

のために12月末までに2kgの体重増加を約束した。食事回数は本人の好物を中心に、1日5回食を取り入れた。食欲が出てくると、3回食に切り替えた。栄養相談時の調理実習では少しずつ食べていた。3ヶ月後BMI18.7となった。対象者は、自信がついたのか「地域の集いに参加してみようか」と妻に話していた。

在宅訪問の事例（T50-04）は、初回のBMIは16.3であった。1回目訪問では、日常での様子を傾聴する。傍で夫が「食べんて困る」と話され、話がよく中断した。事業を説明し、チェック表、食事記録表に記入してもらった。2回目、計画の状況把握とパーソナルコンピューターによる食事記録表から本人の栄養素の摂取不足を説明した。本人は「何でもよう食べているのに」と話した。実際には自分の記録結果表を見て、自分の摂取不足や偏食に初めて気づいた。その後、食生活改善に取り組む意欲が見られた。1日5回食をすすめ、様子を見た。水分不足がみられたので、目安量として空ペットボトルを用いて説明した。3回目訪問では台所で簡単な料理を一緒に作り、夫は傍で見ていた。4回目訪問すると、「少しずつ食べられだしたよ」と、夫も「最近食欲が出てきている」と話された。3ヶ月末に「2kg体重が増えたよ」と電話で喜びながら報告をしてきた。電話のそばで嬉しそうな夫の明るい声が聞こえ、喜びが伝わってきた。

これらの高齢者は、在宅栄養指導の事例（T50-04）以外は同じ町内に生まれ住んでいるため顔なじみでもあった。同じ悩み（状態）であることからお互いにうち解け合っていた。そして私たち管理栄養士の説明を聞き漏らしたことでも「あの時栄養士さんが、魚ばかり食べてちいたあ肉も食べにやいけん言うとなつたがな」とお互いに教え合っていた。

これらのことから、少人数での同じ境遇の集いは、参加するうちに自然に仲間意識ができて何でも話せ、また話したい気持ちになるのではないだろうか。さらに対象者達に自立支援教室（ほがらか教室）を紹介すると、全員が参加した。その様子を見ると、一緒に参加するから力強いのか、いつの間にか教室の中にとけ込み楽しんで参加されていた。栄養委員から「次は○日で、来られえ」との声かけに笑顔でうなずいていた。このような笑顔は、私たちの前ではあまり見せないのにと担当者と話した。

体重増加は、高齢者にとって、毎日、食生活改善に取り組んだ成果である。これが自信となり「地域の集いに行ってみようか」「生活バスに乗って買い物に行こうかな」等意欲や行動面に積極性がみられるようになった。今後、対象者によっては、地域の集いに参加し、自分でできることは行い、できない人のお手伝いができる高齢者になっていくであろう。そのためには、栄養委員等の支援や各組織間の連携が不可欠である。

### 3. おわりに

#### —今後地域支援「栄養改善」プログラムのシステムづくりと運営について—

本研究の参加を通じて、平成18年度の介護予防特定高齢者施策：栄養改善プログラムについて検討しているところである。特定高齢者施策による事業は、基本的には、通所事業と位置付けられることから、本研究においても通所による小集団への個別栄養相談と必要に応じた訪問栄養相談を基本としたが、第1回栄養相談後10日目と2ヶ月中旬を目途に在宅訪問をし、実際の在宅での食生活について状況把握を行った（町では、高齢者の栄養改善指導として実施している）。小集団は、「栄養改善」「運動機能向上」等講話と体験として調理実習を取り入れた。

今回参加者の低栄養状態の改善がなされていることから本人、家族も計画に理解を持って取り組んでいるので6ヶ月は続くと思われる。

このことから、今後もこの栄養改善プログラムで企画すれば実施できると思われる。建部町において、低栄養状態のおそれがあると判断される高齢者は約23人と推定されるが、これらの者は事例における事前アセスメントの状況からも、緊急に栄養改善は必要とされる者である。そのまま放置すれば生活機能の低下等が予測される。それを予防するためには、町内地域において、早期把握のための体制づくりを医師会、在宅介護支援センター、町社会福祉協議会、町栄養委員会等の各組織の連携のもと行うとともに、住民検診からの早期発見把握システムが必要である。さらに、地域包括支援センターでの介護予防サービス・支援計画書の作成から、栄養改善プログラムへの連携がスムーズにいくことが重要である。町としては、町栄養委員会の支援を受けながら、保健センターにて栄養改善プログラムを提供し、現在、実施している毎月1回の「病態別栄養相談」日に兼ね、対象者は地域包括支援センターからいつでも参加し、6ヶ月間（1クール）で修了する体制を考えている。その体制づくりに向け、職員補充等の予算を検討中である。栄養改善プログラムを実施するためには、対象者の情報を集約し、一方で地域資源等の情報を連絡、調整を行う専任の市・町・村の管理栄養士の役割は重要である。そのためには、医師や他の職種との連携、実際の事業に関わる地域の管理栄養士等の情報交換、事例検討の研修が必要となる。

本プログラムの実施経過については、県主催の老人保健担当者研修会において情報提供し、その経過を説明した。本研究は、途中事業における様式変更等があり理解しにくい点もあったが、研究全体の変更はなかったので平成18年度からでも取り組めるとと思われる。また、年度後半の日常業務外での本研究への取り組みは重責であったが、高齢化の進んだ町として介護予防事業の取り組みに当たっては有意義であった。

#### 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、町の管理栄養士が、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、本研究にご協力いただいた関係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】(T50-02)

