

新予防給付；栄養改善サービス  
研究事例

## 研究事例

### (福) 麗寿会 介護老人福祉施設 ふれあいの森における栄養改善サービス

(福) 麗寿会 介護老人福祉施設 ふれあいの森  
主任管理栄養士 田中 和美  
協力者 総合施設長 福島 廣子  
居宅支援事業所課長 内田 博子  
主任介護支援専門員 相澤 俊春  
介護支援専門員 梅田 薫  
介護支援専門員 鄭 美佐子  
併設通所介護副主任 鵜沢 豊実  
〃 管理栄養士 工藤 香織

#### 1. 事業所の概要

当事業所は、神奈川県茅ヶ崎市の北西部に位置している。平成 4 年に開設し、市内初の重度認知症対応棟をもつ介護老人福祉施設を併設している。併設施設の老人福祉施設の利用者の平均年齢 86.3 才、平均介護度 4.7、長期入所 54 名、短期入所 16 名である。一方、当事業所の概要は以下の通りである。

- ① 区分：介護老人福祉施設併設通所介護Ⅲ（利用時間 9：30～15：30）
- ② 登録者数：81 名、平均利用者数 21.5 人/日
- ③ 利用者の特性：平均年齢 81.4 才、平均介護度 2.1（男性 2.3 女性 1.9）
- ④ 利用者の低栄養状態の実態：BMI18.5 未満 14.6%（35 人中 6 名）
- ④ 現在の栄養ケア・マネジメントの状況：体重は月 1 回、第 2 週の入浴時に通所職員が測定してノートに記載し、管理栄養士がコンピューターを用いてデータ管理している（BMI、体重増減率）。

#### 2. 介護予防ケアマネジメントと栄養改善サービスとの連携

栄養改善サービスを平成 18 年 4 月より導入するに先立ち、本研究概要を総合施設長、居宅支援事業所課長、介護支援専門員全員（5 名）、通所主任相談員に説明し協力を要請した。

これらの関係者から賛同を得られたので、管理栄養士が利用者 35 名の BMI、体重のモニタリング結果から BMI18.5 未満であり、さらに体重減少が 1 ヶ月間に 4.6%みられた利用者 1 名（ID S25-03）を低栄養状態のおそれのある者として選定し、担当介護支援専門員とともにその低栄養状態のリスクのレベルを確認した。

担当介護支援専門員と管理栄養士は、利用者本人に栄養改善サービスの必要性とその概要やスケジュールなどについて説明し、サービス導入の同意を得た。介護支援専門員は介護予防マネジメントを行い介護サービス・支援計画書を書式に従い作成、管理栄養士と情報を共

有した。

管理栄養士は、詳細な栄養アセスメントを行い、栄養改善サービス計画を作成し、利用者、通所主任相談員、管理栄養士によるケアカンファレンスを開催し、利用者に計画をよく説明し、同意を得て10月より本サービスの導入を開始した。

管理栄養士による栄養改善サービスの提供にあたっては、利用者の食事づくりや食生活のあり方に対して最初から理想的な目標や、多くの目標を設定しないで、利用者が少しでも実行できる具体的な目標を作成し、利用者と同じ目線に立って、無理なく、生活の楽しみの中に織り交ぜて実行しながら、習慣として定着させていくことに心がけた。

### 3. 事例紹介 (ID S25-03)

76歳女性、要支援。BMI17.1、体重減少1ヶ月に4.6%。

夫は現在老人保健施設入所中のため独居世帯。家族は娘1人で、月1回程度訪問している。一年前に転倒してのち、慢性的に腰の痛みを訴えるようになった。歩行が不安定になり外出の機会が少なくなった。その後、次第に家の中も雑然となり、衛生環境も悪化した。近隣の民生委員は、利用者自身が目立って痩せてきたことを認識するようになり、利用者の夫が老人保健施設入所後は下肢筋の低下も重なり、更に外出をしなくなったことを心配し、介護支援専門員に報告した。

介護支援専門員による介護予防マネジメントにおいては、低栄養状態のおそれがあることを確認し、介護予防通所介護を利用し、管理栄養士による栄養改善サービスによる栄養状態の向上、食事、入浴等の参加によって閉じこもり予防を図ることにした。

