

介護予防支援助経過記録 (サービスマン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) 10月11日 (火)	<p>○○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。本人と相談の上、新予防給付における栄養改善サービスマンなどを利用して、体調の改善を図ることを申し合わせる。</p> <p>→老人保健施設:管理栄養士に栄養改善サービスマンの実施が可能かどうかを確認する。</p>		<p>り、常時介護をするものが傍にいない。本人は①在宅中心の生活になっていないこと、②食事を自分で作りたいが上手く作れないこと、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するにはどのような支援が必要か、介護予防の観点から検討する。</p> <p>(結論)</p>
10月14日 (金)	<p>管理栄養士より連絡あり。→栄養改善サービスマンが必要であるとの意見をもらい→管理栄養士と相談の上、栄養改善サービスマンを実施することを確認する。</p> <p>当方より栄養改善サービスマンの概要説明を行い、その後アセスメントを実施する。※別紙に記載。</p> <p>管理栄養士を紹介し、管理栄養士より栄養改善サービスマンの詳細説明が行われる。</p>		<p>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ン・各種アクティビティへの参加を継続することで、身体機能の維持に努めることを提案する。</p>
10月21日 (金)	<p>サービスマン担当者会議を開催。</p> <p>議題《初回介護予防サービスマン支援計画の策定について》</p> <p>(参加者)老人保健施設:介護支援専門員主任 ○○○○ 老人保健施設:管理栄養士 ○○○○ ○○居宅:介護支援専門員 ○○○○</p> <p>※訪問介護事業所:サービスマン提供責任者は欠席</p> <p>(検討内容)</p> <p>・本人は平成14年に頸部脊椎血腫を発症し、その後遺症として左上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</p>		<p>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。</p> <p>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られな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(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同様に老人保健施設:管理栄養士による栄養改善サービスマンにて対処することを提案する。尚、不測の事態に備えて緊急通報装置の活用も提案することを申し合わせる。</p> <p>→ケアプランを策定する。</p> <p>◇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。</p> <p>※老人保健施設:管理栄養士、老人保健施設:デイケア、訪問介護事業所にケアプラン(複製)を配布。</p>

※1 介護予防支援助経過は、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)、サービスマン担当者会議の内容、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マン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マン担当者会議の開催、サービスマン事業所や家族との調整などを記入する。

※2 サービスマン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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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、栄養改善サービスの開始が遅れているとのこと。 ◇定期訪問を実施する。 ・12月度のサービス利用票を提示し承諾を得る。 ・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よる身体機能の維持が図られている。また訪問介護による食料品の買物代行・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、本日当方が自宅を訪れ、挨拶及び趣旨説明を行ない承諾を得る。 ※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が遅れる。 ◎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。 		<ul style="list-style-type: none"> おり、新たに要望や希望することはないとのこと。 △訪問介護実施状況をモニタリング。※別紙に記載。 ・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。→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あり、それ以降は食材の選定に気を配りながら調理を行っているとのこと。 ・栄養改善サービスについては12月に老人保健施設：管理栄養士より本人より既存サービスの継続利用を希望される。 ◎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」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ーが少なかつ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いる様子。 ※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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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と。 		<ul style="list-style-type: none"> ◇定期訪問を実施する。 ・2月度のサービス利用票を提示し承諾を得る。 ・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たれているので、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無難に行って貰っている。サービスの対する希望や要望は特にない。」
12月16日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ▲デイケアの利用状況をモニタリング。※別紙に記載。 		
12月19日(月)	<ul style="list-style-type: none"> ◇定期訪問を実施する。 ・1月度のサービス利用票を提示し承諾を得る。 ・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 	12月19日(月)	

※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)、検討した内容を記入する。

介護予防サービス・支援評価表

評価日 平成〇年〇月19日

利用者名 S15-01 様

計画作成者氏名 〇〇〇〇

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成しない原因 (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。		・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。 ○	・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。 ○	・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窺われる。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ている為、本サービスを継続する。 ・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。
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。 ○	・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。
③介護予防訪問介護による買物代行及び室内の清掃。	H17年11月1日 ～ H18年12月31日	・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。 ×	・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)・緊急時の対応が習慣化されていない。 ○	・近隣住人による声かけ(様子観察)・緊急時の対応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)・緊急時の対応を呼びかけ、サービスの定着を図る。
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な声かけ(様子観察)・緊急時の対応を依頼。現状では緊急対応も少なく、が外出の機会が少ない為、怪談ですれ違ふ際の確認程度となっている。 ×	・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。
⑤緊急通報装置の設置。		・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。 ×	

