

や成果を共有するよう進めてきた。モデル研究のスタートから終了までの 6 ヶ月間には、厚生労働省の作成している本事業のしくみの基本的な特定高齢者の抽出条件、チェックリストやケアプランの様式変更など、想定外の事態もあった。

しかし、当初のイメージを大きく損なうことなく 18 年度 4 月の施行に踏み出せそうであり、当所管内でこのモデル研究に取り組んだ意義は大きかったと考えている。

平成 18 年度は、モデル研究実施の経験を踏まえ、情報交換に加えて本実施後の課題と対応を検討する場を設定するなど、保健福祉事務所としての機能を果たしていきたいと考えている。

## 5. 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、了承を得て実施した。対象者には、本市の管理栄養士あるいは担当者が、人権擁護、不利益、危険性の排除について十分にインフォームド・コンセントを行った。また、事例の公表にあたり本人の承諾を得た。

最後に、本研究の実施にご協力いただいた機関及び担当者の皆様に深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

## 【事例紹介】(T22-02)

82 歳男性。夫婦と長女の 3 人世帯。老人会などの地域活動や趣味の活動を積極的に行っていたが、現在は要介護の妻を世話しており、自分自身も体調不良で外出も難しくなっている。十二指腸潰瘍があり、夏に食欲不振から体重が減り、戻らない。抜歯したことも重なり、一層食欲不振を起こしている。こういう状態の中で、妻の介護、朝食・昼食の食事づくりや日常の家事全般を担っている。歯科の治療を続け、早く食事が摂れるようになって、元気を取り戻したいと考えている。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 △△

|                  |   |                             |   |
|------------------|---|-----------------------------|---|
| 相 談 日            | 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇)   | 来 所・電 話                     | 初 回<br>再来 ( 前 / )   |
| 本人の現況            | 在宅、入院又は入所中 ( )  |                             |   |
| 7桁+<br>本人氏名      | T22-02  | 関・女                         | M・T・S 年〇月〇日生 (82) 歳   |
| 住 所              | 〇〇市〇〇町△番地   | Tel                         | 〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇   |
|                  |   | Fax                         | 〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇   |
| 日常生活自立度          | 障害高齢者の日常生活自立度   | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2  |   |
|                  | 認知症高齢者の日常生活自立度  | 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M |   |
| 認定情報             | 非該当・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5<br>有効期限：年 月 日～年 月 日 (前回の介護度 ) |                             |   |
| 障害等認定            | 身障 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )、... ( )                   |                             |   |
| 本人の<br>住居環境      | 国宅、借家、一戸建て・集合住宅、自室の有無 ( ) 階、住宅改修の有無                   |                             |   |
| 経済状況             | 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護...                                |                             |   |
| 来 所 者<br>(相 談 者) | 本人  | 家族構成                        | ◎=本人、○=家族、□=同居<br>△=同居に「子」<br>▽=同居に「孫」<br>◇=同居に「孫」<br>(同居家族は〇で囲む) |
| 住 居 先            | 氏名  | 同居                          | 住所・連絡先  |
|                  |   | 本人                          |   |
| 緊 急 連 絡 先        | 氏名  | 氏名                          | 住所・連絡先  |
|                  | 〇〇△△  | 長女                          | 〇〇(〇〇)〇〇〇〇  |

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

|                          |   |   |    |
|--------------------------|---|---|----|
| 今までの生活                   | 本人と要介護状態の妻、長女の3人世帯。朝食、昼食は本人が妻の分も含めて買い物・調理し、夕食は娘が調理している。詩吟をはじめ幅広い趣味を持ち、老人会等の地球活動も積極的に行っているが、現在は、妻の介護や自分の体調不良により外出は減っている。胃腸が悪いため食欲が落ち、加えて換扇したため、食事が摂れず、体重が減少して来らない。 |   |    |
| 現在の生活状況 (ご本人が暮らしを送っているか) | 1日の生活・過ごし方  | 趣味・楽しみ・特技<br>詩吟や短歌などの趣味での活動を楽しんでいますが、現在はできません。        |    |
|                          | 公共交通機関を利用して通院や買い物をするが、それ以外は日常の家事や妻の介護で家の中で過ごすことが多い。   | 時間  | 本人 |
|                          | 介護者・家族  | 友人・地域との関係<br>良好。但し、妻の介護や体調等、お互いの状況があって気軽に遊び行くことはできない。 |    |

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

| 年月日   | 病名     | 医療機関・医師名<br>(主治医・意見作成者に☆) | 経過                  | 治療中の場合は内容  |
|-------|--------|---------------------------|---------------------|------------|
| 年 月 日 | 十二指腸潰瘍 | 〇〇病院・<br>〇〇医師<br>Tel      | 治療中<br>経過観察中<br>その他 |            |
| 年 月 日 | 歯科     | 〇△歯科医院<br>〇△歯科医師<br>Tel   | 経過観察中<br>その他        | 抜歯<br>義歯作製 |
| 年 月 日 |        | Tel                       | 治療中<br>経過観察中<br>その他 |            |
| 年 月 日 |        | Tel                       | 治療中<br>経過観察中<br>その他 |            |

《現在利用しているサービス》

|    |    |         |
|----|----|---------|
| なし | なし | 非公的サービス |
|----|----|---------|

地域生活支援センターが行う事業の要領に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援、対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要に応じて提供することを同意します。

平成 17 年 〇 月 〇 日 氏名 T22-02 印

〈別添〉

T22-02

## 基本チェックリスト(案)

| No. | 質問項目                                | 回答<br>(いずれかに○を<br>お付け下さい) |       |
|-----|-------------------------------------|---------------------------|-------|
|     |                                     |                           |       |
| 1   | バスや電車で1人で外出していますか                   | ①.はい                      | 1.いいえ |
| 2   | 日用品の買物をしていますか                       | ①.はい                      | 1.いいえ |
| 3   | 預貯金の出し入れをしていますか                     | ①.はい                      | 1.いいえ |
| 4   | 友人の家を訪ねていますか                        | ①.はい                      | 1.いいえ |
| 5   | 家族や友人の相談にのっていますか                    | ①.はい                      | 1.いいえ |
| 6   | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか               | ①.はい                      | 1.いいえ |
| 7   | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか        | ①.はい                      | 1.いいえ |
| 8   | 15分位続けて歩いていますか                      | ①.はい                      | 1.いいえ |
| 9   | この1年間に転んだことがありますか                   | 1.はい                      | ①.いいえ |
| 10  | 転倒に対する不安は大きいですか                     | ①.はい                      | 0.いいえ |
| 11  | 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか            | ①.はい                      | 0.いいえ |
| 12  | 身長 151.4 cm 体重 38.5 kg (注) BMI 16.8 |                           |       |
| 13  | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか             | 1.はい                      | ①.いいえ |
| 14  | お茶や汁物等でむせることがありますか                  | 1.はい                      | ①.いいえ |
| 15  | 口の渇きが気になりますか                        | 1.はい                      | ①.いいえ |
| 16  | 週に1回以上は外出していますか                     | ①.はい                      | 1.いいえ |
| 17  | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか                 | ①.はい                      | 0.いいえ |
| 18  | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか   | 1.はい                      | ①.いいえ |
| 19  | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか         | ①.はい                      | 1.いいえ |
| 20  | 今日が何月何日かわからない時がありますか                | ①.はい                      | 0.いいえ |
| 21  | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない                 | 1.はい                      | ①.いいえ |
| 22  | (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった     | 1.はい                      | ①.いいえ |
| 23  | (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる   | ①.はい                      | 0.いいえ |
| 24  | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない              | 1.はい                      | ①.いいえ |
| 25  | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする             | 1.はい                      | ①.いいえ |

