

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
2	日用品の買物をしていますか	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい
4	友人の家を訪ねていますか	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい
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
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい
8	15分位続けて歩いていきますか	0.はい
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい
10	転倒に対する不安は大きいですか	0.はい
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
12	身長 147 cm 体重 36.1 kg (BMI 16.7)	
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
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい
15	口の渇きが気になりますか	0.はい
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われま すか	1.はい
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなつた	0.はい
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
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

栄養スクリーニング書 (新予防給付) (案)

記入者氏名 管理栄養士 ○○○○ 作成年月日 17年 11 月 9 日

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(大) 昭 14 年 ○月 ○日 ( 80 才)				

(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(gm) (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% (体重減少がなかつた頃と比較、推定)	□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)

【1】

利用者名	(ふりがな) S31-01	男	要介護度	要支援
生年月日	明 昭 14年 0月 0日	(女)	通所リハ週1回利用 訪問看護週2回	
実施日	17年 11月 9日	記入者	管理栄養士 OO	
家族構成と キーパーソン	本人 夫 長男・長男嫁・孫(17才男)と同居 (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、 補給に関する利用旨及び家族の 意向	本人、夫、妻、長男、長男嫁、孫(17才男)と同居 主たる買い物担当者 主たる食事準備担当者	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、全て夫婦一掃の生活。夫が健康な事を支えながらの生活が身につく 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。	身体状況、栄養状態、 補給に関する利用旨及び家族の 意向	変えてきたこと、便秘、腹部膨満感を気にしている。嫁が用意する食事内容には満足、 不満はなく感謝している。元来少食。昔の調子も不食気味で落ちかいたものを食べてい 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 OO
嗜好	野菜の煮物、蒸魚は好き。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、固いものは飲み、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、夫と二人で食っている		
特記事項	S61 結腸癌 Obe、その後イレウスにより入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 OO
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"/> 7 便秘 <input type="checkbox"/> 8 浮腫 <input type="checkbox"/> 9 脱水(皮下・口唇の乾燥等) <input type="checkbox"/> 10 感染 <input type="checkbox"/> 11 発熱 <input type="checkbox"/> 12 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 13 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 14 医薬品の種類と数、投与方法、食品との相互作用 <input type="checkbox"/> 3 食欲低下 <input type="checkbox"/> 4 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 5 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 6 下痢(下痢の常用を含む)		
※ 特記事項	<p>具体的に記録 ラキハロ液、70ゼン×タ2P フルゼド 12mg 就前 2T、レボルミン就前 1T、ガスコン ×3、ヒオフェリミン×3、ガマ×3、ユベラニコチン×3</p>		

【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 OO	実施日 18年 1月 21日 記入者 OO
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)	( )	( )
上腕三頭筋皮厚(mm)	( )	( )
上腕筋面積(cm <sup>2</sup> )	( )	( )

(%): 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 OO	実施日 18年 2月 5日 記入者 OO
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	
総コレステロール(mg/dl)	181	165
クレアチニン(mg/dl)	0.75	0.69
BUN(mg/dl)	11.6	16.1

経口摂取量(①)	実施日 17年 11月 12日 記入者 OO	実施日 17年 1月 26日 記入者 OO
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、ピスケット	乳酸菌飲料プラス
1回の量(ml/g)	ヨーグルト90、ピスケット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てあった散歩ができず運動不足、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 だつた おまの よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい だつた おまの よくない
現在の健康状態	あてはまる番号1つ	あてはまる番号1つ
計画の概要と実施状況	食事内容は現行のままでし、主菜を減らす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。食事量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。やと便秘の訴えが収まってきたので、食事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。	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、食事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。