78歳男性、妻と二人暮らし。子供は2人いるが、それぞれ家族を持ち、別居している。

H17年2月に脳梗塞を起こし、入院。退院後、言語障害などの後遺症のため、自信をなくし、家に閉じこもっている。また、自信喪失から、食欲低下、意欲低下が見られ、体重も減少している。

脳梗塞発症前は、地区の行事に積極的に参加するなど、活動的であったが、現在は外へ出たがらない。家庭菜園での野菜づくりが楽しみとなっている。

今回は、主介護者である妻から、閉じこもり、食事量も減ったとの相談があった。

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 その他( )	初回 再采(前 / )
本人の現況	在宅・入院又は入所中( )		
7/訂ナ 本人氏名	〇〇 〇〇 T50-02	男・女	M・T・S 2年〇月〇日生(78)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		
認定情報	認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 非認知・要支1・要支2・要支3・要支4・要支5 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 住居環境	自宅・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 (相談者)	妻		
住所 連絡先	氏名		氏名
	続柄	住所・連絡先	続柄
	〇〇△△	同居 妻 〇〇(〇〇)〇〇〇〇	
緊急連絡先	緊急連絡先		
家族構成		家族構成	
<p>◎=本人、○=父姓、□=母姓 ●=新に、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は〇で囲む)</p>		<p>家族関係等の状況</p>	

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	二人暮らしで地区の役員(老人クラブの会長)をし、地域の方から信頼が厚い。																								
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																						
	脚痺発後、家から外に出ない。	介護者・家族	無 (病気前は野菜作りが好き)																						
	<table border="1"> <tr> <th>時間</th> <th>本人</th> <th>介護者・家族</th> </tr> <tr> <td>8:00</td> <td>起床</td> <td>妻</td> </tr> <tr> <td>8:30</td> <td>朝食</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10:00</td> <td>テレビ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12:00</td> <td>昼食</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14:00</td> <td>テレビ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>17:30</td> <td>夕食</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20:00</td> <td>入浴、寝る</td> <td></td> </tr> </table>	時間	本人	介護者・家族	8:00	起床	妻	8:30	朝食		10:00	テレビ		12:00	昼食		14:00	テレビ		17:30	夕食		20:00	入浴、寝る	
時間	本人	介護者・家族																							
8:00	起床	妻																							
8:30	朝食																								
10:00	テレビ																								
12:00	昼食																								
14:00	テレビ																								
17:30	夕食																								
20:00	入浴、寝る																								

《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・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
H17年2月1日	脳梗塞	〇〇病院 〇〇医師 Tel	治療中 経過観察中 その他	治療中 経過観察中 その他
年月日		Tel		
年月日		Tel		
年月日		Tel		

《現在利用しているサービス》

機能訓練教室	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・意見、及び主治医意見書と併せて、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、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、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関係する者に提示することに同意します。

〈別添〉

T50-02

## 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)	
		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	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	0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	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	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	1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	0.いいえ
12	身長 155 cm 体重 42 kg (注) BMI17.4		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	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	1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	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	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	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 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	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	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	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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	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 T50-02 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 地域支援専攻

計画作成者氏名 OO \_\_\_\_\_ 委託の場合：計画作成者兼・事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)日 年 月 日(初回作成日 年 月 日)

