、食事の支援をしている。また、娘が食材を持参し、週 1 回きている。食べる事は大好きであるが、最近、義歯が合わず、噛み合せが悪いため、食べやすい物を食し、食事に偏りがみられるようになった。

栄養改善サービスでは、義歯が合わないことでの食事の偏りが、体重減少原因の 1 つと考えられ、十分に食事をするため、訪問介護担当者、家族に食べやすい形の調理をお願いし、体重減少を止めることから始めた。もともと、食べるのが好きのため、「昔のように食べたい」と言うようになり、様々な人が自分を心配してくれると言うことで、気持ちも前向きになり、訪問歯科受診をようやく納得し予約に至った。3 ヶ月経過し、体重減少がみられなくなった。体重は維持し、気持ちが前向きになった。歯科受診の結果を踏まえつつ、6 ヶ月後までサービス提供していくこととする。

4. 今後の栄養改善サービスの取り組み方

- ① 同行訪問で感じたこと：介護支援専門員と同行したことで、高齢者の居宅での生活が見え、その人となりに触れることによって、信頼関係が生まれ、居宅冷蔵庫内を見せていただくことができた。また、介護支援専門員が、対象者、家族、他事業所と相互関係を築くことは適正なサービス提供につながることを学んだ。
- ② 協働の結果：BMI、体重減少等で、栄養改善サービス提供の有無の判断や、記録する大切さもあるが、数値や計画だけではない、専門職としての見つめる目も養い、ハートも大切にしていきたい。
- ③ 管理栄養士として：「美味しいから」通所サービスを選んだと言って下さることが、心を和ませ、栄養改善サービスの第一歩となり、居宅において孤食であっても、通所サービスにおいて「食べること」を重視した栄養改善サービスを提供し、意欲を引き出し、心のケアに通じることを日々の真心込めた食提供で実感している。

5. 事例からの多職種協働の課題、関係

今回担当の介護支援専門員は、施設併設の居宅介護事業所介護支援専門員であり、対象者、家族、他事業所とも、良い関係でいた為、介入もしやすく情報の共有化もスムーズに行われた（例：本人からの聞き取りが難しかった食事摂取量も協力が得られた。また、訪問介護担当者との、栄養食事相談もスムーズに行えた）。対象者が併設通所サービスを週 2 回利用していたこともあり、介入しやすい事例だった。今後、他事業所、他事業所利用者との関わりも出てくると考えられるので、多職種協働で定例日を作るなどし、担当者会議を行い、情報の共有化をすることや私達、管理栄養士同士の横のつながりも大切ではないかと思う。今回の研究で、低栄養の見つめ方と同時に、高齢者にとって心のケアと地域福祉がいかに大切かを感じた。

研究事例

社会福祉法人 ユーアイ二十一 特別養護老人ホーム 太陽の家における 栄養改善サービス

社会福祉法人 ユーアイ二十一 特別養護老人ホーム 太陽の家
管理栄養士 宮津 直美
協力者 施設長 石渡 縁
ケアセンター長 北村 明美
介護支援専門員 中野 はるみ
介護支援専門員 中村 勇司

1. 事業所の概要

当事業所は神奈川県横須賀市の南東部にある浦賀にあり、東京湾を一望できる日当たりのよい高台に位置している。平成 15 年 4 月に介護老人福祉施設として開所した。事業主体である特別養護老人ホームは、全室個室であり入所者の平均年齢は 85.5 歳、平均介護度は 3.6 である。併設事業を含め事業所の概要は下記の通りである。

- ①特別養護老人ホーム事業 定員 100 名（内認知症入所者 50 名）
- ②短期入所生活介護 定員 30 名（利用率 1 日平均 28.5 名 平均介護度 2.4）
- ③通所介護Ⅱ（利用時間 10:00～15:00）
 - 定員 30 名（利用率 1 日平均 24 名 平均介護度 1.4）
 - 登録者数 101 名（内要支援 22 名 介護度 1 29 名）
 - ・在宅支援センター事業
 - ・居宅介護支援事業