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

栄養補給意の満足	1,141	-
エネルギー消費量 (kcal)	1,600	-
必要エネルギー (kcal)	60	-
必要タンパク質 (g)	1,500	-
必要水分量 (ml)		
特記事項	便通を気にして、朝食前にヨーグルト・バナナ・はちみつを食べる習慣。食事は嫁が工夫しながら作っているが、本人の食欲が進むものは限られているため、単調になっている。近頃は6割程度の摂取率。自室にて夫婦でお茶を飲む時は、自力で用意が出来ており、よく水が振れている。	実施日 17年11月12日 記入者〇〇
①利用者の知識・技術・意欲の状況	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」というものは試してみたいほどである。(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
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ながら、摂取量が上がらないので、栄養補助食品紹介の要望有り。几帳面な性格の夫は、妻の排便の状態を何年にも亘ってノートに記録している。排便の状況にも着目し、記録をつけていたことを踏襲する。	
③日中の食習慣や生活習慣の状況	利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、本人は夫の世話をしている。口腔ケアは自力でしっかりと行っているが、部分養食の調子は悪くはない。	
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配達サービスマンや道所サービスマンとの食事摂取状況	道所でも、5~6割の摂取率。また、おやつ時にヨーグルトを希望されることが多い。	道所利用時のみ郵食。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・腹痛感への対応がされている。	変更無し
⑦食事・食事準備や買い物物の環境	嫁が行っており、問題なし。	変更無し
総合的評価・判定	便秘対策には排便量のアップと、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様の生活習慣で、どちらか片方のダメージが相互に影響する。夫へのアプローチも同時に行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: ティホスピタル (医療法人真正会 併設通所リハ)  
 担当者氏名 〇〇〇〇

初回作成日: 平成17年 1 1 月 21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	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
<ul style="list-style-type: none"> <li>食事をアップし体重の減少を止める</li> <li>便秘の改善</li> <li>運動量の確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事は現行のままとし、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1,600 kcal)</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	管理栄養士  ティ職員  訪問Ns 訪問PT	週 1 回  週 1 回  週 3 回	6ヶ月  1ヶ月  2ヶ月
特記事項				

栄養改善サービス評価書（新予防給付）(案)

氏名 S31-01

	サービス提供前		1か月目		2か月目		3か月目	
	17年 11月 12日	17年 12月 7日	18年 1月 4日	18年 2月 3日	記入者	管理栄養士 ●●	記入者	管理栄養士 ●●
3か月後の目標	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 ●●	
アウトカム	数値	問題 状況	数値	問題 状況	数値	問題 状況	数値	問題 状況
自己実現の課題	実施されず	■	実施されず	■	単独で週1回	■	暖かくなってから	■
自己実現の意欲	体重を戻したい	□	体重を戻したい	□	体重が増えてきた	□	便秘しなくなってきた	□
主観的健康観	便秘・腹部膨満感が常にあり	■	変化なし	■		□		□
栄養リスク								
体重 (kg)	36.0	33.2	34.2	35.0			36.1	
BMI	16.7	15.6	15.8	16.2			16.7	
体重減少率 (%/月)		7.8%減(6ヶ月)	3.0%増/1ヶ月	5.4%増/2ヶ月			8.7%増/3ヶ月	
血清アルブミン (g/dl)								
食事摂取状況	100%	50~60%	63%	68%			80%	
摂取量 (%) *								
エネルギー (kcal(%))	1,600	800~960	1,000	1,100			1,300	
タンパク質 (g(%))	70	35.5	40	60			70	
水分 (ml(%))	1,680	1,680	1,680	1,680			1,740	
その他の項目								
食事計画の実践状況					努力はしているが多くの食べ	■		
					られない	□		
						□		
評価	<p>療は、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。</p>		<p>食事の全体量の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。</p>		<p>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。</p>		<p>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。</p>	
計画の修正	無・有		無・有		無・有		無・有	
総合評価	<p>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。やっと思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たいとところだが、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。</p>							



## 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 ヶ月後には、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づき、「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	(ふりがな)	園	要支援
生年月日	S13-01 明・大・昭 6年 〇月 〇日 (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 〇日	記入者	〇〇
家族構成と キーパーソン	本人一 監 二人暮らし	主たる買い物担当者	要
主たる介護者	要	主たる食事担当者	要
身体状況、栄養状態、食費・栄養 補給に関する利用者及び家族の 意向	最近落ちてきて臥床気味、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。 体力をつけ及速を作ったりして、生活に自信を持ってもらいたい	主たる共食の者	要
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。 以前は田舎や母屋など有段者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	以前は酒家といわれるほどお酒をのんだ。食事は出されたものほりあえず何でも食べる		
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の指示ある		
食事摂取行為の自立	自立		
形態	普通		
環境	食卓で座位。要と食べる		
特記事項	食事はは足りなくはないが、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"/> 痛み <input type="checkbox"/> 薬物の不適合 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 味が濃い <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 胃切除 (全摘出) 早食い、ドカ食い傾向にある お酒を飲んで下痢、嘔吐があった		
	<input type="checkbox"/> 7 便秘 <input type="checkbox"/> 8 浮腫 <input type="checkbox"/> 9 脱水(皮下・口腔の乾燥等) <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		
	具体的に記載 ハーフジコキシンk y 1 T X 1 バップフォー (10) 1 T X 1 レニハース (5) 1 T X 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 〇日 記入者 P T 〇〇 管理栄養士 〇〇	実施日 18年 1月 〇日 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 A 2	自立度 A 1
握力* (kg) (利き腕石)	22	25
体重 (kg)	40.0 (75%)	42.5 (78%)
理想体重* (kg)	54	54
適格体重 (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%)
上腕三頭筋皮脂肪厚(mm)	4.0 (27%)	6.0 (38%)
上腕筋面積 (cm <sup>2</sup> )	23.7 (54%)	29.4 (74%)

