| 栄養補給量の算定 | | |
|---|---|---|
| エネルギー消費量（kcal） | 1,275（Harris−Benedict 式利用、活動係数 1.3） | 1,300（Harris−Benedict 式利用、活動係数 1.3） |
| 必要エネルギー（kcal） | 1,525（1ヶ月に1kg の体重増） | 1,550（摂取エネルギー） |
| 必要タンパク質（g） | 54 | 54（適正体重×1.0） |
| 必要水分量（ml） | 1,500 | 1,550（食事量から推測） |
| 特記事項 | 食事は妻が準備している。妻が地域役員等をしており多忙。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事している。妻は、栄養相談を受け、まじめに行うことにしているが自分と違う食事準備にストレスを感じている。<br>糖尿病の食事療法は指示エネルギーを厳守するようにといわれたが、体重の減少を気にしている。<br>本人は、元気がなくなってきて外出も億劫になっている。<br>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、ドカ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、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。 | 食事は妻と同じ物を準備し、必要エネルギー量の食事を分けて食べることで、安定した摂取と妻の介護負担が軽減されている。<br>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。<br>正月にビールを 200m l ほど飲んで下痢をした。飲酒がしたいという希望があり、月に 1 回ぐらい 100m l 飲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すめた。<br>最近は交通機関を利用し外出をした。妻の隠れた見守りであったが本人は自信がついたようだ。通所介護の利用時も他の人たちに進んで話しかけ、服装もおしゃれになってきた。 |
| | 実施日 17 年 11 月 0 日<br>記入者管理栄養士 OO | 実施日 18 年 1 月 0 日<br>記入者 管理栄養士 OO |

| 食事行為に関する事項（必要に応じて記入） | | | |
|---|---|---|---|
| | ①利用者の知識・技術・意欲の状況 | 意欲がない<br>食事については妻が一切を取り仕切っているので、言われるままであるが早食いで食事が少ないように思え不満。 | 生活意欲が出てきた。<br>食事は、妻と一緒のものを 1 日 5 回に分けて食べている。空腹感はなく、間食もへってきた。近所に買い物にいけるようになった。 |
| | ②家族・支援者の知識・技術・意欲の状況 | 妻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、ストレスに感じている。<br>また、思うように食事をしてくれないのでどうしたら良いのか困っている。 | 食事の準備は副菜を妻と一緒にし、主食 200 g で準備することで、負担が減り、ストレスの軽減になった。<br>また、食事量を分けて食べることでゆっくり食べること、食事の片づけなどもするようになって、外出も気にならなくなった。 |
| | ③日常の食習慣や生活習慣の状況 | 食事の習慣、生活について、昼食時は個食になりがちで心配であったため、妻は外出がままならないことがストレスである。 | 近所の外出などをして気分転換しており、妻も半日ぐらいなら外出できるようになった。 |
| | ④訪問介護等による食事介助、調理支援などの状況 | なし | なし |
| | ⑤配食サービスや通所サービスでの食事摂取状況 | 通所リハビリテーションでは、適正エネルギーを提供し日常の生活では、食事回数を増やすことで栄養量の確保ができるように相談を行った。<br>また、ゆっくりよくかんで食事をするよう指導し、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。<br>食事は全量摂取。 | 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て、食事回数を増やすことを継続している。また、利用時には積極的に他の利用者との会話に誘導している。<br>食事のとり方は、日常生活でもできており、声かけなどはしなくなった。 |
| | ⑥活用しているあるいは今後活用できる資源状況 | なし | 老人クラブなどにある趣味の集会 |
| | ⑦食事・食事準備や買い物の環境 | 食品の調達は妻がしている。 | 継続して妻が行う。 |

| | | |
|---|---|---|
| 総合的評価・判定 | 食事量の適正摂取を図る必要がある。<br>主治医との連絡は密に行うことが重要。<br>疲れやすい身体状況を改善し、活動的な日常を送れるよう支援する必要がある。<br>主たる介護者である妻の負担軽減の為に、食事の準備や対応を相談していく必要がある。<br>対象者の自信ある生活を実現する為には、生活の範囲を広げ、身近な人の評価が上がることが必要。 | 食事は楽しんでゆっくり食べることができている。また、制限の多かった食事も食べる量が増え、空腹が減って、お菓子などに手が出なくなった。<br>体がしっかりしてきたので、外出も交通機関を使って出かけてみた。妻の援助はあったが自信が出た。<br>妻は、自分が食べているものと一緒でいいということが分かり、食事の準備にストレスがなくなり、いらいらすることや不満も軽減し、安心して外出もできるようになり、仲良くなったような気がするとのこと。<br>近所の人に一時はどうなるかと思ったけど見違えるようになったといわれ、自信が出てきた。<br>飲酒はまだあきらめきれないので、飲めることを楽しみにできるようにしたい。 |

# 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　　年　○月　○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○日） | 2か月後（1月○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、外出もなくなって閉じこもりがちである。本人は、囲碁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、通所介護、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。 |
| 主観的健康感<br>現在の健康状態　あてはまる番号1つに○ | 1 よい　2 まあよい　3 ふつう　4 あまりよくない　(5) よくない | 1 よい　2 まあよい　(3) ふつう　4 あまりよくない　5 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<br>2. デイケアでの昼食は、12時と15時に分けて提供する。<br>3. 妻に、食事の分量と回数を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きている。 |
| 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をした。妻の隠れた見守りは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　○○○

# 連絡経過

管理栄養士、保健師、介護支援専門員、医師、専門職、家族など間の連絡経路について、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<br>面談・電話など | 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・栄養改善の為の対象者であること、改善の意向の有無 |
| 11/11 | 管理栄養士 | 対象者 | 面談 | 栄養相談、介入意向の確認、栄養スクーリング、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・家庭での対応状況相談、今後の対応について（対象者・家族支援について） |
| 12/2 | 管理栄養士・デイ職員 | 対象者 | 面談 | 食事について（分食の方法、時間、対応など）日常生活の注意点の提示 |
| 12/14 | 介護支援専門員 | 家族・主治医 | 電話 | 家族ー相談内容の確認とその後の状況相談<br>生活の変容や精神的負担軽減と夫婦間の疎通が良くなったとの報告あり<br>主治医ー相談内容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、デイ職員 | ケア担当者 | 面談 | 施設内での中間報告、継続の確認<br>本人が格段に明るくなり、外出も増えている妻から感謝されたとの報告あり。<br>今後継続できるよう援助と変化に対する対応や方法を検討 |
| 1/12 | 介護支援専門員・管理栄養士・介護者<br>デイ職員 | 妻 | 面談 | 正月のすごした状況の確認。飲酒の希望があり機会の多い時期であり対応を確認。今後も禁酒をしていくことを決定した。<br>近況報告に中で、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ということなので、デイ利用時役割を検討する<br>最近、おしゃれになったこと、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、皮脂厚、周囲長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　　生年月日　昭和8年　△　月　△　日　　住所:

