平成 29 年度栄養ケア活動支援整備事業
～栄養ケア寄り添い型ソリューション事業（よりソリプロジェクト）～

地域ケア会議に参画している管理栄養士・栄養士作成

地域ケア会議における適切な助言のための実践・事例集

公益社団法人　日本栄養士会

目　次

◆地域ケア会議における管理栄養士の役割 …… 2

◆事　例　集

★この事例からどんな knowledge management を得るのか

No.01：老々介護で、家事負担が大きく、認知機能の低下も疑われる 80 代女性の事例 …… 4
（※ケア会議 検討資料有 P.42）

No.02：男性の一人暮らしで、食生活の偏りがあるが、助言を受け入れにくい性格の事例 …… 6

No.03：視力低下と右半身の動き難さがある方への支援事例 …… 8

No.04：住み慣れた土地を離れて息子２人で暮らす高齢女性の事例 …… 10

No.05：服薬管理に重点を置かれ低栄養が見落とされた高齢夫婦二人暮らしの方の事例 …… 12

No.06：口腔ケア、栄養指導とリハビリで家事や外出が出来るように支援した事例 …… 14

No.07：やり残したことをやり遂げるために元気になりたい独居男性の事例 …… 17

No.08：低栄養のため下肢筋力の低下が進んでいる一人暮らしの方の事例 …… 20

No.09：依存心の強い高齢者への自立に向けた支援の事例 …… 22

No.10：認知症があり血糖コントロールに問題がみられる事例 …… 24

No.11：胃がん後、食事に関心がなく低栄養に陥った事例 …… 26

No.12：パーキンソン病により ADL が低下している要介護の事例 …… 28

No.13：低栄養で転倒不安により外出頻度が減っている事例 …… 30

No.14：アルコール摂取量が多く、低栄養で独居の要支援の事例 …… 32

No.15：独居でデイサービス利用、骨折し、痛みから調理困難となり栄養不足の可能性がある事例 …… 34

No.16：自炊が出来ず透析の食事療法が実行できていない事例 …… 36

No.17：脳梗塞後経過観察中の独居男性で、自炊せず、歯もなく、炭水化物に偏る食生活をしている事例 …… 38

No.18：住み慣れた我が家でサービスを使いながら生活を継続している事例 …… 40

★この事例をどのようにケアマネージャーにつなげるか

No.01：過食による過体重で膝の痛みがあり日常動作に支障が出ている。ケアプランに栄養課題がある事例 …… 46
（※ケア会議 検討資料有 P.74）

No.02：急激な体重増加があり、食事のバランスも悪い、栄養課題が多分にある事例 …… 48

No.03：糖尿病があり体重減少も見られ、夫の介護量が増えてきているがケアプランに栄養課題が出ていない事例 …… 50

No.04：妻が亡くなり独居となった男性で調理が十分できず体重減少がみられている事例 …… 52

No.05：交通事故後遺症からの意欲低下、体調不良による低栄養、誤嚥性肺炎に陥るリスクが考えられる事例 …… 54

No.06：転倒の危険性があり、在宅生活をおくられているが、プランに栄養の課題がでていない事例 …… 56

No.07：低栄養で視力低下があるため、外出頻度が減少している。ケアプランに栄養課題がある事例 …… 58

No.08：難病で低栄養による体重減少があるがケアプランに栄養課題が出ていない事例 …… 60

No.09：糖尿病の食事療法に問題があり、意欲低下がみられる独居の事例 …… 63

No.10：独居で体重減少があるがケアプランに栄養の課題がでていない事例 …… 66

No.11：同居家族はいるが、ケアプランに飲酒量などの栄養課題がでていない事例 …… 68

No.12：体重増加し膝の痛みあり。栄養の課題とするも支援方法がわからなかった事例 …… 70

No.13：独居男性で調理ができず、自費でヘルパーが調理。栄養の課題にあがらず自立支援に繋がっていない事例 …… 72

◆さいごに …… 79

日本栄養士会では、栄養ケア寄り添い型ソリューション事業（よりソリプロジェクト）に取り組んでいます

■栄養ケア寄り添い型ソリューション事業（よりソリプロジェクト）とは

厚生労働省健康局が実施する「栄養ケア活動支援整備事業」として補助金を受け進めている事業です。増大する在宅療養者に対する食事・栄養支援を行う人材確保、全国規模で人材を継続的に供給可能となる体制整備、関係機関・関係職種と連携した活動拠点の確立を目標に展開しています。

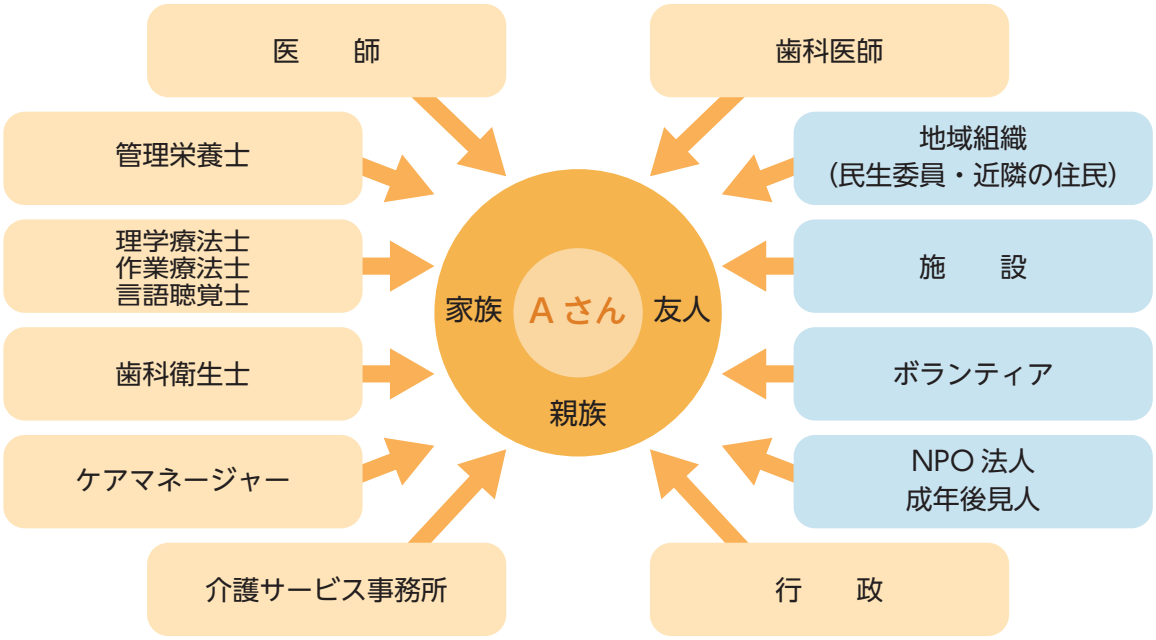
具体的には、2025 年を目途に全国で推進している、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）における、管理栄養士・栄養士による栄養ケアサービスの確実な提供を目指して進めています。

『栄養ケア寄り添い型ソリューション事業（よりソリプロジェクト）』事業名に込めた思い

「ソリューション」とは一般的には、問題を解決することです。IT 用語として、企業がビジネスやサービスについて抱えている問題や不便を解消することによく用いられます。管理栄養士・栄養士は、対象者の抱えている健康増進、疾病の治療等の様々な問題等に対して寄り添い、現在の状態や要望等に合わせて、対象者の気づきを促し、優先課題を共有し、最適な解決策を提案し、実践等に向けて取り組みを支援します。まさに、地域住民に「寄り添い」そして「ソリューション」を実践しています。日々、地域住民と接するときに「よりソリ」の気持ちを忘れずに…。管理栄養士・栄養士による栄養ケアサービスの確実な提供を目指して進めています。

地域ケア会議における管理栄養士の役割

■医療介護の専門職と地域の支援者のイメージ



■地域での連携に、管理栄養士・栄養士として必要なこととは

- 地域に属する栄養士であるという心構え
- 施設や病院と同じ栄養ケアができないことが多いという意識をもつ
- 地域資源を知っている
- 利用者が望むことに向かい生活を支える視点をもつ

■助言のポイント

（厚生労働省　介護予防活動普及展開事業　専門職向け手引き（ver.1）より）

ステップ１　事例の理解と確認事項

- 食事摂取状況、排泄状況、服薬状況、病識の有無、自立意欲家事能力と意欲、身体状況と機能向上、介護者の状況、生活歴と生活状況、金銭面等の確認
- かかりつけ医による栄養上の意見や病院での栄養指導の内容の確認
- 食や栄養に関わるキーパーソンの有無を確認する
- 食事環境で支障はないかを確認（孤食による食欲低下、衛生環境台所の機能性、買い物の状況、家族関係、支援者など）を確認する

ステップ２　課題整理から改善可能なポイントを探り、支援目標に繋げる発言を行う

- 閉じこもり傾向や活動低下がみられる場合に食生活の状況を確認
- かかりつけ医だけでなく歯科医師や薬剤師等とも連携し、栄養面だけでなく、生活全般を踏まえた視点で助言する
- 食事や体調のコントロールを本人や家族で行うことができるよう助言する

実践につながる助言を！

□目標達成に向けた行動変容を導くためにも、短期間でできる目標を設定し、達成感を得られるよう助言する
□本人や家族に、栄養改善の必要性が受け入れられなかった場合、本人や家族が理解できそうなポイントを助言する
□栄養士の介入がない場合、他職種の介入時に行ってほしい助言を行う
□栄養支援に関する地域資源が少ない場合、地域課題として検討できるように助言を行う

■ケアプランの読み込み・・

ケアプランの流れを知り、数分間で要点をつかむようにします。その際、全体的に今の状況を見ながら、自分の専門職域でのポイントはきちんと押さえます。目標と照らし合わせ、今の状況で、どこを改善すれば達成できるのかを考えます。

ケアプランをみて確認する事

①アセスメントを見る・聞く
　現在の状態に至った原因を確認する
②課題整理総括表を確認する
　今の状況での予後予測を確認する
③支障となっている原因を確認する
　どうすれば目標を達成し、状況がよくなるのか？
④多職種との関連性を見る
　疾病・リハビリ・口腔・服薬等は各専門職に任せる
⑤実行できるプランなのか見る
　現実的に実行できる目標なのかの確認
⑥ケア会議の流れに沿う
　助言はまとめて的確に発言できるようにする

■助言者として・・

参加するケア会議の市町村での食事に関係するサービスを知っておこう。（介護保険以外でも・・）

- 配食サービス
- 訪問介護サービス
- 居宅療養管理指導
- 地区のサロン等

地域にあった具体的アドバイスができるように準備します。

■地域ケア会議報告書の書き方のポイント

ポイント１．所定の様式に従う
ポイント２．事実を正確に書く
　客観的なデータや資料などに基づいて、正確に事実を記載する。
ポイント３．情報の漏れや誤りをチェックする
ポイント４．体系的な構成とする
ポイント５．読みやすい文章とする
　報告書の文章は、多（他）職種にも分かりやすく簡潔な表現とし、一文一義にする。
ポイント６．種類と目的を意識する
ポイント７．報告書は当日のうちに作成し、翌日には提出する

報告書様式例　P80-83

事　例
No.01

老々介護で、家事負担が大きく、認知機能の低下も疑われる 80 代女性の事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	80 代	要支援 1	J1	Ⅰ	夫と二人暮らし

生活歴	20 代で結婚、2 女 1 男もうける。夫とともに農業に従事。若い頃は婦人会で活動。踊りが好き。長女、長男と死別。次女は遠方に嫁いでいる。同居していた孫も 2 年前に嫁ぎ、二人暮らしになった。90 歳の夫は要介護 4 で、介護を行っている。生活保護受給。
現在の生活状況	夫の介護（夫は週 2 回デイサービス・ショート・訪問介護利用） 身の回り、家事は概ね自立。買い物は孫から支援。ゴミ出しは近所の人に手伝ってもらう。腰、膝の痛みあり、ふらつくこともあり、活動量、外出量の低下見られる。
社会参加	週 1 回のデイサービス利用 家に訪問してくれる近所の友人、親戚とのお茶飲み
現病歴	大腸がん（手術 3 回） 多発性脳梗塞（治療中） 変形性膝関節症・腰痛（治療中）
心身機能	身長　145cm、　40kg、BMI　　19.0、MMSE　　点 物忘れあり、薬の飲み忘れがある。
処方薬	プリンペラン錠・モーラスパップ クロピドグレル錠・アルプラゾラム錠・スロンタクス錠・ネキシウムカプセル・リマブロストアルファデクス錠・リリカカプセル・トラムセット散錠
ADL	自立
IADL	一部介助　買い物 見守り　　服薬
サービスの利用状況	週 1 回デイサービス利用
ケアマネジャーが設定した目標	1 年　生活動作や歩行状態を維持し、自分の趣味を行っていきながら、楽しく健康的な生活を送ることができる。 1 日　転倒に注意して、無理のない範囲で、家事や夫の世話を行っていく。 自宅で、無理ない範囲で体操や足上げなど軽い運動を行う。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.01

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 食事の準備状況（調理・配膳等）と食事摂取状況（食事内容と摂取量等） 栄養指導の有無 膝、腰の痛みの状況と家事（調理等）への負担 骨粗鬆症ではないのか？（膝、腰の痛みの原因）	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 老々介護のため、家事の負担が大きい。 栄養に関する知識不足によるバランスの取れた食事ができていない。 膝、腰の痛みのため、思うような活動ができない。 自由に買い物ができないため、食事内容も偏りがちになる。	問いかけの例： 普段の食事の準備はどのようにしていますか？ 医療機関等で栄養指導を受けたことがありますか？ 家事で大変なことはどんなことですか？ 移動販売等の買い物の手段はありますか？
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など 無理のない範囲で家事等を行っていくために、受けられるサービスは何か。 生活動作、歩行状態の維持のために、身体状況の安定、維持のために何をすべきか。	問いかけの例： 家事の援助をお孫さんやボランティアから受けられる可能性はありますか？ 身体状況の維持、低栄養予防策として、バランスの取れた食事をとれそうですか？
助言内容の例	身体機能維持のため、バランスの取れた食事摂取が不可欠です。栄養指導を受けることで、病状の安定と低栄養予防も期待できます。買い物支援をしてくれている、お孫さんも一緒に栄養指導を受けることで、より効果が上がると予測されます。（受診先の医療機関の管理栄養士の指導・デイサービス事業所の管理栄養士・地域の管理栄養士などの指導を受ける。）また、手軽にできるパッククッキング、電子レンジクッキングをご紹介します。電気ポットや電子レンジの使用で、火の不始末の危険性も軽減できると思います。骨粗鬆症も疑われるので、カルシウムとタンパク質の補給と適度な日光浴を行い、また、毎日の運動で骨や筋肉量の低下を予防することで、現状維持につながると思います。（牛乳乳製品がお嫌いでなければ、毎日、牛乳なら1日200ml、ヨーグルトなら1個程度を召し上がってください。） 安否確認も含め、ボランティアの定期的な介入があってもよろしいのではないかと思います。ご近所の方による買い物支援や、ヤクルトさんによる定期訪問等が利用できると思います。また、地域資源として、移動販売や御用聞き等のシステムの構築も検討していただけたらと思います。	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

管理栄養士などの専門職は常に居宅で見守るサービスではありません。生活保護支給者の事例においては家族の食の介護力を強化することやどの居宅サービスを利用することが利益になるのかが課題になります。また今までにどの疾患に対する栄養食事指導を受けた経験があるか、身体活動量や食事摂取量の低下は薬剤の影響なども考えられますのであらゆる方面を模索し多職種と連携した助言が必要です。
個人の知識を組織的に共有し、より高次の知識を生み出す

事　例
No.02

男性の一人暮らしで、食生活の偏りがあるが、助言を受け入れにくい性格の事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
男性	72 代	要支援 1	J1	自立	1 人暮らし

生活歴	40 歳代で事故により左足切断、義足となる。会社努めをしていたが、定年退職し、母と二人で暮らしていたが、退職後間もなく亡くなり、未婚である為それ以降は一人暮らし。昔から、頑固な性格で人の言うことは聞こうとしない。
現在の生活状況	4 月に脳梗塞で倒れる前は、車で出かけたり、友人との交流、買い物など行っていたが、現在は、あまり出歩かなくなり、買い物などは友人に頼んでいる。食事は朝食食パンにマーガリンとコーヒー、夕食は、近くの食堂で茶そば、ラーメンなどを食べている。本人曰く、汁に咽る時がある。 義足が合っていない（長さが違う）様子で、転倒しやすい。
社会参加	ほとんどなし
現病歴	脳梗塞後遺症 高血圧
心身機能	身長 165.0cm　体重 54.3kg　BMI19.9　MMSE　　点 左足義足で杖歩行（不安定）左半身に軽い麻痺があるが、日常生活は何とか自力で行っている。 認知機能は特に問題なし
処方薬	アムロジン OD 錠 5mg　1 × 2　　セラク錠　1 × 1 ミカルディス錠 40mg　1 × 2　　塩酸リルマザホン錠 2　1 × 1
ADL	自立
IADL	入浴・・見守り 買い物・一部介助
サービスの利用状況	杖のレンタルのみ
ケアマネジャーが設定した目標	体力を維持し、自分のうちで元気に過ごしたい。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.02

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 調理はできるか。 • 好き嫌いはないか。 • 血圧はどのくいか。 • どの程度むせるか。 • 体重減少はどの程度か。	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 食事に対する認識がなく、好きなものを食べていたことによる偏った食事。食塩の摂り過ぎ。低栄養？ • 嚥下機能低下	問いかけの例： 管理栄養士による在宅訪問栄養指導を受けてみてはいかがでしょうか。もしくは、かかりつけ病院の栄養指導でもいいと思いますが・・・。
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など 健康状態を維持する為に、バランスのとれた食事をし、栄養状態をよくすることが必要だと思います。	問いかけの例： 主治医から、このままでは脳梗塞の再発や病気になるリスクが高いことを説明していただき、食事の改善が必要であることを伝えていただくのはどうでしょうか。
助言内容の例	• 朝食に卵や納豆などのたんぱく質を１品プラスしてみてはどうでしょうか。 （卵をレンジで加熱して半熟卵にしたり、食パンに納豆を載せて焼いたり・・） 又、コーヒーに牛乳を入れるなど、本人と話し合ってすぐできることから始めてみてはいかがですか。 • 外食は、麺類がほとんどですが、具だくさんのタンメンにしたり、汁は飲まないようにする、定食に替えるなどしてみてはどうでしょう。 • 調理ができる方のようですので、昼食は外食ではなく作っていただきたいです。ヨシケイなどの食材の配達を利用してはどうですか。 • 咽込みが気になりますが、麺類は噛まずに早食いになりやすいので、ゆっくり食べることを意識していただき、今後食事内容を改善し、咀嚼して食べるようになれば、改善の余地があるのかなと思います。 • 上記のことを実行するためにも、管理栄養士の介入をお願いしたいと思います。	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

助言を受け入れにくい性格の方は、その考えがその人にとって納得できる方法であれば受け入れられる場合もあります。なぜ必要なのかを丁寧に伝えることにより自分自身で努力し成果を上げることが多くみられます。まずはその方に共感し受け入れる態度を見せることです。また担当者がコミュニケーションを深めながら自分を理解してもらえているといった信頼関係を構築していくことが大切です

事　例
No.03

視力低下と右半身の動き難さがある方への支援事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	70 代	要支援 2	A1	自立	夫と二人暮らし

生活歴	隣市で生まれ、県外での生活が長かったがH19 年に現住所に転居。難病のため視力障害あり、視力障害 2 級の障害者手帳所持。徐々に視力低下し夫が家事を担っていたが、H28 年秋に夫も心筋梗塞発症し入院・加療され、退院後にも屋外で転倒し肋骨骨折し動作制限が生じている。数年前より骨密度の低下から再三に渡って腰椎圧迫骨折を繰り返し、H28 年 4 月に前回と同じ個所（腰椎）を圧迫骨折する。また、脳梗塞も発症し右半身の動き難さが生じている。自宅隣の畑を借り、野菜作りをしている。
現在の生活状況	以前は午前中と午後に 1 時間程度、横になる時間があったが、H28 年末頃より午前中に休むことなく過ごすことが出来ている。午後 4 時頃から、犬の散歩に出掛ける。 家事をするにも時間は掛かるが、以前ほどの疲労感はなくなった。食事は、やはり 1 日 2 食。 H28 年 7 月より、週 2 回ヘルパー支援利用。
社会参加	生徒さんの送迎でヨガ教室の講師をしていたが、H28 年春以降は体調不良で活動が縮小。 H28 年冬頃より、徐々に予定通りに教室へ参加出来るようになってきた。 近所との付き合いはほぼ無く、知人の訪問が時折ある。
現病歴	弾力線維性仮性黄色腫（発症時期不詳）: 定期検査中 高血圧・狭心症（発症時期不詳） 脳梗塞（H28 年 4 月 18 日～ 4 月 28 日まで入院加療） 骨粗鬆症（内服あり）
心身機能	身長 143.0cm、45kg、BMI22.0、MMSE　　点 難病による視力低下、視野狭窄あり。自宅内・屋外等の慣れた環境下では、独歩や伝い歩きで移動可能。慣れない場所は、付き添いが必要。 時折右前腕が筋緊張し、物が握り辛い。何度も圧迫骨折しており、重い物の移動や屈む動作等による腰への過負担に注意が必要。腰痛・背部痛が辛い時は、鍼灸院の往診やマッサージを受けている。
処方薬	クロピドグレル 75mg× 1（脳梗塞）、ジルチアゼム R 100mg× 2（冠状動脈拡張・狭心症・高血圧）、ファモチジン ×2（胃薬）、ガスロン N ×2（胃薬）、クレストール 2.5mg× 1（高コレステロール血症）
ADL	視力障害があるため、屋外歩行は慣れない場所は付き添いが必要。食事は魚の骨等は見えないため、骨を外したり肉を一口大に切ってもらう介助が必要。着脱衣は、肌着の表裏が分からない時がある。
IADL	買物は商品の状態や値段が殆んど見えないため、商品選び・支払いに介助が必要。洗濯は、感覚で干したり取り込みや畳むことが出来ている。調理は野菜の状態確認が難しく、包丁を落としかけたりすることもり、介助が必要。ごみ出し・金銭管理は、夫が対応。かかりつけ医への受診は一人で出来ているが、総合病院は総合受付で依頼し対応してもらっている。電話は、大きな数字の文字盤であれば、自分でかけることも稀にある。
サービスの利用状況	訪問介護 : 週 2 回
ケアマネジャーが設定した目標	したい家事や出掛けたい場所への外出ができる。 体調を整えて、入院・骨折なく過ごせる。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.03

