

標を設定し、本人の自信につなげることを重視して計画した。

3. 事例紹介 (ID S26-01)

88 歳女性。要支援。夫は他界し独居世帯。家族は次男夫婦が近くに住んでいて、買い物、通院等は車で連れて行く。

9 月頃に風邪をこじらせて体重が減少してきた。また、足元がふらつき、長時間の歩行に自信がない。バスなどの公共機関は長く利用していない。

通院の帰りに一人で商店街を歩いて、公共機関を使って帰れるようになることを希望している。この目標に向けて、介護支援専門員は介護予防ケアプランの目標を「体力をつける」とし、機能向上、筋力トレーニングをデイサービスに依頼した。また、栄養改善サービスとして食生活の見直し、低栄養状態の改善を管理栄養士に依頼した。

栄養改善サービスでは、体力をつけ筋力向上をはかるため、良質のたんぱく質を摂るように計画を立てた。本人も食事に関心があり、自炊しているため、計画通りに実施され、3 ヶ月後には体重の増加、意欲の向上が観られた。現在さらに、計画の項目を増やしモニタリングを行っている最中である。

4. 事例から他職種協働等の課題

本事例は担当の介護支援専門員が対象者の情報を事前にしっかりと管理栄養士に提供していたので対象者に重複した質問をすることを避けることができた。対象者の負担を軽減するためにも、介護支援専門員と管理栄養士の連携は重要だと考えた。また、モニタリングの際にも、介護支援専門員と管理栄養士間の情報の共有、確認が重要であると感じた。栄養改善サービス計画だけが、一人歩きしないように、介護予防の長期目標を常に念頭に置いて進めていかなければならないと考えた。

また、管理栄養士も対象者宅を訪問してみたが、この際に初回は介護支援専門員がいた方がいいと感じた。

その他には、今回の事例では主治医と直接話すことが無かったが、今後は必要が生じる場合もあると感じた。

5. 栄養改善サービスの取り組み方

今回は要支援者に対して、栄養改善サービス計画を実施してきたが、栄養相談による体重増大や意欲の向上に有効であった。回数を重ねる毎に、お互いに親しみもわき、以降の計画も受け入れてもらえるようになった。相談の時間としてはいずれの回も 30 分以内で行った。通常、栄養相談はデイサービス利用中に行ったので、レクリエーション・リハビリなどの妨げにならないようにした。相談場所は、和やかな雰囲気で行うことにしたため、個室を利用せず、デイサービスの一角で行ったが、30 分以上は気が散ってしまうなど集中力や、個人情報保護の面では問題があったと考えている。

今回は、対象者宅を訪問したので、台所が実際つかわれているなど生活の状況を知る

ことができた。ただし、冷蔵庫の中を確認するには信頼関係の構築が足りないように感じた。今回は栄養改善サービス計画を作成後に対象者宅を訪問したが、居宅のほうが本人の話が弾んだこともあり、栄養改善サービス計画を作成する前に必要に応じて、事前アセスメントの一環として居宅を訪問することが必要ではないかと感じた。

いくつかの問題点はあったものの、当事例は対象者本人からは喜ばれ、栄養相談を行ってよかったと感じられるものであった。今後も続けていくべきと考える。

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》
S20 夫が永眠後、子供3人をかかえての生活であった。子供を家に預け働くこともあった。
その後、再婚。H12年夫他界した後、独居。

今までの生活

1日の生活・すごし方
趣味・楽しみ・特技

現在の生活状況 (どんな暮らしを営んでいるか)
8:00起床
午前中は、頭がはつきりしないので一つ一つの行動をゆっくり行いながら、掃除・調理を行い、午後は、散歩に出かけたり、新聞を読んだり過ごしている。
デイサービスへのドライブが楽しみ。

時間 本人 介護者・家族
友人・地域との関係
宗教関係の方々との交流が頻りにある。

利用者基本情報

作成担当者: OO ΔΔ

《基本情報》

相 談 日 OO年OO月OO日(O) 来 所・電 話 初 回 再 来 (前 /) その他 ()

本人の状況 (住所) 入院又は入所中 ()

7加才 本人氏名 S26-01 男・女 M・D・S O年O月O日生 (8.8) 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・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・II a・II b・III a・III b・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 談 者) 家族構成

住 所 先 氏名 続柄 住所・連絡先

緊急連絡先

◎=本人、○=女性、□=男性
●=対応、☆=キーパーソン
主介護者に「主」
副介護者に「副」
(同居家族はOで印む)

家族構成

■-○-■
-

■-□*-■

家族関係等の状況
長男夫婦が市内に在住している。
一日一回は、電話があり、必要なものがあると、買って届けている。
受診時の送迎も協力している。

《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 |
|------------|---------|
| 訪問介護 週 1 回 | |
| 通所介護 週 1 回 | |

地域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、要介護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・介護支援センター、要介護支援センター、ケアマネジャー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範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 S26-01 印

《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 |
|----------|------------|----------------------------------|---------------------|-----------|
| H13年 月 日 | 肺炎 尿路感染 | Tel ☆ | 治療中 経過観察中 その他 | 抗生物質服薬 |
| H12年 月 日 | 腰痛 | Tel | 治療中 経過観察中 その他 | 湿布 |
| H12年 月 日 | 脳梗塞 | Tel ☆ | 治療中 経過観察中 その他 | |
| S61年 月 日 | うつ 血 性 心不全 | Tel ☆ | 治療中 経過観察中 その他 | |