(注) BMI=体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

介護予防サービス・支援計画書

利用者名 T22-02 様 認定年月日 平成 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 支援員・支援員2 (地域支援員)

計画作成者氏名 OOOO OOOO 計画作成日 平成17年 9 月 28 日(初回作成日 平成17年 9 月 28 日) 委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) 担当地域包括支援センター:

目標とする生活 1日 3食きちんとバランスのよい食事を摂りたい。 1年 公民館で行っている地域のサークル(詩吟、唱歌等)に参加したい。

Table with 10 columns: アセスメント結果と現在の状況, 本人・家族の意向, 領域における課題(背景・原因), 社会的課題, 課題に対する目標と具体策の提案, 具体策についての意向(本人・家族), 目標, 自認についての支援のポイント, 本人等のセルフケアや家族の支援インフォーマルサービス, 介護保険・介護サービス・地域支援事業, サービスの提供, 事業所, 期間

【栄養改善について】 生活機能評価を踏まえ、高齢者 十二栄養素の不足のため、現在の通院加療中。血圧は極めて高く、現状維持、夏場、血管緊張になるが、白く生活に問題はない。(既往歴) 肺気腫(62歳)のため、半月程入院。

【栄養改善について】 生活機能評価を踏まえ、高齢者 十二栄養素の不足のため、現在の通院加療中。血圧は極めて高く、現状維持、夏場、血管緊張になるが、白く生活に問題はない。(既往歴) 肺気腫(62歳)のため、半月程入院。

Table with 3 columns: 運動, 栄養改善, 口腔ケア, 認知もり予防, 物忘れ予防, うつ予防. Values: 1/5, (2/2), 0/3, (1/3), 1/5

地域包括支援センター 平成 年 月 日 氏名 印

事前アセスメント表 (地域支援事業) (例)

次の質問にお答え下さい。記入はご自身やご家族、あるいは担当者が行います。

お名前 T22-02

わたしの趣味は？ (いくつでも)  
短歌、詩吟

わたしが一番やってみたいことは？ (いくつでも)  
生きていること

わたしの好きな食べ物？ (いくつでも)  
すし、(魚)

わたしの嫌いな食べ物？ (いくつでも)  
脂身(肉類)

食べ物でアレルギー症状(食べる时下痢や湿疹などの症状がでる食べ物)がでますか？  
はい はい (具体的に：)

医師に食事療法をするように言われていますか？  
はい はい (具体的に：肉類(脂身をとりぬように)、胃腸不良)

食事姿勢や食べる動作に不自由を感じますか？  
はい はい (具体的に：)

食事は小さくしたり、刻んだりしなくて食べられますか？  
はい はい (具体的に：)

食事は主に、いつ、どこで、誰と、どんなものをどのように食べていますか？ (たとえば、昨日はどうでしたか？)  
朝 8時：ごはん、みそ汁、納豆、野菜芋煮付け、牛乳  
昼 1時：パン、牛乳、ヨーグルト、レタス、トマト、ソーセージ、サラダ  
夕 8時：ごはん、うなぎ、みそ汁

間食 果物類、ヨーグルト

毎日の食事づくりは、誰がどのようにしていますか？  
朝・昼は本人、夕食、娘。

「自己チェック表」

次の質問にお答え下さい。「はい」の場合には、担当者が具体的な内容をお伺いします。

| 番号 | 質問  | 答え   | 具体的な内容                              |
|----|---|--|-------------------------------------|
| 1  | 歯や口腔、飲み込みの問題がありますか                            | <input checked="" type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | 前歯抜歯治療中。                            |
| 2  | 下痢が続いたり、下剤を常用していますか                           | <input type="checkbox"/> はい<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ | 下剤ではないが、腸の薬を飲んでいる。                  |
| 3  | 便秘が続いていますか                                    | <input type="checkbox"/> はい<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ |                                     |
| 4  | 最近、入浴を経験しましたか                                 | <input type="checkbox"/> はい<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ |                                     |
| 5  | 1日に5種類以上の薬を飲んでいきますか                           | <input checked="" type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | ペリチアム、オパルモン、カスモチン、マグラックス、ケルナック、ガスコン |
| 6  | 1日に食べるのは2食以下ですか                               | <input type="checkbox"/> はい<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ |                                     |
| 7  | 主食(ごはんなど)や主菜(肉、魚などのおかず)を食べる量が減ってききましたか        | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ            | 食事調査                                |
| 8  | 牛乳・乳製品をとっていますか                                | <input checked="" type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | をしてみよう                              |
| 9  | 毎日、一人で食事をしていますか                               | <input type="checkbox"/> はい<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ |                                     |
| 10 | 日常的に身体を動かさなくなっていますか                           | <input type="checkbox"/> はい<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ |                                     |
| 11 | 自分で(あるいは担当者が)食べ物を買に行ったり、食事の支度をするのに不自由を感じていますか | <input type="checkbox"/> はい<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ |                                     |
| 12 | 食べる気力や楽しみを感じていますか                             | <input checked="" type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |                                     |

担当者が計測結果や健診などの検査結果を記入します。

|      |           |          |                     |
|------|-----------|----------|---------------------|
| 身長   | 151.4cm   | 上腕の周囲長   | 18.9cm              |
| 体重   | 38.5kg    | 上腕の脂肪厚   | 2mm                 |
| BMI  | 16.8      | 上腕の筋面積   | 26.6cm <sup>2</sup> |
| 体重減少 | 2~3kg/6か月 | 血清アルブミン値 | g/dl                |

10m 歩行 8.5

計画（地域支援事業）（例）

報告書（地域支援事業・新予防給付）

T22-02  
 名前 T22-02  
 作成日 H17年10月0日  
 担当者 OO

地域包括支援センター

担当者 OO 殿

作成日 H18年0月0日

利用者氏名 T22-02 殿

|  |
|--|
| わたしのゴール（〇〇ができるようになる、もっと元気そうになるなど）  |
| 体重維持 40～42kg   |
| わたしの目標（11月0日まで）<br>（体重を〇kg増やそう。毎日、〇〇〇を〇〇〇〇して食べようなど）<br>食べ物の偏りをなくす。<br>医者に言われたこと（油の多い食べ物を食べ過ぎないよう）を守る……胃腸が弱いので。 |
| わたしの計画<br>便秘にならないように歩く<br>無理をしない程度に動く  |
| 問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価   |

|                            |   |  |
|----------------------------|---|--|
| 低栄養のリスク                    | サービス開始時（10月21日）   | 3か月後（1月19日）  |
| BMI                        | 38.5 kg（16.8）   | 41.6kg（18.2）   |
| 体重減少率、変化                   | 6か月で2～3kgの減少  | 3ヶ月で、3.1kg増加   |
| 血清アルブミン値（g/dl）             | 4.6   | —  |
| サービスの継続の必要性<br>（栄養改善の観点から） | 無・ <u>有</u>   | —  |
| 自己実現の課題とその意欲               | 体重を40～42kgに増やしたい。<br>食べ物の偏りをなくす。  | 森菌も入り、体調も良くなった。<br>昼食弁当は、妻にも食べさせたい<br>と半分残していた（他の参加者に<br>は肉類で妻の分を別に持たせ、本<br>人は全量摂取した）。 |
| 主観的健康感                     | 1 2 3 4 5<br>よい まあよい ふう あまり よくない  | 1 2 3 4 5<br>よい <u>まあよい</u> ふう あまり よくない  |
| 現在の健康状態 あたりはまる<br>番号1つに○   | 1 2 3 4 5<br>よい <u>まあよい</u> ふう あまり よくない   | よい <u>まあよい</u> ふう あまり よくない   |
| 計画の概要と実施状況                 | 胃腸が弱いので脂肪分の多い食事を控え、消化の良いものを食べるようにと言う医師の指示を守りながら、バランスよくきちんと食べる。無理しない程度に動いたり、便秘にならないように歩きたい。                | 妻と2人の食事に注意してつくっており、冷凍や乾物等も上手に利用して調理を工夫している。  |
| 総合的評価                      | 妻の介護の負担も大きいが、そのためバランスや栄養師の高い食事に対する理解が深まっている。意欲始なので参加を継続してできるように支援をしていく。胃腸が強くないため調理方法や食材などについて情報提供を心がけていく。 |  |