担当地域包括支援センター \_\_\_\_\_

目標とする生活 1日 車の運転を再びしてみたい \_\_\_\_\_ 1年 昔のように地区の行事ごとに参加してみたい \_\_\_\_\_

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(得意・原因)	総合的問題	課題に対する目標と具体的な対策	具体策についての意向 本人、家族	目標	支援計画	サービス種類	事業所	期間
活動・移動について 脳梗塞後、家の中に閉じこもり、意欲もなくなっている。	本人が何事にも意欲がなくなっている。	口開 1. 脳梗塞のため、自信がなくなり、家に閉じこもっている。 2. 言語障害があるため、意欲がなくなっている。 3. 自覚症状から、意欲低下が見られる。	1. 脳梗塞のため、自信がなくなり、家に閉じこもっている。 2. 言語障害があるため、意欲がなくなっている。 3. 自覚症状から、意欲低下が見られる。	1. 自信をつけてもらうために、社会参加を促す。 2. 口開能力向上を実施し、発音をスムーズにする努力をする。 3. 自信の回復を促すため、体重を増やし、体調を整え、意欲を高める。	1. 夫前で高齢者教室に参加し、2. 口開リハビリを受けたい。 3. 1日1回質問し、意欲を高めるつもりで体重を増やす。	1. 本人一人で、高齢者教室に参加する。 2. 口開リハビリを継続し、発音を増やす。 3. 自覚の体面にできるだけ近づける。	介護福祉士・地域支援専攻 高齢者教室	管理栄養士 ソーシャルワーカー		
日常生活(家庭生活)について 自分の身の回りのことは、自分でやっている。	本人、昔のように地区に参加し、役割を担いたい。	口開 1. 脳梗塞のため、自信がなくなり、家に閉じこもっている。 2. 言語障害があるため、意欲がなくなっている。 3. 自覚症状から、意欲低下が見られる。	1. 脳梗塞のため、自信がなくなり、家に閉じこもっている。 2. 言語障害があるため、意欲がなくなっている。 3. 自覚症状から、意欲低下が見られる。	1. 自信をつけてもらうために、社会参加を促す。 2. 口開能力向上を実施し、発音をスムーズにする努力をする。 3. 自信の回復を促すため、体重を増やし、体調を整え、意欲を高める。	1. 夫前で高齢者教室に参加し、2. 口開リハビリを受けたい。 3. 1日1回質問し、意欲を高めるつもりで体重を増やす。	1. 本人一人で、高齢者教室に参加する。 2. 口開リハビリを継続し、発音を増やす。 3. 自覚の体面にできるだけ近づける。	介護福祉士・地域支援専攻 高齢者教室	管理栄養士 ソーシャルワーカー		
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 脳梗塞後、言葉の理解が難しくなり、発音が少なくなってきた。外出することなく、家で過ごしている。	本人、昔のように地区に参加し、役割を担いたい。	口開 1. 脳梗塞のため、自信がなくなり、家に閉じこもっている。 2. 言語障害があるため、意欲がなくなっている。 3. 自覚症状から、意欲低下が見られる。	1. 脳梗塞のため、自信がなくなり、家に閉じこもっている。 2. 言語障害があるため、意欲がなくなっている。 3. 自覚症状から、意欲低下が見られる。	1. 自信をつけてもらうために、社会参加を促す。 2. 口開能力向上を実施し、発音をスムーズにする努力をする。 3. 自信の回復を促すため、体重を増やし、体調を整え、意欲を高める。	1. 夫前で高齢者教室に参加し、2. 口開リハビリを受けたい。 3. 1日1回質問し、意欲を高めるつもりで体重を増やす。	1. 本人一人で、高齢者教室に参加する。 2. 口開リハビリを継続し、発音を増やす。 3. 自覚の体面にできるだけ近づける。	介護福祉士・地域支援専攻 高齢者教室	管理栄養士 ソーシャルワーカー		
健康管理について 脳梗塞後は、以前に比べ、食べなくなり、体重も減ってきた。	薬・食事を作っても食べてくれないので困る。本人、ほしくない。	口開 1. 脳梗塞のため、自信がなくなり、家に閉じこもっている。 2. 言語障害があるため、意欲がなくなっている。 3. 自覚症状から、意欲低下が見られる。	1. 脳梗塞のため、自信がなくなり、家に閉じこもっている。 2. 言語障害があるため、意欲がなくなっている。 3. 自覚症状から、意欲低下が見られる。	1. 自信をつけてもらうために、社会参加を促す。 2. 口開能力向上を実施し、発音をスムーズにする努力をする。 3. 自信の回復を促すため、体重を増やし、体調を整え、意欲を高める。	1. 夫前で高齢者教室に参加し、2. 口開リハビリを受けたい。 3. 1日1回質問し、意欲を高めるつもりで体重を増やす。	1. 本人一人で、高齢者教室に参加する。 2. 口開リハビリを継続し、発音を増やす。 3. 自覚の体面にできるだけ近づける。	介護福祉士・地域支援専攻 高齢者教室	管理栄養士 ソーシャルワーカー		
健康状態について 口まはり医療従事者、生活機能評価等を踏まえ、目標を設定。	本人、昔のように地区に参加し、役割を担いたい。	口開 1. 脳梗塞のため、自信がなくなり、家に閉じこもっている。 2. 言語障害があるため、意欲がなくなっている。 3. 自覚症状から、意欲低下が見られる。	1. 脳梗塞のため、自信がなくなり、家に閉じこもっている。 2. 言語障害があるため、意欲がなくなっている。 3. 自覚症状から、意欲低下が見られる。	1. 自信をつけてもらうために、社会参加を促す。 2. 口開能力向上を実施し、発音をスムーズにする努力をする。 3. 自信の回復を促すため、体重を増やし、体調を整え、意欲を高める。	1. 夫前で高齢者教室に参加し、2. 口開リハビリを受けたい。 3. 1日1回質問し、意欲を高めるつもりで体重を増やす。	1. 本人一人で、高齢者教室に参加する。 2. 口開リハビリを継続し、発音を増やす。 3. 自覚の体面にできるだけ近づける。	介護福祉士・地域支援専攻 高齢者教室	管理栄養士 ソーシャルワーカー		

【本人が行うべき支援ができない場合】  
或るべき支援の実施に向けた方針

総合的問題：生活機能評価・予防のポイント  
本人に自信を持ってもらい、話す機会を増やし、病前のように地区の行事に参加してもらう。

計画に関する助言  
上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 T50-02 印

予防給付 または 地域支援専攻	運動 不足	栄養改善	口腔内 ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
0 / 5	2 / 2	0 / 3	2 / 2	1 / 3	4 / 4	5 / 5

基本チェックリストの(該当した質問項目)を○印で、(該当しない質問項目)を○印でつけて下さい。  
地域支援専攻の場合は必要な事業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 T50-02

わたしの趣味は？ (いくつでも) 野菜作り	
わたしが一番やってみたいことは？ (いくつでも) 車の運転	
わたしの好きな食べ物？ (いくつでも) 食物すべて	
わたしの嫌いな食べ物？ (いくつでも) 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) ができますか？ (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：))	
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 ・ ご飯 ・ 味噌汁 ・ のり 昼 ・ 冷やしうどん 夕 ・ ご飯 ・ 鶏のから揚げ ・ 生野菜 間食 ・ 牛乳 毎日の食事づくりは、誰がどのようにしていますか？ 自宅 妻	

「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 (はい)	
2	下痢が続いたり、下剤を常用していますか	はい (はい)	
3	便秘が続いていますか	はい (はい)	
4	最近、入院を経験しましたか	はい (はい)	脳梗塞 (H17年2月1日~2月28日)
5	1日に5種類以上の薬を飲んでいきますか	はい (はい)	
6	1日に食べるのは2食以下ですか	はい (はい)	
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 (はい)	
8	牛乳・乳製品をとっていますか	はい (はい)	食事調査 をしてみ ましょう
9	毎日、一人で食事をしていますか	はい (はい)	
10	日常的に身体を動かさなくなっていますか	はい (はい)	
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 (はい)	
12	食べる気力や楽しみを感じていますか	はい (はい)	

