

栄養改善サービス計画書 (新予防給付) (案)

利用者名: S 25-03 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 △△併設サービス
 担当者氏名: 介護支援専門員 △△

生年月日 S4 年 △月 △日
 住所: ○○県○○市○○

初回作成日: 平成 17 年 11 月 2 日
 作成 (変更) 日: 平成 年 月 日

初回・紹介・継続
 認定済・申請中

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	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を不安に思っている。長く自立した生活をおくるためには食事が大切だと感じている。
解決すべき課題 (ニーズ)	栄養のリスク (中・高) ・体重の減少 ・外出の機会減少に伴う閉じこもり、食料確保の困難
長期目標 (ゴール) と期間	体重を回復することで、元氣を取り戻し、自立した生活に必要な買い物や調理が少しでも行えて、楽しい生活が送れるようになる。

短期目標と期間	担当者	頻度	期間
・身体状況 (体重) の把握に努める	通所職員	月1回	6ヶ月
・食料の確保	隣人 介護支援専門員	随時 訪問時	6ヶ月 6ヶ月 通年
・体重回復のための栄養量の設定	配食業者	週2回	6ヶ月
・栄養状態維持のために必要な栄養、食品	管理栄養士	毎日	6ヶ月
・楽しみをもった外出の機会の確保	管理栄養士	月1回、又は利用時	6ヶ月
・生きがいに通じる趣味、特技の継続。	地区社協	月1回	通年
特記事項	通所職員	週2回	6ヶ月

栄養改善サービス評価書（新予防給付）(案)

氏名 S25-03 殿

	サービス提供前		1ヶ月目		2ヶ月目		3ヶ月目	
	17年 10月 3日	17年 11月 8日	17年 12月 17日	18年 1月 20日	記入者	問題 チェック	記入者	問題 チェック
	管理栄養士 ◎◎	管理栄養士 ◎◎	管理栄養士 ◎◎	管理栄養士 ◎◎	数値	数値	数値	数値
アウトカム								
自己実現の課題	地域サロンなどでの手先の作業	実施されず(20%)	■	■	他の人に教えるなど積極的	□	他の人に教えるなど積極的	□
自己実現の意欲	前向きな気持ちを持続、自立した生活	意欲はあり(80%)	□	□	向上、外出の機会が増えた	□	服装に関心持ち、外出時は化粧する	□
主観的健康観	良好	体重が減ったのであまりよくな	■	■	すこしよくなってきた(50%)	□	良好	□
栄養リスク			□	□		□		□
体重 (kg)	38.5	37.0	■	■	37.0	■	40.0	■
BMI	17.8	17.1	■	■	17.1	■	19.0	■
体重減少率(%/月)	4%増/3ヶ月	4.6%減/1ヶ月	■	■	変化なし	■	8.1%増/2ヶ月	■
血清アルブミン(g/dl)			□	□		□		□
食事摂取状況	75~80%	70%	■	■	70%	■	90%	■
摂取量(%)*			□	□		□		□
エネルギー(kcal(%))	1,100~1,150	1,055	■	■	1,055	■	1,250	■
タンパク質(g(%))	45	40.8	■	■	40.8	■	43.9	■
水分(ml(%))	1,300	1,200	■	■	1,200	■	1,300	■
(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	自宅での食事回数1日につき1回増		□	■	少し努力しているとのこと	■	食事は3回食べている。	□
評価		目標設定は相談内容が実行されれば無理なく達成できるところを設定して、達成感を持ってもらう。	□	□	体重減少は食い止められる。皆が応援していることを伝え、向上心を持ってもらうよう働きかける。	□	体重が回復する。前向きな発言が多みられるようになった。	□
計画の修正		(無)・有	(無)・有	(無)・有				
総合評価		体重回復とともに生活全般が機能改善傾向を示した。達成感を持ち、プラス思考になった。外出の機会増、コミュニケーションも良好に保たれ、本人も喜ばれている。管理栄養士、介護支援専門員、通所職員と情報の共有、確認に努めたのが良い結果となったと思われる。						

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: S 25-03 殿

作成日: 17年 11月 2日

作成者氏名: 管理栄養士 ◎◎

サービス提供項目	11月2日	11月8日	11月24日	11月29日	1月10日	1月20日
食事計画		場所: 通所フロア一内の独立した場所 担当者: 管理栄養士 時間: 13:00~13:40 栄養ケア計画の実行、理解の程度を聞く。内容どおりには実行できていないが、自分なりに努力しているとの事。本人の努力に敬意を表すとにこやかな表情をされた。			場所: 通所フロア一内の独立した場所 担当者: 管理栄養士 時間: 13:00~13:20 食事支援の確認。近所の人が買物してくれるので助かると言われる。元気になるため主食の量は自分で炊くようにしたこと。得意の手作業(ハラの細かい塗り絵)を中断して、管理栄養士の手を握りながら癒しそうな表情で話す。	場所: 通所フロア一内の独立した場所 担当者: 管理栄養士、通所職員 時間: 13:00~13:40 計画の実行の確認。管理栄養士の立てたプランとおりに実行していると話される。
栄養食事相談		場所: 通所フロア一内の独立した場所 担当者: 管理栄養士 時間: 13:00~13:40 管理栄養士がパンフレットを用いて説明する。素直に聞いていただけだが、果たして内容がわかっているかどうか、不明な部分も多い。	場所: 通所フロア一内の独立した場所 担当者: 管理栄養士 時間: 13:00~13:20 食品の選び方の知識の確認。質問に穏やかに対応され、以前より知識が増え、自分なりにがんばっているとのこと。		場所: 通所フロア一内の独立した場所 担当者: 管理栄養士 時間: 13:00~13:20 体重が回復したことへの感想。今以上元気でいられたことも、現状でなるべく維持したいとの話をされる。そのためには自分にとっての食事が一番だのしく結果のでものだからうれしい、とのこと。	
多職種協働による低栄養に関連した課題の解決	(担当者会議) 場所: 通所フロア一 時間: 15:30~15:45 示された栄養ケア計画に従い、本人、管理栄養士、介護支援専門員、通所相談員と内容の確認をし、同意を得る。	場所: 居宅支援事業所 担当者: 介護支援専門員、管理栄養士 時間: 13:00~13:15 サービスの進行状況の確認。介護支援専門員が買い物に同行した際、栄養相談通りに、少量でも加わりになるもの、せんべいよりお饅頭など考慮していたとのこと。	場所: 栄養士室 担当者: 介護支援専門員、管理栄養士 時間: 16:00~16:15 サービスの進行状況の確認。共通認識として、はつらつとして、外出の際は化粧をするようになったこと、着る服の色合いを明るくに変えたことなど、よい方向であることを確認した。		場所: 栄養士室 担当者: 介護支援専門員、管理栄養士 時間: 16:00~16:15 サービスの進行状況の確認。共通認識として、はつらつとして、外出の際は化粧をするようになったこと、着る服の色合いを明るくに変えたことなど、よい方向であることを確認した。	場所: 通所フロア一内の独立した場所 担当者: 管理栄養士、通所職員 時間: 13:00~13:40 サービス導入効果について本人の実感を確認する。通所に来るのが楽しみと言われる。最近は歌も歌うようになり、自分でも明るくなったと話される。