栄養改善サービスでは、利用者自身が自分の生活の維持には食事が大切という認識があるので、体重の改善を図り元気を取り戻すことで、自立した楽しい生活が維持できるように計画を作成した。管理栄養士は介護支援専門員、通所職員とも随時連絡調整を行い、栄養相談を繰り返して計画を実行した。3ヶ月後には、体重が改善し、生活状況全般にわたっての意欲が向上した。本事例は、6か月後まで栄養改善サービスを提供し、栄養相談及びモニタリングを継続して行っていくことになる。

### 4. 事例からの多職種協働等の課題

本事例は利用者からの情報の収集及び多職種からの情報集収に時間がかかった。今後は、管理栄養士、介護支援専門員、通所職員との間での情報管理を含めた業務の流れを体系化し、効率よく行えるような仕組みづくりをしていくことが求められる。

適時、適切なサービス提供のためには、管理栄養士は、高齢者が住む身近な地域のフォーマル及びインフォーマルなサービス資源情報を介護支援専門員と同等に把握しておくことが求められる。今後は、管理栄養士が訪問介護担当者やその他のサービス提供責任者とも連絡が容易にとれる体制づくりが必要であるとともに、生活を支える大きな柱である食生活の改善をわかりやすく、楽しみながらできるような計画の作成と実施を行い、居宅サービスに

よる介護予防に貢献していきたい。

## 5. 栄養改善サービスの取り組み方

当通所介護事業所における中・重度の要介護認定者のうち BMI18.5 未満あるいは体重減少が 6 ヶ月で 3～10%未満に該当し、低栄養状態のおそれがあると把握される者は、18%も存在することを確認した。今後は、要介護認定者に対しても栄養ケア・マネジメント体制における栄養ケア計画の作成の需要が大きいと考えられる（平成 18 年 4 月より栄養マネジメント料によって介護報酬は評価される）。これらの低栄養状態のおそれがあると把握された者には認知症、摂食嚥下障害も多く見られるため、医療との連携も含め、通所事業所における多職種協働による低栄養の改善のためのチームアプローチをどのように効率的に体制として整備していくかが求められている。

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

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 △△

《基本情報》

相談日	〇〇年〇〇月〇〇日(〇)	来所・電話 その他( )	初回 再来(前 / )
本人の状況	[在宅]・入院又は入所中( )		
7桁ノ 本人氏名	S25-03	男・⑤	M・T・⑤ 〇年〇月〇日生(76)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 自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：17年5月1日～18年4月30日(前回の介護度 要支援 )		
障害等認定	身障( )、療育( )、精神( )、難病( )、・・・( )		
本人の 住居環境	[自居]・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)	民生委員〇〇氏		家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ◎◎=死に、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は〇で囲む)
住所 連絡先	〇〇市△△	氏名	民生委員
		住所・連絡先	〇〇市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇
緊急連絡先	〇〇□□	氏名	〇〇市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇
		住所・連絡先	〇〇市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	9:00起床。1日2食しか摂取していない。日中は椅子に腰掛けてラジオを聴いているがベッドに横になっていることが多い。		
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 手先の細かい作業。手玉など。
	椅子に腰掛けてラジオを聴いていることが多い。前に比べ外出の機会は増えた。食事は朝主食を炊くようになり、1日3食食べられるようになった。	本人 起床 朝食 昼食 家事(外出) 夕食	
時間	9:00	起床	友人・地域との関係 近隣に食材を買って来てくれる人と良い関係。他者とは良好なコミュニケーションがとれる。
	9:30	朝食	
	13:00	昼食	
	15:00	家事(外出)	
	18:30	夕食	

《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 (主治医・鑑別作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
13年9月日	不明 (足の浮腫)	△△会ホスピタル Tel	治療中 経過観察中 その他	
17年9月日	貧血	◇◇クリニック Tel	治療中 経過観察中 その他	改善したので中止
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》

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

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・要支援認定に際し、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医・鑑別作成者・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、居宅介護支援事業所、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 〇月 〇日 氏名 S25-03 印

介護サービス・支援計画表  
 利用番号 S 25-03 認定年月日 2005/ 様 認定年月日 2005/ 認定済・申請中 初回・紹介・継続 認定済・申請中 地域支援事業  
 認定の有効期間 2006年12月10日 ~ 2007年11月30日  
 委託の場合・計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) 担当者地域包括支援センター: 〇〇