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	155cm	上腕の周囲長	cm
体重	42.0kg	上腕の脂肪厚	6mm
BMI	17.4	上腕の筋面積	cm <sup>2</sup>
体重減少	4kg/5か月	血清アルブミン値	g/dl



計画（地域支援事業）(例)

T50-02

名前 T50-02

作成日 17年 10月 7日

担当者 管理栄養士 △△△△

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）

昔のように地域の行事ごとに参加したい

わたしの目標（12月30日まで）

（体重を0kg増やそう。毎日、〇〇〇を〇〇〇〇して食べようなど）

体重を2kg増やしたい

わたしの計画

1 回の食事が変わらないので1日5回食にする

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 ○○ 殿

作成日 HO 年 ○月 ○日

利用者氏名 T50-02 殿

低栄養のリスク	サービス開始時（10月7日）	2か月後（12月2日）
BMI	42.0kg（17.4）	43.8kg（18.2）
体重減少率、変化	6ヶ月で2～3kgの減少	2ヶ月で1.8kg増加
血清アルブミン値（g/dl）		
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	脳梗塞発症後、意欲低下、体重があるので、意欲を向上させるため、好物を聞き、1日5回食をすすめる。	食欲が出、外出も行うようになり、体力も向上してきた。意欲も増大している。
主観的健康感 <small>現在の健康状態 あてはまる番号1つに○</small>	1 2 3 4 5 よい まあよい だつぷ まあよい よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい だつぷ まあよい よくない
計画の概要と実施状況	本人、妻と一緒に計画表を作る。日常生活を知り、本人の意欲を高めるため、またその気持ちを知るために、電話だけではなく、12月に在宅訪問する。	体重が2kg増大したので、1日3回食に戻す。 高齢者教室に妻と二人で参加するようになり、これからは一人で参加することになる。継続。
総合的評価	高齢者教室へ参加し嚥下体操をすることで、飲み込み及び咀嚼が良くなり、1日5回の食事を行い、食事がらえ、そのために体重が目標値（+2kg増）まで増大し、本人や妻も喜び、高齢者教室を一人で継続していくまで、体力、意欲が高まった。	

所属（事業所） ○○○

作成担当者氏名 ○○ ○○

栄養相談経過記録表 (例)

氏名	男・女	ID番号	T50-02	生年月日	T2年0月0日(78歳)
住所	00町△番地		電話		

第1回栄養相談 (週目)	グループ・個人	実施日	10/0	担当者	000
身長	155cm	体重	42.0kg	BMI	17.4
上腕周囲長	19.8cm	上腕三頭筋皮脂厚	6mm	上腕筋面積	
解決すべき課題や相談の経過 (来庁) 本人も家の外に出て、困っている、というところであった。 家から外に出るきっかけ作りとしてはというと、高齢者教室への参加をすすめる。 口腔機能向上をすすめる。1回量が少ないので5回食にしてはどうかを提案する。					
電話確認 (1週目)	実施日	10/0	担当者	000	
妻は、本人に言っても食べてくれないとのこと 本人は食事をほしくないとのこと					
第2回栄養相談 (週目)	グループ・個人	実施日		担当者	000
体重	42kg	BMI	17.4	健康感	(-)
解決すべき課題や相談の経過 本庁にご夫婦に来て貰う。 日常生活での様子を聞く。本人はほかの人が行っていることは手伝うと言う。 ご夫婦で高齢者教室へ参加を勧め、そのとき、口腔機能向上も実施するようにすすめる。					
担当者連絡会	実施日	10/24	担当者	000	
奥さんに食事量の摂取が少ないので、5回食/日にしてはどうかと薦める。 外出の機会を増やすようにすすめる(送迎付)。 10/25の高齢者教室へ夫婦で参加をする。本人は、指導のされるまま行動していた。教室生との話はないが、食事、弁当、半分食べ、おやつ(饅頭)1個食べる。 10/7:電話:本人、別に参加を嫌がらなかったと奥さんが話す。					
第3回栄養相談 (週目)	グループ・個人	実施日	11/8	担当者	
身長	155cm	体重	42.8kg	BMI	17.8
上腕周囲長		上腕三頭筋皮脂厚		上腕筋面積	
解決すべき課題や相談の経過 (来庁) ・ 体重測定 → 800g増加し、本人も喜ぶ。 ・ 食事回数5回は苦にならないか聞く(今まで3回だったのだが) ・ 体重を増やし、元のように元気になるのだから大丈夫と話す。					

栄養相談経過記録表 (例)

氏名	男・女	ID番号	T50-02	生年月日	T2年0月0日(78歳)
住所			電話		

第4回栄養相談 (週目)	グループ・個人	実施日	12/2	担当者	△△△
身長	155cm	体重	43.8kg	BMI	
上腕周囲長		上腕三頭筋皮脂厚		上腕筋面積	
解決すべき課題や相談の経過 (来庁) 本人も家の外に出て、ほかの人と話したりすることで、日常の変化があり、楽しいという(体重が少し増えたのが良いかも)。 妻も次回からは、本人だけ高齢者教室に参加させるとのこと					
電話確認 (週目)	実施日		担当者		
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	
解決すべき課題や相談の経過 担当者連絡会 実施日 12/11 担当者 △△△ 教室への参加継続、友達作り(送迎付)話す言葉を増やすこと。目的意識を出すことにより、食事が楽しくなるのでは。2回/月の教室 → 3回/月に増やしてはどうかとすすめる。					
第6回栄養相談 (週目)	グループ・個人	実施日	12/22	担当者	
身長	155cm	体重	45kg	BMI	18.7
上腕周囲長	24.1cm	上腕三頭筋皮脂厚		上腕筋面積	34.9cm <sup>2</sup>
解決すべき課題や相談の経過 (訪問) 在宅で体重を測定する 体重の目標値+2kgに達成していたので夫婦で喜んでいた。					