介護予防サービス・支援計画書

利用者名 S26-01 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 地域支援専従
計画作成者氏名 OO.OO 取次員 1、要支援 2

委託の場合、計画作成者氏名・事業所名及び所在地(〒番号)

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 毎日の散歩を続けていく 1年 受診の頻りは商店街をぶらぶら歩いてバスに乗って帰りたい

| 支援計画 | 本人等のセルフケアや家族の支援、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 |
|---|--|---|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| <p>アセスメント領域と現在の状況</p> <p>活動・移動について ・暴発・体力低下している。受診頻度は長男夫婦の車で送迎してもらっている</p> <p>日常生活(健康状態)について 買い物は長男夫婦に買って来てもらう。ヘルパーや薬剤師、訪問看護の訪問回数も増えている。調理は全て自分で行う。掃除はコロコロクリーナーのみで行い、後はヘルパーが行っている。ゴミ出しは自分でゆくり行っている。雨降時の洗濯は自分で洗い、送迎は長男夫婦に依頼</p> <p>社会参加、本人関係、コミュニケーションについて 近隣の交流があり、毎日の散歩の際、おしゃべりしてきている。</p> <p>健康管理について 入浴は週初回で週1回。他は湯拭きを毎日行っている。調理は全て自分で行っている。</p> | <p>目標についてのポイント</p> <p>(1) 通所介護で散歩がけがこれにより体力低下を防ぐこと。(2) 栄養ケア、介護サービスにより体力を向上させる。</p> | <p>介護予防運動 介護予防運動 介護予防運動 介護予防運動 介護予防運動</p> | <p>通所介護(週勤機能向上)</p> <p>栄養改善サービス</p> | <p>〇〇通所介護</p> <p>〇〇通所介護</p> | <p>3ヶ月</p> <p>6ヶ月</p> |
| <p>課題に列挙する目標と現状の提案</p> <p>受診頻度、歩いて帰れるようになること。買い物も自分でし、そのほかにも送迎もお願いしたい。①筋力低下による不安定な歩行。②歩行時の痛み。③歩行時の不安定な歩行。④歩行時の不安定な歩行。</p> | <p>果実薬についての意向</p> <p>本人・家族</p> | <p>目標</p> <p>提案どおり</p> | | | |
| <p>総論的課題</p> <p>心疾患、体力低下による不安定な歩行、歩行時の痛み、歩行時の不安定な歩行。</p> | | | | | |
| <p>領域における課題(背景・原因)</p> <p>心疾患、体力低下による不安定な歩行、歩行時の痛み、歩行時の不安定な歩行。</p> | | | | | |
| <p>本人、家族の意向</p> <p>受診の頻りに歩いてかえりたい</p> | | | | | |
| <p>介入内容</p> <p>通所介護で入浴したい</p> | | | | | |

【本事業によるべき事項がでない場合】
該当する支援の実施に向けた方針

総合的方針:生活不活発の改善・予防のポイント
栄養改善、筋トレにより体力をつけていく、また、定期的に外出することで、生活が活性化される。

計画に關する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 S26-01 印

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

【意見】

地域包括支援センター

【確認印】

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

S 26-01

計画作成者氏名

〇〇〇〇

| 年月日 | 内 容 | 年 月 日 | 内 容 |
|--------------------------|---|-----------|---|
| 2005/10/5 | 〈電話〉研究協力依頼 〈訪問〉 研究内容説明 同意 アセスメント実施、 介護予防プラン 目標設定 | 2006/1/26 | ADL変化なし。体重変化なし。 栄養改善内容継続しているとのこと。 〈電話〉 検査結果。異常なしとのこと。 長男夫婦と相談して、寒い時期なので、体力をしっかりと回復するた めに2月中は通所介護をお休みすることにしたいとのこと。 栄養相談内容継続していくとのこと、2月末訪問し状況 確認予定 |
| 2005/10/6 | 管理栄養士に栄養改善サービス依頼 情報提供 | | |
| 2005/10末 | 管理栄養士より経過報告 たんぱく質の不足有り ～一日1個の卵の追加摂取をすすめた | | |
| 2005/11/1 | 〈訪問〉 「栄養相談で、たんぱく質が足りてないとわかった。今まで しっかりと栄養とっていると思ってたから良かった。毎日、 卵一個を追加して調理しています」とのこと。 体重は3キロ増えた。 首が痛いとのこと受診し、そのまま検査入院となる。 | | |
| 2005/12/16 ～2006/1/16 | | | |
| 2006/1/24 | 〈訪問〉管理栄養士と同行 活気有り。退院間際に行った検査の結果が近日常に出る予定との こと | | |

