

研究事例

高知県室戸市における地域支援事業:栄養改善プログラムの運営について

室戸市役所 保健介護課 櫻井愛子

協力関係機関

生きがい対応型デイサービス

室戸市内医療機関

社会福祉協議会

室戸市在宅介護支援センターいさな

室戸市在宅介護支援センターつどい

室戸市在宅介護支援センターむろと

室戸市役所 保健介護課 保健師

歯科衛生士

室戸市立市民館

室戸市立公民館

1. 地域特性と取り組みの経緯

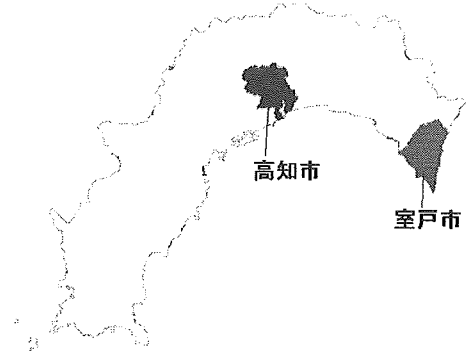
(1)室戸市の現状

高知県室戸市は、県都高知市の東方 78 km に位置し、太平洋へ V 字形に突出した日本八景の室戸岬を中心に東西 47.8 km の海岸線を有している。地形は面積の約 8 割以上を山林が占め、南北に山脈が縦走し、海岸近くでは特異な海岸段丘を形成している。

気候は年間を通じて温暖であり、その気象を生かし

た施設園芸、ポンカン、ピワなどの栽培が盛んである。人口は 17,486 人であり、そのうち 65 歳以上が 5,707 人で高齢化率は 32.6% に上る。(平成 17 年 10 月 1 日現在)。市内の交通網としては、国道 55 号線が海岸線沿いに走っているが、バスは昼間に 1 時間に 1 本しか運行されておらず、鉄道も約 20km 離れた奈半利町までしか整備されていない。市内の地区は大きく 5 地区に分かれており、その間の移動手段としては主に自家用車へ頼らざるを得ない現状がある。

図 高知県全体図



(2) 室戸市における管理栄養士等の配置や地域サービス資源の状況

室戸市役所の職員は 295 名であるが、そのうち管理栄養士は平成 16 年 4 月に保健福祉センターへ配置された 1 名のみである (平成 17 年 4 月 1 日現在)。その他教育委員会には非常勤栄養士、福祉事務所には臨時栄養士が採用されているが、それぞれ小中学校における給食管理、保育所での献立作成に関する業務を主に担っており、保健福祉センターの行なう事業への関与はほとんどなく、また、そのような雇用体制とはなっていない。

室戸市では健康推進部門と介護・福祉部門、在宅介護支援センターが一体化した「保健介護課」として設置されており、1名配置の管理栄養士業務も市民館や公民館等で高齢者の栄養相談、個別の訪問のみならず、乳幼児健診、食育事業、生活習慣病対策、ボランティア育成など多岐にわたっている。したがって、多くの事業が「健康応援団」と呼ばれる住民のボランティア団体による協力で成り立っている。「健康応援団」とは3つの団体「室戸市食生活改善推進協議会」、「室戸市健康推進連絡協議会」および「室戸市健康づくり婦人会」で構成されており、糖尿病教室への支援や基本健診の受診啓発、食環境マップ作り等を通じた住民の健康維持・増進に努めている。

地域サービスとして、市民館での市役所直轄事業である「デイサービス事業」が6箇所、公民館での社会福祉協議会への委託事業である「生きがい対応型デイサービス」が12箇所で行なわれており、高齢者サービスの拠点となっている。今後は上記の既存組織・サービスを最大限に活用して「栄養改善」事業を展開する予定だが、専門知識を持った管理栄養士・栄養士の確保と人材育成が当面の課題となっている。

(3)高知県における人的・地域サービス資源の状況と今後の展開

500名を超える高知県栄養士会の会員のうち、約47%が県都である高知市に在住もしくは勤務しており、半径20km以内の近隣町村を含めると、実に約73%に上る。これは高知県の人口比とほぼ一致しており、中心から離れた地域には管理栄養士・栄養士の人材の絶対数が不足している。室戸市に在住する会員はわずか7名であり、そのほとんどが市役所や地元中核病院の栄養士であり、地域活動を兼務することは難しい状況にある。近隣でも、室戸市中心部から約30km離れた安田町に1名会員がいる以外は、さらに約10km先の安芸市に10名強の会員がいるのみである。したがって、新たな管理栄養士・栄養士有資格者の発掘が急務となるが、高知県東部地区に20名に満たない会員しか存在しないこと、各会員の職域が異なっていること、「栄養改善」事業に対する体系的支援体制が必ずしも十分でないことなどから、栄養士会からのアプローチを通じた人材確保は現時点では難しい現状にある。

高知県では、中核病院である高知大学医学部附属病院（南国市）と高知医療センター（高知市）が中心となり、予防医学の産業創出に関わるプロジェクトを進めており「高知栄養ケアステーション」組織を設立する予定となっている。ここでは、管理栄養士・栄養士による地域栄養改善業務で報酬を得る仕組みの構築を模索しており、介護予防事業における栄養改善事業においても、そこに携わる管理栄養士・栄養士の発掘、育成、派遣、関係機関などとの調整などの役割を期待されている。