## 連絡経過

月/日	連絡者	連絡相手	連絡方法 面談・電話など	内 容
10/1	管理栄養士	家族	電話	保健センターに来庁願う
10/1	管理栄養士	ソーシャルワーカー	電話	チェックリストの準備について
10/4	ソーシャルワーカー	家族	電話	訪問日の確認のためと本人の状況を聞く
10/4	管理栄養士	ソーシャルワーカー	電話	指導後の様子を聞く
10/6	ソーシャルワーカー	管理栄養士	電話	チェックリスト作成、会場等の準備について
10/6	管理栄養士	ソーシャルワーカー	電話	訪問の日時について
10/7	管理栄養士	家族	電話	訪問後の状況チェック
10/7	ソーシャルワーカー	管理栄養士	電話	訪問日の確認をする
10/14	管理栄養士	家族	電話	訪問日の確認をする
10/14	管理栄養士	ソーシャルワーカー	電話	同行訪問の打ち合わせ
10/15	管理栄養士	家族	電話	同行訪問の時間と様子を聞く
10/15	管理栄養士	家族	電話	保健センターに測定のため来庁願う
10/20	管理栄養士	ソーシャルワーカー	電話	同行訪問の時間打ち合わせ
10/24	管理栄養士	家族	電話	訪問後の様子を聞く
10/24	ソーシャルワーカー	管理栄養士	電話	担当者会議について
10/31	管理栄養士	ソーシャルワーカー	電話	担当者会議について
11/2	ソーシャルワーカー	管理栄養士	電話	同行訪問の日時について
11/8	ソーシャルワーカー	管理栄養士	電話	同行訪問の日時について
11/21	管理栄養士	ソーシャルワーカー	電話	同行訪問の日時について
11/25	管理栄養士	家族	電話	クライアントの様子を聞く
11/25	管理栄養士	栄養委員	電話	クライアントの日常での様子と指導内容を話す
11/30	管理栄養士	家族	電話	保健センターに測定のため来庁願う
12/3	ソーシャルワーカー	管理栄養士	電話	同行訪問の日時打ち合わせ
12/7	管理栄養士	家族	電話	指導後の様子を聞く
12/20	管理栄養士	ソーシャルワーカー	電話	同行訪問の日時について
12/22	管理栄養士	主治医	面談	クライアントの様子。血液検査依頼する

## 研究事例

### 茨城県筑西市における地域支援事業：栄養改善プログラムについて

筑西市明野保健センター	保健師	飯村 えみ子
筑西市明野支所福祉課	保健師	高橋 恵子
筑西市栄養士	管理栄養士	松崎 ミチ子
筑西市在宅栄養士	管理栄養士	塚田 美佐子
茨城県筑西保健所健康増進課	管理栄養士	岡田 文江

#### 1. 地域の状況

筑西市は関東平野の肥沃地帯にあり、茨城県西部に位置し、筑西保健所管内である。東西にJR水戸線が走り、南北に常総線、真岡鉄道が発着する交通の要所である。つくば市までは車で20分、つくば市から秋葉原駅まで、電車で40分の地の利をいかし、ビニールハウスによる野菜・果樹栽培（イチゴ、スイカ、梨）が盛んである。陶芸家板谷波山や安部清明の生誕の地でもある。

昨年、1市3町が合併・誕生したことで、人口113,078人、65歳以上の高齢者人口23,360人、高齢化率20.7%、世帯数35,205世帯となった。

本事業を実施した明野地区は、平成12年に健康増進複合施設「あけの元気館」（保健センター、天然療養温泉、プール、トレーニングルーム、通所介護施設）がオープンし、多くの市民が健康づくりに取り組んでいるところである。

本市での「低栄養状態のおそれのある者は高齢者人口の1%」として推算すると、約233人の高齢者が把握されると考えられる。

#### 2. 栄養改善サービスに係る資源の状況

##### (1)管理栄養士・栄養士

市保健推進課に2人、4地区の保健センターに5人配置されているが、介護保険担当課には配置されていない。併せて非常勤（在宅）管理栄養士3人、栄養士1人が保健と福祉部門の栄養教育・相談の一翼を担っている。

##### (2)地域ボランティア

保健関係では食生活改善推進員、健康づくり推進員が、福祉関係では民生委員、地域ボランティアが活発に活動している。

##### (3)配食サービス

地域ボランティアや食生活改善推進員による配食サービスが行われている。

#### 3. 栄養改善プログラムの実際

地域医師会役員へ協力依頼し了解を得た。対象者は、地域サロン参加者と基本健康

診査受診者から、低栄養状態のおそれのある7名を抽出し、保健センター保健師が訪問し、「基本チェックリスト」について聞き取り記入し、「BMI18.5未満かつ6ヶ月間に2~3kgの体重減少がある者」は3名であった。保健師が訪問して、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。

栄養改善プログラムは、保健センターと在宅の管理栄養士に依頼した。管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントをもと、2005年10月から栄養改善プログラムを実施した。

対象者との面接を行い、事前アセスメント表を用いて低栄養状態に関連した課題の把握と身体計測を行い、食事摂取状況、身体状況等を把握し、低栄養状態のおそれについて（低栄養状態のリスクのレベル）を確認した。栄養改善目標の計画づくりは、対象者と管理栄養士がともに考え作成した。