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 食事摂取の状況、居住環境はどうか。 • 病気による日常生活への影響。 • 医師からの食事に関する指示の有無。 • 病気と食の関連への理解はどうか。 • 地域との関わりについて、どう考えているか。	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • １日の食事摂取量が少なく、偏りが考えられる。 • 活動量が少なく、筋肉量の低下や食欲低下が考えられる。 • 病気のため調理・食事や日常生活に介助が必要なため、意欲低下が考えられる。	問いかけの例： • 食事が１日２回の理由は。 • 空腹を感じられ、食欲はあるか。 • 食と病気の関連を理解出来ているか。
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など 視覚障害や体の動き難さの負担を改善し、意欲向上するために何が必要か。 • 病気の悪化及び再発を防ぐためにも、食事量・内容は重要。	問いかけの例： • 本人・夫は、現状の生活をどう思っているか。 • どんな支援があれば目標達成に繋がるか。
助言内容の例	• 食事の改善は病気の再発予防だけでなく、活動範囲を広げることにも繋がっていくことが考えられる。 • 食事回数を増やし、たんぱく質・カルシウムなどを増やす必要がある。 • 視力障害や体の動き難さがあるため、移動・調理・掃除などにおいて生活環境を整えることは重要。活動量が増えることで、食欲増進や体力向上に繋がることも考えられる。 • 難しい家事動作への支援や畑での野菜作りが、調理への意欲向上に繋がる可能性がある。	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

視力障害の身体状況を抱えながら調理、移動、掃除を行っているため、専門職種と十分な連携をとり、管理栄養士は調理による火傷、怪我、食中毒などのアクシデントが起きないように十分なリスクマネジメントを考えることが必要です。

事　例
No.04

住み慣れた土地を離れて息子２人で暮らす高齢女性の事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	80 代	要支援 1	A1	Ⅰ	息子と二人暮らし

生活歴	A 県生まれ。27 歳の時に山間部の B 町に嫁ぎ 3 人の子どもを育てる。 縫製関係の検品などの仕事を 4.5 年した。平成 24 年ごろまでに自宅が 2 回土砂災害にあったことと、夫に介護が必要になったこともあり 3 年前に市内に転居した。転居後は以前に比べたら生活するには便利であったが、近所に知った人もおらず、自宅に閉じこもりがちとなった。 介護サービスは週に 1 回のデイサービスのみ。
現在の生活状況	屋内、屋外とも独歩可能だが、背骨変形があり歩行バランス悪い。下車時や玄関での上がり降り等にふらつき、転倒することもある。 デイサービスを週 1 回利用しているが、それ以外の他者との交流はほとんどない。
社会参加	近所に知り合いも少なく、他者との交流は少ない。200 ～ 300m 先の美容院へ歩いていくことあり。 地域での交流サロンへの参加をすすめるも自治会未加入のため参加できず。自治会加入については本人、息子とも希望せず。 自宅より数キロメートル先の旧家跡（山間部 B 町）には畑あり、息子の休みに合わせて野菜作りを楽しみ、そこでは昔の知人と会話することもある。畑に行くことが唯一の楽しみ。 デイサービスを増やすことも検討したが、本人は希望されなかった。
現病歴	脳梗塞後遺症（H22 年 6 月、H23 年 9 月） 高血圧 : 内服加療中 大動脈弁狭窄症 :1 年に 1 回の心エコーフォロー
心身機能	脳梗塞の影響で右眼は失明している。 脊柱側弯症のため、体のバランスが悪く転倒しやすい。
処方薬	コニール 4mg × 1、プラビックス 75mg × 1、ラベプラゾールナトリウム 10mg × 1、マーズレン配合錠× 1、ペオン錠 80mg × 3、カロナール錠 300mg × 2、ザイザル錠 5mg × 1
ADL	右眼を失明しており、脳梗塞後でもあり転倒リスクあり。移動は注意が必要。食事、入浴等自立　出かけることがないので洗面しないことも時々ある。 排泄は時々尿漏れあるが、自分で交換できる。
IADL	買い物は宅配してもらい、買い物には出かけることはない。息子の食事も準備しているが鍋を焦がす、ふきこぼすことも頻回ある。
サービスの利用状況	通所介護　週 1 回、訪問診療　月 2 回、訪問看護　月 2 回
ケアマネジャーが設定した目標	転倒することなく生活することが出来る 自宅での生活が活性化される

地域ケア会議における検討内容　事例 No.04

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 日常の食事内容、息子と同居はしているが供食者となっているか。 • 住居環境の確認（転倒の危険） • 本人、息子、遠方の娘等、本人の QOL 向上について社会、地域との関わりに対してどのように考えているか。	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 外出の機会が少なく、活動量が少ないため筋肉量の低下が予測できる。（デイ 1 回 / 週） • 同居の息子以外の子どもは県外に住んでおり、キーパーソンは長男のみ。 • 日中は独居となるため食事の偏りや摂取量の確認が必要。	問いかけの例： • 自宅での活動不足はないか。 デイに行く日といかない日との過ごし方の違い。 • 日中の食事内容に偏りはないか。
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 目が不自由であることから安全な住環境の整備は必要 • 転倒などのトラブルは食欲減退の要因の一つ。 外出する機会、人とかかわる機会をもてる具体的目標設定はどうか。	問いかけの例： 本人の思い、息子、娘は現状の生活についてどう考えているか。 目が不自由なことが社会とのかかわりを避けているのか、慣れ親しんだ地域を離れたことが人との交流を遠ざけているのか。社交的な性格かどうか。
助言内容の例	目が不自由であることと疾患による体のバランスの悪さにより転倒リスクが高い。そのため移動をはじめ、調理、配膳、片付けすべての工程において生活環境を整えておくことは重要と考える。 また社会参加を好まれない要因は何かを明確にして必要なサービスはないか検討も必要ではないか。 （例えば以前住んでいた圏域のデイサービスを利用し交流をもつ、など） 活動量も少ないので筋肉の低下も疑われ、サルコペニアの状態とならないような支援が必要。	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

フレイルを予防するためには、在宅内のサービスだけではなく通所介護や運動や食事がとれるサロンなどの多職種連携により地域サービスを積極的に進めることも地域ケアシステムの構築につながると考えます。

事　例
No.05

服薬管理に重点を置かれ低栄養が見落とされた高齢夫婦二人暮らしの方の事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	80 代	要支援 2	J2	Ⅰ	夫と二人暮らし

生活歴	広島県 A 市に 3 人姉妹の次女として生まれ看護師として働き 28 歳で会社員の夫と結婚。二女を授かる。夫の転勤に伴い○○県に引っ越し 70 歳までクリニックの看護師として働いた。H26 年 8 月心不全で入院。退院後長時間の労さが困難となり買い物や外出の回数が減ってしまう。体力をつけるため DS に通うが休みがちである。少しずつ元気を取り戻しているが一人での買い物は自信がなくヘルパーを利用している。
現在の生活状況	要支援 1 でヘルパーとデイサービスを週 1 回利用していた。心不全があるも服薬管理がままならず、飲み忘れることが度々あった。自宅ではほとんどベッド臥床して過ごしており筋力低下、物忘れ症状が進む心配があった。6 月半ばに心不全悪化のため入院。7 月上旬退院。服薬を確実に行う必要があるが本人に危機感がない。区分変更申請を行い訪問看護導入。ヘルパー利用を今後も継続する。 （食事内容） 朝昼兼用：レトルトの粥・夫の調理した野菜炒め 夕食：レトルトの粥・宅配弁当のおかず（一食分を夫と半分ずつ） 間食：カステラなど甘いもの 水分：500 ～ 700ml（1000ml 必要と指導有） 円背のため食べすぎるとしんどくなる。 （家族構成） 要支援の夫と二人暮らし。長女は静岡県在住 1 ～ 2 回 / 年帰省 次女は香川県在住 1 回 / 月帰省し受診等の支援
社会参加	はり絵教室に以前は通っていた。 近所の人との付き合いは減ってきている。
現病歴	H26　心不全・肺水腫 H25　腰部脊柱管狭窄症 H13　脳梗塞
心身機能	身長　133.5cm、　25.0kg、　BMI　14.0 自宅で転倒を繰り返している
処方薬	(朝)ランソプラゾール OD15mg× 1（胃、食道潰瘍） タナトリル 5mg× 1　アムロジピン 5mg× 1（HT） アーチスト 10mg× 1（心機能改善）　ダイアート 30mg× 1（利尿） (夕)アーチスト 5mg× 1　アムロジピン 5mg× 1
ADL	歩行　屋内：何かにつかまれば自立　屋外：転倒リスクあり 排泄　一連の行為は自立 食事　自立
IADL	調理　宅配弁当及び夫による簡単な調理 服薬　管理しないとできない「e- お薬さん」利用 通院　タクシー利用（家族の付添） 金銭管理　夫が管理（計算はできる）

サービスの利用状況	訪問介護　週１回（掃除・買い物） 通所介護　週１回（現在休み中） 訪問看護　週１回（服薬指導・清潔保持）
ケアマネジャーが設定した目標	薬の飲み忘れに気を付け心不全の悪化を防ぎ DS に通えるよう体力の回復を図る。 夫との暮らしが継続できる

地域ケア会議における検討内容　事例 No.05

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 現在 BMI14 と低栄養であるが体重の変化は。 • 元看護師であるも服薬管理ができないのはなぜか。 • 病院入院中の食事摂取状況はどうか。栄養指導の有無。 • 本人、夫、娘が今後の生活についてどのように考えているか？	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 低栄養、フレイル・サルコペニアの進行 • 口腔機能の低下	問いかけの例： • 入院中食事摂取量は？栄養指導を受けましたか？ • 現在１日２食ですがいつからですか？理由は？ • 現在主食がお粥ですが理由は？
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 本人のニーズは？ • DS に通えるように体力の回復をするためには何が必要か？ • 夫の体力、介護力は？	問いかけの例： • 本人は現在の状況をどう思っているのか？本人の楽しみは？ • 夫、次女のさらなる協力の有無
助言内容の例	• 現在の食事量では体力の回復は難しく、ベッド上で過ごす時間が増え、物忘れ等の認知機能低下等も心配である。買い物に行くという目標達成のためには栄養状態の改善が不可欠である。円背で量を食べることができないのであればおやつを含め５回食の頻回食にすると同時に１食のエネルギー、たんぱく質などを up させる必要がある。家族の協力の有無、家事能力を確認の上、具体的な方法を提案する。 • お粥、カステラと柔らかいものが多い傾向であれば口腔内の状態も確認が必要である。 • 食と同時に訪問リハビリ等の導入を検討し筋力の維持向上とコミュニケーション等のより生活の活性化を図り食欲 up を図る。	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

歯科との連携により口腔衛生管理も必要です。口腔ケアを行うことにより、食欲が上昇、経口摂取量の向上が予想されます。地域包括ケアシステムによる地域ケア会議をはじめ歯科も参加する在宅医療推進拠点担当者介会議等も開催されているので多職種との連携を図ることも大切です。

事　例
No.06

口腔ケア、栄養指導とリハビリで家事や外出が出来るように支援した事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	80 代	要支援 1	A1	Ⅰ	夫と二人暮らし

生活歴	他県出身で 3 人姉妹の長女。20 歳代で結婚し、以来専業主婦。夫は会社員で国内の転勤を繰り返していたが、40 歳代の頃に、現在の団地に家を購入。以後、夫は単身赴任をする時期もあったが、退職後は夫婦 2 人の生活を送る。他県に住む 2 人の妹とは電話で話す程度。夫が元気な頃は旅行が楽しみだった。以前は公民館の教室に通い、趣味のパッチワークをしていた。料理は好きである。
現在の生活状況	肩痛、腰痛、膝痛があり、休みながらゆっくり時間をかけてできる範囲の家事を行っている。体力がなく、すぐに疲れるため、ソファーに座って過ごすことが多い。 • 家族関係等の状況は、2 人の息子は多忙だが、週 1 回は電話をかけてくれる。同じ市内に住む長男は連絡をすれば、時々夫婦で来訪してくれる。夫は H20 年に大腸癌で大腸を 10 センチ切除。2 年前より慢性腎炎で低たんぱく食となり、腎機能の悪化により入退院を繰り返す。団地内のみ、かろうじて車の運転をしている。 • 夫婦とも外出は週 1 回の買い物と通院程度。夫は近隣との付き合いもない。 • 食形態は普通食が摂取可能だが、総入れ歯が合わなくなっているので（外出時のみ装着）、軟らかめのものが中心。配食弁当を 2 回に分けて食べている。たんぱく質源は 1 回 / 日、牛乳・乳製品はほとんど摂取無、野菜は 2 回 / 日。間食は摂らないが、水・茶・コーヒー・野菜ジュースで 900cc/ 日程度。
社会参加	以前は公民館のパッチワーク教室に通っていた。近所にはお互いの家を行き来する友人がいたが、現在友人は入退院を繰り返しており最近は会えてない。
現病歴	H20 年～高血圧（通院治療中・服薬中）, H25 年～変形性膝関節症 , 腰痛症 , 骨粗しょう症（通院治療中・服薬中） H26 年転倒により右橈骨遠位骨折（経過観察中）骨折後、握力低下と細かい動きが難しくなった H28 年右鎖骨骨折（転倒による）3 週間入院し、サポーターで固定治療。8 月半ばに退院。肩の可動域制限がある。（通院治療中）
心身機能	身長 150　cm、33kg、BMI14,7　、MMSE　　点 基本チェックリスト : 低栄養 1/2, 運動 5/5, 口腔 3/3, 閉じこもり 1/2 認知機能 0/3, うつ 3/5 該当。
処方薬	アムロジン 5mg（降圧剤）、ダルメート（長時間型睡眠薬）、湿布薬、ロキソニン（痛みある時）、リカルボン 50（骨そしょう症）
ADL	立ち上がり : 片足立ちともに支えが必要。 歩行 : 屋内は杖無で家具や壁を助けに歩くことが多く、屋外はシルバーカーが必要。 着脱 : 一人で出来るが , 右肩が上がらないので上義の着替えが難しい。 入浴 : 一人でできるが , 背中側はヘルパーさんに洗ってもらう。転倒が怖くて浴槽には入っていない。
IADL（一部）一部しているの略	炊事 :（一部）退院後は右肩が動きにくいため簡単なことだけ実施。炊飯・簡単な食事の用意 , 温め , 食器洗い 掃除 :（一部）肩の痛みがあり掃除機が使えない。ヘルパーが掃除。 洗濯 :（一部）肩が痛むため洗濯物を干すことが難しい。配偶者が対応。 ゴミだし :（一部）出来ないところは夫が対応 買い物 :（一部）夫と従妹が補助。注文配達を利用することが多い。スーパーは夫の車で週に 1 度行く。 金銭管理及び服薬管理はすべて本人で対応。
サービスの利用状況	配食サービス , 訪問介護サービス , 住宅改修 , 福祉用具貸与・給付
ケアマネジャーが設定した目標	• 口腔ケアと栄養指導を受けることで、栄養のあるものを美味しく食べることができるようになり、体力がつくよう支援していく。 • 短期間、リハビリ専門職の訪問による指導を受けることで、上肢の機能改善や下肢筋力の向上を図り、転倒しない身体となることで、半年後にはサービスを卒業し、入院前の生活にもどれるよう支援していく。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.06

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 身長・体重歴、食歴、義歯等口腔内の状況 • 現在の具体的な食事摂取状況、料理への関わり方等居住環境、買物関連情報、配食サービス内容 • 医療機関への受診状況、主治医の食事指示の有無と栄養指導の実施の有無 • 主治医、PT・OT による機能向上の可能性 • 夫、家族の対象者への思い • 対象者の思い（現在の食事内容への思い含む）、ＱＯＬ向上に結び付く情報	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 筋力低下やバランス力の低下により転倒を繰り返し、更に痛みや右肩の動きの悪さから生活機能の低下（思うように外出できない、好きな料理を作れない等）を招いている。 • 総入れ歯が合わず、軟らかいものしか食べられないため栄養密度が低くなっている。 • 食事は３回食べているが、配食弁当を２回に分けて食べ、牛乳・乳製品が摂取していない等食事量の不足と内容に偏りがある。体重が 33kgと低体重で（BMI が 14.7）低栄養状態の可能性。 • 外出が減り、友人も病気になり、交流の機会が減り、夫婦二人で過ごすことが多く、気分転換ができず気が滅入っている。 （※食材の調達が不十分であること、外食の機会が減ることは低栄養との関連性有） • 夫は妻が骨折を繰り返し困っている。出来ることは協力するが、早く前のように家事ができるようになって欲しいと思っている。 • 長男は両親が自宅で暮らすことを望んでいるため、出来る支援はしたいと思っている。	問いかけの例： • 元来料理好きとあるが、現在も料理することに前向きであるか • 現在出来ている調理方法について、OT による他の調理方法への助言等について、さらに PT による今後の改善可能性について • 食事量・食品群の減少がないか • 配色弁当の内容及び喫食状況について（2 回に分けて食べている理由の把握） • たんぱく質源が 1 回 / 日の内容及びその理由 • 本人も夫と同じ低たんぱく食でいいと思っているか • 牛乳・乳製品を摂取しない理由 • 義歯の調整について
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 本人の思い※ QOL の視点 ※ • 入院前と同じように家事ができるようなりたい。 • 外出して友人と楽しくおしゃべりしたり、バス乗って友人のお見舞いに行きたい。 • 従妹が行っているサロンに参加したい。 • ケアマネージャーのプランが本人の思いの実現に沿った、目標達成のための内容になっているか • 栄養状態改善に向けて、食環境も含めた支援内容となっているか	問いかけの例： • 本人は今の状況をどのように思っているか、今後どのようになりたいと思っているのか • 本人及び家族は筋力低下、骨折転倒、義歯の装着の有無と低体重、低栄養状態と体力の関連性等について、どのように思っているのか。

助言内容の例	まずは現時点での機能・環境を活かした調理方法習得と簡単でバランスのよい献立習得への支援を行い、栄養状態の改善を図る。同時に義歯の調整、PT・ＯＴの介入により、体力アップや機能改善を図ることで活動内容・活動範囲も広がり、本人の望む生活の実現を目指す。併せて、現行の状態でも活用できる地域資源等（集いの場、通うための夫･息子の協力やボランティアの活用等）の検討。 • 筋力低下やバランス力の低下、痛みや右肩の動きの悪さから生活機能の低下を招いているので、家事をするには在宅での作業動線等状況を PT・OT にみて頂くことで、機能向上が期待できるのではないか。また､お見舞いに行くなどの外出のための機能訓練も可能となる。（PT/OT からの助言がなければ提案） • リハビリの効果を上げるためにも、栄養状態の改善が必要であり、本人に必要な 1 日の食品量やたんぱく質の多い食品等について説明。 • 現在は簡単な料理方法のみ可能とあるが、電気鍋や電子レンジ等を活用することで、様々な（特に本人が好む）料理メニューを提案し、喫食量アップを図る。（本来は料理好きであるとのこと）そのため､現在の本人の機能で使えるよう､調理器具の配置方法や使い方を紹介。（PT/OT からの助言がなければ提案） • 食事内容では、水分は 900 ｍｌ摂取できているため、本人の嗜好を確認し、牛乳・乳製品、豆乳等可能なメニューを取り入れ、栄養量アップを図る。（できればリハビリ後）さらにコーヒー⇒ココア、カフェオレ、汁物⇒ミルク豚汁、豆乳汁料理への活用も。 • 毎食（間食）たんぱく質を取り入れるために、手軽に摂取できるもの（茹卵、卵豆腐、ヨーグルト、チーズ等）を常備し摂取、また市販食品（サバ缶、ツナ缶、冷凍肉団子等）も料理に加える。 • 購入・摂取可能であれば栄養補助食品を活用したおいしいメニューの紹介（アイスクリーム、ポタージュスープ、フレンチトースト） • 取組内容についての記録、また体重を定期的に計測し記録することでセルフモニタリングを実施。 • 義歯を調整し、口腔機能の改善を図り、普通食の形態でおいしく噛んで食べれるようにすることで、摂取栄養量のアップを図る。 • 関係者への提案：【夫】通いの場、歯科受診の送迎、【長男夫婦】来訪時は話し相手や食事を一緒にとる等気分転換を図れるようにする、【従妹】買物の同伴、食事の差し入れ

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

課題解決のための助言内容がたくさんある場合には優先順位をつけることも大切です。何を一番必要なのか、家族、本人ができることは何かなどを把握し、一つずつ解決し実行させることも訪問栄養食事指導の継続方法のひとつです。

事　例
No.07

やり残したことをやり遂げるために元気になりたい独居男性の事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
男性	85 代	要支援 1	J2	自立	一人暮らし

生活歴	○○市に生まれ、○○商業高校を卒業後、動員で空軍に入隊したが、出動目前で終戦を迎えた。その後、市役所に入職し定年まで勤続する。スポーツが好きで市役所時代は野球部にも所属し、各地のゴルフ場でもゴルフを楽しまれていた。また署名なゴルフプレーヤーともラウンドした経験もある。26 歳の時に結婚し現在の住所に自宅を建て、2 児をもうける（長男は隣の市に、次男は同市に定住）。定年後は妻と有国内外を旅行したりして過ごす。また同市内の山手に土地を購入し、畑を作ったりミニゴルフ場をつくったりし、趣味に勤しんでいた。もともと妻は病弱でH 27 年より要介護状態（要介護 4）となり同市内の老人保健施設に入所されたことで独居生活となり、H 28 年 4 月に脱水と低栄養で入院となる。その後もるい痩状態で気力・体力とも低下し現在に至る。
現在の生活状況	一人暮らしである為、自分で掃除洗濯を行い、食事もスーパーのお惣菜やお弁当を購入し生活されている。息子夫婦からの食事支援もある。咀嚼能力が低下していることもあり、食事に時間がかかり、特に弾力のある食べ物は食べにくい。週に 1 回は妻の見舞いに出かけている。
社会参加	時々、スポーツ観戦や音楽鑑賞に行かれることもある
現病歴	H 28 年 3 月…るい痩・前立腺肥大（前立腺癌疑い） H 28 年 4 月…歯科受診にて義歯調整
心身機能	身長：178cm　体重：43kg　BMI：13.6　MMSE：35 点
処方薬	ユリーフ・セルニルトン・エンシュアリキット
ADL	Barthel Index 100 点
IADL	5 点（5 点満点）
サービスの利用状況	訪問看護：週 1 回（金曜日） 配食サービス：火曜・木曜の 16：00 に配達 デイサービス：週 1 回（開始後 2 ヶ月で本人希望により中止）
ケアマネジャーが設定した目標	栄養状態・身体状態を改善していき、徐々に以前の体力・筋力を取り戻すことができる。 また、不安が少しでも軽くなり、食欲不振を防ぐことができる。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.07