(社) 高知県栄養士会は人材育成プログラム等の情報提供について、高知栄養ケアステ

ーションは人材確保を目指したインセンティブを与えるシステム構築について連携体制を取り、事業を推進していく予定となっている。

2. モデル事業「栄養改善」プログラムの実施

(1)対象者の把握

平成17年10月の1ヶ月間、室戸市在宅介護支援センターおよび保健福祉センター職員が、基本チェックリストを用いて、低栄養状態のリスクのある者の把握を行った。基本チェックリストの配布先は、社会福祉協議会に委託している「生きがい対応型デイサービス」12箇所、市役所実施の「デイサービス事業」6箇所、地区担当保健師や在宅介護支援センターによる個別訪問など、計172部を配布した。

そこから低栄養状態にある者の条件として、①BMI18.5未満、②6ヶ月間に2~3kgの体重減少、以上の2点より対象者を提示した。最終的な対象者は1名であった。

(2)介護予防ケアプランの作成

平成18年4月に設置予定の地域包括支援センターを模擬的に在宅介護支援センター内に設定し、実際に配置予定の保健師が介護予防ケアプランを作成した。介護予防ケアプランの作成時間には、作成のための情報収集時間が60分、介護予防ケアプラン・評価表シートの記入60分の合計120分を要した。この対象者は高齢（83歳、女性）で独居であることから、事業の目的や内容について理解を得ることが困難であった。また、基本チェックリストによるスクリーニングにより低栄養状態と判断されたが、普段は農作業等をし、活動的な日常生活を送っていたため、訪問等の約束を得ることが難しかった。

(3)栄養改善プログラムの概要

本栄養改善プログラムでは、個別の栄養相談を原則としているが、本研究事例では、保健福祉センターの管理栄養士が直接個別訪問として事前アセスメントを実施し、そこから必要な支援や既存のサービス、本人が希望するサービスにつなげることにした。その理由として、対象が少数（1名）であること、利用者が保健福祉センターに来所するための交通機関がなかったこと、利用者自身が様々な活動に忙しく訪問しても不在であることが多かったこと等があげられる。最終的には、利用者が栄養教室の開催を希望したため、住居から約300m、保健福祉センターから約14km離れた公民館で「お達者料理教室」を開催するに至った。それぞれの教育プログラムについて以下に示した。

1) 栄養改善プログラム概要

① 第 1 回栄養相談

目 的	事前アセスメントの実施
日 時	平成 17 年 11 月 22 日
場 所	利用者の自宅
所要時間	1 時間
担 当 者	管理栄養士
実施状況	利用者の身体状況や意識について実態把握を行なった。体重減少については多少気にしているものの、健康に関わる低栄養問題として捉えていないことが判明した。
事後対応	現状を理解してもらうため度々連絡や訪問を試みたが、不在のため、連絡を取ることができなかった。

② 第 2 回栄養相談

目 的	血液検査の実施、低栄養の問題についての理解
日 時	平成 17 年 12 月 9 日
場 所	利用者の自宅
所要時間	30 分
担 当 者	管理栄養士、保健師
実施状況	低栄養改善がより活動的な生活へつながることについて利用者へ理解を促した。徐々に現状を自覚してきた様子であった。血液検査の実施について了解を得られた。
事後対応	かかりつけ医にて 12 月 13 日に血液検査を実施した。アルブミン値は 3.6 g/dl であった。血液検査の結果について医師の意見を仰いだ。その後、度々連絡するも利用者とは会うことは出来なかった。利用者の近くの公民館館長に、利用者の様子について確認をするなど、今後の協力体制づくりに取り組んだ。

③ 第 3 回栄養相談

目 的	血液検査の結果説明、年末年始の食事
日 時	平成 17 年 12 月 20 日
場 所	利用者宅
所要時間	40 分
担 当 者	管理栄養士
実施状況	血液検査の結果と現在の健康状態の説明を行った。自らの身体状況や低栄養の問題への理解が徐々に深まり、食生活を改善する意欲が見られた。年末年始は家族が帰ってくるため、一緒においしいものを楽しく食べるよう伝えた。
事後対応	年末年始は対応が出来ないので、1 月中旬に訪問することを約束する。

④ 第 4 回栄養相談

目 的	年末年始の食事についての確認、次回訪問の日程調整
日 時	平成 18 年 1 月 26 日
場 所	公民館「生きがい対応型デイサービス (コスモス会)」
所要時間	10 分
担 当 者	管理栄養士、歯科衛生士
実施状況	デイサービスへ参加の機会を利用して、年末年始の食事などについて確認を

	行なった。担当者のことを覚えていた様子であり、対話やその日の会でも出されたカレーライスを完食していたことなどから良好な体調であった。次回の訪問日程と訪問目的（目標の設定）について調整した。
事後対応	翌日利用者宅へ訪問する約束をした。地域包括支援センター職員へ現状を伝えた。

⑤第 5 回栄養相談

目的	栄養改善に向けての目標設定と身体測定（体重）
日時	平成 18 年 1 月 27 日
場所	利用者宅
所要時間	40 分
担当者	管理栄養士、歯科衛生士
実施状況	モニタリングのため体重測定を行なった。栄養相談開始時より約 2kg の増加が見られ、利用者はうれしそうであった。目標設定に関する相談により、「料理教室に通いたい、料理のレパートリーを増やしたい」との意欲を引き出すことができた。あわせて歯科衛生士が口腔状況を把握し、入れ歯の手入れ法を伝えた。
事後対応	その後、保健福祉センターでのイベントに参加している利用者と会うことができた。料理教室の日程や、内容等を確認し、料理教室に誘ってもらおうよう頼んだ。その際に、地域での周知や、多くの高齢者に参加してもらおうことを目的として、事前に用意した料理教室のパンフレット 10 枚程度を利用者に渡した。