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の栄養相談であるが、管理栄養士が、事前アセスメントをもとに6ヶ月間を実施期間として、通所と訪問による個別相談で行なった。栄養相談では、タンパク質、エネルギーなどの必要な栄養摂取量、食品の説明や選び方、簡便料理の方法などを説明した。具体的な説明には、試作品を試食してもらうなどして理解して頂いた。訪問した際には、家族の同席により、多くの情報が得られ、説明も双方にすることができ、実行に繋げることができた。2月の栄養相談の際、ある事例の家族から「食事記録を書いてみようか」といわれた。その時、本人は記録することに対して消極的だったが、その後、自分で食事の記録を書いて返送してくれた。

また、必要に応じて保健師や管理栄養士と連携をとることによって、家族の健康づくりに対して支援することもできた。

現在の対象者の体重は改善し、夫と共に娘の住む北海道に旅行し、雪祭りを楽しむことができる者もあった。

#### 4. 事例検討会の開催

栄養改善マニュアル（案）を現場で試行しながら、検討を重ねた。

回数：定期的開催 計5回

場所：筑西市明野保健センター会議室

出席者：介護予防サービス・支援計画書作成者（保健師）	2名
栄養ケア計画書作成者（管理栄養士）	2名
保健所管理栄養士	1名

内容：評価と今後に向けて検討（計画の変更等）

#### 5. 今後に向けて

栄養改善プログラムを4月より本格的に施行するためには、次の事項について働きか

けを行い、整備していくことが必要と考える。

- (1) 特定高齢者拾い出しのための医療機関への協力依頼
- (2) 地域にあった効果的な啓発事業の検討
- (3) 管理栄養士に対する専門研修の実施及び相互連携のための支援体制の整備
- (4) 「栄養改善」に関する各地域ボランティアの調整と人材の確保及び育成
- (5) 対象者が参加できる栄養改善サービスの整備
- (6ヶ月(終了)後に提供できる多種類のサービスも用意する)
- (6) 一定の標準的な方法によって栄養改善プログラムの評価が行えるよう、定期的な情報収集

## 6. おわりに

高齢者はこれまでの生活のなかで「自己実現のための目標」を掲げる機会が少なかったために、今、望む日常生活のイメージが具体化できず、それを引き出すことは担当者が考えていた以上に時間を要した。高齢者が自分自身の「生きがい・目標」を意識して最期まで希望ある生活を送るためには、早い時期からの健康教育と栄養改善サービスの提供が必要であることを痛感した。

本事業の実施にご協力いただいた関係機関の皆様に深く感謝申し上げます。

## 【事例紹介】(T10-04)

84 歳女性、独居世帯。夫は 3 年前に死亡する。3 人の子供がいるがそれぞれ家庭をもって県外に居住している。三男が週に 1 回、本人宅を訪れ、買い物掃除・洗濯等を手伝っていつてくれる。本人は三男にお茶を入れてあげるのが生きがいである。

子育てをしている頃から、胃弱傾向であり、食べ過ぎると体調を崩しやすかった。高齢になってからは体力をつけなければと、運動をして食べても体重は増加せず、かえって減少してしまったので無理に食べないことにした。

しかし、最近、体重の減少に気付き、昨年までやっていた布団上げも疲労感が残るようになり、力がなくなったなど感じ、今は万年床にしている。

週に 3 回は地域サロンや公営温泉へ徒歩・福祉巡回バスを利用し、通所しており、本人の生活の中で一番の楽しみになっている。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 △△

相 談 日	H17年9月08日(〇)	来 所 電 話	初 回 再来(前 / )
本人の状況	[匿名]・入院又は入所中( )		
7桁ナ 本人氏名	T10-04	男・女	M ⊕ S 10年0月0日生(84) 歳
住 所	□□市〇〇△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		
認定情報	認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
障害等認定	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	身障( )、療育( )、精神( )、難病( )、・・・( )		
本人の 住居環境	[匿名]・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( ) 階、住居改修の有無		
経済状況	[匿名]年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・		
来 所 者 (相 談)	本人	家族構成	<p>◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、×=キーパーソン 五介護者に「主」 別居家族は○で囲む</p>
住 所 先 連 絡	氏名	続柄	住所・連絡先
	〇〇△△	三男	〇〇市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇
	〇〇□□	夫の 実家	〇〇市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇
緊急連絡先			

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	子供達が小学生の頃、夫の郷里である現在の土地へ移り住んだ。夫は測量関係の技術職で、会社に勤め、本人は専業主婦で子供達3人を育てた。子供達は学校卒業後、県外で働き、結婚し、3人とも今は県外に住んでいる。子供達が家を出てからは夫と2人で生活してきたが夫は3年前に死亡し、それ以来、独居生活で、猫を飼っている。																				
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・すごし方	趣味・楽しみ・特技																			
	<table border="1"> <tr> <th>時間</th> <th>本人</th> <th>介護者・家族</th> </tr> <tr> <td>6:00</td> <td>起床・テレビ体操</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>7:00</td> <td>朝食 洗濯干し・テレビ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12:00</td> <td>昼食 洗濯物取り込み・猫の世話</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7:00</td> <td>夕食</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9:00</td> <td>就寝</td> <td></td> </tr> </table>	時間	本人	介護者・家族	6:00	起床・テレビ体操	なし	7:00	朝食 洗濯干し・テレビ		12:00	昼食 洗濯物取り込み・猫の世話		7:00	夕食		9:00	就寝		週に3回の外出を楽しんでいる。行き先 月曜日・木曜日は公営温泉(福祉巡回バスあり) 金曜日は地域サロン	
時間	本人	介護者・家族																			
6:00	起床・テレビ体操	なし																			
7:00	朝食 洗濯干し・テレビ																				
12:00	昼食 洗濯物取り込み・猫の世話																				
7:00	夕食																				
9:00	就寝																				
		友人・地域との関係																			
		近隣は農家なので、話が合わず自分からは出かけていけない。 公営温泉やサロンでの交流はあり。 三男が来所した時にお茶を入れてあげるのが生きたい																			