※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。

評価日 2006/1/24

介護予防サービス・支援評価表

| 利用者名 S 26-01 | 施設 | 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) | 2月 |
|--|----|------|---|--------------------------|-------------------------------------|---|
| 目標 体力をつけ 受診時歩いて帰ってこれるようになる ①筋力をつける ②エネルギー、タンパク質の摂取を必要量を確保する | | 3ヶ月 | 入院期間があり 毎日の散歩継続できず。食事は、入院中のメニューで勉強してきたとのこと (栄養への意識は継続して高い) (筋力は多少の低下有り) | 目標 未達成 入院により、外出できなかった | 入院により、プラン実施できなかったが、栄養への意識が高くなったと感じる | 2月中、デイサービスはお休みとのことなので、途中訪問しながら、少しづつ外に出るように促していくこととし、3月にはデイサービス再開と共に体力づくりをおこなっていただけるよう支援いたします。 |
| | | 6ヶ月 | * 12/16～1/16入院のため、中断期間有り、退院後の訪問でADL変化無いことから、継続してプラン実施 | | | |
| 地域包括支援センター意見 | | | | | | |
| 総合的な方針 | | | | | | <input type="checkbox"/> 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 | 家族や友人の相談ののっていますか | 0.はい 1.いいえ |
| 6 | 階段をすすりや壁をつたわらずに昇っていますか | 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か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか | 1.はい 0.いいえ |
| 12 | 身長 144 cm 体重 35 kg (注) BMI 16.9 | |
| 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 | お茶や汁物等でもむせることがありますか | 1.はい 0.いいえ |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | 1.はい 0.いいえ |
| 16 | 週に1回以上は外出していますか | 0.はい 1.いいえ |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 1.はい 0.いいえ |
| 18 | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか | 1.はい 0.いいえ |
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | 0.はい 1.いいえ |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 1.はい 0.いいえ |
| 21 | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない | 1.はい 0.いいえ |
| 22 | (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しくなくなった | 1.はい 0.いいえ |
| 23 | (ここ2週間)以前は案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 〇〇〇〇 作成年月日 17年 10月 12日

| | | | |
|----------------|-------------------|------|-----|
| 利用者名 (ふりがな) | S26-01 | 要介護度 | 要支援 |
| 性別 | 男 | | |
| 生年月日 | 明(丸) 6年 月 日 (88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) (測定日) | 144 | | | |
| 体重 (kg) (測定日) | 35.0 H17. 10. 12 | | | |
| BMI | 16.9 | □18.5~29.9 | ■18.5未満 | |
| 体重減少率(%) | 3ヶ月間に 5.4%減少 | □変化なし (減少3%未満) | □1か月に3~5%未満 ■3か月に3~7.5%未満 □6か月に3~10%未満 | □1か月に5%以上 □3か月に7.5%以上 □6か月に10%以上 |
| 血清アルブミン値* (g/dl) (測定日) | - | □3.6g/dl以上 | □3.0~3.5g/dl | □3.0g/dl未満 |
| 食事摂取量 | 良好 | ■良好 (76~100%) | □不良 (75%以下) 内容: | |
| 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)

【I】

| | | | | | |
|---------------------------------|--|------------|--------|------|-----|
| 利用者名 | (ふりがな) S26-01 | 性別 | 男 | 要介護度 | 要支援 |
| 生年月日 | 明(大) 昭 6 年 0 月 0 日 | 年齢 | 90 | | |
| 実施日 | H 17 年 10 月 12 日 | 記入者 | 〇〇 〇〇〇 | | |
| 家族構成とキーパーソン | 本人 次男(別居) | 主たる買い物担当者 | 次男夫婦 | | |
| | | 主たる食事準備担当者 | 本人 | | |
| 主たる介護者 | なし | 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 | 1人で歩いてバスなどの公共機関を利用することへの不安。風邪で頓せてしまった。 | | | | |
| 主観的な健康感・意欲(心身の訴えを含む) | 栄養への関心あり。改善する意欲もあり。 | | | | |

食事の提供のための必要事項

| | | | |
|-----------|-------------------|-----|--------|
| 実施日 | H 17 年 10 月 19 日 | 記入者 | 〇〇 〇〇〇 |
| 嗜好 | 肉類嫌い | | |
| 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 | 食卓の椅子とテーブルで一人で食べる | | |
| 特記事項 | | | |

多職種による栄養ケアの課題

| | | | |
|-----------|--|-----|--------|
| 実施日 | H 17 年 10 月 19 日 | 記入者 | 〇〇 〇〇〇 |
| 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"/> 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"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> むせ <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(下剤の常用を含む) | | |
| | <input type="checkbox"/> 7 便秘 <input type="checkbox"/> 8 浮腫 <input type="checkbox"/> 9 脱水(腋下・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 具体的に記載 ラシックス(40)2 J/2X(1-1-0) カルグート(5)2 J/2X(1-1-0) シグマート(5)2 J/2X(1-0-1) フラントル(20)2 J/2X(1-0-1) | | |

【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 10 月 12 日 記入者 〇〇 | 実施日 17 年 1 月 24 日 記入者 〇〇 |
|-------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 生活機能・身体機能 | 自立 J2 | 自立 J2 |
| 握力*(kg)(利き腕) | - | - |
| 体重(kg) | 35kg (87.5%) | 37kg (92.5%) |
| BMI | 16.9 | 17.8 |
| 通常体重(kg) | 40.0 | 40.0 |
| 体重変化率(%) | 3ヶ月 5.4%(増加・減少) | 3ヶ月 5.4%(増加・減少) |
| 下腿周囲長*(cm) | -(%) | -(%) |
| 上腕周囲長(cm) | -(%) | -(%) |
| 上腕三頭筋皮厚(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)

| 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) | - | - |

| 項目 | 実施日 17 年 10 月 12 日 記入者 〇〇 | 実施日 17 年 1 月 24 日 記入者 〇〇 |
|--------------|---------------------------|--------------------------|
| 総口摂取量(①) | | |
| 主食(割) | 4 | 4 |
| 副食(割) | 5 | 5 |
| エネルギー(kcal) | 1,000 | 1,150 |
| タンパク質(g) | 36 | 43 |
| 水分(ml) | 1,100 | 1,150 |
| 種類 | なし | なし |
| 1回の量(ml(g)) | なし | なし |
| 頻度(回) | なし | なし |
| エネルギー(kcal) | なし | なし |
| タンパク質(g) | なし | なし |
| 種類 | おやつに食パン8枚切1枚 | おやつに食パン8枚切1枚 |
| 1回の量(ml(g)) | | |
| 頻度(回) | 1 | 1 |
| エネルギー(kcal) | 100 | 100 |
| タンパク質(g) | 7 | 7 |
| エネルギー(kcal)① | 1,100 | 1,250 |
| タンパク質(g)① | 43 | 50 |
| 水分(ml)① | 1,100 | 1,250 |

