

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7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

●様式集●

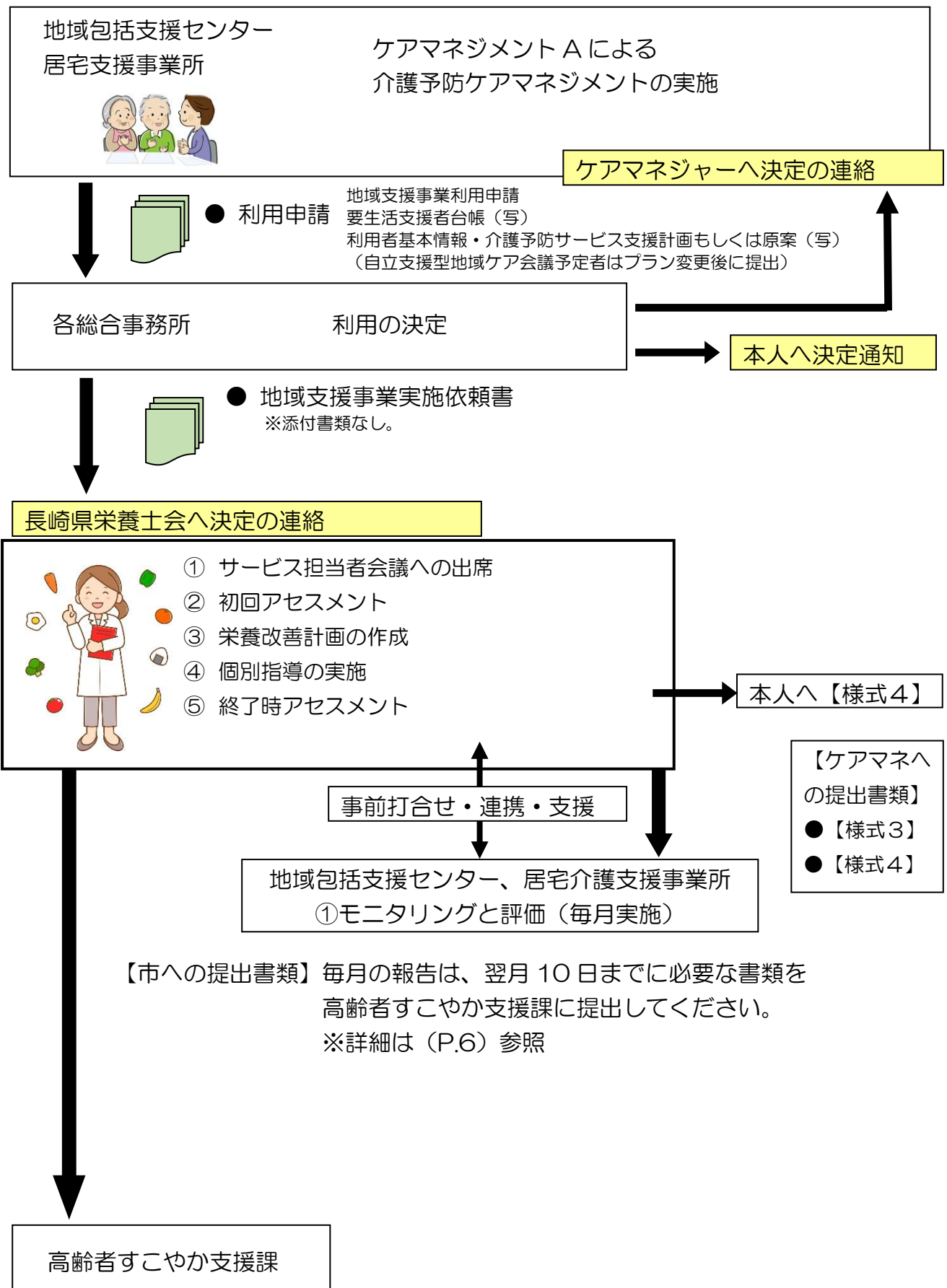
【様式1】	短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）実施報告書	7
【様式2】	短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）実施報告書[日別]	8
【様式3（表）】	栄養アセスメント表	9
【様式3（裏）】	短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）の計画及び報告書	10
【様式4】	栄養改善計画書	11
【様式5】	短期集中型訪問サービス事業周知用チラシ	12

