

表7 低栄養状態の改善状況(プログラム開始3か月後)

ID	年齢	体重 (BMI)			増減率 (%)	主観的な健康感			自己実現の課題とその意欲
		サービス開始前	3か月後	サービ 開始前		3か月後	変化		
T10-01	79	37.0(16.4)	40.8(18.1)	+10.2(+10.3)	3	2	↑	農作業や家事を積極的に行っており体調も良好で食欲もある。活動意欲が高い。	
T10-04	84	33.3(16.2)	33.2(16.2)	0	3	4	↓	年始の外泊の気疲れにより、体調を崩し意欲が低下するが1週間後に回復。	
T10-07	71	40.5(18.2)*	40.5(18.2)*	0	3	2	↑	元気で楽しそうに話をしており、旅行の計画もある。寒いので活動量は少なめ。	
T20-04	82	34.6(18.4)	35.6(19.1)	+2.9(+3.2)	3	3	-	ヨーグルト、ひき肉など食べられるものが増え、食べることへの意欲も増大した。	
T20-05	72	37.4(14.8)	37.5(14.9)	+0.3(+0.7)	5	2	↑	元気になってきて意欲的に行動するようになったと本人も実感している。	
T20-08	93	37.3(16.3)	35.6(15.6)	-4.3(-4.3)	4	3	↑	風邪で食欲低下し、体重減少。1度減るとなかなか戻らないと残念がっている。	
T22-02	82	38.5(16.8)	41.6(18.2)	+8.1(+8.3)	3	2	↑	義歯も入り、体調も良くなった。	
T22-03	72	40.1(18.1)	39.1(17.7)	-2.5(-2.2)	4	5	↓	神経性食道狭窄症と診断。適切な薬が出て安心し、少し食べられるようになった。	
T23-03	72	37.2(18.4)	39.3(19.6)	+5.6(+5.9)	2	1	↑	3食食べるようにしているが、主菜が食べられないときがあった。	
T25-01	79	36.0(16.4)	36.6(16.6)	+1.7(+1.2)	3	3	-	近所の友達と一緒に、ツアーの日帰り旅行に出掛けていた。	
T30-04	76	39.0(16.4)	39.0(16.4)	0	4	3	↑	意欲はあるが、季節が冬なのでうまくいかないところもあった。	
T30-05	78	32.9(15.0)	30.8(14.1)	-6.4(-6.0)	3	2	↑	夫の介護のため年末に疲労し体重減少。意欲はある。	
T40-02	79	32.0(14.6)	33.9(15.5)	+5.9(+6.0)	4	4	-	体調良好になり、意欲が増大した。	
T50-01	88	39.0(17.5)	39.0(17.5)*	0	5	2	↑	地区の集いに参加したいがまだ行けない。	
T50-02	78	42.0(17.4)	42.8(17.8)*	+1.9(+2.3)	3	3	-	行事に参加したい、行ってみたいという気持ちになった。	
T50-03	85	36.7(18.2)	36.7(18.2)*	0	2	2	-	意欲はあるが、実行ができない。	
T50-04	77	32.0(16.3)	32.0(16.3)*	0	4	4	-	面接がはじめてなのでラポールが築けていない。	
T60-04	81	40.0(16.0)	40.0(16.0)*	0	2	3	↑	身体状況については理解できた様子だが、何か取り組む気持ちにはなっていない。	

※主観的健康感 1:よい 2:まあよい 3:ふつう 4:あまりよくない 5:よくない -:変化なし ↓:低下 ↑:向上

※T40-03、T50-04、T10-07については1カ月後の評価

表8 栄養改善プログラムにおける低栄養状態のおそれのある者の把握状況 (人数)

事業所	体重等測定者 (通所サービス 利用の要支援・ 要介護1)	低栄養状態の おそれのある者 (①②あるいは ③の該当者)	低栄養状態の おそれのある者 (①②③のい ずれか該当)	事業所	体重等測定者 (通所サービス 利用の要支援・ 要介護1)	低栄養状態の おそれのある者 (①②あるいは ③の該当者)	低栄養状態 のおそれのあ る者(①、②、 ③のい ずれ か該当)
通所介護				通所リハビリテーション			
G	84	1	13	K	49	1	4
H	35	0	6	S	31	1	5
I	69	0	5	SH	56	1	0
S	75	1	1	T	3	0	0
T	51	2	0	H	177	0	1
Y	58		0				