計画作成者氏名:　○○　○○

所属名及び所在地；○○　○○

担当者氏名

初回作成日；平成17年11月○○ 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、外出もなくなって閉じこもりがちである。<br>体力をつけ友達をつくる、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。<br>また、膵臓機能低下を主治医から指摘され食事療法の困難さを訴えている。本人は、体力がなくなって何をするにも億劫になっている。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・高）<br>・低体重で体重減少が見られる。<br>・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<br>・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<br>（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，たん白質量54g，水分量1500ml〕<br>・分食の方法を説明する。 | 管理栄養士 | 週1回 | 6ヶ月間 |
| | 2．デイケアでの昼食は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。 | デイケア職員 | 週1回 | 6ヶ月間 |
| | 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。<br>・糖尿病の療養食だからといって特別に準備をする必要は無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 | 月1回 | 6ヶ月間 |
| 閉じこもりを予防して生きがいを見つける | 1．デイケアを継続して利用する<br>・立位不安定なためリハビリを行う | 介護支援専門員<br>デイケア職員 | 週1回 | 6ヶ月間 |
| | 2．デイケア利用時は趣味の囲碁や将棋の相手を探し、声がけを行う。 | デイケア職員 | 週1回 | 6ヶ月間 |
| 身体状況の把握 | 1．身体状況の管理と指示 | 主治医 | 随時 | 6ヶ月間 |
| | 2．各職種への連絡調整 | 介護支援専門員 | 随時 | 6ヶ月間 |
| 特記事項 | 主治医との連携が大切であり、情報の共有化を図る<br>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う必要がある | | | |

# 栄養改善サービス評価書（新予防給付）（案）

氏名　S13-01

| | 3か月後の目標 | サービス提供前 17年11月○日 数値 | 問題チェック | 2か月目 18年1月○日 数値 | 問題チェック | 週・月目 年 月 日 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 | 疲れやすく閉じこもりがち | ■ | 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 | □ | | □ |
| 自己実現の意欲 | 一人で交通機関を使い外出できる | やりたいことがわからない | ■ | 妻の見守りで交通機関を使って外出した | □ | | □ |
| 主観的健康観 | 元気になったと実感でき、自信をもって生活ができる | | ■ | 近所でも元気になったと言われ自信が出てきた | □ | | □ |
| | | | □ | | □ | | □ |
| 栄養リスク | | | | | | | □ |
| 体　重（kg） | 43.0 | 40.0 | ■ | 42.5 | ■ | | □ |
| BMI | 17.5 | 16.2 | ■ | 17.2 | ■ | | □ |
| 体重減少率（%/月） | 5%増/1ヶ月 | 6ヶ月に12%の体重減少 | ■ | 1ヶ月に3%の体重増 | ■ | | □ |
| 血清アルブミン（g/dl） | 4.5 | 4.5 | □ | | □ | | □ |
| 食事摂取状況 | 80% | 80% | □ | 100%充足している | □ | | □ |
| | | | □ | | □ | | □ |
| 摂取量（%）＊ | | | | | | | |
| エネルギー（kcal(%)） | 1,525 | 1,400 | □ | 1,550 | □ | | □ |
| タンパク質（g(%)） | 54 | 48 | □ | 54 | □ | | □ |
| 水 分（ml(%)） | 1,500 | 1,400 | □ | 1,500 | □ | | □ |
| | | | □ | | □ | | □ |
| | | | | | | | |
| 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 | 食事回数が3回で少食 | ■ | 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 | □ | | □ |
| | | ムラ食いや早食いが見られる | □ | | □ | | □ |
| | | | □ | | □ | | □ |
| 評価 | | 顕著な低栄養状態 | | 栄養状態の改善傾向にある | | | |
| 計画の修正 | | | | 無 | | | |
| 総合評価 | | 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事している。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<br>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。<br>本人は、元気がなくなってきて外出も億劫になっている。<br>意識障害で搬送されてことは通初介護医師の判断では、ドカ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。 | | 食事は妻同じ物を準備し、食事量を分けて食べることで、安定した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。<br>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すめた。<br>最近は交通機関を利用し外出をした。妻の隠れた見守りであったが本人は自信がついたようだ。通初介護利用時も進んで話しかけ、服装もおしゃれになってきた。 | | | |

