

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

介護予防のための低栄養状態スクリーニング・システムに関する研究

平成17年度 総括研究報告書

主任研究者 杉山みち子

平成 18(2006)年 3 月

平成17年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)
「介護予防のための低栄養状態スクリーニング・システムに関する研究」
総括研究報告書

目 次

研究要旨	1
A. 研究目的	3
B. 研究方法	4
(1) 協力市町村及び協力施設	
(2) 説明会の開催と事前準備	
(3) 対象者の把握	
(4) 介護予防ケアマネジメント	
(5) 栄養改善サービス等	
(6) 倫理的配慮	
C. 研究結果	7
I. 地域支援事業特定高齢者施策：栄養改善プログラムに関する事例研究	7
(1) 低栄養状態のおそれのある者の把握状況	
(2) 市町村におけるサービス資源の現状	
(3) 介護予防ケアマネジメントとの連携	
(4) 基本チェックリストによる栄養改善プログラム以外のプログラム導入	
(5) 栄養改善プログラムの実施状況	
(6) 低栄養状態の改善等	
II. 新予防給付：栄養改善サービスに関する事例研究	14
(1) 低栄養状態のおそれのある者の把握状況	
(2) 介護予防ケアマネジメントとの連携	
(3) 基本チェックリストによる栄養改善サービス以外のサービス導入	
(4) 栄養改善サービスの実施状況	
(5) 低栄養状態の改善等	
D. 考察	
I. 地域支援事業特定高齢者施策：栄養改善プログラムに関する事例研究	20
II. 新予防給付：栄養改善サービスに関する事例研究	22
E. 結論	24
F. 健康危険情報	24

G. 研究発表	24
H. 知的財産権の出願・登録状況	25
I. 参考文献	25

研究事例

I. 地域支援事業特定高齢者施策:栄養改善プログラム研究事例	27
神奈川県秦野市	
神奈川県津久井郡津久井町	
福井県あわら市	
岡山県建部町	
茨城県筑西市	
高知県室戸市	
神奈川県横須賀市	
II. 新予防給付:栄養改善サービス研究事例	129
(福)麗寿会 介護老人福祉施設 ふれあいの森	
(医)真正会 霞ヶ関南病院 通所リハ デイホスピタル	
(医)仁恵会 介護老人保健施設 相模大野	
(医社)横浜育明会 介護老人保健施設 都筑シニアセンター	
(福)公友会 介護老人福祉施設 横須賀グリーンヒル	
(医)敬齒会 介護老人保健施設 けいあいの郷 今宿	
(福)翠耀会 介護老人福祉施設 グリーンヒル	
(福)三育福祉会 介護老人福祉施設 シャローム	
(福)ユーアイ二十一 特別養護老人ホーム 太陽の家	
(医)倉田会 しんど老人保健施設	
(医)平成博愛会 博愛記念病院	

研究班、協力地域、協力施設一覧

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

総括研究報告書

介護予防のための低栄養状態スクリーニングに関する研究

主任研究者 杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学栄養学科教授

研究要旨

地域の居宅高齢者における低栄養状態の早期把握及び予防・改善が介護予防に寄与することは、主として欧米による介入研究ならびにメタアナリシスによって科学的根拠が提示されてきた。平成 18 年度の介護保険制度の見直しにあたっては、新たに地域支援事業特定高齢者施策及び新予防給付において介護予防の観点から、地域の要介護認定非該当の高齢者や軽度の介護認定者の低栄養状態の早期把握及び低栄養状態の改善に取り組むことになった。本研究の 1 年目である平成 17 年には、地域の要介護非認定高齢者及び軽度の要介護認定高齢者において低栄養状態のおそれのある者の出現状況を把握する指標の検討を行い、地域支援事業特定高齢者施策等において活用される「基本チェックリスト」の項目を選定する根拠とした。

本研究は、2 年目の最終年度にあたり、介護保険制度の改正により平成 18 年 4 月施行の地域支援事業特定高齢者施策及び新予防給付において、「栄養改善」サービス等の円滑な推進に寄与するために、低栄養状態スクリーニング・システムの実施可能性や実施上の課題について検討することを目的に実施した。

平成 17 年 10 月から平成 18 年 2 月まで、全国 7 市町村及び 13 箇所の通所サービス事業所において厚生労働省老人保健事業推進等補助金「介護予防サービスが必要な高齢者のスクリーニング及び介護予防アセスメント手法の開発に関する研究」2) 栄養改善マニュアル作成」(主任研究者 杉山みち子)において作成された「栄養改善マニュアル」を活用し、地域支援事業特定高齢者施策及び新予防給付における介護予防ケアマネジメントから栄養改善サービス等の流れを平成 17 年 10 月より 1 月までの 3 か月間試行し、以下の成果を得た。

1) 地域支援事業特定高齢者施策における栄養改善プログラムについて

①低栄養状態のおそれのある者の把握:「基本チェックリスト」が、各市の医療機関、基本健康診査、保健師の訪問活動、住民活動の場などにおいて 492 人に配布され、実際のチェックには面接による聞き取りを要した。これらのうち BMI18.5 未満及び「6 か月間に 2~3kg の体重減少」に該当し、低栄養状態のおそれがあると把握された者は 20 名であり、基本健康診査における当該リストの配布及び既存の記録からは殆ど把握されず、主な把握ルートは、医療機関、保健師の訪問活動、民間ボランティアの活動の場からであった。

②介護予防ケアマネジメント:各市の保健師によって同意の得られた 20 名に対して介護予防ケアマネジメントが行われた。目標は、「趣味を楽しむこと」、「今の生活の維持」、「食べて体重を

増やすこと」などであった。「栄養改善」の他に導入されたサービスは、体操や運動機能の向上等の教室 11 名、住民によるサロンなどの活動 10 名、配食サービス 6 名等であった。「基本チェックリスト」により、栄養改善以外のサービスの導入が必要とされた者は、20 名のうち「認知症予防・支援」12 名、「うつ予防・支援」7 名、「口腔機能の向上」6 名、「閉じこもり予防・支援」5 名、「運動の機能向上」2 名であった。また、介護予防ケアマネジメント担当者で「栄養改善」プログラム担当の管理栄養士間の連絡は 1 か月間に 10 回以上と頻繁に行われていた。

