

# 短期集中予防サービス 栄養プログラム 事前研修会

令和6年8月28日  
高齢・障害者支援課



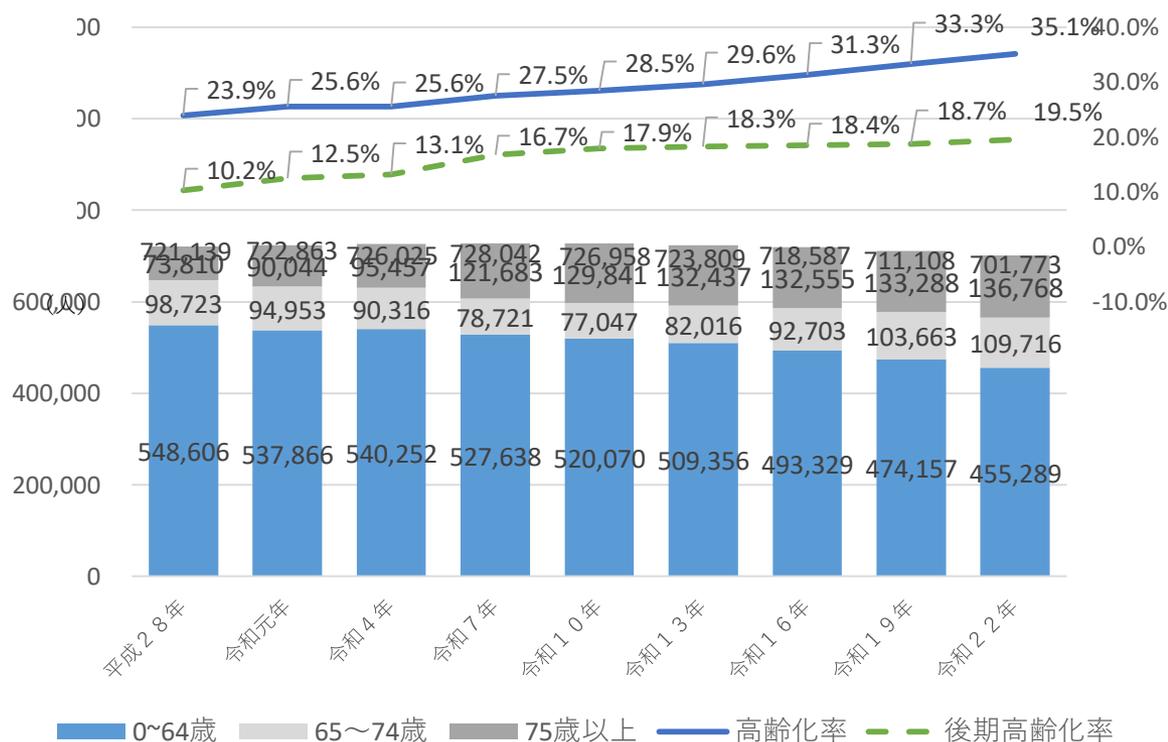


# 1 短期集中予防サービスの概要

# 第9期高齢者保健福祉計画における取組

～高齢者を取り巻く現状と課題～

## 《将来推計人口》



- 高齢化の進行と生産年齢人口（担い手）が減少する見込み
- 認知症高齢者や医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者が増加する見込み
- 増大する介護ニーズに対応するための介護人材が不足する見込み
- 8050問題などの複合化・複雑化した課題を抱える世帯や制度の狭間にいる人などに対する支援体制の整備が必要
- 地域で安心して生活が送れるよう、住まいの確保や災害、感染症等に備えた対策が必要

資料：本市推計人口(令和4年まで)、本市将来推計人口(令和7年以降)

# 第9期高齢者保健福祉計画における取組

## 【重点的な取組事項】

高齢者保健福祉に関する総合的な計画として、多くの施策に取り組みますが、市の特性や国等の法制度の背景を勘案して、「介護予防・健康づくりの取組」、「在宅医療・介護連携と認知症施策の推進」、「高齢者を支える基盤の整備」、「包括的な支援体制の整備」を重点的な取組事項とします。

### (1) 介護予防・健康づくりの取組

- リエイブルメント（再自立）に向けて、短期集中予防サービスなどの支援を充実するとともに、ボランティア活動や就労的活動による高齢者の社会参加の促進などを行います。
- 令和5年4月に施行した相模原市健康づくり推進条例（令和5年相模原市条例第26号）の下、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進し、疾病予防・重度化防止等を促進します。

第9期計画期間においては、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく、いきいきと長く暮らせるよう、望む暮らしの実現に向けて生活の再構築を図る短期集中予防サービスの利用を促進します。

同サービスは、リハビリテーション専門職が中心となり、面談を通じて、自信や意欲を引き出し、生活課題の改善や健康維持に必要な助言等を行うことで、セルフマネジメント力の向上とリエイブルメント（再自立）の獲得を目指します。

### リエイブルメントのイメージ図



自分のできる・できないを正しく理解し、  
できる範囲で日常生活を  
もっと活動的にしましょう

自らの健康を自分の力で守っていくために、  
日ごろから健康を意識した行動を  
心がけましょう(運動や生活習慣)