(2) 介護予防ケアマネジメントとの連携

低栄養状態のおそれが把握された6名における介護予防ケアマネジメントでの自己実現の目標は、「絵を描きたい」「料理をつくりたい」「夫婦で公園に行きたい」「商店街を歩いて、バスに乗って帰りたい」などであり、本人に対しての地域のサロンや老人クラブへの参加奨励3、導入された家族の支援及びインフォーマル・サービスとしては、家族による食事準備、買物等へ同行、食事記録等4、近隣者の訪問による様子の確認、声かけや買物への同行等3であった(表9)。

介護予防ケアマネジメントを擬似的に担当した介護支援専門員と管理栄養士の連携においては、担当の管理栄養士は、介護予防ケアプランのゴール、目標及び課題等の情報を踏まえた上で事前アセスメントを行い栄養改善サービス計画を作成した。事例研究に関するアンケート調査結果や事例に関する帳票の記録などから、管理栄養士による事前アセスメント及び計画の作成にあたっては、介護支援専門員を通じて対象者の居宅での食事環境及び訪問介護における食事支援がどのように行われているのかを詳細に知っておくことが求められた。

また、利用者の身近な地域における食材料の調達できる店舗、配食サービス、食事づくりのボランティア活動などの状況に対しても介護支援専門員が有している情報を管理栄養士もよく共有化しておかなければならなかった。

対象者への管理栄養士の紹介は、介護予防ケアマネジメントを担当した介護支援専門員等が行っていた。管理栄養士は介護予防ケアマネジメント担当者に対して、計画、実施状況等について、電話等による頻繁な確認、連絡、報告、相談、あるいは、介護予防ケアマネジメント担当者から管理栄養士に対しては、訪問時の様子などに関する連絡を頻繁に行

表9 新予防給付：栄養改善サービス事例における介護予防マネジメントの概要

ID	年齢	性別	介護度	介護予防マネジメントでの目標	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	提供したサービス	サービス提供に 関わった専門職	基本チェック リストの結果
S13-01	74	男	要支援	外に出ることが困難なので、施設を利用し、リハビリをし、友達を作ったり、体力をつけて活気を取り戻す。	地域のサロン、近隣者の協力、家族による食事の準備	通所リハビリテーション、栄養改善サービス	介護支援専門員 管理栄養士、主治医、施設医師、デイ介護福祉士	—
S15-01	79	男(独居)	要介護1	1日：他者との交流、適度な運動、健康的で活気のある生活 1年：自宅での健康で快適な暮らしの継続	近隣者による様子伺い	訪問介護(買物代行)、通所リハビリテーション(機能訓練、集団、アクティビティ)、栄養改善サービス、市による緊急通報装置設置	介護支援専門員 管理栄養士 介護士	—
S24-2	91	女	要介護1	家の手伝いや家族のために1品料理をつくりたい。一人の時間には絵を描きたい	老人クラブへの参加 家族による散歩や買物への同行	通所介護(週1回) 栄養改善サービス	介護支援専門員 管理栄養士	—
S25-03	76	女(独居)	要支援	1日：外出の機会をつくり1日3食を食べる 1年：自分の身体、生活状況が把握でき、自立した生活の継続に意欲を持って取り組める	近隣者による地域サロン参加の声かけ・送迎・買い物・購入の手伝い 家族による室内の整理整頓	通所介護、栄養改善サービス	介護支援専門員 管理栄養士	認知症の予防・支援
S26-01	88	女(独居)	要支援	1日：毎日の散歩を続ける 1年：受診の後は商店街を歩いて、バスに乗って帰りたい	—	運動器の機能向上、栄養改善サービス	介護支援専門員 管理栄養士	うつの予防・支援
S31-01	80	女	要支援	1日：夫婦の身の回りの回りのことができる。 1年：夫婦で公園に出かけ、友達との会話を楽しむ活動的な生活にもどる	夫による妻の食事記録、栄養補助食品の活用	通所リハビリテーション、訪問看護、栄養改善サービス	介護支援専門員 管理栄養士	—

参考事例： BMI18.5未満であったが体重減少がみられなかった事例

S12-02	84	男	要支援	—	—	—	—	認知症の予防・支援
S21-02	84	女	要介護	1日：デイサービスの利用を通じて夫や子供と楽しく過ごす時間をもちたい。 1年：今の生活を続けながら夫と会う機会を多く作りたい	養女による電話での安否確認と月2回の訪問(食料購入)	通所型介護予防サービス(栄養改善サービス)、訪問型介護予防サービス	管理栄養士 管理栄養士 看護師 ケアワーカー 訪問ヘルパー 民生委員	認知症の予防・支援