計画作成番号 〇〇〇 〇〇  
 計画作成(変更)日 2005/10/10 (2006/2/10)  
 計画作成(変更)日 2005/10/10 (2006/2/10)  
 担当地域包括支援センター: 〇〇  
 1日 週所介護やインフォーマルサービスを利用しながら外出の機会も作り、1日3食確保に採取する。  
 目標とする生活 生活に必要な買い物や調理が行えて、転倒しないよう筋力の維持ができて自立した生活が送れること。

利用番号	認定年月日	様	認定年月日	認定済・申請中	初回・紹介・継続	認定済・申請中	地域支援事業
計画作成番号	〇〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇
計画作成(変更)日	2005/10/10	(2006/2/10)	2005/10/10	(2006/2/10)	2005/10/10	(2006/2/10)	2005/10/10
担当地域包括支援センター	担当者地域包括支援センター: 〇〇						
1日	週所介護やインフォーマルサービスを利用しながら外出の機会も作り、1日3食確保に採取する。	目標とする生活	生活に必要な買い物や調理が行えて、転倒しないよう筋力の維持ができて自立した生活が送れること。				
活動・移動について	買い物は自分のコンビニ2〜3回/週買い物に行く。家の車は椅子に懸けているが、ベッドに横になっているから、ベッドに横になってから出て歩くことがない。	本人・家族の意欲・意向	動けるうちは買い物に歩いていくとを続けていきたい。	本人・家族の意向	本人、家族	具体策についての意向	1 買い物をした際、荷物を待つのが大変なので、ショッピングカートを使用し転倒しないよう注意する。 2 自分で出来ることは、家の中の整理が改善できる。 3 サロンに出掛け手先を使うような作品を作り充実感を感じていきたい。 4 1日1回ご飯を炊き、しっかりと食事量が増えるように回復が出来る。
日常生活(家庭生活)について	家の中は物が散らかっている。それまでは自分でできていたことが出来なくなっている。	傾斜における課題(背景・原因)	■有 □無 歩行が不安定になってきており、家から100m以内のコンビニまで歩くのがやっとならざるを得ない。	総合課題	1 歩行時の転倒防止 2 今までは出来ていた洗濯やゴミ出しは気が向かないと出来なくなっている。 3 コミュニケーションは断絶なく、おしゃべり出来る友人を見つけてほしい。	課題に対する目標と具体策の提案	1 外出し買い物に行くと、カートはショッピングカートを使用し転倒防止に努める。 2 定期的に洗濯が行える。 3 月1回のサロンに出掛け友人を作る。
社会参加・対人関係・コミュニケーションについて	月1回のコミュニケーションサークルに参加している。近隣の親しい方が週1回買い物に協力してくれる。	傾斜における課題(背景・原因)	■有 □無 近隣の方との付き合いも、2食でそれ以外の方との付き合いは殆どない。	課題に対する目標と具体策の提案	1 外出し買い物に行くと、カートはショッピングカートを使用し転倒防止に努める。 2 定期的に洗濯が行える。 3 月1回のサロンに出掛け友人を作る。	課題に対する目標と具体策の提案	1 買い物をした際、荷物を待つのが大変なので、ショッピングカートを使用し転倒しないよう注意する。 2 自分で出来ることは、家の中の整理が改善できる。 3 サロンに出掛け手先を使うような作品を作り充実感を感じていきたい。 4 1日1回ご飯を炊き、しっかりと食事量が増えるように回復が出来る。
健康状態について	1日3食しっかりと摂ること。体調面で問題が出た時には速やかに受診。	傾斜における課題(背景・原因)	■有 □無 しっかりと水分、食事を摂りたい。	課題に対する目標と具体策の提案	1 外出し買い物に行くと、カートはショッピングカートを使用し転倒防止に努める。 2 定期的に洗濯が行える。 3 月1回のサロンに出掛け友人を作る。	課題に対する目標と具体策の提案	1 買い物をした際、荷物を待つのが大変なので、ショッピングカートを使用し転倒しないよう注意する。 2 自分で出来ることは、家の中の整理が改善できる。 3 サロンに出掛け手先を使うような作品を作り充実感を感じていきたい。 4 1日1回ご飯を炊き、しっかりと食事量が増えるように回復が出来る。