総合的な方針		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"/> 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		
・現行ケアプランを継続する。			

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 172.6 cm 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云われま 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)以前は楽しんでできていたことが今ではおっくうに感じられ る	1.はい 0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい 0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい 0.いいえ

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

栄養スクリーニング書 (新予防給付) (案)

記入者氏名 管理栄養士 ○× 作成年月日 2005年 11月 1日

利用者名 (ふりがな)	S 15-01	要介護度	要介護1
生年月日	明(大)昭 15年 〇月 〇日(79才)	性別	女

(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)	172.6	/	/	/
体重(kg) (測定日)	55.0 HI79.17	/	/	/
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 (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 (76~100%)	□不良 (75%以下) 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 □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)

(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 OX	実施日 18年 2月 3日 記入者 OX
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)	-(%)	-(%)
上脚周囲長(cm)	23.0 (87.8)	23.5 (89.7%)
上脚三頭筋皮脂肪厚(mm)	4.0 (43.0%)	5.0 (53.8%)
上脚筋面積 (cm ²)	37.5 (90.1%)	38.3 (92.1%)

(%) : JAFD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 OO	実施日 18年 2月 3日 記入者 OO
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
種類	使用していない	ヘルシーフード試みかけ
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)	-	-
種類	胡麻せんべい	せんべい、時マビスケット (週1回8粒立)
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
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

(I)

利用者名	(S)りがな S15-01	園	要介護度	要介護度1
生年月日	明大 昭 15年 0月 X日	女		
実施日	17年 12月 9日	記入者	管理栄養士 OX	
家族構成とキーパーソン	本人 一人 結婚歴無し 独居	主たる買い物担当者	ヘルパー	
主たる介護者	なし (独居)	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内容及び家族の意向	認知症補償の後の後遺症による右半身の麻痺、左上下肢麻痺が強い (軽度) 肉類は好きではないので殆ど食べない、着に比べて履きやすいものが食べられないので小荷物の小魚は食べるようになった。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・食欲 (心身の訴えを含む)			

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 OX
嗜好	魚が好き。朝は赤身が好きで生妻をつけて食べる。豚などの小荷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		
病歴・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-まではゆっくりに歩いて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を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 OX
低栄養状態関連問題	■ 1 皮膚 (乾燥感でクリームを塗る) <input type="checkbox"/> 7 便秘 <input type="checkbox"/> 8 浮腫 <input type="checkbox"/> 9 脱水 (膝下・口唇の乾燥等) <input type="checkbox"/> 10 感染 <input type="checkbox"/> 11 発熱 (2回/年) <input type="checkbox"/> 12 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 13 肺炎 <input type="checkbox"/> 14 医薬品の種類と数、投与方法、食品との相互作用 ■ 2 口内の問題 <input type="checkbox"/> 痛み ■ 薬物の不都合 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 口が渾く <input type="checkbox"/> むせ ■ 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)		
※ 特記事項	顔色が白く、皮膚がかさかさである 唇は低下しているが、刺激物 (山菜など) は敏感 臭いが赤いとかが暗々あり 医師次長 具体的に記述 フェニリン		

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

栄養補給量の算定		1,400	1,400
エネルギー消費量 (kcal)		1,521	1,540 (摂取エネルギーとした)
必要エネルギー (kcal)		65	65
必要タンパク質 (g)		1,900 (食事量)	1,900
必要水分量 (ml)			
特記事項	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。 鉄剤は効と服用してはいるが、本人は調子がよいと申す		
①利用者の知識・技術・意欲の状況	実施日 17年12月9日 記入者OX 後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。		
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でで食事の用意は本人が行う。		
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。		
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。		
⑤配食サービスや通所サービスでの食事摂取状況	簡単な自然は可能な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。		
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⇒通所リハビリ週2回 ホームヘルパーの買い物代行。		
⑦食事・食事準備や買入物の環境	スパーはゆつくり歩いて10分くらい自宅にはエレベーターがない。 食事準備は簡単なものなら本人が出来る。体重減少の理由として、量を減らしてしまったり、吐き気や嘔吐があり、つい量を減らしてしまったり、肉類は好きではない、魚は青魚も好きではない、肉類は好きではないので小魚の多い魚を敬遠してしまう。簡単に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。 鉄剤は処方されているが、効果がさすため時々服用をやめている。		
総合的評価・判定			