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 居宅内の在庫食品状況 • 食事および間食、補助食品等による栄養摂取量 • 水分摂取量と摂取飲料の内容 • 口腔機能および嚥下機能 • 食意欲を向上させる可能性のあるモチベーションポイント • 食と栄養に対する理解力 • 息子や近隣者、友人の協力について • 食欲減退に対する医師の考え • 過去の胃腸問題や飲食歴	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • １回の食事摂取量が少ない • 義歯の不具合による咀嚼能力の低下 • るい痩からの咀嚼能力、嚥下能力低下 • 低栄養状態による更なる食欲低下 • 食事を摂ることに疲れる • 完調品に対する飽き • 副食加工による物性変化からの食欲低下 • とるべき食品の優先順位の問題 • 独居生活による生活意欲の低下 • 体力低下から、叶えたい目標が達成できない可能性に対する不安 • 前立腺癌疑いに対する不安 • 体力低下から病意識が過剰となっている	問いかけの例： • 食事量を増やすと胃腸症状になにか問題が発生するか • 食べたい物が食べられない時はどんな問題があるときか • どんなものを食べられたときに満足感があるか • どんな時に生活に不安を感じるか • 生活リズムは変化ないか • 息子さんの支援内容 • 主治医の方針や食事の指示
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 本人の叶えたい目標と、達成するために必要な条件をその都度確認 • 食事状況と在庫食品の確認 • 配食が食べきれているかの確認 • 食を進められることに対するストレスの確認 • 活動過剰になっていないかの確認 • 食べにくい食品の確認	問いかけの例： • やっておきたいことは叶えられそうか • 食べたい物が食べられているか • 食べられる範囲以上に食の支援があったりして食欲低下につながっていないか • やりたいことに集中しすぎて疲れていないか

助言内容の例	• 体重低下の原因は、食べる量だけのもの問題ではなく、選択している食品の質も影響している • 妻へのお見舞い継続、叶えたい目標（山の整備、オリンピック観戦、結婚 60 周年のお祝いなど）を達成するために体力を回復させる手段として食事を改善していくことを意識づける • 口腔機能低下の原因として義歯の不具合や歯茎のトラブルが無いか歯科受診を行う必要性がある • エンシュアリキットの処方をエンシュアHに変更してもらってはどうか • 水分補給の意識は高いが、それにより摂取食品量が減少している可能性もあるため、水分だけでなく栄養補給につながる飲料を進めてはどうか • 呼吸苦もあるため、看護師訪問時の SPO2 測定が気になっており、自分でも測定できるようにパルスオキシメーターを購入してもらってはどうか • 体力低下の原因は前立腺癌の影響ではなく基本的な摂取エネルギー不足であることを医師からも説明してもらってはどうか • おやつも摂られていることから、栄養面から効率の良い菓子類を食べてもらうことも • いろいろなスポーツが好きで他者に教えていた経歴もあるため、地域のスポーツ活動のアドバイザーとして社会との交流を図ってはどうか • デイサービスを中止した経緯として、重度介護者をみることでの将来への不安や、痩せている状況を他者に見せたくない、自分の時間を制約されるという心理が働いている可能性がり、社会との繋がり作りが逆効果となる可能性もあるため、社会参加を進める場合は本人の思いを十分に聞き取り配慮する必要があるのではないか • 終末に向けたいろいろな整理も行われており、安心して余生を送るために専門家による相談や支援も必要かも

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

助言内容から現病歴不足が考えられます。予想される呼吸苦や癌などから考えられる栄養と食事の工夫が必要であり管理栄養士としての専門的な病態栄養管理が求められます。

事　例
No.08

低栄養のため下肢筋力の低下が進んでいる一人暮らしの方の事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	78 代	自立			一人暮らし

生活歴	T 都で 4 人兄弟の末っ子として生まれる。戦争のため 6 歳で両親の出身地である S 県に疎開し、高校を卒業するまで S 県に居住。父親は T 都庁勤務であったが疎開後は S 県庁勤務となり 42 歳で事故の為他界。母親は教師で夫が他界後は 4 人の子供を働きながら育てた。T 都の大学に進学し、卒業と同時に結婚し、3 人の女子を授かる。夫は T 電力勤務で転勤が多く主婦に専念し勤めに出たことはない。A 県、M 県内を何度か引っ越しをしたが、昭和 48 年夫が退職夫の出身地である T 県 N 市に家を建て居住、同時に金融業（サラ金）を始める。7 年前に病気で夫が他界後金融業も辞め一人暮らしとなる。特に大きな病気もなく、入院したことがない。
現在の生活状況	娘 3 人は独立し、帰省するのは年に 2 ～ 3 回でご本人の生活の実態を詳しくは把握していない。S 県の出身で T 県の料理の味付けが濃いと言われ口に合わずスーパーの総菜やお弁当は購入せず、簡単な献立を短時間で調理し、食生活が単調になっている。自宅では一つ丼におかずを載せて簡単に済ませるが、友人と外食に行くと食べ過ぎる。食事は決まった時間に摂るようにしているが満腹感を感じないときは一度に沢山の量を摂取してしまう。
社会参加	老人会は参加している。近所の友人と散歩や花見に出かけている。趣味の絵手紙教室等ある程度の社会参加はできている。
現病歴	うつ
心身機能	身長 150cm、38kg、BMI16.9、MMSE 血圧がたまに（180/100）に上昇すると自覚上昇があるが降圧剤は処方されていない。現在朝夕血圧測定をしている。今年の春の血液検査の結果では糖尿病の予備軍と言われた。若い時と比べても食事量は減っていない。むしろ増えているのに体重は減ってきている。もともと冷え性で入浴後に両足のしもやけが崩れる。臀部の骨がトイレの便座に当たる。横になると骨盤があたり痛い時がある。
処方薬	メイラックス 1㎎眠前 1T・ノリトレン 10㎎朝夕× 1T・チスタニン糖衣錠 100㎎毎食後 × 1T ソラナックス 0.4㎎× 1・葛根湯 2.5 毎食前× 1 包
ADL	一人暮らしである。家事はできる範囲で行っている。
IADL	階段は手摺を伝いながら移動する。下肢筋力の低下が進み、現在の生活を維持できなく恐れがある。
サービスの利用状況	地域支援事業通所型 OT 事業・栄養指導
ケアマネジャーが設定した目標	下肢筋力及び体力向上を図り、一人暮らしを継続できるよう支援する。 食生活を見直し体重を増やす。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.08

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 低体重への対処法 体重を増やしたいが思うように増えない。 • 日常の食事状況、経済状況、居住環境	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 体重をふやすために、食事内容と分量を改善する必要がある。 • 食事のあり方が理解されていない。 食事量を極端にへらしたり、羊羹を食事として食べてみたり、糖尿病予備軍に対する食事の認識が不十分である。 • 食事時間も含め心身の健康のために生活のリズムを確認する。 • 社会参加できているとあるが、老人会、絵手紙への参加回数とかを確認する。 • 現病歴の「うつ」の発症時期を把握しておく。 • 血圧をどうして測っているのか？ たまに（180/100）に上昇する要因を把握しておく。便の回数から便秘の関係も予測される。 • 処方薬（チスタニン糖衣錠）の理由とか葛根湯の処方量が多い理由はできる範囲で把握しておく。	問いかけの例： • １日３回きちんと食べているかどうか？ • 簡単な食事の内容 • 自宅で一つ丼の上にのせる食事の分量（主食量と具材量？） • 常によく食べている食品は？ • 歯の状態は？ • 飲水量と飲み物の種類？ • 間食はしているかどうか？している場合その内容？ • 友人との外食の回数と内容、分量？ • 食事量を極端に減らす理由？
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 食事内容を見直し体調の管理が行える。 • 調理方法や食材のバランスを考え自分に合った献立を考える。 • 自分のベストな体重を維持し食生活を楽しむことができる。	問いかけの例： • 本人は今の状況をどう思っているか？ • 老人会、絵手紙教室への参加回数は？ • 友人との外食の回数は？ • 趣味等何かしたいことはありませんか？ • 自分でできる運動は何かないですか？
助言内容の例	• 食事を用意する食支援環境を作るためには本人に見合った食材の購入内容を示す。 • 簡単に作りやすい献立を紹介する。 （今までの得意料理を簡単にできる方法をアドバイスし、友人と共に作ってみて食べるのはいかがでしょうか？） • 糖尿病境界型の食事療法への理解していただくために、必要エネルギーの確保やバランスのとれた食事内容を説明し、現在の食事内容と比較し具体的な改善点を見出す。	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

下肢低下が進みフレイルが進んでいるのであれば、自治体が主催する運動教室なども進め、運動と栄養の重要性を促していくことが地域包括ケアの在り方なので指導者担当者会議などで積極的な助言が必要です。

事　例
No.09

依存心の強い高齢者への自立に向けた支援の事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	70 代	要支援 2	J1	自立	独居

生活歴	7 人姉妹の 2 番目に生まれる。結婚し子供は 3 人おり時々来てくれる。ずっと農業に従事していたが、46 歳頃から 62 歳まで縫製工場で縫ったり検査をしたりしていた。若いころは仕事ひとすじで、何をする間もなかった。70 歳で夫を亡くし独居となる。73 歳に関節リウマチ発症。その後、関節の痛みや変形が進行し、リハビリテーション病院に入院。その間、両膝人工関節置換術・左足関節固定術を施工した。20 歳頃より気管支拡張症があり、同病院内科にも定期受診している。リウマチ症状は内服コントロールにて安定しており、痛みや腫れは落ち着いている。訪問介護と通所介護を利用しているが、本人の自立支援の理解が乏しく自立意欲が低い。
現在の生活状況	少し円背にて室内は杖や手すりなど伝い歩きで自立。屋外は月 1 回のバス通院するため、自宅からバス停まで 300m の坂道の往復を杖にて昇降する。それ以外は歩く機会はない。受診とデイサービス以外はほとんど外出しない。趣味の手芸の材料が手に入りにくいことや右手が痛い時があるため、日中は、テレビ、読書、パズル等をして過ごしている。食事は 3 食摂れているが、近くに店がなく息子が休日に食材を買ってきている。炊飯・レンジアップと味噌汁作り・味付け・下ごしらえ・献立は自分でするが、麺類や干物、加工品、漬物、おかず味噌など食塩摂取量が多い。他は訪問介護にて介助。ごみ出しはヘルパーが行う。重い物をもっての移動は主治医より止められている。入浴はデイサービスと訪問介護を利用している。
社会参加	なし。移動手段と参加意欲がないため、年に 1 回の独居老人の日帰り旅行のみ参加。自宅では近所の人が時々来てくれて話をする。
現病歴	関節リウマチ（4 年前～）両膝人工置換・左足関節固定術（2 年前） 気管支拡張症（20 歳頃）脂質異常症　骨そしょう症
心身機能	身長 152.5cm　59kg　BMI25.4　認知症はなし。
処方薬	
ADL	移動は、足の上りが悪く転倒の危険あり。着脱衣は、時間はかかるが、自助具を使って一人でできている。浴室は改修済みだが、本人の依存心と転倒恐怖が強く、見守りや洗身の介助を受けている。
IADL	調理は訪問介護が味付けや献立など以外は介助している。掃除（台の上の拭き掃除は可）、ごみ出し（分別は可）はヘルパーが行っている。
サービスの利用状況	通所介護：週 1 回　訪問介護：週 2 回
ケアマネジャーが設定した目標	一人で自宅入浴ができる。その後、一つずつ調理や掃除などできるようになる。将来的には、一人で生活できるようになり、サービス事業者が来なくても不安やさびしさが埋められるよう、本人が生き生きと出かけられる交流の場への参加を検討していく。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.09

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 日常の食事状況、服薬状況、経済状況、居住環境（玄関・階段・トイレ・浴室・台所など） • ステロイド剤内服・気管支拡張症のため、感染予防対策 • 免疫抑制剤長期服用による骨粗鬆症・脂質異常症・高血圧、筋力低下・筋肉痛などの確認病院での栄養指導の実施の有無。デイでの食事摂取の状況と運動やリハビリで筋力や関節可動域の維持の可能性 • 本人の QOL 向上や自立に対する考え。

課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • ステロイド剤内服・気管支拡張症のため、感染しやすく症状が悪化しやすい。 • 入浴時の見守りや洗身の介助を受けている。（下肢筋力低下と関節可動域制限による転倒不安や、依存心が強いため、入浴や家事が自立できない。） • 家事援助を受けている。（専門家による自助具使用提案や関節保護教育） • 口腔機能向上（デイでの口腔機能評価） • 自立意欲が低い（自立意欲が高まるような関わり） • 関節リウマチによる日常の活動性の低下 • 対人交流頻度の減少	問いかけの例： • 本人に好みや今までの食生活を聞き、栄養バランスのとれた食事ができているか。 • 間食の内容はどうか。 • 水分摂取量はどうか。 • 体重の変動はないか。（肥満は関節の負担になる） • 調理や掃除などの家事援助における自助具の使用状況はどうか。 • デイケアでの喫食状況 • 息子の買い物支援（その内容の確認） • 睡眠や休養がとれているか。 • 地域の交流の場や移動手段の方法はどうか。
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など 短期目標（1～3ケ月） 1. 感染予防の方法：バランスの良い食事をすることで病状が悪化しない。 通所介護：口腔機能評価・感染予防法の助言 病院管理栄養士：食事指導・助言 2. 洗身・洗髪動作が自立でき、自宅で一人で入浴ができる。 関係機関が意志統一し自立意欲が向上するようなかかわりをする。 通所介護：運動機能向上プログラム、筋力向上・関節可動域制限訓練・口腔機能訓練 訪問看護：リハ：身体機能評価・動作指導・関節保護動作指導・自助具の提案と指導 訪問介護：入浴介助・動作確認・自助具の利用状況確認 中期目標（3～6ケ月） 3. 息子の買い物支援を受けて調理・掃除が自立できる。 訪問介護：家事に利用できる自助具の提案 訪問介護：OTの指導の元、手を出しすぎず本人ができる家事動作を増やしていく支援をする。 長期目標（6ケ月～1年） 地域の交流の場への参加や趣味活動ができるようになる。	問いかけの例： • 本人は病気にならない方法はしっかり学びたいと思っているようですが、特に、聞いておきたいことはありますか？ • 運動・移動について、家庭生活について提案してもらったことで少しずつでもやっていこうと思うことはありませんか？ • 趣味は多いですが、何かやってみたいことやれそうなことはありませんか？
助言内容の例	• ステロイド剤内服・気管拡張症があり感染予防のため、デイケアで手洗いやうがい等口腔ケアの大切さや口腔体操の習得、病院管理栄養士による栄養バランスのよい食事指導を受ける。 たんぱく質、EPA（抗炎症作用）、鉄、カルシウムなどの摂取状況の確認。 デイケアで水分摂取量の確認をし、自宅でも飲めるように声がけをする。その際に、疾病が重症化しないよう、適切な食事内容を伝える必要がある。 • 中期目標で息子の買い物支援を受けて調理・掃除が自分でできるように、訪問看護で家事に使用できる自助具の提案、訪問介護でOTの指導の元、手を出しすぎず本人ができる家事動作を増やしていく支援を行うことで、意欲が高まり、自己調理に繋がる可能性がある。その時は、台所整備や外出する時の手荷物（関節に負担のかからないリュックサックやキャスター付きのカートなど）の工夫が必要。 ⇒OTとともに助言 簡単に作れる献立を学習して、一人で調理してみる。	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

病院の管理栄養士から受けた栄養情報提供書により確認をすることで、何のためにどのような栄養処方であったかを理解することが大切です。その状況に合わせた在宅生活と社会資源をどのように利用していくのかを多職種と共に共有し食支援を進めていくことが大切です。

事　例
No.10

認知症があり血糖コントロールに問題がみられる事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	80 代	要支援 2	自立	Ⅱ b	4 人暮らし

生活歴	家族は夫と次女と孫の 4 人暮らしで日中は夫と二人で過ごす。市内に住む長女が週末に買物をしては運ぶ。昔は保険の外交もしていたが近年は認知症を発症し家から出ることはない。
現在の生活状況	過体重で歩行も徐々に困難で家では歩行器を使用している。医師からは糖尿病もあり体重を減らすように言われているが甘いものが好きで糖質に偏った食事をして血糖コントロールができていない。日中は夫にわかままを言って甘いものを食べたいと困らせている。次女は野菜中心の食事を提供するが本人は食べようとしないで隠れて食べる。週末に長女が買物をしてくるが味の濃い総菜が多い。家での不安定な移乗から左手を骨折した。またポータブルを使用しているが失敗することが多い。主介護者の夫の負担を軽減するためにデイサービスの利用を進めているが、本人は嫌がって拒否することもある。
社会参加	家に閉じこもりがちで外に出ようとしない。たまに家の近くの商店に行く。デイサービス利用は、本人は気が進まず週に 1 度～ 2 度の予定であるが拒否することもある。
現病歴	糖尿病、高血圧、アルツハイマー病、うつ病、高コレステロール血症
心身機能	身長　150cm、57.3kg、BMI　24.2、MMSE　　点
処方薬	アリセプト×1、メトグルコ×1、リフレックス×1、カマ、センナエキス
ADL	歩行は不安定。自分で立ち上がることができる。左目の目やにが酷い。意思疎通は不十分。食事は咽なし。自力摂取可能。入歯あり。家庭での入浴は困難。
IADL	日常生活支援は夫が介助する。間食が多く食事を残す。夫が近所のみせに甘いものを買いに行く。（本人もたまに饅頭などを買う）生活全体が不活発な状態。気分が悪いときに夫に対して怒る。
サービスの利用状況	通所介護、歩行器貸与
ケアマネジャーが設定した目標	家族との連携や利用中の様子観察にて健康状態の把握 血糖コントロールと減量 デイサービスを利用することで夫の介護負担の減少

地域ケア会議における検討内容　事例 No.10

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 医師から糖尿病で甘いものは控えるように言われているが家族にう隠れて食べることあり。体重も増加傾向。 • 間食が多く食事を残。 • 歩行も困難で転倒や怪我のリスクが大きい。 • 夫への介護の負担が大きい。	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 日常生活が不活発 • 転倒や怪我が多い • 服薬も多く、管理されていない • エネルギー源は糖質が主で栄養のバランスが悪い • 血糖コントロール不良、体重増加 • 主介護者の夫の負担軽減	問いかけの例： • 家でのおやつの摂取把握 • デイサービスでの摂取量 • 食事つくりの工夫 • 主介護者の夫と次女の糖尿病への知識 • 糖質の過剰摂取による食事量の減少
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 日常生活の活性化 • 体重管理、血糖コントロール • 定期的に健康管理ができる	問いかけの例： • 夫への食事に対する知識 • 近所のお店の方に協力依頼が可能か • 料理教室への参加 • デイサービスでの歩行訓練は可能か
助言内容の例	• 認知症があっても日常生活活動を増やすことも必要であり、昔の趣味であった手芸など簡単な動作ができないか提案して見守る。 • 夫への介護負担の軽減→デイサービスを利用の継続（声かけ、見守り） • 長女、次女への食事指導→食事指導、料理教室への参加を促す。管理栄養士に相談する • 水分摂取は砂糖入りのコーヒーからお茶に切り替える。 • 高エネルギーのおやつの検討→近所のお店の方に低カロリーのおやつ等を勧めてもらう。 • バランスの良い食事をとる→主食、副菜、汁等を揃え、野菜を多く摂取する • デイサービスの利用を勧める→近所の親戚の方との利用日を同じにする • デイサービスで体重測定、歩行訓練 • 次女に薬の管理の仕方を指導する	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

本人はアルツハイマー型認知症の現病歴もあることから、食事面でのキーパーソンとなっている長女、次女、夫へ同時に栄養相談を行うことが望ましいと思います。サービス担当者会議の開催をケアマネに提案し、それぞれの専門職や家族とコンセンサスをはかりながら、血糖のコントロールおよび本人が満足できる食事内容について多職種と連携した助言が必要です。

事　例
No.11

胃がん後、食事に関心がなく低栄養に陥った事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	70 代	1	J1	Ⅰ	独居

生活歴	結婚後、専業主婦。35 歳頃離婚し、保健外交員などの仕事を転々としていた。長女が結婚を機に一人暮らしとなる。（54 歳）偏食もあり、好きなように生活をしてきた。社交ダンスやスイミングなど趣味も多く、動くことが好き。 H27 年に胃癌が見つかり、その頃から低栄養状態となり、○○医院で点滴や栄養相談を受けていた。 H29 年 1 月頃から不眠や不安の訴えあり、精神科受診により軽いうつと診断。MRI 検査ではアルツハイマーは見られなかった。低栄養状態であるが、食事面に興味がなく、栄養ドリンクなどの健康食品には興味がある。
現在の生活状況	レクサプロ錠を飲み始めてから、夜間に繰り返し電話することは治まっている。H29 年 10 月より訪問看護師が介入し、内服管理や生活全般の指導を行っている。長女が月 1 回来て、精神科の受診や生活面のフォローをしている。
社会参加	社交ダンス（1～2回 / w）、スイミング（月･木の PM）、カーブス毎日、高砂大学（1回 / 月）
現病歴	H22 年　外傷性中心性脊椎損傷 H27 年　出血性胃癌 H28 年　軽度認知症障害、うつ状態
心身機能	身長 158.3cm、43.8kg、BMI　17.5kg/㎡　、MMSE　不明　点 HDS-R20/30（H29.8）　COGNISTAT 認知検査で記憶、理解に著しい低下
処方薬	アロフト 2T、メチコバール（500）2T、ストミン A2T、レクサプロ錠（10）0.5T
ADL	全て自立。やや耳が遠い。
IADL	短期記憶障害はあるが、ほぼ自立。
サービスの利用状況	訪問看護 1 回 / 2 w、精神科受診 1 回 / 月
ケアマネジャーが設定した目標	今の生活を維持できるように、地域の方や訪問看護師、栄養士などと連携し見守っていく。 食事面のフォローを○○医院にお願いする。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.11