臨床検査 (記入可能な場合) (%) : JARDの50パーセントタイム (中央値)を100%として換算

項目	実施日 17年 11月 〇日 記入者 管理栄養士 〇〇	実施日 18年 1月 〇日 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

経口摂取量 (①)	実施日 17年 11月 〇日 記入者 管理栄養士 〇〇	実施日 18年 1月 〇日 記入者 管理栄養士 〇〇
食事		
主食 (割)	—	—
副食 (割)	—	—
エネルギー (kcal)	1200 (主食約500kcal)	1,600
タンパク質 (g)	45	65
水分 (ml)	1,200	1,500
種類	—	—
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 (クッキーなど)	お菓子 (乳製品を中心に)
1回の量 (ml/g)	50	10
頻度 (回)	随時	1日1回
エネルギー (kcal)	200	80
タンパク質 (g)	3	3
エネルギー (kcal) ①	1,400	1,580
タンパク質 (g) ①	48	68
水分 (ml) ①	1,200	1,500

栄養補給量の算定		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)
エネルギー消費量 (kcal)		1,525 (1ヶ月に1kgの体重増)	1,550 (摂取エネルギー)
必要エネルギー (kcal)		54	54 (適正体重X1.0)
必要タンパク質 (g)		1,500	1,550 (食容量から推測)
必要水分量 (ml)			
特記事項	<p>食事は薬が準備している。薬が地味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卓して居る。薬は、栄養相談を受け、まじめに行うことになっているが自分と違う食卓準備にストレスを感じている。</p> <p>糖尿病の食卓療法は指しエナジーを減らすようにしているが、体重の減少を気にしている。本人は、元気がなくなってきて外出も同助になっている。</p> <p>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、トク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卓を分けて食べることとした。</p>		
①利用者の知識、技術、意欲の状況		実施日 17年 11月 0日 記入者 管理栄養士 00	実施日 18年 1月 0日 記入者 管理栄養士 00
②家族・支援者の知識、技術、意欲の状況		意欲がない 食卓については薬が一切を取り仕切っているため、言われるままであるが早食いで食卓が少なくなっている。	生活意欲が出てきた。 食卓は、薬と一緒にものを1日5回に分けて食べている。空腹感はなく、朝食も入って来た。近所に買い物に行けるようになった。
③日常の食習慣や生活習慣の状況		薬は指しエナジーを守りながら調理しているが、負担を感じて、ストレスに感じている。 また、思うように食卓をしてくれないのでどうしたら良いのか困っている。	食卓の準備は副菜を薬と一緒にし、主食 200gで準備することで、負担が軽くなり、ストレスの軽減になった。 また、食卓を分けて食べることでゆとり食卓すること、食卓の片づけなどもするようになった。近所の外出などして気分転換してあり、薬も半日ぐらい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卓摂取状況		通所リハビリテーションでは、適正エネルギーを確保し日常生活では、食卓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。 また、ゆとりよくかんで食卓をするように指導し、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。 食卓は全量摂取。	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卓を確保して、食卓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っている。 食卓のとり方は、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食卓・食卓準備や買入物の環境		食品の調理は薬がしている。	継続して薬が行う。

食事行為に関する事項（必要に応じて記入）

総合的評価・判定	<p>食卓の適正摂取を図る必要がある。主治医との連絡は密に行うことが重要。疲れやすい身体状況を改善し、活動的な日々を送れるよう支援する必要がある。主たる介護者である妻の負担軽減のために、食卓の準備や対応を相談していく必要がある。</p> <p>対象者の自信ある生活を実現するためには、生活の範囲を広げ、身近な人の評価が上がる必要がある。</p>	<p>食卓は楽しんでゆとりよく食べることができている。また、制限が多かった食卓も食べる量が増え、空腹が減って、お菓子などに手が出さなくなった。</p> <p>体がしなやかになり、外出も交通機関を使って出かけてみた。薬の援助はあったが自信が出た。</p> <p>薬は、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、食卓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った。仲間になったような気がするのとこと。</p> <p>近所の人に一時はどうなるかと思っただけと負運えるようになったといわれ、自信が出てきた。</p> <p>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といい。</p>
----------	--	--