《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 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
若い頃	胃弱傾向	Tel	不明	治療中 経過観察中 その他
H14年	急性肺炎	Tel	〇〇病院	治療中 経過観察中 その他
年 月 日		Tel		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》

公開サービス	非公的サービス
地域サロン(毎週金曜日)・緊急通報装置の設置 独居老人対象の給食宅配(6回/年) // 集い(2回/年)	なし

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・障害及び主治医意見書と併せて利用者基本情報・支援要約経過シート・アセスメント等の個人に関する記録を居宅介護支援センター・居宅サービス事業所、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関係する者に提示することに同意します。

平成17年0月0日 氏名 T10-04 印



〈別添〉

T10-04

### 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)	
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	0.はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい	0.いいえ
12	身長 143 cm 体重 33.3 kg (注) BMI 16.2		
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	1.はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input checked="" type="radio"/> はい	0.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	1.はい	<input checked="" type="radio"/> 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	1.はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input checked="" type="radio"/> はい	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	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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい	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 checked="" type="radio"/> はい	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. T10-04 利用者名 平成 年 月 日 認定年月日 様 認定年月日 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 地域支援専業

計画作成者氏名 OO OO 委託の場合、計画作成者氏名・専業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)日 OO年O月O日(初回作成日 OO年O月O日) 担当地域包括支援センター: OO地域包括支援センター

目標とする生活 1日 現在の心身の状態を維持したい 1年 現在と同じように地域サロン・公園温泉へ通い続けたい

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・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・取組案	具体策についての意向(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専業	サービス種別	専業所	期間
<p>活動・移動について</p> <p>地域サロンは自宅近くの小学校で開催されているので、歩いて通所している。温泉へは福祉巡回バスを利用している。天気の良い日は自宅周辺を散歩する。</p> <p>日常生活(健康生活)について</p> <p>週に1回は三頭が来て、掃除・洗濯等手伝ってくれる。米・野菜等重いものは買ってきてくれる。料理作りはおとうまで簡単なものしか作らない。温泉へ行った時にすぐ食べられる物を買ってくる。納豆・こうなご等は冷蔵庫に常備しておく。</p> <p>社会参加・対人関係</p> <p>老人会は高齢になってしまったので、退会した。地域サロンに参加している人達や温泉仲間との交流はあるが、近隣の人間との交流に対しては積極的ではない。</p>	<p>地域サロンと温泉通いは良いので継続したい。</p> <p>自宅周辺にはお店がないため、買い物は息子に頼るが、温泉に行く時に買物できない。</p>	<p>口渇 口渇 週3回の外出、散歩にも積極的に出かけ、歩くことへの不安感はない。</p> <p>口渇 口渇 週3回の外出、散歩にも積極的に出かけ、歩くことへの不安感はない。</p>	<p>1. 食事作りがおっくうになっておらず、採食する量も少ないため体重の減少の可能性がある。2. 高血圧・糖尿病であるため、食生活の改善が必要である。</p>	<p>1. 必要な栄養が摂れていないので、栄養士からアドバイスをもらって、体重を増やすこと。2. 地域サロン通いや、他者と話す機会を増やして、自分も楽しめるよう努力する。3. 地域サロンと温泉へ行く回数も増やしたい。</p>	<p>1. 管理栄養士からのアドバイスを受けて、体重を増やすこと。2. 地域サロン通いや、他者と話す機会を増やして、自分も楽しめるよう努力する。3. 地域サロンと温泉へ行く回数も増やしたい。</p>	<p>1. 体重が増え、散歩もできるようになる。2. 週3回の外出の継続。</p>	<p>(1)必要な栄養が摂れるよう、食生活の改善を図る。2. 地域サロンと温泉へ行く回数も増やしたい。</p>	<p>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)</p> <p>三頭が食料を買ってくる。(1回/週)</p>	<p>介護保険サービス</p> <p>介護予防専業</p>	<p>社会福祉協議会</p>	<p>平成〇〇年〇月〇日～〇月〇日</p>	
<p>健康管理について</p> <p>現在特に定期受診はしていない。食薬については、胸やけや胃もたれから薬を減らさないように薬を調整し、体脂肪率や血糖値が出るので毎日血糖値を測定したり、散歩に出かけたい。</p> <p>健康状態について</p> <p>口渇 口渇 週3回の外出、散歩にも積極的に出かけ、歩くことへの不安感はない。</p>	<p>地域サロン・温泉仲間との交流で本人は満足している。</p>	<p>口渇 口渇 週3回の外出、散歩にも積極的に出かけ、歩くことへの不安感はない。</p>	<p>1. 食事・運動面で本人なりに気をつけているが、食量の低下、食卓のアンバランスが考えられる。</p>	<p>1. 必要な栄養が摂れていないので、栄養士からアドバイスをもらって、体重を増やすこと。2. 地域サロン通いや、他者と話す機会を増やして、自分も楽しめるよう努力する。3. 地域サロンと温泉へ行く回数も増やしたい。</p>	<p>1. 管理栄養士からのアドバイスを受けて、体重を増やすこと。2. 地域サロン通いや、他者と話す機会を増やして、自分も楽しめるよう努力する。3. 地域サロンと温泉へ行く回数も増やしたい。</p>	<p>(2)継続状況を報告する</p>	<p>担当医師の専かけ、地域の他の施設との連携を図る。</p>	<p>介護予防専業</p>	<p>社会福祉協議会</p>	<p>平成〇〇年〇月〇日～〇月〇日</p>		