研究事例

(医) 真正会 霞ヶ関南病院 通所リハ デイホスピタルにおける栄養改善サービス

(医) 真正会 霞ヶ関南病院 通所リハ デイホスピタル
管理栄養士 渡部 厚子
協力者 理事長 齊藤 正身
居宅支援事業所 高梨 ゆかり
通所相談員 佐波古 恵理子

1. 事業所概要

医療法人真正会は埼玉県西部の川越市にあり、医療から在宅生活への橋渡しのための総合的なサービスの体系を持ち、入院・外来・訪問・通所の 4 つの形態でのリハビリを提供している。併設の通所リハ・デイホスピタルは 1980 年に開設され、25 年の実績を有する。その概要は以下の通りである。

- ① 区分：病院併設通所リハビリテーション I（利用時間 10:00～16:00）
- ② 登録者数：158 名、平均利用者数 33.8 人/日
- ③ 利用者の特性：平均年齢 75.1 歳、平均介護度 2.4（男性 2.4 女性 2.5）
- ④ 利用者（要支援・介護度 1）の低栄養状態：BMI18.5 未満の者は 8.16%（49 人中 4 名）
- ⑤ 現在の栄養ケア・マネジメントの状況：体重計測は月初めに行い、カルテに記録、グラフで推移が分かるようになっている。また、連絡ノートにも記載している。通所担当の管理栄養士を配置し随時、栄養改善サービスの提供をおこなっているところである。

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

平成 17 年 10 月より、専任管理栄養士として通所リハビリテーションのチームの一員に名を連ね、カンファレンスやミーティングに参加する体制となった。平成 17 年 12 月に基本チェックリストの記入を利用者全員に行い、その結果、利用者 1 名（ID S31-01）が低栄養状態のおそれのある者として選定された。

通所主任相談員と管理栄養士は、通所利用時に利用者本人に栄養改善サービスの必要性とその概要及びスケジュールについて説明し、サービス導入の同意を得た。同居ご家族にも電話で報告し、翌週自宅訪問をおこなった。内容を担当介護支援専門員に報告し、情報を共有した。

管理栄養士は、詳細なアセスメントを実施し、栄養改善サービス計画を作成し、ケアカンファレンスで報告、利用者への説明を行い、同意を得てサービスを開始した。

3. 事例紹介 (ID S31-01)

80 歳女性、要支援。BMI15.4、体重減少 6 ヶ月に 7.8%。

平成 13 年から川越の長男宅で同居をしているが、以前は夫婦二人で、新潟県で生活して

いた。昭和 61 年に結腸癌の術後イレウスによる入退院を繰り返す。そのころから、夫が虚弱な妻をいたわっての生活スタイルとなっていた。新潟では、自宅で生け花を教えていた。

食が細いのは若い時からで、もともと痩せ型であった。しかし、イレウス発症を恐れ便秘に過敏になり、長年に亘り毎日の排便状況を夫がノートに記している。

通所リハには週 1 回夫婦そろっての利用である。平成 17 年 6 月の暑い日に、日課の公園散歩に夫婦で出かけたが、いつも気に入って飲んでいる自販機の飲料が売り切れていたため水分を取らずにウォーキングをしたところ、めまい・嘔吐があり、それから 1 ヶ月間散歩を中止した。ところが、その間、夫も散歩をしなかったため、4 点杖で自力歩行していた夫が歩行困難になり車椅子の生活となってしまった。本人の体調が戻ったものの、今度は慣れない夫の世話で腰痛・下肢の痺れを訴えるようになる。5 月には 36kg あった体重が秋には減少し、便秘がちになった。

住環境は整っており、食生活は嫁が支えている。サービスも整っているが、夫婦どちらかが倒れると互いに影響力が大きく共倒れになる危険性が高い。

体重減少の改善をめざして栄養改善サービス計画を作成するが、交友関係の時間となっている。日々の楽しみであるという公園散歩を夫婦で続けられることが自己実現に繋がると考え、夫を支えるケアチームとも協働で検討をすることとしている。

4. 今後の栄養改善サービスの取り組み方

本事例の特徴は、高齢夫婦の相互影響の大きさである。各々の身体能力の変化まで、共に向上も悪化もする。そこで、効果的な栄養改善サービスの取り組みのためには、夫婦二人の介護サービスのすり合わせも必要となってきた。介護支援専門員は同一であったため、かかわるスタッフ間の話し合いはスムーズに進んでいるところである。

また、通所利用も夫婦一緒のため、通所施設での活動の中に、栄養改善サービス計画の内容を盛り込んで行く事も効果的であった。

5. 事例からの多職種協働の課題、関係

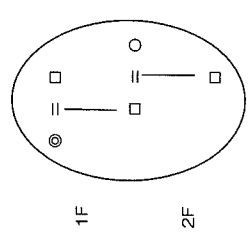
本事例では、通所リハ・介護支援専門員・訪問スタッフ及びかかりつけ医等の、すべて当該法人内のスタッフが支援している状況にあったため、様々な角度からのアプローチが可能であった。そしてその効果の大きさを把握することが出来た。