所属 OO市役所〇〇〇課

作成担当者氏名 OO OO

栄養相談経過記録表 (例)

|    |     |      |        |      |       |
|----|-----|------|--------|------|-------|
| 氏名 | 男・女 | ID番号 | T22-02 | 生年月日 | (82才) |
| 住所 | 電話  |      |        |      |       |

|  |        |           |      |           |                     |         |
|--|--------|-----------|------|-----------|---------------------|---------|
| 第1回栄養相談 (週目)   | グループ   | 個人        | 実施日  | H17/10/21 | 担当者                 | 〇〇      |
| 身長   | 151.4  | 体重        | 38.5 | BMI       | 16.8                | 血清アルブミン |
| 上腕周囲長  | 18.9cm | 上腕三頭筋皮脂肪厚 | 2mm  | 上腕筋面積     | 26.6 m <sup>2</sup> | 主観的健康感  |
| 解決すべき課題や相談の経過<br>胃腸が弱い、脂防分の多い食事を控えるようにして、消化のよい食事を食べるようにという医師の助言を守りながら、バランスの良い食事をきちんと食べて、まず体重を42kg程度まで増やして維持したい。朝食は、本人が賢い物をして調理して食べている。毎日、適度に歩いているが、便秘がちなので、さらに歩く機会を増やしたい。体力がついてきたら、具体的に何がしたいのか、次回聞いてみたい。 |        |           |      |           |                     |         |
| 電話確認 (1週目)   | 実施日    | 11/11     | 担当者  | 〇〇        |                     |         |
| 3食きちんと食べている。嫌いな食べ物はないので、つい食べ過ぎてしまう。間食にヨーグルトを食べることが多い。1日3回便通がある。朝食は自分で食事を作るが、品数を多く作るのが、大変なので、最近はお惣菜が多い。奥さんがデイケアを受けていて、調子が良くないので、世話をしていること。趣味の詩吟の会が解散してしまったので、今は風呂場で練習している。11/21栄養教室後に歯科医に行く予定とのこと。        |        |           |      |           |                     |         |
| 第2回栄養相談 (週目)   | グループ   | 個人        | 実施日  |           | 担当者                 |         |
| 体重   | BMI    | 健康感       |      |           | 血清アルブミン             |         |
| 解決すべき課題や相談の経過  |        |           |      |           |                     |         |
| 担当者連絡会   | 実施日    |           |      |           |                     | 担当者     |

|   |           |       |     |       |         |  |
|---|-----------|-------|-----|-------|---------|--|
| 第3回栄養相談 (週目)  | グループ      | 個人    | 実施日 | 11/21 | 担当者     |  |
| 身長  | 体重        | BMI   |     |       | 血清アルブミン |  |
| 上腕周囲  | 上腕三頭筋皮脂肪厚 | 上腕筋面積 |     |       | 主観的健康感  |  |
| 解決すべき課題や相談の経過<br>次回確認 (欠席)<br><電話確認> (11/29)<br>11/21は、足が痛くて、痛くて歩けなかったため欠席した。寒くなってからですら2~3回痛くなった。医者に行ったところ、痛いときは転んだりすると危ないので、じっとして痛みが治まるまで待つように言われた。11/21午後には回復し、予約していた歯医者は行くことができ、歯を入れることができ、以前より噛みやすくなって、食べやすくなったとのこと。12/6は、奥さんのデイケアの迎えが9:30なので、遅れて来所することとした。12/1、次の案内をハガキにてお知らせする。 |           |       |     |       |         |  |

栄養相談経過記録表 (例)

|    |     |      |        |      |  |
|----|-----|------|--------|------|--|
| 氏名 | 男・女 | ID番号 | T22-02 | 生年月日 |  |
| 住所 | 電話  |      |        |      |  |

|   |         |           |        |       |         |         |
|---|---------|-----------|--------|-------|---------|---------|
| 第4回栄養相談 (週目)  | グループ    | 個人        | 実施日    |       | 担当者     |         |
| 身長  | 151.4cm | 体重        | 41.3kg | BMI   | 17.6    | 血清アルブミン |
| 上腕周囲長   | 20.2cm  | 上腕三頭筋皮脂肪厚 | 2.5mm  | 上腕筋面積 |         | 主観的健康感  |
| 解決すべき課題や相談の経過<br>ご本人が、朝食を朝食を奥様の分と二人分調理され、夕食は娘さんが作ってくださるということです。ご本人が調理するときは、鍋物、シチュー、汁物など、いろいろな材料を入れて、食べられるメニューにしているとのこと。果物にヨーグルトをかけて食べていたり、牛乳も飲んでいて、体重が増えてきて、ふらつきがないようになった。食欲がないときも、朝ヨーグルトを食べ、三食欠かさず、食べるようにしている。夕食時に娘さんが来る前に野菜料理を作っておくこともある。大豆製品や乳製品は、毎食のように食べている。 |         |           |        |       |         |         |
| 電話確認 (週目)   | 実施日     |           | 担当者    |       |         |         |
| 解決すべき課題や相談の経過   |         |           |        |       |         |         |
| 第5回栄養相談 (週目)  | グループ    | 個人        | 実施日    |       | 担当者     |         |
| 体重  | BMI     | 健康感       |        |       | 血清アルブミン |         |
| 解決すべき課題や相談の経過   |         |           |        |       |         |         |
| 担当者連絡会  | 実施日     |           |        |       |         | 担当者     |

|               |           |       |     |  |         |  |
|---------------|-----------|-------|-----|--|---------|--|
| 第6回栄養相談 (週目)  | グループ      | 個人    | 実施日 |  | 担当者     |  |
| 身長            | 体重        | BMI   |     |  | 血清アルブミン |  |
| 上腕周囲長         | 上腕三頭筋皮脂肪厚 | 上腕筋面積 |     |  | 主観的健康感  |  |
| 解決すべき課題や相談の経過 |           |       |     |  |         |  |



