

短期集中型訪問サービス事業
(栄養改善指導)
マニュアル

令和6年4月

長崎市

もくじ

短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）

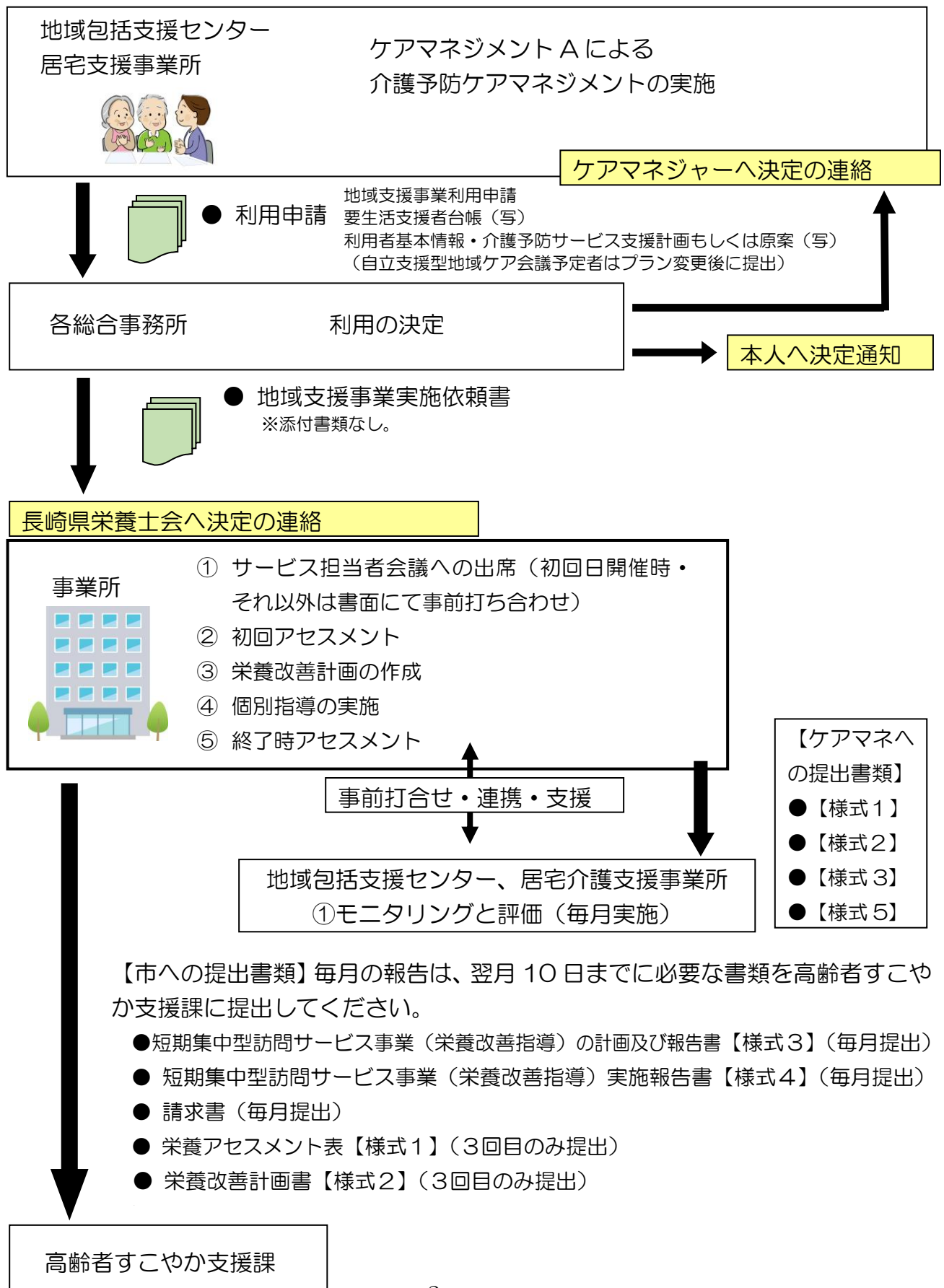
1	事業の概要	1
2	短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）実施に伴う流れ	2
3	運営について	
(1)	担当スタッフと役割	3
(2)	プログラム（例）	3
(3)	プログラムに関する留意事項	4
(4)	アセスメント（評価）について	5
(5)	報告について	6
(6)	保管書類について	6
(7)	電話確認について	6
(8)	その他	6
●様式集●		
	【様式1（表）】栄養アセスメント表	7
	【様式1（裏）】総合的な評価・判定	8
	【様式2】栄養改善計画書	9
	【様式3】短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）の計画及び報告書	10
	【様式4-1】短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）実施報告書[鑑]	11
	【様式4-2】短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）実施報告書	12
	【様式5】配食サービス事業アセスメント票及び報告書（短期集中型訪問サービス利用者）	13
	【様式6】短期集中型訪問サービス事業周知用チラシ	14