⑥栄養教室「お達者料理教室①」

目的	①低栄養にならないための食事のあり方を考え、実践を通して料理の幅を広げる ②口腔機能の向上を図る ③共食の楽しさを知る
日時	平成 18 年 2 月 10 日
場所	羽根公民館
参加者	利用者 1 名のほか利用者が参加を呼びかけた 65 歳以上の男女計 12 名
担当者	管理栄養士、保健師（地域支援事業担当予定）、歯科衛生士
スケジュール	10:00 あいさつ、自己紹介、調理方法について 10:20 調理開始（各グループ 3 つにわかれ、1 品作る） 12:00 試食 12:45 入れ歯の手入れ法について 13:30 終了
実施状況	利用者は料理が不得手ようだが、できるところを積極的に取り組む姿勢がみられた。利用者が育てた野菜を持参してもらい、皆で料理を作った。その日の食事でも完食していた。

⑦第 6 回栄養教室（予定）

目的	食生活状況の確認、「お達者料理教室」の感想、体重測定
日時	平成 18 年 2 月下旬実施予定
場所	利用者宅
担当者	管理栄養士

⑧ 栄養教室「お達者料理教室②」

3 月実施予定

⑨ 第 7 回栄養教室

3 月実施予定 血液検査, 事業評価

2) 栄養改善事業検討会

目 的	来年度の予算請求、地域栄養士への委託の件、来年度の体制づくり、来年度の業務担当の確認、保健所からの状況把握等
日 時	平成 17 年 12 月下旬～平成 18 年 2 月の間に 5 回
場 所	保健福祉センター
出 席 者	保健介護課職員（管理栄養士、保健師、在宅介護支援センター、課長、課長補佐、班長）、保健所職員（管理栄養士、保健師）
検 討 内 容	平成 18 年度の予算請求については、介護予防事業の予算について検討し、運動器の機能向上に重点を置いた配分を行なうことが確認された。 地域栄養士への委託のことについては、栄養改善事業を実施するためには、管理栄養士の人材確保が最優先であることを伝えた。この事業については未知な部分もあるが、委託費として一定額を確保することとなった。現在の在宅介護支援センターを改編して地域包括支援センター業務を行なうこととし、センターへ移行する可能性の高い職員について確認した。東部福祉保健所との協議により、人材発掘や情報の共有などについて支援を求めることとなった。
事後対応	栄養改善事業における予算の細分化を行った。 包括支援センターの職員や、地域支援事業担当の保健師と来年度の事業を協議した。保健所に人材情報について確認したが、情報を得ることが出来なかった。地域栄養士の登録について室戸市広報に掲載するよう協議を行った。

3) 講演「介護予防は食事から ～高齢者の低栄養に気をつけよう～」

（『第 3 回生きがい対応型デイサービス事業交流大会』にて）

目 的	低栄養の周知、管理栄養士の周知
日 時	平成 18 年 2 月 7 日
会 場	保健福祉センターホール
参 加 者	生きがい対応型デイサービス参加者、スタッフ、高齢者の家族 計 200 名
担 当 者	管理栄養士
所要時間	20 分
スケジュール	14:30 管理栄養士自己紹介 14:35 高齢者の食事について 3 つの質問 14:40 「低栄養」ってどんな状態？ 14:45 いきいき元気な高齢者を目指す方へ、ボランティアさんや家族の方へ 14:50 介護予防の重要性
実施状況	高齢者に楽しみながら話を聞く様子が見られた。全てのことを理解してもらええることは難しいが、「低栄養」や管理栄養士の存在について周知することが出来た。
事後対応	当日、利用者に会うことができた(第 5 回栄養相談『事後対応』参照)。 交流大会に参加した方だけでなく、課内の職員にも「低栄養」や事業の必要性について改めて認識してもらうことができた。

4) 説明会「介護予防と低栄養について」

目的	介護予防（低栄養、筋力アップ、口腔機能の向上）の周知、具体的な改善方法、基本チェックリスト協力者への結果の報告
日時	平成 18 年 1 月～3 月
場所	市民館 6 箇所、公民館 12 箇所
参加者	基本チェックリストに協力いただいた、「デイサービス事業」、「生きがい対応型デイサービス」参加者、とそのスタッフ
担当者	管理栄養士、保健師、歯科衛生士
スケジュール	10 分 介護予防とは～包括支援センターについて～……保健師 10 分 低栄養とは～介護予防は低栄養から～ ……………管理栄養士 10 分 口腔機能とは～口腔体操をやってみよう～……歯科衛生士
実施状況	高齢者に楽しみながら話を聞く様子が見られた。終了後も高齢者から質問がでる場面もあった。今後も定期的に話をしてほしいとのスタッフからの要望があった。
事後対応	利用者が通う公民館で話をした際、利用者も話を聞いていた（第 4 回栄養相談参照）。