連絡経過（モデル事業開始時の調整）  
秦野保健福祉事務所

| 月/日          | 連絡者   | 連絡相手                   | 連絡方法<br>面談・電話など                    | 内 容  |
|--------------|---|------------------------|------------------------------------|--|
| 7月26日        | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士                            | 秦野市<br>保健師             | 前日アボ<br>市役所訪問                      | 栄養改善モデル事業協力依頼                                    |
| 7月26日        | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士                            | 医師会理事                  | AMアボ<br>〇〇医師会訪問                    | 栄養改善モデル事業協力依頼                                    |
| 7月27日        | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士                            | 医師会長、<br>副会長           | 前日医師会<br>理事がアボ<br>医師会事務所で<br>面談    | 栄養改善モデル事業協力依頼                                    |
| 7月28日        | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士                            | 医師会理事                  | 面談                                 | 栄養改善モデル事業対象者の把握方法                                |
| 8月2日         | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士                            | 秦野市<br>市民健康課長          | 市役所訪問                              | 栄養改善モデル事業協力依頼                                    |
| 8月2日         | 保健福祉課長（保健<br>師）<br>秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士         | 秦野市医師会<br>理事会          | 理事会で説明                             | 介護保険法改正と介護予防概要<br>栄養改善モデル事業協力依頼<br>基本チェックリストについて |
| 8月18日        | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士                            | 医師会理事                  | 電話                                 | 医師会紹介患者のケアプラン作成を秦野在<br>宅介護支援センターに依頼する件の調整        |
| 8月23、<br>24日 | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士、秦野市<br>保健師                 | 在宅、社協<br>ケアマネ          | 在宅介護支援<br>センター（4）<br>社会福祉協議<br>会訪問 | 栄養改善モデル事業協力依頼                                    |
| 8月26日        | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士                            | 医師会理事                  | 理事医師会訪問<br>（9）                     | 基本チェックリスト使用依頼                                    |
| 8月30日        | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士                            | 秦野在宅<br>ケアマネ、看<br>護師   | 秦野在宅<br>訪問                         | 医師会紹介患者のケアプラン作成依頼                                |
| 9月5日         | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士、保健福<br>祉課長（保健師）、秦<br>野市保健師 | 秦野市社協<br>社協事務長<br>ケアマネ | 秦野市社協<br>訪問                        | 栄養改善モデル事業協力依頼                                    |
| 10月4日        | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士                            | 医師会理事                  | 電話及び訪問                             | 対象者の有無確認<br>有りの場合は訪問回収                           |
| 10月6日        | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士                            | ケアマネ<br>保健師            | 地域ケア会議<br>要説明                      |  |

秦野市

| 月/日    | 連絡者        | 連絡相手           | 連絡方法<br>面談・電話など | 内 容  |
|--------|------------|----------------|-----------------|--|
| 10月5日  | 管理栄養士      | 保健師            | 所内              | 事業の趣旨説明、市事業における対象者選定方<br>法の周知、関係資料配布   |
| 10月11日 | 管理栄養士      | 在宅介護支援<br>班保健師 | 電話              | 質疑応答が対象者を選定するにあたっての相<br>談状況の把握、再度事業への協力を依頼<br>機材包括が対象者を選定するにあたり、在宅介<br>護支援班への相談状況を報告、医師会把握対象<br>者の情報提供、再度事業への協力を依頼 |
| 10月11日 | 管理栄養士      | 保健師            | 所内              | 今までの訪問の経過など事前情報の集約、口腔<br>ケアの必要性を事前把握   |
| 10月17日 | 非常勤<br>栄養士 | 訪問看護師          | 所内              | 栄養改善参加者の情報集約、情報教室の運営方<br>法、スタッフの承認等の把握   |
| 10月19日 | 管理栄養士      | 保健福祉事務<br>所    | メール             | 秦野市からの把握対象者情報の提供、初日の教<br>室運営について周知   |
| 10月20日 | 管理栄養士      | 非常勤栄養士         | 所内              |  |

連絡経過（事業開始後 他領域との調整）  
秦野保健福祉事務所

| 月/日           | 連絡者                | 連絡相手                   | 連絡方法<br>面談・電話など | 内 容   |
|---------------|--------------------|------------------------|-----------------|---|
| 10月上旬         | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 事業担当（事<br>務）課長         | 所内              | 当該モデル事業を当該事業（健康運動<br>習慣普及事業）に位置付ける。<br>高齢者の栄養改善実施計画作成<br>（報告書、活用表、資金確保） |
| 10月上旬         | 事業担当（事務）           | 所内<br>（所長決裁）           | 起案・決裁           | 栄養改善①採血打合せ  |
| 10月14日        | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 保健師                    | 所内              | 訪問日程調整<br>22-05.06.07.11  |
| 10月<br>28～31日 | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 在宅<br>ケアマネ             | 電話<br>メール       | 栄養改善③口腔ケア指導依頼   |
| 11月14日        | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | HC<br>歯科医師<br>歯科衛生士    | 所内              | 参加状況連絡  |
| 11月22日        | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 在宅<br>ケアマネ             | メール             | 22-03の参加状況連絡<br>失入院により座席状態<br>食事を食べたくない                                 |
| 11月25日        | 在宅<br>ケアマネ         | 秦野保健福祉<br>事務所<br>管理栄養士 | 電話              | 22-04の参加状況連絡<br>栄養改善事業について  |
| 11月29日        | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 在宅<br>ケアマネ             | メール             | 栄養改善③ 実施計画検討<br>対象者の状況について情報交換  |
| 12月2日         | 秦野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | HC<br>歯科医師<br>歯科衛生士    | 打合せ             |   |

秦野市

| 月/日    | 連絡者    | 連絡相手           | 連絡方法<br>面談・電話など | 内 容   |
|--------|--------|----------------|-----------------|---|
| 10月25日 | 管理栄養士  | 在宅介護支援<br>班保健師 | 来所連絡            | 初回の参加者状況報告、機材包括からのニ<br>ーズや対象者を取り巻く関係職種の情報<br>集約し、地域支援事業の低栄養・ハイリスク<br>アプローチについて情報交換    |
| 10月25日 | 管理栄養士  | 訪問歯科衛生士        | 所内              | 23-04の訪問歯科指導における経過につい<br>て情報を集約   |
| 10月26日 | 非常勤栄養士 | 保健師            | 所内              | 23-02について血液さらさら大作戦教室終<br>了後、計測・2次アセスメント、栄養相談<br>1を行う時間調整を検討                           |
| 10月27日 | 非常勤栄養士 | 訪問看護師          | 所内              | 23-04の栄養教室④出席の状況を報告し、<br>同行訪問の検討  |
| 11月2日  | 非常勤栄養士 | 保健師            | 所内              | 23-03の状況を報告   |
| 11月17日 | 非常勤栄養士 | 在宅ケアマネ         | 電話              | 22-05の訪問するにあたっての連絡、二本<br>人への事前連絡を依頼   |
| 11月28日 | 非常勤栄養士 | 在宅ケアマネ         | 電話              | 情報集約  |
| 11月30日 | 管理栄養士  | 保健師<br>主幹      | 所内              | 22-04の昼食会後の状況報告と事業者ニー<br>ズを報告し情報を共有、事例を通じて前後<br>管理等の在宅栄養支援のあり方、新子助<br>給付サービスについて情報交換。 |
| 11月30日 | 管理栄養士  | 在宅ケアマネ         | 電話              | 22-04の栄養参加状況の報告、失も含めた<br>栄養ケアマネジメンへの事業者のニーズ<br>を把握                                    |
| 11月30日 | 管理栄養士  | 在宅介護支援<br>班保健師 | 電話              | 22-04の事業者ニーズを報告、新子助給付<br>サービスについて情報交換、地域ケア会議<br>後に事業者への情報提供を依頼                        |
| 12月1日  | 管理栄養士  | 非常勤栄養士・主<br>幹  | 所内              | 22-04他、訪問ケース、前後管理ケースに<br>ついて情報交換、対応の方向性を検討  |

