

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: 初回
 認定済・申請中: 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
 足元のからつき

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、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	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 40kg を目指す	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。	管理栄養士	毎日	6ヶ月
身体状況の把握	体重はサービスで入浴の際に月 1回計ってもらおう。	デイ職員	月 1回	6ヶ月
食事の準備等に関する自立支援	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、サービス利用時は運動機能の向上に参加していただく。	家族 デイ職員	適時 毎週	適年 6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 S26-01

	3か月後の 目標	サービス提供前		2週目		1月目		3月目	
		17年 10月 6日		17年 10月 19日		17年 11月 2日		18年 1月 24日	
		記入者 ○○	問題 チェック	記入者 ○○	問題 チェック	記入者 ○○	問題 チェック	記入者 ○○	問題 チェック
アウトカム									
自己実現の課題	商店街を一人で歩く		<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	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	歩く元気がある	一人で歩く自身が ない	<input checked="" type="checkbox"/>	自信がない	<input type="checkbox"/>	元気が出てきた	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>
栄養リスク									
体重 (kg)	40.0	35.0	<input type="checkbox"/>	36.0	<input type="checkbox"/>	37.0	<input type="checkbox"/>	37.0	<input type="checkbox"/>
BMI	20.0	16.9	<input type="checkbox"/>	17.4	<input type="checkbox"/>	17.8	<input type="checkbox"/>	17.8	<input checked="" type="checkbox"/>
体重減少率 (%/月)		5.4%減	<input type="checkbox"/>	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"/>		<input type="checkbox"/>
食事摂取状況	80%	70%	<input type="checkbox"/>	80%	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	85%	<input type="checkbox"/>
摂取量 (%) *			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
エネルギー (kcal(%))	1,250	1,100	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1,250	<input type="checkbox"/>
タンパク質 (g (%))	50	43	<input type="checkbox"/>		<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"/>
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	<input type="checkbox"/>	実践している	<input type="checkbox"/>
評価		風邪をひいて体重が落ちている							
計画の修正		(無)・有		(無)・有		卵を1日1個食べていて、 元気もでてきた		(無)・有	
総合評価								チーズも加えている	(無)・有

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いかの様子を見に行った。特に変化なしだったため、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、食事が増大し 3 ヶ月後には体重は 2 kg 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 ヶ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大事であると考えます。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

《介護予防に関する事項》

やうだいことばはやってきたので、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。

今までの生活	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	本人	介護者・家族	水書画や書道
	時間		
			地域の水書画教室に通って趣味仲間との交流を楽しみにしている。
			友人・地域との関係

《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	心腔補助	〇〇医院 Tel (〇〇〇) 〇〇〇〇	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	入院 Tel	経過観察中 その他	
16年12月14日～12月23日	肺炎	入院 Tel	経過観察中 その他	
16年1月28日～2月8日	不整脈	入院 Tel	経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
通所リハビリ(リハビリ)	

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

平成〇年 〇月 〇日 氏名 〇〇〇〇 印

利用者基本情報

作成担当者: 〇〇 △△

《基本情報》

相談日	平成17年〇月〇日(〇)	来所・通話 その他 ()	初回 再来 (前 /)
本人の現況	()		
本人氏名	〒 S 1 2 - 0 2	男	T 1 0 年 〇 月 〇 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	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・要支援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)		
障害等認定	身体 ()、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)	〇〇 △△		
住所連絡先	〇〇市〇〇区△△	性別	長男
		氏名	長男 〇〇〇-〇〇〇〇
緊急連絡先	〇〇 △△	性別	長男 〇〇〇-〇〇〇〇
		氏名	〇〇 △△

家族構成

◎印=本人、○=女性、□=男性
◎印=要介護に「主」、○印=要介護に「副」
◎印=要介護に「主」、○印=要介護に「副」
(向添看護は〇で表示)

家族関係等の状況
要は施設入所中。區間は仕事で家人は留守になります。

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) S12-02	男	要介護度	要支援
生年月日	明・⊕・昭 10 年 ○ 月 ○ 日(84才)		女	低体重

(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(%)		<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 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

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 S_12-02 _____ 殿

栄養補給量の算定	
エネルギー消費量 (kcal)	8204 8450
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	
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●● 食事に対しての考え方をしっかり持っていて意欲がある。
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。
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。
④訪問介護等による食事介助、調理支援などの状況	不要。
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。
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・食事準備や買い物物の環境	嫁が担当。
総合的評価・判定	仮体重の理由として食事の摂取量が少なく、今後は一口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。

食事行為に関する事項 (必要に応じて記入)