- ③「栄養改善」プログラム:同意した 20 名を対象に、市町村保健センターにおいて管理栄養士による「栄養改善」プログラムの手順である事前アセスメント、栄養相談、その後の電話チェック、3 ヶ月目の事後アセスメント等が全員に行われていた。4 市町村では訪問が行われ、その他 3 市町村においても必要に応じて訪問が行われた。計画には自己実現の課題の実現のための「食べること」の意義、食品選択や食事づくりの方法の具体的な提案、水分補給方法、配食サービスやボランティア活動などの情報の提供などが盛り込まれた。
- ④3 か月後の事後アセスメント成果:事後アセスメントの実施した 18 名のうち 8 名には体重増大が、7 名には体重維持がみられ、体重の維持及び増大のみられた者 15 名において、主観的健康感は向上し、自己実現に向けての意欲の高まりがみられた。

2) 新予防給付における栄養改善サービスについて

- ①低栄養状態のおそれのある者の把握:低栄養状態のおそれのある者(BMI18.5 未満及び体重減少が 6 ヶ月間に 2~3kgみられる)には、要支援・要介護1の 13 箇所通所サービス利用者 705 名中 6 名であり、BMI18.5 未満のみに該当する者を加えて 8 名であった。
- ②介護予防ケアマネジメント:①の低栄養状態のおそれのある者全員に対して、介護支援専門員によって行われた。自己実現の目標は、「絵を描きたい」、「料理をつくりたい」、「夫婦で公園に行きたい」「商店街を歩いて、バスに乗って帰りたい」などであった。本人に対しての地域サロンや老人クラブへの参加奨励、家族による食事準備、買物等への同行、食事記録、近隣者の訪問による声掛けなどのインフォーマルサービスが導入されていた。介護予防ケアマネジメント担当者と栄養改善サービス担当の管理栄養士間の連絡は 1 か月間に 10 回以上と頻繁に行われていた。
- ③栄養改善サービス:8 名を対象に、事前アセスメント、栄養相談、その後の電話チェック、3 か月後の事後アセスメントなどが行われた。事前アセスメントには、45~60 分を要しており、その後は 1 回 10~45 分であった。計画には、1 日のエネルギー、タンパク質、水分の補給量方法、体重測定、通所事業所での食事の提供方法と食事を利用した食べ方の学習、ヘルパーや家族に依頼すべき購入食材の具体的な内容、配食サービスや利用できる補助食品、食事サロン等の地域のボランティア活動の情報や家族への助言などが盛り込まれていた。
- ④3 か月後の事後アセスメントの成果:栄養改善サービスを提供した 6 名中 5 名では、3 か月後には、サービス開始前に比べて食事からのエネルギー摂取量は 10~40%、タンパク質摂取量は 2~16%、体重はサービス開始前の 5~10%増大した。体重の増大した 3 事例では、主観的健康

感の向上がみられ、自己実現に向けての意欲の向上が観察された。

以上の結果から、地域支援事業及び新予防給付における低栄養状態のおそれのある者の把握から始まる栄養改善サービス等の構築・運営は、各市町村及び通所サービス事業所において実施可能であり、その低栄養状態の改善の成果は期待できることが明らかになった。本年度の研究によって、各市町村及び通所サービス事業所における栄養改善サービス等の具体的な取り組みの事例が提示できたことは、平成 18 年 4 月から、全国各地において地域支援事業及び新予防給付において試行される栄養改善サービス等の円滑な推進に寄与するものと考えられる。また、当該研究成果については、財団法人長寿科学推進財団長寿科学研究推進事業によって平成 18 年 3 月 11 日に公表するとともに、事例報告書を作成し、当該サービス等の推進に寄与することができた。

今後は、この度の介護保険制度改正において整備された地域におけるこれらの一連の連続的・包括的な栄養ケア・マネジメントについて、すでに平成 17 年 10 月の介護保険制度の改正において介護保険施設において導入されたる栄養ケア・マネジメント体制をも含めて、高齢者の低栄養状態入された中・長期的評価を行い、そのサービスの品質管理に取り組むための研究を行うことにしている(平成 18 年度厚生労働科学研究費長寿科学総合研究事業に「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」採択)。

分担研究者：西村 秋生（名古屋大学医学系研究科ヤングリーダーズプログラム助教授）

吉田 勝美（聖マリアンナ医科大学予防医学教室教授）、太田 貞司（神奈川県立保健福祉大学社会福祉学科 教授）、別所 遊子（神奈川県立保健福祉大学看護学科 教授）、岡本 連三（神奈川県立保健福祉大学リハビリテーション学科学科長）、長澤 弘（神奈川県立保健福祉大学リハビリテーション学科学科理学療法専攻 教授）、清水 順市（神奈川県立保健福祉大学リハビリテーション学科学科作業療法学専攻 専攻長）、渡部 鏡二（神奈川県立保健福祉大学人間総合・専門基礎担当 助教授）、櫻井 典子（神奈川県立保健福祉大学人間総合・専門基礎担当 講師）

協力研究者：木村 隆次（日本介護支援専門員協会会長）、山田 圭子（日本介護支援専門員協会常任理事）

研究事務局：五味 郁子、原口 洋子、天野 由紀、宮本 啓子（神奈川県立保健福祉大学栄養学科）

A. 研究目的

本研究は、介護保険制度の改正により平成 18 年 4 月施行の地域支援事業特定高齢者施策及び新予防給付において、「栄養改善」サービス等の円滑な推進に寄与するために、低栄養状態スクリーニング・システムの実施可能性や実施上の課題について検討することを目的に実施した。平成 17 年 10 月から平成 18 年 2 月まで、全国 7 市町村及び 13 箇所の通所サ

サービス事業所において厚生労働省老人保健事業推進等補助金「介護予防サービスが必要な高齢者のスクリーニング及び介護予防アセスメント手法の開発に関する研究」2) 栄養改善マニュアル作成」(主任研究者 杉山みち子)において作成された「栄養改善マニュアル」を活用したモデル的な試行を行い、「栄養改善」サービス等の円滑な推進に寄与するために、低栄養状態スクリーニング・システムの実施可能性や実施上の課題、低栄養改善の達成状況について検討した。

B. 研究方法

1) 協力市町村及び協力施設

地域支援事業特定高齢者施策(協力市町村)栄養改善プログラムの試行は、厚生労働省老人保健事業推進等補助金「介護予防サービスが必要な高齢者のスクリーニング及び介護予防アセスメント手法の開発に関する研究」2) 栄養改善マニュアル作成(主任研究者 杉山みち子)における協力者等であった神奈川県、福井県、岡山県、茨城県、高知県の管理栄養士を通じて各県内市町村の協力を依頼した。協力の同意は、神奈川県秦野市、神奈川県津久井郡津久井町、神奈川県横須賀市、福井県あわら市、岡山県建部町、茨城県筑西市、高知県室戸市の7市町村から得られた。