(4)当該プログラムの特性

室戸市における本モデル事業では、保健福祉センター勤務の管理栄養士が直接行なう個別の支援を主体とした。対象者の把握の判断基準に該当した対象者が 1 名であったことから、実際に地域包括支援センターが設置された場合に同様なきめ細やかな対応が可能かどうかを考慮に入れず、徹底的にマンツーマンで対話することを目標として事業を進めた。支援を行う以前に、低栄養状態の問題について利用者に理解してもらうことに半分以上の時間を費やした。そして十分な理解を得た後で、利用者自ら目標設定できるよう導いた。

(5)低栄養状態の改善状況や事例の観察結果

本モデル研究の対象者とは、前述のように生活スタイルから十分なコンタクトを取ることが困難であった。また判断基準で対象者とされたものの 80 歳を超えた現在でも、畑や果樹園での労働、習い事や活動を積極的に行なっており、体重減少の自覚はあっても低栄養問題については説明を受けてもその重要性を実感するまでに時間がかかった。以上のことなどから、事業も前半は専ら低栄養改善状態の認識と改善への行動変容に専念することとなった。度重なるアプローチが、低栄養改善の重要性の自覚や血液検査の承諾をもたらし、デイサービスでの食欲増進が見られた。結果的に、途中段階でのモニタリング時に 2kg の体重増加が確認され、低栄養改善の手ごたえを感じたようであった。この行動変容を確認した時点で、利用者の低栄養改善目標について相談した結果、少ないメニューの食生活を少しずつでも改善したいという意欲を引き出し、料理教室へ参加してみたいという目標を自ら立てるに至った。

以上の成果から、近く設置される地域包括支援センターが行なう地域支援事業における低栄養改善の取り組みにおいて、

- ① 地域包括支援センターの担当者と実務担当の管理栄養士がどのような作業を行なうこととなるのか
- ② どのようなアプローチにより誤った食生活への先入観の変容を促すことができるのかなどを知る上で極めて重要な情報を得ることが出来た。

また、利用者が積極的に活動する高齢者であったため、活動しすぎることで「見かけ上の低栄養状態」になっていたことも考えられる。本人の訴えでは、家族の悩みを抱えたことで 10kg の体重が減少したとのことから、体重減少の改善には栄養面だけでの支援では不十分であることも浮き彫りとなった。

(6)配慮した事項

平成 17 年 11 月の事前アセスメント時に、利用者は体重減少を気にしているものの低栄養問題の認識が浅かった。そのことから、利用者が受身ではなく自発的に低栄養の問題を考えてもらうために、管理栄養士の顔や名前を覚えてもらうことや、利用者のお話に傾聴することに意識しながら関わった。

また、平成 17 年 12 月には低栄養状態について少しずつ理解が深まってきた様子がみられたため、この問題が利用者特有の問題でなく高齢者に広く関わる問題であることを徐々に伝えていった。このように利用者の思考や行動の変容のペースに合わせる事に配慮したことが、体重増加や平成 18 年 1 月の自発的な目標設定につながったと思われる。今回の事業を通じて、管理栄養士として専門性を生かした事業の展開に努めていくとともに、顔見知りになって気軽に声をかけてもらえるような親近感を高齢者にもってもらうこと、高齢者の話に何度でも耳を傾けることが、管理栄養士に求められる資質であることを痛感した。一方、平成 18 年 4 月からの事業を想定すると、対象となる全ての利用者の理解の進行度合わせて室戸市の管理栄養士だけで対応することは困難であると予想される。この点を補うためには、他職種に関連スタッフへの理解を高めることを通じて、多くの利用者の低栄養問題への関心を高めることが必要と考えた。そこで、「生きがい対応型デイサービス」の利用者やスタッフ、ボランティア総勢 200 名ほどが集まるイベントを利用し、低栄養改善の重要性について周知を行った（3）講演「介護予防は食事から～高齢者の低栄養に気をつけよう～」参照）。

また、基本チェックリストを配布した地区には管理栄養士、保健師、歯科衛生士がそれぞれの立場で介護予防のお話をし、その中での低栄養対策の重要性を印象付ける試みを行った。この取り組みにより、関係者へ低栄養問題の重要性と具体的な対策についての理解が徐々

にはあるが進みつつある。

3. 今後の地域支援事業「栄養改善」プログラムのシステムと運営について

本モデル事業により、利用者のペース（自らの栄養状態や問題改善の重要性の理解の速さなど）や生活スタイル（居住地区、就労状況、移動手段）に合わせた栄養改善事業の必要性が明らかとなった。また、関係者への栄養改善の重要性の地道な周知が、プログラム運営に欠かせないことも示唆された。しかしながら、この事業において最も重要な役割を示す地域在住の管理栄養士については、現状では人材の確保は容易ではないことも事実である。その理由の 1 つとして、事業における管理栄養士の位置づけや参画するために身に付けなければならない知識やスキルが整理されていないことが挙げられる。したがって、今後は人材確保のために、管理栄養士でなければできない業務の明確化や人材育成の方法に関する情報収集を行うことが必要であると考えている。

限られた人材がこのシステムを必要とする住民に対して十分なサービスを提供するためには、一般高齢者に対するポピュレーションアプローチによる意識や行動の変容を促すことにより、介入を必要とする対象者を抑制することも重要と考えられる。