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 S26-01 殿

| | |
|-------------------------|--|
| 栄養補給量の算定 | |
| エネルギー消費量 (kcal) | 1,250 |
| 必要エネルギー (kcal) | 50 |
| 必要タンパク質 (g) | 1,250 |
| 必要水分量 (ml) | |
| 特記事項 | 肉類は嫌いなので卵でたんぱく質を補う。自宅は訪問していない。卵のほかにプロセステーズを毎日摂取。自宅を訪問した。 |
| ①利用者の知識・技術・意欲の状況 | 実施日 17年 11月 2日 記入者〇〇 栄養に関心があり、食生活を改善する意欲がある。 低栄養状態を理解できた。 |
| ②家族・支援者の知識・技術・意欲の状況 | 知居。次男夫婦が近くに住んでいて、買い物は車で連れていってしてくれる。協力的である。 |
| ③日常の食習慣や生活習慣の状況 | 1日2食と間食1回であるが、食事を摂る意欲はある。3食に増やす気はない。風邪で体重が落ちて、戻らないとのこと。 |
| ④訪問介護等による食事介助、調理支援などの状況 | 訪問介護は週に1回受けている。調理は本人ができるので不要。 |
| ⑤配食サービスや通所サービスでの食事摂取状況 | デイサービスでは一人当たりの量が多いので、全量は召し上がらないが、比較的よく召し上がっている。 |
| ⑥活用しているあるいは今後活用できる資源状況 | デイサービスでの筋力トレーニング |
| ⑦食事・食器準備や買い物物の環境 | 食事の準備は自立。 買い物は家族。 |
| 総合的評価・判定 | 本人に栄養改善の意欲は見られるが、自分で調理している点から考えても、あまり面倒なことを提案すると実質が難しい。まずは卵1個を毎日の食事に追加することから始めてみる。 |

| | | |
|-------------------------|---|--|
| 低栄養のリスク | サービス開始時 (11月 〇日) | 3か月後 (1月 〇日) |
| BMI | 35.0kg (16.9) | 37.0kg (17.8) |
| 体重減少率、変化 | 3ヶ月間に5.4%減少 | 3ヶ月間に5.7%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 | 体力をつけ足腰を強くし、もう少し長い距離を歩けるようにしたい。受診の帰りに商店街を歩いて帰りたい。 | 12月入院していたが、退院後、栄養状態や食欲等の変化がなかったことを確認したため、計画の変更はなし。特に変化は観られない。 |
| 主観的健康感 現在の健康状態 に〇 | 1 2 3 4 5 よい まあよい 普通 あまり よくない | 1 2 3 4 5 よい まあよい 普通 あまり よくない |
| 計画の概要と実施状況 | 体重の増加 40kg を目指す。調理はすべて自立なので、今現在食べているもの他に1日1個の卵を摂取することを提案する。買い物等は家族が協力する。 | 生活は、特に変化ないため、プランの変更なし。入院中食べていたものなどもしっかりと憶えており、タンパク質の摂取に意欲的で、チーズも毎日食べるようになった。 |
| 総合的評価 | 卵1個を追加することで、本人がたんぱく質を摂るという意識を持ち、栄養状態の改善に努力する姿勢がみられた。少しずつではあるが、改善がみられ、本人も喜ばれている。 | |

所属(事業所) 〇〇事業所
作成担当者氏名 〇〇

栄養改善サービス計画書 (新予防給付) (案)

利用者名: S26-01 殿
 計画作成者氏名: 〇〇〇 〇〇
 所属名及び所在地: 特別養護老人ホーム 〇〇〇
 担当者氏名: 〇〇〇〇

生年月日: T6年 〇月 〇日
 住所: 〇〇市〇〇〇〇

初回・紹介・継続
 認定済・申請中

初回作成日: 平成 17年 10月 26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 | 体力をつけ足腰を強くし、もう少し長い距離を歩けるようにしたい。受診の帰りに商店街を歩いて帰りたい。 |
| 解決すべき課題(ニーズ) | 栄養のリスク (中・高) 体重減少 足元のふらつき |
| 長期目標(ゴール)と期間 | 長い距離の歩行ができるようになることで、商店街を自分で歩いて帰ってこられるようになる。 |

| 短期目標と期間 | 担当者 | 頻度 | 期間 |
|----------------|--|----------|-----------|
| 体重の増加40kgを目指す | 管理栄養士 | 毎日 | 6ヶ月 |
| 身体状況の把握 | ティ職員 | 月1回 | 6ヶ月 |
| 食事の準備等に関する自立支援 | 家族 ティ職員 | 通時 毎週 | 通年 6ヶ月 |
| 特記事項 | 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) ①栄養食事相談 ・必要エネルギー量1,200kcal。必要たんぱく質50g。必要水分量1,200ml。 調理はすべて自立なので、今現在食べているもの他に1日1個の卵を摂取することを提案する。 体重はティサービスで入浴の際に月1回計ってもらう。 ①買い物は家族が車にて協力 ②近くの商店へは、一人で歩いていくので下肢筋力の低下を防ぐために、ティサービス利用時は運動機能の向上に参加していただく。 | | |

