

介護予防サービス・支援計画書

NO. _____ 利用者名 T25-01 _____ 様 設定年月日 _____ 年度 平成 年 月 日 _____ 認定済・申請中 _____ 認定済・申請済 _____ 要支援1・要支援2 _____ 地域支援事業 _____

計画作成者氏名 ○○ _____ 委託の有效期間 H17年10月0日(初回作成日) 17年 10月0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) _____
 計画作成(変更)日 H17年10月0日(初回作成日) 17年 10月0日() _____ 担当地域包括支援センター: (仮)〇〇〇〇地域包括支援センター _____
 目標とする生活 _____ 1年 _____ 1年ごとの旅行には体調を整え、参加したい。

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体的な提案	具体的課題(本人・家族)	目標	目標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、セルフケア	介護保険サービス(要支援1・要支援2)	サービス種別	事業所	期間
活動・移動について ・歩行は安定、二階が生活の場である。 ・暇が長い日は30分間散歩。 ・バスに乗り、2週に1回医療機関受診。 日常生活(家庭生活)について ・生活は自立している。 ・嫁が食事づくりをしている。 社会参加、友人関係 ・コミュニティサロンについて ・週1回のサントポール ・やすらぎステーション 健康管理について ・メニエル低圧 ・血圧あり治療中、薬はきちんと飲んでいる。 ・体重減少があった。 ・薬物の飲み合わせが悪い(総入樹) ため	・歩行も安定し、自立しているが、今のペースでいてほしい。 ・趣味や楽しみは続けてほしい。 ・病状が落ち着いたまま ・薬をきちんと飲む	食事 口蓋 ・体重減少 ・薬いれが家の中にある事が多くなった。 口蓋 口蓋 食事 口蓋 ・服薬管理 ・飲み合わせが悪い	1.体重減少 2.貧血 3.薬物の飲み合わせが悪い	1.および2(目標)多くの食品をとること 2.(目標)肉製品は必ずとる。 3.(目標)糖が合い、噛み合わせがよくなる。 (具休案)歯科受診をすること	具休案についての意向 本人・家族	1.肉製品を毎日とる。 2.必要な食事が摂れるようにする。 3.小食のため食事の回数を増やす。 4.歯科受診	(1) 業士の訪問 ・本人にあつた食料・薬品改善プログラムを教が作っている。 ・牛乳・野菜を取り入れたメニューを工夫している。	介護保険サービス 地域支援事業	サービス種別	事業所	13ヶ月 23ヶ月	

【本者等すべてが準備ができていない場合】
 適切な支援の提供に向けた方針
 ・歯科受診は便宜が、気候も考慮する。
 ・電話でも様子を確認し、急ぎを優先してもらう。

【本者等すべてが準備ができていない場合】
 適切な支援の提供に向けた方針
 ・歯科受診は便宜が、気候も考慮する。
 ・電話でも様子を確認し、急ぎを優先してもらう。

総合的方針: 生活不活発な改善・予防のポイント
 ・本人の生活状況を踏まえ、取り組んだことに対して良い方向に考えよう促す。

計画に関する向き
 上記計画について、同意いたします。
 平成17年10月 〇日 氏名 _____ 印

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
0/5	2/2	2/3	0/2	0/3	0/5

本者等がリストの(該当した質問項目)ノ(質問項目)をお答え下さい。
 地域支援事業の場合は必要に応じてプログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

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 T25-01

わたしの趣味は？ (いくつでも)	
ゲートボール、旅行 (一人で)、畑仕事	
わたしが一番やってみたいことは？ (いくつでも)	
(電車で) 旅行	
わたしの好きな食べ物は？ (いくつでも)	
わたしの嫌いな食べ物は？ (いくつでも)	
(飲まなくて良いなら) 牛乳、にら、みょうが、せり、香菊	
食べ物でアレルギー症状 (食べると下痢や湿疹などの症状がでる食べ物) ができますか？	
(はい)・はい (具体的に)	
医師に食事療法をされるように言われていますか？	
(はい)・はい (具体的に)	
食事姿勢や食べる動作に不自由を感じますか？	
いいえ (はい) (具体的に) : たまにむせる	
食事は小さくしたり、刻んだりしないと食べられませんか？	
(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 家で家族全員、和食、肉は少ない	
昼 家で長男の嫁と2人	
夕 家で長男夫婦と	
間食 パン、せんべい、まんじゅうなど	チョコやケーキも大好き
毎日の食事づくりは、誰がどのようにしていますか？	果物やヤクルトは診療所の帰りに自分で買ってくる
長男の嫁	

「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	はい いいえ	噛み合わせが悪い
2	下痢が続いたり、下剤を常用していますか	はい いいえ	
3	便秘が続いていますか	はい いいえ	出ないときは牛乳やほうれん草等を食べる
4	最近、入院を経験しましたか	はい いいえ	
5	1日に5種類以上の薬を飲んでいきますか	はい いいえ	メニエール関連3錠、胃関連1錠 (朝夕に)
6	1日に食べるのは2食以下ですか	はい 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	はい いいえ	食事調査をしてみました
8	牛乳・乳製品をとっていますか	はい いいえ	ましよう
9	毎日、一人で食事をしていますか	はい いいえ	
10	日常的に身体を動かさなくなっていますか	はい 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	はい いいえ	
12	食べる気力や楽しみを感じていますか	はい 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	148cm	上腕の周囲長	20cm
体重	36kg	上腕の脂肪厚	4mm
BMI	16.4	上腕の筋面積	28.0cm ²
体重減少	kg/ か月	血清アルブミン値	(10/31) 3.9g/dl

