

<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>⑪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>⑫参加者への手紙送付</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>⑬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>⑭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>

個別相談 次回案内、修了
<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（電話と庁内通送便で連絡をとる）。</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 歳 日	H17年10月〇〇日(〇)	来 所・電 話	初 回
		その他()	再来(前 /)
本人の要 況	住 宅・入院又は入所中()		
フリガナ 本人氏名	T30-04	男・女	M・T・S 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	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()、・・・()		
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 歳 者)	本人	家族構成	
住 所 先 連 絡 先	氏名	続柄	住所・連絡先
		続柄	自宅(同上)
緊急連絡先		家族関係等の状況	

◎=本人、○=女性、□=男性
●=死に、☆=キーパーソン
主介護者に「主」
副介護者に「副」
(前記家族は〇で母体)



利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	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。庭いじり等を楽んでいる。		
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
	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。		庭いじり テレビ
時間	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・処方作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
H1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	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》

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・介護職員等による要介護認定・要支援認定、支援・介護計画シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居室介護支援業務者等がサービス事業者、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同意します。

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)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
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"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
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"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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っくうに感じられる	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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。

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は？ (いくつでも)	特にこれといてない
わたしの嫌いな食べ物は？ (いくつでも)	ほとんどない
食べ物でアレルギー症状 (食べると下痢や湿疹などの症状がでる食べ物) がありますか？	(いいえ)・はい (具体的に:)
医師に食事療法をするように言われていますか？	(いいえ)・はい (具体的に:)
食事姿勢や食べる動作に不自由感がありますか？	(いいえ)・はい (具体的に:)
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？	(いいえ)・はい (具体的に:)
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 (いいえ)	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 (いいえ)	
3	便秘が続いていますか	はい (いいえ)	
4	最近、入浴を経験しましたか	はい (いいえ)	
5	1日に5種類以上の薬を飲んでいきますか	はい (いいえ)	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 (いいえ)	
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 (いいえ)	
8	牛乳・乳製品をとっていますか	はい (いいえ)	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 (いいえ)	
10	日常的に身体を動かさなくなっていますか	はい (いいえ)	
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 (いいえ)	
12	食べる気力や楽しみを感じていますか	はい (いいえ)	

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、〇〇〇を〇〇〇〇として食べようなど)

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
- ・ 間食を少しすすめる(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。	
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 どちら あまり よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい どちら あまり よくない
計画の概要と実施状況	脳梗塞後、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、美味しく食べ る。食事は少しずつ増えてきてい るようだが、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。

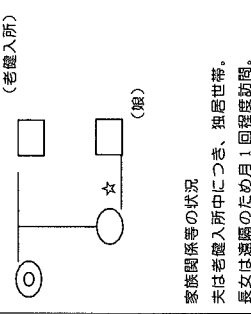
一方、要支援者は ADL に大きな低下が見られず、自負心も大きいので、管理栄養士による栄養相談においては、利用者個々人の人生観に沿って、否定せず、特に最初はあせらずゆっくり傾聴する姿勢が最も大事である。高齢者の生活状況、身体状況及び栄養状態は、高齢者と家族や近隣の人たちとの心の距離が遠くなると低下を始めるように思われる。栄養改善サービス計画は完全に実行されなくても利用者との信頼関係が構築されれば、本人の意識が向上し、その結果、「食べる」意欲が増大し、徐々に体重が改善し、その結果生活状況が改善するものと考えている。栄養改善サービスは管理栄養士による全人的な対人援助を心がけて取り組むようにしていき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