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 食事状況の確認（買い物から調理状況）、嗜好の確認 • 体重の変化、自己の栄養状態の認識 • 活動状況	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 低栄養状態 • 食べることに興味がない、料理が苦手 • 偏食（肉が嫌い、パンやお菓子が好き） • 空腹感がない • 活動量が多く、食事摂取量と見合っていない	問いかけの例： • １日に何食？どんなものを食べていますか？ • 豆腐や卵は食べられますか？ • 簡単にできるものや、どんなものを食べたらよいか、知りたくないですか？
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 今の生活を現状維持できるようにする • 補助食品やおすすめ食品の情報提供 • 外食でのワンポイントアドバイスなど	問いかけの例： • 趣味を続けるために、どんなものを食べたらよいか考えてみませんか？ • 外来での栄養相談はいかがでしょう？スタミナをつける工夫など…
助言内容の例	• 運動量の多い趣味を継続していくためには、できれば食事面をもう少し整えて低栄養を改善した方が良い。体重は 46kg位に（BMI18.5）。当面は、これ以上体重が減らないようにすることが重要。そのためには補助食品の利用継続も必要である。 • 偏食があり、調理も苦手ならば市販品や色々な補助食品の情報提供を行うことも有効であり、その面は栄養士がフォローを行う。 • 健康食品などの正しい理解についても考慮が必要。	
備　　考	• 栄養補助食品の購入は○○医院外来受付にて注文を行う。	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

食事の摂取量が少なくなると、食事全体の水分のみならず、全体の水分摂取量も少なくなっているとも考えられ、脱水にも配慮が必要になります。本人は食事に対する意欲はないことでありますが、飲み物などの水分でエネルギーやたんぱく質などを摂取できる方法について助言していくことも必要です。

事　例
No.12

パーキンソン病により ADL が低下している要介護の事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
男性	80 代	要介護 2		自立	独居

生活歴	職歴不明。家族は妻と長男・長女。妻は入所中。同一敷地内に長男家族居住。 H28 に長男の妻が急死。また、転倒も増え、炊事・洗濯等の支援が必要となる。
現在の生活状況	• 長期服薬すると、薬がだんだん効かなくなるとの思いから、自己判断にて処方通り服薬せず、調整してしまう。 • 病識薄く、自転車に乗ったり、はしごを掛け屋根に上り修理をするなど危険な行動が多い。 • つかまるものがあれば移動可能。姿勢異常あり。OFF 時は転倒しやすく歩行できない。頑固な便秘。便器周辺の汚染強い。 • 朝食はパン・昼食はヘルパーさんが作ってくれたもの・夕食は長女宅で
社会参加	デイサービスと自転車で移動できる範囲の買い物等のみ
現病歴	• H4 パーキンソン病発　• H15 服薬コントロールの為入院　• H17 訪問看護利用開始 • H26 通所介護利用開始　• H28 訪問介護利用開始 • H29 介護 1 から介護 2 となる
心身機能	身長 170cm、57.4kg、BMI19.9kg/㎡　、MMSE　不明　点 • 認知面問題なし　・疾患により歩行困難で転倒しやすく移乗移動時特に介助が必要。 • 頑固な便秘であるが薬処方されているかは不明。
処方薬	プラミペキソール
ADL	歩行のみ介助が必要であるも、後はほぼほぼ自立
IADL	洗濯・服薬管理・金銭管理・電話の利用に関しては自立。買い物・掃除は全介助。料理は一部介助
サービスの利用状況	通所介護２回／W　　福祉用具（歩行器・手すり・車椅子） 訪問介護３回／W　　住宅改修　済 訪問看護　随時
ケアマネジャーが設定した目標	長期目標　自分のペースで一人暮らしを続けたい。 短期目標　服薬コントロールができ、転倒、怪我なく日常動作が行える ①病状管理　②出来るだけ転倒毛賀を減らし安全に移動できる　③出来る家事を継続する ④本人・家族の不安軽減

地域ケア会議における検討内容　事例 No.12

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 食事内容の把握 • 嚥下の状態 • 身長、体重の推移 • 服薬状況の提示 • 医師の指示書の確認 • 今後の長女の介護力 • 本人の生活に対する考え方	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 自己判断による服薬中止があり、OFF 時が頻繁になってきている • 朝食の食事内容の充実 • 排便コントロールの為の食物繊維や水分摂取量の確認 • 長女の食事に関する知識や介護負担 • ヘルパーへの調理指導 • 筋肉量の低下予防	問いかけの例： • 食事の確認　特に朝食 • 食事中のむせはどうか • ヘルパーからの聞き取りによる食事内容のチェックや生活の様子 • 医師からの食事内容に関する指示の有無
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 本人のニーズや QOL についての視点 • 危険行為にいたる本人の思いはどこにあるのか • 出来る家事を継続する為には何が大事なのか	問いかけの例： • 服薬の重要性を多職種から説明するようにできないのか • 食事の重要性をもっと伝えられないのか
助言内容の例	• 今後，パーキンソンの症状が進行することで、嚥下状態の悪化が懸念されるが、病識が薄いことで、自分の身体の変化を受け入れることが出来るのか？メンタル的な支えを多職種で行っていくべき。 • 早くから栄養士が関わる事で、信頼関係も生まれ食に対する支援もスムーズにいくのではないか。また、服薬の重要性というのも栄養士から伝えることも出来るのでは • 本人の思いの中に家族には迷惑をかけたくないとの思いがあり、その為危険な行為を繰り返すのではないか？ならば、家族ももっと一緒に行動する時間を作ってもらうことで減らすことは出来ないのか	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

通所介護時や随時の訪問看護師に嚥下状態について評価が可能であれば実施することが望ましいです。また､パーキンソン病の病状変化とともに嚥下機能の低下していくことも予測されるため、摂食・嚥下評価を言語聴覚士などが定期的に行い、嚥下機能に見合った適切な形態の食事が摂取できることを助言していくことも必要です。

事　例
No.13

低栄養で転倒不安により外出頻度が減っている事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	70 代	なし	自立	自立	不明

生活歴	息子さん家族と同居 転倒する前までは自主的にカーブス（筋トレ健康体操教室）、三々五々（週１回の喫茶型高齢者サロン）に出かけていた。
現在の生活状況	掃除、洗濯、食事の準備は自分で行っている。乗用車の運転も最小限に行う。
社会参加	脳トレやゲームなどを行う「お年頃タイム」へは楽しみながら友人と週１回出かけている。
現病歴	転倒して打撲した左肩、股関節、膝の痛みがある。 降圧剤にて血圧コントロール。不眠時は眠剤の内服あり。
心身機能	身長　145cm、 39.5kg、BMI　18.8kg/㎡　、MMSE　不明　点 右耳が聞こえにくい
処方薬	降圧剤、眠剤の内服あり。
ADL	自立しているが、歩行時に転倒の不安がある。
IADL	歩行時の転倒不安や気持ちの落ち込みから外出が減っている。
サービスの利用状況	通所型リハビリ施設利用
ケアマネジャーが設定した目標	自分に合った場所で無理しないペースで、運動や外出ができるようにしていく。（転倒の心配が軽減し、安定した歩行が可能となり、親戚のおばさん宅に気軽に訪問できるようになる。）

地域ケア会議における検討内容　事例 No.13

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 家事や食事は自立されているようで、体重の変化もないようですが、こころのチェックリスト5と鬱傾向がありますが、食事量の変化はありますか。 またご家族はどう考えておられますか。（返答：食事量については確認していない。家族に相談することなくご自分一人で相談に来られたのでご家族のことは分からない）	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 転倒して打撲したところの疼痛に対する治療はされているか。 • 歩行時のふらつきや転倒不安は眠剤の影響は無いか。 • 気分の落ち込みから食事の偏りや減少はないか。	問いかけの例： 整形受診や疼痛コントロールはされていますか。 眠剤を飲まれる時間によっては翌日まで効果が残りふらつきなど現れる場合がありますが、服薬の問題はありませんか。
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 脳トレなどの活動は楽しんで出かけられているので、筋力アップのリハビリと共に地域のサービスにできるだけ参加し楽しい時間をもっていただく工夫があると良い。	問いかけの例： • 地域のサービス情報を広報だけでなく、友人などからお誘いいただくなど参加しやすい工夫があると良いですね。 地域でお食事会などありませんか。
助言内容の例	基本チェックリストからは「栄養」欄は問題ないが、ＢＭＩ 18.8と体重が少ないので、今後も体重のモニタリングをリハビリ施設等で行っていただき、食事量の評価をしていく必要があります。 また、対象者にかかわるスタッフが会話の中で食事を話題にし、簡単にご飯の量やたんぱく質食品の量など不足がないかアドバイスしていただくことで低栄養予防になります。	
備　　考	リハビリ施設の方も会話の中で食事の話題は意識していなかった。また他職種の方から筋力アップのためには具体的にどれくらい食べれば大丈夫なのかなど質問がでた。対象者にかかわるスタッフ全員が食事量や食事内容に興味を示され、今後は簡単なパンフレット等を用いて食事の話ができると良い との意見が出された。	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

今後、さらに ADL の低下を予防していく必要があります。とくに ADL の低下は栄養状態の低下と関連していることから、通所型リハビリ施設以外にも地域のサロンなどへの参加を促していくことも必要です。また、通所型リハビリ施設においては、体重計測や食事摂取量のモニタリングが可能であれば実施していけるような助言も必要です。

事　例
No.14

アルコール摂取量が多く、低栄養で独居の要支援の事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
男性	70 代	要支援 2	J2	Ⅱ a	独居

生活歴	○○区の一軒家に独居で暮らしていた。離婚歴あり現在は、独居である。約 5 年前に姉の介護をしていたときに腰痛すべり症になってから徐々に活動量低下し、階段などの昇降ができなくなった。現在姉は亡くなっており、親類などの身寄りはない。
現在の生活状況	知人（男性）から高齢者住宅への引っ越しを勧められ、1 年前にシルバー住宅（介護サービスなし）に引越した。 認知機能が低下しており、金銭管理は知人が行っている。
社会参加	近所のスナックへカラオケに通っている。 （スナックでの金銭請求に関するトラブルあり）
現病歴	40 代　　高血圧（循環器内科通院中　1 回 /6 週間） 55 歳　　脳梗塞（後遺症なし） 60 代　　ペースメーカー留置
心身機能	身長　163m、体重 49kg、BMI18.4kg/㎡、MMSE23 点 WBC6.5 × 103/ μ L、RBC3.77 × 106/ μ g、Hb10.1g/ d l 、Ht32.2%、血小板数 246 × 103/ μ L、MCV87.3 f L、MCH28.6 p g、TP6.8g/dL　Alb3.2g/dL、BS115mg/dL　HbA1c6.6　%、AST46U/L、ALT38U/L　ALP219U/L、　γ GTP48U/L、CK72U/L、LDL-C96mg/dL　HDL-C63mg/dL　T-Cho154mg/dL　TG162mg/dL、Na130mEq/L　CL90mEq/L　K4.6mEq/L　BUN20.4mg/dL　Cr0.88mg/dL　UA3.8mg/dL、eGFR47.4ml/ 分 /1.73 ㎡、 （血圧 140 ～ 150mmHg/70 ～ 80mmHg）
処方薬	シグマート錠 2.5mg　3 錠、デパス錠 0.5mg　3 錠、バイアスピリン錠 100mg　1 錠、ナトリックス錠 1mg　1 錠、ヘルベッサー R カプセル 100mg　1 カプセル、オメプラール錠 20mg　1 錠、フェブリグ錠 10mg　1 錠、 テネリア錠　20mg　1 錠、アジルバ錠 20mg　0.5 錠、 メバロチン錠 10mg　1 錠、アジャスト A コーワ錠 40mg　5 錠、 頓服：レンドルミン錠 0.25mg　1 錠、アリセプト D 錠 5 m g　1 錠
ADL	・寝返り・起き上がり・移乗：自立、歩行：自立　着衣：自立 入浴：自立　　洗身：自立　　食事：自立
IADL	調　理：ほとんど行っていない、買い物：本人 服薬状況：自立（飲み忘れあり）、掃　除：一部介助（知人）　金銭管理：本人は行っていない（知人）
サービスの利用状況	以前は配食サービスの利用があったが、現在は在宅サービスの利用はなく、在宅サービスが入ることを本人および知人は拒否している 朝食、夕食は真空パックのコンビニ惣菜または弁当、パン類 間食：ビール、焼酎を一日中飲んでおり不明確
ケアマネジャーが設定した目標	• 在宅サービスを利用し、ADL の低下を予防する • 食生活を改善し、アルコールの摂取を減らす。 • 在宅サービスの受け入れと社会参加の機会を設ける

地域ケア会議における検討内容　事例 No.14

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 日常の食事や水分の摂取状況 • 本人の食事管理に対する考え方 • 居住環境と地域における社会資源、食環境 • 主治医へ指示栄養量と服薬状況の確認 • 知人の関係性と本人への支援の状況 • 経済状況	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 喫食量低下、フレイルの進行、筋肉量の低下に対する ADL 低下が懸念される • 食事摂取栄養量が少ないことから脳梗塞の再発の可能性など疾患の悪化が予測される • 在宅サービスを拒否している理由として知人の介入による障壁があるではないかと推測される • アルコール摂取量の過多による外出時の転倒のリスクがある	問いかけの例： • 食事の摂取内容のなかでもコンビニで購入した惣菜やパン弁当はどんな食品を購入しますか？ • 一日のアルコールの摂取量は？ • 体重の経過や病歴は？ • 転倒やふらつきの有無は？ • 知人の支援は具体的になんですか？ • 内服薬の服薬管理状況は？
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 買い物は訪問介護が行う • コンビニなどを利用し、必要量が満たせるバランスのよい食事が摂取できる • 通所サービスなどを利用しADLが維持できる • アルコールの摂取量を減らす	問いかけの例： • 外で転倒などしないように、訪問介護に買い物を支援してもらうのはどうですか? • デイサービスなどに通って歩く練習などを継続してみてはどうですか？通所サービスで • 食事指導を受けてみるのはどうですか？
助言内容の例	• 外来受診での栄養相談や地域の在宅訪問管理栄養士に介入を依頼する（在宅サービス（ヘルパー）の利用を検討し、低栄養を改善できるようにコンビニでの購入食材の具体的な方法を伝える。 • 配食サービスの利用を再検討する • アルコールの摂取量を多職種で把握し、アルコール量が減らせるよう協力していく。 • ＡＤＬ維持のため、通所サービス（通所リハビリテーション）などの利用を検討し、ＡＤＬが低下しないようにしていく。また、通所に通うことで、アルコールの摂取は少なくなるとも考えられる。 • 内服薬の服薬管理をし、疾患の再発予防・悪化しないように、薬剤師に訪問または調剤薬局が薬剤管理を行う。	
備　　考	成年後見制度の検討、スナックでの金銭トラブルについては内容によっては警察への報告も検討することになった。	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

食事摂取量が必要量より少ないため、ADL を向上させるために、必要量が摂取できているか確認する必要があります。可能であれば、管理栄養士が自宅へ訪問し、食事や栄養管理について具体的なアドバイスを行う在宅サービス（介護保険の予防居宅療養管理指導）を利用することも可能です。また、地域のサロンに参加するなどして社会参加を増やせるような助言も必要です。

事　例
No.15

独居でデイサービス利用、骨折し、痛みから調理困難となり栄養不足の可能性がある事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	70 代	要支援 1	J2	自立	1 人暮らし

生活歴	九州長崎生まれ、S34 年に結婚。s40 から H6 年まで鎌ヶ谷（持ち家）に住んでいたが、ご主人のお母さんを介護するために九州へ引っ越す。H15 年からご主人が透析を開始。H19 年 12 月 73 歳でご主人が亡くなられる。お子さんたちが皆こちらで生活している為、H20 年 1 月に引っ越してこられる。H24 年 9 月から H25 年 6 月までデイサービスに通所する。
現在の生活状況	長男は 1 回 / 月訪問、次男とは電話連絡をする。長女は近くに住んでいるが仕事を持ち、子供の送迎など多忙の為、受診や用事のある時だけ訪問する。家族関係は良好だが本人が迷惑をかけたくないと遠慮している。 1 日の過ごし方 体調の良い日は起床後体操をし、その後整骨院へ行ったり近くへ買い物に出たりする。午後は横になっていることが多い。寝る前にストレッチ体操をする。趣味･楽しみは今は特になし。以前は民謡・カラオケ・気功。旅行は 1 年に 1-2 回行っていた。 6:00 起床 7:20 朝食 12:00 昼食 18:00 夕食 19:00 入浴 22:0 就寝
社会参加	特になし　近くに住む友人がいる
現病歴	H21 年から高脂血症 H25 年 6 月　間質性肺炎　服薬治療中 H21 年から　脊柱管狭窄症・頸椎症　服薬治療中 発症年不明　　めまい症 H29 年 1 月　両側肋骨骨折　腰椎圧迫骨折
心身機能	身長 146　cm、40　　kg、BMI18.8　　、MMSE　　点
処方薬	
ADL	
IADL	
サービスの利用状況	ヘルパー掃除買い物中心の家事支援
ケアマネジャーが設定した目標	長期目標　週に 3 回くらいは外出できる 短期目標　転ばないように気をつけて歩く

地域ケア会議における検討内容　事例 No.15

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 食形態とむせがないか。体重の変遷。ふくらはぎ、上腕周囲長の計測値は？ 食べたいものや食文化食経歴の傾聴。食事調査をして食べている摂取量を算出する。	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 ①痛みがあるので料理に時間がかけられない。 ②たんぱく質不足で筋力低下が懸念される。	問いかけの例： ①配食のお弁当は全部食べられますか？ご飯とおかずのどちらを残しますか？ ②冷凍品や中食のアレンジをしたことがありますか？
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など 以前のように外出がしたい。 週に３回くらい外出したい。	問いかけの例： 好きな物を買いに行きたいですか？ お友達と会食をしたいですか？
助言内容の例	外来受診での栄養相談や地域の在宅訪問管理栄養士に介入を依頼する ①栄養素の過不足を知り、購入食材や栄養補助食品などを検討してみる。 ②筋肉のもとになるたんぱく質の１日の摂取量の目安を手ばかりで教える。 ③体の調子を整えてくれる野菜の１日の摂取量の目安を手ばかりで教える。 ④バランスよく食べるということの目安を教える ⑤お腹が一杯になってしまったら、おかずはしっかりと食べてご飯を残す。 ⑥時短の調理方法で出来る献立を一緒に考え、一緒に作ってみる	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

簡単な調理指導を提案するにあたり、痛みにより調理に関われる時間は何分程度か、また使用できる調理器具について確認します。ヘルパーによる買い物支援を利用しているので、栄養改善のために必要な食材の内容や購入方法などについて、ヘルパーを交えた相談の場も必要です。

事　例
No.16

自炊が出来ず透析の食事療法が実行できていない事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	40 代	要支援 1	J2	自立	独居

生活歴	戸建てにて要介護状態の父、兄と生活。中学生の頃から引きこもりとなる。父の状態悪化に伴い生活困窮世帯となり、あいネットが支援に関わる。平成２９年６月に現在の居所に本人のみ移り住み生活を開始。
現在の生活状況	家事を行いながらテレビーを見て過ごす。買い物と病院以外に外出することはない。
社会参加	近隣に友人はおらず、地域との関係は薄い
現病歴	2012/12/24 糖尿病性腎症・維持透析 1999/4/1 高血圧。近頃白内障
心身機能	身長　164cm、73kg、BMI　27.1　MMSE　　点
処方薬	服用中不明
ADL	自立
IADL	
サービスの利用状況	ヘルパー。見守り・調理
ケアマネジャーが設定した目標	短期目標：料理のレパートリーを増やしていく 長期目標：現状の生活の維持

地域ケア会議における検討内容　事例 No.16

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 ①毎日、定点で体重を測定しているか？ ②加工食品の塩分量の把握が出来ているか？ ③リンやカリウムの調整をしているか？	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 ①透析の為「水分、カリウム、塩分」管理が出来ていない ②自分で調理が出来ないので、摂取食品の選び方により、減らすやり方をしらない	問いかけの例： ①何の食品に塩分やカリウムが多いと思いますか？１日の中で水分はどのくらい何を取っていますか？ ②どんな調理がカリウムを減らせると思いますか？
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など 目標：今の生活の維持と料理のレパートリーを増やす ①一緒に調理をして料理のレパートリーを増やす。カリウムの摂取量の減らし方・薄味の作り方・体重の増加を増やす	問いかけの例： ①料理のレパートリーを増やして食べられる食品を増やし、バランスの取れた食事を目指しましょう
助言内容の例	①体重を毎日入浴後に測る（本人が計測しやすい時間帯の設定） ②加工食品の購入時、成分表示の見方などを学習する ③調理の時に一緒に調理をすることにより、塩分摂取とカリウム摂取の減を達成しましょう（本人・ヘルパー・栄養士で相談して増やしていく） ④加工食品やレトルト食品の塩分量・カリウムの含有量が高い食品などを一緒に学んでいく ※カリウムを減らすために、極端に食品の制限をしたり、茹でこぼしをやりすぎていないか確認をする	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

体調不良による食欲不振はないかどうかの確認が必要です。エネルギー不足があると、状態が安定しませんので、まずはエネルギー量の過不足についての確認をします。透析の食事について、リンやカリウム、塩分の制限のみに主眼をおいた指導にならないよう気を付ける必要があります。

事　例
No.17

脳梗塞後経過観察中の独居男性で、自炊せず、歯もなく、炭水化物に偏る食生活をしている事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
男性	60 代	要支援 2	J2	Ⅰ	独居

生活歴	清掃会社を掛け持ちして働いていた。食事は空腹時に満腹になるまで食べる。おかずなど種類は考えたことがなく空腹が満たせれば良いと思っていた。
現在の生活状況	起床後、散歩か階段の昇降 60 分行う。軽く朝食を食べるか、食べないこともあるが薬は飲む。昼食は食べない。近隣の知人宅を訪問したり、テレビを見ながら過ごし、夕食（パン 2 枚など）後、シャワー、就寝。夜間に 5 回ほどトイレに起きる。自歯がなく硬いものが噛めないため、ケーキやご飯にコーラをかけて流し込むといった食生活。
社会参加	なし
現病歴	脳梗塞後経過観察中、糖尿病、高血圧、鼠経ヘルニア経過観察中
心身機能	身長 175cm、82kg、BMI26.8、MMSE　　点
処方薬	テルミサルタン、アムロビジン、トラゼンタ、グリメピリド、ジャディアンス、ランソプラゾール、バイアスピリン、ミオリラーク 全て一包化
ADL	J2
IADL	
サービスの利用状況	配食サービス（自己中断）
ケアマネジャーが設定した目標	低栄養改善 病気が悪化しないようにするためには、毎日の食事はとても大切です。お一人でもバランスよく食事が摂れるよう支援いたします。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.17

