

連絡経過（担当者の研修・事例検討・打合せ等）

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

秦野市

月/日	連絡者	連絡相手	連絡方法 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、 対象者情報を共有、今後の個別栄養ケア 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の夫(20-11)の担当者へケース連 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 把握、メニューや運営方法を確認し事前 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 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 訪問の報告
11月30日	管理栄養士	保健福祉事務所	電話	22-04 昼食会後の状況報告と事業者ニ ースを報告し情報を共有。事例を通じて 術後管理等の在宅療養者支援のあり方、 新予防給付サービスについて情報交換。
12月2日	管理栄養士	保健福祉事務所	電話	栄養教室③の口腔ケアの内容確認、事前 情報共有
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）

秦野保健福祉事務所

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

10月28日	秦野保健福祉事務所 管理栄養士	初回欠席者5名	電話	訪問日時約束 22-05.06.07.11
11月25日	秦野保健福祉事務所 管理栄養士	22-03	電話	状況確認、栄養相談 (電話後対応検討)
12月1日	秦野保健福祉事務所 管理栄養士	前回欠席者8名	はがき	栄養教室③ 内容通知 (家族がわかるよう、はがきとした)
12月5日	22-03	秦野保健福祉事 務所管理栄養士	電話	欠席する旨連絡したのにはがきが来 た。(前回欠席者に全員出した)
12月19日	秦野保健福祉事務所 管理栄養士	22-03	電話 訪問	電話で訪問約束 訪問(体重測定、状況確認、栄養相談)
12月19日	秦野保健福祉事務所 管理栄養士	20-02 20-07	訪問	アがなし初回 体重測定、状況確認、栄養相談

秦野市

月/日	連絡者	連絡相手	連絡方法 面談・電話など	内 容
10月17日	非常勤栄養士	23-04 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 の日程調整
10月27日	非常勤栄養士	23-05	電話	栄養の趣旨説明、訪問日頃の調整と家族と本人の 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 実子(娘)	電話	栄養教室②(昼食会)を欠席のため状況確認した ため連絡、忘れてしまった
11月25日	管理栄養士	23-04	電話	昼食会後の意欲・体調確認。具合が悪いときの食 療環境の状況把握と、胃にやさしい食事内容を一緒 に考えた。通院状況確認から、光過敏などの服薬 の副作用と思われる症状を医療機関へ相談するこ とを助言。ケアマネの関わりについても情報を集 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
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 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	支援レターへの郵送(楽しい講座案内～秦野市立公 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と、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

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 △△

《基本情報》

相 設 日	〇〇年〇〇月〇〇日 (〇)	区 別 ・ 電 話	区 別 () 番 来 (前)
本人の現況	[在]・入所又は入所中 ()		
利用種別 本人氏名	T25-01	男・ <input checked="" type="checkbox"/>	M・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	
自立度	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	[注]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	身体 ()、療養 ()、精神 ()、難病 ()、・・・ ()		
本人の住居環境	[自]・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	国民年金・[学]生年金・障害年金・生活保護・・・		
相 設 者 (相 設 者)		家族構成	<p>◎本人、○女性、□男性</p> <p>●同居に「主」、○同居に「副」 主介護型に「主」、副介護型に「副」 (同居家族は〇で囲む)</p>
住 居 先	氏名	婿 柄	住 所 ・ 連 絡 先
速 達 先	〇〇△△	息子	同居
緊急連絡先			
			家族関係等の状況

《介護予防に関する事項》

<p>現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)</p> <p>1日の生活・すごし方</p> <p>7:00 起床 7:30 朝食 10:00～10:30 散歩(近所の友達の所に行く等も) 12:00 昼食 16:00 テレビ 17:00 夕食 18:30 入浴 20:00</p>	<p>小田原出生。 昭和26年に結婚(23歳)、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。55歳の頃より耳鳴(+)大学病院を受診し、メニエル氏病と診断され、現在も治療中。現在、長男夫婦と孫の4人暮らし。</p>	<p>趣味・楽しみ・特技</p> <p>友達と2回旅行。 暖かい時は畑仕事。</p>
<p>友人・地域との関係</p> <p>近所の友達とお茶のみ。</p>		

《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
H18年1月1日	ノロウイルス	A診療所 (〇〇医師)	経過観察中	その他
H17年10月	結核	基本健診結果より A診療所 (〇〇医師)	経過観察中	治療中
S61年 月 日	メニエル氏病	A診療所 (〇〇医師)	経過観察中	経過観察中
年 月 日		Tel	治療中	経過観察中
		Tel	その他	その他

《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
<ul style="list-style-type: none"> 週1回ゲートホール 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、療育、及び主治医等、得意介護支援事業者、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 (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 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か月間で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。