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 △△

《基本情報》

相 敬 日	〇〇年〇〇月〇〇日 (〇)	来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来 (前 /)
本人の状況	住 宅・入院又は入所中 ()		
カリー 本人氏名	S25-03	男・♀	M・T・S 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 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
認定情報	非該当・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：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 ()、薬病 ()、・・・ ()		
本人の 住居環境	同居・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住居改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・		
来 所 者 (相 敬 者)	民生委員〇〇氏 家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死に、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)		
住 所 連 絡 先	〇〇市△△	民生委員 氏名	〇〇市△△ 長女 〇〇(〇〇)〇〇〇〇
	〇〇市△△	住所・連絡先	〇〇市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇
緊急連絡先	〇〇市△△		〇〇(〇〇)〇〇〇〇



家族関係等の状況
夫は老健入所中につき、独居世帯。
長女は遠隔のため月1回程度訪問。

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。日中は椅子に腰掛けてラジオを聴いているがベッドに横になっていたりすることが多かった。		
現在の生活状況 (どんな書き らしを送って いるか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特長
	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。食事は朝主食食を炊くようになり、1日3食食べるようになった。		手先の細かい作業。手芸など。
	時間	本人	介護者・家族
	9：00	起床	(独居)
	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とれる。

《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・意見作成者に☆)	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
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》

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

地域包括支援センターが行う介護の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要がある場合は、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、要支援情報、支援、対応経過ノート、アセスメン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旨に提示することに同意します。

平成17年 〇 月 〇 日 氏名 S25-03 印

利用者名 S 25-03 認定年月日 2005/ 様 認定年月日 2007年11月30日 認定済・申請中 介護サービス・支援計画表 認定済1・要支援2
 計画作成者名 〇〇 〇〇 計画作成(要項)日 2005/10/10 (2006/2/10) 2006年12月10日 ~ 2007年11月30日 委託の場合、計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) 担当各地域包括支援センター: 〇〇

目標とする生活 生活に必要な買い物や調理が行えて、転倒しないよう防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ーマルサービスを利用しながら外出の機会も作り、1日3食確実に摂取する。
 支援計画 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。

アセスメント結果と現在の状況	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・インフォーマルサービス	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 歩いて15分位のコンビニへ2回/週買い物に行く。 家の中では椅子に腰掛けてい るか、ベッドに横になっている かで余り動くことがない。	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 □無 歩行が大変になってきて おり、家から100m位離れ ているコンビニまで歩くの がやっとならば転倒の危険性 がある。	1 歩行時の転倒防止 2 今までは出来ていた 洗濯やゴミ出しは気が向 かないと出来なくなってい ている	1 外出し買い物に行 く際にはインバー カーを使用し転倒防 止に努める。 2 定期的に洗濯が行える。 家の中のごみが片付 けられる。	1 買い物をした際、荷物 を持つのが大変なデン ルバーカーを使用し転倒 しないよう注意する。 2 自分で出来ることは 行っていきたい	1 転倒することなく2回/週買い物 続けられる。 2 定期的に洗濯が行え、家の中の環境 が改善できる。	1 買い物について 支援のポイント	本人等のセルフケア や家族の支援・イン フォーマルサービス	介護保険 サービス または地域支援事業			
日常生活(家庭生活)について 家の仕度物が散らかっている が何とか生活している	出来ることは自分 で行なっていきたい	■有 □無 家の中が物が散らかって いる。それまでは自分で 片づけていたことが出来なくな っている。	3 コミュニケーションは問 題なく出来るので親しくな れる友人を誘って買 物に行く	3 月1回のサロンに 参加し、サロンの 出掛け先を作る ようにしたい	3 サロンに出掛け先を 探すようにしたい	3 定期的な洗濯が行え、家の中の環境 が改善できる。	住環境についての必 要性を伝えていくこと。 1回/週以上の洗濯 の確保					
社会参加・友人関係・ コミュニケーションについて 月1回のコミュニティサロンの 参加 デイサービス(週1回)の 買い物に協力してくれる	デイサービスには 今後も参加して行 きたい 近隣の方との付き 合いは継続してい きたい	■有 □無 近隣の方との付き合いも 2名程でそれ以外の方 との付き合いは殆どない	4 1日3食をしっかりと摂 ること	4 1日3食をしっかりと 摂り体重減少を防止 する。	4 1日3食をしっかりと 摂り体重減少を防止 する。	4 食事の摂取量が減り、体力 が低下している。	近隣の方、民生委員、サロンの プログラム サロン					
栄養管理について 1日3食をしっかりと摂ること 体調面(問題が出た時)には薬 やがに受診	しっかりと水分、食 事を摂りたい	■有 □無 しっかりと食事量が減ら ないよう体重を減らさない ようにしたい	【本来自ら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 待たなし	【本来自ら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 待たなし	【本来自ら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 待たなし	【本来自ら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 待たなし	管理栄養士、ケアマ ン、デイケア、近隣の 方が継続的に関わる	本人、近隣の方、買 い物 1日1回ご飯を炊く	デイサービス 栄養改善サービス	通所介護		9ヶ月