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        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0日）	2か月後（1月0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・ <b>有</b>	
自己実現の課題とその意欲	最近食べてきて臥床気味。自分の体が思うように動かず、外出もなくなつて閉じこもりがちである。本人は、田舎や街並みなどの有聲音のなにもやる気がしない。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。通初介護利用時は他者との交流がある。近所でも元氣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 現在の健康状態 <u>あてはまる番号1つに○</u>	1 2 3 4 5 よい まあよい なつろ あまりよくない	1 2 3 4 5 よい まあよい <b>3</b> あまりよくない
計画の概要と実施状況	1. 安定した食事摂取量の確保 2. デイケアでの昼食は、12時と15時に分けて提供する。 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、安定した摂取量が保たれ、妻の介護負担が軽減されている。最近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）            〇〇事業所

作成担当者氏名            管理栄養士            〇〇

連絡経過

管理栄養士、保健師、介護支援専門員、医師、看護師、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	内 容
11/7	介護支援専門員	妻	面談・電話など	利用開始の報告低栄養状態の報告・栄養改善のため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 栄養スクリーニング、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（食事の方法、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	家族一時的な確認とその後状況が確認 生活の改善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
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	施設での中間報告、継続の確認 本人が施設に明るくなり、外出も増えていることから感謝されたとの報告あり。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 デイ職員	妻	面談	正月のすごした状況の確認、飲酒の希望が強い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。 近況報告の中で、ノズ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 最近、おしゃべりになったこと、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、胸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）

利用者名: S13-01  
 計画作成者氏名: 〇〇 〇〇  
 所属名及び所在地: 〇〇 〇〇  
 担当者氏名

初回 紹介・継続 認定済・申請中

生年月日 昭和8年 △ 月 △ 日 住所

初回作成日: 平成17年11月〇〇日  
 作成(変更)日: 平成 年 月 日

要介護状態区分	要支援1・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。自分の体か思うように動かず、外出もなくなっており閉じこもりがちである。体力をつけ友達をつくる、社会資源をつか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。また、膀胱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、体力がなくなっており何をして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)) ・低体重で体重減少が見られる。 ・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 ・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(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, たんぱく質量54g, 水分量1500ml] ・分食の方法を説明する。	管理栄養士	週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	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。 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。 ・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。	デイケア職員 管理栄養士	週1回 月1回	6ヶ月間 6ヶ月間
身体状況の把握	1. デイケアを継続して利用する ・立位不安定なためリハビリを行う 2. デイケア利用時は趣味の囲碁や将棋の相手を探し、声かけを行う。  1. 身体状況の管理と指示 2. 各職種への連絡調整	介護支援専門員 デイケア職員 デイケア職員 主治医 介護支援専門員	週1回 週1回 随時 随時	6ヶ月間 6ヶ月間 6ヶ月間 6ヶ月間

主治医との連携が大切であり、情報の共有化を図る  
 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おう必要がある

栄養改善サーベイス評価書（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月〇日		2か月目 18年1月〇日		週・月目 年 月 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	囲碁や将棋をし、仲間と楽しい時間を共有できる	<input checked="" type="checkbox"/>	疲れやすくなり閉じこもりがち	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
自己実現の意欲	一人で交通機関を使い外出できる	<input checked="" type="checkbox"/>	やりたいことがわからない	<input checked="" type="checkbox"/>	妻の見守りで交通機関を使って外出した	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
主観的健康観	元気があったと実感でき、自信をもって生活ができる	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	近所でも元気になったと言われ自信が出てきた	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
栄養リスク								
体重 (kg)			43.0	<input checked="" type="checkbox"/>		42.5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BMI			17.5	<input checked="" type="checkbox"/>		17.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重減少率 (%/月)			5%増/1ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/>	6ヶ月に12%の体重減少	1ヶ月に3%の体重増	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血清アルブミン (g/dl)			4.5	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事摂取状況			80%	<input type="checkbox"/>		100%充足している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
摂取量 (%) *				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
エネルギー (kcal(%))			1,525	<input type="checkbox"/>	1,400	1,550	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
タンパク質 (g(%))			54	<input type="checkbox"/>	48	54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水分 (ml(%))			1,500	<input type="checkbox"/>	1,400	1,500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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る	<input checked="" type="checkbox"/>	食事回数が3回で少食 ムラ食いや早食いが見られる	<input type="checkbox"/>	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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
評価			顕著な低栄養状態	<input type="checkbox"/>	栄養状態の改善傾向にある	無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
計画の修正								
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、積極的に行動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 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。 本人は、元気がなくなってきて外出も億劫になってい る。 看護歴で搬送された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タンパク質不足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。		食事は妻と同じ物を準備し、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。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いる。 正月にビールを200mlほど飲んで下痢した。飲酒したいという希望があり、月に1回ぐらいいい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。 最近で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、服薬もおしやれにならなくなった。			