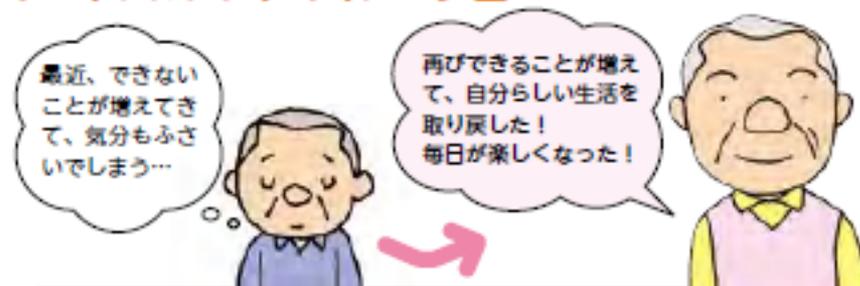
# 相模原市における介護予防の取組～再自立への方向転換～

## リエイブルメントとは

「再びできるようになる」という意味です。

加齢や病気などで一度生活がしづらくなってもあきらめず、自分の能力を最大限に生かして生活を続けられるようになることを目指します。

## リエイブルメントのイメージ図



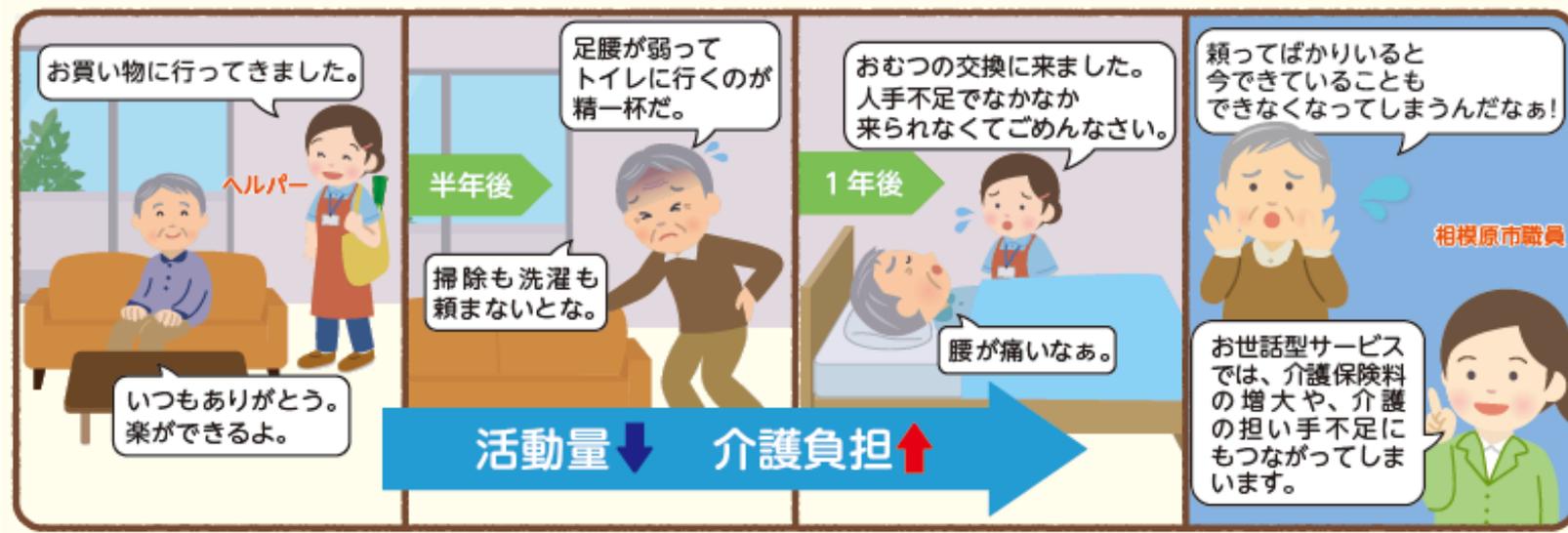
自分のできるできないを正しく理解し、できる範囲で日常生活をもっと活動的にしましょう。

自らの健康を自分の力で守っていくために、日頃から健康を意識した行動を心がけましょう。(運動や生活習慣)

# 相模原市における介護予防の取組～再自立への方向転換～

<いままで>

## ● お世話型サービスの場合



# 相模原市における介護予防の取組～再自立への方向転換～

<これから>

## ●リエイブルメント型サービスの場合

前みたいにスーパーに買い物に行けるようになりたいなあ。



その目標の達成に向けて、取り組むことを一緒に考えていきましょう！

2 か月後

教わった運動もできるようになってきたな。そろそろ買い物にも行けそうだ。



3 か月後

目標だった買い物に一人で来られるようになったぞ。



元のように生活を楽しむことが大切なんだな！



リエイブルメント型サービスでは、したいことを選択し、主体的に生活できるように支援します。

活動量 ↑ 介護負担 ↓

### 地域へ



「いきいきとした自分らしい暮らし」を取り戻す方法が**3か月**で身につく!

# 短期集中予防サービス

## ～リエイブルメントプログラム～

リエイブルメントとは、「再びできるようになる」という意味です。  
住み慣れた地域で、自分らしく、自立した日常生活が続けられるよう、  
様々な専門職と一緒に3か月間取り組みます。