H17 基本健診 赤血球359 色素素108(H15&16は、12.2) ハマトクリット35.3

計画（地域支援事業）（例）

報告書（地域支援事業・新予防給付）

T25-01

名前 T25-01

作成日 H17 年 10 月 0 日

担当者 〇〇 〇△

地域包括支援センター

担当者 〇〇 〇△ 殿

作成日 〇年 〇月 〇日

利用者氏名 T25-01 殿

わたしのゴール（〇〇〇ができるようになる、もっと元気そうになるなど） 旅行に行きたい
わたしの目標（11月〇日まで） （体重を〇kg増やそう。毎日、〇〇〇を〇〇〇〇〇〇して食べようなど） 食事を増やして、貧血を改善する
わたしの計画 毎日1回、牛乳をおやつに飲んで摂取エネルギーを増やす。
問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価 食べる量が増え、便秘が解消した。

低栄養のリスク	サービズ開始時（10月31日）	3か月後（2月1日）
BMI	36.2kg（16.4）	36.6kg（16.6）
体重減少率 変化	6ヶ月で2~3kg	
血清アルブミン値（g/dl）	3.9	
サービズの継続の必要性 （栄養改善の観点から）	無	毎
自己実現の課題とその意欲	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。今年の健康診査で貧血になった。	血液データ改善や便秘解消により、食べもの（食べること）への関心が高まった。近所の友達と一緒に、ツアーの日程り旅行に出かけている
主観的健康感	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
現在の健康状態 ありはまる番号1つに〇	よい まあよい 心つら あまり よくない	よい まあよい 心つら あまり よくない
計画の概要と実施状況	食事が少ないため、エネルギーとタンパク質の摂取のためにおやつときに牛乳を飲む。→1日1回、牛乳を飲んでいいる。食事量にも影響していない。	毎日牛乳を飲むことは定着し、食事量も増えた。便秘が解消された。自分が行きたいところ（スーパーや服屋など）一人でバスに乗って出かけるなど、外出の機会を作っている。
総合的評価	とても積極的に目標に取り組んでいる。家族（嫁）の協力もあり、問題は生じていない。効果も衰れ、食べることの大切さを実感し、1か月後には健康感も向上した。外出の機会が増え、自分に自信が持てている。	所属（事業所） 〇△町役場〇〇課 作成担当者氏名 〇〇 〇△

研究事例

福井県あわら市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

あわら市健康長寿課 村上 和恵
協力関係機関
あわら市医師会
あわら市社会福祉協議会
金津雲雀ヶ丘寮在宅介護支援センター
坂井郡介護保険広域連合
福井県栄養士会

1. 地域特性と取り組みの経緯

(1) 地域特性

あわら市の位置は、福井県の最北端に位置し北西は日本海に面し、南北に北潟湖が横たわっている。北部の丘陵地ではメロンや柿、すいかが関西圏へと出荷され、また、開湯 120 年余の歴史も持つ芦原温泉があり農業と観光のまちとしても有名である。平成 16 年 3 月に旧金津町と旧芦原町が合併して出来た市で、人口 31,766 人、65 歳以上の人口は 7,386 人、高齢化率は 23.3%と高くなっている（平成 17 年 4 月 1 日現在）。また、温泉場としての特殊性で一人暮らし老人は、近隣町に比べ多い状況にある。

低栄養状態のおそれもある者を、①6 ヶ月間に 2～3kg の体重減少がある、②BMI18.5 未満、③血清アルブミン値 3.5mg/dl 以下、の 3 項目のうち、①及び②に該当するもの又は③に該当する者とする、高齢者人口の 1%の約 74 人と推算することができる。

(2) 管理栄養士等の人材資源や地域サービス資源の状況

あわら市は、保健衛生部門である健康長寿課に常勤の管理栄養士 1 名、保育担当課に 2 名の栄養士が配置されているが、介護保険担当部門へは配置されていない。あわら市としては、福井県栄養士会の「栄養ケアステーション」や委託業者の管理栄養士に栄養改善プログラムを依頼することとなる。また、地域の高齢者に密着した食生活ボランティアとしての役割を担っている食生活改善推進員は 33 名が活動している。今後はあわら市の管理栄養士、福井県栄養士会及び委託業者の管理栄養士、食生活改善推進員が連携をとりながら、栄養改善プログラムを進めていかなければならない。