なによりも重要だと感じたのは、対象者が本当にしたいと思っていること、取り戻したいと願っていることを丁寧に聞き出すことであった。栄養改善サービスにおいても生活行為から「得意なところ・強いところ」を一緒に探し出すアセスメントの手法によって、これまで聞き出せていなかった「生きがい」を引き出すことができた。その思いをひとつの課題にまとめて各スタッフに伝え、皆で一斉に動き出せば短期間で効果が見られることを実感した。このような栄養改善サービス事例を一つ一つ積み重ねて、その成果を発信して地域住民や管理栄養士に栄養改善サービスの意義やその業務のあり方を啓発していきたい。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇〇 〇〇〇

相 談 日	17年〇月〇日(〇)	来 所	初 回
		電 話	再来(前 /)
本人の状況	在宅・入院又は入所中()		
7桁ノ 本人氏名	S31-01	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	M・ <input type="checkbox"/> ・S 年〇月〇日生(80)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	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：17年3月1日～18年2月28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	[空白]・借家・[]建て・[]集合住宅・自室の[]無(1)階、住宅改修の[]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・夫	家 族 構 成	◎=本人、○=女性、□=男性 ●=車椅子に、☆=車いすパーソン ◎=認知症に「前」 ◎=認知症に「後」 (同居家族は〇で囲む)
住 所	川越市	本人・夫	
住 宅 類 型	夫	続 続	
氏 名	〇〇△△	住所・連絡先	川越市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇
続 続 先	長男		同上
緊急連絡先	長 男		携帯090(〇〇〇〇) 〇〇〇〇
	嫁		〇〇〇〇
			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》

今までの生活	新潟県で主婦として生活。子供の独立後は夫婦二人暮らし。お花の先生として20人の生徒に教えていたこともある。夫は益寿が趣味。夫婦で庭の手入れをするのが楽しかった。S61 結腸癌手術。その後イレウスによる入退院を繰り返す。夫が虚弱な妻を支えての生活スタイルとなる。几帳面な夫が生活全般を管理していたが、夫の狭心症、脳梗塞発症有り、H13 長男一家と同居するべく川越に転居。 スウェーデン式のモダンな家で、1F部は階段上にあるため、自力での外出は危険であるが、室内は改修が行き届き、不自由のない生活である。嫁も知識豊富で協力的である。		
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・過ごし方	趣味・楽しみ・特技	
時間	本人 8:00 食卓で夫婦で 12:00 食事 15:00 お茶は自室で 6:30 部屋の片付け	介護者・家族 夫は常に一緒に行動	公團への散歩、そこでの友人たちとのしゃべりが楽しみ。 夫婦そろって利用している通所リハで花の世話は階段があり、水やりも出来ない。生け花は階数がないので出来ない。
			友人・姉妹との関係 夫婦で散歩に出ると、友人たちが声を掛けてきてくれる。

《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		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	
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》

週1回の通所リハ	公的サービス	非公的サービス
週1回の訪問看護(1H)		

地域包括支援センターが行う事業の滞りに当たり、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、介護認定委員会による判定結果・意見及び主治医意見と同様に利用者基本情報、支援ケアセンター等の個人の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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を同意します。

介護予防サービス・支援計画書

利用者名 S31-01 支援計画作成者氏名 〇〇〇 〇〇
 計画作成(要覧)日 17年11月21日(初回作成日) 年 月 日
 認定年月日 平成 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 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

委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(選線先)

計画作成者氏名 〇〇〇 〇〇

計画作成(要覧)日 17年11月21日(初回作成日) 年 月 日

認定年月日 平成 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 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

担当者名 〇〇〇〇

担当地域包括支援センター:

〇〇〇〇

1年

夫婦で公園に出かけ、友達との交際を楽しむ活動的な生活に転る。

アセスメント領域と現在の状況	本人、家族の意向・意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と状態の産案	目標	目標についての支援のポイント	本人等とのセルフケアや家族の支援、インフォメーション	介護予防サービス	サービス種別	事業所	期間
活動・移動について 歩行は保守的であり、公園から、階段を10段以上降りなければ外には出られない。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	本人、以前のようによく歩ける。公園に出かけることが出来た。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	(1)本人は家族に心配はかけないが、歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	介護予防サービス	〇〇通所リハビリテーション	6ヶ月間
日常生活(健康生活)について 家族関係は良好、出来ることは自分でやっているが、歩行補助器が増えること本人の体調も悪化してしまう。	歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	(2)歩行補助器が増えること本人の体調も悪化してしまう。	歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。そのため、一人で外出は出来ない。歩行補助器は歩行器から車椅子使用へと変化している。	介護予防サービス	〇〇通所リハビリテーション	6ヶ月間
社会参加、エンゲージメントについて 人ととの交流が好きだが、遠慮がちな性格で積極的に活動することはない。手紙なども相手に送るが、送ることは少ない。送ることは少ない。	人ととの交流が好きだが、遠慮がちな性格で積極的に活動することはない。手紙なども相手に送るが、送ることは少ない。送ることは少ない。	人ととの交流が好きだが、遠慮がちな性格で積極的に活動することはない。手紙なども相手に送るが、送ることは少ない。送ることは少ない。	人ととの交流が好きだが、遠慮がちな性格で積極的に活動することはない。手紙なども相手に送るが、送ることは少ない。送ることは少ない。	人ととの交流が好きだが、遠慮がちな性格で積極的に活動することはない。手紙なども相手に送るが、送ることは少ない。送ることは少ない。	人ととの交流が好きだが、遠慮がちな性格で積極的に活動することはない。手紙なども相手に送るが、送ることは少ない。送ることは少ない。	人ととの交流が好きだが、遠慮がちな性格で積極的に活動することはない。手紙なども相手に送るが、送ることは少ない。送ることは少ない。	人ととの交流が好きだが、遠慮がちな性格で積極的に活動することはない。手紙なども相手に送るが、送ることは少ない。送ることは少ない。	人ととの交流が好きだが、遠慮がちな性格で積極的に活動することはない。手紙なども相手に送るが、送ることは少ない。送ることは少ない。	介護予防サービス	〇〇通所リハビリテーション	6ヶ月間
健康状態について 体重減少。食事は元来少ないが、運動不足で便秘の回数も多く、排便コントロールに課題がある。	体重減少。食事は元来少ないが、運動不足で便秘の回数も多く、排便コントロールに課題がある。	体重減少。食事は元来少ないが、運動不足で便秘の回数も多く、排便コントロールに課題がある。	体重減少。食事は元来少ないが、運動不足で便秘の回数も多く、排便コントロールに課題がある。	体重減少。食事は元来少ないが、運動不足で便秘の回数も多く、排便コントロールに課題がある。	体重減少。食事は元来少ないが、運動不足で便秘の回数も多く、排便コントロールに課題がある。	体重減少。食事は元来少ないが、運動不足で便秘の回数も多く、排便コントロールに課題がある。	体重減少。食事は元来少ないが、運動不足で便秘の回数も多く、排便コントロールに課題がある。	体重減少。食事は元来少ないが、運動不足で便秘の回数も多く、排便コントロールに課題がある。	介護予防サービス	〇〇通所リハビリテーション	6ヶ月間