対象

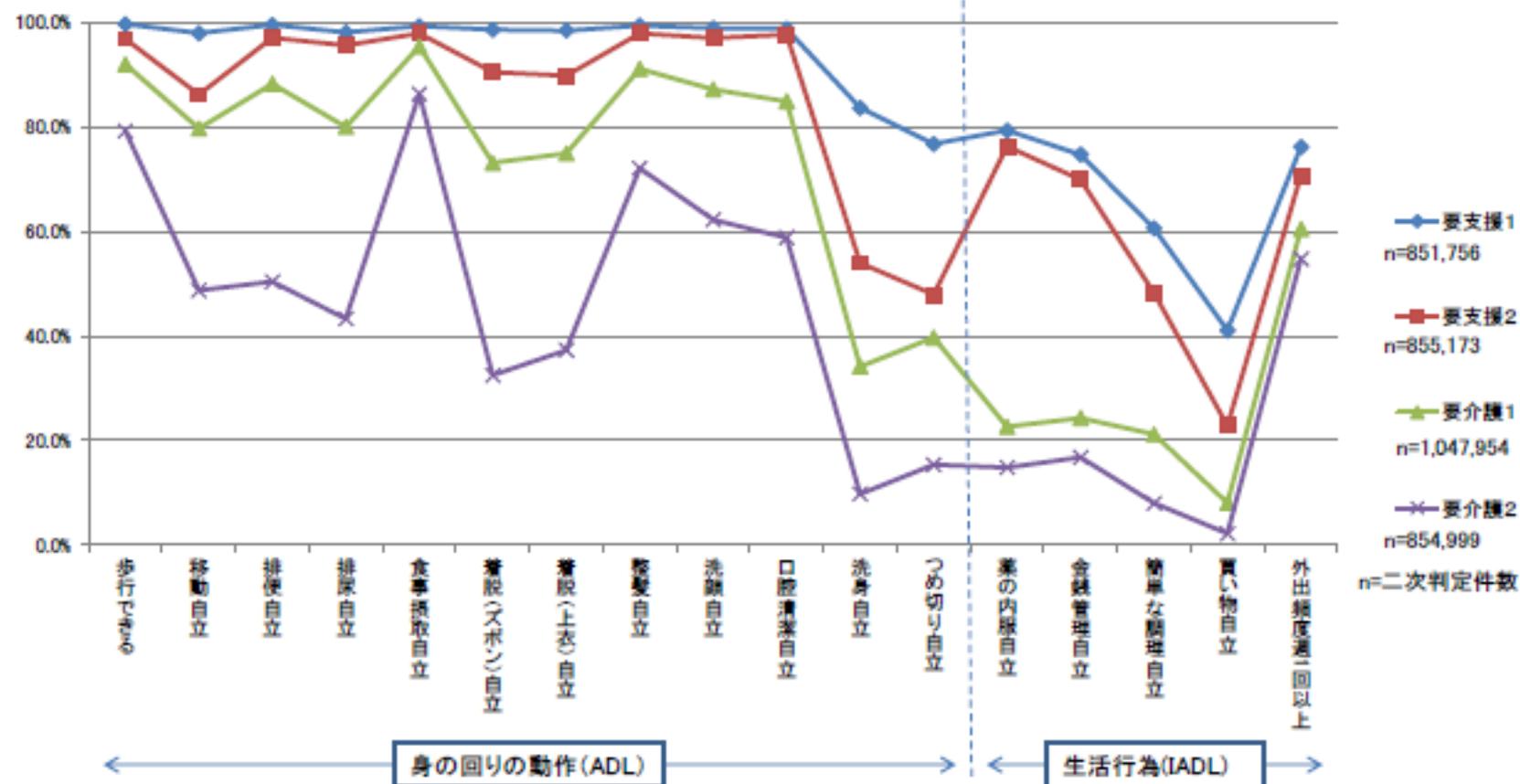
要支援1・2の認定者  
基本チェックリストの該当者

費用  
無料

※短期集中予防サービスは  
介護予防・日常生活支援総合事業の「サービス・活動事業」のうち、  
「通所型サービス・活動C」にあたります

## (参考)要支援1～要介護2の認定調査結果

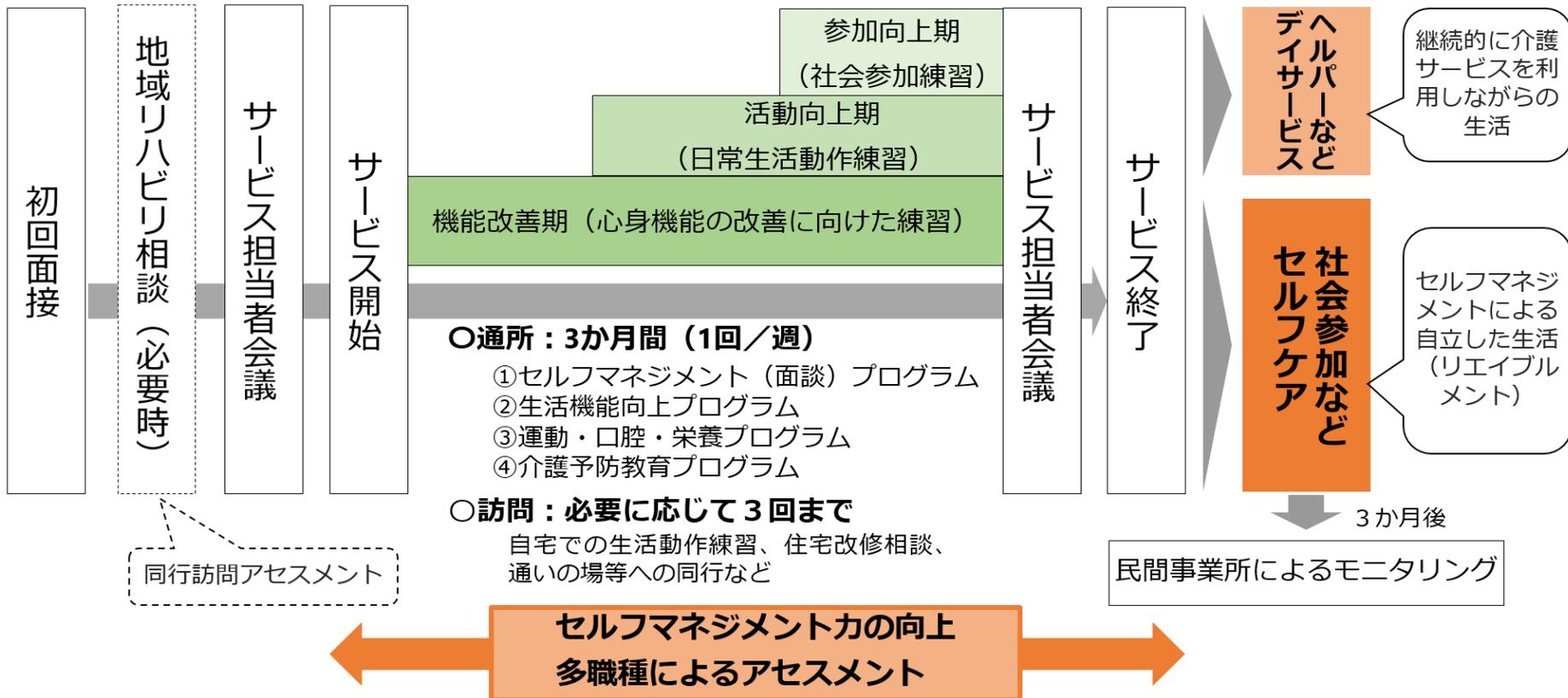
要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

# 短期集中予防サービスの概要



# リエイブルメントプログラムの効果が高い3つの理由

## 👉 リハビリテーション専門職による支援

理学療法士や作業療法士が、身体の状態を評価して生活のしづらさの原因をつきとめます。また、生活機能を向上させる個別プログラムを作成し、自分自身で取り組めるように支援します。