仮栄養のリスク	サービス開始時(10月 0日)	3か月後(12月 0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	酸素の必要な生活をしたいと意欲があり考え方もしっかりしている。	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ことは自分でも理解している。デイリウムで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○	1 よい まあよい だつう よくない	5 よい まあよい だつう あまり 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どの事ですが、なるべく色々な食品を食べだすほうが体に良いからと進める。食事の大切さを説明する。
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 □□□□

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： S12-02 生年月日 T10年 〇月 〇日 住所：〇〇市〇〇区△△ 初回・紹介・継続 認定済・申請中

所属名及び所在地：〇〇市〇〇区△△ 介護老人保健施設 〇〇〇〇 初回作成日：平成 17年 11月 4日
担当者氏名 ●●〇〇 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	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) 食事内容栄養摂取目標量にあわせた食事を提供する。 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。 摂取量の確認と記録 体重測定を定期的に行い経過観察をする。	担当 管理栄養士 介護職員 看護職員	期間 6ヶ月 6ヶ月 6ヶ月
特記事項			

研究事例

介護老人福祉施設グリーンヒルにおける栄養改善サービス

社会福祉法人 翠耀会 介護老人福祉施設グリーンヒル
管理栄養士 木下 福子
協力者 施設長 津川 康二
在宅サービス部長 小澤 久雄
主任介護支援専門員科長 武田 信子
主任生活相談員科長 日高 和枝

1. 施設の概要

当事業所は、千葉県北西部に位置する八千代市に所在する。昭和 56 年、特別養護老人ホームを 50 床で開設し、以後二度の増設工事を経て、昭和 61 年、千葉県初のデイサービスセンターを開設する。

母体である特養利用者の状況は、平均年齢 84.5 歳、平均介護度 4.0、長期入所 110 床、短期入所 10 床である。一方、通所サービス事業所の概要は、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 9:45～16:00）
- ② 登録者数：84 名、平均利用者数 31 名／日
- ③ 利用者の特性：平均年齢 81.6 歳、平均介護度 2.2（男性：2.1 女性 2.1）
- ④ 利用者の低栄養状態の実態：BMI18.5 未満：16%（84 名中 13 名）
- ⑤ 現在の栄養ケア・マネジメントの状況：体重計測は月 1 回、第 1 週目の利用日に計測（通所職員が担当）し、体重チェック表に記入して看護師から管理栄養士に情報提供を行うことになっている

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

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、在宅サービス部部長、居宅介護科科長、介護支援専門員全員（6 名）、通所介護科科長に説明し、協力を要請した。

これらの関係者から協力への賛同を得られたので、管理栄養士が利用者 84 名の BMI、体重のモニタリング結果から BMI18.5 未満であり、体重減少が 6 ヶ月に 2～3kg ある低栄養状態の恐れのある者を選定し、担当介護支援専門員とその低栄養状態リスクのレベルを確認した。最終的な把握基準では、事例 (ID S21-02) は BMI17.5、体重減少 6 ヶ月に 0.8% であるため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、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、通所介護科長、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の知識・技術・意欲などに対して、最初から食習慣、生活習慣の改善など理想的な目標や多くの目標は設定しないで、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、買い物の状況や食事に関する嗜好・意向などを生活の楽しみの中になかに織り交ぜて実行しながら、習慣として定着していることを継続していけるように心がけた。

3. 事例紹介 (ID S21-02)

84歳女性、要支援。BMI17.5、体重減少6ヶ月に0.8%。

夫が現在も特別養護老人ホーム入所中のため、独居での生活。80歳にて仕事を辞め、また、夫の入所をきっかけに外出をする機会が少なくなり、家に閉じこもるようになる。入浴や食事の不規則となり、面会に訪れる様子を見て、施設相談員を通して介護支援専門員に報告があった。

家族は、他県に住む養女ひとりで、月2回と緊急時に訪問し、支援している。

当介護予防通所介護において、介護支援専門員が低栄養状態のリスクの恐れがあることを確認し、介護予防通所介護を利用し、栄養改善サービスによる栄養の向上、食事・入浴などの参加によって、閉じこもり予防を図ることとなる。

栄養改善サービスでは、対象者に「自分の生活の維持には、食事が大切」との認識が少ないことがわかったので、規則正しい食事の確保と体重回復を図り、食事が楽しみになり食欲も出るようになるというような、自立した楽しい生活が維持できる計画を作成した。

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、計画を実行した。3ヶ月で体重回復の兆しがみられてきており、3ヵ月後には体重は約1.0kg増大した。食事摂取量はエネルギー140kcal、タンパク質4g増大した。生活全般にわたっての意欲の向上が図られてきている。