# 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<br>担当者:管理栄養士、支援相談員<br>時間:16:00～16:20 | 場所:施設内相談室<br>担当者:管理栄養士、妻、介護支援専門員、施設医師<br>時間:10:00～11:00 | 場所:介護支援専門員事務所<br>担当者:管理栄養士、介護支援専門員<br>時間:10:00～10:30 | 場所<br>担当者<br>時間 | 場所<br>担当者<br>時間 | 場所:デイルーム<br>担当者:管理栄養士、デイ職員<br>時間:10:00～10:30<br>14:00～14:30 | 場所<br>担当者<br>時間 |
| | 情報の収集(利用申込書から) | 自己実現の課題確認<br>意欲の確認<br>摂取譲許の確認<br>必要栄養量の算出<br>過不足の確認 | 家庭での摂取状況の確認<br>摂取栄養量の確認 | | | 計画の評価<br>身体計測<br>体重測定 | 計画の継続を確認 |
| 栄養食事相談 | 場所<br>担当者<br>時間 | 場所:デイルーム<br>担当者:管理栄養士、対象者<br>時間:12:00～12:10 | 場所:介護支援専門員事務所<br>担当者:管理栄養士、介護支援専門員<br>時間:10:00～10:30 | 場所:デイルーム<br>担当者:管理栄養士、介護職員<br>時間:12:00～12:30 | 場所:デイルーム<br>担当者:管理栄養士、介護職員<br>時間:13:00～14:00 | 場所:デイルーム<br>担当者:管理栄養士、介護職員<br>時間:14:00～14:30 | 場所<br>担当者<br>時間 |
| | | 食べることの意欲確認<br>生活環境の確認 | 実施上の問題点について対応策の検討<br>計画の満足度確認 | 通所介護での摂取量確認<br>日常生活での注意事項の実行<br>正月のすごし方(飲酒の検討) | 正月の状況確認<br>生活レベルの向上について今後の対応 | 計測結果を基に継続の意思を確認 | 計画の継続を確認<br>歩行の安定が図れている |
| 多職種協働による低栄養に関連した課題の解決 | 場所:相談室<br>担当者:管理栄養士、介護支援専門員<br>時間:14:00～14:20 | 場所:相談室<br>担当者:管理栄養士　介護支援専門員、デイ主任<br>時間:16:00～17:00 | 場所:介護支援専門員事務所<br>担当者:管理栄養士、介護支援専門員<br>時間:10:00～10:30 | 場所:デイルーム<br>担当者:管理栄養士、介護職員<br>時間:12:00～13:00 | 場所:デイルーム<br>担当者:管理栄養士、介護職員<br>時間:14:00～15:30 | 場所:デイルーム<br>担当者:管理栄養士、介護職員<br>時間:15:00～15:15 | 場所:相談室<br>担当者:管理栄養士　介護支援専門員、介護主任<br>時間:16:00～17:00 |
| | 介護支援専門員より低栄養状態であること<br>改善の依頼と報告 | 主治医への介入の連絡<br>通所介護の利用状況に対しプログラムの変更依頼<br>介護支援専門員の役割として、対応窓口設定<br>施設内での対応の共通理解<br>通所介護職員による役割り分担、体重測定の追加 | 相談事項、決定事項の報告<br>介護支援専門員より主治医の意向確認<br>施設利用時の様子確認 | 食事回数を増やす方法や対応の確認<br>利用時のスケジュールの変更 | おしゃれになった本人をみんなでとてもすてきと声かけを行った<br>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 | 計測結果をスタッフに報告 | 計画の継続を確認 |
| 家族へのアプローチ | 場所:施設内<br>担当者:介護支援専門員<br>時間:14:20～14:40 | 場所:相談室<br>担当者:管理栄養士、介護支援専門員<br>時間:13:00～14:00 | 場所:介護支援専門員事務所<br>担当者:管理栄養士、介護支援専門員、妻<br>時間:10:30～10:45 | 場所<br>担当者<br>時間 | 場所:相談室<br>担当者:管理栄養士　介護支援専門員<br>時間:16:00～17:00 | 場所<br>担当者<br>時間 | 場所:デイルーム<br>担当者:管理栄養士、介護職員<br>時間:13:00～13:30 |
| | 妻に栄養改善の必要性があることの通知 | 食事づくりのポイント指導<br>生活環境や家族がしたいことの相談<br>食事づくりの意欲確認<br>食事の準備に関する問題点の確認 | 家庭での対応状況の相談 | | 食事づくりの負担について確認<br>妻が生活に満足しているか確認 | | 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)　フスフレーゲによるフットケア（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回各担当者と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。

先ず、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以下且つ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きている。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ヵ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って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ヵ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ったが、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。

# 利用者基本情報

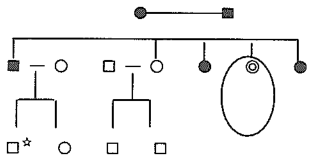
作成担当者： ○○○○

《基本情報》

| | | | |
|---|---|---|---|
| 相談日 | 平成 17 年 11 月 ○ 日（　） | 来 所（囲み）・電 話<br>その他（　　） | 初 回（囲み）<br>再来（前　/　） |
| 本人の現況 | 在宅（囲み）・入院又は入所中（　　） | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ<br>本人氏名 | S15—01 | 男（○）・女 | M・Ⓣ・S 15 年○月○日生（ 79 ）歳 |
| 住所 | ○○市 ○○区 ○○ 1−3 | Tel<br>Fax | ○○○−○○○−○○○○ |
| 日常生活自立度 | 障害高齢者の日常生活自立度 | 自立・J1・J2（囲み）・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | |
| | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立（囲み）・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M | |
| 認定情報 | 非該当・要支1・要支2（囲み）・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5<br>有効期限：H17 年 2 月 1 日〜H19 年 1 月 31 日　（前回の介護度　要介護 1 ） | | |
| 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（ 5 ）階、住宅改修の有無 → 有り | | |
| 経済状況 | 国民年金・厚生年金（囲み）・障害年金・生活保護・・・ | | |
| 来所者（相談者） | 本 人 | | |
| 住所連絡先 | ○○市 ○○区 ○○ | 続柄 | 本人 |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 住所・連絡先 |
| | ○○○○ | 甥 | ○○市 ○区 |
| | | — | |
| | | | |
| | | | |

家族構成

◎=本人、○=女性、□=男性
●■=死亡、☆=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）



家族関係等の状況

・本人は独身であり独居生活を営む。KPは埼玉市に住む甥だが、自宅に訪れることは殆どなく、普段数ヶ月に 1 度電話連絡がある。

# 利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 今までの生活 | 33 年前より現住所にて独居生活を過ごすが、平成 14 年 2 月 17 日に頸部脊椎血腫を発症し入院治療を行う。その後遺症として左上下肢麻痺及び右半身の痺れが残る。平成 14 年 4 月より在宅復帰を行うが、自宅はエレベーターのないマンションの 5 階であり、また独居生活を過ごす為、その後は外出に苦慮することとなる。この様な環境の下、外出の機会を保ち、また日常生活を不自由なく過ごす為、週 2 回のデイケアと週 3 回の訪問介護を利用している。平成 15 年頃より徐々に貧血症状が進行し、平成 17 年末に鉄剤処方あり。 | | | |
| 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 |
| | 毎週火・金曜日はデイケアにて過ごす。火・水・土曜日の午前中には訪問介護の支援により、室内の掃除、洗濯、買物代行を依頼している。外出が行い辛い為、ゴミ出し・現金の引き出し以外では外出を控える傾向にある。自宅での余暇活動は読書など屋内活動が中心となる。 | | | ・読書<br>・工芸品製作 |
| | 時間 | 本人 | 介護者・家族 | 友人・地域との関係 |
| | | | | ・来客は殆どないが、友人との電話連絡は密に行われている。 |