表10 新予防給付：栄養改善サーブिस計画の概要

ID	年齢・性別	栄養状態のリスクの確認	事前アセスメントにおける課題	自己実現	解決すべき課題	長期目標	短期目標	計画の概要	目標改善のための支援者	時間
S13-01	74・男	BMI:16.2 体重減少:6ヶ月間に12% 血清アルブミン4.5g/dl 食事摂取量:良好	糖尿病、食飲低下、糖尿病の食事管理ストレス	体力をつけ友達をつくる。外出の機会をもつ、飲みたい。	体力がなくなり、何をしても健脚になっていない。糖尿病(400kcal)の食事療法が重くの負担になり、毎朝1回の食事では十分量が摂取できない。	身体状況の安定と社会資源を使って生活を楽しくしたい。	身体状況の安定のために、食事を減らすのではなく、薬と同じ食料に作るよう薬の協力を得る。薬にどうすればいいかを相談しながら計画を行う。	通所での食事は2回に分けて行う。妻には糖尿病食は特別な調理をするのではなく、薬と同じ食事を回数を分けて食べることを助言する。デイケア利用時には趣味の囲碁、将棋の相手を探し、声かけを行う。	管理栄養士 介護支援専門員 主治医 デイ職員	事前アセスメント:1時間、事後アセスメント:30分、栄養相談:10-1時間(多くの場合30分)、担当者会議:20分
S15-1	79・男	BMI:18.4 体重減少:6ヶ月間に5%	貧血(鉄剤)、嘔気、誤嚥、皮膚の乾燥、買物はヘルパーが代行、食料の指示が必要、簡単な食事づくりは、魚の嫌いなものあり。	パソコンを使って著作してみたい	①体重減少6ヶ月5% ②嘔吐による食量の低下 ③筋力低下(網膜はく離によりハビリ3ヶ月間中止)	筋力の向上と維持の支援。 食品の選択の援助方法の助言による体重増加と貧血の改善	食事内容の見直しと体重増加 (+2kg目標)、貧血改善 筋力の向上	ヘルパーによる買い物代行への食料依頼(魚の缶詰)、簡易(せんべい、クッキー)によるエネルギー摂取量の増大、鉄強化ふりかけを提案。筋力向上トレーニング	管理栄養士 ケアマネ ヘルパー リハビリテーションの専門職	相談20~30分/回、担当者会議10分
S24-2	91・女	BMI:16.0 体重減少:6ヶ月間に7% 血清アルブミン3.9g/dl	鶏肉以外の肉は食べない。うなぎ、あなごもダメ。嘔気、嘔吐、自分のペースでゆつくり料理。雑も食事づくりに意欲的	無理はせず、自分のペースで好きなこと(料理)をし続けたい。	心発作があり(1~2回/週)、不安のため、一人で外出できない。	健康状態の安定。	食事内容を見直し、身体への負担を和らげる。	年始年末急激に食量を減らさせない。野菜の摂取及び塩分制限摂取にならないようにする	管理栄養士 介護支援専門員 ケアワーカー	-
S25-03	76・女	BMI:17.1 体重減少:1ヶ月間に4.8% 食事摂取量70%	一人食べている。食欲低下。低栄養改善のための食品選択の知識が必要。食料確保が困難。食料の購入指定していない。食事環境(整理整頓など)の悪化	嫌ってきたことや、腰痛のため外出の機会が減ったことへの不安がある。長く自立した生活をおくるためには、食事が大切だと感じている	体重の減少・外出の機会減少に伴い、閉居状態の悪化、食料確保の困難、食品選択の知識不足	身体状況の把握に努め、体重回復を図る。食料の確保、栄養状態維持のために必要な栄養、食品の知識を得る。楽しみをもつた外出機会を確保。生きがいがいいに通じる趣味、特技の継続	朝食は米飯と牛乳を必ず摂取。ケアマネの継続的購入依頼(米、牛乳、魚、肉類など)、エネルギー補給、タンパク質補給食品の知識、食事サロンへの継続参加、デイ活動の工夫	管理栄養士 介護支援専門員 ケアワーカー	初回、3ヶ月目:40分 1、2ヶ月目:20分 担当者会議15分	
S26-01	88・女	BMI:16.9 体重減少:3ヶ月間に5.4%	肉類が嫌い。一人で食べている。本人が調理	体力をつけ、足腰を強く、もう少し長い距離を歩けるようにしたい。受診の際に商店街を歩いて帰りたい	体重減少、足のふらつき	体重の増加(40kg)・食事の準備などに関する自立支援	卵を必ず摂取する 買物に家族に協力を依頼 デイサービス利用時に筋トレ、リハビリの参加	管理栄養士 介護支援専門員 ケアワーカー	各回30~45分 担当者会議30~45分	
S31-01	80・女	BMI:15.4 体重減少:6ヶ月間に7.8% 血清アルブミン3.7g/dl 食事摂取量70%	硬いものは刻みで口腔内の痛みと嚥下の不都合 食飲低下(6割程度) 便秘(訪問介護で対応) 便秘準備(線)	夫との公園散歩を復活し、友人との会話を楽しくしたい	食事量の低下 便秘 夫婦での散歩ができなくなった	食事量の増大 体重減少と止める 便秘の改善 夫婦散歩の復活	主菜の十分に食べることを、夫が食事の記録をつける 1日1回の乳飲菌飲料を通所時に減らす 妻の訪問看護時、夫の訪問リハビリテーション時夫婦の散歩に同行してもらう	管理栄養士 通所主任相談員 訪問看護士 訪問理学療法士 訪問作業療法士 通所作業療法士	栄養相談:10分 担当者会議:10分	
参考事例: BMI18.5未満であったが体重減少がみられなくなった事例										
S12-02	84・男	BMI:14.9 デイケアでの摂取量は7割	肉や魚があまり好きではない 食事摂取量が少ない 栄養改善に対する意欲がある 娘も食事の大切さを理解している	職業を使用しないで自由に歩いてみたい。筋力をつけ安全に歩行できるようにしたい	食量の摂取量の増加を心がけて体重を少しでも増加させる	低栄養リスクが中レベルのため、必要な食事量、栄養量を摂取する	食事内容・栄養摂取目標量に合わせた食事を提供する。摂取量の確認と記録・定期的な体重測定	管理栄養士 介護支援専門員	-	
S21-02	84・女	BMI:17.5	一人ですべている。調理はしない。本人による調理済み弁当の購入、配食サービスの拒否。妻による冷蔵庫への買い置きを食べたことある。訪問介護による買物同行	健康状態を維持して、できるだけ今の生活を続けたい	低体重 十分食べていないこと(食事量の低下) 冷蔵庫などの保存食料の衛生管理	低栄養改善、調理支援、体重増加の大切さを伝える。食事の工夫について理解を得る	食べることの大切さを学ぶ。通所での食事から食べ方を学ぶ。追加、定期的な体重測定、パンフレットで食品購入の仕方及び栄養補助食品、冷蔵庫の衛生管理について家族への情報提供	管理栄養士 介護支援専門員 ケアワーカー	-	