4. 事例からの多職種協働等の課題

本事例については、管理栄養士は既に「ケアカンファレンス」へ臨んでいたため、対象者の情報収集および多職種からの情報収集ができた。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、適切なサービスを提供するためには、管理栄養士は、利用者が住む身近な地域のフォーマルおよ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レベルに把握しておくことが求められる。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容易に連絡がとれる体制づくりも必要である。「栄養改善サービス」を補完するように、一環として「小集団でのわかりやすい栄養のおはなし」や「調理実習」等も組み

込んで、具体的に確認しながら栄養改善サービス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、低栄養状態の恐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、要介護認定者への栄養ケア・マネジメント体制における、栄養改善サービス計画の作成の需要が大きいと考えられる。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、自尊心も高い。管理栄養士による栄養相談を実施するにあたり、利用者の将来の体の心配に焦点をあてることより本人の食生活に対する時代や文化を理解すると共に、培ってきた経験を重んじる配慮が必要と考える。また、利用者の不安、緊張の雰囲気を受け止め、心的距離を縮めるような信頼関係を築く姿勢が大事である。

栄養改善サービス計画は、利用者が達成感のもてるような“食べることの大切さ”を日常の暮らしのなかで実現可能な目標設定をすることにより、実行性の成果を満足につなげたり、健康維持、改善の意識の向上、行動の変容に期待できると考えている。

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 S21-02

計画作成者氏名 ●●●●●●●●●●

年月日	内容	年月日	内容
○月○日 (訪問)	施設相談員より介護支援専門員に相談を受ける。 目的：状況確認のため訪問する。 状況：本人は、「デイサービス利用がとても楽しいので継続したい。」 希望は、いつまでも元気で夫の面会を続けて行きたい。また、物忘れも多くなってきた。今後本人が今の生活が維持できるように相談しながら進めていくことへの説明と同意をもらう。 ○月○日 計画作成 暫定にて計画作成の作成。 ○月○日 実施場所：通所介護事業所 出席者：本人・介護支援専門員・管理栄養士・通所相談員・通所看護師 ケアワーカー・施設長 検査事項：計画作成の内容について サービス内での夫との面会の工夫については、デイサービスにおいて 朝食を共にしたり、通所プログラムにおいて調理を通して夫に食べて もらえる環境を作る工夫を行う。 ○月○日 管理栄養士より 報告 栄養改善サービス開始となる。 管理栄養士による健康を維持するための栄養についての相談をこれから始める旨を再確認したとの事。 表情は、笑顔でとてもよかったですと報告がある。 ○月○日 目的：状況確認 現在体調変化も見られず、笑顔でデイサービスに来ている。いろいろなプログラムにも参加したり、夫との面会も楽しんで過ごしている様子。 食事でもデイサービスでは全量摂取できていることが多い。	多職種からの情報 ○月○日 (訪問) ○月○日 ○月○日 (養女と面談) ○月○日 (通所より報告) ○月○日 (訪問) (管理栄養士から)	状況変化は見られない。特に問題としての報告も出ていない。 最近、ご主人の好きなお菓子を買ったり持ってきている。 目的：状況確認のため面談訪問 特に大きな変化は、見られないが最近、ヘルパーさんの受け入れもよくなってきた。寒くなってきた。火の元管理が気になっている。 目的：養女〇〇さんと面談 特に変化は、見られず。デイサービスでのプログラムである学習療法に夫婦で参加させたい意向がある。 目的：クリスマス会に参加した報告を通所より伝える。 クリスマス会に積極的に参加し、楽しくすごされたとの事。食事も全量摂取し元気に過ごされている。 体重:38.5kg 目的：状況確認のため面談訪問 最近、ご主人の好きなお菓子を買ったり、調理実習に参加したりしており状況は安定している。 管理栄養士から、お正月の食材が冷蔵庫に残っていないか、安全性はどうか点検が必要ではないかとの連絡をもらう。 介護支援専門員としては、ヘルパーにもなかなか冷蔵庫を開けさせてくれないので、養女〇〇さんが来た時にご協力をいただくこととする。