【本表をすべて書き添った状態で提出してください。】
 支援計画の作成にあたっては、本人、家族、介護者、地域包括支援センター、介護予防サービス事業者等と連携して作成してください。

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

平成 年 月 日 氏名 S31-01 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 S31-01

計画作成者氏名 管理栄養士

年月日	内 容	年 月 日	内 容
17.11.16	管理栄養士は通所スタッフ会議にて、アセスメントの報告をする。		
17.11.30	通所主任相談員・担当ケアマネ・管理栄養士で、自宅訪問の内容について協議		
17.12.7	管理栄養士は訪問看護スタッフと協議		
17.12.21	管理栄養士は通所カンファにて、夫婦の運動量強化について訪問リハスタッフに伝達		
18.1.4	管理栄養士、担当ケアマネ・主治医・訪問看護スタッフ・通所スタッフで協議		
18.1.11	管理栄養士は乳酸菌飲料の購入方法について相談を実施		
18.2.22	管理栄養士は経過を通所スタッフ会議にて報告		

※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 〇〇月〇〇日

利用者名 S31-01

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/未達成 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. 体重減少を食い止める	3ヶ月	たんぱく源となる主菜を嗜好に合ったものを中心にし、その摂取量を夫がチェックすることで、食ベ残しが徐々に減り、体重増加し、減少前の数値にまで改善した	達成			アルブミン値では、まだ、改善がみられていないため、あと3ヶ月継続する。
2. 公園散歩の再開	3ヶ月	訪問看護師同行による散歩は週に1回始まったが、夫と一緒にには行けない。	未達成	夫の歩行困難の改善に至らず現状では不安が大きい	夫の訪問リハビリに、本人が行けない	あと3ヶ月様子を見る。継続。

総合的な方針 体重の改善見られ、便秘や腹満感に快方の兆しがみえてきた。生きがいや自己実現が、夫婦共にあるため、夫への援助の見直しも含めて今後も進めていく必要がある。	地域包括支援センター意見	プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 終了	介護給付 <input 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	0.はい 1.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	0.はい 1.いいえ
12	身長 147cm 体重 36.1kg (BMI16.7)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	0.はい 1.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	0.はい 1.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りました	1.はい 0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽しんで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 17年 11月 9日

利用者名 (ふりがな)	男	要介護度	要支援
生年月日	明(大) 昭 14年 ○月 ○日(80才)	性別	女
	S31-01		

(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)	33.2 (10/5)	/	/	/
BMI	15.4	□18.5~29.9	■18.5未満	
体重減少率(%)	6ヶ月 7.8%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)	3.7g/dl (7/4)	■3.6g/dl以上	□3.0~3.5g/dl	□3.0g/dl未満
食事摂取量	70%	□良好 (76~100%)	■不良 (75%以下)	内容:
	(体重減少がなかった頃と比較、推定)			
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) S31-01	性別	男 (女)	要介護度	要支援
生年月日	明 昭 14年 〇月 〇日	訪問看護週回	1回	訪問看護週回	2回
実施日	17年 11月 9日	記入者	管理栄養士	〇〇	
家族構成とキーパーソン	本人 一夫 長男・長男嫁・孫(17才男)同居 (H13より)	主たる買い物担当者	嫁		
主たる介護者	夫	主たる食事準備担当者	嫁		
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	夫	主たる共食の者	夫		
主観的な健康感・意欲(心身の訴えを含む)	何事においても、全て夫婦一緒の生活。夫が虚弱な要をさえながらの生活が身についている。本人は家族に心配かけずに生活を続けたいと願っている。通所利用での活動や公園散歩での友人との会話が何より楽しいと感じている。				

食事の提供のための必要事項

実施日	17年 11月 9日	記入者	管理栄養士	〇〇
嗜好	野菜の煮物、煮魚は好き。肉は好まないがハンバーグ類は食べる。			
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	常食常菜 固いものは刻み 通所利用時は全粥を希望している			
環境	食卓の椅子とテーブルで、夫と二人で食べている			
特記事項	S61 経腸管 Ope、その後イレウスにより入退院を繰り返した経緯あり、排便コントロールに過敏。			

多職種による栄養ケアの課題

実施日	17年 11月 9日	記入者	管理栄養士	〇〇
低栄養状態関連問題	<input type="checkbox"/> 1 皮膚 <input checked="" type="checkbox"/> 2 口腔内の問題 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 義歯の不都合 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 口が乾く <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(下痢の常用を含む)			
※ 特記事項	便秘に対する訴え多く、訪問看護でもフォローしている。排便の減少が悪循環を導いているよう。 具体的に記載 ラキソロン液、プロセン×タ 2P アルセドール 12mg 就前 2T、レボルミン就前 1T、ガスコン ×3、ピオフェルミン×3、カマ×3、ユベラニコチネット×3			

【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 11月 12日 記入者〇〇	実施日 18年 1月 21日 記入者〇〇
生活機能・身体機能	A1	A1
握力* (kg) (利き腕)	21.4	17.9
体重 (kg)	33.2 (%)	36.1 (%)
BMI	15.4	16.7
通常体重 (kg)	36.0	36.0
体重変化率 (%)	6ヶ月 7.8% (増加・減少)	3ヶ月 8.7% (増加・減少)
下腿周囲長* (cm)	(%)	(%)
上腕周囲長 (cm)	(%)	(%)
上腕三頭筋皮脂肪厚(mm)	(%)	(%)
上腕筋面積 (cm ²)	(%)	(%)