っていた。たとえば、ある事例においては1ヶ月間の介護支援専門員と管理栄養士との電話回数は、地域支援事業と同様に10回以上に及んでいた。

(3) 基本チェックリストによる栄養改善プログラム以外のプログラム導入

基本チェックリストにより、栄養改善サービス以外のプログラムの導入が必要とされた者6名中、「栄養改善」以外のサービスの必要性は、「認知症予防・支援」1名、「うつ予防・支援」1名であった。一方、「口腔機能の向上」については、基本チェックリストでは把握されないが、事前アセスメントにおいて痛みや欠損、義歯の不都合などの口腔内の問題の把握された者は2名であった(表10)。

基本チェックリストからは「運動器の機能向上」の必要性が把握された事例はみられなかったが、通所リハビリテーション利用者においては、筋力トレーニング等がおこなわれていた。

(4) 栄養改善サービスの実施状況

栄養改善サービスは事前アセスメント、計画の説明などには45～60分と比較的長い時間行われていたが、3回目以降の栄養相談には10～45分と事業所ごとに様々であった。また、計画の作成に30分、対象者への電話連絡に10分程度を費やし、3ヶ月後まで全ての手順が継続して実施されていた。

栄養改善サービス計画には、1日のエネルギー、タンパク質、水分の補給量と個別の食事計画、水分の補給方法、体重測定、通所事業所での食事の提供方法や食事を利用した食べ方の学習、ヘルパーや家族に依頼すべき購入食材の具体的な内容、配食サービスや利用できる栄養補助食品、食事サロン等の地域のボランティア活動の情報や家族への助言など盛り込まれていた。