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。 貧血と体重減少も指摘され疲れやすくなる。 通所リハビリと通院日以外は外出しなくなる。出来ればコンピュータ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。通所リハビリにコンピュータ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。 寝気もなく摂取量も安定している。
主観的健康感	1 2 3 4 5 よい まあよい ふうつ まあよい ふうつ まあよい ふうつ ふうつ ふうつ ふうつ ふうつ	1 2 3 4 5 よい まあよい ふうつ まあよい ふうつ まあよい ふうつ ふうつ ふうつ ふうつ
現在の健康状態	あてはまる番号1つに○	
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、栄養補助食品の鉄分りかけを提案する 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て、病気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。	

作成担当者氏名 管理栄養士OX

所属 (事業所) OXOX

栄養改善サービス計画書 (新予防給付) (案)

利用者名: S15-01 殿
 計画作成者氏名: 〇〇 〇〇
 生年月日 大正15年 〇月 ×日
 住所: 〇〇市区 〇-〇-〇-〇-〇
 初回作成日: 平成 17年 12月 10日
 作成(変更)日: 平成 年 月 日
 所属名及び所在地: 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇〇〇番地
 担当者氏名

〔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	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) ①体重減少6ヶ月5% ②嘔気による食事量の低下 ③筋力低下(細腰はく離によりリハビリ3か月間中止。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	担当者	頻度	期間
#1 食事内容の見直しと体重増加(目標2kg増加)貧血改善(Hgb10.4)	介護支援専門員 管理栄養士 管理栄養士 管理栄養士	(相談日) 月2回 (相談日) 月2回	6ヶ月間 6ヶ月間
#2 筋力の向上	管理栄養士 介護支援専門員 ヘルパー 介護支援専門員 リハビリスタッフ	月2回 週2回	6ヶ月間
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食品の選択の支援 ・ヘルパーによる買い物代行を行う ・本人は肉類は好まれません、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 1、缶詰の骨までわからなくなっている魚を購入し、食べてもらう(鰯や鯖など) 2、間食はせんべいが多いが、時々クッキー類も食べてもらう、エネルギー、脂質↑(乳製品は殆ど食さない) ②貧血改善による食事支援 1、鉄強化ふりかけをお試しサンプルで食べていただき、問題なければ続けたい。鉄強化ふりかけ Fe50mg (ヘルシーフード Fe50mg) 【食事相談】 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。奥の繊維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りました。食事の準備は本人が行うので市販の缶詰や圧力鍋を使用してもらうように提案する。 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。 ①筋肉向上トレーニング ・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回インストラクターによるパワーリハビリの再開 必要エネルギー1521Kcal 必要たんぱく質65g 必要水分量 1974ml		

栄養改善サービスマン評価書 (新予防給付) (案)