(%) : 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 7月 4日 記入者〇〇	実施日 18年 2月 5日 記入者〇〇
血清アルブミン (g/dl)	3.7	3.7
ヘモグロビン (g/dl)	12.9	12.8
血糖値 (mg/dl)	78	165
総コレステロール (mg/dl)	181	0.69
クレアチニン (mg/dl)	0.75	16.1
BUN (mg/dl)	11.6	

経口摂取量 (①)

	実施日 17年 11月 12日 記入者〇〇	実施日 17年 1月 26日 記入者〇〇
食事		
主食 (割)		
副食 (割)		
エネルギー (kcal)	800	900
タンパク質 (g)	35.5 (魚 80g、肉 30g、他)	35.5
水分 (ml)	1,680	1,680
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	バナナヨーグルト、ビスケット	乳酸菌飲料プラス
1回の量 (ml/g)	ヨーグルト 90、ビスケット 5×2	
頻度 (回)	3	
エネルギー (kcal)	200	300
タンパク質 (g)	4.5	5.5
エネルギー (kcal) ①	1,000	1,200
タンパク質 (g) ①	40	41
水分 (ml) ①	1,680	1,680

報告書（地域支援事業・新予防給付）

低栄養のリスク	サービス開始時（11月9日）	3か月後（1月21日）
BMI	15.4	16.7
体重減少率、変化	6ヶ月7.8%減少	3ヶ月8.7%増加
血清アルブミン値 (g/dl)	3.7	—
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	夫の歩行困難により毎日の楽しみであった散歩ができず運動不足、食事も少なくなり、体重が減ってきている。便秘、腹部膨満感も消えず気になっている	便秘の訴えが続き、そのことばかりが気になっている
主観的健康感	1 2 3 4 5 よい まあよい だつぷ まあよい よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい だつぷ まあよい よくない
現在の健康状態にCO	1 2 3 4 5 よい まあよい だつぷ まあよい よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい だつぷ まあよい よくない
計画の概要と実施状況	食事内容は現在のままとし、主菜を残さず食べられるよう嗜好にあわせる(目標エネルギー摂取量は1,600kcal)	新たな乳酸菌飲料の導入。食事を増やそうと努力しているが、多くは食べられない
総合的評価	体重は減少前の数値に改善。しかし、アルブミン値はまだ改善の余地あり。やっ便秘の訴えが収まってきたので、摂食内容の改善につけてゆく。食量のアップには、運動量の増加が不可欠であり、一日も早く公園散歩の再開をしたいところだが、夫の状況もあり、無理をせず暖かくなってから、と時期を先に延ばすことにする。	

地域包括支援センター

担当者 〇〇 〇〇 殿
作成日 〇〇 年 〇 月 〇 日
利用者氏名 S. 31-01 殿

所属（事業所）
作成担当者氏名

栄養補給量の算定		
エネルギー消費量 (kcal)	1,141	
必要エネルギー (kcal)	1,600	
必要タンパク質 (g)	60	
必要水分量 (ml)	1,500	
特記事項		
①利用者の知識・技術・意欲の状況	実施日 17年11月12日 記入者〇〇 食事に關しては、嫁の用意するものに全幅の信頼を寄せている。その他、「身体によい」というものは決して見たいほうである。(毎朝カスピ海ヨーグルトなど)	実施日 18年1月26日 記入者〇〇 産後打聞のきっかけ作り、特定保健用食品の乳酸菌飲料を勧めたところ毎日飲用量も少しずつ増大してきた。
②家族・支援者の知識・技術・意欲の状況	嫁は知識も豊かで、出来る限りの努力をしようとしているが、摂取量が上がらないので、栄養補助食品の要望有り。几帳面な性格の夫は、妻の排便の状態を何年にも回ってノートに記録している。摂食の状況にも着目し、記録をつけていただことを提案する。	夫が食量を細かく記入し、摂食をうながしている。蛋白源を積極的に食べるようにとの声かけも続いている。補助食品は、本人の嗜好を考慮し、まだ取り入れていないが、丁寧に説明をしながら開始していく。
③日常の食習慣や生活習慣の状況	初から夫の自力歩行が困難な状況で車椅子歩行が中心となっており、本人は夫の世話で腰痛や下痢のしむれ等も出てきたと話している。口腔ケアは自力でしっかりと行っているが、部分嚥下の調子は悪化しない。	ご飯の盛付け、食後の片付けは自立。夫の分も行っている。散歩の復活は暖かくなってから本格化をめざしている。
④訪問介護等による食事介助、調理支援などの状況	現状では必要なし	変更無し
⑤配食サービスや通所サービスでの食事摂取状況	通所でも、5～6割の摂食率。また、おやつ時にヨーグルトを希望されることが多い。	通所利用時のみ摂食。自身の希望をおっしゃるようになった。
⑥活用しているあるいは今後活用できる資源状況	訪問看護を週2回に増やし、便秘・腹痛への対応がされている。	変更無し
⑦食事・食量準備や買い物等の環境	嫁が行っており、問題なし。	変更無し
総合的評価・判定	便秘対策には摂食量のアップと、活動量の向上の両面からのアプローチが必要。また、向をするのも夫婦一緒に生活習慣で、どちらか片方のダメーションがお互いに影響する。夫へのアプローチも同時にいうことで効果が増すと考えられる。	体重は減少前の数値に改善。しかし、臨床検査データでの改善確認できず、引き続き摂食の取り組みが必要。

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: S31-01 殿 生年月日 T14 年 0 月 0 日 住所: 〇〇県〇〇市

計画作成者氏名: 管理栄養士 〇〇

所属名及び所在地: テイホスピタル (医療法人真正会 併設通所リハ)

初回作成日: 平成17年 11 月 21日

作成(変更)日: 平成 年 月 日

担当者氏名 〇〇〇〇

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	夫の歩行困難により毎日の楽しみであった散歩が出来ず運動不足、食事量も少なくなり体重が減ってきている。便秘・腹部膨満感も消えず、気になる。
解決すべき課題(ニーズ)	栄養のリスク (中・高) ・ 体重減少 ・ 夫と共に毎日行っていた近所の公園までの散歩が出来なくなっている
長期目標(ゴール)と期間	公園散歩を復活させ、友人との語らいの時間を楽しむ生き生きとした生活を送る。