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

栄養改善サービスの導入を検討するにあたり、本研究概要を法人理事長、施設長、ケアセンター長、介護支援専門員 2 名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、毎月の体重のモニタリング結果から、BMI18.5 未満であり、かつ体重減少がみられる 1 名（ID S24-02）について担当介護支援専門員と栄養状態リスクのレベルを確認した。

介護支援専門員と管理栄養士は対象者本人とご家族に栄養改善サービスの必要性和概要やスケジュールを説明し、サービス導入の同意を得た。介護支援専門員は、対象者と面談し、事前アセスメントを行い、介護予防サービス・支援計画書に従い計画を作成した。この際、管理栄養士も同行した。

管理栄養士は、介護予防サービス・支援計画書をうけ、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、デイサービス主任に伝え、共に検討をした。その結果を対象者、家族に説明し、同意を得て、栄養改善サービスを開始した。

3. 事例紹介 (ID S24-02)

90 歳女性、要支援。BMI16.0、体重減少 6 ヶ月に 7%。

夫は、50 年前に死別。長男夫婦と 3 人暮らし。平成 10 年頃、心臓肥大と診断。不整脈、心臓発作が頻回に起こり体調には波がある。体調不良時は、週 1~2 回の発作があり、服薬にて落ち着く。BMI16.0 と低体重である。外出の頻度は少なく、週 1 回利用のデイサービス以外は一人での外出はしない。心発作の不安と歩行不安定なため、家で過ごすことが多い。

介護支援専門員による介護予防ケアプランから、心身共に安定した生活を送ることを支援すると共に、閉じこもり、下肢筋力低下の防止に留意してきたことが理解できた。本人は週 1 回のデイサービスを心待ちにしており、家では体調の良い時間に料理や趣味を楽しまれている。身体のために動かすことを心がけ、出来る事は今まで通りに行っていきたいと望んでいた。現状維持していくための栄養改善サービスを管理栄養士に依頼し、介護予防ケアプランを作成した。

栄養改善サービスでは、事前アセスメントにおいて食生活の把握に努めた結果、今のままの生活状況を尊重し、本人の生き甲斐となっている家族への煮物作りを続けられるよう支援し、家族の理解、協力を得て、共に計画を作成した。本事例では 3 ヶ月後までの関わりをまとめたが、1 ヶ月ごとのアセスメント時には本人の体調に合わせた目標を設定し、計画の修正を行い 3 ヶ月後まで評価した。

4. 栄養改善サービスの取り組み方

今までデイサービスにおいては、管理栄養士の配置も行われていなかったもので、個々への栄養改善の取り組みはほとんどできていないのが現状であった。施設サービスと異なり、在宅においては「食べる」に至るまでの背景が大きな問題となる事が多いが、デイサービスにおいては個々の違いを把握した上で今までの生活を尊重し、栄養改善に向け取り組むことはなかった。

今回、栄養改善サービスが位置付けられたことで、今後、介護予防ケアマネジメントと目標や課題を共有することによって、より本人が望む人生づくりの支援ができるよう努力をしていきたい。

5. 事例からの多職種共同等の課題

本事例は、施設内の介護支援専門員によるデイサービス利用者のケースである。デイサービス参加中の様子や本人からの情報収集がしやすかったが、これは介護支援専門員やデイ職員と管理栄養士が連携を取りやすかったこと、また、家族、本人の栄養改善に対する理解があったことによる。今後は他機関との協力が得やすい体制づくりと共に、高齢者及び家族に対しても栄養改善サービスへの理解が得られるように多職種協働で働きかけることが課題である。