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 既往歴に糖尿病あり。 • 現在も服薬があるが、他の薬と一包化されている。食事は 1 日 2 食で、朝は食べたり食べなかったりしているが、薬は飲んでいる。低血糖のリスク？ • 朝食前に運動 60 分している。低血糖のリスクは？ • 食事以外の、間食について（ケーキやコーラなど） • HbA1c や血糖値のコントロール状況を確認する • 体重の変化を確認する	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 脳梗塞で入院し栄養指導は受けたが、よくわからない。左上下肢に麻痺もあり手の込んだものは作れない。配食サービスを休止しているが理由がわからない。	問いかけの例： （以前受けた栄養指導や主治医からの説明の確認）先生は何と仰ってましたか？前の栄養士から話されたことはおぼえていますか？（現在の食生活について事実を聞き出す）食事の内容を教えてください。
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など 自分の健康をよく見つめて健全な体を作りたい（薬を飲むと頭痛がする、気持ち悪くなるなどの主訴があり健康と感じられないでいる）	問いかけの例： どんな時が健康だと思いますか？
助言内容の例	• 健全な体を作るために、リハビリも大切ですが、脳梗塞を繰り返さないようにしましょう。そのためには高血圧や糖尿病のコントロールが大事です。 今の炭水化物中心の食生活だと栄養不足であり、且つ血糖値の改善が難しいので、自炊が難しければ配食サービスなどの食事サポートを、また利用してみませんか？（好みに合うように、いくつかの配食サービス会社を紹介） • 朝食前の散歩は低血糖をおこす可能性があるので、散歩やリハビリは食事の後にしましょう。お食事で、野菜や肉、魚などもバランスよく食べられるように、歯科を受診してみるのはいかがでしょうか？	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

すぐに食生活の改善が難しければ、主治医への在宅での食生活の情報提供が必要です。現状と今後の予定を伝えて、治療の参考にしていただきます。また、家族などによる支援の有無についても確認しておく必要があります。

事　例
No.18

住み慣れた我が家でサービスを使いながら生活を継続している事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	80 代	1	A2	Ⅱ a	独居

生活歴	会社員の夫と結婚し、２人の子供に恵まれ専業主婦として家事、育児をされてきました。子供の手が離れた頃から、会社勤めをされていました。２人の子供は独立され、その後夫が亡くなり、現在１人暮らしをしている。
現在の生活状況	高齢者で独居。変形性膝関節症、認知症のため買物、調理、掃除、洗濯、入浴介助、服薬管理は訪問介護を利用している。掃除や洗濯については、体調を見ながら自身でできることは行っています。現在は、茶の間での生活が主となり、活動量が減ってきている。 週末には、近くに住んでいる娘さんの訪問が楽しみで、料理を持参されなど心の支えになっている。
社会参加	娘さんや近隣の訪問あり 美容室へ出掛けたり、マッサージの訪問もある。 （美容室の方が迎えに来る）
現病歴	変形性膝関節症、骨粗鬆症、血管性認知症、せん妄のエピソード 高血圧、腎機能低下
心身機能	身長　144cm、41.2kg、BMI　19.8、MMSE　　点
処方薬	ザクラス配合錠 HD、アーチスト（10）、クレストール（2.5）、マグミット（330） エディロールカプセル（0.5）、セレコックス（100）、ランソプラゾール OD（15） カトレップパップ、コソプト点眼液
ADL	移動：屋外―歩行器、屋内―手すり・つたい歩き 入浴介助：見守り・一部介助
IADL	家事・買い物：全介助、　食事・洗濯・掃除・服薬：一部介助 コミュニケーション：理解できる（声かけ）。すぐに忘れてしまう。
サービスの利用状況	訪問介護：入浴と生活支援 買物　１回 /W、料理　２回 /W
ケアマネジャーが設定した目標	娘さんの協力と訪問介護を利用しながら、今のスタイルで生活していけるように支援していく。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.18

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 既往歴に糖尿病あり。 • 体重減少はどの程度か。 • 食事量はどのくらいか。（何ですぐにお腹がいっぱいになるのか？） • 好き嫌いはないのか。 • おやつは、どんなものを食べているのか。（内容の確認） • 楽しみは何か。（社会参加など）	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 1．低栄養の恐れがある。 小食である。１人だとすぐにお腹がいっぱいになり食べたがらない。 • 摂食量を確認していく。 • 体重の確認。 • 家事援助（買物・調理など）の継続。	問いかけの例： どうしてすぐにお腹がいっぱいなるのですか？ どうしたら食べられるようになりますか？ と本人に聞いてみる。
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など 1．低栄養の防止に努める。 • 小食なので、摂食量を確認していく。 • 体重の確認（月一回） • ふくろはぎ周囲長の計測。 • ヘルパーさんが、簡単に短時間でできるメニューの紹介と、本人と一緒に調理実習の実施。（ご家族の希望） ※現在、体重の増加は見られないが、栄養状態は良好である。	問いかけの例： • ヘルパーさんが訪問していないとき、おかずを冷蔵庫から出して食べたかな？何を食べたかな？聞いてみる。 • 体重計にのって頂き、体重が減ったよ、増えたよ、と知らせる。
助言内容の例	◆活動量が減り、小食となり体重が減少しているので、低栄養の恐れがある。 1．「おやつ」の内容の見直しを進める。（娘さんとヘルパーさんの協力を得る） 好物（ヤクルト、和菓子）→牛乳やヨーグルトなど（たんぱく質・カルシウム原） 2．摂食量を増やす。（娘さんとヘルパーさんの協力を得る） さびしがり屋の性格で、認知症があり、ヘルパーさんが訪問していない時には食べてないことがある。今後、ヘルパーさんが調理される時、本人もできるだけ台所に誘い、匂いや味見などで本人参加を促して頂き、食欲を引き出してほしい。（昔なじみのおかずは好んで食べている） 3．体重を測る。（ヘルパーさんの協力を得る） 月１回計測することで、摂食量の確認に繋げられる。 ※本人にも体重の結果を伝え（増えたとか、減ったとかなど）、頑張ったことを褒める。 ◆現在、現状のサービス・娘さんの協力が得られ現状が維持できている。 しかし、低栄養の恐れがあるので、今後管理栄養士の介入が必要ではないかと思います。	

この事例からどんな knowledge management（ナレッジ・マネジメント）を得るのか

課題・目標に沿って、助言の内容は具体的で実施しやすい内容にすること。現病歴に腎機能低下と記載されている事から、水分摂取量の確認し適切な摂取が出来る様な工夫を考えてあげる必要があります。

利 用 者 基 本 情 報

《基本情報》　　作成担当者:

相 談 日	平成　年　月　日（　）	来 所 ・ 電 話	初 回
		その他（　訪問　）	再 来（前　／　）
本人の現況	在 宅 ・ 入 院 又は 入所中（　）		
フリガナ		男 ・ 女	M・T・S　7 年 月 日生 （ 85 ）歳
本人氏名			
住 所		Tel	
		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・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	
認定・総合事業情報	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) 基本チェックリスト記入結果:事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日:　年　月　日		
障害等認定	身障（　）、療育（　）、精神（　）、難病（　）、その他（　）		
本人の住居環境	自宅 ・ 借家 ・ 一戸建て ・ 集合住宅 ・ 自室（ 有・無 ）（　）階、住宅改修（ 有・無 ）		
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護 ・ その他（　）		
来 所 者（相談者）		続柄	
来所者（相談者）住 所・連絡先			
	TEL　（　）		

緊急連絡先

氏名	続柄	住所・連絡先
	孫	

家族構成

◎=本人、○=女性、□=男性
●■=死亡、☆=キーパーソン
主介護者に「主」
副介護者に「副」
（同居家族は○で囲む）

家族関係等の状況

（公社）日本栄養士会　よりソリプロジェクト

利 用 者 基 本 情 報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	20代で結婚、2女1男もうける。夫とともに農業に従事。若い頃は婦人会で活動。踊りが好き。長女、長男と死別。次女は遠方に嫁いでいる。同居していた孫も2年前に嫁ぎ、二人暮らしになった。90歳の夫は要介護4で、介護を行っている。介護負担も大きくなり、外出する機会も無いので、デイサービスを利用となる。			
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**
	夫の介護をしながら、テレビを見たり、お菓子を作ったり花の手入れを空いている。			歌、踊り、畑、園芸
	時間	本人	介護者・家族	**友人・地域との関係**
	6:00	起床、介護、洗面	起床	訪問してくれる近所の友人、親戚とのお茶飲み
	7:30	朝食	朝食	
	10:00	茶飲み、おむつ交換		
	12:00	昼食	昼食	
	15:00	テレビや花の手入れ		
	18:00	夕食	夕食	
	20:00	風呂		
	21:30	就寝	就寝	

《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
H19. 02	多発性脳梗塞			Tel	治療中 経観中 その他	
				Tel	治療中 経観中 その他	
				Tel	治療中 経観中 その他	
				Tel	治療中 経観中 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

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、基本チェックリスト記入内容、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様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、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　　年　　月　　日　　氏名　　印

基本チェックリスト

氏　名　　様（被保険者番号　0000　）

No.	質問項目	回答（いずれかに○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ヵ月間で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　145.0ｃｍ　体重　40.0kg　（BMI＝19.0　）（注）		
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）以前は楽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。

（公社）日本栄養士会　よりソリプロジェクト

NO.

利用者氏名	様	認定年月日	年　月　日	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1 ・ 要支援2	事業対象者
被保険者番号	0 0 0 0	認定の有効期間	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日				

計画作成者氏名

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日　平成　年　月　日（初回作成日　平成　年　月　日）

担当地域包括支援センター：

目標とする生活

1日	転倒に注意して、無理のない範囲で、家事や夫の世話を行っていく。自宅で、無理ない範囲で体操や足上げなど軽い運動を行う	1年	1年 生活動作や歩行状態を維持し、自分のしゅみを行っていきながら、楽しく健康的な生活を送ることができる。

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・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具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画 目標についての支援のポイント	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（民間サービス）	介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について 自宅内移動は手すりや家具につかまって歩く。屋外は杖歩行。右足に痛みあり、引きずるように歩き、不安定。	本人：腰や膝の痛みあったり、ふらつくこともあるが、転ばないようにしたい。もっと上手く歩いたり立ったりしたい。夫：転ばないようにしてほしい。	☑有　□無 痛みあり、立ち上がり不安定。転倒の危険性あり。下肢筋力の低下の恐れあり。	1　足腰の痛みあり、家事が大変になってきており、支援が必要。	（目標） 足の状態を見ながら、歩行や運動する機会を持っていき、下肢筋力の低下予防を行っていく。 〈具体策〉 歩行や立ち上がりの練習を行う 転倒に注意する	本人 足腰弱くなって、歩けなくなったり、自分のことができなくならないように、体力や筋力がおちないようにしていきたい。	1　足の状態を見ながら、無理のない範囲で、運動する機会を持ち、下肢筋力の低下や転倒を予防していくことができる。	(1) 膝や足の痛みを見ながら、無理のない範囲で、歩行や運動を行う。	（本人） 家の中でも体操や立ち上がりの練習、運動などを行い、足腰の筋力低下予防を行っていく。 転倒に注意して、安全に移動や動作を行う。 ゆっくりと動作を行う。 痛みの強いときは、無理をしない。	体操、口腔体操、アクティビティの実施 体調を見ながらの歩行訓練や下肢筋力予防の取り組み 歩行状態の確認	通所型サービス1	○○事業所	
日常生活（家庭生活）について 愛の痛みはあるが、家事はゆっくりとすべて行っている。買い物は、孫や娘が支援。入浴は毎日、自力で行える。	本人：大変になってきているが、何とかこれからもやっていきたい。夫：無理しない程度にやってほしい。	□有　☑無										
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 親戚や近所の同年代の友人等が訪問して、お茶のみ等行っている。しかし、外出の機会が減って、閉じ混りがちになっている。	本人：外に出て気分転換したい。夫：自分と一緒にでサービスに行ければいい。	☑有　□無 外出の機会が減り、ストレスが溜まってきている。	2　夫の介護のため、閉じこもりがちのなので、外出の機会を増やし、さまざまな人々と交流することで、活動意欲や生活に張りを持たせる必要あり。	（目標） 定期的に外出し、気分転換の機会を持つ。 （具体策） 週1回のデイサービス利用を利用することで、他者との交流を持つことで孤独感の解消や、ストレスの発散ができる。	本人 デイサービスに行って、いろんな人会って、話をするのは楽しい。	2　定期的に外出したり、交流の場に参加する機会を持って、楽しく張り合いのある生活を送ることができる。	(2) レクリエーションや行事などを取り入れながら、楽しく他者と交流できるように支援。 身体を動かしながら、たのしくこうりゅうできるように支援。	デイサービスで新しい仲間を作っていく。積極的に輪に入ったり、話かけてみる。 夫がデイの日は、散歩したり、外出してみる。 家での趣味も行っていく。	交流支援、レクリエーション、創作活動、集団リハビリ、体操	通所型サービス1	○○事業所	
健康管理について 大腸がん、脳梗塞の既往あり。服薬管理、通院は自立。食事も気を付けており、大きく体調を崩すことなし。	本人：自分でも健康に注意している。病気にならないようにしていきたい。	□有　☑無										

健康状態について
□主治医意見書、健診結果、観察結果を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

膝や足の痛みの状態を見ながら、無理のない範囲で、運動や歩行する機会を持っていき、筋力の低下予防や転倒予防を行っていきながら、生活動作を維持していけるように支援させていただきます。外出や他者との交流の機会を持ちながら、楽しく張り合いのある生活が送れるように支援させていただきます。

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防	地域包括支援センター	【意見】
予防給付または地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3	/5		【確認印】

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　　印

事　例
No.01

過食による過体重で膝の痛みがあり日常動作に支障が出ている。ケアプランに栄養課題がある事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	80 代	要支援 1	ＪＩ	自立	夫との 2 人暮らし

生活歴	23 歳で現住所に嫁ぎ、3 人の子供を育てながら農業を営んでいた 50 歳ころより膝や腰を悪くしてからは、店番に通うために、50 代で運転免許を取得し、妹家族が営むうどん屋の店番に 75 歳まで通っていた。
現在の生活状況	今はあまり運転して外出せず、買い物や受診へは夫の運転で行く。 家の家事全般を休み休み行っている。 現在、週 1 度介護予防通所リハビリのサービスを利用している
社会参加	友人とは電話で話しをするが老人会や地域行事は参加していない。
現病歴	高血圧 腰痛 頻尿
心身機能	身長 140cm、64kg、BMI32.7kg/㎡、MMSE　27 点
処方薬	アムロジピン・ミカルデイス（血圧）×朝 メチコバール（ビタミン）×3 ベジケア（頻尿）×夕 ボルタレン（鎮痛）×頓服
ADL	歩行は独歩か伝い歩きできるが 5 分くらい歩くと腰がだるい。入浴は浴室に手すりがあり伝いながら自分でできる。病院や買い物への外出は夫と共に行く。シルバーカー等を使い転倒しないようにしている。排泄はトイレに手すりを設置しており自力で行える。便秘や下痢はない。食事は 3 食調理して食べているが、肉・魚は嫌いでほとんど食べない。
IADL	掃除や洗濯などは休み休み行えるが重たいものは夫が運んでくれる。 長時間の立位はできないので、調理は椅子などに座り行う。ゴミだしなどは夫が運んでいる。 服薬・金銭管理などは問題なく行える。 膝や腰が悪いため地区の行事などに参加できない。
サービスの利用状況	介護予防通所リハビリテーション　週 1 回
ケアマネジャーが設定した目標	これまでできている家事を継続して自分で行う 1 年後は動きやすくなり地区の行事に参加する

地域ケア会議における検討内容　事例 No.01

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 体重増加の時期・体重増加の原因 • 現在の食事内容の確認（肉・魚が嫌いとあるが、どのような食事内容なのか） • 生活環境を含め、日常生活での活動量の確認 • 夫の身体状況・精神状況の確認	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 腰痛のため長距離歩行、立位動作、家事動作が困難になっている。 • 地区行事などの交流は減少しているものの、近隣の方との付き合いはで来ている • 過体重であり、腰痛・膝痛・内科疾患の増悪の恐れがある	問いかけの例： • 体重増加からの膝や腰の痛みにつながる事を本人が理解でいているか。 • 今の食事内容について本人はどのようにしたいと思っているのか。 • 本人は痩せたい！と思っているか？痩せてからのイメージができているのか？
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 関節に負担をかけないような動作を習得し、床からの立ち上がりが楽になる • 筋力を向上させて、掃除や洗濯、調理が休まずにできるようになる • 体重を 62kg（現在より 2kg）減らし身体を動かしやすくする。	問いかけの例： • 支援内容の体重を５ヶ月で2kg 減らすための具体的内容は誰が伝えるのか？（通所サービス事業所に栄養士配置されているか？） • 通所リハビリで取得した運動を自宅で定期的に行えていることの確認はどのように行うのか？
助言内容の例	• 夫の年齢を考えても自分でできることは継続してほしい。 • そのためには、下肢の廃用は予防しなくてはいけない。 • 通所リハビリで行う運動を自宅で、確実に行えるようチエックシートなどで確認する。（→ PT/OT が発言することが多い内容） • 家で日常動作が増えるようにする。（→ PT/OT が発言することが多い内容） • 食事については、本人が買い物・調理を行うため、体重を減らすことの理解がないと難しい。通所リハビリの栄養士が今の食事内容をアセスメントし、５ヶ月で2kg 減らすためには、１日の食事に中で、何をどのくらい減らせばよいかを具体的に伝えること。例えば、間食には毎日菓子ではなくヨーグルトや果物に代えることや主食のめしの量を聞き８割くらいにすること自分で作るおやつの量が多いと食べてしまうため、１回に作る量を減らすこと、など選択肢をいくつか示して、本人にできることを選んでもらう。 • 週に１度の通所利用時はモニタリングを行い、月に１度の体重測定の結果を確認する。 • 食べる速さを聞いて、かきこんで食べるような事があればゆっくり食べることを伝えるとよい。	
備　　考	行政への提案事項： 課題として、介護予防の方は、通所サービスのみ利用の方も多いが、通所サービス事業所に栄養士が雇用されていることが少ない。 栄養士雇用がない場合でも栄養課題について提案できる職員の育成も必要	

この事例をどのようにケアマネージャーにつなげるか

通所介護の支援のなかで、どのくらい栄養課題についての知識があるか不明ですが、当人に関わる方と同じ視点での声掛けが必要です。栄養の事をきっかけに、人材育成が地域課題に出ても良いかもしれません。

事　例
No.02

急激な体重増加があり、食事のバランスも悪い、栄養課題が多分にある事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
男性	60 代	要支援 1	J1	自立	独居

生活歴	福岡市で事務職として働いていた。妻、子供 1 人との 3 人暮らしだったが、50 才の時離婚、その後は妻、子供とも一切連絡とっていない。離婚後の年末に仕事を退職、退職金はギャンブルにつかった。また、警察とのトラブルも増え、業務執行妨害などで、数回の逮捕歴あり。そのことが原因で兄弟とも疎遠になる。H22、倒れ救急搬送され、その後高血圧の診断にて降圧剤を服用。何度か留置所生活をされ、規則正しい生活で体重は安定していたが、出所後は半年間で 65kg から 80kg に増加している。H26、糖尿病と診断され、内服開始。また、同年、右半身の違和感を感じ、MRI を撮り、脳梗塞と診断、凝固剤の処方開始。主治医よりリハビリの必要性を指摘され、介護認定をうけ要支援 1 となった . H27、1 月より短時間リハビリを開始、兄弟には迷惑をかけたくないいうことで、1 回 / 週意欲的にとりくまれた。杖をついて、買い物に行かれることは可能。以前の食事は、カップ麺、惣菜がほとんどであった。
現在の生活状況	独居であるが 積極的にリハビリをされている。杖をついて歩行も、買い物もされている。
社会参加	グランドゴルフをされている。
現病歴	高血圧（7 年前～）糖尿病（3 年前～）脳梗塞（3 年前～）
心身機能	身長 163.4　cm、80　　kg、BMI　29.9、MMSE　　点 認知症はない。食事のバランスが悪い
処方薬	バイアスピリン（血管小板薬）　　アムロジピン（冠血管拡張剤） エナラプリル（降圧剤）　メデット（糖尿病）
ADL	ほぼ自立
IADL	掃除に若干支障である程度
サービスの利用状況	通所リハビリ、配食サービス
ケアマネジャーが設定した目標	通所サービスを利用されており、食事や運動療法を積極的に取り入れ、 健康状態に留意し状態を確認しながら支援する。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.02

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 日常の食事状況、利用、内容、回数等、間食の確認をおこなう • 減塩、糖尿病に関する知識不足が考えられる。 • 運動と栄養の知識不足が考えられる。 • 生活状況の確認をおこなう	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 食事内容のバランスが悪く、急激な体重増加がある。 • 脳梗塞の再発予防 • 糖尿病からの合併症の問題 • 買い物等の手段の問題	問いかけの例： インスタント食品等のバランスが悪い食事内容により、体重増加、糖尿病発症、 今後、食事量コントロールで、標準体重へ近づけることと、減塩のアドバイス。 また、食べながら痩せる、 運動するための筋肉をおとさない食事のアドバイスを行う。 単身男性でも可能な料理の提案を行う。
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など 運動と食事を併用して、健康で、身体機能を維持し生活がおくれる。 確実な内服の確認	問いかけの例： 今の状態をどのように思っているのか。また、今後どのような生活を送れば、健康維持、在宅生活がおくれるのか確認する。
助言内容の例	糖尿病、高血圧あり、カップ麺やスナック菓子が中心となると、血糖値も上昇しやすいために、夏場なら豆腐や納豆と一緒に食べたり、カツト野菜や冷凍野菜を使用してみてはどうか．　現時点ではたんぱく質が不足しているようなので、筋肉がつきにくいとおもわれるので、卵などを補うようにしてほしい。身近な食材で簡単にできる献立、料理の提案を行う予定。また、奥歯がしっかりいつまでも使えるように、よく噛んで食べれる食材を選ぶことを進める。また、誤薬した時は、自己判断せずに主治医、かかりつけ薬局へ相談してみてください。 買いものでバランスが悪いために、軽い物しか持って帰れないために、 リユックサックなどを利用するとよいかもしれません。 また、配送してくれるスーパーの最近はあるために、頼んでみてはどうか。	

この事例をどのようにケアマネージャーにつなげるか

高齢男性の独居で過体重、脳梗塞や糖尿病の現病があり、食生活では惣菜やインスタント食品で済ませている。という方はとても多く、ケアプランに課題としてあがっていることも多いです。しかし、その課題に対しての支援が継続できないものになっていることもあるため、その部分に対しての助言することが必要です。かかりつけ医や受診病院、かかりつけ薬局などとの支援体制構築も必要であることをケアマネらとの共有が大切です。

事　例
No.03

糖尿病があり体重減少も見られ、夫の介護量が増えてきているがケアプランに栄養課題が出ていない事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	70 代	要支援 2	A2	Ⅰ	夫婦

