



〈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 (娘さんが連れ出して連れて来て買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) ができますか？  
 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？  
 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？  
 いいえ  はい (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？  
 いいえ ・ 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？)

朝食  
 ・ ご飯 (8分目) 普段は1杯 歯が痛いため  
 ・ 半熟卵 ・ 納豆味噌 ・ 味噌汁

昼食  
 ・ ご飯 ・ 白菜と揚げ煮 ・ 漬物 ・ みそ ; タ  
 ・ ご飯 ・ ロールキャベツ2個 ・ ほうれん草のおひたし

夕食  
 ・ 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炊きます。  
 ・ 週に1回程度は嫁が来てくれる。  
 ・ 近所とのかかわり良好

約 1200 kcal  
 大半を雑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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	歯茎の痛み
2	下痢が続いたり、下剤を常用していますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> いいえ	1回/日
4	最近、入院を経験しましたか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
5	1日に5種類以上の薬を飲んでいきますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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きましたか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	食事調査をしてみました 夫が4年前に他界してから氣力が失せてきた
9	毎日、一人で食事をしていますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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	食べる氣力や楽しみを感じていますか	はい <input checked="" type="radio"/> 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 <sup>2</sup>
体重減少	2 kg/2カ月	血清アルブミン値	3.6g/dl

計画 (地域支援事業) (例)

T40-02

名前 T40-02

作成日 17年 11月0日

担当者 00 00

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)

食事を作ることがさらに楽しくなり、買い物も積極的に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  $865.1 \times 1.3 = 1125$

たんぱく質量  $1125 \div 120 \times 6.25 = 60g$

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 品はたんぱく質を取り入れる
- ・ 歯科の診療を受けて、歯茎の痛みを緩和するようにする。

(2ヶ月を目処に)

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。

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 00 00 殿

作成日 0 年 0 月 0 日

利用者氏名 T40-02 殿

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る。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っている。	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。
主観的健康感	1 2 3 4 5 よい まあよい どちらもない	1 2 3 4 5 よい まあよい どちらもない
現在の健康状態	あてはまる番号1つを○に記入	
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) に増やす。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。たんぱく質源(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個でもいれ、毎日たべる。乳製品を取るよう心がける。	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かわることのできると思う。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。

<p>① 第 1 回目栄養相談</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</p> <p>日時：平成17年10月7日（金）</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（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</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>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）</p> <p>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）</p> <p>事前アセスメント実施事項：</p> <p>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）</p> <p>ii) 計画の作成</p> <p>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>
--



<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かけを行い、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><b>②第2回訪問</b></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><b>③第3回目栄養相談</b></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><b>④第4回栄養相談</b></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>

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
<b>⑤第5回栄養相談</b> 目的：3ヶ月目のモニタリングと個別栄養相談 実施場所：在宅訪問 悪天候（雪）のため 日時：平成18年1月12日（木） 所要時間：2時間30分 対象者：4名（家族2名） 担当者：社会福祉士1名、管理栄養士1名 実施事項：3カ月のモニタリング、体調確認
<b>⑥第6回栄養相談（3月予定）</b> 目的：4ヶ月目のモニタリングと問題の解決 担当者：管理栄養士2名、社会福祉士1名、栄養委員2名 日時：平成18年3月〇日（予定） 実施事項：モニタリング、個別栄養相談、計画の修正
<b>⑦第7回栄養相談（4月予定）</b> 目的：6ヶ月目のモニタリングと今後の計画作成 担当者：管理栄養士2名、社会福祉士1名、栄養委員2名 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）
<b>⑧経過報告の実施</b> 目的：栄養改善プログラムの進捗状況の報告 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 組合立国保福渡病院長等の協力機関へ状況報告する 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）
<b>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）</b> 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 場所：建部町保健センター 所要時間：1時間30分 担当者：管理栄養士2名、社会福祉士1名、栄養委員2名 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

#### (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、対象者の好物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

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「次は〇日で、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ため平成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)	住所・電話 その他( )	初回 再来(前 / )
本人の現況	[住所]・入院又は入所中( )		
7桁 本人氏名	〇〇 〇〇 T50-02	性別 男( ) 女( )	M・J・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	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( )、聴病( )、... ( )		
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)	要		
住所 連絡先	氏名		住所・連絡先
	〇〇△△	要	同居 〇〇(〇〇)〇〇〇〇
緊急連絡先	緊急連絡先		