2. 栄養改善プログラムの実際

(1) あわら市における本研究対象者の把握

平成 17 年、10 月の 1 ヶ月間を、あわら市医師会、あわら市社会福祉協議会、金津雲雀

ヶ丘寮在宅介護支援センター及び坂井郡介護保険広域連合の協力のもとに、基本チェックリストを用いた低栄養状態のおそれがある者は、医師の協力で 4 名が紹介され、事業説明をしたところ 2 名が消極的ではあったがプログラムへの参加を希望した。社会福祉協議会から 8 名が紹介されたが、BMI18.5 未満の低体重には該当せず体重減少のみがあった者が多く最終的に 2 名が BMI18.5 未満でかつ 6 ヶ月間に 2~3kg の体重減少があったので、栄養改善プログラムの該当者と判断した。そのうち BMI は少し高かったが、医師、保健師等によって低栄養状のおそれがあると判断された者には、該当者とみなした。金津雲雀ヶ丘寮在宅介護支援センターからは、低栄養状態のおそれがある者として 14 名紹介されたが、体重減少のみの該当者が多く本プログラムの該当者はいなかった。坂井郡介護保険広域連合も該当者がいなかった。また、健康診断の結果からの該当者は 2 名いたが、本人が参加を希望しなかったので、この段階での最終的な参加者は 4 名であった。

(2) 介護予防ケアプランの作成

模擬的な地域包括支援センターをあわら市健康長寿課内に設定し、保健師が介護予防アセスメントから介護予防ケアプランの作成までをおこなった。対象者すべてに対し、在宅訪問での介護予防アセスメント及び介護予防ケアプラン作成を行った。介護予防アセスメント時間は 30~40 分、計画に要した時間は 20~30 分であった。

(3) 栄養改善プログラムの概要

栄養改善プログラムは、本来は通所によって行われる個別プログラムであるが、本対象者については、在宅訪問で事前アセスメント、管理栄養士による個別の栄養相談を行った。管理栄養士は栄養士会から紹介された在宅栄養士 1 名とあわら市健康長寿課の管理栄養士がそれぞれ 2 名担当をした。本来なら通所を基本とするのだが、交通機関や体調不良等の理由から在宅訪問となった。計画の作成日は以下のとおりであるが、対象者の体調不良により聞き取りが出来ず出直すことが多かった。

栄養改善プログラムの概要を以下に示した。

あわら市における栄養改善プログラム（研究事例）

① 開始から 1 ヶ月までの栄養相談

あわら市健康長寿課管理栄養士担当（2 名）

平成 17 年 11 月 18 日に在宅訪問し計画を作成する。

平成 17 年 11 月 25 日在宅訪問し経過を聞く

平成 17 年 11 月 28 日訪問してアルブミン値測定のための採血する。

（1 名体調不良で拒否）

平成 17 年 12 月 20 日在宅訪問し経過を聞く。

② 担当者による事例検討会

平成 17 年 11 月 2 日 13:00～15:00

担当者：管理栄養士 2 名

検討事項：計画作成の検討 対象者への説明事項確認

平成 17 年 11 月 24 日 11:00～12:00

担当者：管理栄養士 2 名

検討事項：今後の方向性について

平成 18 年 1 月 17 日 13:00～15:00

担当者：管理栄養士 2 名

検討事項：2 ヶ月経過後の検討について

③ 今後の計画

3 月予定 4 ヶ月目のモニタリングと問題の解決

4 月予定 5 ヶ月目のモニタリングと問題の解決

5 月予定 6 ヶ月目のモニタリングと今後の計画作成

アルブミン値測定のための採血

④ 経過報告の実施

目的：「栄養改善」プログラムの進捗状況を報告する。

研究班へ担当者アンケート及び報告（1 ヶ月目、3 ヶ月目）を送付する。

あわら市医師会等の協力機関への状況報告（サービス開始 6 ヶ月後の予定）

(4) 配慮した事項

低栄養状態に対する印象が悪く、高齢者はもとより家族にとっても「台所の中」を他人に見られるようで、理解が得られない事が多い。また、高齢者は毎日の食事の用意を家族等にしてもらっていることが多く、家族との関係を壊してまで本プログラムに参加したくないという人が多いので、まず本人の意思を尊重した。ほかに経済的事情も大きな要因になるので、その人の事情に合わせた栄養相談に心がけた。

通所での栄養相談は交通事情等で実施は難しい対象者だったため、在宅訪問を中心に実施した。

(5) 低栄養状態の改善状況や事例の観察結果

対象者 4 名中、事業開始後 3 ヶ月時点で体重増加者は 1 名いたが、浮腫が著明にみられている時期があったので、栄養改善のための体重増加なのか浮腫が取れていないのかの判断は出来ないで、今後経過を観察していきたい。体重増加が見られない理由として、4 名中 2 名については経済的理由があると考えられ、支援するサービスがないのが現状である。経済的理由は個々の事情であり、公的支援が必要なのかの判断は難しいが、「低栄養状態」を改善できない大きな原因と考えられる。

また、この 2 名は基本チェックリストから栄養改善他 3~4 項目に該当しており、特に「うつ予防」は全項目にチェックがついている。低栄養状態は単に「低栄養状態」だけの問題でなく、その背景となっている要因について再認識し、今後多職種協働で取り組まなければならないと改めて感じた。

