

桑名市 総合事業

「栄養いきいき訪問」

利用について



「栄養いきいき訪問」のご案内チラシ

豊后市総合事業 訪問型サービスC

平成27年4月
スタート

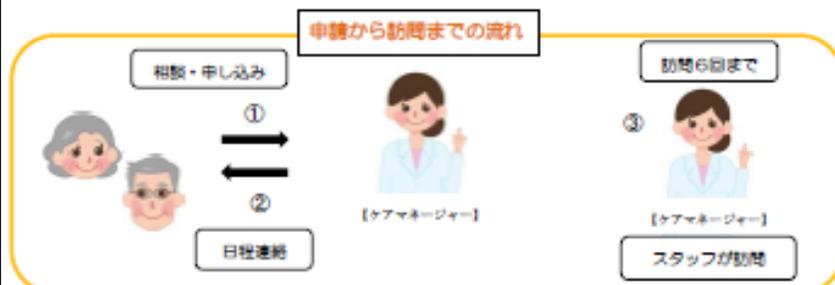
『栄養いきいき訪問』のご案内

総合支援事業 訪問型サービス事業



管理栄養士がご自宅を訪問し、食事内容等を確認します。
お一人お一人に合った栄養指導が受けられます。

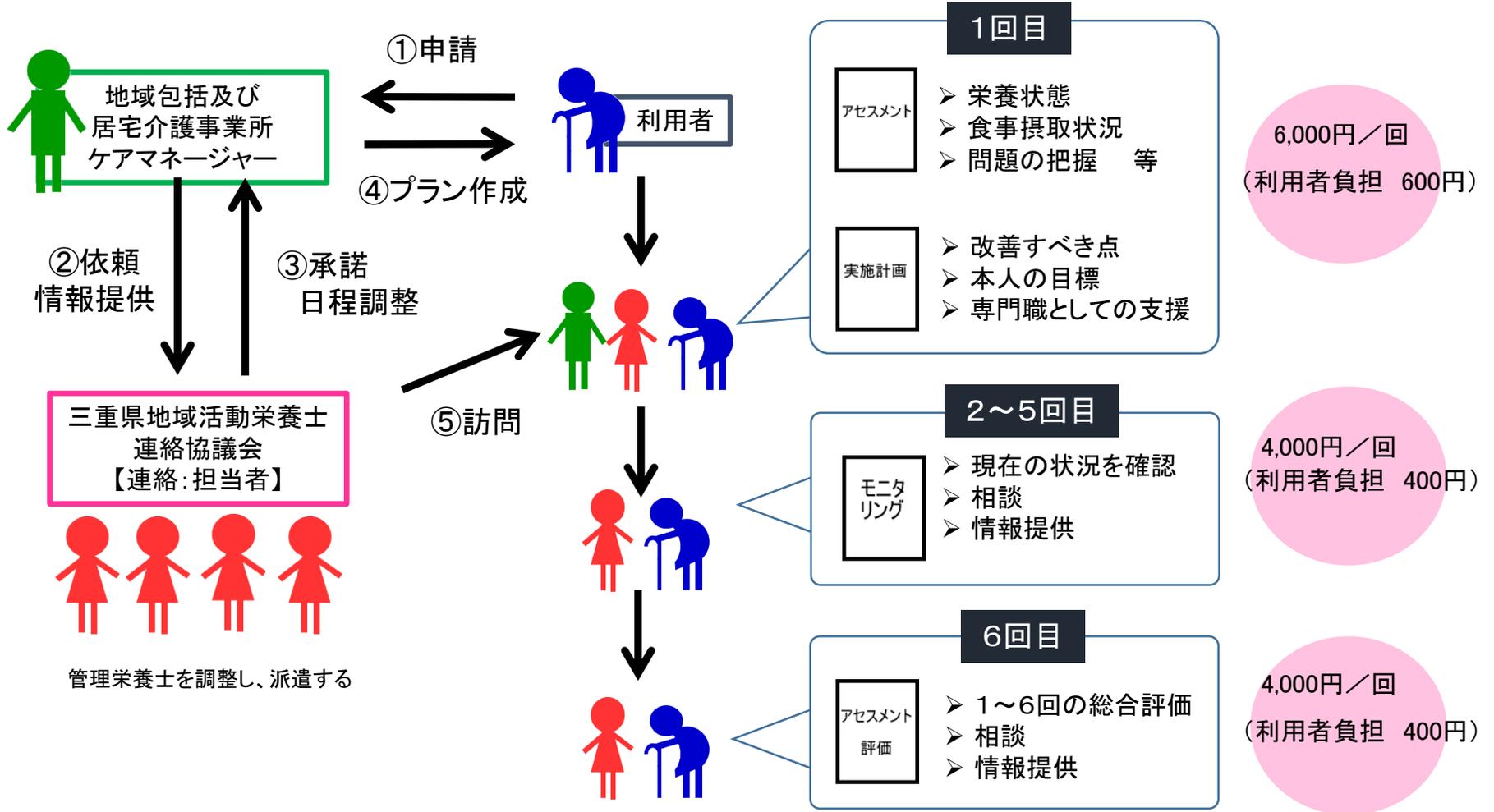
申請から訪問までの流れ



対象者	食生活改善を必要とする 65 歳以上の方 【要支援1・2と認定された方及び基本チェックリスト該当者】
訪問内容	栄養指導
費用	初回 6,000 円/回 (利用者負担 600 円) 2～6 回目 4,000 円/回 (利用者負担 400 円)
実施回数	1 回 1 時間程度 (6 回まで)
注意点	① 毎回、訪問時に利用者負担金を徴収します。おつりのないようにご準備下さい。 ② <u>栄養指導であって、実際に調理はしません。</u>
お問合せ先	〇〇包括支援センター (TEL: 0594- -) 担当〇〇 〇〇〇〇〇〇事業所 (TEL: 0594- -) 担当〇〇



総合支援事業 訪問型サービス事業 ～栄養いきいき訪問～ 概要(案)



※実績報告書は市役所に提出
 ※他の実施記録は担当ケアマネージャーに提出

事前アセスメント票 (案)

氏 名	(フリガナ)	男・女	★体重 kg
	明・大・昭 年 月 日 () 歳		★身長 cm
家 族 構 成 と キ ー パ ー ソ ン	(本人との関係) () ★	主たる買い物担当者★	
		主たる食事準備担当者★	
		主たる共食の者★	
身体状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する利用者及び家族の意向			
主観的な健康感・意欲 (心身の訴えを含む)			
食事計画のための必要事項			
食事療法★	なし あり []	食事摂取行為の 自立状況★ (摂取、摂取程度を含む)	問題なし 一部介助 [] 全介助 []
好きな食物		形態★	食事回数 (/日)・間食(無・有) 回 普通食・お粥・刻み食・流動食・やわらか食
嫌いな食物			
禁 忌		環境 場所・衛生等	(食室・居室)
アレルギー			
特記事項			
低栄養関連			
<input type="checkbox"/> 1. 皮膚 () <input type="checkbox"/> 10. 体重減少の有無 6ヶ月間に____kg程度 <input type="checkbox"/> 2. 口腔内問題 <input type="checkbox"/> 11. 感染 () <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 義歯の不都合 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 12. 