健康状態について  
 口主治医受診、生活機能評価等を踏まえた留意点  
 特になし

【本実行すべき支援が実施できない場合】  
 必要な支援の実施に向けた方針  
 特になし

総合的な方針・生活不活発病の改善・予防のポイント  
 筋力低下防止にも効果があるのでウォーミングアップ、インフォーマルサービスもあわせて外出の機会を確保する。  
 計画に関する留意  
 上記計画について、同意いたします。

平成 17 年 月 日 氏名 S25-03 印

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

介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名 S 25-03

計画作成者氏名 ○ ○ ○ ○ ○ ○

年月日	内容	年月日	内容
H17.10.2	介護支援専門員訪問時に本人の貧血症状が見られ、食生活を尋ねると1日2食でメニューも乏しいことがわかる。		
H17.10.3	通所介護利用時に介護支援専門員、管理栄養士に相談。体重測定を行うと先月より1.6kg減少している。3者で話し合いをし、主食は1日1回炊き、牛乳等摂取するよう助言する。		
H17.11.1	再度介護支援専門員が訪問しアセスメントを行う。現在の買い物の回数、食材の内容等が正確に把握できるケアプランを作成。		
H17.11.2	本人、介護支援専門員、管理栄養士、デイ相談員で担当者会議	⇒	ケア担当者会議(デイ利用後)
H17.11.29	デイ利用時微熱(+)		・栄養改善サービス担当管理栄養士より
H17.11.30	介護支援専門員が状態確認のため訪問。発熱(-)食欲(-)		・エネルギー1,550kcal/日摂取を目標に食事の摂取量や食品の選び方の助言を受ける。(栄養改善サービス計画書参照)
H17.12.17	長女より電話有。母親の独居に不安を感じているが近くへの転居は経済的に難しく、低額で入居できる施設を検討しているとの事。		・介護支援専門員より
H17.12.19	雪が降ったため訪問。孫が電気ストーブを持ってきてくれたと喜んでいる。		・訪問時に一緒に買い物に行く。インフォーマルサービスの調整。
H17.12.21	電話をかけたが反応がなかったため訪問。→電話にでるのが面倒くさかったとのことで元気な様子。		・通所介護より
H17.12.30	訪問。配食サービスや通所介護のため安否確認を行う。年末年始の食事については「魚や米があるから大丈夫」と話される。長女よりお正月は訪問し、食事の世話をすると電話が入り、本人に伝える。		・体重測定、アクティビティ(手作業)の提供(毎回)
H18.1.11	サロン○○の担当民生委員より電話が入る。風邪気味のためサロンを欠席されたとのこと。→介護支援専門員訪問、状態確認する。比較的元気な様子。		・全職種 ・本人の食事についての助言、励まし、チームケアの確認

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

介護予防サービス・支援評価表

評価日 H18.1.28

計画作成者氏名 ○○ ○○

利用者名 S 25-03 殿

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
① 身体状況の把握に努める。	3ヶ月	通所介護で1ヶ月1回体重測定を実施している。			
② 食材の確保	6ヶ月	近隣者が週1回から2回買い物に行き、介護支援専門員も行っているが未だ不十分		買い物の担い手が少ない	今後スーパー等による宅配サービスを利用して食材を入手する。また、安否確認や社会交流の場を確保するためにも、近隣者の買い物依頼は継続する。
③ 体重回復のための栄養量の設定	6ヶ月	栄養管理サービス・管理栄養士による個別相談、助言の元、具体的な食事量や必要摂取物の把握ができていない。			
④ 栄養状態維持のために必要な栄養、食品の知識を持ち、実行。	6ヶ月	栄養管理サービスによって管理栄養士・介護支援専門員・相談員等の助言により、本人の栄養、食品に対する知識は増えている。励ましてより食事の関心が高まり、意欲が向上している。1日2食→3食に変わってきている。			
⑤ 外出の機会の確保	6ヶ月	通所介護(週2回)やサロン○○に90%以上出席している。			今後も通所介護、インフォーマルサービスを利用して外出の機会を定期的に設ける。
⑥ 生きがいに通じる趣味・特技の継続	6ヶ月	他利用者にも手作業を教える等、積極的に参加している。			通所介護等のアクティビティ(手作業)参加の機会を継続的に設け、残された能力を維持できるようにする。