《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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| H3年○月○日 | 胃 癌（1/5 切除） | ○○大学<br>○○病院<br>（○○○医院） | | Tel | 治療中<br>経過観察中（囲み）<br>その他 | |
| H14 年2月○日 | 頸部脊椎血腫 | ○○大学<br>○○○病院<br>（○○○医院） | | Tel | 治療中<br>経過観察中<br>その他（囲み） | |
| H15 年○月○日 | 貧血症状 | ○○○医院 | | Tel | 治療中（囲み）<br>経過観察中<br>その他 | |
| 年 月 日 | | | | Tel | 治療中<br>経過観察中<br>その他 | |

《現在利用しているサービス》

| 公的サービス | 非公的サービス |
|---|---|
| ・通所リハビリテーション　（週２回）<br>・訪問介護　（週３回） | |

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等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に同意します。

平成 17 年　月　日　氏名　S15—01　印

# 介護予防サービス・支援計画書

利用者名 S15－01 様　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

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

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

目標とする生活

| 1日 | 他者との交流・適度な運動を行い、健康的で活気のある生活を過ごしたい。 | 1年 | 現住所にて健康的で快適な暮らしを継続したい。 |
|---|---|---|---|

| アセスメント領域と現在の状況 | 本人・家族の意欲・意向 | 領域における課題（背景・原因） | 総合的課題 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 活動・移動について<br>左上下肢麻痺及び右半身に痺れがある為、屋内は伝い歩き・屋外は自宅近隣のみ杖歩行を行う。自宅がエレベーターのないマンションの5階である為、外出が行い辛く、自宅中心の生活になりがちである。 | 本人：自宅中心の生活となる為、下肢を中心とした身体機能の訓練を行い、転倒防止に努めたい。※独身の為、家族不在。 | ■有 □無<br>外出が容易に行えない為、身体を動かす時間が減少傾向にある。また、運動のやり方や運動量の目安が分からない為、適度な運動が習慣化されていない。 | ・左上下肢麻痺及び右半身の痺れによる日常生活動作の制約があり、また エレベーターのないマンションの5階に住んでいる為、一人では容易に外出することができない。その為、自宅中心の生活を過ごす傾向が強くなり、身体機能の低下の恐れが生じている。<br>・調理をする意欲はあるが、適切な調理方法や献立の立案に不充分な面がある。<br>・外出の機会が減少している為、他者との交流も減少している。<br>・近隣住人との交流が減少傾向にある為、不測の事態が生じた際に他者の支援が受けられるかどうかが心配である。 | ①(目標)定期的に適切な運動を行ない、身体機能の維持と転倒防止に努める。<br>(具体策)介護予防通所リハビリテーションに参加して、適度な運動を行う。<br>②(目標)適切な食事作りが行え、健康状態が維持できる。<br>(具体策)<br>(1)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サービスを受ける。<br>(2)ホームヘルパーに依頼して、食材の購入を行って貰う。<br>③(目標)定期的に外出し、他者との交流を通じての活気ある生活を過ごす。<br>(具体策)介護予防通所リハビリテーションに参加して、積極的に社会交流を行う。<br>④(目標)不測の事態があった時にも、他者の支援が受けられる。<br>(具体策)<br>(1)近隣住人に対し、定期的な声かけ(様子観察)・緊急時の通所を依頼する。<br>(2)緊急通報装置の設置。 | ①(本人)介護予防通所リハビリテーションに週1～2回程度通い、適度な運動を行い、身体機能の維持に努めたい。※ 独身の為、家族不在。<br>②(本人)管理栄養士の栄養管理サービスを受けて、適切な食事作りを継続して行きたい。※ 独身の為、家族不在。<br>③(本人)他者との集いを定期的に行いたい。※ 独身の為、家族不在。<br>④(本人)不測の事態に備えて、近隣住人との関係を保ちたい。また緊急通報装置の設置も行いたい。※ 独身の為、家族不在。 | ①週2回、介護予防通所リハビリテーションに参加する。<br>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。<br>③介護予防訪問介護による買物代行及び室内の清掃。<br>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。<br>⑤緊急通報装置の設置。 |
| 日常生活（家庭生活）について<br>食事は3食とも自分で作りたいと思うが、手早く調理したい為、レトルト食品や冷凍食品を多用してしまう。また適切な調理や献立・カロリー計算ができない為、偏食になりがちである。買物については、重い荷物の持ち運びが困難な為、ホームヘルパーに依頼している。また、掃除・洗濯なども重労働となる為、ヘルパーに依頼している。 | 本人：適切な調理方法を身に付けて、毎3食の食事作りを継続したい。また、買物・掃除・洗濯などは今後もホームヘルパーに依頼したい。※ 独身の為、家族不在。 | ■有 □無<br>適切な調理方法や献立の立案に不充分な面がある。また、本人には左上下肢麻痺及び右半身に痺れがあるる為、家事全般が一人では行えないが、独居生活を過ごしている為、適宜他者の支援を受けることができない。 | | | | |
| 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて<br>友人との交流は電話連絡中心であり、自宅に友人・知人が訪れることは殆どない。また近隣住人との交流も少なく、外出の際に顔を合わす程度である。独居生活を過ごしている為、全般的に他者との交流が少ない。更に不測の事態が発生した際に他者の支援が受けられるかどうかが心配である。 | 本人：他者との交流を持ち、活気のある生活を過ごしたい。また緊急事態が発生した際にも、誰かに支援をしてもらいたい。※ 独身の為、家族不在。 | ■有 □無<br>左上下肢麻痺及び右半身に痺れがあり、またエレベーターのないマンションの5階に住んでいる為、一人では容易に外出することができない。 | | | | |
| 健康管理について<br>健康には留意しているが、医師より貧血が進行しているとの診断があり、鉄剤の処方があった。また最近は体重の減少も見られており、対処に苦慮している。 | 本人：健康状態を保ち、在宅生活を継続したい。※ 独身の為、家族不在。 | ■有 □無<br>毎3度の食事を自分で作るがレトルト食品や冷凍食品を多用している。また適切な調理や献立の立案に不十分な面がある。 | | | | |