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 13. 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 3. 食欲低下 <input type="checkbox"/> 14. 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 4. 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 15. 医薬薬品の種類と数、投与方法、食品との相互作用 <input type="checkbox"/> 5. 嘔気・嘔吐 <u>具体的に記載</u> <input type="checkbox"/> 6. 下痢 (下剤の常用を含む) [] <input type="checkbox"/> 7. 便秘 <input type="checkbox"/> 8. 浮腫 <input type="checkbox"/> 9. 脱水 (尿下・口唇の乾燥等)			
※特記事項及び他の口腔機能の向上などの他のサービスのアセスメント結果等			

担当者: _____

記入年月日: _____年 _____月 _____日

身体状況確認票

栄養いきいき訪問

様式2

生活機能・身体機能・身体計測

項目	実施日 年 月 日 (初回)	実施日 年 月 日 (最終回)
生活機能・身体機能★	ふつう・低い ()	ふつう・低い ()
身長 (cm) / 体重 (kg)	cm / kg	cm / kg
BMI / 理想体重 (kg)	/ kg	/ kg
6か月間の体重の増減	無・有 / (+・- kg)	無・有 / (+・- kg)
リスクレベル (該当に○)	低リスク / 中・高リスク	低リスク / 中・高リスク
【備考】・BMI=体重÷身長 (m) ×身長 (m) 低リスク 18.5～20.0 中・高リスク 18.5未満 ・理想体重=身長 (m) ×身長 (m) ×22 ・体重減少率 (%) が6か月で10%未満→中リスク、それ以上は高リスク ※体重減少率 (%) = (通常体重 - 現在の体重) / 通常体重 × 100		

臨床検査 (検査値がわかる場合に記入)

項目	基準値	実施日 (初回) 年 月 日	実施日 (最終回) 年 月 日
血圧値	140/90未満	/	/
血清アルブミン	3.8～5.2	g/dl	g/dl
ヘモグロビン	男性 15.5～17.0 女性 11.5～15.2	g/dl	g/dl
同時血糖値又はHbA1c	70～109 / 4.6～6.2	mg/dl・%	mg/dl・%
中性脂肪	50～149	mg/dl	mg/dl
LDLコレステロール	70～159	mg/dl	mg/dl
クレアチニン	男性 0.61～1.04 女性 0.47～0.79	mg/dl	mg/dl
BUN	8.0～22.0	mg/dl	mg/dl