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
・ 食事量をアップし体重の減少を止める	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事内容は現行のままとし、主菜を残さずに食べられるよう嗜好にあわせる。また、食事量の記録をつけてもらい(夫)、通所利用時に確認する。(目標エネルギー摂取量は1,600kcal) ・ 1日一回飲む乳酸菌飲料を取り寄せ、通所利用日に受け渡しをする。 ・ 週2回の訪問看護時の散歩同行に加え、夫の訪問リハ時に、夫婦そろっての散歩を実施する。 	管理栄養士	週1回	6ヶ月
・ 便秘の改善		テイク職員	週1回	1ヶ月
・ 運動量の確保		訪問Ns 訪問PT	週3回	2ヶ月
特記事項				

栄養改善サービスマニュアル (新予防給付) (案)

氏名 S31-01

3か月後の目標	サービスマニュアル提供前		1か月目		2か月目		3か月目	
	記入者	問題 チェック	記入者	数値	記入者	数値	記入者	数値
アウトカム								
自己実現の課題	実施されず	<input checked="" type="checkbox"/>	実施されず		単独で週1回	<input checked="" type="checkbox"/>	暖かくなってから	<input checked="" type="checkbox"/>
自己実現の意欲	体重を戻したい	<input type="checkbox"/>	体重を戻したい		体重が増えてきた	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
主観的健康観	便秘・腹部膨満感が常にあり	<input checked="" type="checkbox"/>	変化なし			<input checked="" type="checkbox"/>	便秘しなくなってきた	<input type="checkbox"/>
栄養リスク		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
体重 (kg)	36.0	<input checked="" type="checkbox"/>	34.2	<input checked="" type="checkbox"/>	35.0	<input checked="" type="checkbox"/>	36.1	<input type="checkbox"/>
BMI	16.7	<input checked="" type="checkbox"/>	15.8	<input checked="" type="checkbox"/>	16.2	<input checked="" type="checkbox"/>	16.7	<input type="checkbox"/>
体重減少率 (%/月)		<input checked="" type="checkbox"/>	7.8%減(6ヶ月)	<input checked="" type="checkbox"/>	3.0%増/1ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/>	5.4%増/2ヶ月	<input type="checkbox"/>
血清アルブミン (g/dl)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	8.7%増/3ヶ月	<input type="checkbox"/>
食事摂取状況	100%	<input checked="" type="checkbox"/>	50~60%	<input checked="" type="checkbox"/>	63%	<input checked="" type="checkbox"/>	68%	<input type="checkbox"/>
摂取量 (%) *		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
エネルギー (kcal(%))	1,600	<input checked="" type="checkbox"/>	800~960	<input checked="" type="checkbox"/>	1,000	<input checked="" type="checkbox"/>	1,100	<input checked="" type="checkbox"/>
タンパク質 (g(%))	70	<input checked="" type="checkbox"/>	35.5	<input checked="" type="checkbox"/>	40	<input checked="" type="checkbox"/>	60	<input type="checkbox"/>
水分 (ml(%))	1,680	<input type="checkbox"/>	1,680	<input type="checkbox"/>	1,680	<input type="checkbox"/>	1,680	<input type="checkbox"/>
その他の項目		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
食事計画の実践状況		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	努力はしているが多くの食べ	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	られない	<input type="checkbox"/>
評価		<input type="checkbox"/>	減は、高栄養ドリンクなどの即効的に 摂取エネルギー増大に繋がる食品の 導入を希望したが、通常の食事で嗜好 の食品を多く食べることを勧める。 減は、高栄養ドリンクなどの即効的に 摂取エネルギー増大に繋がる食品の 導入を希望したが、通常の食事で嗜好 の食品を多く食べることを勧める。	食事の全体的な増加は認められない が、さっぱりした野菜の煮物中心か ら、たんぱく源の摂取を心がけるよう に、夫も注意を促している。	便秘の訴えが続き、そのことばかりが 気になっている。ヨーグルトの摂取も あるが、新たな飲料を導入し、気分の 変化を期待する。	便秘の訴えが続き、そのことばかりが 気になっている。ヨーグルトの摂取も あるが、新たな飲料を導入し、気分の 変化を期待する。	乳酸菌飲料継続3週間で、便秘しなく なったと表情が明るい。	<input type="checkbox"/>
計画の修正		無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
総合評価								
			体重は減少前の数値に改善。しかし、アルブミン値はまだ改善の余地あり。やと便秘の訴えが収まってきたので、摂食内容の改善につなげてゆく。食 事量のアップには、運動量の増加が不可欠であり、一日も早く公園散歩の再開をしたいところだが、夫の状況もあり、無理をせず暖かくなってから、と時 期を先に延ばすことにする。					

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: S31-01 殿

作成日: 18年 2月 3日

作成者氏名: 管理栄養士 ●●

サービス提供項目	11月 12日	12月 7日	1月 4日	2月 3日
食事計画	場所：通所フロア内の独立した場所 担当者：管理栄養士 時間：10:30～10:40 嫁の用意する食事内容には本人も満足している。しかし、摂食量は少ない。		場所：通所フロア内の独立した場所 担当者：管理栄養士 時間：10:30～10:40 高乳酸菌飲料を1日1回プラス。毎週通所利用時に、パックで購入できるように準備しておく。	
栄養食事相談	場所：通所フロア内の独立した場所 担当者：管理栄養士 時間：15:00～15:10 食べることより、排泄のことばかりが気になっている。便秘のせいで食べられないのだとの訴えが多く聞かれる。	場所：通所フロア内の独立した場所 担当者：管理栄養士 時間：15:00～15:10 もともと少食であるため、食事量は増加困難。主菜を多く食べるよう、夫がチェックし協力をするように依頼。	場所：通所フロア内の独立した場所 担当者：管理栄養士 時間：15:00～15:10 「普通にお店では手に入らないもの」に価値を感じ、大いに感謝される。	場所：通所フロア内の独立した場所 担当者：管理栄養士 時間：15:00～15:10 「最近、便秘しなくなった」と喜んでいる。
多職種協働による低栄養に関連した課題の解決	初回説明を通所主任相談員と共に行ったため、スムーズに開始できた。同日、同じように二人でご家族に電話での説明を行い、後日自宅訪問する旨を伝え承諾される。翌週、自宅訪問をし、その情報をケアマネに伝えた。(場所：居宅スタッフルーム 日時：11/22 17:30～18:00)	場所：在宅スタッフルーム 担当者：訪問看護師、通所主任相談員、管理栄養士 時間13:00～13:15 訪問看護のスタッフに、公園同行を依頼。	場所：在宅スタッフルーム 担当者：訪問リハPT、通所主任相談員、管理栄養士 時間17:30～17:45 夫の訪問リハスタッフに公園行きの相談。自宅での夫のトレーニングは本人も一緒に行うようになる。また、通所リハでの活動も夫婦一緒に行う運動を強化。	(担当者会議)場所：通所フロア内 担当者：通所主任相談員、通所PT、OT、管理栄養士 時間：15:00～15:10 夫の歩行レベルが戻らないため、一緒に公園行きは「暖かくなってから」とし、意欲の継続を図る。翌日介護支援専門員に報告。