家族構成

◎=本人、○=女性、□=男性  
●=現住、×=キーパーソン  
五角印者に「主」  
四角印者に「副」  
(関係が深い順で表示)

家族関係等の状況

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

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。

今までの生活	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	脳梗塞後、家から外に出ない。	本人	無 (病前は野菜作りが好き)
	時間	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		
			友人・地域との関係 現在は地域の人と話すことを嫌う

《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・寛良作成者に☆)	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
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》

機能訓練教室	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、及び主治医意見書と同等に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業所、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と同様とします。

平成17年〇月〇日 氏名 T50-02 印



〈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)	
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 認定年月日 初回・総合・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(変更)日 年 月 日(初回作成日 年 月 日) 委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) 担当地域包括支援センター:

目標とする生活 1日 毎の運動を再びしてみたい 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・家族の意欲・意向	領域における課題(将来・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の立案	具体策についての意向(本人、家族)	目標	目標についてのポイント	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	介護保険外サービス(地域支援事業)	支援計画	サービス種別	事業所	期間
活動・移動について 認知症後、家の中に閉じこもり、意欲もなくじつとして過ごしている。	妻:本人が何事にも意欲がなく困る。	聞き 口頭 認知症の後遺症のためか、意欲低下がみられる。	1.認知症のため、自信がなくなり、家に閉じこもっている。 2.言語理解等があるため、妻後がこくひい、自信を失って、意欲低下、意欲低下がみられる。	1.自信をつけるため、社会参加を促す。 2.口頭練習向上を奨励し、楽語をスムーズにする努力をする。 3.家族の回数を増やし、体重を維持できるように意欲を高める。	1.夫婦で高齢者教室に参加してみる。 2.口頭練習向上を奨励し、楽語をスムーズにする努力をする。 3.1日1回(妻にして、食べる量を増やして体重を増やす。)	1.本人一人で、高齢者教室に参加する。 2.口頭練習向上を奨励し、楽語をスムーズにする努力をする。 3.目標の達成に向けて近づく。	(1)自信がつくまでは、妻のサポートを待って、一緒に社会参加する。	妻:本人の外出支援、高齢者教室 高専委員による、定期的な状況把握			管理栄養士 ソーシャルワーカー		
日常生活(家族生活)について 自分の身の回りのことは、自分でやっている。		聞き 口頭 聞き 口頭					(2)社会参加の機会を確保する。	高専委員による、定期的な状況把握			保健センター		
社会参加、列人関係、コミュニケーションについて 認知症後、高専の厚みがなくなり、楽語が少なくなった。外出することなく、家で過ごしている。	本人:昔のように地域に参加し、役割を担いたい	聞き 口頭 聞き 口頭 聞き 口頭					(3)管理栄養士による、食事指導を受ける、食事内容へのアドバイス	高専委員による、定期的な状況把握			管理栄養士		

【本来行うべき支援ができない場合】  
 要支援1の要支援の実態に向けた方針  
 総合的な方針:生活不活発系の改善・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、病気の予防に地区の行事に参加してもらう。

計画に関する同意  
 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

運動不足	0 / 5	2 / 2	0 / 3	2 / 2	1 / 3	4 / 5
予防給付(要支援)地域支援事業						

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 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は？ (いくつでも) 食物すべて
わたしの嫌いな食べ物は？ (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・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？ (はい・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？ (はい・いいえ・はい (具体的に：))
食事は小さくしたり、刻んだりしなくて食べられますか？ (はい・いいえ・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、誰がどのようになっていますか？ 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 ΔΔΔΔ

わたしのゴール(000ができるようになる, もっと元気になるなど)
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、000を0000として食べようなど)
体重を2kg増やしたい
わたしの計画
1回の食事量が変わらないので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 〇月 〇日

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、体重があるため、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。	
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 なんとか よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい なんとか あまり 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、またその気持ちを高めるために、電話だけではなく、12月に在宅訪問する。 1回の食事量が十分に食べられないので、1日5回食をすすめる。	
総合的評価	高齢者教室へ参加し、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、食事量がふえ、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 ○○ ○○