連絡経過 (担当者の研修・事例検討・打合せ等)  
 桑野保健福祉事務所

| 月/日          | 連絡者                | 連絡相手                    | 連絡方法<br>面談・電話など | 内 容   |
|--------------|--------------------|-------------------------|-----------------|---|
| 9月30日        | 桑野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 桑野市<br>管理栄養士等           | 管理栄養士研<br>修会    | モデル事業の企画と研修                                   |
| 10月21日       | 桑野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 桑野市<br>管理栄養士等           | 栄養教室①終<br>了後打合せ | 担当者決定<br>欠席者への訪問担当者決定                         |
| 10月28日       | 桑野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 桑野市<br>管理栄養士等           | 栄養改善検討<br>会     | 事例検討と栄養教室②打合せ                                 |
| 11月21日       | 桑野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 桑野市<br>管理栄養士等           | 事例検討会           | 出席者の状況確認、欠席者への対<br>応調整、栄養教室③内容調整              |
| 12月6日        | 桑野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 桑野市<br>管理栄養士等           | 栄養教室③終<br>了後打合せ | 出席者の状況確認<br>欠席者への対応調整                         |
| 12月22日<br>AM | 桑野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 桑野市<br>HIC歯科医師<br>歯科衛生士 | 栄養改善検討<br>会     | 対応状況確認調整<br>欠席者への対応調整<br>18年度以降の事業化へ向けて検<br>討 |
| 12月22日<br>PM | 桑野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 桑野市<br>伊勢原市<br>管理栄養士    | 栄養改善<br>業務連絡会   | 栄養改善モデル事業実施状況報告<br>18年度事業化に向けた提供              |

桑野市

| 月/日    | 連絡者    | 連絡相手    | 連絡方法<br>面談・電話など | 内 容  |
|--------|--------|---------|-----------------|--|
| 10月27日 | 管理栄養士  | 非常勤栄養士  | 所内              | 個人ファイル作成、記録方法を周知し、<br>対象者情報を共有、今後の個別栄養ケア<br>マネジメントの手法を伝えた                              |
| 11月2日  | 非常勤栄養士 | 保健福祉事務所 | 電話              | 20-01の共(20-11)の担当者へケース連<br>絡し、情報の共有  |
| 11月11日 | 非常勤栄養士 | 保健福祉事務所 | 所内              | 23-04 訪問の報告  |
| 11月17日 | 管理栄養士  | 保健福祉事務所 | 電話              | 栄養教室②の予定参加者人数や状況の<br>把握、メニューや運営方法を確認し事前<br>に共有   |
| 11月27日 | 非常勤栄養士 | 管理栄養士   | 所内              | 23-04 栄養教室②欠席のため、支援レ<br>ターなどの今後の対応を検討  |
| 11月30日 | 非常勤栄養士 | 保健福祉事務所 | 電話              | 23-04 昼食会後の状況報告と事業者ニ<br>ースを報告し情報を共有。事例を通じて<br>術後管理等の在宅療養者支援のあり方、<br>新子防給付サービスについて情報交換。 |
| 11月30日 | 管理栄養士  | 保健福祉事務所 | 電話              | 栄養教室③の内容確認、事前<br>情報共有  |
| 12月2日  | 管理栄養士  | 保健福祉事務所 | 電話              | 栄養教室③の内容確認   |
| 12月8日  | 管理栄養士  | 非常勤栄養士  | 所内              | 栄養教室③の内容報告   |

連絡経過 (本人・家族及び関係者)  
 桑野保健福祉事務所

| 月/日    | 連絡者                | 連絡相手                | 連絡方法<br>面談・電話など | 内 容          |
|--------|--------------------|---------------------|-----------------|--------------|
| 10月14日 | 桑野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 対象者(医師会紹<br>介患者10名) | 電話              | 高齢者の栄養教室の案内  |
| 10月15日 | 桑野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 対象者<br>20名          | 通知              | 高齢者の栄養教室開催通知 |

| 月/日    | 連絡者                | 連絡相手               | 連絡方法<br>面談・電話など | 内 容                                 |
|--------|--------------------|--------------------|-----------------|-------------------------------------|
| 10月28日 | 桑野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 初回欠席者5名            | 電話              | 訪問日時の約束<br>22-05,06,07,11           |
| 11月25日 | 桑野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 22-03              | 電話              | 状況確認、栄養相談<br>(電話後対応依頼)              |
| 12月1日  | 桑野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 前回欠席者8名            | はがき             | 栄養教室③ 内容通知<br>(家族がわかるよう、はがきとした)     |
| 12月5日  | 22-03              | 桑野保健福祉事務<br>所管理栄養士 | 電話              | 欠席する旨連絡したのにはがきが来<br>た。(前回欠席者に発行出した) |
| 12月19日 | 桑野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 22-03              | 電話<br>訪問        | 電話で訪問約束<br>訪問 (体重測定、状況確認、栄養相談)      |
| 12月19日 | 桑野保健福祉事務所<br>管理栄養士 | 20-02<br>20-07     | 訪問              | アがなしい訪問<br>体重測定、状況確認、栄養相談           |

桑野市

| 月/日    | 連絡者    | 連絡相手           | 連絡方法<br>面談・電話など | 内 容   |
|--------|--------|----------------|-----------------|---|
| 10月17日 | 非常勤栄養士 | 23-04<br>本人・妻  | 電話              | 教室の連絡、交通経路の確認   |
| 10月22日 | 非常勤栄養士 | 23-02          | 電話              | 初回欠席のため、2次アセスメント、栄養相談1<br>の日程調整   |
| 10月27日 | 非常勤栄養士 | 22-05          | 電話              | 事業の趣旨説明、訪問日程の調整と家族と本人の<br>体調確認  |
| 11月18日 | 非常勤栄養士 | 20-04          | 電話              | 栄養教室②のお誘い   |
| 11月19日 | 管理栄養士  | 22-01          | 電話              | 栄養教室②の持ち物連絡と出席確認  |
| 11月25日 | 非常勤栄養士 | 20-04<br>実子(娘) | 電話              | 栄養教室②(昼食会)を欠席のため状況確認のた<br>め連絡。忘れてしまった。  |
| 11月25日 | 管理栄養士  | 22-04          | 電話              | 昼食会後の意欲・体調確認。具合が悪いとき<br>の食環境の状況把握と、胃にやさしい食事内容を一緒<br>に考えた。通院状況確認から、光過敏などの服薬<br>の副作用と思われる症状を医師機関へ相談するこ<br>とを助言。ケアマネの関わりについても情報を集<br>約 |
| 11月29日 | 非常勤栄養士 | 22-02          | 電話              | 栄養教室②欠席のため、状況確認と次回の連絡<br>約  |
| 11月29日 | 非常勤栄養士 | 23-04          | 訪問              | 栄養教室②欠席のため、資料を届け次回の連絡   |
| 12月5日  | 非常勤栄養士 | 20-04<br>実子(娘) | 電話              | 栄養教室③のお誘い   |
| 12月12日 | 非常勤栄養士 | 23-04          | 送付              | 支援レターの郵送(新しい講座案内～桑野市立公<br>民館地域情報)   |

## 研究事例

### 神奈川県津久井郡津久井町における地域支援事業 特定高齢者施策： 栄養改善プログラムについて

|                     |        |
|---------------------|--------|
| 神奈川県津久井郡津久井町役場管理栄養士 | 井上 あかり |
| 神奈川県津久井保健福祉事務所      | 田村 須美子 |
|                     | 升井 孝子  |