支援計画

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| ①本人の希望を伺い、無理のない範囲でリハビリテーション、集団リハビリテーション、アクティビティーの組み合わせを検討する。 | | 介護予防通所リハビリテーションでの機能訓練、集団リハビリテーション、アクティビティーへの参加。 | 介護予防通所リハビリテーション | 介護老人保健施設A | |
| ②定期的に実施状況の確認を行い、本人の調理・摂食状況を確認する。 | ②3食の調理は今後も本人が行う。 | 介護予防通所リハビリテーションでの栄養改善サービスの実施。 | 介護予防通所リハビリテーションでの栄養改善サービスの実施。 | 介護老人保健施設A | |
| ③食品の購入が適切に行われているかどうか、また賞味期限が過ぎた食品がないかどうかをホームヘルパーに管理してもらう。 | ③買物代行で購入する品目は本人が主体となって決める。 | 介護訪問介護による買物代行及び室内の清掃。 | 介護予防訪問介護 | B訪問介護事業所 | |
| | ④近隣住人への協力要請。(様子伺い) | | | | |
| ⑤ | | ○○市高齢者支援事業による緊急通報装置の設置 | ○○市高齢者支援事業 | | |

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

胃のエックス線検査でポリープの疑いあり。

【本来行うべき支援ができない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

定期的にデイケアへ参加することで、社会交流の促進・機能訓練による身体機能維持・栄養の改善を図る。また日常生活を安全に過ごす為、緊急通報装置の設置・近隣住人による様子伺いを依頼する。

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

| | 運動不足 | 栄養改善 | 口腔内ケア | 閉じこもり予防 | 物忘れ予防 | うつ予防 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 予防給付または地域支援事業 | 4/5 | 2/2 | 0/3 | 0/2 | 0/3 | 1/5 |

| 地域包括支援センター | 【意見】 |
|---|---|
| | 【確認印】 |

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 年 月 日 氏名 S15－01 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　S15-01 様　　　　計画作成者氏名　○○ ○○

| 年 月 日 | 内 容 | 年 月 日 | 内 容 |
|---|---|---|---|
| （平成17年） | | | 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 |
| 10月11日（火） | ・○○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 | | になっていること、②食事を自分で作りたいが上手く作れないこ |
| | 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 | | 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 |
| | 調の改善を図ることを申し合わせる。 | | 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 |
| | →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 | | するにはどの様な支援が必要か、介護予防の観点から検討する。 |
| | 確認する。 | | （結論） |
| 10月14日（金） | ・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 | | 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 |
| | をもらう→管理栄養士と相談の上、栄養改善サービス | | 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 |
| | を実施することを確認する。 | | 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 |
| | ・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 | | ン・各種アクティビティーへの参加を継続することで、身体機能の維持 |
| | 実施する。※別紙に記載。 | | に努めることを提案する。 |
| | ・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 | | 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 |
| | われる。 | | 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。 |
| 10月21日（金） | ・サービス担当者会議を開催。 | | 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れな |
| | 議題《初回介護予防サービス・支援計画の策定について》 | | 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（ |
| | （参加者）老人保健施設：介護支援専門員主任　○○○○ | | 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 |
| | 老人保健施設：管理栄養士　○○○○ | | 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 |
| | ○○居宅：介護支援専門員　○○○○ | | 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 |
| | ※訪問介護事業所：サービス提供責任者は欠席 | | 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 |
| | （検討内容） | | することを申し合わせる。 |
| | ・本人は平成14年に頚部脊椎血腫を発症し、その後遺症として左上 | | →ケアプランを策定する。 |
| | 下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 | 10月25日（火） | ◇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。 |
| | 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 | | ※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 |
| | 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 | | 業所にケアプラン（複製）を配布。 |

※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) | ・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、 | | おり、新たに要望や希望することはないとのこと。 |
| | 栄養改善サービスの開始が遅れているとのこと。 | | △訪問介護実施状況をモニタリング。※別紙に記載。 |
| 11月28日(火) | ◇定期訪問を実施する。 | | ・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 |
| | ・12月度のサービス利用票を提示し承諾を得る。 | | 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。→ |
| | ・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 | | 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 |
| | 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 | | あり、それ以降は食材の選定に気を配りなが調理を行っているとの |
| | よる身体機能の維持が図られいる。また訪問介護による食料品の買物 | | こと。 |
| | 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 | | ・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 |
| | 既存サービスの継続利用を希望される。 | | ・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 | | ◎本人からは「体重はあまり変わらず、また貧血症状にも変化はない |
| | 方が自宅を訪れ、挨拶及び趣旨説明を行ない承諾を得る。 | | 。」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 |
| | ※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 | | ーが少なかっ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 |
| | が遅れる。 | | いる様子。 |
| | ◎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。 | 12月19日(月) | ※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) | ・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 | (平成18年) | |
| | 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 | 1月24日(火) | ◇定期訪問を実施する。 |
| | と。 | | ・2月度のサービス利用票を提示し承諾を得る。 |
| 12月16日(金) | ▲デイケアの利用状況をモニタリング。※別紙に記載。 | | ・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 |
| 12月19日(月) | ◇定期訪問を実施する。 | | 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て |
| | ・1月度のサービス利用票を提示し承諾を得る。 | | 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 |
| | ・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 | | 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 |
| | 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 | | 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 |
| | 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 | | 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。」 |

※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 |
|---|---|---|---|
| | とのこと。→体調の変化は特にないが、近隣の方の声かけはそ | | |
| | の後、特に行われていないとのこと。 | | |
| | ・栄養改善サービスはデイケア参加の際に定期的に行われており、体重が | | |
| | 徐々に増加してきたとのこと。本人より「以前は大根やこんにゃくなど | | |
| | 油脂を含まないものを好んで食べていた為、摂取していたエネルギーが少な | | |
| | かったように思う。管理栄養士より助言を受けることで、改善しなければ | | |
| | ならない点が徐々に把握できてきた。また貧血症状についても殆ど感じら | | |
| | れなくなった。」との回答あり。 | | |
| | ◎本人は体重の増加を気にしながら、その後も調理や摂食に気を配ってい | | |
| | る様子。自宅では一人で過ごすことが多く、テレビを見る時間が少し長 | | |
| | めになっている様子。生活状況には主だった変化はない。 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※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）、検討した内容等を記入する。