短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）

1 事業の概要

目的	栄養士が自宅へ訪問することにより短期集中的に食生活の改善を図り、終了時には目標達成の評価と今後の介護予防について調整する。
効果	低栄養等状態の改善や栄養バランスのとれた食生活にすることで、身体機能・生活機能及び免疫機能の維持向上ができる。ひいては、介護予防の重度化を予防し、高齢者の QOL の向上、健康寿命の延伸をはかることができる。 家庭訪問により、個別の状況に応じた支援を受けることができる。
対象者	<事業対象者または要支援1、要支援2の者のうち次のいずれかに該当する者> ① ケアマネジャー（または自立支援型地域ケア会議の検討結果）がサービス利用により、ケアプランの栄養改善目標を明確にできる者、かつ主治医の許可がある者。 ② 基本チェックリスト（11）（12）の両方に該当し、低栄養状態にある者
内容	家庭訪問による食事内容の調査、栄養指導
スタッフ	管理栄養士（1回目は、ケアマネジャーの同行訪問あり）
実施頻度	3回（月に1回程度の頻度で最長6ヶ月） ただし必要に応じて回数を減らすことができる。
時間	1時間程度
実施場所	対象者の自宅
利用料	なし

2 短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）実施に伴う流れ



3 運営について

(1) 担当スタッフと役割

担 当	職 種	役 割
医療職員	管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> • 事業実施に係るアセスメント・評価 • 食事摂取行為の状態把握 • 簡易料理の紹介 • 主治医との連絡（必要時） • 栄養相談の実施計画 • サービス担当者会議への出席 • ケアマネジャーからの連絡対応

※初回は、ケアマネジャーが同行訪問する。

(2) プログラム（例）

ここでは、3回のプログラム内容の例を示していますが、必要に応じて回数を減らしたり、内容を変更しても構いません。

回数	実施内容	担当者
第1回	○事前アセスメント【様式1】 <ul style="list-style-type: none"> • 低栄養状態リスクの確認：体重減少、BMI、その他（検査結果など） • 食習慣、嗜好、食事環境、関連問題などの把握 ＊身長・体重等の身体計測 ○アセスメントの結果解説：課題の把握 ○参加者参画による実施計画作成【様式2】 ○計画実行に向けての支援 ○短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）の計画及び報告書に記入【様式3】 ○短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）実施報告書【様式4】	管理栄養士 ケアマネジャー
第2回	○実施状況の確認、計画の修正 ＊事前アセスメント表【様式1（表）】2回目の記入 ○栄養相談、情報提供 ＊体重等の身体計測 ○短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）の計画及び報告書に記入【様式3】 ○短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）実施報告書【様式4】	管理栄養士

第3回	<p>○実践状況の確認、計画の修正</p> <p>○栄養相談、栄養バランスのとれた簡易料理の紹介</p> <p>*体重等の身体計測</p> <p>○事後アセスメント【様式1（3回目）】</p> <p>○今後の栄養改善計画【様式2】</p> <p>○短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）の計画及び報告書に記入【様式3】</p> <p>○短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）実施報告書【様式4】</p>	管理栄養士
-----	---	-------