総合的な方針	地域包括支援センター意見	プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/>	介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/>
--------	--------------	--	--



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 147cm 体重 37.0kg (注) BMI 17.1	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい 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 管理栄養士 ●●● 作成年月日 H17年 10月 〇日

利用者名 (ふりがな)	男	要介護度	要支援
生年月日	明・水・昭 4年△月△△日(76才)	性別	女
S25-03			

(主治医の意見書が入ってきた場合には裏面に添付)

低栄養状態のリスクレベル

	現在の状況	低リスク	中リスク	高リスク
身長(cm) (測定日)	147			
体重(kg) (測定日)	37.0 H17.10.20			
BMI	17.1	□18.5~29.9	■18.5未満	
体重減少率(%)	1ヶ月に4.6%減	□変化なし (減少3%未満)	■1か月に3~5%未満 □3か月に3~7.5%未満 □6か月に3~10%未満	□1か月に5%以上 □3か月に7.5%以上 □6か月に10%以上
血清アルブミン値* (g/dl) (測定日)	データなし	□3.6g/dl以上	□3.0~3.5g/dl	□3.0g/dl未満
食事摂取量	70% (体重減少がなかつた ところと比較、推定)	□良好 (76~100%)	■不良 (75%以下) 内容：主に朝食の欠食。主食を炊く回数減。	
栄養補給法	経口			□経腸栄養法 □経脈栄養法
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) S25-03	男	要介護度	要支援
生年月日	明・大(昭)4年△月△△日	(女)	デイサービス週2回利用、 配食サービス週2回	
実施日	H17年10月0日	記入者	管理栄養士 ●●	
家族構成と キーパーソン	本人 一人 夫は老人保健施設入所 連絡先は長女	主たる買い物担当者	本人	
主たる介護者	同居	主たる食事準備担当者	本人	
身体状況、栄養状態、食事・栄養 補給に関する利用者及び家族の 意向	本人はやせてきたことに不安を感じている。腰痛があり、重い物が持ちにくく食材の確保に困難なこともあり、実行に移していない。 主たる介護者 独居 主たる共食の者 なし			
主観的な健康感・意欲(心身の訴えを含む)	食べることが一番大切と感じている。頑張って体重を増やして、体力を回復し、独居していることの現在の不安のひとつを解決したいと言っている。			

食事の提供のための必要事項

実施日	17年10月28日	記入者	管理栄養士 ●●
嗜好	何でも好き、甘いものは特に好き。		
禁忌	なし		
アレルギー	なし		
療養食の指示	なし		
食事摂取行為の自立	自立		
形態	常食 常食		
環境	食卓の椅子と机で、一人で食べる。		
特記事項	現在、家の中で整理整頓されていないので、食事を楽しんでいただける状態ではないと感じている。		

多職種による栄養ケアの課題

実施日	H17年10月28日	記入者	管理栄養士 ●●
低栄養状態関連問題	<input type="checkbox"/> 1 皮膚( ) <input type="checkbox"/> 2 口腔内の問題 <input type="checkbox"/> 3 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 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(尿下・口唇の乾燥等) <input type="checkbox"/> 10 感染 <input type="checkbox"/> 11 発熱 <input type="checkbox"/> 12 筋力低下 <input type="checkbox"/> 13 精神栄養 <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	具体的記載 セルバックスアップセル1X2 フェロミア1X2(11月末で中止) セネバワール2X1		

【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28日 記入者●● 自立度J2	実施日18年1月20日 記入者●● 自立度J2
生活機能・身体機能		
握力*(kg)(利き腕)		
体重(kg)	37.0(84%)	41.8(90%)
BMI	17.1	19.3
通常体重(kg)	41	41
体重変化率(%)	1ヶ月4.6%(増加 減少)	3ヶ月13%(増加・減少)
下腿周囲長*(cm)	-( - %)	-( - %)
上腕周囲長(cm)	21.5(87%)	22.1(89%)
上腕三頭筋皮厚(mm)	7(50%)	8(57%)
上腕筋面積(cm <sup>2</sup> )	29(92%)	30(93%)