一方、新予防給付栄養改善サービスの試行は、先行研究の協力者等であった神奈川県及び川崎市、八千代市、徳島市の介護保険施設の管理栄養士を通じて、通所サービス事業所、関連の在宅介護支援センター等及び介護支援専門員等関連者の協力を依頼した。協力の同意は、通所介護事業所6施設、通所リハビリテーション事業所7施設から得られたが、このうち2事業所では、通所サービス事業所利用者において低栄養状態のおそれのある者が最終的に把握できなかった。

なお、研究事務局は、主任研究者の所属する神奈川県立保健福祉大学栄養学科内に設置し、各協力施設への調査票等の配布及び回収、集計の管理を行った。

2) 説明会の開催と事前準備

介護保険施設において高齢者の栄養相談を経験している管理栄養士2名及び高齢者の栄養ケア及び栄養教育を専門とする協力研究者2名をメンバーとしてワーキング・グループを組織し、当該「栄養改善マニュアル」に基づいた居宅高齢者の栄養食事相談のあり方を検討し、栄養相談のロールプレイングの映像を納めた説明会用ビデオ教材を作成した。協力市町村及び施設の担当管理栄養士を対象に、平成17年9月に「栄養改善マニュアル」に基づいた栄養改善サービス等の説明会を開催した。さらに、協力市町村及び事業所の介護予防ケアマネジメント担当協力者(保健師、社会福祉士、介護支援専門員)と担当管理栄養士を対象として、「新予防給付のアセスメント・ケアプラン マニュアル」(主任研究者 辻一郎)、「新予防給付ケアマネジメント様式記入要領」及び「栄養改善マニュアル」(主任研究者 杉山みち子)を用いた説明会を開催し、介護予防ケアマネジメント及び栄養改善サービス

等の理念及び意義、実施手順、モデル的試行の意義、研究スケジュール等について十分に説明した。

説明会後の約1ヶ月間を準備期間とし、各協力市町村においては、「基本チェックリスト」による早期把握の経路の調整及び基本チェックリストの配布、介護予防ケアマネジメントにおけるアセスメント及びケアプランのプレテスト、栄養相談の準備と担当管理栄養士の研修等を行った。一方、協力事業所においても担当管理栄養士と介護支援専門員の連携体制の調整、通所サービス利用者のうち要支援、要介護1の者で低栄養状態のおそれがあるも者の選定等が行われた。

3) 対象者の把握

各協力市町村において、基本健康診査、医療機関、保健師の訪問活動、民生委員など住民活動等の場において、低栄養状態のおそれがあると思われる高齢者に基本チェックリストの目的等について説明し、同意を得た後、基本チェックリストの配布を行った。

基本チェックリストにおいて「6か月間で2～3kgの体重減少がありますか」に該当し、かつBMI 18.5未満の者、あるいは健診等で血清アルブミン値が3.5g/dl以下の者、医師や保健師によって低栄養状態のおそれがあると判断された者がいた場合に、基本チェックリスト配布担当者は地域包括支援センターを想定した介護予防ケアマネジメント担当者に紹介した。

一方、各協力事業所においても、担当管理栄養士が要支援、要介護1の通所サービス利用者のうち、基本チェックリストにおいて「6か月間で2～3kgの体重減少がありますか」に該当した者、BMI 18.5未満の者、健診等での血清アルブミン値が3.5g/dl以下の者を低栄養状態のおそれのある者として選定した。管理栄養士は、低栄養状態のおそれがあると判定された者に対して、当該研究について説明し、同意の得られた者を対象とし、介護予防ケアマネジメント担当者に紹介した。

4) 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント担当者は、対象者に予め指定した日時及び場所において介護予防ケアマネジメントを実施した。介護予防ケアマネジメント担当者は、事前に研究の趣旨、内容、手順等について説明し、同意の得られた者にはIDを付与した。

介護予防ケアマネジメントでは、①基本チェックリストおよび健診結果から低栄養状態のおそれがある者かどうかを確認し、②介護予防ニーズを特定し、栄養改善の必要性を含む課題分析を行った。③介護予防ケアプランは、どのような目標のもとにどのような生活を創っていくかについて、「食べること」を通じた栄養改善の視点を入れて、介護予防事業の利用、インフォーマルな支援の利用、医療機関の受診、生活習慣の改善等について対象者本人と一緒に作成した。介護予防ケアマネジメントのケアプランおよび評価表シートは「介護予防ケアプラン・マニュアル」に掲載されるものを用いた。介護予防ケアマネジメント

業務マニュアルが提示された後は、業務マニュアルに掲載されるものを書き換えを行った。

介護予防ケアマネジメント担当者は、栄養改善プログラムを紹介し、参加の同意を得た者に栄養改善プログラム担当管理栄養士に紹介した。

5) 栄養改善サービス等

栄養改善サービス等の担当管理栄養士は、対象者の低栄養状態のリスクの確認、居宅での食事、食環境、生活習慣等に関連する問題を明らかにするための通所による事前アセスメントを実施した。地域支援事業では、通所距離が長い、閉じこもりなどによって通所のできない者には居宅訪問を行った。これらの事前アセスメント結果をもとに、地域支援事業特定高齢者施策では6～8名の小グループの形態をとった個別の栄養相談によって、利用者の自助によるゴール、目標、計画の作成（以下、栄養食事計画）と実行にむけての支援を管理栄養士が行った。この際、栄養改善プログラムは、単に栄養状態の改善に留まることなく「食えること」をとおして低栄養状態を早期に改善し、自分らしい生活の確立と自己実現を支援すること、指導ではなく双方向的なコミュニケーションを重んじて相談として取り組むことを重視した、事前アセスメント及び栄養改善のための計画の書式は前述の「栄養改善マニュアル」に掲載されたものを用いた。

栄養改善サービス計画の作成後、1週間目には担当管理栄養士は対象者に電話連絡を行い、初めの1か月目は2週間ごとに2回、その後は1か月ごとに栄養食事相談を実施した。3か月目に、体重変化、BMI、血清アルブミン値、自己実現の課題とその意欲、主観的健康感、計画の実施状況および総合評価を行った

担当管理栄養士は、対象者一人一人に作成された介護予防ケアマネジメント関連帳票：基本チェックリスト、ケアプランおよび評価表シート、担当者会議の要点、介護予防事業利用者連絡票、栄養改善関連帳票（事前アセスメント票、栄養改善計画書、報告書）等は、随時、研究事務局に送付するようにした。この際、各市町村は帳票に記載されている個人情報全てを削除し、ID番号処理を行った。また、栄養改善に関する事例研究報告書を事務局に提出した。さらに、各担当者は、基本チェックリストの配布状況、介護予防ケアマネジメント実施状況、栄養改善プログラム実施状況について研究班が作成したアンケートに回答し事務局に送付した。