栄養改善サービエ評価書（新予防給付）(案)

氏名 S26-01

| 3か月後の目標 | サービエ提供前 | | 2週目 | | 1月目 | | 3月目 | |
|-----------------|------------|--|--------|---|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|---|
| | 記入者 ○○ | 17年 10月 6日 | 記入者 ○○ | 17年 10月 19日 | 記入者 ○○ | 17年 11月 2日 | 記入者 ○○ | 18年 1月 24日 |
| | 数値 | 問題 チェック | 数値 | 問題 チェック | 数値 | 問題 チェック | 数値 | 問題 チェック |
| アウトカム | | | | | | | | |
| 自己実現の課題 | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | 寒いので外に出ない <input checked="" type="checkbox"/> |
| 自己実現の意欲 | | あり <input type="checkbox"/> | | あり <input type="checkbox"/> | | あり <input type="checkbox"/> | | あり <input type="checkbox"/> |
| 主観的健康観 | | 一人で歩く自身が ない <input checked="" type="checkbox"/> | | 自信がない <input checked="" type="checkbox"/> | | 元気が出てきた <input type="checkbox"/> | | あり <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 栄養リスク | | | | | | | | |
| 体重 (kg) | 40.0 | <input type="checkbox"/> | 35.0 | 36.0 | <input type="checkbox"/> | 37.0 | <input type="checkbox"/> | 37.0 <input type="checkbox"/> |
| BMI | 20.0 | <input type="checkbox"/> | 16.9 | 17.4 | <input type="checkbox"/> | 17.8 | <input type="checkbox"/> | 17.8 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 体重減少率 (%/月) | | <input type="checkbox"/> | 5.4%減 | 2.9%増 | <input type="checkbox"/> | 2.9%増 | <input type="checkbox"/> | 変化なし <input type="checkbox"/> |
| 血清アルブミン (g/dl) | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 食事摂取状況 | 80% | <input type="checkbox"/> | 70% | 80% | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 85% <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 摂取量(*) | | | | | | | | |
| エネルギー (kcal(%)) | 1,250 | <input type="checkbox"/> | 1,100 | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 1,250 <input type="checkbox"/> |
| タンパク質 (g(%)) | 50 | <input type="checkbox"/> | 43 | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 50 <input type="checkbox"/> |
| 水分 (ml(%)) | 1,250 | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 1,250 <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他の項目 | | | | | | | | |
| 食事計画の実践状況 | 毎日たんぱく質を摂る | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | 実践している | | 実践している <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| 評価 | | 風邪をひいて体重が落ちている | | | | 卵を1日1個食べていて、元気もでてきた | | チーズも加えている |
| 計画の修正 | | (無)・有 | | (無)・有 | | (無)・有 | | (無)・有 |
| 総合評価 | | | | | | | | |

卵1個を追加することで、本人がたんぱく質を摂るという意識を持ち、栄養状態の改善に努力する姿勢がみられた。少しずつではあるが、改善がみられ、本人も喜ばれている。

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: S26-01 殿

作成日: 17年 10月 19日

作成者氏名: OO OOO

| サービス提供項目 | 10月 19日 | 11月 2日 | 12月 日 | 1月 24日 |
|-----------------------|--|--|------------------------------|---|
| 食事計画 | 10/12二次アセスメントを実施後に管理栄養士が作成。 10/19 14:00~14:30 場所: デイサービス一角 担当者: 管理栄養士 卵1個を食事に追加 毎日実践してみるとのこと | 14:00~14:30 場所: デイサービス一角 担当者: 管理栄養士 前回の計画どおり、毎日卵を食べている | | 入院中、退院後、栄養状態や食欲等の変化がなかったことを確認したため、計画の変更はなし。特に変化は観られない。 |
| 栄養食事相談 | 14:00~14:30 場所: デイサービス一角 担当者: 管理栄養士 話好きのようで、こちらから聞かなくても話して頂ける。栄養食事相談の内容もしっかり理解している。 | 14:00~14:30 場所: デイサービス一角 担当者: 管理栄養士 元気が出てきたと本人から喜ばれる | 入院(検査入院)中のため、デイお休み。お話できなかった。 | 時間: 14:00~14:45 場所: 利用者宅 担当者: 担当介護支援専門員、管理栄養士 入院中食べていたものなどもしっかり憶えており、タンパク質の摂取に意欲的で、チーズも毎日食べるようになった。 |
| 多職種協働による低栄養に関連した課題の解決 | 初回面談前に、担当ケアマネのアセスメント内容のコピーをもらい、事前の情報収集を行った。 10/17 16:00~16:30 場所: 相談室 担当者: 担当介護支援専門員、管理栄養士 管理栄養士による二次アセスメント結果を報告し、栄養食事計画を担当ケアマネと相談検討し、事前に情報をしっかり聞いてから利用者への栄養食事相談に臨んだ | 1週間に1回 廊下等で立ち話(10~15分) 介護支援専門員から、利用者がタンパク質の必要性を理解して卵を毎日食べていると報告していたことを聞く | | 時間: 14:00~14:45 場所: 利用者宅 担当者: 担当介護支援専門員、管理栄養士 12月入院していたので、生活の変化などがなかった様子を見に行った。特に変化がなかったため、プランの変更なし。 |
| | 入浴時10:00 場所: デイサービス風呂脱衣所 担当者: デイサービスワーカー 体重測定 | 入浴時10:00 場所: デイサービス風呂脱衣所 担当者: デイサービスワーカー 体重測定 | | |
| | | | | |
| | | | | |