以上のような現状を踏まえ、今後室戸市では、栄養改善プログラムのシステムとして以下のことを重点的に取り組む予定である。

- 1) 管理栄養士の専門性が求められる部分として、
 - ① 管理栄養士の能力が発揮される項目の明確化
 - ② 地域在住の管理栄養士の確保
 - ③ 県内外の組織からの人材の確保や育成方法に関する情報収集
- 2) 特定高齢者への移行を防止する手段として
 - ① 一般高齢者に対する低栄養問題の理解促進
 - ② 既存事業や個別での支援を通じた、低栄養対象者に対する改善指導
 - ③ 低栄養状態が改善された高齢者が地域で生活する際の受け皿的な場作り
 - ④ 高齢者と関わることの多い地域のボランティアへの栄養改善事業の一層の周知徹底

改正された介護保険制度における栄養改善事業で導入された栄養ケア・マネジメントは、管理栄養士の専門性を発揮する絶好の機会である。過疎地域である室戸市でそれをすすめることは、高齢化率が進む現状を考えると、多くの住民を対象とした行政サービスに発展することが考えられる。平成 18 年 4 月以降からは、自然豊かで産物が豊富な室戸市ならではの『栄養改善事業』に取り組む次第である。

【事例紹介】(T60-04)

83 歳女性、独居。日常は畑や果樹園の栽培、書道などの趣味や公民館での「生きがい対応型サービス」に通う活動的で多忙な高齢者である。年齢のわりに元気な高齢者であったが、栄養改善や口腔機能の向上に支援が該当した。

本人の訴えによると体重が以前より 10kg 減少したことから、低栄養問題への認識を促すことを試みた。

本人は多忙であるため、訪問等の約束をしても不在のことが多く、栄養相談を実施することが困難であった。

度重なるアプローチにより、低栄養改善の重要性の自覚が芽生え、途中段階で 2kg の体重増加が確認され、低栄養改善にむけての行動変容が見られた。そこから、少ないメニューの食生活を少しずつでも改善したいという意欲を引き出し、料理教室へ参加してみたいという目標を自ら立てるに至った。

利用者基本情報

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)	採所・電話 その他()	初回 再来(前 /)
本人の現況	[在宅]・入院又は入所中()		
ﾌﾘｶﾞｯﾀ 本人氏名	T160-04	男・☑	M・II・S 年〇月〇日生(83)歳
住所	〇〇市〇〇町△番地	Tel	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	Fax	〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇
認定情報	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
障害等認定	非該当・要支1・要支2・要支3・要支4・要介5 有効期限：年 月 日～(前回の介護度)	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
本人の住居環境	[自宅]・[借家]・[戸建て]・[集合住宅]・[自室の有無()]・[階]・[住む改修の有無]		
経済状況	[国民年金]・[厚生年金]・[障害年金]・生活保護・・・		

来所者 (相談者)	家族構成		家族構成	
	氏名	続柄	住所・連絡先	家族構成
住所 連絡先	〇〇△△	弟	〇〇市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇	<p>◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 五介護者に「主」 助介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)</p>
	〇〇□□	従兄	〇〇市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇	
緊急連絡先				<p>家族関係等の状況 夫は15年前に死亡。長男は精神疾患で市外の病院に長期入院中。同じ町内の二男家族とは音段は行き来なし。三男は東京在住だが本人が飛行機の券を買って送ってやったりすると、時々帰ってきている。長女の息子が本人宅で3回ノックの仕事を開業している。 本人の弟妹が各3人いる。電話で毎日話しをしている。</p>

《介護予防に関する事項》

今までの生活	米やひね、みかんなどかなりの広い面積の農業をしていたが、夫が死亡後は、土地を財産分けし、今は一人で行っている。宗教活動と趣味も多く、飛来しているが、1年前に家族の事で悩み事があり10kgやせてきたし、そのころから心臓が「ふたふた」したり、呼吸困難が時があるようになり、時々受診して2週間位服薬すると治るとのこと。最近忙しすぎて約束の日を忘れることがある		
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	趣味・楽しみ・特技	
	独居のため、家事はすべて行い、朝のお参りを1時間欠かさずし、9時から畑や山、海と出かけていて、昼食も家に食べに戻らずにすることもあるくらい多忙な毎日である 時間 6:30 起床 7:00 朝食 9:00 お折り1時間 18:00 山・畑に行く 21:00 お折り1時間 就寝	踊り、書道(3年前に教室が中止) 禅院教室(月1回) 畑で野菜を作り近所の人に分ける	友人・地域との関係 市主催の洋裁教室に通っている、近所の人にもよく話しをしていて、宗教活動は地区の世話人をしており、市の中央部の集会につれて週3回以上は参加。公民館にミニテニスイにも参加乗物の作業が多忙な時は近所の人からボランティアで手伝ってくれる

《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 (主治医・薬師作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
17年4月 日	不整脈	Tel ☆	経過観察中	治療中 経過観察中 その他
?年 月 日	両肩骨折	Tel	経過観察中	治療中 経過観察中 その他
年 月 日		Tel	経過観察中	治療中 経過観察中 その他
年 月 日		Tel	経過観察中	治療中 経過観察中 その他

《現在利用しているサービス》

福祉教室	公的サービス	非公的サービス
	ニデイ	

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・要支援認定に際し、介護認定審査会による判定結果・要介護及び主治医意見書と併せて、利用者基本情報シート・ケアマネジメント等の個人に関する記録を居宅介護支援事業員(居宅介護支援事業員)より事業所、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閲覧する旨を提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 T60-04 印