平成18年2月、研究事務局は研究事例の総合的なまとめを行い、各協力市町村は本研究事業への取り組み経過を、3月11日、財団法人長寿科学推進財団長寿科学研究推進事業：長寿科学総合研究事業による研究発表会「介護予防のための低栄養状態の栄養スクリーニングに関する研究報告～「食えること」をとおして「活動的な85歳になるために」」において公表し、研究発表教材として事例報告書を作成した。

6) 倫理的配慮

本研究にあたっては、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会に申請し承認を得て

実施した（地域支援事業特定高齢者施策；承認判定結果通知番号 17-010）、（新予防給付；承認判定結果通知番号 17-011）。対象者には基本チェックリスト配布担当者、介護予防ケアマネジメント対象者、栄養改善プログラム担当者がその都度、本研究の概要、人権擁護、不利益、危険性の排除、また、研究への参加は対象者の自由意志であり、協力を断った場合でも何ら不利益を被らないことについて十分にインフォームド・コンセントを行った。研究協力の同意書は各市町村において所属長の責任のもと保管された。

研究に関わる帳票、調査票は個人情報情報を削除し、ID 番号によってのみ取り扱われ、個人情報を含まないデータが研究事務局に送付され、これらは主任研究者によって厳重に管理された。なお、統計的解析は、事例研究であることから実施しなかった。

C. 研究結果

I. 地域支援事業特定高齢者施策:栄養改善プログラムに関する事例研究

(1) 低栄養状態のおそれのある者の把握状況

協力市町村における低栄養状態のおそれのある者の推算人数について以下に示した。

7 市町村の高齢者人口は 2,302～90,279 名、低栄養状態のおそれのある者の推算数は 22～902 名まで様々であった(表 1)。

表1 協力市町村において推算される低栄養状態のおそれのある者の割合

市町村	人口	高齢者人口 (高齢化率)	低栄養状態のおそれのある者の推算数(高齢者人口の1%として)
A市 (福井)	31,766	7,389 (23.3)	74
H市 (神奈川)	168,282	25,703 (16.0)	257
M市 (高知)	17,486	5,707 (32.6)	57
TB市 (岡山)	6,880	2,302 (33.1)	22
TI町 (神奈川)	29,245	5,231 (17.9)	52
TS市 (茨城)	113,078	23,360 (20.7)	233
Y市 (神奈川)	433,978	90,279 (20.8)	902

実際に協力市町村が実施した低栄養状態のおそれのある者の把握は、10～11 月の任意の 2 週間程度に行われ、7 市町村において病院、健康診査、保健師の訪問活動、社会福祉協議会などの関連団体等を通じて、「基本チェックリスト」を 492 名に配布し、低栄養状態のおそれがあると把握された者は 20 名であった(表 2)。

低栄養状態のおそれのある者の把握は、各協力市町村において高齢者全体を網羅すべく組織的に取り組まれたものではなく、短期間に低栄養状態にある者の把握が可能なルートが検討され、医療機関の医師や市町村の訪問担当の保健師が以前より低栄養状態のおそれがあるのではないかと危惧していた高齢者に対して基本チェックリストを用いた確認が行

われた。一方、市町村基本健康診断において基本チェックリストの配布及び、既存の記録より BMI の確認などを行った協力市町村もあったが、健康診査を受診できる自立した高齢者には殆ど低栄養状態のおそれがある者はみられなかった。また、基本チェックリストの配布・記入については、口頭による説明や記入時の補助が必要であった。

(2) 市町村におけるサービス資源の現状

協力市町村における管理栄養士は多くの場合、保健衛生等の関連部門に配置されており、介護保険担当部門には殆ど配置されていなかった（表 3）。このため、地域支援事業関連情報の管理栄養士への伝達や部門間の連携が必ずしも円滑に行われていない状況が推察された。

また、本プログラムの推進にあたっては、市町村の管理栄養士による直接実施、非常勤及び事業所や在宅の管理栄養士への委託、また、これらの人材資源を既に有している場合、今後、早急な人材育成の必要がある場合、あるいは、過疎地域であって管理栄養士が殆ど在住していない場合など、各市町村の人材資源の現状は様々であった。

表 2 栄養改善プログラム研究事例における低栄養状態のおそれのある者の把握

市町村	把握ルート	基本チェックリスト配布数	把握人数
A市	診療所、保健師による訪問、在宅介護支援センター、社会福祉センター	46	3
H市	病院、保健師による訪問、社会福祉協議会ディサービス、在宅介護支援センター、要介護認定非該当者	165	6
M市	検診、保健師による訪問、市ミニディセンター、体操教室、在宅介護支援センター、市民交流ひろば	172	1
TB市	病院、食生活改善推進委員・民生委員、高齢者からの相談	4	4
TI町	基本健康診査、診療所、社会福祉協議会「やすらぎステーション」	44	1
TS市	保健師による訪問、社会福祉協議会「生き甲斐サロン」	21	3
Y市	基本健康診査、老人会	40	2

(3) 介護予防ケアマネジメントとの連携

介護予防ケアマネジメントにおいて導入した栄養相談以外のサービスは、小集団での料理教室や口腔機能の向上などの講義などの栄養教室 13 名、体操や運動機能の向上等の教室 11 名、住民によるサロンなどの活動 10 名、配食サービス 6 名等であった。

担当の管理栄養士は、介護予防ケアマネジメントのゴール、目標及び課題等の情報を踏まえた上でプログラムを開始した。対象者への担当管理栄養士の紹介は、介護予防ケアマネジメント担当者が行い、必要に応じて訪問する場合には、介護予防ケアマネジメント担当者と同行するが多かった。

管理栄養士は介護予防ケアマネジメント担当者に対して、計画、実施状況等について、

電話等による頻繁な確認、連絡、報告、相談、あるいは、介護予防ケアマネジメント担当者からも訪問時の様子などの連絡が行われていた。たとえば、ある市町村における1か月間の介護予防ケアマネジメント担当者与管理栄養士との電話回数は10回以上に及んでいた。7市町村中4市町村においては、サービス担当者会議を開催し、管理栄養士が参加して情報の共有を行っていた。