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	・ 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 3（表）】 ・ 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 4】 ○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（裏）】 ○短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）実施報告書[日別] 【様式 2】	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 3（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（裏）】 ○短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）実施報告書[日別] 【様式 2】	管理栄養士

第3回	○実践状況の確認、計画の修正 ○栄養相談、栄養バランスのとれた簡易料理の紹介 ＊体重等の身体計測 ○事後アセスメント【様式3（表）】3回目の記入 ○今後の栄養改善計画【様式4】 ○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（裏）】 ○短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）実施報告書[日別] 【様式2】	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。

(4) アセスメント（評価）について

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3（表）】。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4】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3（裏）】（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4】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3 （表）	○	○
2	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 （裏）	○	○
3	栄養改善計画書	様式4	○	○

(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	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1	○	○	○
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[日別]	様式2	○	○	○
3	栄養アセスメント表	様式3 (表)	○	○	○
4	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 (裏)			
5	栄養改善計画書	様式4			○

(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3 (表)
2	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 (裏)
3	栄養改善計画書	様式4

(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

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。必要時、短期集中型通所サービス事業や短期集中型訪問サービス事業(リハ・口腔)の利用も検討してください。

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[日別]

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。

短期集中型訪問サービス事業（栄養改善指導）栄養アセスメント表

【様式3(表)】

作成日 年 月 日 (公社)長崎県栄養士会 作成担当者 ()

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

食生活に関する情報

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】(身体計測※は必須)

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)			
	水 分 (ml/日)			
必要栄養量	エネルギー (kcal)			
	たんぱく質 (g)			
栄養ケアの課題	低栄養・過栄養関連の問題	☐ 過食 ☐ 拒食 ☐ 偏食	☐ 過食 ☐ 拒食 ☐ 偏食	☐ 過食 ☐ 拒食 ☐ 偏食
		☐ 欠食 ☐ 早食い・丸呑み	☐ 早食い・丸呑み	☐ 早食い・丸呑み
		☐ 歯・口腔・飲み込みの問題	☐ 歯・口腔・飲み込みの問題	☐ 歯・口腔・飲み込みの問題
		☐ 吐気・嘔吐口下痢・便秘	☐ 吐気・嘔吐口下痢・便秘	☐ 吐気・嘔吐口下痢・便秘
		☐ 食欲低下	☐ 食欲低下	☐ 食欲低下
		☐ その他 ()	☐ その他 ()	☐ その他 ()
	特記事項			
日常的な活動運動・散歩の有無				

リスク判定

危険因子	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	☐ 18.5～24.9	☐ 18.5未満 ☐ 25以上	
体重減少率	☐ 変化なし ☐ 減少3%未満	☐ 1カ月に3～5%未満 ☐ 3カ月に3～7.5%未満 ☐ 6カ月に3～10%未満	☐ 1カ月に5%以上 ☐ 3カ月に7.5%以上 ☐ 6カ月に10%以上
食事摂取量	☐ 良好	☐ 不良（ ）	
その他疾病等		☐ 褥瘡 ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常 ☐ 糖尿病 ☐ その他	

計画及び報告書

	1回目（月 日）	2回目（月 日）	3回目（月 日）
解決すべき課題 （問題や障害になっていること）			
自己実現の意欲 （自己評価）			
主観的健康観 あてはまる番号 1つに○	1 2 3 4 5 よい まあいい どちら あまり よくない よい	1 2 3 4 5 よい まあいい どちら あまり よくない よい	1 2 3 4 5 よい まあいい どちら あまり よくない よい
相談の経過			
計画の概要と 実施状況			
総合的評価 （評価理由）			
評価		改善	改善
		維持	維持
		悪化	悪化

栄養改善計画書

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）

わたしの計画（今後の栄養改善計画）

《長崎市介護予防・日常生活支援総合事業》

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-●●●-●●●●