食事摂取量

項目	実施日 年 月 日 (初回)	実施日 年 月 日 (最終回)	
栄養補助食品の利用	無・有 ()	無・有 ()	
間食	(回/日)	(回/日)	
水分摂取量 (ml) ★			
食事摂取量 (栄養状態のリスクのレベル)	<input type="checkbox"/> 良好 (70～100%) 低リスク <input type="checkbox"/> 不良 (75%以下) 中・高リスク	<input type="checkbox"/> 良好 (70～100%) 低リスク <input type="checkbox"/> 不良 (75%以下) 中・高リスク	
の栄養補給量	身体活動レベル	低い・ふつう・高い	低い・ふつう・高い
	必要エネルギー量		
	必要たんぱく質量		
	必要水分量		
特記事項			

【備考】・食事摂取量は様式4より把握 (必要エネルギー量に対する充足率)
 ・身体活動レベル: 低い (25～30kcal)・ふつう (30～55kcal)・高い (55kcal～)
 ・必要エネルギー量: 身体活動レベル×理想体重
 ・必要たんぱく質量: 0.93×理想体重
 ・必要水分量: 35×体重 (kg)
 ※必要エネルギー量、たんぱく質量、水分量は医師からの指示があれば、そちらを記入してください

栄養いきいき訪問

様式2-2

食事行為に関する事 (必要に応じて記入)		実施日 年 月 日 (初回)	実施日 年 月 日 (最終回)
	① 利用者の栄養や食事に対する知識・技術・意欲の状況		
	② 家族・支援者の栄養や食事に対する知識・技術・意欲の状況		
	③ 日常の食習慣や生活習慣の状況		
	④ 訪問介護等による食事介助、調理支援などの状況		
	⑤ 配食サービスや通所サービスでの食事摂取状況		
	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・食事準備や買物の環境 (経済的問題を含む)			
【備考】 アセスメント票に書ききれない場合や特記がある場合に使用してください。			

栄養改善計画書

名前： _____ 様

担当者： _____

記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

アセスメントの結果

目標

実践計画

- ①
- ②
- ③

利用者同意サイン (家族同意の場合は続柄を記入)

食事チェック表

名前 _____ 様

★一日分の食事を下記に記入してください

<p>【朝食】 時間 : _____ ところで _____</p> <p>副菜 <input type="text"/></p> <p>主菜 <input type="text"/></p> <p>主食 <input type="text"/></p> <p>果物 <input type="text"/></p> <p>乳・乳製品 <input type="text"/></p>	<p>【お菓子や飲み物など】</p> <p>時間 : _____</p> <p>ところで _____</p> <p>お菓子など <input type="text"/></p> <p>ジュース、アルコールなど <input type="text"/></p>
<p>【昼食】 時間 : _____ ところで _____</p> <p>副菜 <input type="text"/></p> <p>主菜 <input type="text"/></p> <p>主食 <input type="text"/></p> <p>果物 <input type="text"/></p> <p>乳・乳製品 <input type="text"/></p>	<p>【お菓子や飲み物など】</p> <p>時間 : _____</p> <p>ところで _____</p> <p>お菓子など <input type="text"/></p> <p>ジュース、アルコールなど <input type="text"/></p>
<p>【夕食】 時間 : _____ ところで _____</p> <p>副菜 <input type="text"/></p> <p>主菜 <input type="text"/></p> <p>主食 <input type="text"/></p> <p>果物 <input type="text"/></p> <p>乳・乳製品 <input type="text"/></p>	<p>【お菓子や飲み物など】</p> <p>時間 : _____</p> <p>ところで _____</p> <p>お菓子など <input type="text"/></p> <p>ジュース、アルコールなど <input type="text"/></p>

★何をどれだけ食べたか、また、グラムやカロリーなどわかれば記入してください

栄養改善サービス評価書（個人用）

氏名	サービス提供時			相談2回目			相談4回目			相談最終回目						
年齢	年 月 日			年 月 日			年 月 日			年 月 日						
性別	男・女			記入者			記入者			記入者						
7713A	主観的健康感	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>			
栄養リスク	体重 (kg)						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			
	BMI (kg/m ²)						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			
	体重減少率 (%)						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			
	血清アルブミン (g/dl)						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			
	食事摂取状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良				
摂取量	主食の摂取	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良				
	主菜の摂取	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良				
	水分の摂取	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良				
	栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高					<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高					<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高				
その他の項目	栄養改善計画の実践状況						<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良				
	気づいた点											<input type="checkbox"/> 改善と認めない <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 改善した				
	計画の修正						無・有					無・有				
総合評価		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明					理由									

*主観的健康感 1：よい 2：まあよい 3：ふつう 4：あまりよくない 5：よくない（ウイケアの内容と合わせたため）

*体重減少率 (%) = (通常の体重 - 現在の体重) / 通常の体重 × 100

「栄養いきいき訪問」実績報告書（日報）

相談日 年 月 日

対象者氏名		生年月日	
		年 月 日	
被保険者番号	認定情報		
	事業対象者・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5		
担当包括・事業所		相談回数	
		初回・ 回目	
訪問時間			
午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分			

時刻	指導内容等	事務連絡
		翌日への引継事項

利用者サイン

所属 三重県地域活動栄養士連絡協議会桑名支部	氏名
---------------------------	----