表3 各市町村における栄養改善プログラムのためのサービス資源の状況

市町村	市町村常勤管理栄養士の配置状況	非常勤管理栄養士等	ボランティア
A市	健康長寿課1名(その他 保育担当課栄養士2名)、介護保険担当部門配置無	—	食生活改善推進委員 32名
H市	市民健康課1名	非常勤栄養士2名、市登録在宅管理栄養士15名、同栄養士24名	食生活改善推進団体 341名
M市	保健福祉センター1名	—	「健康応援団」(市民ボランティア団体、食生活推進協議会、健康推進協議会、健康づくり婦人会からなる)
TB市	保健福祉課2名	市登録在宅栄養士5名	食生活推進委員73名
TS市	市保健推進課2名、4地区保健センター5名、介護保険担当課配置無	管理栄養士3名、栄養士1名	食生活改善推進委員、健康づくり推進委員、民生委員、地域ボランティア(配食サービス等)
TI町	保健福祉部門健康福祉課1名、介護保険担当課無	—	食生活改善推進団体 (128名、TI町51名)
Y市	保健所健康づくり課1名(その他は保育課1名、こども育成部こども健康課2名、長寿社会課配置無)	平成18年度より長寿福祉課に非常勤管理栄養士1名予定(その他はこども育成部こども健康課非常勤管理栄養士1名、非常勤栄養士1名) 市登録在宅管理栄養士9名	食生活改善推進団体 243名

(4) 基本チェックリストによる栄養改善プログラム以外のプログラム導入

基本チェックリストにより、栄養改善プログラム以外のプログラムの導入が必要とされた者は、20名中「認知症予防・支援」12名、「うつ予防・支援」7名、「口腔機能の向上」6名、「閉じこもり予防・支援」5名、「運動器の機能向上」2名であり、「認知症予防・支援」「うつ予防・支援」及び「閉じこもり予防・支援」の3つを重複して必要としている事例もあり、各サービスの連携が必要であった(表4-1)。管理栄養士は、栄養改善プログラムの提供に際して、「認知症予防・支援」「うつ予防・支援」及び「閉じこもり予防・支援」等サービスを必要とする者に対しては、関連マニュアル等を学習したうえ、高齢者の有する

表4-1(つづき)

ID	年齢	低栄養状態のおそれの状況	基本チェックリストからその他必要なプログラム	事前アセスメント結果	わたしのゴール	わたしの目標	わたしの計画
T30-05	78 (女)	体重減少 BMI15.0	—	下痢 便秘 食事摂取量低下	肩こり、及び頭のはりを改善して、今の生活が今後も続けられるようにしていきたい。夫の介護が続けていきたい	体重を2kgは増やして今より体力をつけたい 32kg→34kg	今よりも食べる量を増加させたい。主食、ご飯、茶碗1/2杯から8分目。よそった分は必ず食べるようにする
T40-02	79 (女) (独)	体重減少 BMI14.6	認知症	口腔問題 下痢 服薬5種類以上 食事摂取量低下 乳製品摂取不足 孤食 食事支度不自由	食事を作ることがさらに楽しくなり、買い物も積極的にいけるようになる	できるだけ毎日果物や乳製品をとり入れよう	ごはんの量を150g程度に増やす 間食は少量にし食事を3食きちんと取る 毎食最低一品はたんぱく質を取り入れる (2ヶ月を目標に)
T40-03	82 (女)	体重減少 BMI15.7	運動機能 口腔機能 認知症 うつ	口腔問題 下痢 便秘 最近の入院 服薬5種類以上 食事摂取量低下 乳製品摂取不足 活動量低下 食事支度に不自由 「食べること」の意欲がない	近所の人達と旅行に行きたい	体重を3～4kg増やそう	毎日、少しずつでもよいので食事量を増やす 体調を良くして、買い物に出かけたい
T40-04	77 (女)	体重減少 BMI16.8	認知症 うつ	便秘 乳製品摂取不足 孤食	—	体重を少しでもよいので増やしたい	1回の食事の量が少ないので間食でおぎなう。牛乳は温めて飲む。間食はバナナや手軽にとれるパン等
T50-01	88 (女) (独)	体重減少 BMI17.6	口腔機能 閉じこもり 認知症 うつ	食事回数2回以下 乳製品摂取不足 孤食 活動量低下 「食べること」の意欲がない	息子の病院へ一人でいきたい	体重を3kg増やしたい	欠食しないように起床時間を6時にする 好き、嫌いせず食べる 水分不足に気をつける(1日1500cc)
T50-02	78 (男)	体重減少 BMI17.4	口腔機能 閉じこもり	最近の入院 乳製品摂取不足 活動量低下 食事支度に不自由 「食べること」の意欲がない	皆のように地区の行事ごとに参加したい	体重を2kg増やしたい	1回の食事量が少ないので1日5回食にする
T50-03	85 (女) (独)	体重減少 BMI18.2	閉じこもり	食事摂取量低下 乳製品摂取不足 孤食	地区の集いに参加したい	体重を2kg増やしたい	庭の草取り 近所の人と話す努力する 食事を5回食にする(朝、10時、13時、16時、夕)(食べる量が少ないため) 水分摂取に気をつける(1日1500cc)
T50-04	77 (女)	体重減少 BMI16.3	運動機能 口腔機能 閉じこもり	食事摂取量低下 活動量低下 食事支度に不自由 「食べること」の意欲がない	自分の足で買い物がかたい(若い時のように)	体重を3kg増	偏食せず少しでも食べる量を増やす。買い物するとき食品購入に注意する。食べる量が少ないので1日5回食にする
T60-04	83 (女) (独)	体重減少 BMI16	口腔機能 認知症	口腔機能 食事摂取量低下 孤食	私の行っている3つの事をこれからも続けていきたい (①野菜を作る、②ボランティアによるサロンに参加する、③宗教活動)	・料理教室に通いたい ・もっと料理のレパートリーを広げたい。 ・友達と一緒に料理をしたい。	料理教室に通う

表4-2(つづき)