3. おわりに

この研究事業への参加した結果を踏まえ、平成 18 年度の介護予防特定高齢者施策「栄養改善」を検討しているところである。今回、本市で行った事業のなかで、栄養改善マニュアルどおりに実施できなかったことは、栄養相談は基本的には通所で個別に小グループによって行うとされているが、実際はすべて居宅訪問で実施したことである。これは、交通事情や体調不良等が主な理由であったが、今後、通所で本プログラムを実施していくための方法について、検討していかなければならないと考えている。

あわら市において低栄養状態のおそれのあるものを 30 人と推定しているが、早期把握のためには、医師会、社会福祉協議会等と連携を取ることや、市民健診結果からの確実な把握するための体制づくりを進めていく必要がある。また、栄養改善プログラムの該当者になっているものが、家族への遠慮等から参加を希望しなかった対象者がいたが、子 MM 後も栄養改善の重要性を根気強く説明し、低栄養が生活機能の低下はもとより余命にかかわることを気づかせ、参加してくれるよう努力したい。

また、あわら市においては栄養改善プログラムを委託としている。そこで、市所管の管理栄養士が、委託先の管理栄養士と連携をとりながら、適切に連絡・調整をおこなうこと

が、4 月からの栄養改善プログラムのスムーズな実施にいたると考える。

モデル研究事業は担当者が不慣れなこともあるが、地域環境の違い等からマニュアルどおりに進まなかった。この反省を踏まえながら、平成 18 年 4 月の施行までに検証をしていきたいと考えている。

4. 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、担当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充分インフォームド・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をいただいた関係機関及び担当者の皆様に深くお礼申し上げますとともに、研究に参加できたことを深く感謝申し上げます。

【事例紹介】(T40-02)

79 歳の女性。長男を早くに亡くし、長年寝たきりだった夫を 3 年前に亡くし、現在一人暮らし。養子に行った次男は同市内に住んでおり、関係も良好で声をかけ合っている。

若い頃から料理が好きで、家族にいろいろ工夫した料理を食べさせるのを楽しみにしていたが、長年介護していた夫を亡くしてから、急に張り合いをなくしてしまった。

一人暮らしになってからは、できるだけ外に出て人と交流している活発な面もある。ただ食事に楽しみがなくなり、少食・粗食になってきている。体調を崩すこともあり転倒の危険性も高い。

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	若い頃から農業に従事して、夫と息子二人との4人家族であった。次男が同市内に妻を出し、長男も結婚し同居していたが40歳代で病死。その後、長男の妻は孫を出して離別。夫と二人暮らしの生活が続いていたが、平成6年ごろより夫が寝たきりとなる。以後8年間は夫の介護をしながら、シルバー人材センターからの軽旋で清掃のパートなどに従事していた。平成14年に夫が亡くなってからは一人暮らし。人当たりの良い性格で、老人会や地区の仲間との集いなどには前向きに参加するようにしている。	
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方 食事の準備、掃除、身の回りのことはすべて自分でやっている。きれいな好きで家の中はこざっぱりと整頓されている。日中は医院受診、老人会や地区の集いに参加等自分で計画を立てて過ごしている。	趣味・楽しみ・特技 若い頃から料理をすることが大好きで、次男家族が遊びに来た時に美味しい物を食べさせる事が楽しみだったが、孫も成人して以前ほど行き来が少なくなってきたら、張り合いをなくしている。
時間	本人 6:00 起床、朝食 12:00 家事、受診など 18:00 風呂 21:00 就寝	介護者・家族 本人 " " " " " " " "
	友人・地域との関係 人当たりの良い性格なので、近所との関係は良い。老人会の仲間などが家に来ておしゃべりしていることもたまにある。	

《弱病歴・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 (主治医・薬剤師等を含む)	経過	治療中の場合は内容
年月日	心臓疾患	〇〇医院 Tel 〇〇-〇〇	経過観察中 その他	内服と定期的受診による経過観察中。
年月日		Tel	治療中 経過観察中 その他	
年月日		Tel	治療中 経過観察中 その他	
年月日		Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

一人暮らし緊急通報装置の設置利用	公的サービス	非公的サービス
------------------	--------	---------

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、要介護認定申請書と同様に、利用者基本情報、支障・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、匿名加工して提供し、関係する者に提示すること向您します。

平成17年10月0日 氏名 T40-02 印

利用者基本情報

作成担当者: 〇〇 〇〇

《基本情報》

相 談 日	平成17年11月0日(〇)	来 所・電 話	初 回	再 来 (前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
7/11才 本人氏名	T40-02	男・区	M・〇・S14年〇月〇日生(79)歳	
住 所	〇〇県〇〇市〇〇	Tel	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇	
日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	Fax	なし	
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・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度)			
障害等認定	該当なし			

本人の 住居環境	[白]・借家・[]・戸建て・集合住宅・自室の有無(1)階、住宅改修の有無	
経済状況	[国]・年金・厚生年金・障害年金・生活保護	
来 所 者 (相 談 者)	相談者 〇〇〇市社会福祉協議会主事	家族構成 <p>◎=本人、○=女性、□=男性 ●=同居、☆=キーパーソン 主介護者は「主」 副介護者は「副」 (同居家族は〇で明記)</p>
住 所 速 報 先	相 談 者 〇〇市〇〇丁目 番 号 〇〇-〇〇〇〇	家 族 構 成 <p>地区担当 福祉協議会 氏名 橋本 住所・連絡先 〇〇 〇〇 次男 〇〇〇市〇〇</p>
緊急連絡先	<p>家族関係等の状況 平成14年に長年寝たきりだった夫が死亡。長男は40歳代で病死し、その妻とは離別。次男は同じ市内に養子に入っている。次男家族とは交流があり関係も良好で、声をかけ合っている。</p>	