# 介護予防サービス・支援評価表

評価日　平成○年○月19日

利用者名　S15−01　　様

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週2回、介護予防通所リハビリテーションに参加する。 | H17年11月1日 〜 H18年12月31日 | ・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。 | ○ | | | ・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いる為、本サービスを継続する。 |
| 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。 | | ・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。 | ・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。 |
| ③介護予防訪問介護による買物代行及び室内の清掃。 | | ・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、これら行為は行えない。サービス利用により脱居生活が継続できている。 | ○ | | | ・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、思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。 |
| 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。 | | 12月末に近隣住人に定期的に声かけ（様子観察）・緊急時の対処を依頼。現状では緊急対処もなく、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。 | × | ・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。 | ・今後も近隣住人に定期的に声かけ（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。 |
| ⑤緊急通報装置の設置。 | | 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。 | ・早期に緊急通報装置の設置を行う。 |

| 総合的な方針 | 地域包括支援センター意見 | | |
|---|---|---|---|
| ・現行ケアプランを継続する。 | | □ プラン継続<br>□ プラン変更<br>□ 終了<br>□<br>□ | □ 介護給付<br>■ 予防給付<br>□ 介護予防特定高齢者施策<br>□ 介護予防一般高齢者施策<br>□ 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らずに昇っていますか | 0.はい | [1.いいえ] |
| 7 | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | 0.はい | [1.いいえ] |
| 8 | 15分位続けて歩いていますか | 0.はい | [1.いいえ] |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | 1.はい | [0.いいえ] |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | [1.はい] | 0.いいえ |
| 11 | 6ヵ月間で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　172.6cm　　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めなくなった | 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 2005年　11月　1日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 利用者名 | (ふりがな)<br>S15−01 | [男]・女 | 要介護度 | 要介護1 |
| 生年月日 | 明(大)昭　15年　○月　○日( 79才) | | | |

(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 | □低リスク | ■中リスク | □高リスク |
|---|---|---|---|---|
| 身長(cm)<br>(測定日) | 172.6 | | | |
| 体重(kg)<br>(測定日) | 55. 0<br>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<br>(減少3%未満) | □1か月に 3～5%未満<br>□3か月に 3～7.5%未満<br>■6か月に 3～10%未満 | □1か月に 5%以上<br>□3か月に 7.5%以上<br>□6か月に 10%以上 |
| 血清アルブミン値*<br>(g/dl)<br>(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<br>(76～100%) | □不良 (75%以下)<br>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<br>□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）

【Ⅰ】

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 利用者名 | （ふりがな）<br>S15—01 | 男・女 | 要介護度 | 要介護度1 |
| 生年月日 | 明・大・昭　15年　○月　×日 | | | |
| 実施日 | 17年　12月　9日 | 記入者 | 管理栄養士 ○× | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 家族構成と<br>キーパーソン | 本人　—<br>結婚歴無し 独居 | 主たる買い物担当者 | ヘルパー |
| | | 主たる食事準備担当者 | 本人 |
| 主たる介護者 | なし（独居） | 主たる共食の者 | なし |
| 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 | 頚部脊椎血腫の後遺症による右半身の痺れ、左上下肢麻痺が残る（軽度）<br>肉類は好きではないので殆ど食べない。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加減してしまう。 | | |

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 ○× |
| 嗜　好 | 魚が好き。鮪は赤身が好きで生姜をつけて食べる。鰯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 | スーパー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ばかり食べるようになる | | |

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 ○× |

低栄養状態関連問題

- ■ 1 皮膚（ 乾燥ぎみでクリームを塗る）
- ■ 2 口腔内の問題
  - □ 痛み ■ 義歯の不都合 □ 口臭
  - □ 味覚の低下 □ 口が渇く□ むせ
- ■ 3 食欲低下
- □ 4 摂食・嚥下障害
- ■ 5 嘔気・嘔吐
- ■ 6 下痢（下剤の常用を含む）
- ■ 7 便秘
- □ 8 浮腫
- □ 9 脱水（腋下・口唇の乾燥等）
- □ 10 感染
- ■ 11 発熱（2回/年）
- □ 12 経腸栄養
- □ 13 静脈栄養
- ■ 14 医薬品の種類と数、投与法、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
塩味は低下しているが、刺激物（山葵など）は敏感
鼻汁が赤いときが時々あり
奥歯欠損

具体的に記載
フェニレン

【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 ○× | 実施日18年 2月 3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　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）

| 項　目 | 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） | HgbA1c　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○○ | 実施日 18年 2月 3日 記入者○○ |
|---|---|---|---|
| 食事 | 主食（割） | — | — |
| | 副食（割） | — | — |
| | エネルギー（kcal） | 1,168 | 1,458 |
| | タンパク質（g） | 53.9 | 58.0 |
| | 水分（ml） | 1,000 | 1,600 |
| 栄養補助食品 | 種類 | 使用していない | ヘルシーフード鉄ふりかけ |
| | 1回の量（ml(g)） | — | 1p |
| | 頻度（回） | — | 1日2回〜3回 |
| | エネルギー（kcal） | — | 鉄 0.7mg |
| | タンパク質（g） | — | — |
| 間食 | 種類 | 胡麻せんべい | せんべい、時々ビスケット（週1回弱位） |
| | 1回の量（ml(g)） | 1〜2枚 | 1〜2枚 |
| | 頻度（回） | 毎日 | 毎日 |
| | エネルギー（kcal） | 80 | 80〜100 |
| | タンパク質（g） | 3 | 3〜5 |
| 合計 | エネルギー（kcal）① | 1,248 | 1,540 |
| | タンパク質（g）① | 56.9 | 61.0 |
| | 水分（ml）① | 1,000 | 1,600 |