生活歴	夫が営む写真館の経理を行っていた。病気が発症し、家事のほとんどを夫が担当している。
現在の生活状況	身体の倦怠感が強く日中も臥床して過ごすことが多い。娘は東京在住のため帰省は年に 1 回くらい。食事は朝：ご主人、昼：弁当、夕：配食を利用している。糖尿病のため食事に対して不安がある。体重減少もあり最近は不安が増大している。看護師による入浴介助をうけて、ゆっくりお風呂に入っている。
社会参加	倦怠感・筋力低下により、最近の外出はタクシー利用で通院のみ。 先日、夫の写真展に参加できたことで、少し自信がついた？
現病歴	平成 11 年　自己免疫性肝炎 平成 15 年　ステロイド性糖尿病
心身機能	身長　149cm、 体重　42kg、 BMI　18.9 認知症はない。筋力の低下から日中も臥床して過ごされことが多く、意欲の低下が感じられる。
処方薬	プレドニドロン錠　1 ×朝　　プログラカプセル 0.5mg　1 × 22 時 バクタ配合錠　1 ×朝　ガスモチン錠 5mg　1 ×朝昼夕 ネキシウムカプセル 10mg　1 ×寝る前　ノボラピッド注 300 単位　⑥⑥④
ADL	家屋内は手すりや壁・家具等を利用し、歩行可。 トイレや風呂までの移動はかかる。入浴は訪問看護による介助を受けて可能。着替えは自立
IADL	調理・買い物・掃除は全介助で夫が行う 服薬、金銭管理は自立
サービスの利用状況	訪問看護　2 回／週 福祉用具（ベッドレンタル 訪問リハビリ・・・検討中
ケアマネジャーが設定した目標	自宅で介助をうけて、気持ちよく入浴できる 自宅でリハビリや運動を行い、筋力の低下を防ぐ。 病気に関する不安を軽減して、気持ちを安定させていく

地域ケア会議における検討内容　事例 No.03

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 栄養指導を受けたことがあるのか？内容を覚えているのか？ 体重減少について：期間・どのくらいの減少か？・もともとの体重。 栄養摂取状況：摂取エネルギー等　食事時間　いつ誰と食べる？ 低血糖状態の有無、あれば頻度 お風呂後の水分摂取状況や身体の状態 家屋内での活動量（座位の保てる時間等） 夫の介護力と介護に対する考え、これからの妻への期待。	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 食欲低下、食事摂取量の低下、フレイルの進行が心配される。 • 体重減少と筋力低下、一日を臥床して過ごすことで負のスパイラルへ陥っている？ • 外への関心も減り、受診以外の外出もなくなっている。 • 食事の支度も一切なく、家族やお弁当に頼っている。	問いかけの例： 外出や食事の支度、そとへの関心の妨げになっている要因で一番大きなものは何なのか？
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など 訪問看護師による入浴支援と福祉用具で、安心してお風呂にはいることができるが、体重減少・筋力低下に関しての支援までは 看護師に負担がかかりすぎないか？ 検討中のリハビリを早期に導入する必要があるのではないか？ 栄養摂取状況等の栄養評価に関する部分が必要ではないのか？	問いかけの例： 本人は現在の生活に満足しているのか？ やってみたいことや興味のあること、行ってみたいところはないのか？ 体を動かすことと食べることはどちらへの興味・関心がありますか？
助言内容の例	検討中のデイサービスまたは短時間でのデイケアの導入が最善と思われる。 体力・筋力向上も大切であるが、集団で食事をすることで、食欲向上につながるのではないかと考える。 通所が厳しければ、訪問でのリハビリ（作業療法）で生活のなかでのリハビリができれば良いと考える。 栄養士が介入することで、栄養評価と簡単な調理実習が実現できれば、料理を作る意欲と食べる意欲を引き出せないかと考える。 調理作業によるリハビリ効果も期待できるのではないかと考える。	

この事例をどのようにケアマネージャーにつなげるか

この事例のようにケアプランに栄養の課題が出ていないものは、ケアマネージャーに課題に気づいてもらえるような助言が必要です。疾病もあり定期受診をしているような方へは、病院栄養士とケアマネージャーとが関わりがもて、栄養面についての支援ができるような体制作りも必要です。

事　例
No.04

妻が亡くなり独居となった男性で調理が十分できず体重減少がみられている事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
男性	80 代	要支援 2	j2	Ⅱ a	独居

生活歴	市役所　水道課に定年まで勤務。農業をしながら年金生活 社交的で友人や町内の役員としての人との交流がある。 1 年前に妻を膵臓がんで亡す。
現在の生活状況	背中・足・首等の痛みがあり歩行状態が良くない。ふらつきが著しく自宅内では壁や手すりを伝って歩き転倒の危険性が高い。歩行状態が悪くトイレまで間に合わず失禁することもあるのでリハビリパンツを着用している。長男の嫁が休みの時は料理を持ってきてくれるが、仕事の時には本人が料理している。乗り合いタクシーを利用して通院の帰りに買い物をしてくる。
社会参加	町内会役員、地域の集まりは自宅で行っている。
現病歴	腰部脊柱管狭窄症　高血圧症　高脂血症　慢性胃炎　認知症 胆嚢摘出手術術後 背中･足･首等の痛みがあり。定期的に受診するが、薬の飲み忘れが目立つようになっている。
心身機能	身長　155cm、 55kg、 BMI　22.9　、MMSE　21 点 半年で体重が 2kg 減少
処方薬	ラシックス錠 10mg　1 ×朝 ピバスタチン Ca 錠 1 mg　1 ×朝 バイアスピリン錠 100mg　1 ×朝 ニコランジル上 5mg　1 ×朝昼夕
ADL	ほぼ自立
IADL	一部介助が必要。背中・足・首等の痛みがあり長時間の台所作業は 困難になってきている。掃除に関しては痛みがあり自力では困難である。
サービスの利用状況	予防通所介護 介護予防訪問介護（掃除のみ）
ケアマネジャーが設定した目標	膝関節痛や腰痛を軽減でき、少しづつ野菜作りができる。 できる家事を行い、少しずつ慣れていく。料理のレパートリーを増やす。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.04

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 一日３回食事ができているにか？ （嫁の支援が無い時の食事回数、内容等） 買い物等に、不自由を感じているか？（買うつもりの買い忘れや、歩行状態の悪さで買い物にかかる時間がどのくらいなのか等） 台所に立っている時間はどれくらい？ 町内の会合を自宅で行う理由は？	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 身体の痛みから、食事作りに支障をきたし、また、認知機能の低下により買い物が困難になり、食事摂取不足になる可能性がある。 半年で体重が２kg 減っている。薬の飲み忘れ等が出現していることからの分析。	問いかけの例： 今までの体重減少と薬の飲み忘れ出現等の認知機能低下で、今後の食事がきちんと摂れるのか？気になります。
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など 腰痛の軽減に対して、趣味の野菜作りを目標に、自分で体操をするになっているが、プログラムや内容、頻度等の指導や確認はどのようにおこなうのか？ 料理のレパートリーを増やすことについても、どのような方法で習得させるのか、具体的に示すほうが親切と考える	問いかけの例： 運動や調理について、指導や評価は誰が担当し、どのように評価をしていきますかね？
助言内容の例	リハビリを兼ね、レパートリーを増やすことにつながるのではないか？ ヘルパー支援が掃除のみになっているが、食べることへの支援は今後必要ではないのか？ （買い物・調理）	

この事例をどのようにケアマネージャーにつなげるか

突然独居となった高齢男性に対してのIADLの確認ができているか？特に食生活（買い物~調理~食べる）において、できていない場合は介護保険サービスだけでなくインフォーマルサービス（地区のサロン等）は充足しているかを確認し、引きこもりからの廃用症候群にならないような支援になっているかを助言することが必要です。地域の料理教室の開催、男の料理教室なども、地域ケア会議で提案していくことも必要です。ケア会議では、地域の社会資源の環境整備も重要であり、食事・栄養管理に関する環境整備についても栄養士から提案します。

事　例
No.05

交通事故後遺症からの意欲低下、体調不良による低栄養、誤嚥性肺炎に陥るリスクが考えられる事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	60 代	要支援 1	A1	Ⅱ a	夫と二人暮らし

生活歴	熊本市生まれ。高校卒業後事務職に就く。30 歳で結婚し専業主婦として夫を支えていた。子供はいない。 平成 26 年に自転車事故で脳損傷（外傷くも膜下出血、右片麻痺）。高次脳機能障害あり。理解力低下、伝言困難あり。右片麻痺のため左手で生活動作行うが時間がかかっている。受傷後、外出の機会は受診、夫と買い物（2 回 / 月）程度。
現在の生活状況	• 入浴は 3 回 / 週。背中は手が届きにくく夫が手伝う。洗髪は 1 回 / 週美容室で。 • 右足は跛行、壁伝いに歩行。起居時ふらつきあり不安定転倒のリスクは高い • 右手足振戦あり。食器は持てず。食事はスプーンを左手に持つ（自立）誤嚥のリスクあり
社会参加	• 他者との交流なし
現病歴	• 外傷性クモ膜下出血（高次脳機能障害、右片麻痺） • 脂質異常症
心身機能	身長 155　cm、48kg、BMI20.1、MMSE　　点 • 抑うつ症状あり
処方薬	資料なし（1 回 / 日あり）
ADL	• 起き上がり、歩行、立ち上がりはつかまれば可。座位、片足での立位は支えがあれば可。 • 衣服の着脱は時間はかかるが自力。ズボンはふらつきがあるので椅子に座って。 • 排泄は自立。失禁、失便なし。入浴は一部介助（背中は夫、洗髪は美容室）
IADL	• 炊飯は自身で行う。ガスでの調理も可能。野菜や柔らかい食材は自身でカット。硬い野菜は夫。この頃は総菜も多くなった。 • 掃除は訪問介護 • 通帳管理、病院での支払いなど金銭管理は夫 • 服薬は夫が管理 1 回分を手渡し（1 回 / 日）
サービスの利用状況	• 訪問介護（調理・掃除）2回 / 週 • 予防通所リハビリテーション（1 回 / 週）
ケアマネジャーが設定した目標	• 活動量を増やし（筋肉量を増やし）転倒しないからだをつくる • 自分でできることが増える • 通所での他者と関わりがもてる

地域ケア会議における検討内容　事例 No.05

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 調理内容・方法。右片麻痺で自助具を使用しての調理か。ヘルパー介入しているが調理はどのくらいの頻度か • 食事は左手・スプーン使用だが咀嚼・嚥下面での評価・確認は行えているか • 食事時間・量は？低栄養のリスクありと記入あり。 • 他者との交流がないのは拒否があるのか。前回申請時に通所、福祉用具等を利用されていない理由は	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 活動量・意欲の低下から全身状態の低下も考えられる（フレイルティ） • 現在、体重値は維持だが上記による筋肉量の低下から嚥下機能の低下も予測される • 他者との交流を拒む理由は事故による身体機能の低下から	問いかけの例： • 他者との交流がないのは自発的なものですか？美容室には行かれていらっしゃいますが？ • 活動量が低下することで全身状態が低下する事への理解はされていますか？
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • リハビリをする事が体幹を整え日常生活動作の改善に繋がる。調理の場面でも活かせる。 • 通所に通う事で他者との交流のきっかけ作りになるように支援	問いかけの例： 本人は通所に行く事に納得されていますか？いく事で自身にどのような変化があると理解されていますか？ 現在の調理能力はどのくらいですか？改善は見込めますか？
助言内容の例	• 通所に行く目的･目標を本人が理解納得されているか。リハビリでの機能向上のゴール（短期･長期）を本人と決めて取り組んで行く方が達成感が湧き意欲に繋がるのでは。 • 自宅での調理状況の確認が必要。硬いもの、柔らかいものの線引きは？訪問介護介入時の状況確認（掃除・調理動作）得意だったメニューにチャレンジしてみる。 • 洗濯ものが片付けられないのは高次脳機能障害から来ているのか？片づけることをご主人のフォローでできないか • 買い物はご主人が主にされているが一緒にいけないか？外出の機会、他者との関わりを増やせないか • 右片麻痺で嚥下面の機能低下が考えられる。食事形態の確認も必要。 • 美容室には行っているがスタッフとの会話はできているのか？ • 以前参加していたサークルの友達との関係はその後どうなっているのか？交流は全くないのか？	

この事例をどのようにケアマネージャーにつなげるか

年齢が若く外傷が原因で支援が必要な事例です。主介護者も健康でない場合にこれからの長い年月を夫婦で在宅生活を継続するためには何が必要なのか、先を見据えた助言が求められます。ご本人夫婦の意向や在宅環境整備を行うための地域の社会資源について、行政との連携も視野に入れる必要があります。

事　例
No.06

転倒の危険性があり、在宅生活をおくられているが、プランに栄養の課題がでていない事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	80 代	要支援 1	A1	自立	夫婦のみ

生活歴	教職員の夫と結婚、子供 2 人授かり、52 歳まで電電公社勤務、その後は専業主婦をしながら、趣味活動、海外旅行などを楽しみ、孫守りなどを行っていた。H26.7 に圧迫骨折で入院、リハビリを受けていたが、夫が何もできないと言い、1 ケ月半程度で退院。退院時はシルバー人材に掃除などを依頼、10 月に介護認定されたため、訪問介護利用開始、通所リハ進めるも拒否。住宅改修も一度は決定したものの、拒否され、取り下げられている。その後は訪問介護のみを利用され、自分で買いものに行ったり、次男夫婦に買いものに連れていってもらったりされている。H27、2 月頃より整形外科に通院、下肢に静脈瘤があり、アロママッサージを受け、春頃には、動きも良くなり、趣味のピアノ、習字を再開。また、H27、6 月には、両眼の白内障手術うけられる。しかし、H27 年、末頃よりまた、動きが悪くなり、買い物に行くにも長歩きができず、途中数回休憩が必要となるが、通所リハすめられるも拒否されていた。 どうにか説得され、利用するが、キャンセルが多い。
現在の生活状況	調理、洗濯は可能、ごみ出しも小さい袋に入れ、カートを押して自分でおこなっている。新聞などは、息子が来た時に束ねてもらう。
社会参加	夫婦で天神、博多までの買い物を楽しみにされ、時々夫婦旅行をされている。
現病歴	第 3 腰椎圧迫骨折（3 年前～）　　高血圧（3 年前～） 白内障（3 年前～）
心身機能	身長 146　cm、 54　kg、BMI25　　、MMSE　　点 認知症はない。圧迫骨折の影響で活動面に若干の問題がある。
処方薬	ミカルディス 20mg（降圧剤）　タプロス点眼液、ヒアルロンサン Na 点眼液
ADL	基本動作に問題がある。寝返り、起き上がり、立ち上がり、移乗、階段昇降に問題がある。
IADL	食事の準備に若干支障（缶をあける等）、掃除に問題がある。また布団をなおす、衣類の着替えに支障をきたしている。
サービスの利用状況	訪問介護、通所リハビリテーション、配食サービス
ケアマネジャーが設定した目標	家庭でできる運動を行い、筋力をつけ。少しでも長く歩けるように、また、転倒防止に注意する。 自分でできる、家庭内での家事は無理せずに行う。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.06

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 日常の食事状況、経済状況、居住環境 • 息子達の支援状況 • サービスに結びつかない状況の確認、サービスの持続性がないことへの確認 • 血圧状態、体重に変動はないのか確認 • 家庭でできる運動内容の確認	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 圧迫骨折や下肢に静脈瘤による両肢の動きの制限がある。 • リハビリ等のサービスの継続性がなく、下肢筋力低下に対する予防が必要 • 高血圧、その他食事に対する注意の内容確認 • ディケア以外の社会参加の機会の有無の確認 • 他のサービスを利用可能有無の確認	問いかけの例： • 減塩の方法を調味料の使用仕方、汁物に関する量、練り製品等に関する塩分含有量の説明 • 体重を気にされるまではないが、体重変動に心がけていただくよう、体重を測ることを習慣化するようにお願いする。 また、運動と食事について説明
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など 下肢筋力低下による、家庭内で若干の支障がでているために、実行可能な目標をたて、実施してもらう。また、朝、昼、夕食に簡単に摂取できるたんぱく質をとりいれ、食事の準備、摂取を心がけてもらう。	問いかけの例： どうして、運動等のサービスが継続しないか？確認する。 運動と栄養について説明。
助言内容の例	PT に対して、家庭でできる簡単な運動を教えていただきたい。 その運動向上により、バランス良い食事をこころがけることと、たんぱく質を摂取することを気がけていただく。 また、食欲を落とさない程度に減塩に配慮していただく。 御主人が家事が全くできなく、協力が見込めないということなので、昼食程度から、少しづつ、二人で一緒に作ることを初めてみてはどうかの助言をする。 そのことにより、楽しみ、互いの自立が促せると考える。 また、夕食は無理しない程度に用意して、週に数回配食の弁当を食べ、薄味を覚え、全体のバランスを覚えていただく。	
備　　考	PT 協力のもと通所リハまたはご本人が実行可能な下肢筋力強化運動を提案する。	

この事例をどのようにケアマネージャーにつなげるか

配食サービスを受けている方の食べかたや、配食が届いていることで支援している方が安心していないでしょうか？実際の摂取量を誰が確認し、目標にしている転ばない生活にするには食生活をどのように変えて何ができることなのかをはっきり認識してもらうことが必要です。ケアプランに対してサービス内容がきちんとしていないものは質問や助言をして、ケアマネジャーに気づいてもらうことで自立支援のプランになると思います。

事　例
No.07

低栄養で視力低下があるため、外出頻度が減少している。ケアプランに栄養課題がある事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	80 代	要支援 1	J2	自立	長男と 2 人暮らし

生活歴	20 歳のときに嫁いで、2 人の子供を育てた。夫と共に旅館を営んでいた。17 年前に夫が亡くなってからは息子が帰省し、旅館を続けてきたが、高齢になり接客が難しくなったため閉めた。その後は趣味の俳句会などに参加していたが 3 年前バスのステップを乗りそこない転倒。それからは躓くことが増えてきている。目が見えにくいため、1 人での外出は難しい。バスで転倒する前は俳句会に参加していた。
現在の生活状況	週に 1 度の介護予防通所サービスに参加している。家ではゆっくりと家事を行っている。息子が惣菜などを買ってくることも多い。 天気の良い日は敷地内で草むしりなどを行う。 空いた時間で大人の塗り絵や脳トレをしている
社会参加	俳句会を辞めてからはほとんどない
現病歴	高血圧 脂質異常症 糖尿病 高尿酸血漿 右白内障・緑内障 左目失明（幼少期）
心身機能	身長 143cm、35kg、BMI17.1kg/㎡、MMSE　28 点
処方薬	ノルバスク（血圧）×朝 ザイロリッツク（痛風）×朝 ジャヌビア（糖）×朝 オルメテイック（血圧）×朝・夕 ケイキサレート（カリウム）×朝・夕 セレコックス（鎮痛）・ムコスタ（胃）×頓服
ADL	家の中や敷地内は独歩可能だが立ち上がりや歩行時にふらつくことがあり注意が必要。排泄は問題ない。食事は 3 食自力で食べているが、調理ができないこともあるため息子が惣菜を買って帰ることも多い。入浴は息子と近くの温泉に行く。手すりがあり慣れているため自力で洗身等できる。
IADL	掃除・洗濯はゆっくり行うことができる。服薬も問題なくできる。 調理はなんとかできるが最近は目が見えにくくできないことも増えてきた。ゴミ出しなどは息子が行う。通院や金銭管理なども息子が行う。
サービスの利用状況	介護予防通所介護サービス週 1 回
ケアマネジャーが設定した目標	家事や運動を継続して行う 1 年後には公共機関を利用して外出できる

地域ケア会議における検討内容　事例 No.07

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 現病の疾病（糖尿病・脂質異常症・高尿酸血症・高血圧）についての状況確認。 筋力や視力低下での買い物や調理作業に置いてどのくらい支障があるのかの確認。 現在の食事内容・食事摂取量についての確認。 BMI は低いが体重減少があったのか？以前より痩せていたのか？	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 筋力低下のため、歩行、座位保持体力に支障がある。 • 低栄養が考えられる。疾患の悪化の可能性あり。 • 日中独居で交流がない	問いかけの例： • 低栄養や視力低下による活動量の制限はどのくらいあるか • 糖尿病や脂質異常症、高尿酸血症のために食事制限をしすぎていないか • 今の食事内容や食事量の把握はどうやって行っているか
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など コミュニティバスに乗って買い物に出かけることができる	問いかけの例： • 転倒しないようには運動だけでなく食事を摂ることが大事だと本人も感じているか？ • 筋力をつけるためや疾病の悪化防止もために何をどのように食べればよいのかの提案を受け入れることができるか？ • 同居の息子さんの理解はどうか？
助言内容の例	• 今の食事内容（どのような物をどのくらい食べているか）を紙に書いてもらうなどして、確認する。➡通所かケアマネのどちらかで確認し、情報共有する。 • 食事内容を確認したら、かかりつけの病院の栄養士に伝え、この方がどのくらい食べたほうが良いかの提案や在宅で出来る簡単な調理を提案してもらう。息子さんにも食事内容の提案を伝え、購入してくる食材や惣菜の内容を考えてもらえるようになるとよい。 • 主治医と連携をとり疾病の状態を聞き取り通所サービス職員とも情報を共有することで早期に対応できるようにする。 • 調理動作に不安が出てきたら通所サービスでの動作確認が必要	
備　考	地域課題として、山間部で隣近所が遠い地区の住民サロンの開催場所の設定ができないことがあげられる。	

この事例をどのようにケアマネージャーにつなげるか

就業している息子のみが食事支援をしている低栄養の事例です。このような家庭では、息子への調理支援や食事へのアドバイスが必要です。また、息子さんがどの程度栄養改善が可能であるかの判断もケア会議で検討の余地があります。行政栄養士でできる課題か、ケアマネージャーにゆだねるのか、で助言も変わります。出席する地区の栄養士等専門職の在宅への派件状況を知る必要もあります。

事　例
No.08

難病で低栄養による体重減少があるが ケアプランに栄養課題が出ていない事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
男性	80 代	支援 1		自立	1 人住まい