研究事例

しんど老人保健施設における栄養改善サービス

医療財団法人倉田会 しんど老人保健施設

管理栄養士 山田 恵子

協力者 副施設長 倉田 知子

支援相談課主任 谷澤 隆子

1. 事業所の概要

当事業所は、神奈川県平塚市の中央に位置している。平成 8 年に開設し認知症対応棟をもつ介護老人保健施設を併設している。併設施設の老人保健施設の利用者は、平均年齢 85 才、平均介護度 3.6、長期入所 80 名、短期入所 10 名である。

当時事業所の概要は以下の通りである。

- ① 区分：通所リハビリテーション（利用時間 9:30～15:30）
- ② 登録者数：90 名、平均利用者数 25 名/日
- ③ 利用者の低栄養状態の実態：BMI18.5 未満 1 名体重減少がある（10 人中 2 名）
- ④ 栄養改善サービス施行前の栄養ケア・マネジメントの現状：施設において体重測定は、家族からの食事摂取量の低下などの情報からリハビリ職員・通所介護職員が測定し、管理栄養士が評価を行っている。また、通所リハビリテーション利用者は、併設施設の短期入所を利用されているため利用時に体重測定を行い、BMI、体重増減率の把握をしている。

2. 本研究での介護予防ケ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導入するに先立ち、本研究概要を副施設長、支援相談課主任、介護支援専門員（1 名）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介護支援相談員から、BMI は低リスクであるが体重減少 6 ヶ月に 7.5%が見られた利用者 1 名（ID S14-01）を低栄養状態に移行する恐れがある者として、栄養改善サービスの提供を依頼されたので、管理栄養士は低栄養リスクレベルの確認を行った。最終的な把握基準では、事例（ID S14-01）は除外されることになってしまったが、この事例についても 3 ヶ月目まで栄養改善サービスを行った。

管理栄養士は、対象者本人と家族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について説明し、同意を得た後、詳細な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、対象者、家族、管理栄養士によるケア・カンファレンスを開催し、対象者と家族に説明を行い、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、体調の変化による食事摂取量の低下が原因であったため、対象者が少しでも「食べられる」ことを中心に体力の回復を無理なく行っていくことを目標とし、栄養状態の改善が外出などの機会を増やすきっかけ

となることをめざした。

3. 事例紹介 (ID S14-01)

72 歳男性、要支援。BMI19.3、体重減少 6 ヶ月に 7.5%。

妻とは死別。現在、長男夫婦と同居する。1 年前より義歯の不調を訴え、家族が歯科受診を促すも行かず、食事が減り始めるが本人は気にしていなかった。日常生活はほぼ自立。外出は散歩くらいである。しかし食事が減少してから散歩時間の短縮も見られていた。半年前に腰部圧迫骨折を受傷していたことが判明。家族より担当介護支援専門員に介護状況の変化の相談がある。食事量の低下と体重の減少がみられ、ほぼベッド上の生活であるため、栄養改善サービスのほかに、リハビリテーションの提供によって介護予防をすることとなった。

栄養改善サービスでは、腰椎圧迫骨折後の食事量の低下による体重減少の改善、食事内容の改善、エネルギーの確保のための栄養補助食品の導入をはかった。

管理栄養士は、介護支援専門員と随時連絡をとり、本人がどうすれば過ごしやすくなるか検討し、計画を作成した。1 ヶ月半後には食事摂取量は安定し、体重減少はみられなくなった。体重は 1.1kg 増大した。食事摂取量はエネルギー 500kcal、たんぱく質 18.6g 増大した。食事に対する意欲もわき、外出も行いたいと生活全般に意欲が向上した。

4. 事例からの多職種協働の課題

事例の事前アセスメントにおいて、入所利用者の状態把握と違い、在宅を中心とした利用者の実態の把握が難しかった。利用者の居宅での食生活の実際を把握するためには、管理栄養士は通所介護職員、リハビリ担当職員、介護支援専門員、通所リハビリ提供責任者との交流をもっと持つ必要がある。利用者にはどのようなニーズがあるのか、利用者が通所介護を何施設かけもちしているか等も重要な情報源となる。また、高齢者の住む身近なフォーマル及びインフォーマルなサービス資源情報を把握することも必要である。施設、家族、地域が高齢者を支える柱となり、そのサービスのひとつとしての栄養改善を実施し「口から食べること」の継続が行えるような早期の問題抽出、計画作成、実行をし、在宅での生活をサポートしていきたい。