## 個別プログラム

### 運動プログラム



一人一人に合わせた運動プログラムを作成し、自宅でも取り組めるように、資料を見ながら練習を行います。

プログラムは、無理なく継続できるよう、段階的にステップアップをしていきます。

### 生活動作練習プログラム



しづらくなった掃除や買い物など、具体的な生活動作の練習を行います。また、杖や歩行器などの福祉用具の利用も検討します。

### 口腔プログラム



歯科衛生士又は言語聴覚士が、口腔の状態を評価し、適切なケアの仕方などのアドバイスをを行います。

期間中、1～3回実施します。

### 栄養プログラム

管理栄養士が個人の栄養状態、健康状態、食事内容に応じた個別指導を実施します。期間中1～3回実施します。



## リエイブルメントプログラムの効果が高い3つの理由

### ✌️ 社会参加に向けたサポート

サービス終了後も、地域活動や趣味、スポーツ、ボランティアなど自分がしたいことを選択し、住み慣れた場所で、いきいきと自分らしく暮らせるように、社会参加に向けたサポートを行います。

・訪問プログラムでは、

自宅内での生活動作練習や、住環境の調整、社会参加に向けた外出経路の確認なども、通所プログラムと併せて必要に応じて行います。



# 今後の本格実施について

開始時期

令和6年10月～

対象

要支援・事業対象者の新規認定者

## 相談窓口

- ・各地域包括支援センター
- ・各高齢・障害者相談課

状態に応じた適切なサービスをご案内します。



必要時

## 地域リハビリ相談

必要時に、リハビリ専門職による相談を別途、行います。

## 短期集中予防サービス

費用無料

3か月で自分にあった生活や運動が身につくオーダーメイドプログラム

前みたいにスーパーに買い物に行けるようになりたいなあ。



理学療法士・作業療法士

その目標の達成に向けて、取り組むことを一緒に考えていきましょう！

- ・理学療法士等のリハビリ専門職による個別面談
- ・管理栄養士や歯科衛生士等による栄養・口腔相談など

利用者の約72%が介護サービスを必要としない状態にまで改善！  
(令和4年度実績)

住み慣れた地域で  
いつまでも暮らし続ける



短期間で  
自信と能力を  
回復し地域へ

通いの場のほか、趣味活動やスポーツなど、好きなことを自分自身で選択し、生きがいをもって暮らします。

2024(令和6年)

7.15

No.1533

毎月1日・15日発行

広報

# さがみはら

## いきいきとした自分らしい暮らしを



### 介護予防のサービスが変わります

「みんなで支えあい 地域の力が育む 人にやさしいまち さがみはら」を目標に、市の介護予防のサービスは、短期集中予防サービスを中心とした内容が変わります。

〒250-0285 厚木市厚木 介護予防課 042-769-9249

## あなたの再自立(リエイブルメント)を応援します

市は、高齢や病気などで生活がしづらくなった高齢者が、諦めずに自分の能力を最大限に生かして再び望む生活ができるようになること(再自立)を目指します。  
市では再自立に向けた支援や、本人が希望する生活を続けられるよう「自信と意欲」を向上するため、介護予防のサービス体系の中心を短期集中予防サービスに変更するとともに、ボランティア活動や就労的活動などで高齢者の社会参加を促進します。



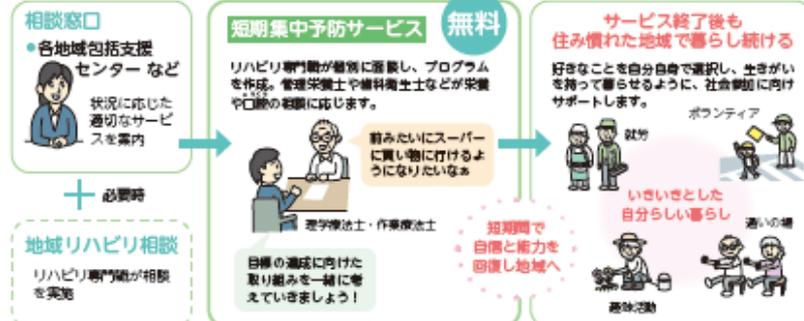
### 短期集中予防サービス リエイブルメントプログラム

実施場所に3か月間通所(送迎あり)し、個別面談で個人の思いを聴きながら目標を設定して、さまざまな専門職と一緒に生活課題の改善や健康維持に取り組むオーダーメイドのプログラムです。自信や意欲を引き出すことで、自らの管理能力を上げて、リエイブルメントを目指していくのです。

対象支援1・2の人、生活機能の低下が見られる人\*  
※厚生労働省が定める基本チェックリストで判断

### リエイブルメントとは

「再びできるようになる」という意味で、本人の力を引き出すケアとリハビリテーションを統合する考え方で、「自立した生活をする」という高齢者自身の意思のもと、生活課題の解決と生活の質を上げるために、多職種との協働で再自立を促す支援が施されます。



### 利用者の声(令和5年度)

5年前に脳出血を患って、右半身麻痺で車椅子生活になり、話すことも難しくなりました。行けていた太極拳はやめなければいけなくなりました。短期集中予防サービスで再び太極拳の舞台に立つことを目標として、一歩一歩はありましたが、プログラムの効果は全てできるようになりました。運動ができるようになると、自分自身で寝ることもできるようになりました。太極拳の再開は目標が達成されたことですが、参加しているうちにできるようになり、去年10月の舞台に立ちました。11月の再開の舞台にも出ます。活動中に取り組みしていると喜びます。



後井さん

がん治療の副作用や歩行時のふらつきが気になる、外出の機会が減っていました。どうも寝違っている自分からいよいよ、地域包括支援センターにサービスを紹介されました。自分の体の状況を知り、足くなったところだけでなく思いこえるも肩づけて、毎日、運動で息を吐いてくれるのがこのサービスの特色です。不安や直しえスタッフなどに伝えたと、共感や励みだけでなく、思いに支えられていることも多く、1人じゃないという安心感がありました。健康を磨きかけていた運動量にも意欲的に進めるようになり、散歩中に歩行切替り(片脚をずらす動作)を覚えていくことが、運動の気持ちも忘れずに進めることができている。



徳谷さん

このサービス利用者の72%<sup>※</sup>が、介護のサービスを利用せず、再びいきいきと生活ができるようになっています。

※令和4年度市の実績

### 市の介護予防の取り組み

今年3月に策定した第9期市高齢者保健福祉計画では、「介護予防・健康づくりの取組」を重点的な取組の1つとしています。10月1日から、新たに要支援などの認定を受け、デイサービスなどを希望する場合は、原則として最初に短期集中予防サービスを利用します(難病、末期がん、認知症のある人を除く)。