- ※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 〇〇 〇〇

介護予防サービス・支援評価表

計画作成者氏名 ●●●●●●●●

利用者名 S21-02

殿

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. デイサービスを利用し 夫に会いに行く。	3ヶ月	目標達成状況 デイサービスを休まず利用し、夫との面会を楽しまれている。時には買ってきたかき揚げや屋敷を一緒に食べた。行事などにも一緒に参加し、夫婦の時間の共有が出来る。デイサービスの夫とも参加する意欲が見られている。	達成/未達成 未達成			本人の日常生活の意欲の向上については、通所介護を利用し改善されてきている。自分で買い物や夫に食べてもらいたいものを持参したり積極的な行動が見られるようになってきている。もう少し継続して精神面の安定をはかりたい。
2. 食事に対する意欲の向上をはかり、低栄養状態の回復を図る。	3ヶ月	毎月体重測定を実施している。現在は体重維持状態であり、デイサービスでの食事は全量摂取している。特に好き嫌いは、なく美味しく食べている。	未達成			減量銃よりも増大させたいので、相談の継続が必要と思われる。
3. 服薬をきちんと行う。	3ヶ月	服薬を飲み忘れることが多い。誰かの見守りや声かけが必要である。	未達成			服薬は飲み忘れがあるため、通所利用時は、来たときと帰る時などに服薬を行い対応している。また、通所利用がない日は、ヘルパーが支援している。
総合的な方針 評価期間を迎えたが、目標はまだ完全なる達成にいたっていない。もう少し達成に向けた継続支援が必要と思われる。				地域包括支援センター意見 栄養改善についてサービスが継続と異なる。介護予防事業と連携をとりながら、現状の維持向上を図っていく。		<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

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 平成 17 年 10 月 15 日

利用者名	(ふりがな) S21-02	男	要介護度	要介護1
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)	145.0(H17.5.12)			
体重(kg) (測定日)	37.0(H17.5.12)			
BMI	17.5	<input type="checkbox"/> 18.5~29.9	<input checked="" type="checkbox"/> 18.5 未満	
体重減少率(%)	6ヶ月 0.8%減	<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)	データなし	<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		<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			<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)

【I】

利用者名	(※) S21-02	性別	男	要介護度	要介護1
生年月日	明・◎・昭 10年 △月 △△日	要介護1	週4回	要介護2	週2回
実施日	17年 10月 15日	記入者	管理栄養士 ●●		
家族構成とキーパーソン	本人 一 夫 (特養入所)	主たる買い物担当者	本人		
主たる介護者	養女が1日2回電話で確認している	主たる食事準備担当者	本人		
身体状況、栄養状態、食事・栄養	養女 (長野在住)	主たる共食の者	なし		
補給に関する利用者と家族の意向	本人は脳梗塞後遺症による認知力低下がある。また下肢筋力低下により、閉じこもりを伴い、独居生活を不規則な状態にしている。食事量の減少と出来合いを利用している。高、栄養のバランスが危惧される。				
主観的な健康感・意欲 (心身の訴えを含む)	独居でいるため食事を意欲的に準備する習慣がなく、ある物、その時に食べたいと思う物を自分で買って食べていたが、頑張って体重を増やして体力を維持したいと思っている。				

食事の提供のための必要事項

実施日	17年 10月 15日	記入者	管理栄養士 ●●
嗜好	漬物、煙草、好き嫌いあまりなく、食べる		
禁煙	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	アパートの近くにスーパーが複数ある。一人で食べる。		
特記事項	現在、冷蔵庫内には買い込んだ食べ物食べ忘れることがあり管理はできていない。		

多職種による栄養ケアの課題

実施日	17年 10月 15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 checked="" 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"/> 口が湿く <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 (下痢の常用を含む) <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	自らの残存数が多い 具体的に記載 パナルジン2T 朝夕1日1錠ずつ 2回 通所介護週4回 朝夕 ワーカー確認支援 訪問介護週2回 夕 ワーカー確認支援		

【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15日 記入者 ●●	実施日	18年1月16日 記入者 ●●
生活機能・身体機能		自立度 J2		自立度 J2
握力 * (kg) (利き腕)		37.0 (84 %)		38.0 (86%)
BMI		17.5		18.1
通常体重 (kg)		37.3		37.0
体重変化率 (%)		6ヶ月0.8% (増加・減少)		3ヶ月3% (増加・減少)
下腿周囲長* (cm)		27.7 (94%)		28.6 (97%)
上腕周囲長 (cm)		22.0 (92%)		21.8 (91%)
上腕二頭筋皮脂肪厚(mm)		13.5 (93%)		13.5 (93%)
上腕筋面積 (cm ²)		17.8 (56%)		18.0 (57%)

(%) : 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10月15日 記入者 ●●	実施日	18年1月16日 記入者 ●●
食事	主食 (割)	7		8
	副食 (割)	7		8
	エネルギー (kcal)	1,000		1,140
	タンパク質 (g)	38		42
水分 (ml)		①700		①800
栄養補助食品	種類			
	1回の量 (ml/g)			
	頻度 (回)			
	エネルギー (kcal)			
間食	タンパク質 (g)			
	種類	カスター等菓子類 ②お茶、牛乳	菓子類 ②お茶、牛乳	
	1回の量 (ml/g)	100	150	100
	頻度 (回)	1	4	1
合計	エネルギー (kcal) ①	100	4	100
	タンパク質 (g) ①	4	1,100	4
	水分 (ml) ①	①+②	42	①+②
			1,300	1,400