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
 待たなし

総合的な方針 生活不活発病の改善・予防のポイント
 筋力低下防止にも効果があるためウォーキング、インフォーマルサービスも
 あわせて外出の機会を確保する。

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

【意見】
 地域包括支援
 センター

運動不足	3	5	閉じこもり予防	1	3	物忘れ予防	1	5
栄養改善	2	2	口腔ケア	0	3	うつ予防	1	5

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教、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	デイ利用時微熱(十)		・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(一)食欲(一)		・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可否確認を行う。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。		・体重測定、アクティビティ(手作業)の提供(毎回)
	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。		・全職種
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。		・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/未達成	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。	達成			
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はいるが未だ不十分	未達成		買物の担い手が少ない	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。	達成			
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って管理栄養士・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。	達成			
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。	達成			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。	達成			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。

総合的な方針

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 (いずれかに○を お付け下さい)
1	バスや電車ですり外出していますか	0.はい
2	日用品の買物をしていますか	0.はい
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい
6	階段をすすりや壁をつたわらずに昇っていますか	0.はい
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
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい
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
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
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい
15	口の腐きが気になりますか	0.はい
16	週に1回以上は外出していますか	1.はい
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい
18	周りの人から「いつも同じ事を聞くりなどの物忘れがあるとわれま すか	1.はい
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
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい
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
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	1.はい
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい
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

(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 ○日

利用者名 (ふりがな)	S25-03	性別	男	要介護度		要支援
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	(ふりがな) S25-03	男	要介護度	要支援
生年月日	明・天(昭)4年△月△△日	(女)	デイサービス週2回利用、 配食サービス週2回	
実施日	H17年10月0日	記入者	管理栄養士 ●●	
家族構成と キーパーソン	本人 一夫 夫は老人保健施設入所 連絡先は長女	主たる買物担当者	本人	
主たる介護者	独居	主たる食事準備担当者	本人	
身体状況、栄養状態、食事・栄養 補給に関する利用者及び家族の 意向	本人はやせてきたことに不安を感じている。腹痛があり、買物物が精効になり、食べ ようとは思っているが、重いものが持たにくく食材の確保に困難なこともあり、実行 に移していない。 主たる介護者、意識(心身の訴 えを含む)	主たる共食の者	なし	
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。頑張ることで体重を増やして、体力を回復し、独居 ていることの現在の不安のひとつを解決したいと言っている。			

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 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 骨粗しょう症のため、背中がかなり曲がっている。	具体的に記載 セルベックスカプセル1×2 フェロミア1×2(11月末で中止) セネバール2×1		

【11】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13%(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18年11月28日	記入者●●
血清アルブミン(g/dl)	-		-	
ヘモグロビン(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)	実施日17年10月31日	記入者●●	実施日18年1月20日	記入者●●
主食(割)	-		-	
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	