▲市街



## 2 短期集中予防サービスの 栄養プログラムについて



# 栄養プログラムの概要

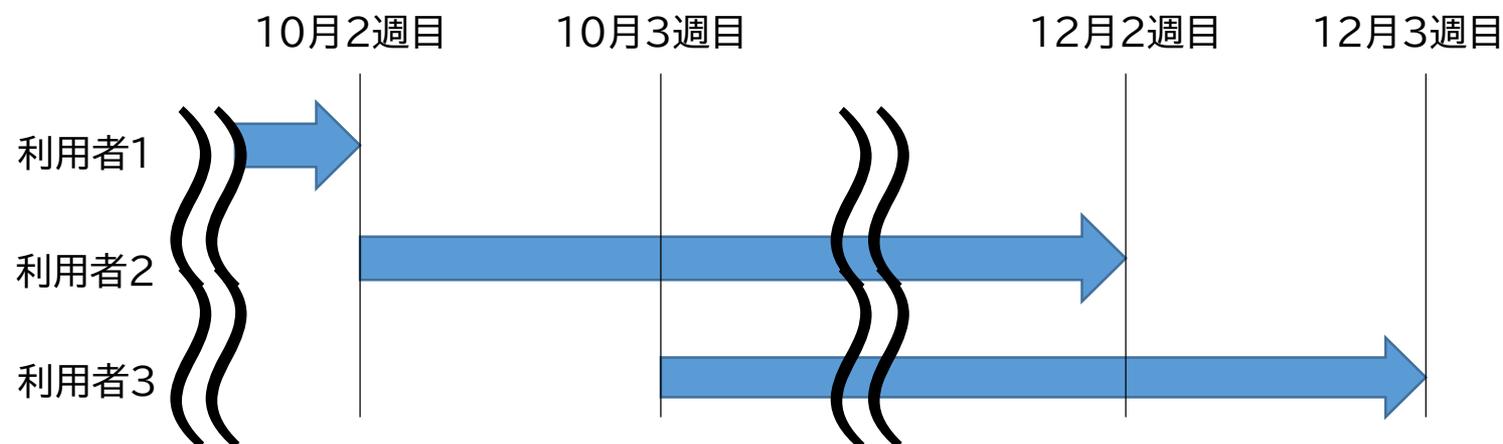
- 管理栄養士が、対象者1人当たり、全12回のうち1～3回の頻度で支援を行います。
- 初回は約30分、2～3回目は約20分とします。
- 別途ケース情報の把握、事前事後の準備時間を要します。
- 個人の栄養状態、健康状態、食事内容、嗜好に応じた個別指導を実施します。



# 利用者について

- 対象となるのは、要支援1・2の認定者及び基本チェックリストの該当者
- 事業所によって受け入れ人数は異なる
- 利用者によって事業の開始時期は異なる

<イメージ図>



# 集団型と個別型について

|                | 集団型   | 個別型   |
|----------------|-------|-------|
| 1開催当たりの利用者の人数  | 2人以上  | 1人    |
| 1開催当たりの開催時間(※) | 2時間程度 | 1時間程度 |
| 1開催当たりの最大面談件数  | 3件    | —     |

※事前カンファレンスや記録の作成により前後する可能性があります。



# 事業所との日程調整について

- 派遣希望がある事業所より、派遣を希望する管理栄養士へ直接連絡が来ます。
- 派遣可能な場合は、派遣日時、集合場所、当日実施件数等の聞き取りをします。
- 当日は指定された集合場所へ行き、「短期集中予防サービス」の担当者と顔合わせします。
- 栄養の面談終了後、事業所の担当者へ申し送り、使用した資料を返却して帰宅します。



ここからは、記録の書き方のポイントについて説明します。

資料2「栄養プログラム実施報告書」を見ながらご確認ください。



# 記録のポイント

面接前に記入

| 短期集中予防サービス<br>栄養プログラム実施報告書            |      |                          |      |                          |     |                          |      |                          |      |                          |       |                          |   |                          |
|---------------------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|-----|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|-------|--------------------------|---|--------------------------|
| ふりがな                                  |      | <input type="checkbox"/> | 生年月日 | <input type="checkbox"/> | 大   | <input type="checkbox"/> | 昭    | 年                        |      | 月                        |       | 日                        |   | 歳                        |
| 氏名                                    | 0    | <input type="checkbox"/> | 男    | 要介護認定                    |     | <input type="checkbox"/> | 要支援1 | <input type="checkbox"/> | 要支援2 | <input type="checkbox"/> | 事業対象者 |                          |   |                          |
|                                       |      | <input type="checkbox"/> | 病名等  |                          |     |                          |      |                          |      |                          |       |                          |   |                          |
|                                       |      | <input type="checkbox"/> | 女    | かかりつけ医                   |     | <input type="checkbox"/> | 有    | <input type="checkbox"/> | 無    | 低栄養リスク※                  |       | <input type="checkbox"/> | 有 | <input type="checkbox"/> |
| ※「BMI18.5未満」かつ「6ヶ月以内に2～3kg以上の体重減少」に該当 |      |                          |      |                          |     |                          |      |                          |      |                          |       |                          |   |                          |
| 1. 担当者                                |      |                          |      |                          |     |                          |      |                          |      |                          |       |                          |   |                          |
| 初回                                    | 令和   | 年                        | 月    | 日                        | 2回目 | 令和                       | 年    | 月                        | 日    | 3回目                      | 令和    | 年                        | 月 | 日                        |
|                                       | :    | ~                        | :    | :                        |     | :                        | ~    | :                        | :    |                          | :     | :                        | ~ | :                        |
|                                       | 記入者: |                          |      |                          |     | 記入者:                     |      |                          |      |                          | 記入者:  |                          |   |                          |

【確認書類例】(資料4利用者情報の事前確認資料例 参照)

- ・利用者基本情報
- ・介護予防サービス・支援計画書
- ・初回評価・サービス計画書
- ・口腔プログラム実施報告書 等

※事業所によって揃っていない書類がある場合があります

面接年月日、面接の開始時間及び終了時間、面接の担当者名を記入します



# 利用者基本情報(資料4参照)

第1号様式(第5条第3号関係)