氏名 S15-01

	3か月後の目標		サービスマン提供前		1ヶ月目		2ヶ月目		週・月日			
	記入者	管理栄養士 ○ ×	問題 チェック	数値	記入者	管理栄養士 ○ ×	問題 チェック	数値	記入者	管理栄養士 ○ ×	問題 チェック	数値
アウトカム												
自己実現の課題	貧血を改善したい	<input checked="" type="checkbox"/>	食事を見直していく		肌のつやが少し出てきたと実感	<input type="checkbox"/>	体重増え、体調よくなる実感	<input type="checkbox"/>				
自己実現の意欲	ややあり	<input type="checkbox"/>	ややあり		意欲あり	<input type="checkbox"/>	余暇に前向きになる	<input type="checkbox"/>				
主観的健康観	筋力向上、維持を図りたい	<input checked="" type="checkbox"/>	やせて筋力と体力がない		リハビリに意欲的	<input type="checkbox"/>	片足立ち秒数延長(3→5秒)	<input type="checkbox"/>				
栄養リスク												
体重 (kg)	57.0	<input type="checkbox"/>	55.0		56.2	<input type="checkbox"/>	58.3	<input type="checkbox"/>				
BMI	20.4	<input checked="" type="checkbox"/>	18.4		18.8	<input type="checkbox"/>	19.8	<input type="checkbox"/>				
体重減少率 (%/月)	3%増/3ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/>	5%減/6ヶ月		2%増/1ヶ月	<input type="checkbox"/>	5.7%増/2ヶ月	<input type="checkbox"/>				
血清アルブミン (g/dl)	—	<input type="checkbox"/>	—		—	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>				
食事摂取状況	100%	<input checked="" type="checkbox"/>	75%		85%	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>				
摂取量 (%) *												
エネルギー (kcal(%))	1,540Kcal	<input type="checkbox"/>	1,248Kcal		1,300Kcal	<input checked="" type="checkbox"/>	1,540Kcal	<input type="checkbox"/>				
タンパク質 (g(%))	65.0g	<input type="checkbox"/>	56.9g		58.0g	<input checked="" type="checkbox"/>	61.0g	<input type="checkbox"/>				
水分 (ml(%))	1,974ml	<input type="checkbox"/>	1,500ml		1,600ml	<input checked="" type="checkbox"/>	1,600ml	<input type="checkbox"/>				
その他の項目												
食事計画の実践状況	魚の缶詰の利用	<input type="checkbox"/>			実施	<input type="checkbox"/>	実施	<input type="checkbox"/>				
	向養をエネルギー・脂質の高いものを摂取	<input type="checkbox"/>			努力はしている	<input type="checkbox"/>	週1回は実施	<input type="checkbox"/>				
	鉄ふりかけの使用	<input type="checkbox"/>			実施	<input type="checkbox"/>	実施	<input type="checkbox"/>				
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、脚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)。茶室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				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ます。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					

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 磯崎 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

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

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	[任意]・入院又は入所中()		
名前 本人氏名	男・姓	M・〇・S	〇年〇月〇日生(88)歳
住所	〒〇〇市〇〇町△番地	Tel	〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
		Fax	〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2	A1・A2・B1・B2・C1・C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・[要支1]・[要支2]・[要介1]・[要介2]・[要介3]・[要介4]・[要介5] 有効期限：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 <small>◎=本人、○=女性、□=男性 ○=前配偶、□=前パートナー ○=同居者、□=同居 ○=介護者、□=同居 (同居家族は〇で囲む)</small> Ⅱ-Ⅰ-Ⅰ-Ⅰ Ⅱ-Ⅰ-Ⅰ-Ⅰ		
住所 連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
	〇〇△△	—	〇〇市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇
緊急連絡先	〇〇□□	—	〇〇市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇

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、買って来て届けている。
受診時の送迎も協力している。

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

これまでの生活	S20 夫が永眠後、子供3人をかかえての生活であった。子供を家系に預け置くこともあった。 その後、再婚。H12年夫他界した後、独居。		
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	
	8:00起床 午前中は、頭がはつきりしないのでサーフ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、新聞を読んだりとしてしている。		テニス・ドライブ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
			宗親関係の方々との交流が頻繁にある。

《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	(主治医・意見作成者に☆)	医療機関・医師名	経過	治療中の場合は内容
H13年 月 日	肺炎 尿路感染	☆	〇〇病院 Tel	治療中 経過観察中 その他	抗生物質服薬
H12年 月 日	腰痛		〇〇病院 Tel	治療中 経過観察中 その他	湿布
H12年 月 日	脚痺	☆	〇〇病院 Tel	治療中 経過観察中 その他	
S61年 月 日	うつ病 性 心不全	☆	〇〇病院 Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

訪問介護	週1回	公的サービス	非公的サービス
通所介護	週1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併せて、利用者基本情報、支援情報、介護経緯シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、要介護認定業務に添付して提出することになります。

平成 年 月 日 氏名 S26-01 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 S 26-01

計画作成者氏名 ○○○○

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。 首が痛いとのことを受診し、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	殿	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月中、デイサービスはお休みとのことなので、 海中訪問しながら、少しづつ外に出るよう促して 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きけるよう支援していきます。
目標	体力をつけ 受診時 歩いて帰ってこれる ようになる		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	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 なつたと感じる	
	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		6ヶ月	(栄養への意識は継続し て高い)(筋力は多少の 低下有り)			
			* 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				
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
地域包括支援センター意見							

基本チェックリスト(案)

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 10月 12日

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書われますか	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ている	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。