(3) プログラムに関する留意事項

ア 実施時間については、1時間程度を目安に実施してください。

イ 個人の栄養状態、健康状態、食事内容、嗜好に応じた個別指導を実施してください。従来の生活習慣病予防のための食事指導とは性格を異にし、個人の食習慣、嗜好、価値観、食文化や環境を尊重した計画を作成してください。また、病気を持っている高齢者が多いため、ケアマネジャーから既往歴や現病歴等の情報収集したうえで、栄養指導を実施してください。

ウ 介護予防ケアマネジメントは、ケアマネジメントAのサービスとなります。サービス担当者会議については、ケアマネジャーと担当の管理栄養士で打ち合わせてください。その際、他に受けているサービスがある場合は、できるだけそのサービス専門職も参加できるように、日程を設定してください。困難な場合、初回同行訪問前に、担当管理栄養士と電話または書面にて事前打ち合わせを実施した後に、サービス担当者会議へ出席してください。

(4) アセスメント（評価）について

事業所で実施する評価は、個別評価と事業評価があります。

ア 個別評価

個別評価には事前アセスメント、終了時アセスメントがあります。評価は、管理栄養士が実施します。

(ア) 事前アセスメント

事業開始時、事前アセスメントを実施し、食事に関する詳しい実態調査及び問題点の把握を行ってください【様式1】。事前アセスメントを実施後、対象者と一緒に栄養改善計画書【様式2】の作成を行ってください。

(イ) 終了時アセスメント

終了時アセスメント（評価）は、【様式1（3回目）】に実施してください。在宅において栄養改善を実践していくために、【様式2】の記入を行い、参加者自身に計画を立ててもらいます。

(ウ) アセスメントに使用する書類

（表1）

	提出書類の内容	種 別	事 前	終 了 時
1	栄養アセスメント表	様式1	○	○
2	栄養改善計画書	様式2	○	○
3	短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）の計画及び報告書	様式3	○	○

イ 総合支援配食サービス事業の新規申請者の評価

総合支援配食サービス事業を新規申請する方の栄養改善指導の際は、本事業開始後、配食サービス事業アセスメント票及び報告書（短期集中型訪問サービス利用者）の栄養士記入欄に管理栄養士が記載します。地域包括支援センターは総合支援配食サービス事業の新規申請時に添付して提出してください。

ウ 事業評価

事業評価は、栄養改善指導事業実施報告書【様式4】により評価します。

(5) 報告について

事業終了月の翌月10日までに、高齢者すこやか支援課に報告してください。

(ア) 市へ提出

(表2)

	提出書類の内容	種別	提出		
			1回目	2回目	3回目
1	栄養アセスメント表	様式1			○
2	栄養改善計画書	様式2			○
3	短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）の計画及び報告書	様式3	○	○	○
4	短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）実施報告書	様式4	○	○	○

1～3：個別評価　　4：事業評価

(イ) ケアマネジャーへ提出（栄養士会から郵送）

(表3)

	提出書類の内容	種別
1	栄養アセスメント表	様式1
2	栄養改善計画書	様式2
3	短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）の計画及び報告書	様式3
4	配食サービス事業アセスメント票及び報告書（短期集中型訪問サービス利用者）栄養士記入欄を記入したもの	様式5

(6) 保管書類について

提出された書類は全て複写を事業所で保管してください。

(7) 電話確認について

2～3回の訪問で栄養指導を実施。原則的には、電話等での確認の指導・相談は1回の指導としてカウントしません。

(8) その他

ア 他の訪問型サービス、通所型サービスとの併用は可能です。特に短期集中型通所サービス利用者について、対象要件を満たす場合は、栄養改善指導に積極的につないでください。