## 利用者基本情報

作成担当者:

### 《基本情報》

|                   |   |                             |                 |
|-------------------|---|-----------------------------|-----------------|
| 相談日               | 年 月 日 ( )   | 来所・電話<br>その他 ( )            | 初回<br>再来 (前 / ) |
| 本人の現況             | 在宅・入院又は入所中 ( )  |                             |                 |
| 氏名<br>本人氏名        | 男・女   | M・T・S 年 月 日生 ( ) 歳          |                 |
| 住所                | Tel   | ( )                         |                 |
|                   | Fax   | ( )                         |                 |
| 日常生活<br>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・2   |                 |
|                   | 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・<br>総合事業<br>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<br>有効期限: 年 月 日～年 月 日 (前回の介護度 )<br>基本チェックリスト記入結果: 事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし<br>基本チェックリスト記入日: 年 月 日 |                             |                 |
| 障害等認定             | 身障 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )   |                             |                 |
| 本人の<br>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<br>(相談者)      | 家族構成 <small>○印本人、○印女性、○印男性<br/>●印死亡、○印キーパーソン<br/>主介護者に「主」<br/>副介護者に「副」<br/>(両者家族は○で囲む)</small>                                |                             |                 |
| 住所<br>連絡先         | 続柄  | 家族構成                        |                 |
|                   | 氏名  | 続柄                          | 住所・連絡先          |
| 緊急連絡先             | 家族関係等の状況  |                             |                 |

### 《介護予防に関する事項》

|                                    |            |           |
|------------------------------------|------------|-----------|
| 今までの生活                             |            |           |
| 現在の生活<br>状況(どんな<br>暮らしを送<br>っているか) | 1日の生活・すごし方 |           |
|                                    | 時間         | 本人 介護者・家族 |
|                                    | 友人・地域との関係  |           |

### 《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<br>(主治医・意見作成者に☆) | 経過                | 治療中の場合は内<br>容 |
|-------|----|---------------------------|-------------------|---------------|
| 年 月 日 |    | Tel                       | 治療中<br>経観中<br>その他 |               |
| 年 月 日 |    | Tel                       | 治療中<br>経観中<br>その他 |               |
| 年 月 日 |    | Tel                       | 治療中<br>経観中<br>その他 |               |
| 年 月 日 |    | Tel                       | 治療中<br>経観中<br>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 |
|--------|---------|
|        |         |

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、基本チェックリスト記入内容、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同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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 年 月 日 氏名

印

# 介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表) (資料4参照)

## 介護予防サービス・支援計画書 (ケアマネジメント結果等記録表)

No. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 種 (男・女) \_\_\_\_\_ 歳 設定年月日 年 月 日 設定の有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 受託の場合: 計画作成者事業者・事業所名及び所在地 (漢字優先)

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 \_\_\_\_\_

初期・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 要介護対象者

1日 \_\_\_\_\_ 1年 \_\_\_\_\_

| アセスメント領域と現在の状況          | 本人・家族の意向・意向 | 領域における課題 (背景・原因)                                      | 総合的課題 | 課題に対する目標と具体策の提案 | 具体策についての意向 本人・家族 | 目標 | 支援計画           |                                      |                              |        |           |    |
|-------------------------|-------------|---|-------|-----------------|------------------|----|----------------|--------------------------------------|------------------------------|--------|-----------|----|
|                         |             |   |       |                 |                  |    | 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 (介護サービス) | 介護施設サービス又は地域支援事業 (総合事業のサービス) | サービス種別 | 事業所 (利用先) | 期間 |
| 運動・行動について               |             | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                 |                  |    | ( )            |                                      |                              |        |           |    |
| 日常生活 (家庭生活) について        |             | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                 |                  |    | ( )            |                                      |                              |        |           |    |
| 社会参加、友人関係・コミュニケーションについて |             | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                 |                  |    | ( )            |                                      |                              |        |           |    |
| 職業管理について                |             | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                 |                  |    | ( )            |                                      |                              |        |           |    |

健康状態について 主治医受診済、健診結果、検査結果等を記入した報告書

【本県行うべき支援が実施できない場合】  
受託先支援の実施に向けた方針

総合的な方針: 生活不活発等の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい  
地域支援事業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

|    |    |     |      |    |    |
|----|----|-----|------|----|----|
| 認知 | 歩行 | 口腔内 | 肩こり  | 褥瘡 | うつ |
| 不足 | 改善 | ケア  | リハビリ | 予防 | 予防 |
| 6  | 2  | 3   | 2    | 3  | 5  |

【意見】 \_\_\_\_\_

【確認印】 \_\_\_\_\_

地域包括支援センター \_\_\_\_\_

計画に関する同意  
上記計画について、同意いたします。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_



# 初回評価・サービス計画書(資料4参照)

民間活用型生活機能向上サービス

初回評価・サービス計画書

氏名

様

初回評価実施日

## ☆ 体力測定結果など ☆

| 評価項目       |   | 初回 | 最終 | 評価項目              |    | 初回 | 最終 |
|------------|---|----|----|-------------------|----|----|----|
| 握力 (kg)    | 右 |    |    | 30秒立ち座りテスト (回)    |    |    |    |
|            | 左 |    |    | 5m歩行時間 (秒)        | 通常 |    |    |
| 開眼片足立ち (秒) | 右 |    |    |                   | 最大 |    |    |
|            | 左 |    |    | Timed up & Go (秒) |    |    |    |
| 主観的健康観     |   |    |    | 主観的幸福感 (点)        |    |    |    |

※1:とても健康である 2:まあ健康である 3:あまり健康でない 4:健康でない ※0点:幸せでない~10点:幸せである

## ☆ 改訂日本版フレイル基準 ☆

| 項目                                      | 初回   | 最終 |
|---|------|----|
| 6か月間で2~3kg以上の体重減少                       |      |    |
| 握力:男性28kg未満、女性18kg未満                    |      |    |
| (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする                 |      |    |
| 通常歩行速度が1.0m/秒未満                         |      |    |
| 「軽い運動・体操」と「定期的な運動・スポーツ」の両方とも、週に1日もしていない |      |    |
| 0項目:健康、1~2項目:プレフレイル、3項目以上:フレイル          | 合計点数 | 0  |