〈別添〉

T40-02

基本チェックリスト(案)

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を 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 checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input checked="" type="radio"/> 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	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input checked="" type="radio"/> 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	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input checked="" type="radio"/> はい	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 checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
12	身長 148.0cm 体重 32.0 kg (注) BMI 14.6		
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	<input checked="" type="radio"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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。

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 T40-02

わたしの趣味は？ (いくつでも)
 ・畑に毎日行く ・編み物

わたしが一番やってみたいことは？ (いくつでも)
 ・特になし (嫁さんが連れ出してくれて買い物など洋服を買いに行ったりする)

わたしの好きな食べ物は？ (いくつでも)
 ・特になし (何でも食べる。以前は魚より肉が好きだった)

わたしの嫌いな食べ物は？ (いくつでも)
 ・肉 (以前は食べた) その他特になし

食べ物でアレルギー症状(食べると下痢や湿疹などの症状がでる食べ物)がでますか？
 ()

医師に食事療法をするように言われていますか？
 ()

食事姿勢や食べる動作に不自由を感じますか？
 いいえ () (具体的に: 歯茎の腫れ (左) 痛み止め)

食事は小さくしたり、刻んだりしないと食べられませんか？
 ()

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
 ・ご飯 (8分目) 普段は1杯 歯が痛いため
 ・半熟卵 ・納豆味噌汁
 昼
 ・ご飯 ・白菜と揚げ煮 ・漬物 ・みそ; 夕
 ・ご飯 ・ロールキャベツ2個 ・ほうれん草のおひたし
 間食
 ・まんじゅう2個
 毎日の食事づくりは、誰がどのようにしていますか？
 ・買い物: 坂の下のスーパーマーケット。あまり買い物に行けない
 ・お嫁さんがたまに買って来る。お惣菜は嫌いで自分で煮炊きする。
 ・週に1回程度は嫁が孫が来てくれる。
 ・近所とのかかわり良好

約1200 kcal
 大半を糖質でまかなっておりたん
 ぱく質不足が伺える。

「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	(はい) いいえ	歯茎の痛み
2	下痢が続いたり、下痢を常用していますか	(はい) いいえ	たまにある 1日1回 ゆるい便が出るだけ
3	便秘が続いていますか	はい (はい) いいえ	1回/日
4	最近、入院を経験しましたか	はい (はい) いいえ	
5	1日に5種類以上の薬を飲んでいますか	(はい) いいえ	骨粗鬆症 血圧 胃 心臓 安定剤
6	1日に食べるのは2食以下ですか	はい (はい) いいえ	牛乳は下痢をする ↓
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ましたか	(はい) いいえ	ヤクルト、ヨーグルトを飲んでみる
8	牛乳・乳製品をとっていますか	(はい) いいえ	夫が4年前に他界してから気が失せてきた
9	毎日、一人で食事をしていますか	(はい) いいえ	食事調査をしてみましょう
10	日常的に身体を動かさなくなっていますか	はい (はい) いいえ	
11	自分で(あるいは担当者が)食べ物を買いに行ったり、食事の支度をするのに不自由を感じていますか	(はい) いいえ	買い物になかなか行けない 食事のしたくは好き
12	食べる気力や楽しみを感じていますか	はい (はい) 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	148cm	上腕の周囲長	17cm
体重	32kg	上腕の脂肪厚	2.3mm
BMI	14.6	上腕の筋面積	4cm ²
体重減少	2 kg/2カ月	血清アルブミン値	3.6g/dl

報告書 (地域支援事業・新予防給付)

T40-02

名前 T40-02

作成日 17年 11月0日

担当者 00 00

地域包括支援センター

担当者 00 00 殿

作成日 0 年 0 月 0 日

利用者氏名 T40-02 殿

わたしのゴール (000)ができるようになる、もっと元気そうになるなど) 食事をすることがさらに楽しくなり、買い物も積極的に行けるようになる
わたしの目標 (月 日まで) (体重を0kg増やそう。 毎日、000を0000として食べようなど) できるだけ毎日果物や乳製品を取り入れよう
わたしの計画 栄養量 1日摂取量 865.1×1.3=1125 たんばく質量 1125÷120×6.25=60g 現在の摂取量 1200Kcal 程度なので第1段階は 1400Kcal を目標に ・ ご飯の量を 150g 程度に増やす ・ 間食は少しにし、食事を3食きちんと摂る ・ 毎食、最低1品はたんばく質を取りいれる ・ 歯科の診療を受けて、歯茎の痛みを緩和するようになる。 (2ヶ月を目標に)
問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価 歯茎の痛み→歯科受診を介護支援専門員に相談のこと。