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 S25-03 殿

栄養補給量の算定	1,310 (Harris-Benedict, 活動係数 1.4)	1,216 (Harris-Benedict, 活動係数 1.3)
エネルギー消費量 (kcal)	1,550 (1kg 増/1ヶ月として計算)	1,350 (-摂取エネルギーとして)
必要エネルギー (kcal)	523	460 (現在体重 41.8×1.1)
必要タンパク質 (g)	1,500	1,400 (現在の食量からの推定)
必要水分量 (ml)		
特記事項	<p>副食全体が雑然としてきて、食後の後片付けの衛生状態も好ましくないことを気にしている。</p> <p>食事摂取量はデイサービス時の食器、食材等の採取状況を聞き取り、推定。</p> <p>実施日 17年10月31日 記入者 ●</p> <p>実施日 18年1月20日 記入者 ●</p> <p>「食べること」は、栄養が自分にとって、大事であることを認識している。</p> <p>どのような食品を購入し、食べたらよいかの知識に乏しい。食生活を改善しようとする意欲はある。</p>	
①利用者の知識・技術・意欲の状況	<p>同居、夫は老健入所。長女は遠隔で直接の援助は見込まない。月1回程度訪問。重いものが持てないため、近隣者に週1回程度食料を購入してもらっている。購入品目については、指定してはいない。</p>	
②家族・支援者の知識・技術・意欲の状況	<p>1年前転倒し、腰痛があり、徐々に外出をしない。食料の確保が困難。家の中に常備食品がない。1日2食しか食べていないが、食品が常時あれば食べられると言っている。本人は希望せず、自分でできることで対応したい。</p>	
③日常生活習慣や生活習慣の状況	<p>相談前に比べ、米、牛乳、卵が常備され、冷蔵庫内にたんぱく質中心の惣菜が増加し、頑張って1日3食摂るようになった。主食も必ず1回炊くようになった。</p>	
④訪問介護等による食事介助、調理支援などの状況	<p>本人の希望にて配食の回数は増加せず。デイサービス利用の際はお代り(主食)をするようになった。</p>	
⑤配食サービスや通所サービスでの食事摂取状況	<p>近所の人に頼んでいる購入食品の種類を増やしていただくことが必要。食べたいものを具体的に頼んでいるが、低栄養改善のための食品選択の知識が必要。</p>	
⑥活用しているあるいは今後活用できる資源状況	<p>近所の人が頼んでいる購入食品の種類を増やしていただくことが必要。食べたいものを具体的に頼んでいるが、低栄養改善のための食品選択の知識が必要。</p>	
⑦食事・食事準備や買い物環境	<p>①、②、③参照のこと。</p> <p>流し台の周りの整備は、近い将来引越しの希望もあるため住宅改修などは希望せず。</p>	
総合的評価・判定	<p>食事摂取に対する意欲が向上すると同時に外出の機会が多くなるなど生活全般が活発化してきた。良好な健康感を維持するようになった。計画の修正をおこなわず、このまま継続する。</p>	

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 (11月1日)	3か月後 (2月1日)
BMI	17.1	19.3
体重減少率、変化	1ヶ月 4.6%減少	3ヶ月 13.0%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	(課題) 痩せてきたことや、腰痛のため外出の機会が減ったことへの不安がある。長く自立した生活を送るためには食事が大事だと感じている。(意欲) 意欲はあり	(課題) 変更なし (意欲) 意欲は高いまま維持。
主観的健康感	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
現在の健康状態	あてはまる番号1つに○	
計画の概要と実施状況	(計画の概要) 体重の経過を記録し、食料の確保を図る。 (実施状況) 食品の知識を得て、楽しみをもち、アクティビティの確保のため、デイサービス、地区社協のサロンにも出かける。	(計画の概要) 修正なし (実施状況) 計画通り実行された。
総合的評価	体重回復、健康感向上のために前向きに努力している。外出の機会も徐々に増えてよい傾向を示している。	

所属(事業所) 特別養護老人ホーム

作成担当者氏名 管理栄養士

◎◎