研究事例

(医) 敬歯会 介護老人保健施設 けいあいの郷 今宿における栄養改善サービス

(医) 敬歯会 介護老人保健施設 けいあいの郷 今宿
管理栄養士 宮地 好江
協力者 施設長 込宮 裕
NPO たちばな 介護支援専門員 坂西 展子
森田 寿絵

1. 業所の概要

当事業所は神奈川県横浜市旭区に位置し平成 14 年に開設し、“敬愛（敬い、愛しむ）の心”で高齢者が住み慣れた“郷”にいるような、安心して暮らせる施設を基本理念とし、ご家庭と同じような生活を楽しんでいただけるようお世話することを信条としている。また、当施設の特性を以下にまとめた。

- ① 区分：介護老人保健施設併設通所リハビリⅢ（利用時間 10：00～16：00）
- ② 登録者数：69 名、平均利用者数 21.7 人／日
- ③ 利用者の特性：平均年齢 76.3 才、平均介護度 2.1（男性：2.1 女性：2.2）
- ④ 利用者の低栄養状態の実態：BMI18.5 未満：7.2%（69 名中 5 名）
- ⑤ 現在の栄養ケア・マネジメントの状況：体重測定は毎月第 1 週の入浴時に職員が測定してノートに記載し、その後、管理栄養士がデータ管理する（BMI、体重増減率）。

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、居宅支援事業所の介護支援専門員（2 名）、通所介護職員に説明し、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 69 名の栄養スクリーニング結果から BMI18.5 未満であり、体重減少が 6 ヶ月間に 2～3kg ある低栄養状態の恐れがあると判断されるものを選定し、担当介護支援専門員とその栄養状態リスクのレベルを確認した。この結果、事例（ID S12-02）は BMI14.9 であり、体重減少なしであるので、最終的な把握基準で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。

担当介護支援専門員と管理栄養士は、対象者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、介護支援専門員、管理栄養士によるケアカンファレンスを開催後、対象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。

3. 事例紹介 (ID S12-02)

85歳男性、要支援。BMI14.9、体重減少なし。

妻は老人保健施設に入所中。長男夫婦と孫の5人暮らしであった。既往歴、現病歴は以下に示した。

- 既往歴 S25 肺結核 右肺 1/3 の虚脱療法施行
H16.12 肺炎
- 現病歴 H16.1.28 不整脈 (心房細動)

週2回のデイケアを楽しみにしており生活の張り合いになっている。デイケアでは下肢筋力低下の予防、肺機能及び体力の維持、耐久性の向上に努めている。また、書道が上手なため、誕生日会の名前を書いたり周囲の人々と一緒に励ましあいながら交流をはかり、張り合いのある生活を楽しんでいる。

今回、サービスの提供にあたって食事摂取量が不十分であるために、筋力・肺機能などの身体機能が低下していることを本人に説明し、リハビリテーションの協力を得ながら少しずつでも運動量を増やした。その後、運動量の増加とともに、食事量が増大し3ヵ月後には体重は2kg増加し、BMIは15.3となった。食事摂取量はエネルギー340kcal、タンパク質12g増大した。食事が楽しみになり、食欲も増大し、好きな書道にも励むようになった。また、毎年冬には肺炎になり入退院を繰り返していたが、今回は入院することなく、居宅において無事に過ごすことができた。本事例は、6ヵ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経過観察を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

本事例は介護支援専門員の協力の下、管理栄養士が本人や家族からの事前アセスメントにおける聞き取りに時間がかかり、互いに疲れた様子であった。今後は関連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。

円滑なサービスの提供のために管理栄養士は、高齢者が住む地域のサービス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。また今後は、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ともに連絡が容易にとれる体制づくりが必要である。そして、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、通所サービスにおけ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未満に該当し、低栄養状態の恐れがあると把握される者は、7%であることが確認された。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、利用者個人個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重要であると考えます。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体重の増大等に拘らず、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「食べること」の意欲が増大することで徐々に体重が改善し、その結果生活機能も改善するものと考えています。栄養改善サービスにおいて、管理栄養士は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

《基本情報》

| | | | |
|--------------|--|------------------|--|
| 相談日 | 平成17年0月0日(○) | 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 () | | |
| 7/11 本人氏名 | S12-02 | 男 | T10年0月0日 (85歳) |
| 住所 | 〇〇市〇〇区〇〇 | Tel 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 | Fax |
| 日常生活自立度 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | | |
| 認知機能 | 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M | | |
| 障害等認定 | 非該当 / 要支援1・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：H17年9月1日～H18年8月31日 (前回の介護度 要支援) | | |
| 本人の住居環境 | 身障()、療育()、精神()、難病()、・・・() | | |
| 経済状況 | 自給・自給・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住居改修の有無 | | |
| 来所者(相談者) | 国民年金 / 厚生年金 / 障害年金・生活保護・・・ | | |
| 住所 連絡先 | 〇〇△△ | | 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」(同一世帯) (同居家族は○で囲む) |
| | 〇〇市〇〇区△△ | 氏名 連絡先 住所・連絡先 | |
| 緊急連絡先 | 家族関係等の状況 要は施設入所中。昼間は仕事で家人は留守になります。 | | |