(5) 多職種協働の取り組み

低栄養状態を予防・改善するためには、低栄養状態を改善するのに必要なタンパク質やエネルギーを食事によって摂取できるようにすることが必要になる。そのためには、平成16年度における本研究において通所サービス利用者である要支援・要介護1の者を対象としたの実態調査成果にもみられるように、「食べること」や、消化・吸収の障害になる課題、たとえば、摂食・嚥下機能を含めた口腔機能の低下、下痢（下剤の習慣的な使用を含めて）や便秘等、多種の医薬品の利用、身体活動量の低下、食事摂取行為上の問題、買い物や食事づくり上の問題、食べる意欲や楽しみの低下などの課題の解決に取り組まなければならない(図)。

これらの低栄養状態に関する課題は、事前アセスメントにおいて確認する。早期に栄養改善を行うためには、栄養改善サービスの一環として、これらの情報の報告や該当するサービスが適時、適切に提供されるように依頼を行っていくことが求められる。また、介護

予防通所サービスにおいては、新予防給付の各サービスを始めとしてアクティビティとも連携することができる。さらには、地域包括支援センターを通じてかかりつけ医、介護予防訪問介護、介護予防訪問看護とも連携していなければならない。

事例においても、低栄養状態のおそれがあると把握される者には、糖尿病や貧血などの食事療法を要する者、在宅酸素療法などを行いながら日常生活を継続している者が含まれていた。低栄養状態のおそれのある者にはかかりつけ医への報告・相談、かかりつけ医からの指導や助言が欠かせない者が多いと推察されるので、担当者会議へのかかりつけ医の参加や、連携体制の整備は重要である。また、栄養改善サービスを担当する管理栄養士は、事前に主要な関連担当者を訪問して顔見知りになっておくことも大切である。