5. 栄養改善サービスの取り組み方

介護支援専門員、通所介護職員からの利用者の食事摂取状況、体重減少はないか、と言う客観的な評価による情報の提供が重要であった。現在、当施設は短期入所利用時のみしか体重の管理が出来ていないが、4 月の当該サービス及び栄養マネジメント料により評価される要介護認定者の栄養改善サービス計画の作成に向けて、通所利用者の全体把握の初回利用時身体計測、体重計測の実施が通所サービス利用者の低栄養状態の早期発見となり、安心できる在宅生活の継続が可能になると思われる。

今後は、通所リハビリテーション利用者に対する栄養ケア・マネジメント体制における

栄養改善サービスの提供が増加するものと思われる。現状ではリハビリ職員が食形態を把握しているため、管理栄養士の役割としてどのように栄養アセスメント、栄養改善サービス計画を進めていくのか、また、家族の高齢者の食事に対する個別の要望にどのように対応していくかが課題である。また、老人福祉施設の管理栄養士の役割は、高齢者の栄養状態や食事の支援に留まらず、高齢者を支える家族に対しても、食の正確な情報や手段を提供できる身近な存在であることが求められる。高齢者の「口から食べる」意欲の向上をめざした栄養改善サービスの導入は必要であり、在宅高齢者の低栄養状態の改善に取り組んでいきたい。

研究事例

(医) 平成博愛会 博愛記念病院における栄養改善サービス

医療法人 平成博愛会 博愛記念病院
管理栄養士 西本 悦子
協力者 平成在宅介護支援センター
介護支援専門員 下川 満子
西谷 久美子
博愛記念病院 管理栄養士 吉田 瞳

1. 事業所の概要

- ① 区分：併設通所介護（利用時間 9:00～16:00）
- ② 登録者数：211 名（平成 18 年 2 月現在）
- ③ 利用者の特性：84.8 歳、平均介護度 1.2（男性 1.4 女性 1.0）
- ④ 利用者の低栄養状態の実態：BMI、アルブミン値等より全体の約 1 割
- ⑤ 現在の栄養ケア・マネジメントの状況：定期的な体重や検査値の測定により栄養状態の把握を行なっている。栄養ケア・マネジメントシステムの一連の流れについては現在マニュアル作成等行なっておりシステム構築にむけた準備段階である。利用者に「食べることを楽しんで実行していただけるよう、今年に入ってから調理実習を導入した。

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実施するにあたり、本研究の概要を当院理事長、介護支援専門員に説明し、介護支援専門員には説明会に同席してもらい協力を得た。

対象者を決定するにあたり、通所介護利用者の BMI、血清アルブミン値の収集を行なった。また、介護支援専門員には、低栄養状態の恐れのある利用者の中から、本研究に協力していただけたような利用者を選定してもらい最終的に利用者 3 名を決定した。

担当介護支援専門員と管理栄養士は、対象者本人及び家族に、栄養改善サービスの必要性と概要等について説明を行ない、2 名の方より同意を得た。最終的な把握基準では、事例 (ID S12-02) は BMI14.9、体重減少なしであるため、除外されることになってしまったが、この事例についても 3 ヶ月目まで栄養改善サービスを行った。

管理栄養士は介護支援専門員の協力を得て、詳細な栄養アセスメントを実施し、栄養改善サービス計画を作成し、利用者に説明し同意を得て、10 月より本サービスを実施した。

3. 事例紹介 (ID S32-01)

88 歳女性、要支援 2。BMI22.1、体重減少 6 ヶ月に 3%。

娘家族と同居中。平成 17 年 7 月に胃切除術後、在宅にて家族と暮らし、週 3 回通所介