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 担当者: 管理栄養士、支援相談員 時間: 16:00~16:20 情報の収集(利用申込書から)	場所: 施設内相談室 担当者: 管理栄養士、管理栄養士、支援相談員、施設医師 時間: 10:00~11:00 自己実現の課題確認 意欲の確認 摂取摂取の確認 必要栄養量の算出 過不足の確認	場所: 介護支援専門員事務所 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 10:00~10:30 家庭での摂取状況の確認 摂取栄養量の確認	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 12:00~12:30 通所介護での摂取量確認 日常生活での注意事項の実行 正月の過ごし方(飲酒の検討)	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 13:00~14:00 正月の状況確認 生活レベルの向上について今後の対応	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 10:00~10:30 14:00~14:30 計画の評価 身体計測	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 10:00~10:30 14:00~14:30 計画の評価 身体計測	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 10:00~10:30 14:00~14:30 計画の評価 身体計測
栄養食事相談	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 14:00~14:20 介護支援専門員より低栄養状態であること 改善の依頼と報告	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、対象者 時間: 12:00~12:10 食べることの意欲確認 生活環境の確認	場所: 介護支援専門員事務所 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 10:00~10:30 実施上の問題点について対応 成案の検討 計画の満足度確認	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 12:00~13:00 食事回数を増やす方法や対応の確認 利用時のスケジュールの変更	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 14:00~15:30 おしゃべりになった本人をみんなでもうすぐと声かけを行った 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	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 15:00~15:15 計測結果をスタッフに報告	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 13:00~13:30 計画の継続を確認	
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 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 14:00~14:20 介護支援専門員より低栄養状態であること 改善の依頼と報告	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 16:00~17:00 主治医への介入の連絡 通所介護の利用状況に対しプログラムの変更依頼 介護支援専門員の役割として、対応窓口設定 施設内での対応の共通理解 通所介護職員による役割分担、体重測定追加	場所: 介護支援専門員事務所 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 10:00~10:30 相談事項、決定事項の報告 介護支援専門員より主治医の意向確認 施設利用時の様子確認	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 12:00~13:00 食事回数を増やす方法や対応の確認 利用時のスケジュールの変更	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 14:00~15:30 おしゃべりになった本人をみんなでもうすぐと声かけを行った 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	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 15:00~15:15 計測結果をスタッフに報告	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 16:00~17:00 計画の継続を確認	
家族へのアプローチ	場所: 施設内 担当者: 介護支援専門員 時間: 14:20~14:40 養子に栄養改善の必要性があること の通知	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 13:00~14:00 食事づくりのポイント指導 生活環境や家族がしたいこと の相談 食事づくりの意欲確認 食事の準備に関する問題点 の確認	場所: 介護支援専門員事務所 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員、養子 時間: 10:30~10:45 家庭での対応状況の相談	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 16:00~17:00 食事づくりの負担について確認 養子が生活に満足しているか の確認	場所: 相談室 担当者: 管理栄養士、介護支援専門員 時間: 16:00~17:00 食事づくりの負担について確認 養子が生活に満足しているか の確認	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 13:00~13:30 計画の継続を確認	場所: デイルーム 担当者: 管理栄養士、介護職員 時間: 13:00~13:30 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) フスプレーガーによるフットケア (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。

まず、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 2~3 kg 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%。

独居生活をしていましたが、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 ヶ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 ヶ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したが、同じ施設内だった為、頻回に連絡は取り合った。
- (2) 依頼書を使用したのが、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。