ID	年齢	低栄養状態のおそれの状況	基本チェックリストからその他必要なプログラム	事前アセスメント結果	わたしのゴール	わたしの目標	わたしの計画
T30-05	78 (女)	体重減少 BMI15.0	—	下痢 便秘 食事摂取量低下	肩こり、及び頭のはりを改善して、今の生活が今後も続けられるようにしていきたい。夫の介護が続けていきたい	体重を2kgは増やして今より体力をつけたい 32kg→34kg	今よりも食べる量を増加させたい。主食、ご飯、茶碗1/2杯から8分目。よそつた分は必ず食べるようにする
T40-02	79 (女) (独)	体重減少 BMI14.6	認知症	口腔問題 下痢 服薬5種類以上 食事摂取量低下 乳製品摂取不足 孤食 食事支度不自由	食事を作ることがさらに楽しくなり、買い物も積極的になれるようになる	できるだけ毎日果物や乳製品をとり入れよう	ごはんの量を150g程度に増やす 間食は少量にし食事を3食きちんと取る 毎食最低一品はたんぱく質を取り入れる (2ヶ月を目標に)
T40-03	82 (女)	体重減少 BMI15.7	運動機能 口腔機能 認知症 うつ	口腔問題 下痢 便秘 最近の入院 服薬5種類以上 食事摂取量低下 乳製品摂取不足 活動量低下 食事支度に不自由 「食べること」の意欲がない	近所の人達と旅行に行きたい	体重を3~4kg増やそう	毎日、少しずつでもよいので食事を増やす 体調を良くして、買い物に出かけたい
T40-04	77 (女)	体重減少 BMI16.8	認知症 うつ	便秘 乳製品摂取不足 孤食	—	体重を少しでもよいので増やしたい	1回の食事の量が少ないので間食でおぎなう。牛乳は温めて飲む。間食はバナナや手軽にとれるパン等
T50-01	88 (女) (独)	体重減少 BMI17.6	口腔機能 閉じこもり 認知症 うつ	食事回数2回以下 乳製品摂取不足 孤食 活動量低下 「食べること」の意欲がない	息子の病院へ一人でいきたい	体重を3kg増やしたい	欠食しないように起床時間を6時にする 好き、嫌いせず食べる 水分不足に気をつける(1日1500cc)
T50-02	78 (男)	体重減少 BMI17.4	口腔機能 閉じこもり	最近の入院 乳製品摂取不足 活動量低下 食事支度に不自由 「食べること」の意欲がない	皆のように地区の行事ごとに参加したい	体重を2kg増やしたい	1回の食事が少ないので1日5回食にする
T50-03	85 (女) (独)	体重減少 BMI18.2	閉じこもり	食事摂取量低下 乳製品摂取不足 孤食	地区の集いに参加したい	体重を2kg増やしたい	庭の草取り 近所の人と話す努力する 食事を5回食にする(朝、10時、13時、16時、夕)(食べる量が少ないため) 水分摂取に気をつける(1日1500cc)
T50-04	77 (女)	体重減少 BMI16.3	運動機能 口腔機能 閉じこもり	食事摂取量低下 活動量低下 食事支度に不自由 「食べること」の意欲がない	自分の足で買い物ができる(若い時のように)	体重を3kg増	偏食せず少しでも食べる量を増やす。買い物するとき食品購入に注意する。食べる量が少ないので1日5回食にする
T60-04	83 (女) (独)	体重減少 BMI16	口腔機能 認知症	口腔機能 食事摂取量低下 孤食	私の行っている3つの事をこれからも続けていきたい(①野菜を作る、②ボランティアによるサロンに参加する、③宗教活動)	・料理教室に通いたい ・もっと料理のレポーターを広げたい ・友達と一緒に料理をしたい。	料理教室に通う

それぞれの課題に配慮した計画作成や栄養相談に取り組むことが求められていた。

一方、「口腔機能の向上」については、基本チェックリストでは把握されていない場合に、栄養改善プログラムにおける事前アセスメントにおいて把握された事例もあった。「運動器の機能向上」プログラムの必要があった事例は比較的少なかったが、3か月後になると体重が増大し、前向きに身体を動かしたい、自己実現をめざしたいという意欲の向上がみられた。

(5) 栄養改善プログラムの実施状況

栄養改善プログラムは、本来、通所型での小グループの形態をとった個別相談を基本としている。しかし、対象となった高齢者の個別の身体状況、閉じこもっていること、遠距離であることなどを考慮し、4市町村では訪問によって行われ、その他の3市町村においても必要に応じて訪問が行われた(表 4-1)。また、管理栄養士に対するアンケート調査には、対象者が疲れやすい、長時間座っているのが苦痛であるようだなどの状況を記載していた。

栄養改善プログラムを構成している手順は、3か月目まで対象者全員(一部、開始が遅れたため、2か月後のアセスメント途中である場合があった)に対して実施された。作成された計画内容は、自己実現の課題のための食べることの意義、食品選択や食事づくりの方法の具体的な提案、水分補給方法、配食サービスやボランティア活動情報の提供などであった。担当管理栄養士が、今後、必要性のあるサービス資源としてアンケート調査に挙げた事項は、食材調達に関するサービス(配達サービスのある商店リストなど)であった。

一方、栄養相談時に利用された教材は、「高齢期の食生活ガイドブック」(杉山みち子監修)、お弁当や簡単手作りおやつなどのレシピ、商品パンフレット(配食サービスやタンパク・エネルギーの補給するための栄養補助食品等)等であった。

表 4-2 栄養改善プログラムの実施状況

市町村	対象者数	実施形態	時間/回	担当者及び協力者	活用したその他のサービス
A市	3	訪問	2時間	管理栄養士	—
H市	6	通所 (欠席の場合訪問)	2時間半~3時間	管理栄養士、 栄養士	集団栄養教育(調理実習)、口腔機能の向上教室(歯科医師、歯科衛生師)、運動機能向上など)
M市	1	訪問	30-40分	管理栄養士、保健師、 歯科衛生師	—
TB市	4	訪問	2時間	管理栄養士、社会福祉士、 栄養委員	高齢者教室
TI町	1	訪問	30分~1時間半	管理栄養士	—
TS市	3	通所及び訪問	2時間	管理栄養士	—
Y市	2	通所及び訪問	30分程度、事前アセスメント時には3時間	管理栄養士 保健師	—

表5 低栄養状態の改善状況(プログラム開始3か月後)