## ☆ 手段的日常生活動作 ☆

| 項目      | 判断基準   | 初回 | 最終 |
|---------|--|----|----|
| 食事の用意   | 0:していない 1:まれにしている                              |    |    |
| 食事の片付け  | 2:1~2回/週 3:回以上/週                               |    |    |
| 洗濯      |  |    |    |
| 掃除や整頓   |  |    |    |
| 力仕事     |  |    |    |
| 買物      | 0:していない 1:まれにしている                              |    |    |
| 外出      | 2:1回未満/週 3:1回以上/週                              |    |    |
| 屋外歩行    |  |    |    |
| 趣味      |  |    |    |
| 交通手段の利用 |  |    |    |
| 旅行      |  |    |    |
| 庭仕事     | 0:していない 1:時々 2:定期的 3:植替等も実施                    |    |    |
| 家や車の手入れ | 0:していない 1:電球取替、ねじ止め 2:ペンキ塗り、模様替え、洗車 3:家の修理、車整備 |    |    |
| 読書      | 0:読んでいない 1:まれに 2:1回/月 3:2回以上/月                 |    |    |
| 仕事      | 0:していない 1:1~9時間/週 2:10~29時間/週 3:30時間以上/週       |    |    |
| 合計点数    |  |    |    |



# 記録のポイント

面接中に記入

| 2.身体状況                     |                               |                             |                   |     |                               |                             |                   |                             |                             |                             |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------|-----|-------------------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 初回                         | 身長:                           |                             | cm                | 終了時 | 身長:                           |                             | cm                | (初回→終了時)体重の変化               |                             |                             |
|                            | 体重:                           |                             | kg                |     | 体重:                           |                             | kg                | <input type="checkbox"/> 増加 | <input type="checkbox"/> 維持 | <input type="checkbox"/> 減少 |
|                            | BMI:                          |                             | kg/m <sup>2</sup> |     | BMI:                          |                             | kg/m <sup>2</sup> | 理由(「増加」または「減少」の際に記入)        |                             |                             |
|                            | <input type="checkbox"/> 聞き取り | <input type="checkbox"/> 計測 |                   |     | <input type="checkbox"/> 聞き取り | <input type="checkbox"/> 計測 |                   |                             |                             |                             |
| ※BMI21.5未満は「やせ傾向」としてアセスメント |                               |                             |                   |     |                               |                             |                   |                             |                             |                             |

聞き取り又は計測により「身長」「体重」「BMI」を記入します。  
継続支援を行った場合は、終了時の「身長」「体重」「BMI」、体重  
の変化を記入します。

体重が「増加」または「減少」した場合は理由を記入します。

※面談が1回で終了した場合は、「終了時」「体重の変化」の記入は不要です。



# 記録のポイント

面談中に記入

| 3.現在の状況について(初回)                                |   |
|--|---|
| 食欲について   | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> ない        |
| 睡眠について   | <input type="checkbox"/> とれている <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> とれていない |
| 排便について   | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 便秘        |
| 3ヶ月以内に、手術や食事療法の必要な入院をしましたか                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                    |
| 3ヶ月以内で食欲不振、消化器疾患、消化器系の問題、咀嚼、嚥下困難などで食事量が減少しましたか | <input type="checkbox"/> はい (具体的に: )<br><input type="checkbox"/> いいえ                        |
| 呼吸器疾患、消化器疾患、糖尿病、腎臓病などの慢性的な病気はありますか             | <input type="checkbox"/> はい (具体的に: )<br><input type="checkbox"/> いいえ                        |
| 食事は楽しいですか                                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                    |

聞き取りにより該当する項目にチェックをします。



# 記録のポイント

面談中に記入

| 4.食事の内容について(初回)                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1日に食事を何回とっていますか(間食を除く)            | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 |
| 乳製品(牛乳・チーズ・ヨーグルト)を毎日1品以上摂取していますか  | <input type="checkbox"/> はい   |
|                                   | <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 豆類又は卵を毎週2品以上摂取していますか              | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                            |
| 肉類又は魚を毎日摂取していますか                  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                            |
| 果物又は野菜を毎日2品以上摂っていますか              | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                            |
| 水分(水、ノンカフェインのお茶など)を1日どのくらい摂っていますか | <input type="checkbox"/> コップ3杯未満  |
|                                   | <input type="checkbox"/> コップ3杯以上5杯未満  |
|                                   | <input type="checkbox"/> コップ5杯以上  |
| 特記事項                              |   |

聞き取りにより該当する項目にチェックをします。

「特記事項」には聞き取りを行う中で記録しておく事項や本人のコメントで印象的だったことを記入します。

スペースがあれば1日の食事記録をこちらに記入しても構いません。



# 記録のポイント

面談中又は面接後に記入

| 5.実施記録           |  |
|------------------|--|
| <1回目>            |  |
| 目標               |  |
| 状況等<br>(本人のコメント) |  |
| アセスメント(分析)       |  |

## 【目標】(継続支援時のみ)

本人の意見を尊重し、次回の面談までに実施する行動目標を記入します。

## 【状況等】

初回聞き取りにより把握したことから目標に関する状況を抽出して記入します。

## 【アセスメント】

【状況等】に対する強みや弱みを記入します。



# 記録のポイント

面接中又は面接後に記入

|                     |                             |  |
|---------------------|-----------------------------|--|
| 指導内容                |                             |  |
| 反応等備考               |                             |  |
| 次回計画・他職種への<br>伝達事項等 | <input type="checkbox"/> 継続 |  |
|                     | <input type="checkbox"/> 終了 |  |

## 【指導内容】

指導した内容を記入します。

指定様式以外で使用した媒体等があれば事業所へ提出してください。

## 【反応等備考】

指導内容や行動目標に対する本人の反応を記入します。

## 【次回計画】

継続/終了を選択し、継続の場合、次回確認する項目、伝達事項を記入します。



# 個人情報取扱いについて

- 記録用紙の下書きとしてメモ用紙を使用した場合、個人情報が含まれる場合は持ち帰りは禁止です。
- 継続支援を行うためメモを残しておきたい場合は、次回指導時まで事業所へ預ける等、事業所の担当者と相談してください。



# 任意様式① 食事聞き取りシート

## 7.食事聞き取りシート(任意様式)

○朝食 : 頃

---

○昼食 : 頃

---

○夕食 : 頃

---

○間食:水分等(摂取した時間も併せて記入)