介護予防サービス・支援計画書

NO. _____ 利用番号 T25-01 _____ 平成 年 月 日 _____ 認定の有効期間 H17 年 10 月 0 日 ~ H18 年 0 月 0 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 _____ 委託の場合: 計画作成事業名・事業所名及び所在地(通称先) _____ 担当地域包括支援センター: (印)OOO地域包括支援センター

計画作成(委託)日 H17 年 10 月 0 日 (初回作成日 17 年 10 月 0 日) _____ 1 年 _____ 2 年 _____

目標とする生活	1 日	1 年	2 年
<p>アシメント領域と現在の状況</p> <p>活動・移動について</p> <ul style="list-style-type: none"> 歩行も安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 <p>日常生活(家庭生活)について</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活は自立している。 歩行が食事づくりをしている。 <p>社会参加、対人関係、コミュニケーションについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 歩行のサポートプログラムに参加している。 歩行のサポートプログラムに参加している。 歩行のサポートプログラムに参加している。 <p>健康管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> モニタリング 貧血あり治療中。薬はきちんと飲んでいる。 薬の飲み合わせが悪い(総入糖) ため 	<p>領域における課題(背景・原因)</p> <ul style="list-style-type: none"> 歩行も安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 <p>本人・家族の意識・意向</p> <ul style="list-style-type: none"> 歩行も安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 <p>領域における課題(背景・原因)</p> <ul style="list-style-type: none"> 歩行も安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 <p>健康管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> モニタリング 貧血あり治療中。薬はきちんと飲んでいる。 薬の飲み合わせが悪い(総入糖) ため 	<p>領域における課題(背景・原因)</p> <ul style="list-style-type: none"> 歩行も安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 <p>本人・家族の意識・意向</p> <ul style="list-style-type: none"> 歩行も安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 <p>領域における課題(背景・原因)</p> <ul style="list-style-type: none"> 歩行も安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 <p>健康管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> モニタリング 貧血あり治療中。薬はきちんと飲んでいる。 薬の飲み合わせが悪い(総入糖) ため 	<p>領域における課題(背景・原因)</p> <ul style="list-style-type: none"> 歩行も安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 <p>本人・家族の意識・意向</p> <ul style="list-style-type: none"> 歩行も安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 <p>領域における課題(背景・原因)</p> <ul style="list-style-type: none"> 歩行も安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 歩行は安定し、自立して歩いてほしい。 <p>健康管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> モニタリング 貧血あり治療中。薬はきちんと飲んでいる。 薬の飲み合わせが悪い(総入糖) ため

【本を行うべき支援がない場合】
 該当する支援の要否に向けた方針

【意見】
 地域包括支援センター

運動不足	0/5	2/5	0/2	0/3	0/5
栄養改善					
口腔ケア					
認知機能					
うつ予防					

【本を行うべき支援がない場合】
 該当する支援の要否に向けた方針

【意見】
 地域包括支援センター

【院印】

平成 17 年 10 月 0 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 T25-01

わたしの趣味は？ (いくつでも)	
ゲートボール、旅行 (一人でも)、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 (食べる时下痢や湿疹などの症状がでる食べ物) ができますか？	
はい ()	
医師に食事療法をするように言われていますか？	
はい ()	
食事姿勢や食べる動作に不自由を感じますか？	
はい ()	
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 ()	
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	チョコやケーキも大好き 果物やヤクルトは診療所の帰りに自分で買ってくる
毎日の食事づくりは、誰がどのようにしていますか？	
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
8	牛乳・乳製品をとっていますか	はい いいえ	をしてみよう
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) 食べ物を買いに行ったり、食事を支度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/	血清アルブミン値	(10/31) 3.9g/dl

H17 基本健診 赤血球 359 血色素 10.8(H15&16は、12.2) ハマトクリット 35.3

計画（地域支援事業）（例）

T25-01

名前 T25-01

作成日 H17 年 10 月 0 日

担当者 OO OA

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0日まで）

（体重を0kg増やそう。毎日、〇〇〇を〇〇〇〇として食べようなど）

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。

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 OO 殿

作成日 O年 O月 O日

利用者氏名 T25-01 殿

低栄養のリスク	サービス開始時（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	
サービスの継続の必要性 （栄養改善の観点から）	無	
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、一人では宿娘だと感じている。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。	血液テ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、ツアーの日帰り旅行に出かけている
主観的健康感	1 2 3 4	1 2 3 4
現在の健康状態 あてはまる番号1つに○	5 よい まあよい ふつう あまり よくない	5 よい まあよい ふつう 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（SPAや服屋など）へ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。問題は生じていない。1か月後には健康感も向上した。外出の機会が増え、自分が自信が持っている。	家族（嫁）の協力もあり、食べることの大切さを実感し、外出の機会が増え、自分が自信が持っている。

所属（事業所） OA町役場〇〇課

作成担当者氏名 OO OA

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ため、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ので、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。