(%): JARDの50パーセンタイル値(中央値)を100%として換算

臨床検査(記入可能な場合)

項目	実施日17年10月5日 記入者●●	実施日 年11月28日 記入者●●
血清アルブミン(g/dl)	-	-
ハモグロビン(g/dl)	10.0	12.1
血糖値(mg/dl)	86	91
総コレステロール(mg/dl)	184	189
クレアチニン(mg/dl)	0.7	0.8
BUN(mg/dl)	11.5	11.7

経口摂取量(①)	実施日17年10月31日 記入者●●	実施日18年1月20日 記入者●●
主食(割)	-	-
副食(割)	-	-
エネルギー(kcal)	980(内主食約300kcal)	1,250(内主食約480kcal)
タンパク質(g)	39.2(豆のゆず30g、豆腐約100gなど)	42.9(牛乳100ml、卵1/2、魚o.r肉約40g)
水分(ml)	1,200	1,400
種類	なし	なし
1回の量(ml/g)	//	//
頻度(回)	//	//
エネルギー(kcal)	//	//
タンパク質(g)	//	//
種類	おやつ(主にせんべい)	おやつ(主にお饅頭、アイス)
1回の量(ml/g)	20	50
頻度(回)	1	1
エネルギー(kcal)	75	100
タンパク質(g)	1.6	2.1
エネルギー(kcal)①	1,055	1,350
タンパク質(g)①	40.8	45
水分(ml)①	1,200	1,400

報告書 (地域支援事業・新予防給付)

地域包括支援センター

担当者 殿  
作成日 H00年 0月 0日  
利用者氏名 S25-03 殿

栄養補給量の算定		1,310 (Harris-Benedict, 活動係数 1.4)	1,216 (Harris-Benedict, 活動係数 1.3)
エネルギー消費量 (kcal)		1,550 (1kg 増/1ヶ月として計算)	1,350 (=摂取エネルギーとして)
必要エネルギー (kcal)		52.3	46.0 (現在体重 41.8X1.1)
必要タンパク質 (g)		1,500	1,400 (現在の食重量からの推定)
必要水分量 (ml)			
特記事項			
①利用者の知識・技術・意欲の状況		「食べることは、栄養が自分にとって、大事であることを認識している。どのよう食品を購入し、食べたらいかがの知識に乏しい。食生活を改善しようとする意欲はある。」	実施日 17年10月31日 記入者 ● エネルギーとたんぱく質を確保するために食材の購入を含めた具体的な知識を持ったため、実行するようになった。外出の際、コンビニエンスストアにおいて調理パン、卵、鶏頭、ソーサイスのアイスなどを購入している。体重が回復したので栄養状態が改善した実感が持てるようになった。食べる意欲は3ヶ月前から引き続き高い。夫、長女の状況は変化なし。栄養相談から購入の依頼は、米、牛乳の1回の購入、その他の日は魚、肉調理済みの惣菜を頼んでいる。
②家族・支援者の知識・技術・意欲の状況		同居、夫は老健入所。長女は遠隔で直接の援助は見込めない。月1回程度訪問。悪いものが持てないため、近隣者に週1回程度食材を購入してもらっている。購入品目については、指定していない。	
③日常の食習慣や生活習慣の状況		1年前転倒し、腰痛があり、徐々に外出をしなくなり、食材の確保が困難。家の外に常備食品がない。1日2食しか食べていないが、食品が常時あれば食べられると言っている。本人は希望せず、自分でできることで対応したい。	
④訪問介護等による食事介助、調理支援などの状況		配食サービス (市の横だしサービス) 1回負担金 400円) を現在、週2回利用している。サービスでの食事は残さず食べている。	
⑤活用しているあるいは今後活用できる資源状況		近所の人に頼んでいる購入食品の種類を増やしていただくことが必要。食べたいものを具体的に頼んでいるが、低栄養改善のための食品選択の知識が必要。	
⑥食事・食事準備や買い物物の環境		店が遠い。頼めば向かいの住人が買い物を入浴をいただいた。週2回介護予防通所介護を利用する。好き嫌いが少なく、食事も食べられる。インフォームアルサービスも始めて食事支援サービスを日常的に導入する必要がある。低栄養状態改善のための食事に対する知識を獲得して、近隣者に購入してもらう食品を本人が依頼できるようにすることを目指す。栄養状態を回復することで生活全般の自立支援を図ること。	
⑦総合的評価・判定			