〈別添〉

T60-04

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)	
		0.はい	1.いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	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	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	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	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	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	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> 0.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	<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	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	0.いいえ
12	身長 150 c m 体重 40.0kg (注) BMI16.0		
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	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	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	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	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	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されますか	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	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	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 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	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	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	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	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。

介護予防サービス・支援計画書

NO. 利用者名 T60-04 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 要支援1・要支援2 地域支援事業

計画作成者氏名 OO 委託の番号:計画作成者番号・事業所名及び所在地(電話番号) OO地域包括支援センター

計画作成(変更)日 H17年〇月〇日(初回作成日 H17年〇月〇日) 1年 宗教活動や継続教室や地区でのミニデイの集まりに出ていく

目標とする生活	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実施の概要	具体的な方向 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 インフォーマルサービス	介護保険サービス または 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
活動・移動について 毎日山や畑に行き作業をしている。薪を敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	今(わ)の世帯はプランタン畑で、一人で山や畑に行き作業をしている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	山や畑など問題なく外出できているが、寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	1. 寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。 2. 寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	1. 寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。 2. 寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	①山や畑は寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。 ②寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	1. 寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。 2. 寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	(1)寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。 (2)寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	3月 平成 年 月 月 平成 年 月 月
日常生活(家庭内生活)について 家事は一人でまわす。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	家事は一人でまわす。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	6月 平成 年 月 月 平成 年 月 月
社会参加、利用関係 地域の世帯(ミニデイ)に参加している。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	地域の世帯(ミニデイ)に参加している。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	6月 平成 年 月 月 平成 年 月 月
健康増進について 心臓がふるふるしたり、呼吸困難になることがある。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	心臓がふるふるしたり、呼吸困難になることがある。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。	6月 平成 年 月 月 平成 年 月 月

【本実行すべき支援ができない場合】
 該当な支援の実施に向けた方針
 前不整頓があり、服装が汚れている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。寒いと、敷き詰めたりも出掛けている。

総合的な方針:生活不活発系の改善・予防のポイント
 介護予防や、ミニデイ参加、趣味の教室にも積極的に参加し、役割も持っていて活動的な生活をおくれているが、体調を崩した時に即断して休むことや、本人の希望と異なる必要がないために不安が強くストレスを感じている。そのため、その体調に向けての支援が必要と思われる。また活動が過ぎるために体調を崩さないよう支援することも大事になる。

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 年 月 日 氏名 T60-04 印

運動不足	1/5	2/2	1/2	1/5
平防給付 または 地域支援事業	(3/3)	(1/3)		

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 T60-04

わたしの趣味は？ (いくつでも) 洋裁
わたしが一番やってみたいことは？ (いくつでも)
—
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)
—
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 () いいえ ()
医師に食事療法をされるように言われていますか？ はい () いいえ ()
食事姿勢や食べる動作に不自由を感じますか？ はい () いいえ ()
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 () いいえ ()
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 ごはん、しいも
—
—
食パン、あめ玉、コーヒータ (弁当を犬に食べられたため、上記の内容になった)
—
ごはん、やまいもすり下ろし、たまねぎ、つけもの、干物 (うるめ)
間食 あめ玉
毎日の食事づくりは、誰がどのようにしていますか？ 自分で作る

「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	歯齦が合わない
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	
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	
6	1日に食べるのは2食以下ですか	はい いいえ	おなかが減っている時に食べる。 おいしいと感じる。
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きましたか	はい いいえ	食事調査 をしてみ ましよう
8	牛乳・乳製品をとっていますか	はい いいえ	以前より少なくなつた。
9	毎日、一人で食事をしていますか	はい いいえ	独居のため
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	
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	150cm	上腕の周囲長	cm
体重	40.0kg	上腕の脂肪厚	mm
BMI	16.0	上腕の筋面積	cm ²
体重減少	10kg/12 か月	血清アルブミン値	3.6g/dl

計画（地域支援事業）（例）

名前 T60-04
 作成日 H18年 1月0日
 担当者 〇〇 〇〇

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）
 私が行っている3つのことをこれからも続けていきたい。
 ①野菜を作る、②〇〇会に参加する、③宗教活動

わたしの目標（ 月 日まで）
 （体重を〇kg増やそう、毎日、〇〇〇を〇〇〇〇として食べようなど）
 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。

わたしの計画
 料理教室に通う

問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価

報告書（地域支援事業・新予防給付）

地域包括支援センター
 担当者 〇〇 〇〇 殿
 作成日 H〇年 〇月 〇日
 利用者氏名 T60-04 殿

低栄養のリスク	サービス開始時（11月0日）	1か月後（12月0日）
BMI	40kg（16.0）	40kg（16.0）
体重減少率、変化	12ヶ月で、10kg減少	変化なし
血清アルブミン値（g/dl）	3.6	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	体重の減少について気になっているものの、課題として捉えられていない。事業のことや目的について理解できず、課題として捉えられていないので、意欲なし。	体重の減少と体調不良の関係、アルブミン値より身体状況について理解できた様子。まだ何かを取り組んでいくような気持ちには至っていない。
主観的健康感 現在の健康状態 あてはまる番号1つに○	1 2 3 4 5 よい まあよい だつう あまりよくない よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい だつう あまりよくない よくない
計画の概要と実施状況	計画を立てる以前に低栄養の問題について理解してもらった必要がある。何かを実施する段階ではない。	低栄養の問題について、理解してもらったので、今後のかわりで具体的なアドバイスを進めていきたい。年末なので家族と会うとのこと。美味しいものを食べてきてくださいと話す。
総合的評価	開始時と1ヶ月後と比べて問題点に気づくことができた。担当としても、見た目は元気な暮らしをしているので、本当に対象者となるのかどうか不安もあった。担当者との関係もできてきたので、これから具体的な方法を提案していきたい。	