低栄養のリスク	サービス開始時 (11月0日)	3か月後 (2月0日)
BMI	32kg (14.6)	33.9kg (15.5)
体重減少率、変化	2ヶ月で2kgの減少	3ヶ月で1.9kgの増加
血清アルブミン値 (g/dl)	3.6	-
サービスの継続の必要性 (栄養改善の観点から)	無・有	-
自己実現の課題とその意欲	少しでも体重を増やしたい。料理することは好きなので工夫していろいろな食品を取れるようになりたいが、一人暮らしなので体調が悪いときは、買い物にも行けず田舎などで済ませてしまうことが多い。	体調も戻ってきたので、続けていきたいとの意欲は大きい。
主観的健感 現在の健康状態 あるいはまる番号1~10	1 2 3 4 5 よい まあよい だつう まあよい だつう だつう だつう だつう	1 2 3 4 5 よい まあよい だつう まあよい だつう だつう だつう だつう
計画の概要と実施状況	ご飯の量が少ないので、大人茶碗1杯(150g)を増やす。間食が少し多いので、量を減らし3食きちんと取るように心がける。たんばく質源(卵・魚・肉豆製品)のおかずを毎日1品は取るようにする。果物はみかん1個でもいいので毎日たべ。乳製品を取るようになつていく。	継続実施
総合的評価	本人が体重を増やしたいことは大きな目標なので、本プログラムにも積極的に参加承諾してくれた。目標達成は、時間がかかるが継続的にかわることでできると思う。別居している息子が時々来くれるので、料理を作る機会が増えている。このまま、時々、訪問等で関わっていく。	

所属 (事業所)

作成担当者氏名 00 00

研究事例

岡山県建部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

岡山県建部町役場 保健センター

河原 陽子

関係機関

岡山県保健福祉部健康対策課

建部町保健福祉課

建部町保健センター

組合立国保福渡病院

建部町民生委員会

建部町栄養委員会

建部町在宅介護支援センター

建部町社会福祉協議会

1. 地域性と取り組みの経緯

(1)地域特性

建部町は、県南都市岡山市から約32km、津山市からも約30kmの距離にあり、岡山県のほぼ中央部に位置し、中央を旭川が流れており、また、県下最大の噴出量を誇る八幡温泉郷や清流での釣りができ、「釣りと桜と温泉の町」をキャッチフレーズとした観光立町の町である。人口は、6,880人、65歳以上の人口は2,302人、高齢化率は33.1%である（平成17年4月1日現在）。我が町の高齢者人口から介護予防特定高齢者のうち栄養改善プログラムのおそれのある者を高齢者人口の約1%に相当すると、推定すると約23人となる。

(2)管理栄養士等の人材資源や地域サービス資源の状況

建部町には、現在、保健福祉課に常勤の管理栄養士2名が配置され、老人保健、健康づくり、母子保健及びボランティア育成事業などに従事している。

現在、管内に登録されている在宅栄養士は5名、管理栄養士は0名である。「栄養改善」事業を実施すると、保健福祉課配置の管理栄養士が栄養相談を受け持つことになるが、現状の体制では難しい状況にあると言える。一方、当町に町より委嘱を受けた栄養委員（食生活推進員）による栄養委員会という組織があり、食事づくりや食事の場の提供を支援できる栄養委員が73名いる。低栄養状態のおそれのある高齢者1人につき概ね3名のボランティアが対応できることとなる。

平成8年度から建部町は、栄養委員会に高齢者食生活改善事業と運動普及事業と

を合わせて委託している。行政区単位（29地区）では、年間12回、中央の保健センターを会場では、年24回高齢者教室（ほがらか教室）を実施している。この事業を実施するにあたって、平成6年度、7年度の2年間、高齢者食生活改善と運動普及について栄養委員会研修会を岡山保健所長等のご指導により開催した。資料は、岡山県栄養改善協議会発刊の「高齢者の栄養」「在宅介護食」「運動普及マニュアル」等を使用した。また、高齢者の自立支援のあり方等を話し合うなど事業の質の向上を図った。

2. 栄養改善プログラムの実際

(1) 建部町における本研究対象者の把握

平成17年9月に組合立国保福渡病院・民生委員・栄養委員・在宅介護支援センター等協力のもと、基本チェックリストを用いて低栄養状態のおそれのある者の把握を行った。モデル研究開始時、対象者は基本チェックリストの①6ヶ月間に2～3kgの体重減少がある。②BMI18.5未満、③両方またはいずれかに該当する者とした。しかし、厚生労働省による最終的な低栄養状態の恐れのある者の決定方法としては、両方に該当するものを低栄養状態のおそれのある者に変更になったので、この条件に従って、対象者の把握を行った。

在宅介護支援センター（高齢者の主治医）より1名、民生委員より1名、栄養委員より2名の紹介があった。在宅介護支援センター紹介の高齢者は虚弱のため（外出は病院のみでタクシー利用）、在宅訪問での栄養相談とする。主治医には報告をして了承を得た。社会福祉士と管理栄養士が訪問し、家族も同席の上、事業内容を説明、高齢者自身が、基本チェックリストおよび食事記録表に記載した。対象者は、栄養改善プログラムを希望した。民生委員、栄養委員から紹介の高齢者は、中央の保健センターへの通所とした（家族同伴者1名）。また来庁時に食事記録表を持参してもらった。在宅訪問と同じ内容で説明を行い、自分自身で基本チェックリストに記載してもらった。