生活歴	会社を定年で辞めた後は、好きな魚釣りを趣味として、家の近くで野菜を作り家の周りの花壇に花を植えて楽しむなど充実した生活をしていた。1 男 1 女の子供達は、結婚し、自立している。 妻と 2 人の生活が続いていたが 5 年前に妻が他界した。1 年前に風邪をこじらせて入院してから健康に自信がなくなった。体の不調を訴え病院への通院が多くなった。腰痛、ひざの痛みがあり行動が緩慢になり介護認定要支援 1 と認定される。リハビリを兼ねた通所デイサービスに週 2 回通い、調理，清掃もホームヘルパーに依頼する部分が多くなった。家庭菜園もやめ、家に引き込もることが多くなっている。
現在の生活状況	通所デイサービスのない日は、ほとんど家で過ごすことが多く趣味である魚釣りは腰痛のためあきらめている。家族も危険なのでやめてほしいと思っている。家周りの花作りだけは楽しみで続けている。隣人に友人がいるので時々交流している。ホームヘルパーの調理以外はほとんどスーパーの総菜を買ってご飯とみそ汁だけは作っている。調理が面倒になっている。
社会参加	地域の集まりにもほとんど出かけない。隣人の友人との付き合いはある。
現病歴	H25 年両変形膝関節症（治療中）　H15 年糖尿病（食事療法をする必要あり） 平成 15 年高血圧（治療中）
心身機能	1 年前に風邪をこじらせ入院、退院後は体の不調の訴えがある。腰痛とひざの痛みがあり、100m 歩くことが困難になっている。近くのスーパーには買い物に出かけることができる。食事は自立摂取している。
処方薬	オルメティック錠 20 mg、コニール錠 4 mg
ADL	移動は自力でゆっくり歩く。100m 長距離歩行は困難。下り坂は転びやすい。長時間の立位ができない。買い物は自立、調理は長時間の立位困難で一部支援が必要。掃除も一部支援が必要。
IADL	更衣の着替えに時間がかかる。食事の注意がきちんとは守れていない。地域の交流が少ない。
サービスの利用状況	デイサービス週 2 回　　ホームヘルパー週 5 日
ケアマネジャーが設定した目標	他者との交流を増やし、活動量を増し、心身機能を高める。コミュニティ施設の活用、糖尿病、高血圧の食事改善をする、清潔に生活するための家の掃除ができるようになる。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.08

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 日常の食状況、経済状況、家庭環境 • 糖尿病の治療状況　　通院病院での栄養指導受診状況 • 高血圧の治療に関して減塩の必要性についての理解度 • 調理する意欲が低下した理由 • デイサービスの食事摂取状況	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 痛み等による活動低下による筋力減少 • 糖尿病食事療法として主食だけを減らしているが、その反動で菓子パンなど間食に余分な糖分をとる習慣になっている。 • 購入する総菜の内容はどのようなものか	問いかけの例： • 高血圧は投薬、自己測定などで本人の意識の中にありますが、糖尿病の重症化予防も重要な主点と考えます。病院の栄養指導は定期的に受けておられるでしょうか？管理栄養士が不在であれば、デイサービス側の管理栄養士・栄養士から食事療法についての支援をもらえるような働きかけをしていただきたいと思います。ホームヘルパーと食事療法を共有できることが大切です。デイサービスの食事内容が１食の望ましい量と理解できるような方法も取れると思います。いずれの管理栄養士・栄養士も不在であれば地域の訪問栄養士に支援を依頼できる可能性もあります。要は専門の管理栄養士・栄養士との繋がりが必要です。又、家族の理解も重要になります。一緒に指導を聞いてもらうような方法が良いと思います。
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 惣菜中心の食生活を改善する • 塩分のとりすぎに注意する。 • 調理がしやすい台所に整え、ホームヘルパーとの交流により調理を一緒にする。	問いかけの例： • ホームヘルパーとの会話の中で、ある程度の献立を考え、必要な食材を買っていくような流れが必要かと思います。塩分の多い料理として味噌汁や漬物の量など、とりすぎないことはホームヘルパーや家族にチェックしてもらうこともできると思います。 • 好みの料理を、一緒に料理しながら少しずつ覚えることができると思います。

助言内容の例	意欲の低下の原因が、筋力低下による行動することへの不安であれば、日常の生活の中で、今までできていたことを短期目標で達成するように働きかける。たとえば、①大まかな献立を考えて買い物に出かける。②調理に参加することで立位姿勢を長くする。③ホームヘルパーの手伝いをしながら料理を覚える。④食器洗い、台所の整理も自分の使いやすいように整理する。そして次の目標を自分から探し出すことが可能だと思います。 高血圧の管理は服薬、自己血圧測定で管理されて安定しているようですが、糖尿病については、食事改善の状況がつかめません。医師の指示されている食事内容に沿っているかは、確認が必要と思われます。特にご飯の量だけの調整で、おかずの量や間食の菓子パン等も取られているようです。本人も現在の食事量で良いのか？という不安は持っておられるので、病院、デイサービス側の管理栄養士と連携をとり、適切な１回食の量を実際の食事量で示してもらってはいかがでしょうか？ また、毎日の生活中心だった家庭菜園をやめたことも意欲低下につながっているかと思われます。新鮮な野菜を食べる楽しみも増えるので、小規模でも花壇の周辺とか野菜を作る場所の環境整備はできないでしょうか。
備　　考	歯科衛生士の分野（出席のない場合） 口臭が気になる、口の渇きがあるとの訴えがあるため、口腔内の衛生、歯周病予防の観点から歯科医院の受診も必要かと思います。

この事例をどのようにケアマネージャーにつなげるか

この事例のように本人の意向（食べる量は今のままでよいのか知りたい）に対しての支援が入っていないケースでは、ケアマネジャーに質問時に確認することが必要です。支援しているサービスでできていれば記載するように伝えます。（本人・家族との合意形成のため）もし、実際に支援がなければ、今後はどのように支援できるのかを確認しながら実現可能な助言をします。

事　例
No.09

糖尿病の食事療法に問題があり、意欲低下がみられる独居の事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	60 代	要支援 2	J2	自立	夫と 2 人暮らし

生活歴	6 人兄弟の長女として育つ。地元高校を卒業後会社の事務職の仕事につき、結婚後は専業主婦として 3 人の娘を育てる。娘たち 3 人は結婚、自立した。長女，３女は県外に居住し、年に 2 ～ 3 回帰省する。次女は近くのアパートに住み、時々 3 歳の孫を連れてくる。以前は、趣味が手編みの編物であったが、現在は音楽鑑賞や友人と食事をしたりすることが楽しみとなっている。
現在の生活状況	パーキンソン病の症状により躓きやすくなり歩くことが不安である。杖はまだ持ちたくないという気持ちが強いが、椅子からの立ち上がりや階段は手すりが必要となっている。外出して遠い距離を歩くことは避けている。病院受診、買い物はバスで行く距離であり、夫に付き添ってもらう。夫の支援がない時には外出は控えている。コンビニが近くにあるため時々、夫の介助を受けながら歩いて出かけることもある。
社会参加	ほとんど参加しない。
現病歴	パーキンソン病　　既往歴：胃がん
心身機能	歩きはじめや方向転換の時に転びやすく、室内でも躓きやすくなっている。切る、強く洗う、押す等の作業は力が入らない。
処方薬	パーキンソン治療薬 3 種
ADL	移動は自力でゆっくり歩くことは可能であるが、室内でも躓きやすく転びやすい。歩くのに不安があるため外出する時は夫の支援がある時に外出している。調理作業はほとんど可能であるが、固い材料を切る時は力が入らず夫の介助が必要である。今までやっていた浴室の清掃は転びやすいため夫がしている。他の室内の清掃は本人がしている。洗顔・入浴・着替えは自分で行う。
IADL	日常生活で行動が不安定なところは夫が行っている。時々、近くの友人宅に行き、お茶を飲むなど交流はある。地域の活動には参加しない。医師からの食事内容の指示があるが時々守る程度になっている。
サービスの利用状況	通所デイサービス　週３回
ケアマネジャーが設定した目標	歩きはじめや方向転換時にバランスを崩さずに移動ができる。具体策として専門家の指導を受ける。近くのコンビニまで安心して歩けるようになる。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.09

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 日常の食状況、経済状況、家庭環境　居住環境 • パーキンソン病の症状による現時点での食生活への影響 • 主治医やデイケアの PT/OT による機能向上の可能性を知る • 低体重（BMI16.6）による低栄養状態の有無 • 胃切後の食事量、回数はどうであったか、その後の習慣は？	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • パーキンソン病の進行に伴い、嚥下機能の低下、消化機能の低下、喫食量低下、フレイル進行、筋肉量の低下に対する予防が必要になる。 • 低体重の要因 食事量は少食とある。 胃容量が減り、1 回で少なくなった量が習慣化していないか？ • 嚥下機能の低下傾向がみえる 半年前から固いものが食べにくくなった。お茶や汁物等でむせることがある。	問いかけの例： • 14 年前に胃切術をされています。少食ということで胃容量も小さくなっておられるようです。1 日に必要な栄養量を確保するためには間食を追加することが必要かと思います。　今後のパーキンソン病の進行を考えると、低栄養による体重減は避けたいです。低栄養は筋力の低下を招きます。リハビリをすると同時に 1 日の食事内容、量を確認して望ましい量を把握していく必要があります。
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など 本人の希望として室内の掃除や調理が全部できるようになること。夫の支援がない状態でもできることを増やす。 • 専門家のリハビリ指導を定期的に受ける。 • コンビニまでの距離を歩けるようになる。	問いかけの例： 今できていることを継続するためにも、全身の筋力の維持は重要になります。夫の支援以外に、食事内容をアドバイスする管理栄養士の食支援が必要ではないでしょうか？

助言内容の例	症状の現状維持、短期目標を可能にするためには本人の意欲を高めながら行っていくことが必要なので、具体的な目標を設定するとよいと思います。 リハビリ指導の日は、食事内容もリハビリ前後に補食が必要であり、パン、カステラ、牛乳、乳製品・バナナなどの準備をします。 また、食事量が少食と思われる日は 10 時、15 時に同様の食品を補うなど本人と夫への意識を持ってもらうことが必要です。 体重はデイケアで継続的に計測し、体重増を目標にします。 食事量の支援として、在宅栄養士活用が可能であれば訪問、もしくはデイケア側の栄養士からアドバイスを受ける体制をケアマネジャー、デイケア側、利用者と話し合うことで可能になると思われます。日常生活活動を増やすことも必要であり、障害福祉サービス（ボランティア）の利用も考え、家以外の地域に出る活動を少しずつ増やしていくと良いと思います。
備　　考	嚥下機能低下の予防（歯科衛生士の出席がない場合） デイケアにおいて専門のアドバイスを受け、嚥下体操などの口腔筋力低下を自宅でも行う。固いものが食べることが困難になったとの訴えがあり、歯の調整や口腔衛生を保つために歯科医院の受診も必要かと思われます。

この事例をどのようにケアマネージャーにつなげるか

パーキンソン病のような進行性の疾病の方は継続した支援が必要になる事例はできるだけ状態が維持できるように、栄養面での支援が必要になります。在宅支援を行うサービスが充足しているかを確認し、なければ地域課題としてあげます。また、連携病院との情報共有にて今後の病状に対応した環境をあらかじめ想定しておくことも重要です。

事　例
No.10

独居で体重減少があるがケアプランに栄養の課題がでていない事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	88 歳	要支援 1	J2	Ⅰ	1 人暮らし

生活歴	市内で出生。○○小学校を卒業するも家事の都合で学校にはあまり行けなかった。25 歳で他市に嫁ぎ、26 歳で出産。子供が 4 歳の頃に離婚し前夫が引き取り、市内に戻る。39 歳の頃に再婚し、昭和 63 年に夫が死去。その後は一人暮らし。
現在の生活状況	天気がよければ、外を散歩することもあるが、自宅にいる時でも鍵を閉め、電話も出ないようにしている。知人から呼び出しがあると、家を訪問している。
社会参加	知人宅に出かける程度。他の近隣との交流はあまりない。
現病歴	腰痛、高血圧症、慢性便秘症、眼疾患
心身機能	身長　145cm、41.6kg、BMI 19.8、MMSE　　点
処方薬	血圧 便秘薬 目薬
ADL	腰痛はあるが、支えなしで歩行できて外出も問題ない。便秘の情報もあるが排泄動作は自分でできる。食事も箸で行うことができている。入浴は自分で行うが転倒が不安で浴槽には入っていない。高齢でもあり今後は支援が必要になると思われる。
IADL	買い物や調理、掃除などの家事動作はできている。通院や服薬など自分のことはできているが、以前に比べ、社会参加が減ってきている。
サービスの利用状況	通所事業（デイサービス）：月４回
ケアマネジャーが設定した目標	近所の友人宅に訪問が続けられる。 １年後は寝込まないで法事ができる。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.10

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 体重の変化 • 日常の食事状況、経済状況、 • 病院での栄養指導の有無 • デイでの食事摂取状況の確認	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 慢性的な便秘が継続しており、食物繊維の量や食事の全体量が少ないのではないか。 • 筋力低下もみられていることから腰痛悪化による活動への影響 • 近所の物産館等で本人が食べやすい食材や惣菜等が入手できない。	問いかけの例： • 医療機関での栄養指導をうけているか（その内容） • 主治医やデイサービスと連携をとり、機能向上できる項目がないか確認されてはどうか。 • どのような食事なら食べることができるか。
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 日常生活活動の活発化 • 食行動を前向きにするエピソードの有無	問いかけの例： • 本人は今の生活をどう思っているのか。寝込まないように在宅で生活するために何をしたらよいと思っているか？→運動だけすればよいと思っていないか？
助言内容の例	• デイサービスで今の食事内容のアセスメントができるか相談し、現在の食生活で運動とあわせ筋力が上がるようになっているのか確認してもらう • 自宅やデイサービスでの体重測定を提案 • 便秘改善も含め、食事指導を受ける⇒まずは病院栄養士へつなぐ • 近所に買い物に行くが、食べそうなものが無いとのことで、高齢者にとって食べやすい食材や料理が入手しにくい環境にあると考えられることから、地域の食環境整備の課題として行政栄養士に情報提供することも必要。	

この事例をどのようにケアマネージャーにつなげるか

高齢で独居の方は、社会参加できなくなると QOL が低下することが考えられます。その際、運動機能を上げるプランだけでは筋力もつかないため、ケアマネージャーや支援する事業所が運動と合わせて筋力がつくために必要な栄養素が摂れているかを確認できるように助言します。

事　例
No.11

同居家族はいるが、ケアプランに飲酒量などの栄養課題がでていない事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	91 歳	要支援 2	A1	Ⅰ	次男夫婦と 3 人暮らし

生活歴	市内に生まれ熊本に嫁ぐが、約 50 年前に夫を亡くし、三男一女を一人で育てた。ホテルの女中や寮母等の仕事を 80 歳頃まで勤めた。8 年程前に次男夫婦と同居を開始するまでは一人で暮らし、同居となった現在も家族の支援を得ながら自立した生活を送っている。近隣の友人が虚弱になり交流が途絶えたのを機に、以前は望まなかった通所サービスを H23 年 6 月より利用開始。
現在の生活状況	炊事、洗濯、排泄、金銭管理等は自身で行いながら自室で一日中テレビを見て過ごす。買い物は同居嫁が行い、入浴は週２回のデイサービス利用時のみ。 また、若い時から焼酎が好きで、毎日の晩酌を楽しみにしている。
社会参加	近隣に友人はおらず、地域行事や活動に参加することもない。
現病歴	頸椎症性神経根症、両変形性膝関節症、喘息
心身機能	身長　150cm、46.0kg、BMI 20.4、MMSE　　点
処方薬	
ADL	下肢筋力の低下はあるが歩行や外出はできる。排泄や入浴も自分でできる。食事動作は問題なくできている。毎日焼酎をのむことが楽しみ
IADL	洗濯や排泄、金銭管理は自分で行い調理の炊飯は自分で行い、おかずは嫁が配下膳してくれる。入浴はデイサービスのみで行う。服薬管理など家族が支援してくれていることも多い。近隣に友人がいない等で社会参加の機会がない
サービスの利用状況	介護予防通所介護：月・木／週
ケアマネジャーが設定した目標	好きな晩酌を毎日楽しめるように心身の状態を維持する。

地域ケア会議における検討内容　事例 No.11

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 体重の変化 • 日常の食事状況、経済状況 • デイでの食事摂取状況の確認 • 飲酒量 • 現在の状態で飲酒後のふらつきがどのくらいあるかの確認	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 焼酎が月３升で１日あたり 180ml（アルコール量 45g）となり適正飲酒量を超えている。そのことが、ふらつき・転倒などにつながるのではないか。 • 筋力低下によるふらつきや運動機能の低下	問いかけの例： • 本人が好きなことではあるが、アルコールの量についてどのように思っているのか。 • 主治医やデイサービスと連携し、機能向上できそうな項目はないか確認してみてはどうか。
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 日常生活活動の活発化 • 晩酌と食事を楽しむ。	問いかけの例： • 本人は今の状況をどう思っているのか。 • ひとりで食事をすることを本人はどう思っているのか。 • 家族は、一緒に食事をすることをどう思っているのか。
助言内容の例	• 自宅やデイサービスでの体重測定を提案 • 同居する息子夫婦と夕食を一緒に摂ることができれば、飲酒量を減らすとともに、楽しく食事ができることにつながるのではないか。 • 自分で行う家事について安全に出来ているかの確認は定期的にしたほうがよい。 • ふらついても転倒しないよう通所介護で運動機能向上のプランをたててもらい、家でできる運動も紹介するようにしてはどうか？→ OT/PT が発言しなければ伝える。	
備　　考	地域課題として地域交流が少ない地区でのサロンを増やすことが挙げられる	

この事例をどのようにケアマネージャーにつなげるか

子供の支援をうけながらも在宅生活が続けられるように支援するためには、この方の楽しみの飲酒を否定するのではなく、飲酒の量や飲むタイミング、食事量との相関などを確認することが大切です。多職種へはケアマネージャーや通所職員が本人に同じ内容を伝えることで、合意形成できます。

事　例
No.12

体重増加し膝の痛みあり。栄養の課題とするも支援方法がわからなかった事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	80 代	要支援 2	A2	自立	娘と 3 人の息子と 5 人暮らし

生活歴	離島出身。27 歳の時に結婚し 5 人の子供をもうける。夫と共に自動車工場を経営していたが、平成 11 年に夫が他界する。そのあと、家業について息子たちが引継ぎ本人は退いていた。平成 25 年 7 月中旬頃から帯状疱疹が出現。痛みのため、入浴が困難となり次女が介助していたが、次女も統合失調症と腰痛のため介助が困難となりサービス利用の要望があり介護保険申請となる。現在、主に次女が家事を行っており本人について通所介護を週 2 回利用している。
現在の生活状況	通所介護に行かない日はテレビを見て過ごすことが多い。 タクシーを使い次女と買い物に行くことがある。夜間足が攣ったり帯状疱疹の影響で頭痛がすることがあり不眠がちである
社会参加	無し
現病歴	H24 骨粗しょう症　腰部脊柱管狭窄症　→　経過観察中 H25 帯状疱疹　痛みのため入浴ができなくなり次女が介助していたが、次女も病気にため介助できなくなり入浴が困難となる。サービス利用の要望があり介護保険申請。また、帯状疱疹のため頭痛あり H28　胆石性膵炎→経過観察中
心身機能	身長 149cm、　53.9kg、BMI24.3、MMSE　点 この半年で 4kg体重が増加している。体重増加のため膝への負担が大きくなるのではと不安がある。
処方薬	ミヤ BM 細粒× 3　ベルソムラ錠 20mg × 1　アロプリノール 100mg × 1 ベザフィブラート SR 錠 200mg カケル　カンデルサン錠 8mg × 1　アムロジピン錠 8mg × 1　アバルモン錠 5 μ g × 3　アルファカルシドールカプセル 0.5 μ g × 2　ジクロフェナク Na 錠 25mg × 3　レパミピド錠 100mg × 3 ネキシウムカプセル 20mg × 1　ツムラ芍薬甘草湯エキス細粒× 1 ジクロフェナクナトリウムクリーム 1%
ADL	床からの立位、座位は不可。移動は杖歩行ですがふらつきあり。排泄・保清食事は問題なし。入浴は娘が介助していたが現在は娘が病気でできていない。
IADL	娘は調理を行っているが煮物は本人が作る。掃除は身辺の整理は可能だがモップ掛けなどは不可。洗濯は屋内であれば可能。買い物は娘が行っているがタクシーを使用し一緒に行くこともあり。ほとんどのことは娘が行っている
サービスの利用状況	通所介護（週 2 回）　運動機能向上加算
ケアマネジャーが設定した目標	• 痛みを緩和し安定した歩行ができるようになる。 • 病状が悪化しないように健康管理を行う

地域ケア会議における検討内容　事例 No.12

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 家事をすべてこなしている娘以外の協力者の有無 • 間食をしていが体重増加とあるが、甘い飲み物を飲んでいないかの確認 • １日２食だけであるが、朝食の摂取の有無 • 硬いものが食べにくい→義歯の調整は （咀嚼がうまくできていないため満腹感を感じていないのでは？） • 体重増加の原因	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 現在は介助できないのは入浴だけだが、すべての家事を娘一人で行っているため、娘さんの病気が悪化した場合は自宅での生活は困難になる可能性あり	問いかけの例： 息子さんも同居しているが、家事の手伝いはしていませんか？　少しでも一緒に家事の協力依頼が必要かもしれないことを伝える
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 減量するための支援内容が無い	問いかけの例： •
助言内容の例	• 減量のため、お茶椀を小さめにすること。また咀嚼きちんとすることで、満腹感が出て、おかわりしなくなる可能性あり。 • 便秘でもあるため、減量のため、主食を減らすことだけなく、野菜を多く摂取し便秘改善でも体重減少の可能性あり。	

この事例をどのようにケアマネージャーにつなげるか

体重の変化がある方は、どのような食事内容で、何をどのくらい食べているのかを明確にすることが大切です。また、どのような生活により体重変化があったのかというアセスメントを、ケアマネージャーは事業所に確認してもらうことが必要です。そこから課題にもつながり支援方法が出てきます。その流れをケア会議の助言で伝え、気づいてもらうことで、職種間のつながりもでてきます。

事　例
No.13

独居男性で調理ができず、自費でヘルパーが調理。栄養の課題にあがらず自立支援に繋がっていない事例

性　別	年　齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
男性	80 代	事業該当者	J1	自立	独居