#### 1. 地域特性と取り組みの経緯

##### (1) 地域特性

津久井町は神奈川県の最北西端地域である津久井郡四町（城山町・津久井町・相模湖町・藤野町）の中にあり、津久井保健福祉事務所の所管地域である。人口は 29,245 人、65 歳以上の人口は 5,231 人、高齢化率 17.9%である（平成 18 年 2 月 1 日現在）。町内は、津久井湖など 3 つの湖に恵まれ、美しい川の流れと緩やかな丘陵地、雄大な丹沢山地の緑に囲まれた地域となっている。主要な交通手段は自動車とバスであり、町役場から最も遠い地区ではバスが 1 日往復 6.5 便（行き 7 本・帰り 6 本）となっている。津久井町と相模湖町は、平成 18 年 3 月 20 日に相模原市と合併することが決まっている。

低栄養状態のおそれのある者を、①6 ヶ月間に 2～3kg の体重減少がある、②BMI18.5 未満、③血清アルブミン 3.5mg/dl 以下の 3 項目のうち、①及び②に該当する者または③に該当する者とする、65 歳以上の高齢者人口の 1%に相当した場合、52 人と推定することができる。

##### (2) 管理栄養士等の人材資源や地域サービス資源の状況

津久井町は、保健福祉部門の健康福祉課に常勤の管理栄養士 1 名が配置されているが、介護保険担当課への配置はない。健康福祉課の管理栄養士は母子保健、老人保健及び地域の自主組織育成等に従事してきた。

地域の様々な団体と交流を持ち、地域に根ざした活動を進めている食生活改善推進員は、津久井郡四町で食生活改善推進団体「津久志会」として 128 名、そのうち津久井町では津久井町食生活改善推進団体として 51 名が活動している。

津久井町食生活改善推進団体は、津久井町社会福祉協議会から委託を受け、町内の独居老人を対象として年 2 回の一人暮らし高齢者昼食会を開催し、生活習慣病予防の食事や家庭での調理の工夫について情報を提供している。さらに、町内には 8 つの地区社会福祉協議会があり、高齢者が集う機会として毎月、「やすらぎステーション」を開催している。

#### 2. 栄養改善プログラムの実際

##### (1) 津久井町における本研究対象者の把握

津久井町には、町立国保診療所があり当該研究に対する協力依頼をした。また、平成

15 年度に津久井保健福祉事務所が開発した、基本健康診査結果データ管理システムを活用し、低栄養状態のおそれがある者の把握手段の一つとした。基本健診データ管理システムは、健診結果と問診票を全てパソコンに入力し、集計や一人の住民の経年変化を容易にみることもできる。そこで、①基本健康診査の結果が平成 15 年度及び 16 年度に BMI18.5 未満だった者、かつ②15 年度から 16 年度に BMI が減少した者を抽出した。その中で、町立国保診療所がかかりつけである 2 名（T25-01,T25-02）について、医師に意見を求めた上で津久井町健康福祉課事務職と管理栄養士が栄養改善の必要性を説明し、2 名とも栄養改善プログラムの参加を希望した。しかし、T25-02 は、その後の栄養リスクの確認によって、低体重ではあるが、体重減少がみられないことから、本人の希望によって継続して本プログラムには参加したが、報告からは除外した。

一方、町内の地区社会福祉協議会 1ヶ所が毎月行っている「やすらぎステーション」において、参加した高齢者 42 名に基本チェックリストを配布し、スタッフとともに必要に応じて聞き取りをしながら回答してもらった。①6 ヶ月間に 2～3kg の体重減少がある、②BMI18.5 未満に該当する者は 10 名だったが、栄養改善プログラムへの参加希望者はいなかったため、最終的な栄養改善プログラムへの参加希望者は 2 名だった。

栄養改善プログラムへの参加を希望しなかった者、もしくは基本チェックリストで問題がなかった者に対しては、「やすらぎステーション」における昼食交流会で、津久井町食生活改善推進団体が健康を考えた食事の提供を、津久井町健康福祉課保健師・管理栄養士が生活習慣病予防の生活や食事の工夫に関する健康教育を実施した。

基本チェックリスト記入については、書くことに慣れていない高齢者が多く、聞き取りをしたほうが効率的な場合もあった。また自分の身長や体重を把握していない高齢者も多いのが現状であった。

## (2)介護予防ケアプランの作成

(仮) 津久井地域包括支援センターを津久井町保健センターに設定し、在宅保健師が介護予防ケアプランの作成等を行った。介護予防アセスメントおよび介護予防サービス・支援計画の作成にあたっては、通所が原則であるが、保健師と管理栄養士が対象者の自宅へ訪問し、可能であれば家族に同席してもらった。

介護予防アセスメントは 45～60 分、介護予防サービス・支援計画の作成には約 20 分かかった。平成 17 年度の基本健康診査結果を対象者と一緒に確認し、血清アルブミン検査は必要と思われる場合にのみ実施することとした。

## (3)栄養改善プログラムの概要

栄養改善プログラムは、本来、通所における個別サービスとして実施されるべきであるが、対象者の居住地区は交通の便が悪く、日頃からバスや車では出かけ慣れていないことと現在の生活環境に適した内容の栄養相談を実施するため、栄養改善プログラムは自宅への訪問で行うこととした。

血清アルブミン検査は町立国保診療所で、受診時に管理栄養士が同行して実施した。

栄養改善プログラムは、栄養相談については毎回、事前に対象者と訪問の日程調整を行い、以下のように実施した。

①第 1 回サービス担当者会議

目的：介護予防ケアプランと栄養改善プログラムの方針確認

日付：平成 17 年 10 月 27 日（木）＊ケアプラン作成のための訪問後に実施

場所：津久井町保健センター

所要時間：1 名につき 20 分

出席者：保健師 1 名、管理栄養士 2 名

検討事項：栄養改善プログラム提供時の要点、その他のサービス支援利用説明

②第 1 回栄養相談

目的：事前アセスメントの実施、目標設定と計画づくり

日付：平成 17 年 10 月 31 日（月）

場所：対象者の自宅、町立国保診療所（採血）

所要時間：95 分

参加者：T25-01 と嫁

担当者：管理栄養士 1 名

事前アセスメントのための準備物品：個人ファイル（介護予防ケアプランシート、事前アセスメント票・計画書）、皮下脂肪厚測定器具、パンフレット、レシピ

事前アセスメント実施事項：

①事前アセスメント：事前アセスメント票記入、身体測定（上腕三頭筋皮下脂肪厚と上腕周囲長）、採血

②計画の作成：日頃、対象者が気になっていることと生活環境・食品購入方法、アセスメント結果をふまえ、対象者とともに食事計画作成。今後の日程説明

③電話確認：第 1 回栄養相談実施後、1 週間から 10 日後に対象者と電話で計画の実施状況を確認。問題点や体調等の聞き取りと個人別栄養相談記録の記入。

③第 2 回栄養相談

目的：計画実施状況、生活や気持ちの変化の確認

日付：平成 17 年 11 月 14 日（月）

場所：対象者の自宅

所要時間：65 分

担当者：管理栄養士 1 名

準備物品：個人ファイル（介護予防ケアプランシート、事前アセスメント票・計画書）

実施事項：計画実施後の変化や問題点の把握、食嗜好や体調・生活状況の確認、次回の栄養相談日程調整

その他：介護予防ケアプラン作成担当の保健師へ、栄養改善プログラム実施状況報告

④第 3 回栄養相談

目的：食事計画実施状況（1 ヶ月）、生活や気持ちの変化の確認

日付：平成 17 年 11 月 29 日（火）

場所：対象者の自宅、町立国保診療所（採血）

所要時間：30 分

担当者：管理栄養士 1 名

準備物品：個人ファイル（介護予防ケアプランシート、事前アセスメント票・計画書）

実施事項：計画実施後の変化や問題点の把握、食嗜好や体調・生活状況の確認、介護予防ケアプラン評価の日程調整、採血

その他：介護予防ケアプラン作成担当の保健師へ、栄養改善プログラム実施状況報告

⑤介護予防ケアプラン評価（1 ヶ月）

目的：1 ヶ月後の計画評価

日付：平成 17 年 12 月 1 日（木）

場所：対象者の自宅

所要時間：65 分

担当者：保健師 1 名、管理栄養士 2 名

準備物品：個人ファイル（介護予防ケアプランシート、事前アセスメント票・計画書）、皮下脂肪厚測定器具、基本チェックリスト及び事後アセスメント票（1 ヶ月）、採血結果（第 3 回栄養相談時のもの）