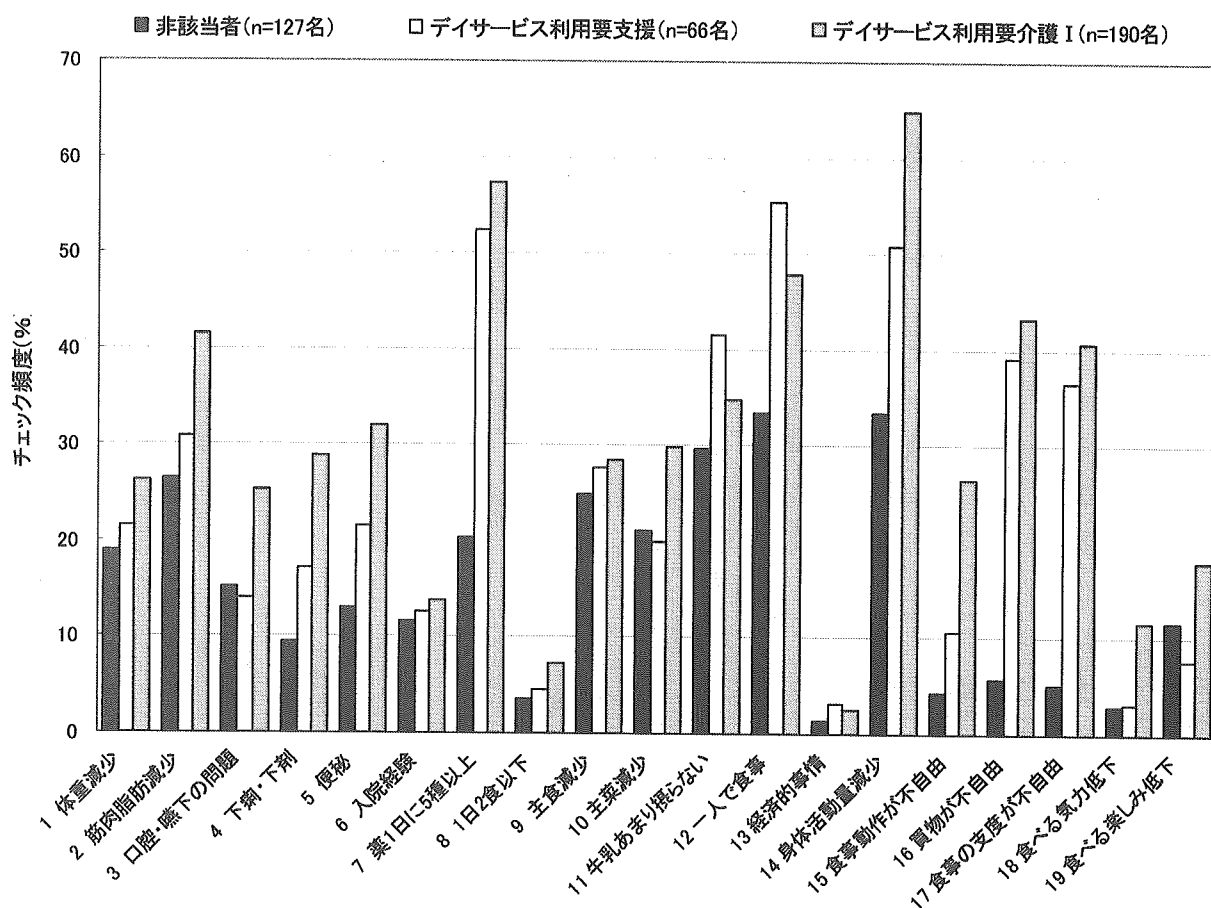


図 軽度者における低栄養に関連した課題の出現状況

杉山ら:平成16年厚生労働科学研究費補助金 長寿科学研究事業「介護予防のための低栄養状態スクリーニング・システムに関する研究」2005

表11 栄養改善サービスによる低栄養状態の改善状況

ID	年齢	摂取エネルギー(kcal)		体重(kg)		主観的な健康感※1		自己実現の課題とその意欲				
		摂取タンパク質(g)		BMI		開始前 3ヶ月後 変化						
		開始前	3ヶ月後	開始前	3ヶ月後	開始前	3ヶ月後					
S13-01※2	74	1,400	1,580	12.9	40.0	42.5	6.3	5	3	↑	外出に自信がいった。	
S15-01	79	1,248	1,540	23.4	55.0	58.3	6.0	3	1	↑	余暇時間の過ごし方を前向きに考えるようになった。体重増加と筋力増加を喜んでいる。	
S24-02	90	60.0	60.0	0.0	16.0	15.5	-3.1	2	2	-	心発作のため、体重増大を行わなかった。本人無理はせず、自分のペースで好きなことをしたいと言っている。 家族の為に毎日料理を一品、ゆっくりと時間をかけて作り続けたい。	
S26-01	88	1,100	1,250	13.6	35.0	37.0	5.7	3	1	↑	栄養改善に意欲的に取り組んでいる。	
S25-03	79	1,055	1,350	28.9	37.0	41.8	11.5	3	1	↑	外出の機会がふえた。長く自立した生活を送るためには食べるのが大切と意欲的になった。	
S31-01※2	80	1,000	1,200	20.0	33.2	36.1	8.7	5	3	↑	公園の散歩再開に意欲が高まった。便秘が解消し、十分に食べることに意欲が	
参考: BMI18.5未満であったが、体重が維持されていた事例での低栄養状態の改善状況												
S12-02	84	1,386	1,500	8.2	38.0	40.2	5.8	2	2	-	在宅酸素療法であるが、食事が以前よりも増えて、体重の増加したことを喜んでいいる。書道に意欲的にとりくんている。	
S21-02	84	1,100	1,240	12.7	37.0	38.0	2.7	4	3	↑	夫のための買物や料理をしたいと意欲的である。意識してきれいな装いをするようになり、笑顔がみられるようになった。	

※1 主観的健康感 1:よい 2:まあよい 3:ふつう 4:あまりよくない 5:よくない

※2 S13-01, S31-01は2ヶ月後の評価

(6) 低栄養状態の改善等

栄養改善サービスを提供した6名のうち5名については、3ヶ月後（開始が遅れた事例では1ヶ月後）には、開始時に比べて体重が5～10%以上増大した(表11)。BMI18.5以上まで改善した者は2名であった。1名については、体重が減少したが、この者は、心臓発作のために体重増大を目標とした計画を作成していなかったためであった。

体重増大のみられた者では、栄養改善サービス計画によって3ヶ月後の食事からのエネルギー摂取量は、サービス開始前の10～30%まで増大し、タンパク質摂取量も開始前に比べて2～16%程度増大していた。エネルギー及びタンパク質摂取量が最も増大した事例において、体重の増大率も最も大きかった。また、主観的健康感は、体重の増大した3事例ではいずれも改善がみられた。さらに、その殆どにおいて自己実現の目標や食べることに對する意欲が高まっていることが確認された(表11)。