| 栄養補給量の算定 | | | |
|---|---|---|---|
| エネルギー消費量（kcal） | | 1,400 | 1,400 |
| 必要エネルギー（kcal） | | 1,521 | 1,540（摂取エネルギーとした） |
| 必要タンパク質（g） | | 65 | 65 |
| 必要水分量（ml） | | 1,900（食事含） | 1,900 |
| 特記事項 | | あっさりした食事が多く、エネルギーと脂質が足りないと思われる。<br>肉が好きではないので、缶詰などを利用して青魚を上手に食べられそう<br>鉄剤は嘔気がするので服用したりしなかったりしている。 | 筋力向上トレーニングを実施しながらの体重増である為、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。<br>鉄剤は殆ど服用していないが、本人は調子がよいと申す |
| | | 実施日 17 年 12 月 9 日　記入者〇× | 実施日 18 年 2 月 3 日　記入者〇× |
| 食事行為に関する事項（必要に応じて記入） | ①利用者の知識・技術・意欲の状況 | 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分からない。 | 缶詰を上手に利用しての食事をしっかり守っており、体重増と血色がよくなった事を自ら実感し始める<br>摂取エネルギーも確実に増えている。 |
| | ②家族・支援者の知識・技術・意欲の状況 | 家族はおらず、買い物はホームヘルパーまかせで食事の用意は本人が行う。 | 本人がホームヘルパーに青魚系の缶詰の購入を頼んでいる |
| | 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、住宅の階段の上り下りに不安がある。体力的にも不安あり。 | 住宅の階段の昇降は依然と不安があるが、室内でコンピューター操作してみたいと意欲が生まれる。体力がない時は何もしたくなかった。 |
| | 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。 | 受けていないが、食材選びは自らヘルパーにお願いしている |
| | 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。 | 配食サービスは今のところ必要ないと思われる。通所リハビリではおやつ含めて全量摂取されている（約 600Kcal 蛋白質 30g） |
| | 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<br>週２回<br>ホームヘルパーの買い物代行。 | 現在利用中の資源は変更無し<br>本人希望としてコンピューター操作を教えてくれるインフォーマルなサービスや介護予防通所リハビリ等を希望 |
| | ⑦食事・食事準備や買い物の環境 | スーパーはゆっくり歩いて 10 分くらい<br>住宅にはエレベーターがない。<br>食事準備は簡単なものなら本人が出来る。 | 変更無し |
| 総合的評価・判定 | | 体重減少の理由として、量を沢山食べると吐き気や嘔吐があり、つい量を加減してしまう。肉類は好きではない。魚は青魚も好きだが奥歯がないので小骨の多い魚を敬遠してしまう。簡単で尚且つ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。<br>鉄剤は処方されているが、嘔気がさすため時々服用をやめている。 | 食事摂取量が増えると共に、体重増加と肌のつや・はりがでてくる。また嘔気がなくなったと実感される。<br>リハビリの方足上げは３秒から５秒に増えたと喜んでおられる。<br>また、コンピューター操作を教えて欲しいと余暇に対しても前向きになっておられる。<br>コンピューター操作支援が可能か確認、食事は現状の支援で経過を追っていくとする。 |



# 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　S15—01　殿

| 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） | 無 ・ (有) | |
| 自己実現の課題とその意欲 | 網膜剥離後のリハビリ中止による筋力低下（４ 月再開している）が感じられ、階段の昇降に不安である。<br>貧血と体重減少も指摘され疲れやすくなる。<br>通所リハ日と通院日以外は外出をしなくなる。出来ればコンピューター操作を習得し余暇時間を上手に利用していきたいと感じている。 | 体調がよくなり、リハビリ時に片足立ちが３秒から５秒に増え、本人喜んでおられる。<br>通所リハ時にコンピューター操作教えて欲しいと強い希望もあり、余暇時間に前向き姿勢である。<br>嘔気もなく摂取量も安定している。 |
| 主観的健康感<br>現在の健康状態　あてはまる番号１つに〇 | 1 よい　2 まあよい　3 ふつう　[4] あまりよくない　5 よくない | 1 よい　[2] まあよい　3 ふつう　4 あまりよくない　5 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、栄養補助食品の鉄ふりかけを提案する<br>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。 | 計画は変更なく実施されている。 |
| 総合的評価 | 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。病気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。 | |

所属（事業所）　〇×〇×

作成担当者氏名　管理栄養士〇×

# 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: S15-01　殿　　生年月日　大正１５年　○月　×日　　住所: ○○市区　○－○－○－○－○

計画作成者氏名: ○○　○○

所属名及び所在地； ○○市○○区○○町○○○○番地　　初回作成日； 平成　17年　12月　10日

担当者氏名　　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 | 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）<br>①体重減少6ヶ月5%<br>②嘔気による食事量の低下<br>③筋力低下（網膜はく離によりリハビリ3ヵ月間中止。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<br>体重増加（目標2kg増加）<br>貧血改善（Hgb10.4） | ①食品の選択の支援<br>・ヘルパーによる買い物代行うけている<br>・本人は肉類は好まれず、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<br>1、缶詰の骨までやわらかくなっている魚を購入し、食べてもらう（鰯や鯖など）<br>2、間食はせんべいが多いが、時々クッキー類もたべてもらう、エネルギー、脂質↑（乳製品は殆ど食さない） | 介護支援専門員<br>管理栄養士<br>管理栄養士 | （相談日）<br>月２回 | 6ヶ月間 |
| | ②貧血改善による食事支援<br>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。<br>（ヘルシーフード　Feふりかけ　Fe0.7mg） | 管理栄養士 | （相談日）<br>月２回 | 6ヶ月間 |
| | 〔食事相談〕<br>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、加減してしまう。奥の義歯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。<br>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。 | 管理栄養士<br>介護支援専門員<br>ヘルパー | 月２回 | |
| ＃２筋力の向上 | ①筋肉向上トレーニング<br>・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<br>インストラクターによるパワーリハビリの再開 | 介護支援専門員<br>リハビリスタッフ | 週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 | | | |