所属（事業所） 〇〇市役所

〇〇課

作成担当者氏名 〇〇

研究事例

神奈川県横須賀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

横須賀市保健所 秋山 知子

実施担当者

横須賀市 健康福祉部 保健所	健康づくり課	管理栄養士	長谷川 美千代
		管理栄養士	秋山 知子
		健康運動指導士	大川原 ゆう子
		歯科衛生士	新倉 啓子
	長寿社会課	保健師	河島 夏美
		保健師	村中 優子

関係機関

横須賀市

(健康福祉部 保健所 健康づくり課・健康福祉部 長寿社会課・市民部 逸見行政センター)

横須賀市社会福祉協議会

逸見地区老人会

1. 地域特性と取り組みの経緯

(1)地域特性

横須賀市保健所は、神奈川県南部、三浦半島の中心に位置し、横浜市、逗子市、葉山町、三浦市に囲まれた、海と山の自然豊かな温暖な土地である。市内は国道 16 号線と京浜急行、JR 横須賀線が東西に走り、大きく 4 地区（中央・南・北・西）に区分される。

横須賀市の人口は、433,974 人、65 歳以上の人口は 90,279 人、高齢化率 20.8%（平成 17 年 10 月 1 日現在）年々少しずつ高齢化が進んできている。

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に該当するもの又は③該当する者と定義すると、高齢者人口の 1%に相当すると考えられているため、推定 902 人にのぼる。

(2)管理栄養士等の人材資源や地域サービス資源の状況

横須賀市は、健康福祉部である保健所健康づくり課に常勤の管理栄養士 2 名、こども育成部のこども健康課に常勤管理栄養士 2 名と非常勤管理栄養士 1 名、保育課に 1 名の栄養士が配置されており、高齢者担当である長寿社会課への配置は、平成 18 年度より非常勤管理栄養士 1 名を予定している。

これまで保健所健康づくり課の管理栄養士は、老人保健事業、給食施設指導、食生活

改善推進団体の活動支援、ボランティア育成事業、特定疾患栄養相談、精神保健福祉事業の調理講習会及び在宅管理栄養士 9 名の育成と共に、地域在住の管理栄養士と栄養士を対象とした勉強会等を実施してきた。今回、長寿社会課管理栄養士の配置が間に合わなかったため、保健所健康づくり課 管理栄養士が中心となり本研究へ参加することになった。

保健所健康づくり課では、平成 13 年 7 月より介護予防の観点から「元気な高齢者を増やす」ための施策として、行政と民間の連携により横須賀市健康増進センター『すこやかん』で高齢者対象の教室を開催している。この教室を更に食の面からもバックアップするため、平成 16 年 4 月からは保健所健康づくり課の管理栄養士も連携し、「楽しく作って、おいしく食べよう」をテーマに「快適栄養教室」を開催している。

一方、食事づくりや食事の情報を提供することができるヘルスマイトは、横須賀市生活改善推進団体として 243 名の会員がおり、3 つの地区グループに分かれて活動している。

2. 栄養改善プログラムの実際

(1)横須賀市における本研究対象者の把握

平成 17 年 9 月 16 日（金）神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科教授 杉山みち子先生と担当管理栄養士及び保健師等で打合せを行い、横須賀市での実施方法等について検討を行った。

9 月下旬～10 月中旬の概ね 1 ヶ月間、健康づくり課（健診センター）、長寿社会課、行政センター及び社会福祉協議会、老人会等の協力のもと、基本チェックリストを用いて低栄養状態のリスクのある者の把握を行った（モデル研究事業開始時、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 未満の両方またはいずれかに該当する者としたが、最終的に両方に該当する者を低栄養状態のおそれのあるものとして把握することに変更されたため、事例としてはこの条件において、その対象者を提示している）。

横須賀市医師会へ事業実施について了承を得た後、社会福祉協議会、老人会、行政センター等の協力のもと、逸見行政センターで実施された高齢者対象の「お楽しみ会食会」に出席し、17 名に基本チェックリストの記入を依頼した。（高齢者が基本チェックリストに回答する際には、1 人ずつ大きな声で読み上げ、具体例を示して補足し、代筆する必要があった）。このうち低栄養状態の恐れがあると判断された者は 2 名であったが、2 名とも体重減少の理由が明確だったため栄養改善プログラムへの参加は希望しなかった。

同時に健診センターでは、市民健診受診時に低栄養が疑われる 6 名に基本チェックリストを実施したが、該当者はいなかった。

その後、9 月以前に健診を受けた者で低栄養状態が疑われる 6 名に対し、検査結果の説明と共に栄養改善の必要性を説明し、そのうち 5 名が参加を希望した。この 5 名の家族に対しても事業の趣旨等を説明するため訪問を行った。「低栄養状態」という言葉に反発する家族も多く、「参加したくない」という者もあった。1 ヶ月間のリクルート期間に「栄養改善プログラム」の参加を希望したのは以上の 5 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保健所に設置し、保健師等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行った。