ID	年齢	体重 (BMI)			増減率(%)	主観的な健康感		自己実現の課題とその意欲
		サービス開始前	3か月後	サービス開始前		3か月後	変化	
T10-01	79	37.0(16.4)	40.8(18.1)	+10.2(+10.3)	3	2	↑	農作業や家事を積極的に行っており体調も良好で食欲もある。活動意欲が高い。
T10-04	84	33.3(16.2)	33.2(16.2)	0	3	4	↓	年始の外泊の気疲れにより、体調を崩し意欲が低下するが1週間後に回復。
T10-07	71	40.5(18.2)*	40.5(18.2)*	0	3	2	↑	元気で楽しそうに話をしており、旅行の計画もある。寒いので活動量は少なめ。
T20-04	82	34.6(18.4)	35.6(19.1)	+2.9(+3.2)	3	3	-	ヨーグルト、ひき肉など食べられるものが増え、食べることへの意欲も増大した。
T20-05	72	37.4(14.8)	37.5(14.9)	+0.3(+0.7)	5	2	↑	元気になってきて意欲的に行動するようになったと本人も実感している。
T20-08	93	37.3(16.3)	35.6(15.6)	-4.3(-4.3)	4	3	↑	風邪で食欲低下し、体重減少。1度減るとなかなか長かないと残念がつている。
T22-02	82	38.5(16.8)	41.6(18.2)	+8.1(+8.3)	3	2	↑	義歯も入り、体調も良くなった。
T22-03	72	40.1(18.1)	39.1(17.7)	-2.5(-2.2)	4	5	↓	神経性食道狭窄症と診断。適切な薬が出て安心し、少し食べられるようになった。
T23-03	72	37.2(18.4)	39.3(19.6)	+5.6(+5.9)	2	1	↑	3食食べるようにしているが、主菜が食べられないときがあった。
T25-01	79	36.0(16.4)	36.6(16.6)	+1.7(+1.2)	3	3	-	近所の友達と一緒に、ツアーの日帰り旅行に出掛けていた。
T30-04	76	39.0(16.4)	39.0(16.4)	0	4	3	↑	意欲はあるが、季節が冬なのでうまくいかないところもあった。
T30-05	78	32.9(15.0)	30.8(14.1)	-6.4(-6.0)	3	2	↑	夫の介護のため年末に疲労し体重減少。意欲はある。
T40-02	79	32.0(14.6)	33.9(15.5)	+5.9(+6.0)	4	4	-	体調良好になり、意欲が増大した。
T50-01	88	39.0(17.5)	39.0(17.5)*	0	5	2	↑	地区の集いに参加したいがまだ行けない。
T50-02	78	42.0(17.4)	42.8(17.8)*	+1.9(+2.3)	3	3	-	行事に参加したい、行ってみたいという気持ちになった。
T50-03	85	36.7(18.2)	36.7(18.2)*	0	2	2	-	意欲はあるが、実行ができない。
T50-04	77	32.0(16.3)	32.0(16.3)*	0	4	4	-	面接がはじめてなのでラポールが築けていない。
T60-04	81	40.0(16.0)	40.0(16.0)*	0	2	3	↑	身体状況については理解できた様子だが、何か取り組む気持ちにはなっていない。

※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 -:変化なし ↓:低下 ↑:向上

※T40-03、T50-04、T10-07については1ヵ月後の評価

(6) 低栄養状態の改善等

栄養改善プログラムを提供した高齢者 20 名のうち 3 か月後の事後アセスメント結果(但し、3 名については開始が遅延したため 1 か月後のアセスメント結果)が得られた 18 名について体重の増大した者は 8 名、体重の維持した者は 7 名であり、栄養改善プログラム開始前にみられた体重減少 (6 か月間に 2~3kg) がみられなくなった者は合わせて 18 名中 15 名にも達していた(表 5)。残りの 3 名については、体重の低下がみられたが、これは、年末に風邪に罹患したり、夫の介護疲れなどによるものであった。

主観的健康感については、改善者 10 名、維持者 6 名、低下者 2 名であり、体重増大の見られたものには、主観的健康感が低下した者はみられなかった。さらに、体重の維持や改善がみられた者においては、その殆どにおいて自己実現の目標に向けての意欲が高まっていることが確認された(表 5)。

さらに、栄養改善プログラムに参加協力した高齢者を対象としたアンケート調査からは、開始前には、高齢者や家族が低栄養状態という言葉に驚いたり、身構える場合も見受けられたが、継続するにしたがって、高齢者からは、「楽しい」「食欲がでた」「元気になった」「友達ができた」など感想が述べられていた。

II. 新予防給付：栄養改善サービスに関する事例研究

(1) 低栄養状態のおそれのある者の把握状況

新予防給付における栄養改善サービス協力事業所においては、要支援及び要介護 1 の通所サービス利用者のうち、低栄養状態のおそれがある者が把握された事業所は 13 事業所中 6 事業所であった。すなわち、13 箇所の通所サービス事業所利用者(要支援、要介護 1)705 名のうち低栄養状態のおそれがあると把握された者はわずか 6 名であった(表 6)。この場合、研究開始時の把握方法は、上記把握条件の①-③のいずれか 1 つに該当するものであったので、13 事業所のうち 7 事業所は、各 1 名について 3 か月後まで同様にサービスを継続し、成果の提供をしたので、BMI18.5 未満の低体重であったが体重減少のみられなかった 2 事例についても提示した。

表 6 栄養改善サービスにおける低栄養状態のおそれのある者の把握状況 (人数)

事業所	体重等測定者 (通所サービス 利用の要支援・ 要介護 1)	低栄養状態の おそれのある者 (①②あるいは ③の該当者)	低栄養状態の おそれのある者 (①②③のい ずれかに該当)	事業所	体重等測定者 (通所サービス 利用の要支 援・要介護 1)	低栄養状態の おそれのある者 (①②あるいは ③の該当者)	低栄養状態のお それのある者(① ②③のいずれか に該当)
通所介護				通所リハビリテーション			
G	84	1	13	K	49	1	4
H	35	0	6	S	31	1	5
I	69	0	5	SH	56	1	0
S	75	1	1	T	3	0	0
T	51	2	0	H	177	0	1
Y	58		0				

(2) 介護予防ケアマネジメントとの連携

低栄養状態のおそれが把握された 6 名における介護予防ケアマネジメントでの自己実現の目標は、「絵を描きたい」「料理をつくりたい」「夫婦で公園に行きたい」「商店街を歩いて、バスに乗って帰りたい」などであり、本人に対しての地域のサロンや老人クラブへの参加奨励 3、導入された家族の支援及びインフォーマル・サービスとしては、家族による食事準備、買物等へ同行、食事記録等 4、近隣者の訪問による様子の確認、声かけや買物への同行等 3 であった(表 7)。

介護予防ケアマネジメントを擬似的に担当した介護支援専門員と管理栄養士の連携においては、担当の管理栄養士は、介護予防ケアプランのゴール、目標及び課題等の情報を踏まえた上で事前アセスメントを行い、栄養改善サービス計画を作成した。事例研究に関するアンケート調査結果や事例に関する帳票の記録などから、管理栄養士による事前アセスメント及び計画の作成にあたっては、介護支援専門員を通じて対象者の居宅での食事環境及び訪問介護における食事支援がどのように行われているのかを詳細に知っておくことが求められた。

また、利用者の身近な地域における食材料の調達できる店舗、配食サービス、食事づくりのボランティア活動などの状況に対しても介護支援専門員が有している情報を管理栄養士もよく共有化しておかなければならなかった。

対象者への管理栄養士の紹介は、介護予防ケアマネジメントを担当した介護支援専門員等が行っていた。管理栄養士は介護予防ケアマネジメント担当者に対して、計画、実施状況等について、電話等による頻繁な確認、連絡、報告、相談、あるいは、介護予防ケアマネジメント担当者から管理栄養士に対しては、訪問時の様子などに関する連絡を頻繁に行っていた。たとえば、ある事例においては 1 か月間の介護支援専門員と管理栄養士との電話回数は、地域支援事業と同様に 10 回以上に及んでいた。