イ 基本チェックリスト、介護予防事業に関する情報提供書、主治医意見書等が必要な場合は、本人同意のうえケアマネジャーより提供してもらってください。

栄養アセスメント表

作成日 年 月 日 (作成担当者:)

氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	
			明・大・昭	年 月 日
食事に関する意向 指示栄養量		身長	cm	

食事生活に関する情報

嗜好		買い物・調理担当者	本人・家族()その他()
形態	普通・軟食・その他()	アレルギー	無・有()

【以下は、必要に応じて記入】

【様式1(裏)】

身体計測等	実施日	◎ 年 月 日(1回目)	年 月 日(2回目)	◎ 年 月 日(3回目)
	血圧			
体重(kg)				
肥満度(BMI)				
体重変化		無・有(kg/ カ月)	無・有(kg/ カ月)	無・有(kg/ カ月)
臨床検査	血清アルブミン(g/dl)			
	ヘモグロビン(mg/dl)			
	空腹時血糖又はHbA1c(mg/dl)			
	中性脂肪又はHDL-C			
	その他			
食事摂取の状況	食事の回数(回/日)	回	回	回
	朝			
	昼			
	夜			
	間食			
	牛乳・乳製品			
	その他(補助食品など)			
必要栄養量	水分(ml/日)			
	エネルギー(kcal)			
栄養ケアの課題	たんぱく質(g)			
	低栄養・過栄養関連の問題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食
		<input type="checkbox"/> 欠食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み	<input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み	<input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み
		<input type="checkbox"/> 歯・口腔・飲み込みの問題	<input type="checkbox"/> 歯・口腔・飲み込みの問題	<input type="checkbox"/> 歯・口腔・飲み込みの問題
		<input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘	<input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘	<input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘
		<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> 食欲低下
		<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> その他()
特記事項	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持			
日常的な活動運動・散歩の有無				
総合的評価・判定	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	

総合的な評価・判定

危険因子	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	<input type="checkbox"/> 18.5~24.9	<input type="checkbox"/> 18.5未満 <input type="checkbox"/> 25以上	
体重減少率	<input type="checkbox"/> 変化なし (減少3%未満)	<input type="checkbox"/> 1か月に3~5未満 <input type="checkbox"/> 3か月に3~7.5未満 <input type="checkbox"/> 6か月に3~10未満	<input type="checkbox"/> 1か月に5%以上 <input type="checkbox"/> 3か月に7.5以上 <input type="checkbox"/> 6か月に10以上
血清アルブミン値	<input type="checkbox"/> 3.6g/dl以上	<input type="checkbox"/> 3.0g~3.5/dl	<input type="checkbox"/> 3.0g/dl未満
食事摂取量	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良 内容:	
栄養補給法			<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法
褥そう			<input type="checkbox"/> 褥そう
高血圧		血圧 130/85mmhg 以上	
脂質異常症		中性脂肪 150mg/dl 以上または HDL コレステ ロール 40mg/dl 未満	
高血糖		空腹時血糖 110mg/dl 以上 または HbA1c5.5%以上	

栄養改善計画書

【様式2】

名 前 _____

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当者 _____

わたしのゴール

わたしの目標(月 日まで)

(体重を〇kg増やそう。毎日、〇〇〇を〇〇〇して食べようなど)

わたしの計画(今後の栄養改善計画)

問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価

○管理栄養士への連絡事項(必要時)

短期集中型訪問サービス事業(栄養改善指導)の計画及び報告書

利用者氏名 _____ 様 男・女 生年月日:M・T・S 年 月 日 (歳)

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 作成担当者 _____

	1回目	2回目	3回目
低栄養のリスク	サービス開始時(月 日)	か月後(月 日)	か月後(月 日)
体重、BMI	kg、	kg、	kg、
体重減少率、変化			
解決すべき課題			
自己実現の課題と その意欲			
主観的健康観 あてはまる番号 1つに○	1 2 3 4 5 よい まあよい ふつう あまり よくない よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい ふつう あまり よくない よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい ふつう あまり よくない よくない
相談の経過・計画の 概要と実施状況			
指導の方向性			
総合的評価			
委託事業者 記載欄 評価	改善		特記事項(評価理由・アドバイス等)
	維持	改善傾向	
		悪化傾向	
	悪化		
記入者所属		記入者名	記入日