介護予防アセスメントの時間は 40 分～60 分程度、計画作成に要した時間は 30 分～60 分程度であった。

(3) 栄養改善プログラムの概要

栄養改善プログラムは、横須賀市保健所を会場として、事前アセスメント、管理栄養士等による個別の栄養相談、小グループでの栄養教育、事例検討会などを行った。

今回は通所を基本とし、小集団による交流会と個別栄養相談を組み合わせ実施したが、必要に応じて、電話連絡や手紙等も使用した。欠席者や緊急対応の必要なケースについても検討していたが、毎回全員が出席している。それぞれの教育プログラムの手順については以下のとおりである。

横須賀市の栄養改善プログラム

<p>① 事前アセスメントと目標設定等</p> <p>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 28 日（金） 13 時 30 分～16 時 30 分 所要時間：3 時間 実施場所：横須賀市保健所 参加高齢者：5 名全員参加 担当者：管理栄養士 2 名、保健師 3 名（うち 1 名は採血担当） 形態：個別栄養相談と小グループによる栄養教育の実施 事前アセスメントのための準備物品：計画書、身体計測器 等</p> <ul style="list-style-type: none">i) 事前アセスメントii) 計画の作成iii) 相談等iv) 6 ヶ月間の日程確認
<p>② 担当者によるカンファレンス</p> <p>日時：平成 17 年 10 月 28 日（金） 16 時 30 分～17 時 30 分 所要時間：1 時間 実施場所：横須賀市保健所 担当者：管理栄養士 2 名、保健師 2 名 内容：事前アセスメントの内容、低栄養状態のリスクと優先課題の確認、次回栄養相談の計画 その他：書類等の遣り取りは庁内通送便</p>

③ 第 1 回栄養相談

目的：栄養計画の作成と問題点の確認、今後の目標決定

日時：平成 17 年 11 月 1 日（火）13 時 30 分～16 時 30 分

所要時間：3 時間

実施場所：横須賀市保健所

参加高齢者：5 名全員参加

担当者：管理栄養士 2 名、保健師 2 名

形態：個別栄養相談と小グループによる栄養教育の実施

実施事項：受付

個別相談（計画の作成と問題点の確認、今後の目標決定）

お茶を飲みながらの交流会（自己紹介等）

次回案内

④ 担当者によるカンファレンス

日時：平成 17 年 11 月 1 日（火） 16 時 30 分～17 時 30 分

所要時間：1 時間

実施場所：横須賀市保健所

担当者：管理栄養士 2 名、保健師 2 名

内容：事前アセスメントの内容と栄養計画の内容等について検討

その他：書類等の遣り取りは庁内通送便

⑤ 電話チェック

目的：栄養相談 1 週間目を目途に実施状況、実施上の問題、中断の有無、体調や最近の楽しかった出来事等の確認

日時：平成 17 年 11 月 8 日（火）9 時～10 時 30 分

所要時間：1 時間 30 分

対象高齢者：5 名全員と電話で確認

担当者：管理栄養士 2 名

⑥ 第 2 回栄養相談

目的：食事づくりや「食べる状況」の把握、栄養計画の修正

日時：平成 17 年 11 月 15 日（火） 13 時 30 分～16 時 30 分

所要時間：3 時間

実施場所：横須賀市保健所

参加高齢者：5 名全員参加

担当者：管理栄養士 2 名

形態：個別栄養相談と小グループによる栄養教育の実施

実施事項：受付

簡単な栄養の話

お茶を飲みながらの交流会(好きな食品、趣味の話、楽しかった出来事等 話題になる) 個別相談 次回案内、修了
⑦ 担当者によるカンファレンス 日時：平成 17 年 11 月 15 日 (火) 16 時 30 分～17 時 所要時間：30 分 実施場所：横須賀市保健所 担当者：管理栄養士 2 名 内容：参加者の様子、目標達成度と今後の課題検討、次回の栄養相談の計画
⑧ 第 3 回栄養相談 目的：1 ヶ月後のモニタリング、在宅での計画実践状況の確認、新たなる課題への対応や計画修正 日時：平成 17 年 11 月 29 日 (火) 13 時 30 分～16 時 30 分 所要時間：3 時間 実施場所：横須賀市保健所 参加高齢者：5 名全員参加 担当者：管理栄養士 2 名 形態：個別栄養相談と小グループによる栄養教育の実施 実施事項：受付
⑨ 担当者によるカンファレンス 日時：平成 17 年 11 月 29 日 (火) 16 時 30 分～17 時 所要時間：30 分 実施場所：横須賀市保健所 担当者：管理栄養士 2 名 内容：参加者の様子、目標達成度と今後の課題検討、次回の栄養相談の計画
⑩ 第 4 回栄養相談 目的：2 ヶ月目のモニタリングと個別栄養相談 日時：平成 17 年 12 月 20 日 (火) 13 時 30 分～16 時 30 分 所要時間：3 時間 実施場所：横須賀市保健所 参加高齢者：5 名全員参加 担当者：管理栄養士 2 名 形態：個別栄養相談と小グループによる栄養教育の実施 実施事項：受付 簡単な栄養の話