《介護予防に関する事項》

| | | | |
|----------------------------|---|--------|-------------------------------|
| 今までの生活 | やりたいたいはやってきましたので、ゆっくり、のんびり過ごしたいと思っていますが、在宅酸素療法中で酸素を持って歩かなくてはならないので不自由を感じています。 | | |
| 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 |
| | 7:30起床し、洗面・整容・朝食・TV・新聞を読む。屋敷の買い物をして昼食をとる。風呂・TV・新聞・雑誌等を読み、夕食後に入浴。21:00就寝 | | 水画や書道 |
| 時間 | 本人 | 介護者・家族 | 友人・地域との関係 |
| | | | 地域の水画教室に通って趣味仲間との交流を楽しみにしている。 |

利用者基本情報

《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 |
|------------------|------|---------------------------|---------------------|-----------|
| 17年1月24日より | 心原細動 | Tel (〇〇〇) 〇〇〇〇 | 治療中 経過観察中 その他 | 在宅酸素療法実施中 |
| 17年1月18日～1月23日 | 肺炎 | Tel | 治療中 経過観察中 その他 | |
| 16年12月14日～12月23日 | 肺炎 | Tel | 経過観察中 その他 | |
| 16年1月28日～2月8日 | 不整脈 | Tel | 治療中 経過観察中 その他 | |

《現在利用しているサービス》

| | | |
|--------------|--------|---------|
| 通所リハビリ(デイケア) | 公的サービス | 非公的サービス |
|--------------|--------|---------|

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・看護師等と連携し、利用者の基本情報、支援・対応経過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。

栄養スクリーニング書（新予防給付）（案）

記入者氏名 ●●○○ 作成年月日 17 年 ○ 月 ○ 日

| | | | | |
|------|---------------------------|---|------|-----|
| 利用者名 | (ふりがな) | 男 | 要介護度 | 要支援 |
| | S12-02 | | | |
| 生年月日 | 明・(大)・昭 10 年 ○ 月 ○ 日(84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 checked="" type="checkbox"/> 中リスク | <input type="checkbox"/> 高リスク |
|------------------------------|-------------------|---|--|--|
| 身長(cm) (測定日) | 159.8 | | | |
| 体重(kg) (測定日) | 38.0 | | | |
| BMI | 14.9 | <input type="checkbox"/> 18.5~29.9 | <input checked="" type="checkbox"/> 18.5 未満 | |
| 体重減少率(%) | 体重維持 | <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) | — | <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 | デイケアにて 7 割 位摂取 | <input type="checkbox"/> 良好 (76~100%) | <input checked="" 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

二次アセスメント書 (新予防給付) (案)

【1】

| | | | |
|---------------------------------|---|------------|------|
| 利用者名 | (ふりがな) S12-02 | 性別 | 要介護度 |
| 生年月日 | 大正 10年 〇月 〇日 | 女 | 要支援 |
| 実施日 | 平成 17年 10月 15日 | 記入者 | ●●〇〇 |
| 家族構成とキーパーソン | 本人 一 息子夫婦 | 主たる買い物担当者 | 嫁 |
| 主たる介護者 | 嫁 | 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 | 嫁 | 主たる共食の者 | 息子夫婦 |
| 主観的な健康感・意欲 (心身の訴えを含む) | 薬も大勢だか、それよりももっと食事は大事なことは理解している。昔から食べ過ぎており一番太っていた時でも 56kg だった。無理して食べても気持ち悪くなる。 | | |

食事の提供のための必要事項

| | | | |
|-----------|----------------|-----|------|
| 実施日 | 平成 17年 10月 〇日 | 記入者 | ●●〇〇 |
| 嗜好 | 肉や魚があまり好きではない。 | | |
| 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 | ご飯 | | |
| 環境 | 常食 | | |
| 特記事項 | なし | | |

多職種による栄養ケアの課題

| | | | |
|---------------|---|-----|------|
| 実施日 | 平成 17年 11月 4日 | 記入者 | 〇〇〇〇 |
| 低栄養状態関連問題 | <input type="checkbox"/> 7 便秘 (月に 1 回) <input type="checkbox"/> 8 浮腫 <input type="checkbox"/> 9 脱水 (嘔下・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 精脈栄養 <input type="checkbox"/> 14 医薬品の種類と数、投与方法、食品との相互作用 | | |
| 多職種による栄養ケアの課題 | <input type="checkbox"/> 1 皮膚 (掻痒 (+) に伴う皮下出血斑) <input type="checkbox"/> 2 口腔内の問題 <input type="checkbox"/> 痛み・口 嚢腫の不都合 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> むせ <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 (下剤の常用を含む) 下剤服用にて月に 1 回 | | |
| ※ 特記事項 | 具体的に記載 タイアート 30mg 1日1回朝食後 (1/2錠) プロブレス 4 1日1回朝食後 (1/2錠) ハヤアスピリン 100mg 1日1回夕食後 (1錠) | | |

【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 〇日 記入者 ●● | 実施日 18年 1月 〇日 記入者 ●● |
|--------------------------|-----------------------|----------------------|
| 生活機能・身体機能 | | |
| 握力 * (kg) (利き腕) | | |
| 体重 (kg) | 38.4 (%) | 40.2 (%) |
| 理想体重 * (kg) | 54.5 | 54.5 |
| 通常体重 (kg) | | |
| 体重変化率 (%) | (増加・減少) | (増加・減少) |
| 下腿周囲長 * (cm) | (%) | (%) |
| 上腕周囲長 (cm) | (%) | 18.8 (78 %) |
| 上腕三頭筋皮厚 (mm) | (%) | 4 (50 %) |
| 上腕筋面積 (cm ²) | (%) | 24.5 (66.9 %) |