(2) 介護予防ケアプランの作成

模擬的な地域包括支援センターを保健センターに設定し、管理栄養士及び社会福祉士と一緒に介護予防アセスメントから介護予防ケアプランの作成までを行った。

在宅介護支援センターの把握した対象者は、在宅訪問によって介護予防アセスメント及び介護予防ケアプランの作成を行った。他の対象者は中央の保健センターにおいて行った。介護予防アセスメント時間は約20～30分、計画の作成に要した時間は20～30分であった。

栄養改善プログラムに参加してもらうことは「閉じこもり予防・支援」「うつ予

防・支援」の働きかけのきっかけとなった。また、低栄養状態のおそれのある者の把握は、医療機関との連携が必要と考えられた。

低栄養状態のおそれがあると指摘された高齢者の家族は、最初は、「低栄養状態」という言葉にあまりよい感じをもっておられなかったが、目的と内容を説明、より積極的になった。

(3) 栄養改善プログラムの概要

栄養改善プログラムは、建部町保健センターを会場とし、事前アセスメント、管理栄養士による個別の栄養相談を行い、事例検討会は、社会福祉士、栄養委員等の協力を得た。

本プログラムは、1カ月毎に6カ月継続して実施する計画を作成した。本プログラムは、通所を基本とし個別栄養相談と小集団による栄養教育とを組み合わせ実施した。通所できない対象者に対しては、訪問で対応することとした。それぞれの教育プログラムの手順は以下のとおりである。

① 第1回目栄養相談

目的：事前アセスメントの実施、各自の目標設定と計画の作成

日時：平成17年10月7日（金）

実施場所：建部町保健センター

所要時間：2時間

参加高齢者：3名（うち1名は脳梗塞の治療歴有り）とその家族1名
：1名は在宅訪問実施

担当者：管理栄養士2名、社会福祉士1名、栄養委員2名

形態：個別栄養相談と小グループによる栄養教育との組み合わせ（必要に応じて訪問）

事前アセスメント準備品：計画書、判定書、個人別ファイル、個人別相談経過記録、食生活診断用パーソナルコンピューター、食事記録表、フードモデル、初回モニタリング（身長、体重、上腕周囲長、上腕三頭筋皮下脂肪厚、握力）

事前アセスメント実施事項：

i) 事前アセスメント、研究参加の説明と同意、事前アセスメント票の配布、低栄養状態のおそれの認定、身体計測（身長、体重、上腕周囲長、上腕三頭筋皮下脂肪厚）

ii) 計画の作成

事前アセスメント表と食事記録表の結果を参考に栄養状態のリスクと課題を説明し、高齢者参画による食事計画を作成（複写を取り、

<p>原本は本人に渡す)と具体化、今後のスケジュール作成</p> <p>iii) 相談など(1回目) : 計画の作成を行いながら問い合わせを行い、自己の問題点を明確にしていく。</p> <p>iv) 電話チェック : 栄養相談 1 週間目を目途に実施、実施上の問題、中断の有無の確認、必要に応じた計画の修正、個人別栄養相談記録へ記録。</p> <p>v) 訪問 : 栄養相談(1回目)から、10日を目途に訪問し、視覚による状況確認。</p>
<p>②第2回訪問</p> <p>目的 : ケアプランの実践状況把握のため</p> <p>日時 : 平成17年10月21日(金)</p> <p>所要時間 : 2時間</p> <p>対象者 : 4名と家族2名、</p> <p>担当者 : 管理栄養士1名、社会福祉士1名</p> <p>形態 : 個別栄養相談</p>
<p>③第3回目栄養相談</p> <p>目的 : 食事づくり「食べる状況」の把握、在宅での計画実践状況の確認 新たなる課題への対応や修正</p> <p>日時 : 平成17年11月8日(火)</p> <p>実施場所 : 建部町保健センター</p> <p>所要時間 : 2時間</p> <p>参加高齢者 : 3名と家族1名、1名在宅訪問(今日実習したメニューを紹介する)</p> <p>担当者 : 社会福祉士1名、管理栄養士2名、栄養委員3名</p> <p>形態 : 個別栄養相談、身体計測、調理実習、ストレッチ体操</p> <p>準備物品 : 身体計測用器具、個人別相談経過記録、調理実習献立表、食材</p> <p>実施事項 : 受付(参加費徴収) 栄養委員に依頼(ストレッチ体操も) 個別栄養相談後、調理実習(電子レンジ使用)、昼食(食事の摂取状況と残食の有無の確認)、話し合い</p>
<p>④第4回栄養相談</p> <p>目的 : 2カ月のモニタリングと個別栄養相談</p> <p>実施場所 : 建部町保健センター</p> <p>日時 : 平成17年12月11日(日)</p> <p>所要時間 : 1時間30分</p> <p>参加者 : 3名と家族1名、1名は在宅訪問</p> <p>担当者 : 社会福祉士1名、管理栄養士2名、栄養委員2名</p>