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 昭 6 年 月 日(88 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(cm) (測定日)	144			
体重(kg) (測定日)	35.0 HI 7. 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			□経腸栄養療法 □経脈栄養療法
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	(あゆみかな) S26-01	男	要介護度	要支援
生年月日	明(大) 昭 6 年 0 月 0 日	女		
実施日	H 17 年 10 月 12 日	記入者	00 000	
家族構成と キーパーソン	本人 次男 嫁 (別居) 主たる買い物担当者 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、服薬で嘔てしまった。			
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	00 000
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		
食前摂取行為の自立	自立		
形態	常食常食		
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	00 000
低栄養状態関連問題	<input type="checkbox"/> 1 皮膚 () <input type="checkbox"/> 7 便秘 <input type="checkbox"/> 2 口腔内の問題 <input type="checkbox"/> 8 浮腫 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 栄養の不都合 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 9 脱水(皮下・口腔の乾燥等) <input type="checkbox"/> 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 10 感染 <input type="checkbox"/> 3 食欲低下 <input type="checkbox"/> 11 発熱 <input type="checkbox"/> 4 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 12 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 5 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 13 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 6 下痢(下剤の常用を含む) <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 00	実施日 17 年 1 月 24 日 記入者 00
生活機能・身体機能	自立 J2	自立 J2
握力 * (kg) (利き腕)	35 kg (87.5 %)	37 kg (92.5 %)
体重 (kg)	16.9	17.8
BMI	40.0	40.0
通常体重 (kg)	3ヶ月 5.4% (増加・減少)	3ヶ月 5.4% (増加・減少)
体重変化率 (%)	— (— %)	— (— %)
下腿周囲長 * (cm)	— (— %)	— (— %)
上腿周囲長 (cm)	— (— %)	— (— %)
上腕三頭筋皮下脂肪厚 (mm)	— (— %)	— (— %)
上腕筋面積 (cm ²)	— (— %)	— (— %)

(%) : JARO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 10 月 12 日 記入者 00	実施日 17 年 1 月 24 日 記入者 00
食事	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
栄養補助食品	種類 なし	なし
	1回の量 (ml/g)	なし
	頻度 (回)	なし
	エネルギー (kcal)	なし
	タンパク質 (g)	なし
栄養	種類	おやつに食パン8枚切1枚
	1回の量 (ml/g)	
	頻度 (回)	1
	エネルギー (kcal)	100
	タンパク質 (g)	7
	エネルギー (kcal) ①	1,100
	タンパク質 (g) ①	4.8
	水分 (ml) ①	1,100
合計		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 ○○ 殿
作成日 ○年 ○月 ○日
利用者氏名 S28-01 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)	1,200	50	
必要タンパク質 (g)	50	1,250	
必要水分量 (ml)	1,200		
特記事項	12月から1月にかけ7検査入院していたが、体調や身体状況に変化は無い。胸のほかにプロセステースを毎日摂取。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○○ 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。	実施日 18年1月24日記入者○○ 自問自答して様子を伺った。 自所の調理要領がきちんとできていた。 栄養相談では調理実演してはいるが、本人は実施している様子。	12月24日 記入者○○
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くれる。個人的である。	変化なしで、常に臨時的。	
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。 風邪で体調が悪化して、戻らないとのこと。	検査入院中に病院で出た食事をいろいろ覚えていて、積極的に摂り入れようとしている。	
④訪問介護による食事介助、調理支援などの状況	訪問介護は週に1回来ている。 調理は本人ができるので不要。	訪問介護は近くのスーパーまでの付き添いや掃除等を手伝ってもらっている。	
⑤飲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、食事は召し上げられないが、比較的よく召し上がっている。	寒いと面前でデイサービスはしばらく休んでいる。	
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カトレニング	引きこもり予防のためにもデイサービスに出てくるのが最優先。	
⑦食事・食事準備や買い物環境	食事の準備は自立。 買い物は家族。	変化なし	
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施が難しい。まずは胸1個を毎日の食事に追加することから始めてみる。		

食生活に関する事項（必要に応じて記入）

低栄養のリスク	サービズ開始時（11月0日）	3か月後（1月0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)			
サービズの継続の必要性（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 あてはまる番号1つに○	1 2 3 4 5 よい まあよい 心つつ あまり よくない よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい 心つつ あまり よくない 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。 食事の準備、買い物等は家族が協力する。	生活は、特に変化はなし。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、本人も喜んでいる。		

所属（事業所） ○○事業所

作成担当者氏名 ○○