食事行為に関する事項 (必要に応じて記入)

低栄養のリスク	サービス開始時 (11月1日)	3か月後 (2月1日)
BMI	17.1	19.3
体重減少率、変化	1ヶ月 4.6%減少	3ヶ月 13.0%増加
血清アルブミン値 (g/dl)	—	—
サービスの継続の必要性 (栄養改善の観点から)	無	有
自己実現の課題とその意欲	(課題) 瘦せてきたことや、腰痛のため外出の機会が減ったことへの不安がある。長く自立した生活を送るためには食事が大事だと感じている。(意欲) 意欲はあり	(課題) 変更なし  (意欲) 意欲は高いまま維持。
主観的健康感 現在の健康状態 にO	1 よい 2 まあよい 3 普通 4 あまりよくない 5 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	(計画の概要) 体重の経過を記録し、食材の確保を図る。 栄養状態保持のための必要な食品の知識を得て、楽しみをもち、アクティビティーの確保のため、デイサービス、地区社協のサロンにも出かける。	(計画の概要) 修正なし  (実施状況) 計画通り実行された。
総合的評価	体重回復、健康感向上のために前向きに努力している。外出の機会も徐々に増えてよい傾向を示している。	

所属 (事業所) 特別養護老人ホーム

作成担当者氏名 管理栄養士 ◎◎

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 △△併設デイサービス  
 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、元気を取り戻し、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	頻度	期間
<ul style="list-style-type: none"> <li>身体状況(体重)の把握に努める</li> <li>食料の確保</li> <li>体重回復のための栄養量の設定</li> <li>栄養状態維持のために必要な栄養、食品</li> <li>楽しみをもった外出の機会の確保</li> <li>生きがいに通じる趣味、特技の継続。</li> </ul>	通所職員 隣人 介護支援専門員 配食業者 管理栄養士 管理栄養士 地区社協 通所職員	月1回 随時 訪問時 週2回 毎日 月1回、又は利用時 月1回 週2回	6ヶ月 6ヶ月 6ヶ月 適年 6ヶ月 6ヶ月 適年 6ヶ月
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)	・ デイサービス利用時の月1回体重測定によるエネルギー出納の評価をすることで今の状態を知る。 ・ 近隣者への食料購入は、米、牛乳は1週間に1度、他の日は魚、肉類の惣菜を依頼する。 ・ 月1回の訪問時、買い物に介護支援専門員が付き添い、助言する。 ・ 現在受けている配食サービスの継続(市の横出しサービス 週2回) ・ エネルギー摂取量は体重回復を図るため1,550Kcalに設定する。 ・ 主食は必ず1日1回炊き、朝食は主食と佃煮、牛乳100mlだけでも必ず摂取し、食事回数は1日3食にする。 ・ デイサービス利用時に、栄養相談でパンフレット、実際の食品を用いてエネルギー、タンパク質の補給のための知識を得る。 ・ 外出時を利用したコンビニエンスなどでの具体的な食材購入の知識を得る。(調理パン、卵、饅頭、アイスなど) ・ 地区社協での「サロン○○」の継続参加。(インフォーマルサービス 月1回) ・ デイサービス利用でアクティビティの確保、趣味の手先を使う工作など行う。		
特記事項			

栄養改善サービスマニキュア評価書 (新予防給付)(案)