<p>実施事項：2カ月のモニタリング（体重、上腕周囲長、上腕三頭筋皮下脂肪厚、握力）、ストレッチ体操、個別栄養相談、食事状況確認（パーソナルコンピューター、フードモデル）、次回までの計画上の事項確認</p>
<p>⑤第5回栄養相談</p> <p>目的：3ヶ月目のモニタリングと個別栄養相談</p> <p>実施場所：在宅訪問 悪天候（雪）のため</p> <p>日時：平成18年1月12日（木）</p> <p>所要時間：2時間30分</p> <p>対象者：4名（家族2名）</p> <p>担当者：社会福祉士1名、管理栄養士1名</p> <p>実施事項：3カ月のモニタリング、体調確認</p>
<p>⑥第6回栄養相談（3月予定）</p> <p>目的：4ヶ月目のモニタリングと問題の解決</p> <p>担当者：管理栄養士2名、社会福祉士1名、栄養委員2名</p> <p>日時：平成18年3月〇日（予定）</p> <p>実施事項：モニタリング、個別栄養相談、計画の修正</p>
<p>⑦第7回栄養相談（4月予定）</p> <p>目的：6ヶ月目のモニタリングと今後の計画作成</p> <p>担当者：管理栄養士2名、社会福祉士1名、栄養委員2名</p> <p>実施事項：個別栄養相談（終了後の在宅計画の作成と問題の解決）</p>
<p>⑧経過報告の実施</p> <p>目的：栄養改善プログラムの進捗状況の報告</p> <p>研究班へ担当者アンケートや報告書（1カ月、3カ月目）等を送付</p> <p>組合立国保福渡病院長等の協力機関へ状況報告する</p> <p>模擬的な地域包括支援センターへ報告する（サービス開始後6カ月後に個別評価を送付する）</p>
<p>⑨栄養改善事業検討会（平成17年10月～平成18年3月に5回実施）</p> <p>目的：栄養改善プログラムの適正な運営・計画及び課題の検討</p> <p>場所：建部町保健センター</p> <p>所要時間：1時間30分</p> <p>担当者：管理栄養士2名、社会福祉士1名、栄養委員2名</p> <p>検討事項：栄養相談、高齢者教室の運営と担当事業実施上の留意事項、対象者の状況と対応等事例検討、高齢者教室の実施結果と平成18年度の取り組み方</p>

(4)当該プログラムの特性

実際の「食べること」に関する問題や食事づくりの状況把握のために、「栄養改善マニュアル」を取り入れた。小グループでの栄養相談の中に食事調査表、パーソナルコンピューター（食生活診断用）、フードモデルや栄養委員の支援により簡単な調理実習を、また2ヶ月間に在宅訪問2回を組み入れたプログラムを作成した。

これは、高齢者に栄養改善プログラムに参加する楽しさを与えるものとなり、また、仲間づくりのひとつになった。在宅介護支援センターからの紹介者は、訪問栄養指導扱いとし、在宅で調理等行うプログラムを作成した。パーソナルコンピューターは持参せず対象者のデータのみを持参した。また、パーソナルコンピューターによるデータで栄養摂取状況を視覚的にみることができ、自分の栄養素の摂取不足に気づき、新たに問題解決に取り組む姿勢がみられた。さらに、水分摂取不足の改善に空ペットボトルで目安量を紹介すると日常的な水分摂取を促すことになった。対象者となった高齢者は、栄養改善プログラム以外に閉じこもり予防の問題を有する高齢者が多かったことから、外出の機会を増やす一つとして、栄養委員会主催の自立支援教室を紹介し、対象者と一緒に参加した。

(5)配慮した事項

高齢者は、低栄養状態という言葉に不機嫌な顔をすることから、担当者と検討し、「ほがらか改善」と呼ぶようにし、介護予防、低栄養状態と言わないように気をつけた（特に栄養委員にお願いした）

信頼関係をより深めるためとして最初全員の方と会話し、次回から担当者を決め、修了まで同じにした。対象者の話には常に傾聴を心がけ、また、対象者の好みを早く聞き取り覚えるようにし、低栄養状態の改善のきっかけとした。

また、第1回栄養相談後1ヶ月と2ヶ月の間に全員を在宅訪問した。計画の実施状況を視覚で確認することで計画が円滑に実施されるのではと考えた。

(6)低栄養状態の改善状況や事例の観察結果

対象者4名中、事業開始から2ヶ月に1名、3ヶ月経過した段階で全員の体重の増加がみられた。さらに、3ヶ月目に主観的健康観の改善者は3名、維持者は1名であった。また、この4名の中の基本チェックリストから「閉じこもり予防・支援」3名、「うつ予防・支援」3名が該当していた。

対象者の中、事例（T50-02）は、初回のBMIは17.9で、脳梗塞発症後、外出せず、食欲もなく、意欲に乏しく、人と会うのが嫌いであった。栄養相談には夫婦で出席していた。管理栄養士との会話はゆっくりであるが可能であった。担当者は話に傾聴するよう心がけた。本人は「地域の集いに参加したい」が目標であった。そ