なお、サービス開始前にもBMI18.5未満であったが体重減少がみられなかった2事例においても、栄養改善サービス計画によって摂取エネルギー、摂取タンパク質が増大すると、体重の改善がみられたことから、BMI18.5未満であって、体重が維持されていても、食事摂取量が低下している場合には栄養改善サービスの提供が必要であった。

5. おわりに

平成16年度及び以上の本年度の研究事例の成果から、

- ① 低栄養状態のおそれのある（中リスク）者は、①体重減少の意識 ②BMI18.5未満 ③血清アルブミン3.5g/dl以下を指標にし、①及び②、あるいは③に該当する者は要介護認定非該当者では約1%、要支援・要介護1では約5%であると予測された。
- ② ①の方法によって低栄養状態のおそれのある者の把握を行い、その後の介護予防ケアマネジメントから導入される「栄養改善」サービス等は、市町村及び事業所において実施可能であり、3ヶ月後には低栄養状態の改善が見られ、体重が増大、主観的健康感の改善し、自己実現への意欲が高まることが明らかになった。

本研究成果によって、地域支援及び新予防給付における低栄養状態のおそれのある者の把握及び栄養改善サービス等は、全国の市町村及び事業所において、当該事例などを参考に4月から推進できるものとなった。

しかし、これまで市町村介護保険部門及び通所サービス事業所において、「栄養改善」サービス等の担当者である管理栄養士の配置は行われてこなかったことから、推算される対象人数に配慮した適正な体制づくりがまず必要になっている。各市町村の隅々において低栄養状態のおそれのある者の把握を速やかに行い、適時、適切に十分に「食べること」への支援を行うことは、介護保険制度改正において導入された栄養ケア・マネジメントの理念でもあり、その成果が期待できるものである。

地域支援事業特定高齢者施策；栄養改善プログラム
研究事例

研究事例

神奈川県秦野市における地域支援事業高齢者施策： 栄養改善プログラムについて

神奈川県秦野保健福祉事務所 迫和子
協力関係機関
秦野保健福祉事務所
秦野市
秦野市医師会
秦野市社会福祉協議会
秦野在宅介護支援センター
寿湘が丘老人ホーム在宅介護支援センター
菖蒲荘在宅介護支援センター
湘南老人ホーム在宅介護支援センター
ライフプラザ鶴巻在宅介護支援センター

1. 地域特性と取り組みの経緯

(1) 地域特性

秦野保健福祉事務所は、神奈川県の中央、湘南地区北部で、丹沢山塊ふもとに位置する盆地にあり、秦野市と伊勢原市の 2 市を所管している。本研究事業を実施した秦野市は、人口 168,282 人、65 歳以上の人口は 25,703 人、高齢化率 16% である(平成 17 年 9 月 1 日現在)。市内は、国道 246 号線と小田急線が東西に走り、小田急線 4 駅を有し、大きく 6 地区に区分される。

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 3.5 mg/dl 以下、の 3 項目のうち、①及び②に該当するものまたは③に該当する者とする、高齢者人口の 1% に相当すると考えられ、推定約 257 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

秦野市は、保健衛生部門である市民健康課に常勤の管理栄養士 1 名、非常勤栄養士 2 名が配置されているが、介護保険担当課への配置はされていない。これまで、市民健康課の管理栄養士は母子保健、老人保健及びボランティア育成事業などに従事してきた。また、在宅管理栄養士を母子や成人関係事業の従事者として育成し協力関係を築いてきた。

現在、秦野市に登録されている市内在住の在宅栄養士 39 名、そのうち管理栄養士は

15 名であるので、栄養改善プログラムでは、管理栄養士 1 人当たり約 17 名の栄養相談を受け持つ計算になる。一方、食事づくりや食事の場の提供を支援できる食生活改善推進員は、当所管内に食生活改善推進団体「さんろく会」として 341 名の会員がおり、秦野市食生活改善推進団体及び伊勢原市食生活改善推進団体に分かれて活動している。秦野市食生活改善推進団体は会員 233 名で、低栄養状態のおそれのある高齢者 1 人につき概ね 1 名のボランティアが対応できることになる。