実施事項：介護予防ケアプランの実施結果確認（栄養相談以外も含む）、基本チェックリスト及び事後アセスメント票（1 ヶ月）の記入、対象者と今後の方針検討

⑥第 2 回サービス担当者会議

目的：介護予防ケアプランと栄養改善サービスの評価（1 ヶ月）

日付：平成 17 年 12 月 1 日（木）

\*介護予防ケアプラン評価（1 ヶ月）の訪問後に実施

場所：津久井町保健センター

所要時間：30 分

出席者：保健師 1 名、管理栄養士 2 名

検討事項：介護予防ケアプランの評価と栄養改善プログラムの今後の方針確認

その他：1 ヶ月後及び 2 ヶ月後に、対象者に電話で計画の実施等について管理栄養士が確認。介護予防ケアプラン作成担当の保健師へ栄養改善プログラム実施状況報告。

#### ⑦第 3 回サービス担当者会議

目的：介護予防ケアプランと栄養改善サービスの評価（3 ヶ月）

日付：平成 18 年 2 月 9 日（木）

\*介護予防ケアプラン評価（3 ヶ月）の訪問後に施行

場所：津久井町保健センター

所要時間：30 分

出席者：保健師 1 名、管理栄養士 2 名

検討事項：介護予防ケアプランの評価と栄養改善プログラムの今後の方針確認

#### ⑧経過報告の実施

目的：栄養改善プログラムの進捗状況報告

実施事項：研究班へ各種帳票類（1 ヶ月目、3 ヶ月目の評価）を送付

#### (4)栄養改善プログラムの特性

栄養改善プログラムは、本来は通所として行われるべきものであるが、対象者の住んでいる地区は津久井町内で最も交通の便が悪く、町役場まで通所するには 1 日往復 6.5 便（行き 7 本・帰り 6 本）のバスに乗らなければならない。1 回乗り換え、片道 50 分以上かかる。また、対象者 2 名は住んでいる地区の行事には参加しているが、バスで町役場方面へ外出する機会がほとんどなく、日頃から「他の家族に迷惑はかけたくない」と思っているため家族の送迎による通所は難しい。しかも対象者数が少ないので集団で行うことが難しいこと等から管理栄養士の訪問による栄養改善プログラムを実施した。

自宅は対象者にとって落ち着いて話せる空間であり、食生活以外の会話も出た。その内容が、生活にあった計画を立てるための情報収集や対象者と管理栄養士の人間関係を築くために役立った。

また、相談によって、「食べること」への意欲が高まり、食べ物に関心をもち、「食べること」の大切さを感じて積極的に計画に取り組むようになった。さらに、計画を実行していく中で体調や検査結果が改善されたことにより、精神的にもより一層元気になっていった。

対象者が保管していた過去の基本健康診査の結果表や、津久井町の基本健康診査結果データ管理システムを活用し、血清アルブミン以外の血液検査結果（血色素、総コレステロール、中性脂肪等）の変化についても把握することができた。

#### (5)配慮した事項

対象者は要介護認定を受けていないので、身体状況における大きな問題も少ない。「低栄養状態」という言葉はむしろふさわしくないので、健診結果などから「栄養改善」と言う言葉を用いて話した。

採血については、対象者の負担を軽減するため、受診時に管理栄養士が同行して実施した。町立国保診療所の医師・事務職は町役場職員であるため、血液検査結果の確認等の連

携がとりやすかった。

介護予防ケアプラン作成時の保健師訪問に、管理栄養士も同行することにより対象者と面識をもち、その後の栄養相談が円滑に進むようにした。

たとえ、体調や検査結果には具体的な効果が表れていなくても、計画に取り組んだという意欲を認め、自信を持って続けていけるよう促した。

#### (6)低栄養状態の改善状況や事例の観察結果

T25-01 は若い頃から旅行が好きで、今でも旅行に行きたいと思っているが、一人では危険だと感じている。しかし誰かの世話になりたくもないと考えている。毎年受けている基本健康診査で、今年初めて貧血になった。義歯が合っていないために噛み合せが悪く、食事量が少なかったので必要な栄養量がとれていなかったことも原因と考えられた。そこで、エネルギー摂取量を増やすために間食に牛乳を飲むことを実行することにした。また甘いものが好きということで、砂糖をたくさん入れて飲むことを推奨した。

最初の 1 ヶ月間、積極的に計画の実施に取り組んだ。家族（嫁）の協力もあり、問題は生じていない。牛乳を毎日飲むようになり、1 ヶ月後には体重が増加し、血液データ（血清アルブミンや血色素）が改善した。さらに、気にしていた便秘もなくなり、食事量も増えた（食欲が出た）。食べることの大切さを、自分自身が身をもって体験したことにより、食べもの（食べること）への関心が高まった。また精神的にも一層明るくなり主観的健康感も向上した。

栄養改善プログラム開始から 3 ヶ月が経過し、毎日牛乳を飲むことは定着している。また、便秘もなく、日常の食事也十分に食べられるようになったと本人も元気に話してくれた。最近では、自分が行きたいところ（スーパーや服屋など）へ一人でバスに乗って出かけたり、近所の友達と一緒にツアーの日帰り旅行に出かけたりしている。体調が良く、外出の機会が増え、自分に自信が持てるようになってきている。家族に迷惑をかけたくないという考えを持って生活しており、前向きに生活している。管理栄養士が訪問し、何度も関わったことにより、対象者自身の計画に取り組む意欲も高まった。そして、取り組んだ効果を実感することが計画の実施継続や主観的健康感の向上につながっていた。1 ヶ月目の評価終了後から 3 ヶ月目の評価まで、電話で状況確認等を実施した。声だけでも明るさが伝わり、「心配しなくても大丈夫よ」という言葉さえ聞かれた。

### 3. 今後の地域支援事業：栄養改善プログラムのシステムづくりと運営について

此度の研究への参加は津久井町の栄養改善プログラム等の介護予防サービスを推進するための地域特性やサービス資源等を改めて確認する機会となった。平成 18 年度からの地域支援事業における介護予防特定高齢者施策栄養改善プログラムや介護予防一般高齢者施策を検討していく上で活用できるサービス資源等のきめ細かな情報が求められる。

今回、津久井町における栄養改善プログラムは訪問によって実施したが、低栄養状態のおそれがある者について、個別に日程を設定し、6 ヶ月間で 8 回の栄養相談を行うことはかなりの時間を必要とする。個別にじっくり話ができるため、信頼関係や人間関係を築い



たり効果的な目標設定をすることが通所に比べて容易である。しかし地域にどれだけサービス対象者がいるか、従事できる管理栄養士が何人確保できるか等によって実施内容も決まってくるため、通所で効率良く実施することが望まれる。ただし地域の交通の便をよく考慮して進めなければならない。そして、地域支援事業高齢者施策の本来の形態である通所による栄養改善プログラムの具体的な実施を早期に検討する必要がある。