---

○就寝時間 :

---

○起床時間 :

---

調理担当者

---

- 本人  
 本人以外( )

服薬状況(食事に影響があるか)

---

- 無  
 有( )

配慮が必要なこと

---

- 小さくしたり刻まないと食べられない食品がある  
 飲み込みにくいとかんじることがある  
 除去食品( )  
 その他



# 任意様式② 10食品群チェック

10食品群チェック

|  |                          |                                  |                          |
|--|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| <b>魚介類</b><br>魚(開きや干物も含む)、イカ、タコ、貝類、ツナ缶、ちりめんじゃこ、ちくわなど | <input type="checkbox"/> | <b>海藻類</b><br>海藻、ひじき、もずく、海苔など    | <input type="checkbox"/> |
| <b>油脂類</b><br>炒め物、パンにバター、ドレッシングなど                    | <input type="checkbox"/> | <b>いも類</b><br>じゃがいも、さつまいもなど      | <input type="checkbox"/> |
| <b>肉類</b><br>牛、豚、鶏、ハム、ソーセージなど                        | <input type="checkbox"/> | <b>卵類</b><br>卵、うずら卵、卵豆腐など(魚卵を除く) | <input type="checkbox"/> |
| <b>牛乳</b><br>牛乳、ヨーグルト、チーズ、スキムミルクなど                   | <input type="checkbox"/> | <b>大豆・大豆製品</b><br>納豆、豆腐、厚揚げ、枝豆など | <input type="checkbox"/> |
| <b>野菜・きのこ</b><br>ほうれん草、にんじん、かぼちゃなどの緑黄色野菜を意識する        | <input type="checkbox"/> | <b>果物類</b><br>朝食や間食に。ドライフルーツなど   | <input type="checkbox"/> |

毎日食べている場合は1点、それ以外を0点とし  
合計10点満点で評価します  
目標は1日7点以上です!



合計

↓ 10食品群チェックシート(1週間分)

↑ 10食品群チェックシート(1日分)

| 日付  | さ   | あ   | に  | ぎ      | や   | か  | い  | た   | だ    | く    | 〇の数(点) |
|-----|-----|-----|----|--------|-----|----|----|-----|------|------|--------|
|     | さかな | あぶら | にく | 牛乳・乳製品 | やさい | 海藻 | いも | たまご | 大豆製品 | くだもの |        |
| 例   |     |     |    |        |     |    |    |     |      |      | 7点     |
| 1日目 |     |     |    |        |     |    |    |     |      |      | 点      |
| 2日目 |     |     |    |        |     |    |    |     |      |      | 点      |
| 3日目 |     |     |    |        |     |    |    |     |      |      | 点      |
| 4日目 |     |     |    |        |     |    |    |     |      |      | 点      |
| 5日目 |     |     |    |        |     |    |    |     |      |      | 点      |
| 6日目 |     |     |    |        |     |    |    |     |      |      | 点      |
| 7日目 |     |     |    |        |     |    |    |     |      |      | 点      |

「さあにぎやかにいたく」は、東京都健康長寿医療センター研究所が開発した食品摂取多様性スコアを構成する10の食品群の簡文字をとったもので、ロコモチャレンジ！推進協議会が考案した合言葉です。なお、このチェックシートは、東京都健康長寿医療センターとILSI Japanの共同研究の成果物を基に作成されました。

# 継続支援とする例

## 【必須条件】

低栄養リスク該当者

(BMI18.5未満かつ6ヶ月以内に体重減少2～3kg)

## 【状況により継続する例】

- ・食事内容に問題があり、継続的に確認を行う必要があるとき  
(アセスメント項目から継続支援が必要とするとき)
- ・ご自身からの訴えがあるとき
- ・話好きな方で、時間内に十分説明できなかったとき
- ・アセスメント表の内容を十分に聞き取れなかったとき



# 謝礼について

単価

1件当たり5000円(交通費込み)

面接時間

初回:30分、2~3回目:20分

1開催当たりの最大相談件数:3件(集団型の場合)

事前情報収集や記録の作成等の時間を含みます。

※今後、事業見直し等により単価は変更になる可能性があります。



# 謝礼支払いの流れ

1月毎に翌月10日までに  
メールで以下を報告

- ・訪問事業所名
- ・訪問日時
- ・件数

<メール文例>

相模原市 高齢・障害者支援課 加藤さま

●月の勤務状況について報告します。

●月●日（月） （事業所名） ●件

●月●日（水） （事業所名） ●件

●月●日（月） （事業所名） ●件

以上、よろしく申し上げます。

相模花子

<報告先>

相模原市 高齢・障害者支援課 管理栄養士宛  
(宛先と差出人の明記をお願いします。)

k-s-shien@city.sagamihara.kanagawa.jp



# 実施事業所一覧(令和6年4月～)

## 栄養士派遣希望事業所

| 事業所名 |                     | 形態 | 定員 | 区  | 合計 | 見込量<br>(R6.10<br>～) |
|------|---------------------|----|----|----|----|---------------------|
| 1    | けやきの里               | 集団 | 5  | 緑  | 14 | 50                  |
| 3    | 介護老人保健施設ケアガーデンさがみ湖  | 個別 | 4  |    |    |                     |
| 4    | Work_With_モノリス      | 個別 | 3  |    |    |                     |
| 5    | 介護老人保健施設とき          | 個別 | 2  |    |    |                     |
| 9    | ING訪問看護ステーション       | 個別 | 1  | 中央 | 41 | 72                  |
| 10   | Utensil_With_モノリス   | 個別 | 3  | 南  | 52 | 78                  |
| 11   | 訪問看護ステーションありてい      | 個別 | 2  |    |    |                     |
| 12   | すきっぷコンパスウォーク・デイサービス | 集団 | 20 |    |    |                     |
| 14   | Up Life 小田急相模原店     | 集団 | 10 |    |    |                     |



これから派遣登録をする場合は  
右記のURL又はQRコードから  
申し込みをお願いします。



<https://logoform.jp/f/I07NI>

直営会場(ウェルネスさがみはら)(月曜日14時～)  
での見学を希望する場合はご連絡ください。

担当:高齡・障害者支援課 加藤

042-769-9249