短期集中型訪問サービス事業(栄養改善指導)実施報告書

年 月 日

長 崎 市 長 様

住 所

受注者名

代表者名

令和 年 月分の短期集中型訪問サービス事業(栄養改善指導)の実施について、次のとおり報告します。

開催日	開催・実施 場所	栄養訪問指導		離島加算講師 氏名(職種)	
		委託料	訪問担当栄養士	離島加算額	
日		円			円
日		円			円
日		円			円
日		円			円
日		円			円
日		円			円
日		円			円
日		円			円
計		円 (①)			円 (②)
合計				円(①+②)	

担当者

連絡先

短期集中型訪問サービス事業(栄養改善指導)実施報告書

日時	年 月 日() : ~ :
開催場所	(回目)
スタッフ	担当者(職種 管理栄養士) 人 ケアマネジャー(担当者:) 人 その他() 人
実施内容	

※事業終了後毎回記載し、1か月分まとめて翌月10日までに高齢者すこやか支援課に提出してください。

配食サービス事業アセスメント票及び報告書（短期集中型訪問サービス利用者）

調査年月日	H	年	月	日	事業所名							
記入者氏名					事業所連絡先	-	-					
利用者氏名					生年月日	M	T	S	年	月	日	(歳)
住所	長崎市				電話番号	-	-					
					携帯電話番号	-	-					
状況確認先	かな					住所						
	氏名											
	利用者との関係	電話番号	状況確認先が事業所の場合の事業所名									
週間メニュー		日	月	火	水	木	金	土				
	午前											
	午後											
食の実態	治療食の必要性	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	食事の確保	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	栄養状態	体重	<input type="checkbox"/> 増減	<input type="checkbox"/> 維持		
	(糖尿病食 減塩食 軟食 その他アレルギー等)			好き嫌いや食事内容の偏り	<input type="checkbox"/> 多	<input type="checkbox"/> 普通・少		食欲低下	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	主食	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	インスタント食品や	<input type="checkbox"/> 多	<input type="checkbox"/> 普通・少		衰弱	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
					市販の惣菜利用	<input type="checkbox"/> 多		<input type="checkbox"/> 普通・少	飲酒問題	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
安否確認の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし												
特記事項	上記以外の事項について特に必要があれば御記入ください。											
栄養士記入欄	評価	判断の理由										
		配食サービス利用の必要性	あり		記入日	記入者名						
		なし										

短期集中型訪問サービス事業

栄養士

歯科衛生士

利用料無料！

によるサービス

栄養士・歯科衛生士が自宅へ訪問し、自立に向けた相談支援を行います！！

欠食することがある・・・

最近よくむせる、口の乾燥が気になる・・・

いつまでも美味しく食事したい！

栄養状態や口腔状態が悪いと、運動をしてもなかなか筋力がつかず、体力が低下して「要介護状態」に近づいてしまうかもしれません。



対象者：事業対象者または要支援1・要支援2の方（65歳以上）

内容

専門職によるプログラム

◎管理栄養士、歯科衛生士が自宅へ訪問し、相談を受けます。

◎1回あたり1時間程度

◎管理栄養士：3回まで

◎歯科衛生士：2回まで

サービス内容（例）

- 食事量や食事内容の改善
 - ・カロリーや栄養バランスのアドバイス
 - ・カロリーアップのための工夫
 - ・お惣菜の選び方の工夫
- 調理の工夫
 - ・簡単にできる調理や味付けの工夫
- お口の体操や唾液腺マッサージ、飲みこみの働きを良くするための助言

まずは、お住まいの地区を担当する

●●地域包括支援センターへご相談ください。

電話番号：095-●●●-●●●●