生活歴	別の市で生まれる。4 人兄弟だが 2 人は他界。娘はとなり市に在住。戦争で両親は亡くなり祖母に育てられた。高校卒業後、税務間の仕事に合格し税務署に就職し定年まで勤める。26 歳の時に結婚し 4 人の子供を授かる。妻は 2 年前に介護を必要とし施設入所。今年 2 月に他界される。主は 65 歳でクモ膜下出血、72 歳で肺がん OPE.75 歳で再発し OPE 行う。脳後遺症により両手のしびれ顕在。また約 10 年前から両脚が上がらず、すり足歩行になり始め最近はその影響で屋外で転倒することもある。病院受診するが原因不明。以前はゴルフも趣味で行っていたが歩行の影響からやめている。現在はほとんど外出することがなく自宅で過ごすことが多い。主でできない家事の部分の買い物・調理・掃除を自費でヘルパー（週 3 日）利用、配食サービス（週 3 日）利用しながら独居生活を過ごされる。主は現在、身体状況を考え介護保険の申請の相談に来所される。事業対象の該当となりサービス開始となる。
現在の 生活状況	食事は作る事が難しいためヘルパーサービス（週 3 日）→ 1 回 2 時間（買い物･調理。掃除） 配食サービス（週 3 回）を活用しているが、朝はパン類 昼は菓子類　夕食がヘルパーや配食での食事　　1 日テレビをみて過ごす
社会参加	無　地域との交流は挨拶程度
現病歴	65 歳：くも膜下出血　73 歳：肺がん（OPE）75 歳：肺がん再発（OPE） 両手指に痺れあり　歩行時両脚挙上が難しく、すり足歩行　転倒が増える
心身機能	身長　157cm、 56kg、BMI　22.7、MMSE　　点 上下義歯（硬いものがたべにくくなってきている）
処方薬	トリアゾラム錠 0.25mg × 1　ランドンセン錠 0.5mg × 1 メコバラミン錠 500 μ g × 3
ADL	排泄動作や保清は自立　入浴は浴槽には入っての入浴は困難（シャワーのみ） 立ち上がりは少々困難
IADL	買い物の内容は自己にて考えるが、調理は行っていない。掃除はモップがけなどは可能だが、ぞうきんは絞れない。洗濯は可能。公共機関は使用不可
サービスの利用状況	事業対象者：訪問介護（2/W） • ヘルパーサービスと配食サービス（自費）
ケアマネジャーが設定した目標	• 自分でできる洗濯や居室等の掃除を続け、買い物・調理の支援を受けながら、自立した生活を送る。 • 毎日運動する習慣を意識付け、身体機能維持ができる

地域ケア会議における検討内容　事例 No.13

事例確認の視点	事例情報のうち、専門職の視点から特に確認する項目。内容 • 両手の痺れはどの程度なのか？（握ったりすることが難しいのか？調理することは全て困難な状態なのか？） • クモ膜下出血を起こしているが、麻痺はなし？ • 体重減少などはないが、食事内容からすると栄養状態は今後、低栄養の恐れがあるが、それに対しての対策は検討しているか？	
課題と背景要因	情報に基づく推察、分析の具体的な内容 • 両手に痺れで、料理ができないとあるが、男性なので、これまで料理をしたことがない可能性がある。 • 食事内容から推測すると低栄養の可能性はある • 自費でヘルパーや配食のサービスがない日がある。	問いかけの例： • 男性の方なので、両手に痺れが原因ではなく、料理自体をしたことがあるのかを確認 • 配食やヘルパーが入らない日の食事はどうしているのでしょうか？
目標と支援内容の確認	確認の視点、目標や支援内容の妥当性の評価など • 支援内容に、本人のペース炊飯や調理をヘルパーから指導を受けるとあるが、支援内容に具体案がない • これまで公民館へ参加の声かけは体操面だけで、体操が嫌いで拒否されている。	問いかけの例： • 炊飯器だけでも使用することが難しいのか確認してみては？ • 近くの公民館は、体操のみの実施なのか？食事ができる公民館への案内をしてみては？
助言内容の例	• 本人の興味ないように、唯一料理をしてみたいとあるが、手のしびれから実際に調理をしていない現状があるが、すべてできないのか確認したことがありますか？→米が炊ければ、卵かけごはんができるし、またコンロが使用できるなら茹で卵は作れるのでパンと一緒にカット野菜にドレッシングをかけて野菜サラダで食べられ、低栄養予防になる • 運動の面だけからではなく、食事面からのアプローチもあるのではないでしょうか？ • 公民館への声かけは嫌いな体操ではなく、食事ができる公民館があれば、体操ではなく昼食のために外出への声かけをしてみては？	

この事例をどのようにケアマネージャーにつなげるか

このように自費でサービスを利用している方は、何でもしてあげているサービスになっていないかをケアマネージャーが確認する必要があります。目標の「調理に挑戦してみる」ということを、本人もヘルパーにも理解してもらうことが大切です。自費ヘルパー＝お手伝いさん、になっては本人のレベルは低下してしまう、ということを行政を巻き込みながら説明することが必要です。

利用者基本情報

≪基本情報≫　　作成担当者:

相　談　日	年　　月　　日				届出年月日 平成29年 8月 1日
本人の現況	在宅　高齢者世帯				
(フリガナ) 本人氏名	E　様	性別	女	生年月日	昭和 9年月日 82 歳
住　　所	郵便番号			Tel	
				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　○Ⅱa　○Ⅱb　○Ⅲa　○Ⅲb　○Ⅳ　○M			
認定・ 総合事業 情報	要支援1　　前回の介護度: 有効期限: 基本チェックリスト記入結果: 基本チェックリスト記入日:				
障害等認定	肢体不自由(3級)				
本 人 の 住居環境	自宅	一戸建て	自室あり1階	改修なし	避難支援 希望者
	傾斜地				
経済状況	国民年金　　収入:　年金				

来所者(相談者)	住　所　・　連絡先	続柄

緊急連絡先	氏　名	続柄	住所・連絡先
		配偶者	

家族構成

家族構成	氏　名	続柄	同居	介護者	キーパーソン	家族関係等の状況
		配偶者			☆	夫と二人暮らし。

≪介護予防に関する事項≫

今までの生活	○○町に生まれる。○○小学校～○○中学校を卒業後は家事手伝いをしていた。23歳の時に現居住地に嫁いでくる。家業（農業）を手伝いながら、夫との間に3人の子どもをもうける。現在は夫と二人暮らし。50歳ころから、膝や腰を悪くし家業を手伝えなくなったので、妹家族が営んでいるうどん屋へ75歳までは、ほとんど休まずに店番に行っていた。店番に行くために50歳代で運転免許を取得した。今はあまり運転せず、買い物などは夫の運転で行く。家の家事全般は休み休みゆっくりと行えている。

現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	一日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	家事は行っている。調理も行うが、菓子などの甘い物が好物で調理にも砂糖や油を使用するものが多い。動かなくても食欲はあるので食べ過ぎる。 畑作業をしていたが、今は少し草むしりをする程度。			友人と電話で話をする。 おやつを作ることが好き。
	時間	本人	介護者・家族	
	05:30	起床・炊事		
	06:30	朝食		友人・地域との関係
	日中	片付け・洗濯・炊事		老人会や地域行事には、参加していない。
	16:00	炊事		
	18:00	夕食		
	食後か食前	入浴		
	21:00	テレビを見ながら就寝		

≪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	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
平成 2年	左人工股関節置換術術後			☆	年1回経過観察中	
平成21年	両変形性膝関節症			☆	右側のみOP済み	
平成15年～	高血圧、腰痛、頻尿				治療中	内服中

≪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
介護予防通所リハビリテーション週1回	なし

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様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成　　年　　月　　日　　氏名　　印

介護予防のアセスメント[1]　基本チェックリスト

氏名	E　様	性別	調査日	事前	
				事後	

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答 事前	回答 事後	課題領域 主領域	課題領域 副領域
生活機能	1	バスや電車で一人で外出していますか	0:はい1:少し時々2:いいえ	2		生	社
	2	日用品の買い物をしていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ	0		生	社
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ	0		生	他
	4	友人の家を訪ねていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ	0		生	社
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ	0		生	社
運動機能	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:少し時々2:いいえ	0		運	生
	7	椅子に座った状態から何にもつかまらずに立ち上がっていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ	2		運	生
	8	15分くらい続けて歩いていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ	2		運	社
	9	この一年間に転んだことがありますか	2:はい1:少し時々0:いいえ	2		運	健
	10	転倒に対する不安は大きいですか	2:はい1:少し時々0:いいえ	2		健	社
栄養改善	11	6ヵ月で2～3kgの体重減少がありましたか	2:はい1:少し時々0:いいえ	0		健	生
	12	事前　身長　140cm　体重　64.0　kg　＝BMI32.65 事後　身長　　cm　体重　　kg　＝BMI				健	生
口腔機能	13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	2:はい1:少し時々0:いいえ	0		健	生
	14	お茶や汁等でむせることがありますか	2:はい1:少し時々0:いいえ	1		健	生
	15	口の渇きが気になりますか	2:はい1:少し時々0:いいえ	0		健	生
閉じこもり	16	週一回以上外出していますか	0:はい1:少し時々2:いいえ	2		社	生
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	2:はい1:少し時々0:いいえ	1		社	生
認知機能	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	2:はい1:少し時々0:いいえ	0		健	他
	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:少し時々2:いいえ	0		健	他
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	2:はい1:少し時々0:いいえ	0		健	他
うつ	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	2:はい1:少し時々0:いいえ	0		健	他
	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	2:はい1:少し時々0:いいえ	0		健	他
	23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じる	2:はい1:少し時々0:いいえ	0		健	他
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	2:はい1:少し時々0:いいえ	0		健	他
	25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	2:はい1:少し時々0:いいえ	0		健	他
			合計(得点)	14			

※課題領域:運動・移動　日常生活、社会参加・対人交流、健康管理・療養、他の課題(ものわすれ・うつ　経済・支援利用)

※副領域は、”予防サービス・支援計画書”作成の際の参考とする

介護予防のアセスメント[2] 追加項目

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答 事前	回答 事後	課題領域 主領域	課題領域 副領域
運動	1	自宅内を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		運	生
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		運	社
	3	ズボン、スカートを立ったまま、支えなしではけますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	1		運	生
栄養 食生活	4	食事の用意をしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		生	健
	5	規則的に3食とっていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		生	健
	6	主食・主菜(肉・魚・卵・乳製品、大豆製品)・副菜をとっていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	1		生	健
寝具管理	7	布団の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		生	健
更衣	8	季節・場所に応じた服装ができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		生	社
	9	寝間着や肌着の着替えができますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		生	社
入浴・整容	10	一人で体を洗うことができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		生	健
	11	顔や髪、爪をきちんと整えることができますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		生	社
排泄	12	排泄に関する心配がありませんか(尿もれ、便秘、下痢)	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	1		健	社
口腔	13	歯や義歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		健	生
	14	自分のは又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		健	生
洗濯・掃除	15	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしまっていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		生	運
	16	家の中や家のまわりの片付けや掃除などをしていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		生	運
	17	ごみの分別やごみ出しをしていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		生	運
認知	18	火の始末や戸締りは出来ていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		生	他
	19	前の晩に食べたものを思い出せますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		健	他
閉じこもり	20	趣味や楽しみ、好きでしていることがありますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	1		社	生
	21	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		社	生
	22	家庭の事で決まった仕事や役割がありますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		社	生
	23	親族、友人、隣近所と付き合いや談笑ができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		社	他
	24	催し物や地域の活動などに参加しますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	2		社	他
健康管理	25	定期的な診察、あるいは1年に1度健診を受けていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		健	他
	26	薬はきちんと飲んでいますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		健	他
	27	食事内容の注意を守っていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	1		健	生
	28	散歩や体操を(週1回以上)していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		健	運
うつ	29	十分な睡眠はとれていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	1		健	他
	30	あなたは普段健康だと思いますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	0		健	他
			合計(得点)	8			
			総合計	22			

*すべての行為ができていれば「はい」 ひとつでも欠けていれば
「少し・時々」 すべて出来ていなければ「いいえ」

		事前	事後
主領域合計	運動		
	生活		
	社会		
	健康		
総合計			

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

NO.

利用者名　E　様

認定年月日：平成29年 8月22日　認定有効期間:平成29年 9月 1日～平成30年 8月31日　要介護状態区分：要支援１

■ 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

計画作成（変更）日　平成29年9月1日　初回年月日

委託先（計画作成事業者）：

担当地域包括支援センター：　地域包括支援センター

目標とする生活

１日	これまでできている家事を継続して自分で行う	１年	動きやすくなり地区の行事に参加する

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・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具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標と支援についてのポイント：目標	目標と支援についてのポイント：目標についての支援のポイント	支援計画：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（民間サービス）	支援計画：介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス）	支援計画：サービス種別	支援計画：事業所	支援計画：期間
運動・移動について 屋内は独歩か伝い歩き。屋外は杖を使うことが多い。５分位歩くと腰がだるくなる。休み休み歩き、長歩きができない。膝の痛みもあり、立ち上がりに時間がかかる。	（本人）少し歩くとだるくなるので、困る。自分の体だから、良くしたい。	■ 有　□ 無 腰痛のため、長距離歩行、立位動作が困難になっている。	腰痛・膝痛があり、活動量が低下している。生活行為の中で、しづらい動作が増えている。また、過体重であり、内科疾患の悪化、腰痛・膝痛の増悪の可能性がある。	１．床からの立ち上がりが楽になる。 （具体策） ・筋力・ﾊﾞﾗﾝｽ力を増加させる。 ・負担のない動作の指導を受ける。 ・体重を減少させる。 ２．掃除や洗濯、調理が休まずできるようになる。 （具体策） ・筋力・体力を増加させる。 ・家事動作の指導を受ける。 ・体重を減少させる。 ３．体重62kgに減らす。 ・体重測定をする。 ・食事ﾊﾞﾗﾝｽ・適量について学ぶ。 ・食べ方の工夫を習う。 ・間食を減らす。 ・活動量を増やす。		１．床からの立ち上がりが楽になる。	変形やOP後の関節に負担をかけない動作を習得する。	・筋力・ﾊﾞﾗﾝｽ力を増加させる。 ・負担のない動作の指導を受ける。 ・体重を減少させる。	介護予防通所リハビリテー	通所型サービス	老人保健施設	平成29年9月 1日～平成30年2月28日
日常生活（家庭生活）について 夫と二人暮らし。家事のほとんどを自分でしている。立位動作が長くできないため、あちこちに椅子座って作業している。	（本人）炊事・洗濯干しなど椅子に座ってしている。	■ 有　□ 無 立位での動作が困難になっている。				２．掃除や洗濯、調理が休まずできるようになる。	筋力を向上させると同時に、しやすい動作の習得を図る。	・筋力・体力を増加させる。 ・家事動作の指導を受ける。 ・体重を減少させる	介護予防通所リハビリテー	通所型サービス	老人保健施設	平成29年9月 1日～平成30年3月31日
社会参加、対人関係・ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝについて 視力・聴力問題ない。家族・近隣の関係は良好。老人会や地域行事には、参加していない。	（本人）歩いてすぐに友人宅に行く。	□ 有　■ 無 交流の機会は減少しているものの、近隣の付き合いは健在。				３．体重62kgに減らす。	体重を減少させることで、体を動かしやすくする。	・体重測定をする。 ・食事ﾊﾞﾗﾝｽ・適量について学ぶ。 ・食べ方の工夫を習う。 ・間食を減らす。 ・活動量を増やす。	介護予防通所リハビリテー	通所型サービス	老人保健施設	平成29年9月 1日～平成30年3月31日
健康管理について １ヶ月に１回、自分の運転で○○○病院を受診。内服は自己管理。体重６４kg、BMI＝32.65　肉・魚は、食べられない。卵・大豆製品は食べる。	（本人）病状は安定しているといわれる。	■ 有　□ 無 過体重であり、腰痛・内科疾患の増悪の恐れがある。										

健康状態について

□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

内服薬：ｱﾑﾛｼﾞﾋﾟﾝ・ﾐｶﾙﾃﾞｨｽ（血圧）×朝、ﾒﾁｺﾊﾞｰﾙ（ﾋﾞﾀﾐﾝ）×３、ﾍﾞｼｹｱ（頻尿）×夕、ﾎﾞﾙﾀﾚﾝ（鎮痛）屯服

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけてください。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
4/5	0/2	1/3	2/2	0/3	0/5

地域包括支援センター	【意見】	
	【確認印】	

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　印

さいごに

■地域ケア会議の最終目的

利用者は様々な人がいます。そして家族にも様々な人がいます。
利用者がなぜ介護を受けなくてはいけなくなったかの背景も様々です。
多くの方は自宅でこれまでのように過ごしたいと思っています。

何が原因でそれができなくなったのか？

何を支援すれば今までのように自宅で生活できるのか？
ケアマネージャーがしっかりとアセスメントしてプランを立てています。
そのプランに、専門職種だから気づくことを伝え利用者が今の地域で自分らしく生活できるようにサポートする方法を助言し、その結果、利用者様にあったQOLの向上につながるようになるとよいと思います。

■最後に‥地域ケア会議を振り返ると

ケアマネージャーが利用者のために一生懸命たてたプランをみて助言する機会です。
助言の内容は、批判的ではなくケアマネージャーが利用者にアセスメント・モニタリング、プラン作成・修正するときに参考になるものにします。
助言者である、管理栄養士・栄養士は、その後、容易に対応できるよう助言し、ケアマネージャーやサービス事業所が実行できることを伝えます。
助言した内容は、その場にいる皆、他（多）職種のＯＪＴになるものです。

地域ケア会議に参加することで、地域で顔が見える関係性ができます。

報告書様式例 A

地域ケア会議アドバイザー事業実績報告書　　No.1

開催日時

開催場所

参加者氏名

	症例　1	症例　2
性別	男 ・ 女	男 ・ 女
年齢	才	才
介護度	事業対象・要支援 ・要介護	事業対象・要支援 ・要介護
身長	(cm)	(cm)
体重	(kg)	(kg)
BMI	(kg／㎡)	(kg／㎡)
障害高齢者の日常生活自立度		
障害高齢者の日常生活自立度		
キーパーソン		
概要と本人・家族の希望		
既往	#	#
解決すべき課題		
目標(長期・短期)		
食生活状況		
栄養・食事アドバイス		
その他(ケアプラン)		

報告書様式例 A（記載例）

地域ケア会議アドバイザー事業実績報告書　　No.1

開催日時　2017年●月●日 9:00-12:00

開催場所　＊＊＊町役場 第△中会議室

参加者氏名　WK

	症例　1	症例　2
性別	女	男
年齢	81才	88才
介護度	要支援1	要支援1
身長	158 （cm）	155 （cm）
体重	51.7（kg）	57 （kg）
BMI	20.7（kg／㎡）	23.7（kg／㎡）
障害高齢者の日常生活自立度　A2		J2
障害高齢者の日常生活自立度　自立		自立
キーパーソン	息子　息子夫婦と8月から同居	妻(元栄養士)　2人暮らし　娘2名
事例テーマ	施設から息子夫婦同居となった環境変化に伴うケアマネジメント	高齢夫婦の自立に向けた支援
概要と本人・家族の希望	鹿児島で夫婦2人で寿司屋をしていたが、H23年夫が死亡、息子の定年退職後同居を予定し息子の住む福岡の介護施設に入所した。息子の退職にあわせて8月から息子夫婦と同居となった。転居のため近くに知人がいない。部屋にこもり泣いていることが多い。嫁との関係が悪化している。最近デイサービスに行き始めた。	介護サービスをなかなか受けられなかったが、足腰が弱ってきたことをきっかけに8月からデーサービスを週1回受けるようになった。奥さんと一緒に海外旅行にいきたい。
既往	＃頚部脊椎管狭窄症 ＃腰椎椎間板ヘルニア ＃変形性腰椎症　＃高血圧	＃高血圧 ＃腰部脊椎管狭窄症 ＃脳卒中 ＃虚血性心疾患
解決すべき課題	家族の関係性　社会とのかかわりを作る	筋力強化と体幹バランス　30m歩くと下肢の痛みが出る
目標	近所の公園を散歩できるようになりたい	トレーニングの具体的な目標設定 普通に歩けるようになりたい 地域で興味の持てるものをさがして出歩きたいと思わせる
食生活状況	嗜好がはっきりしており、嫁が作る食事を食べなかったりする	晩酌2合　奥さんの作るバランスの良い食事 汁物でむせることがある。口が渇く。食べ物が口に残りやすく飲み込みにくいと感じる時がある。
栄養・食事アドバイス	息子に嫁との関係性改善にかかわってもらう。食事の仕事分担を提案。栄養状態は問題ないが、自分で自由に食べられる食品の購入は必要。	趣味が読書、新聞、TVなどであり、会話が少なく運動量も減っているため、毎日歌を歌う、朗読をするなど航空周囲筋を意識した取り組みを提案する。大衆随意の確認は必要。嚥下機能維持のために嚥下訓練を今から行う。
その他	・身の回りのことは自立している ・動く気力が出ない ・サロンの活用や家の中での役割を見つける ・デイサービスでは楽しそうにしているとの情報から自費によるデイサービスの利用や民生委員に声掛けしてもらう ・運動機能向上(ケアマネが公園に連れ出して相談に乗る) ・認知症予防 ・閉じこもり予防 ・うつ予防 ・家族の関係性の修復	体力測定の結果から下肢筋力の低下は顕著。腰痛がおこらない可能な運動を提案。(PTより)服薬は自己管理できており、自宅での活動量を増やす工夫をする。 ・口腔機能改善 ・運動機能向上 ・疾病管理 ・認知症予防 ・閉じこもり予防

報告書様式例Ｂ

氏名：

症 例	独居・同居あり・食生活での支援の必要性（あり・なし）・その他（　　）		
①年齢	～64才・65才～70才・71才～75才・76才～80才・81才～85才・ 86才～90才・90才～95才・96才～		
②性別	男　女	③介護保険	非該当　要支援 1・2　要介護 1・2・3・4・5
④身体状態	低栄養・過体重・疾病（糖尿病・腎臓病・透析・認知症・）摂食障害・その他（　　）		
⑤服薬内容	食事に関連する服薬（あり・なし）		
⑥課題・質問事項			
⑦助言内容	1）環境因子		
	2〉個人因子		
	3）心身機能・構造		
	4）活動・参加		
	5）疾病		
	6）その他		
⑧まとめ 地域課題			

報告書様式例 C

地域ケア会議議事録	作成日:　　年　　月　　日(　　) 作成者:　所属　　氏名	
主催者		
開催日時	年　月　日(　)　:　～　:	
場　所		
参加者名		
内　容		
症例概要	性　別　　男　性　・　女　性	年　齢　　(歳)
	家族構成	キーパーソン
困りごと		
背　景		
要　因		
本事例における課題		
他の職種との共通点		
課題解決に向けた視点	(栄養士の助言内容)	
	(多(他)職種の助言内容)	
その他		

厚生労働省補助事業
平成 29 年度栄養ケア活動支援整備事業
～栄養ケア寄り添い型ソリューション事業（よりソリプロジェクト）～

地域ケア会議に参画している管理栄養士・栄養士作成
地域ケア会議における適切な助言のための実践・事例集

発　行　**公益社団法人　日本栄養士会**
〒 105-0004　港区新橋 5-13-5
新橋 MCV ビル 6 階
TEL：03-5425-6555
FAX：03-5425-6554
https://www.dietitian.or.jp/
発行日　平成 30 年 3 月 31 日