氏名 S 25-03 殿

3か月後の目標	サービスマニキュア提供前		1ヶ月目		2ヶ月目		3ヶ月目	
	記入者	管理栄養士 ◎◎	記入者	管理栄養士 ◎◎	記入者	管理栄養士 ◎◎	記入者	管理栄養士 ◎◎
	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	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	前向きな気持ち維持、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い	■	すこよくなってきた(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。	□	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。	□	体重が回復するに連れ、生活の自信も取り戻している様子。デイサービスが楽しみで化粧もしてくるようになった。過去の良い思い出話をして、時には歌も歌う。	□
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。内容と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示すとともにやかな表情をされた。	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: 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らるため食事は自分で炊くようになったこと。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嬉しい表情で話す。	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: 13:00~13:20 体重が回復したことへの感謝。今以上元気でいらなれど、持っていた話と話をされる。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るものだからうれしい、とのこと。	場所: 通所フロア内の独立した場所 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どおり実行していると話される。
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: 13:00~13:40 管理栄養士がパンフレットを用いて説明する。素直に聞いていたのだが、不快感も多かった。	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: 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らるため食事は自分で炊くようになったこと。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嬉しい表情で話す。	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: 13:00~13:20 体重が回復したことへの感謝。今以上元気でいらなれど、持っていた話と話をされる。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るものだからうれしい、とのこと。	場所: 通所フロア内の独立した場所 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どおり実行していると話される。
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: 通所フロア内 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、栄養相談にも、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。管理栄養士の相談時に介護支援専門員も同席したので、本人もイメージが明確にもてた様子。介護支援専門員からも食事に対するアプローチをして、本人の気が向上している状態を支えていくことを確認した。	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めるようになったこと、着る服の色合いを明るめに変えたことなど、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 サービスの導入効果について本人の実感を確認する。通所に来るとの楽しみも言われる。最近は歌も歌うようになったと話される。

## 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になっている。

#### 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。





介護予防サービス・支援計画書

利用者名 S31-01 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) 地域支援事業

計画作成者氏名 〇〇 〇〇 計画作成(変更)日 17年11月21日(初回作成日 年 月 日) 委託の場合、計画作成事業者・事業所及び所在地(通称) 〇〇〇〇  
担当地域包括支援センター: 〇〇〇〇  
1日 夫婦の身の回りの回りのことは自力で行える。

アセスメント領域と現在の状況	本人、家族の要望・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実施案の提案	具体性についての意向 本人、家族	目標	自費についてのポイント	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	介護保険外サービス 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
活動・歩行について 歩行は自力で可能。玄関から、階段を10段以上降りた後は杖を必要としない。共に行動する夫は歩行器から歩行補助器へと変化している。	本人、家族の要望・意向 本人、家族の要望・意向 本人、家族の要望・意向	歩行器の調整 歩行器の調整 歩行器の調整	歩行器の調整 歩行器の調整 歩行器の調整	1. 歩行器の調整 2. 歩行器の調整 3. 歩行器の調整	本人、家族の要望・意向 本人、家族の要望・意向 本人、家族の要望・意向	歩行器の調整 歩行器の調整 歩行器の調整	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	介護保険外サービス 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間	
日常生活(食事・排泄)について 食事量は元来少ないが、排泄と便秘の頻度が多く、排便コントロールに課題がある。	本人、家族の要望・意向 本人、家族の要望・意向 本人、家族の要望・意向	排便コントロール 排便コントロール 排便コントロール	排便コントロール 排便コントロール 排便コントロール	1. 排便コントロール 2. 排便コントロール 3. 排便コントロール	本人、家族の要望・意向 本人、家族の要望・意向 本人、家族の要望・意向	排便コントロール 排便コントロール 排便コントロール	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	介護保険外サービス 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間	
社会参加、買い物について 本人、家族の要望・意向 本人、家族の要望・意向 本人、家族の要望・意向	本人、家族の要望・意向 本人、家族の要望・意向 本人、家族の要望・意向	社会参加、買い物 社会参加、買い物 社会参加、買い物	社会参加、買い物 社会参加、買い物 社会参加、買い物	1. 社会参加、買い物 2. 社会参加、買い物 3. 社会参加、買い物	本人、家族の要望・意向 本人、家族の要望・意向 本人、家族の要望・意向	社会参加、買い物 社会参加、買い物 社会参加、買い物	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	介護保険外サービス 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間	

総合的方針: 生活下各領域の改善・予防のポイント  
総合的方針: 生活下各領域の改善・予防のポイント

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 S31-01 印

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



介護予防サービス・支援評価表

評価日 〇〇月〇〇日

計画作成者氏名 〇〇〇〇

利用者名 S31-01

目標	評価期間	目標達成状況	目標(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、食べ残しが徐々に減り、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					
				<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防給付 <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	