【本実行すべき支援ができない場合】  
 要支援の支援の質高に向けた方針  
 総合的な方針:生活不活発の改善・予防のポイント  
 体重を少しずつでも増やし、体力保持でき、本人が楽しんで、地域サロン・温泉への通所が継続していただけること。

計画に関する留意  
 上記計画について、同意いたします。  
 平成17年 月 日 氏名 T10-04 印

運動不足	1/5	2/2	1/3	0/2	0/3	4/5
予防給付または地域支援専業						

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 T10-04

わたしの趣味は？ (いくつでも)	
週 1 回いぎいサロン、週 2 回公営温泉 (福祉巡回バス利用)	
わたしが一番やってみたいことは？ (いくつでも)	
現状維持 (無理はしたくない)	
わたしの好きな食べ物は？ (いくつでも)	
魚 (冷蔵庫に豆腐、納豆、こうなごは常備している)	
わたしの嫌いな食べ物は？ (いくつでも)	
肉・牛乳 (以前、鶏肉を食べていたが、鳥インフルエンザが心配で食べられない)	
食べ物でアレルギー一症状 (食べると下痢や湿疹などの症状がでる食べ物) がいますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ・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？	
<input type="checkbox"/> いいえ・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？	
<input type="checkbox"/> いいえ・はい (具体的に)	
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？	
<input type="checkbox"/> いいえ・はい (具体的に) : 歯が悪い。刻むのが面倒なので、やわらかいものを選んで食べている。でも、全く食べられないわけではない。	
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 1 膳 (110g)、こうなご (残りご飯でおかゆにすることも多い)	
昼 ごはん トマト 梅干 野菜煮物	外食では野菜をとるよう心がけている。
夕 ごはん 豆腐 漬物 味噌汁 (野菜入り)	食べ過ぎると胸焼けしたり、調子が悪くなるので、少量にしている。
間食 なし	
毎日の食事づくりは、誰がどのようにしていますか？	
本人。週 1 回三男が来た時、作ってくれることもある。作るのが面倒で作るといったほどのものは食べていない。週 2 回は公営温泉で昼食 (サラダ付きカレー、そば等)、夕食用に刺身、朝食用に胚芽玄米パンを購入していく。	

「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 <input type="checkbox"/> いいえ	歯が悪いので柔らかいものを選んで食べている
2	下痢が続いたり、下剤を常用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
3	便秘が続いていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
4	最近、入院を経験しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	5 年前、風邪で入院
5	1日に5種類以上の薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
6	1日に食べるのは2食以下ですか	<input type="checkbox"/> はい <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 checked="" type="checkbox"/> はい <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 type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	牛乳嫌い、ヨーグルトたまに飲む、ヤクルトは小さくて飲むのが面倒
9	毎日、一人で食事をしていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input 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	やや <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	週 1 回息子さんが買ってきてくれる。公営温泉で購入することもあるが、店が近所がないので、不便。食事作りはおくうである。
12	食べる気力や楽しみを感じていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	年 6 回町の配食も利用。サロンの弁当も美味しくない。おかずの種類があるので身体によいと思いついて食べる。

担当者が計測結果や確認などの検査結果を記入します。

身長	143cm	上腕の周囲長	18.8cm
体重	33.3kg	上腕の脂肪厚	9mm
BMI	16.2	上腕の筋面積	cm <sup>2</sup>
体重減少	2.2kg/ 6 か月	血清アルブミン値	g/dl

計画（地域支援事業）（例）

T10-04

名前 T10-04

作成日 H17年10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）  
週1回の生ごかいサロン、週2回の〇〇館（温泉入浴）を続ける。

わたしの目標（ 月 日まで）

（体重を0kg増やそう。毎日、〇〇を〇〇〇〇して食べようなど）

腹9分目を心がける

（いままでは腹8分目の食事をしていた）

わたしの計画

時間をかけて、一口余計に食べる。  
食べる食品の種類を増やしたい

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 T10-04 殿

低栄養のリスク	サービス開始時（10月7日）	3か月後（1月13日）
BMI	33.3kg（162）	33.3kg（162）
体重減少率、変化	6ヶ月間で2～3kg減少	2ヶ月目に増加、その後再度減少
血清アルブミン値（g/dl）	—	—
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	サービス開始以前、自分なりに体力維持をするための工夫をしてきたがうまくいかなかった。無理のない範囲で体力維持できよう食事面で気をつけて生活したいと意欲的である。	年始めに埼玉に住む息子家族のところへ泊まりに行き、気疲れにより、体調を崩す。腹9分目はやはり無理と一時的に意欲が低下した。（1週間後、体調は元に戻り、食事も普通にとれるようになる）。
主観的健康感 現在の健康状態 ありはまる番号1つに	1 2 ③ 4 5 よい まあよい 普通 まあよい よくない	1 2 3 ④ 5 よい まあよい 普通 まあよい よくない
計画の概要と実施状況	月1回、生ごかいサロンにて定期的に栄養相談を実施する。効率よいエネルギー摂取の仕方等について。	市販惣菜、宅配弁当等の情報提供。一口余計に食べることをすめたい（無理しない）。主食と動物性タンパク質の摂取状況チェックシートを記録してもらい、問題に気づいてもらい、改善を心がけてもらう。
総合的評価	2ヶ月目には体重が1kg増加した。地域調理実習などにも参加していた。体調を崩し1.5kg体重減少した。食事の質のレベルが上がるように、今後もフォローを続けたい。	

所属（事業所） 〇〇〇

作成担当者氏名 〇〇