(3) 基本チェックリストによる栄養改善以外のサービス導入

基本チェックリストにより、栄養改善サービス以外のサービスの導入が必要とされた者 6 名中、「栄養改善」以外のサービスの必要性は、「認知症予防・支援」1 名、「うつ予防・支援」1 名であった。一方、「口腔機能の向上」については、基本チェックリストでは把握されないが、事前アセスメントにおいて痛みや欠損、義歯の不都合などの口腔内の問題の把握された者は 2 名であった(表 7)。

基本チェックリストからは「運動器の機能向上」の必要性が把握された事例はみられなかったが、通所リハビリテーション利用者においては、筋力トレーニング等がおこなわれていた。

(4) 栄養改善サービスの実施状況

栄養改善サービスは事前アセスメント、計画の説明などには 45～60 分と比較的長い時間

行われていたが、3回目以降の栄養相談には10～45分と事業所ごとに様々であった。また、計画の作成に30分、対象者への電話連絡に10分程度を費やし、3か月後まで全ての手順が継続して実施されていた。担当管理栄養士へのアンケート調査からは、事前アセスメント書の記入については、項目も多く聞き取りに時間がかかるため、対象者によっては疲労を訴える者もみられるという記載があった、

栄養改善サービス計画には、1日のエネルギー、タンパク質、水分の補給量と個別の食事計画、水分の補給方法、体重測定、通所事業所での食事の提供方法や食事を利用した食べ方の学習、ヘルパーや家族に依頼すべき購入食材の具体的な内容、配食サービスや利用できる栄養補助食品、食事サロン等の地域のボランティア活動の情報や家族への助言など盛り込まれていた。(表8)

一方、栄養相談時に利用された教材には、「高齢期の食生活ガイドブック」(杉山みち子監修)、フードモデルや実際の食事(お弁当や簡単手作りおやつなど)、商品パンフレット(配食サービスやタンパク・エネルギー補給のための栄養補助食品等)、事量の把握のための食器などが用いられていた。

(5) 低栄養状態の改善等

栄養改善サービスを提供した6名のうち5名については、3か月後(開始が遅れた事例では1か月後)には、開始時に比べて体重が5～10%以上増大した(表9)。BMI18.5以上まで改善した者は2名であった。1名については、体重が減少したが、この者は、心臓発作のために体重増大を目標とした計画を作成していなかったためであった。

体重増大のみられた者では、栄養改善サービス計画によって3か月後の食事からのエネルギー摂取量は、サービス開始前の10～30%まで増大し、タンパク質摂取量も開始前に比べて2～16%程度増大していた。エネルギー及びタンパク質摂取量が最も増大した事例において、体重の増大率も最も大きかった。また、主観的健康感は、体重の増大した3事例ではいずれも改善がみられた。さらに、その殆どにおいて自己実現の目標や食べることに對する意欲が高まっていることが確認された(表9)

栄養改善サービス担当者の感想としてアンケートに記載された事項には、「傾聴・共感の気持ちを持つこと」、「対象者の達成しやすい目標を設定すること」などが挙げられ、それらの工夫が高齢者の継続意欲につながったと思われる。一方、対象者からも、「食事についての話ができ、知識が得られてよかった。」「食事に対する不安が薄らいだ。」「簡単な改善内容であったので取り入れやすかった。」などの感想がアンケートに記載されていた。

なお、サービス開始前にもBMI18.5未満であったが体重減少がみられなかった2事例においても、栄養改善サービス計画によって摂取エネルギー、摂取タンパク質が増大すると、体重の改善がみられたことから、BMI18.5未満であって、体重が維持されていても、食事摂取量が低下している場合には栄養改善サービスの提供が必要であった。

表7 新予防給付:栄養改善サービス事例における介護予防マネジメントの概要

ID	年齢	性別	介護度	介護予防マネジメントでの目標	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォ-マルサービス	提供したサービス	サービス提供に 関わった専門職	基本チェック リストの結果
S13-01	74	男	要支援	外に出ることが困難なので、施設を利用し、リハビリをし、友達を作ったり、体力をつけて活気を取り戻します。	地域のサロン、近隣者の協力、家族による食事の準備	通所リハビリテーション、栄養改善サービス	介護支援専門員 管理栄養士、主治医、 施設医師、デイ介護福祉士	—
S15-01	79	男(独居)	要介護1	1日:他者との交流、適度な運動、健康的な生活 1年:自宅での健康で快適な暮らしの継続	近隣者による様子伺い	訪問介護(買物代行)、通所リハビリテーション(機能訓練、集団、アクティビティ)、栄養改善サービス、市による緊急通報装置設置	介護支援専門員 管理栄養士 介護士	—
S24-2	91	女	要介護1	家の手伝いや家族のために1品料理をつくりたい。一人の時間には絵を描きたい	老人クラブへの参加 家族による散歩や買物への同行	通所介護(週1回) 栄養改善サービス	介護支援専門員 管理栄養士	—
S25-03	76	女(独居)	要支援	1日:外出の機会をつくり1日3食を食べる 1年:自分の身体・生活状況が把握でき、自立した生活の継続に意欲を持って取り組める	近隣者による地域サロン参加の声かけ・送迎・買い物・購入の手伝い 家族による室内の整理整頓	通所介護、栄養改善サービス	介護支援専門員 管理栄養士	認知症の予防・ 支援
S26-01	88	女(独居)	要支援	1日:毎日の散歩を続ける 1年:受診の後は商店街を歩いて、バスに乗って帰りたい	—	運動器の機能向上、栄養改善サービス	介護支援専門員 管理栄養士	うつの予防・支援
S31-01	80	女	要支援	1日:夫婦の身の回りのことが出来る。 1年:夫婦で公園に出かけ、友達との会話を楽しむ活動的な生活にもどる	夫による妻の食事記録、栄養補助食品の活用	通所リハビリテーション、訪問看護、栄養改善サービス	介護支援専門員 管理栄養士	—

参考事例: BMI18.5未満であったが体重減少がみられなかった事例

S12-02	84	男	要支援	—	—	—	—	認知症の予防・ 支援
S21-02	84	女	要介護	1日:デイサービスの利用を通じて夫や子供と楽しく過ごす時間をもちたい。 1年:今の生活を続けながら夫と会う機会を多く作りたいたい	養女による電話での安否確認と月2回の訪問(食材購入)	通所型介護予防サービス(栄養改善サービス)、訪問型介護予防サービス	管理栄養士 栄養士 看護師 ケアワーカー 訪問ヘルパー 民生委員	認知症の予防・ 支援