# 栄養改善サービス評価書（新予防給付）(案)

氏名　S15－01

| | 3か月後の目標 | サービス提供前<br>17年 12月 9日<br>記入者 管理栄養士 ○×<br>数値 | 問題チェック | 1ヶ月目<br>18年 1月 15日<br>記入者 管理栄養士 ○×<br>数値 | 問題チェック | 2ヶ月目<br>18年 2月 3日<br>記入者 管理栄養士 ○×<br>数値 | 問題チェック | 週・月目<br>年 月 日<br>記入者<br>数値 | 問題チェック |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **アウトカム** | | | | | | | | | |
| 自己実現の課題 | 貧血を改善したい | 食事を見直していく | ■ | 肌のつやが少し出てきたと実感 | ☐ | 体重増え、体調よくなる実感 | ☐ | | ☐ |
| 自己実現の意欲 | ややあり | ややあり | ☐ | 意欲あり | ☐ | 余暇に前向きになる | ☐ | | ☐ |
| 主観的健康観 | 筋力向上、維持を図りたい | やせて筋力と体力がない | ■ | リハビリに意欲的 | ☐ | 片足立ち秒数延長(3→5秒) | ☐ | | ☐ |
| | | | ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| **栄養リスク** | | | | | | | | | |
| 体　重 (kg) | 57.0 | 55.0 | ☐ | 56.2 | ☐ | 58.3 | ☐ | | ☐ |
| BMI | 20.4 | 18.4 | ■ | 18.8 | ☐ | 19.8 | ☐ | | ☐ |
| 体重減少率 (%/月) | 3%増/3ヶ月 | 5%減/6ヶ月 | ■ | 2%増/1ヶ月 | ☐ | 5.7%増/2ヶ月 | ☐ | | ☐ |
| 血清アルブミン (g/dl) | — | — | ☐ | — | ☐ | — | ☐ | | ☐ |
| 食事摂取状況 | 100% | 75% | ■ | 85% | ☐ | — | ☐ | | ☐ |
| | | | ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| **摂取量(%) *** | | | | | | | | | |
| エネルギー (kcal(%)) | 1,540Kcal | 1,248Kcal | ☐ | 1,300Kcal | ■ | 1,540Kcal | ☐ | | ☐ |
| タンパク質 (g(%)) | 65.0g | 56.9g | ☐ | 58.0g | ■ | 61.0g | ☐ | | ☐ |
| 水　分 (ml(%)) | 1,974ml | 1,500ml | ☐ | 1,600ml | ■ | 1,600ml | ☐ | | ☐ |
| | | | ☐ | | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| | | | | | | | | | |
| **その他の項目** | | | | | | | | | |
| 食事計画の実践状況 | 魚の缶詰の利用 | | ☐ | 実施 | ☐ | 実施 | ☐ | | ☐ |
| | 間食をエネルギー脂質の高いものを摂取 | | ☐ | 努力はしている | ☐ | 週1回は実施 | ☐ | | ☐ |
| | 鉄ふりかけの使用 | | ☐ | 実施 | ☐ | 実施 | ☐ | | ☐ |
| 評価 | | あっさりとしたものを食している為、エネルギーと脂質不足の傾向あり。 | | 食事量が増し、嘔気がしなくなった。体重も増加し改善の実感あり | | 体重が増加により、肌にはりが出てきたと実感あり。リハビリ時の片足立ちが少し長く出来るようになる(3秒→5秒)。余暇時間の過ごし方にも前向きになっている | | | |
| 計画の修正 | | (無)・有 | | (無)・有 | | (無)・有 | | 無・有 | |
| 総合評価 | | 本人が無理なく実施できる方法を提案する。実施できそうだとやや意欲的である | | 食事内容を少し変えるだけでこれだけの効果が現れる事に本人は驚かれている。無理のない実施のようなので継続する。 | | 体力と筋力が増す事で、生活の余暇時間の過ごし方に前向きな姿勢である。食事内容は継続とする | | | |

# 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; Ｓ１５－０１ 殿

作 成 日； 17年 12月 15日

作成者氏名； 管理栄養士 ○○○○

| サービス提供項目 | 12月 15日 | 12月 27日 | 1月 15日 | 2月 3日 |
|---|---|---|---|---|
| 食事計画 | 場所；通所リハビリフロア | 場所；通所リハビリフロア | 変更なし | 変更無し |
| | 担当者；管理栄養士 | 担当者；管理栄養士 | | |
| | 時間；13:40～14:00 | 時間；12:30～13:20 | | |
| | 補助食品のふりかけに関しては抵抗なく摂取されている | 「特に無理せずやってるよ」と、計画を実行されている | | |
| 栄養食事相談 | 場所；通所リハビリ横ブース | 場所；通所リハビリフロア | 場所；通所リハビリフロア | 場所；通所リハビリフロア |
| | 担当者；管理栄養士 | 担当者；管理栄養士 | 担当者；管理栄養士 | 担当者；管理栄養士 |
| | 時間；13:30～14:00 | 時間；12:30～13:20 | 時間；13:30～14:00 | 時間；12:30～12:50 |
| | 本人は栄養について分かっていたつもりだったが、あらためて見直すと体重減少の原因が食事内容によるものと納得される。 | 「体調はいかがですか？」の声賭けに、「ちゃんと青魚もたべるようにしていますよ」と話す。 | 「体重が最悪の時から増えてるよ」「昔はこんなに太っている時があったね・・・」と笑顔、身振りで話す。 | 「この調子でベスト体重の62kgまでになりたいね」「なんだか嘔気もなくなって量がまあまあ食べれるよ」と話す。 |
| 多職種協働による低栄養に関連した課題の解決 | 場所；居宅支援事業所 | 場所；リハビリルーム | 場所；パワリハビリ室 | 場所；通所リハビリフロア |
| | 担当者；介護支援専門員・管理栄養士 | 担当者；作業療法士・介護支援専門員 | 担当者；管理栄養士・機能訓練指導員 | 担当者；SE・管理栄養士 |
| | 時間；16:30～17:00 | 管理栄養士 | 時間；14:30～14:40 | 時間；14:30～14:40 |
| | ケアマネがアセスメントを実施した内容から、レトルト食品の使用が多いとの情報があり、それを別のものに置き換える工夫を促す。 | 時間；15:00～15:20<br>ケアマネより再度動作状況を（麻痺や痺れの状態）確認してどの程度まで自炊可能か評価する。通所リハビリのOTからも情報集める。 | 「通所リハビリにくると毎回筋肉向上トレーニングができるからいいんだよ。家にいると、あまり動かないしね」と本人と機能訓練指導員と管理栄養士で会話する。 | 通所リハ利用時にパソコン操作おぼえたいと同じテーブル席の利用者と話される。「家にいたらなんだかだらけてしまってね。著作でもしたいなあ」と意欲的。 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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　礒崎　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