研究事例

(医) 仁恵会 介護老人保健施設 相模大野における栄養改善サービス

医療法人仁恵会 介護老人保健施設 相模大野
 管理栄養士 清水 幸子
 協力者 施設長 檜山 榮一
 介護支援専門員 柴田 眞由美
 河手 順子
 通所リハビリテーション主任 飯吉 とよこ

1. 施設の概要

当事業所は神奈川県県央部に位置し、市街地にある都市型施設である。平成 10 年開設し、併設に、介護老人保健施設 相模大野、黒河内病院を有している。併設している介護老人保健施設は、91 床（長期入所 86 人、短期入所 6 人）、稼働率 99%、利用者の平均年齢は 83 歳、平均介護度は 3.2 である

① 当事業所の区分：介護老人保健施設 通所リハビリテーションⅢ
 （利用時間 10：00～16：00）

② 登録者：126 人、平均利用者 20 人/1 日（稼働率 83%）

③ 利用者の特性

平均年齢 78.7 才（男性 75.4 歳 女性 81.9 歳）		男女比 11：12	平均介護度 2.6		
利用者の低栄養状態	利用者の総数	要支援	3 人	介護度 1	28 人
	BMI18.5 以下	要支援	0 人	介護度 1	5 人

④ 栄養マネジメント状況

利用者に対して月 1 回の体重測定（着衣のまま計測し、着衣分 1.0kg を差し引く）。利用記録や個人ノートに記入し、利用者及び家族に通知する。管理栄養士は、利用開始時の身長、体重、握力（リハビリテーション担当者が測定）などのデータ管理をコンピューターによって行っている。その際、Harris-Benedict の式による安静時エネルギー消費量の推算値と、この値に活動係数 1.3 を乗じた必要量、BMI、体重減少率をコンピューターネット上で関連職種に提示している。食事摂取量は主食、副菜別に記録し、必要に応じ摂取栄養量の集計を行っている。

2. 本研究での介護予防マネジメントと栄養改善サービスとの連携の仕方

栄養改善サービス導入にあたり、施設の対応を次のように決定し、担当職員の共通理解を得た。

- ① 利用者の意向を十分に尊重し、同意と説明を徹底する。
- ② 家族や利用者にとって解決してほしいことを優先する。

- ③ 経過や内容について、家族、利用者、スタッフに詳細に連絡する。
- ④ 窓口は、担当介護支援専門員とし、連絡、報告を文書で記録する。
- ⑤ 研究の責任者は、医師である施設長。
- ⑥ 主治医との連携は重要であり、介入や経過について窓口である介護支援専門員によって報告する。
- ⑦ 経過途中で不測の事態や本人の申し込みがあったら即中止する。
- ⑧ 情報は関係者のみが共有し、データの流出を防ぐ。

通所サービスの利用者において低栄養状態のおそれがある者として、6ヶ月に2～3kg以上の体重減少があり、かつ、BMI18.5以下の利用者のうち同意が得られた者に、11月より実施した。

管理栄養士は、栄養管理サービスの実施にあたって、本人と家族の意向を重視し、生活の中で無理なく達成でき、利用者及び家族が納得のいく目標を設定し、本人の意欲を引き出すことに重視した。

3. 事例紹介 (ID S13-01)

74歳男性、要支援。BMI16.2、体重減少6ヶ月に12%。

妻と二人暮らし、主な介護者は妻。元来酒豪であった。15年前胃全摘出手術を受けている。平成16年急激な肝障害があり総合病院に入院した。入院中、陳急性心筋梗塞、心房細動を指摘され処方薬の継続中である。退院後禁酒をしているが、加齢による認知症と思われるようなうつ症状や短期記憶障害、臥床傾向顕著となり、外出が億劫になったことをはじめ生活が不活発となった。食事摂取の乱れから意識障害を起こし、救急車で搬送。膵臓機能低下の指摘を受け、糖尿病の食事指導を受けた。妻は、指示されたとおりの食事の準備をしていたが2人暮らしであるのに別々の食事を作ることに、最近ではストレスを感じていた。

通所サービス利用時に、施設医師は、意識障害はドカ食いや早食いによるダンピングではないかと指摘し、通所サービス利用時には食事回数を増やすことになった。また、日常生活でも通所サービスでのパターンを参考に実行する計画を立て、妻と利用者には確認した。また、妻には、同じ食事をつくり、食事回数を増やして提供することを助言した。

そのことで、妻の食事づくりへのストレスは軽減され、社会参加ができ精神的な安定が図れるようになった。一方、対象者は、3ヵ月後には、いつでも食事の準備がされていること、食事回数とその量が自分で理解でき、空腹感のない生活が送れるようになったことなどから、体重が増加し、通所サービスを利用することで外出する意欲がでてきた。最近では、妻のすすめによって、交通機関を利用し外出するようになった。また、近所までの買い物は対象者がすることもあり、近所の住民から対象者は「見違えるようになった」といわれたという。妻は、夫婦間の関係が良くなったと感じるよ