(%) : 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 11月 〇日 記入者 ●● | 実施日 18年 1月 〇日 記入者 ●● |
|----------------|-----------------------|----------------------|
| 食事 | | |
| 主食 (割) | 8 | 9 |
| 副食 (割) | 8 | 9 |
| エネルギー (kcal) | 1,170 | 1,350 |
| タンパク質 (g) | 50.6 | 51 |
| 水分 (ml) | 1,192 | 1,350 |
| 種類 | なし | なし |
| 栄養補助食品 | | |
| 1 回の量 (ml/g) | | |
| 頻度 (回) | | |
| エネルギー (kcal) | | |
| タンパク質 (g) | | |
| 種類 | お菓子 | お菓子 |
| 1 回の量 (ml/g) | | |
| 頻度 (回) | 1 回 | 1 回 |
| エネルギー (kcal) | 186 | 148 |
| タンパク質 (g) | 1.5 | 3.0 |
| エネルギー (kcal) ① | 1,386 | 1,500 |
| タンパク質 (g) ① | 52.1 | 54 |
| 水分 (ml) ① | 1,192 | 1,350 |

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 H〇〇年 〇月 〇日
 利用者氏名 S12-〇2 殿

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| 低栄養のリスク | サービス開始時(10月 〇日) | 3か月後(12月 〇日) |
| BMI | 14.9 | 15.3 |
| 体重減少率、変化 | — | — |
| 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 | 酸素の不要な生活をしたいと意欲があり考え方もしつかりしている。 | 家族も食生活の大切さはよく理解されており、薬よりも食事の大切なおことは自分でも理解している。デイルームで3回～5回、7回、10回と歩くのが多くなり、お腹もすいて食欲も出てきた。 |
| 主観的健康感 現在の健康状態 あてはまる番号1つに〇 | 1 よい まあよい なんとか よくない | 1 よい まあよい なんとか よくない |
| 計画の概要と実施状況 | 栄養改善を図るため、1回でも多く摂取するようにデイケア時、常に声かけをする。 | 副食の肉や魚はあまり好きでないとの事ですが、なるべく色々な食品を食べたいと進める。食事が体に向き合っている。食事は大切さを説明する。 |
| 総合的評価 | 低体重ではあるが少しずつ改善されてきている。何よりも意欲的に取り組んでいて元気があり前向きな考えを持っていることが素晴らしいと思う。 | |

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

| | | |
|-------------------------|--|---|
| 栄養補給量の算定 | | |
| エネルギー消費量 (kcal) | 820.4 | 845.0 |
| 必要エネルギー (kcal) | X1.3 1,067 | X1.3 1,098 |
| 必要タンパク質 (g) | X1.2 65.4 | X1.2 65.4 |
| 必要水分量 (ml) | X30 1,152 | X30 1,206 |
| 特記事項 | | |
| 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 | 実施日 17年11月 〇日 記入者 ●● 食事に對しての考え方をしっかり持っているが、意欲がある。 | 実施日 18年1月 〇日 記入者 ●● 体重の増加が認められ喜んでいました。 |
| ②家族・支援者の知識・技術・意欲の状況 | 嫁が担当。嫁が食事の大切さをよく理解している。 | 変化無し。 |
| ③日常の食習慣や生活習慣の状況 | 息子夫婦と孫5人暮らし。1回3食規則正しく摂取しているが、量はあまり多くは食べていない。 | 食事は少し増えた。 |
| ④訪問介護等による食事介助、調理支援などの状況 | 不要。 | 変化無し。 |
| ⑤配食サービスや通所サービスでの食事摂取状況 | 通所サービスを週2回利用。主食は10割、副食を7割摂取。 | 変化無し。 |
| 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・食事準備や買入れ物の環境 | 嫁が担当。 | 変化無し。 |
| 総合的評価・判定 | 低体重の理由として食事の摂取量が少なく、今後は一日でも多く摂取するようにアドバイスする。 | 体重増加も認められ本人の意欲も感じられた。摂取量も少し改善された。 |

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

住所: ○○市○○区△△

生年月日 T10年 ○月 ○日

利用者名: S12-02

所属名及び所在地: ○○市○○区△△ 介護老人保健施設 ○○○○ 初回作成日: 平成 17年 11月 4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 |
|-----------------------|--|
| 利用者及び家族の自己実現の課題や意欲、意向 | 在宅酸素療法をせず、体力・筋力の改善と歩行安全の確保を図りたい。 |
| 解決すべき課題(ニーズ) | 栄養のリスク(Ⓧ・高) 食事の摂取量の増加を心がけて、体重を少しでも増加する。 |
| 長期目標(ゴール)と期間 | 摂取量の安定と低栄養状態の改善を図る。 |

| 短期目標と期間 | 担当者 | 頻度 | 期間 |
|---|-------|----|-----|
| 低栄養リスクが中レベルなため必要な食事量、栄養量を摂取する。 | 管理栄養士 | 毎食 | 3ヶ月 |
| 食事内容栄養摂取目標量にあわせて食事を提供する。 必要エネルギー 1,100kcal 蛋白質 60~65g 肉や魚があまり好きでないが今後は少しずつでもなるべく食べてもらう。 | 介護職員 | 毎食 | 3ヶ月 |
| 摂取量の確認と記録 | 看護職員 | 毎月 | 3ヶ月 |
| 体重測定を1ヶ月毎に行い経過観察をする。 | | | |
| 特記事項 | | | |