

Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

19 栄養改善を図るための介護予防プログラムの内容等

介護予防ケアプランに含まれる「栄養改善」を図るための介護予防プログラムの内容等について、お答えください。

「1月当たりの実施回数」については、調査開始時は予定される回数を記入し、その後（開始後3カ月毎）は調査月の前月の実績回数を記入してください。

ID 番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名等

_____ (1. 男 2. 女)

記入日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (項目 19 について)

1) 実施事業者名 (_____)

2) 栄養改善の開始年月

平成 _____ 年 _____ 月

3) 1月当たりの実施回数

月 _____ 回

4) 実施時間

(1) 初回の栄養相談 (1回当たり) (当てはまるもの1つに○)

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 30分未満 | 2. 30分以上1時間未満 |
| 3. 1時間以上2時間未満 | 4. 2時間以上 |

(2) 2回目以降の栄養相談 (1回当たり) (当てはまるもの1つに○)

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 30分未満 | 2. 30分以上1時間未満 |
| 3. 1時間以上2時間未満 | 4. 2時間以上 |

Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

5) 低栄養状態のおそれが生ずることとなった理由 (当てはまるもの全てに○)

1. 疾患 (脳梗塞、消化器、呼吸器、腎臓疾患、発熱、風邪など)
2. 手術・退院直後の栄養状態
3. 口腔及び摂食・嚥下機能の問題
4. 生活における大きな出来事 (死別、転居など) による精神的ストレス
5. 廃用症候群 (生活不活発病)
6. 閉じこもり
7. うつ傾向
8. 認知症
9. その他

6) 栄養相談の実施方法 (当てはまるもの全てに○)

1. 通所による個別型 (栄養相談など)
2. 通所による小グループ型 (栄養教育、料理教室など)
3. 訪問による栄養相談等
4. その他

7) 栄養相談において実施したこと (当てはまるもの全てに○)

1. 低栄養状態や栄養改善等に関する情報の提供
2. 食事・食生活への助言
3. 食形態に関する助言
4. 食材料の調達に関する助言
5. 食事づくりに関する技術指導や実演
6. 一般高齢者施策による栄養教室、料理教室などの紹介や調整
7. ボランティアによる支援の紹介や調整
8. 家族による支援に関する助言や調整
9. 配食の支援の紹介や調整
10. 健康補助食品等の紹介や調整
11. その他