うになった。また、対象者は、通所サービス利用時の身だしなみに気を配るようになった。

4. 今後の栄養改善サービスの取り組み方

高齢者は、些細なきっかけで要介護状態を重度化することもあるれば、社会性を取り戻すこともある。低栄養状態のおそれがあるものには、まさに水際で低栄養状態を予防することの重要性を感じた。また、在宅の高齢者は多くサービス提供者との関わりの中で暮らしていて、その調整や目的、目標は、明確にする必要があり、関連情報を共有することによって、はじめて効果が期待できるようになるはずである。今後は、対象者の些細な変化を見逃さないように、定期的なモニタリングを行い、その成果等は、対象者が他に利用している事業所の担当者にも連絡し情報の共有化を図っていくことが求められる。

5. 事例から得た課題、多職種協働の関係

在宅の利用者は複数の医師の診療を受けている。それらは必ずしも情報の共有をしているわけではなかったため、通所サービスでの栄養ケア・マネジメントを進めるにあたって情報の収集や連絡、報告を十分にできないことがあった。そのために窓口は介護支援専門員が担い、双方を調整してスムーズなケアに繋げていくことが求められるが、これらの担当者にも栄養ケア・マネジメントの共通理解がなければ困難であると考えられる。

一方、対象者のモチベーションを維持していくためには、些細なことにも根気よく対応すること、変化を見逃さず評価したことを客観的なデータで示した。そのことは、もっとも効果的なフィードバックであり、高齢者自身が自分の変化に気付き、「食べること」に対する意欲を引き出していくことが求められる。

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 00 作成年月日 H17 年 11 月 5 日

利用者名	(ふりがな)	男	要介護度	要支援
	S13-01		デイケア週 1 回利用	
生年月日	明・大・昭 8 年 月 日 (74 才)	女		

(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 type="checkbox"/> 中リスク	<input checked="" type="checkbox"/> 高リスク
身長 (cm) (測定日)	157			
体重 (kg) (測定日)	40 (平成 17 年 11 月 1 日)			
BMI	16.2	<input type="checkbox"/> 18.5~29.9	<input checked="" type="checkbox"/> 18.5 未満	
体重減少率 (%)	6 か月に 12%	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 6 か月に 10% 以上
血清アルブミン値* (g/dl) (測定日)	4.5g/dl	<input checked="" 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	良好	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 (76~100%)	<input type="checkbox"/> 不良 (75% 以下) 内容:	
栄養補給法	経口摂取			<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)

【1】

利用者名	(Sのがな) S13-01	園	要介護度	要支援
生年月日	明・大・ 6年 0月 0日 (74歳)	女	通所リハビリテーション週 1回	利用
実施日	H17年 11月 0日	記入者	〇〇	
家族構成とキーパーソン	本人一人暮らし 二人暮らし	主たる買い物担当者	妻	
主たる介護者	妻	主たる食事準備担当者	妻	
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	最近悪化してきて臥床気味。自分の体が思うように動かず、外出もなくなって閉じこもりがちである。 体力をつけ及選を作ったりして、生活に自信を持ってもらいたい			
主観的な健康感・意欲 (心身の訴えを含む)	体力がなくなっている。以前は困窮や得難いなど有様であったのにやる気がしない			

食事の提供のための必要事項

実施日	H17年 11月 1日	記入者	管理栄養士 〇〇
嗜好	以前は酒豪といわれるほどお酒をのんだ。食事は出されたものはとれず何でも食べる		
禁忌	なし		
アレルギー	なし		
療養食の指示	糖尿病の指摘あり。1,400kcalの指示あり		
食事摂取行為の自立	自立		
形態	普通		
環境	食卓で座位。妻と食べる		
特記事項	食事は量不足はないが、たくさん食べられなくなっている		

多職種による栄養ケアの課題

実施日	H17年 11月 1日	記入者	管理栄養士 〇〇
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"/> 義歯の不都合 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 4 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 味が薄く <input type="checkbox"/> むせ <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(膝下・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	胃切除 (全摘出) 早食い、下力食いや傾向にある お酒を飲んで下痢、嘔吐があった 具体的に記載 ハーフジョギンキ 1T×1 ハーフフォー (10) 1T×1 レニベス (5) 1T×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 11月 0日 記入者 P T 〇〇 管理栄養士 〇〇	実施日 18年 1月 0日 記入者 P T 〇〇 管理栄養士 〇〇
生活機能・身体機能	自立度A2	自立度A1
握力* (kg) (利き腕右)	22	25
体重 (kg)	40.0 (75%)	42.5 (78%)
理想体重* (kg)	54	54
通常体重 (kg)	50	—
体重変化率 (%)	6ヶ月に12%増加・減少)	1ヶ月に3% (増加・減少)
下腿周囲長* (cm)	— (— %)	— (— %)
上腕周囲長 (cm)	19 (71%)	21.0 (96%)
上腕三頭筋脂肪厚(mm)	4.0 (27%)	6.0 (38%)
上腕筋面積 (cm ²)	23.7 (54%)	29.4 (74%)

臨床検査 (記入可能な場合)

項目	実施日 17年 11月 0日 記入者 管理栄養士 〇〇	実施日 18年 1月 0日 記入者 管理栄養士 〇〇
血清アルブミン (g/dl)	4.5	4.6
ヘモグロビン (g/dl)	13.3	14.2
血糖値 (mg/dl)	78	93
総コレステロール (mg/dl)	179	160
クレアチニン (mg/dl)	0.66	0.91
BUN (mg/dl)	21.5	16.9

(%): JARDの50パーセントイル値 (中央値)を100%として換算

総摂取量 (①)	実施日 17年 11月 0日 記入者 管理栄養士 〇〇	実施日 18年 1月 0日 記入者 管理栄養士 〇〇
食事	主食 (割)	—
	副食 (割)	—
	エネルギー (kcal)	1,200 (主食約500kcal)
	タンパク質 (g)	45
	水分 (ml)	1,200
栄養補助食品	種類	—
	1回の量 (ml/g)	—
	頻度 (回)	—
医薬品	エネルギー (kcal)	—
	タンパク質 (g)	—
	種類	お菓子 (クッキーなど)
	1回の量 (ml/g)	50
	頻度 (回)	随時
	エネルギー (kcal)	200
	タンパク質 (g)	3
	エネルギー (kcal) ①	1,400
	タンパク質 (g) ①	48
合計	水分 (ml) ①	1,200