平成 18 年度 4 月からの栄養改善サービスを実施するにあたり、地域の中で 4~5 人が集まれる拠点があると良い。自治会館等を利用して調理・会食する場があると、外出のきっかけになり、また、自分の食事(食べること)について調理を通して自立につないでいくことができるようになる。さらに、他者のために自分が行動し、喜びや満足を得て生きがいを見つけるといった社会的な参画による自己実現が達成されるようになることも期待できる。まずは関連多職種が集まり、「食べること」の意義を語り合うところから始めていくのが良いのではないかと考えている。

栄養改善プログラムを効率的に実施するため、市町村管理栄養士だけでなく地域の管理栄養士・栄養士の研修や食生活改善推進団体等のボランティア団体との情報交換が大切である。地域の食習慣や食品購入手段などを把握し、それをふまえた情報提供をしなければならない。そのため保健福祉事務所と市町村が協力して人材育成を行っていきたい。

今回の研究にあたり、平成 18 年 4 月からの地域支援事業実施を念頭において津久井保健福祉事務所と津久井町が協力して進めてきた。実施にあたっては、今後使用予定の書式を用いて実際に記録しながら取り組んだので、他職種の役目や様式の活用法などもよく理解することできた。

さらに、研究に参加して、対象者である高齢者から多くの事を学びつつ、栄養改善プログラムの 4 月からの施行にむけての検討ができたことは大きなメリットであった。この経験を生かして、今後、栄養改善プログラムの円滑な推進に向けて努力していきたい。

最後に、この研究実施にご協力いただいた関係機関及び担当者の皆様に多大な感謝をしております。ありがとうございました。

## 【事例紹介】(T25-01)

79 歳女性 息子夫妻、孫との 4 人世帯。

結婚を機に現在の地域に住むようになった。

旅行が好きで、昔は 1 人でも出かけていた。高齢になり、本人や家族の心配もあり 1 人で旅行に行くことはなくなった。しかし、地域の仲間と一緒に日帰りや 1 泊で出かけることはある。

結婚前から歯科受診はしていたが、結婚後は交通の便が悪く歯科医院に行かなくなり虫歯になった。現在は総入れ歯。

家では興味のあるテレビ番組を見たり、新聞も読む。近所の友人宅を訪ねていたり、畑仕事もする。日中は息子の嫁と 2 人で過ごすことが多い。外出時はバスを利用している。

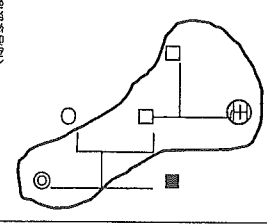
おおむね 2 週間ごとに近所の診療所に受診している。できるだけ家族に迷惑を掛けないようにしたい、色々なところに旅行に行きたいと思っている。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 △△

《基本情報》

|                  |   |         |                    |
|------------------|---|---------|--------------------|
| 相 談 日            | 〇〇年〇〇月〇〇日(〇)  | 来 所・電 話 | 初 回                |
| 本人の現況            | 在宅・入院又は入所中( )   |         |                    |
| 7加ナ<br>本人氏名      | T25-01  | 男・女     | M・F・S15年〇月〇日生(79)歳 |
| 住 所              | 〇〇町△番地  | Tel     | 〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇        |
|                  |   | Fax     | 〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇        |
| 日常生活自立度          | 障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2                        |         |                    |
| 認知症高齢者の日常生活自立度   | 自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M                                 |         |                    |
| 認定情報             | 扶該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5<br>有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度 ) |         |                    |
| 障害等認定            | 身障( )、療育( )、精神( )、難病( )、・・・( )                                  |         |                    |
| 本人の<br>住居環境      | 自営・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階、住宅改修の有無                               |         |                    |
| 経済状況             | 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・  |         |                    |
| 来 所 者<br>(相 談 者) | 家族構成  |         |                    |
| 住 所 先<br>速 報 先   | 氏名  | 続柄      | 住所・連絡先             |
|                  |   | 〇〇△△    | 息子 同居              |
| 緊急連絡先            | 家族構成等の状況  |         |                    |



利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

|                            |   |                                     |        |
|----------------------------|---|-------------------------------------|--------|
| 今までの生活                     | 小田原出生。<br>昭和26年に結婚(23歳)し、津久井町に転入した。畑仕事と子育てをし、40歳から10年間近隣の会社に勤務する。平成6年に夫が亡くなる。<br>55歳の頃より耳鳴(+)大学病院に受診し、メニエル氏病と診断され、現在も治療中。<br>現在、長男夫婦と孫の4人暮らし。 |                                     |        |
| 現在の生活状況<br>(どんな暮らしを送っているか) | 1日の生活・すごし方  | 趣味・楽しみ・特技<br>友達と年2回旅行。<br>暖かい時は畑仕事。 |        |
|                            | 規則正しい生活をし、暖かい日は30分間散歩している。食事は嫁が作り、家族と一緒に食卓を囲んでいる。   | 本人                                  | 介護者・家族 |
| 時間                         | 起床<br>朝食<br>散歩(近所の友達<br>の所に行く事も)<br>昼食<br>テレビ<br>夕食<br>入浴<br>20:00  | 友・地域との関係<br>近所の友達とお茶のみ。             |        |

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

| 年月日      | 病名     | 医療機関・医師名<br>(主治医・意見作成者に☆)         | 経過  | 治療中の場合は内容           |
|----------|--------|-----------------------------------|-----|---------------------|
| H18年1月1日 | ノロウイルス | A診療所<br>(〇〇医師)<br>Tel             | 経過中 | 治療中<br>経過観察中<br>その他 |
| H17年10月  | 貧血     | 基本健診結果より<br>A診療所<br>(〇〇医師)<br>Tel | 経過中 | 治療中<br>経過観察中<br>その他 |
| S61年月日   | メニエル氏病 | A診療所<br>(〇〇医師)<br>Tel             | 経過中 | 治療中<br>経過観察中<br>その他 |
| 年月日      |        | Tel                               |     |                     |

《現在利用しているサービス》

|                    |         |
|--------------------|---------|
| 公的サービス             | 非公的サービス |
| ・週1回ゲートボール         |         |
| ・やすらぎステーション(3ヶ月1回) |         |

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要介護認定に添った調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・利便促進シート、アクセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成17年〇月〇日 氏名 T25-01 印

〈別添〉

T25-01

## 基本チェックリスト(案)

| No. | 質問項目                              | 回答<br>(いずれかに○を<br>お付け下さい)     |                                |
|-----|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 1   | バスや電車で1人で外出していますか                 | <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| 2   | 日用品の買物をしていますか                     | <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| 3   | 預貯金の出し入れをしていますか                   | <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| 4   | 友人の家を訪ねていますか                      | <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| 5   | 家族や友人の相談にのっていますか                  | <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| 6   | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか             | <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| 7   | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか      | <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| 8   | 15分位続けて歩いていますか                    | <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| 9   | この1年間に転んだことがありますか                 | <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 10  | 転倒に対する不安は大きいですか                   | <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 11  | 6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか          | <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 12  | 身長 148.5 cm 体重 36kg (注) BMI16.4   |                               |                                |
| 13  | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか           | <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 14  | お茶や汁物等でむせることがありますか                | <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 15  | 口の渇きが気になりますか                      | <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 16  | 週に1回以上は外出していますか                   | <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| 17  | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか               | <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 18  | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか | <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 19  | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか       | <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| 20  | 今日が何月何日かわからない時がありますか              | <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 21  | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない               | <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 22  | (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった   | <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 23  | (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる | <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 24  | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない            | <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 25  | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする           | <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |

(注) BMI=体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。