秦野市は、平成 16 年度から秦野市食生活改善推進団体に高齢者食生活改善事業を委託し、各地区の公民館等 12 会場で延べ年間 70 回の「やさしい料理セミナー」を実施している。この事業を委託するにあたり、秦野市の管理栄養士は会員と協働で高齢者のために、秦野市の農産物なども活用したテキスト「おいしく食べれば、元気一杯」を作成するとともに、高齢者の自立支援のあり方を話し合うなど、各地区で行われる事業の質を担保した。18 年度は、自治会の長寿会や老人会を対象として、介護予防一般高齢者施策における栄養改善プログラムの一環として実施する計画である。

2. 栄養改善プログラムの実際

(1) 秦野市における本研究対象者の把握

平成 17 年 9 月の 1 ヶ月間、医師会、社会福祉協議会、5 つの在宅介護支援センター及び秦野市の協力のもとに、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、基本チェックリストの①6 ヶ月間に 2~3kg の体重減少がある、②BMI18.5 未満、の両方またはいずれかに該当する者としたが、最終的に両方に該当するものを低栄養状態のおそれのあるものとして把握することに変更になったため、事例としてはこの条件において、その対象者を提示した。)

秦野市医師会には保健福祉事務所長、保健福祉課長、管理栄養士が協力依頼及び説明をし、医師会理事会が了承した後、内科を専門とする A、B の 2 診療所が参加した。

A 診療所では、受付担当者が説明しながら「基本チェックリスト」の自己チェックを支援し、高齢患者 50 名中、低栄養状態のおそれがあると判断された者は 7 名である。受付担当者が、その 7 名に栄養改善の必要性の説明を行い、そのうち 2 名が参加を希望した。なお、参加希望したうちの 1 名は、基本チェックリストの体重減少を体重増加と読み間違えた者で、事業開始後対象外となった。

一方、B 診療所においても同様に 160 名に実施し、そのあと医師が診察で低栄養状態のおそれがあると判断した 8 名の高齢患者について基本チェックリスト記載内容の確認と栄養改善の必要性の説明を行った結果、8 名全員が本プログラムへ参加した。また、このうちの 1 名は夫の参加をも希望した。

在宅介護支援センターが低栄養状態のおそれがあると把握した高齢者 4 名、及び市

民健康課保健師及び栄養士の訪問の対象者であった 5 名には、それぞれ基本チェックリストが配布された。これらの高齢者は、各担当者が日頃から低栄養状態のおそれがあると感じていた者であった。

社会福祉協議会「生きがいディサービス」においては、参加している高齢者 50 名に基本チェックリストを配布し、低栄養状態のおそれがあると判断された者は 7 名であったが、そのうち 6 名は栄養改善プログラムへの参加を希望しなかった。

本栄養改善プログラムへの参加を希望した者は合計で 21 名であった。(最終的には 20 名で実施した)

高齢者が基本チェックリストに回答する際に、一部の者には、担当者が大きな声で読み上げたり、具体的な例示をして補足説明をしたり、回答することを補助する必要があった。

担当者及び高齢者、家族を対象としたアンケート調査からは、潜在的に栄養改善を必要としていた高齢者の把握が可能になったと好意的な印象があったが、一部の高齢者やその家族からは、「低栄養状態と言われると栄養失調を連想しイメージがわるい」という感想もあった。

(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市役所及び在宅介護支援センターに設定し、保健師及び社会福祉士等が介護予防アセスメントから介護予防ケアプランの作成までを行った。保健師や栄養士の訪問対象者や在宅介護支援センターの把握した対象者および医療機関で把握した患者の一部に対しては在宅訪問による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。介護予防アセスメント時間は 20～60 分、計画作成に要した時間は 20～60 分であった。

担当者は、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」を働きかける契機になる、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重要と考えている。また、低栄養状態のおそれを指摘された高齢者の家族は、最初はよい印象を持ってないが、目的と内容を説明することによって非常に積極的になった。

3. 栄養改善プログラムの概要

(1) 概要

栄養改善プログラムは、秦野市保健福祉センターを会場として、事前アセスメント、管理栄養士による個別の栄養相談、小グループでの説明や集団栄養教育、事例検討会などを行った。このような複合的なプログラムは 1 ヶ月毎に 6 ヶ月間継続して実施する計画を作成した。

本プログラムは、通所における個別相談を基本とした上で、「食べること」の意欲、「食べる場」への参加の意欲を高めるために、そして「食べること」を通じた仲間作りを支援するために、集団・小集団による栄養教室を組み込んだ。また、通所できないケースや欠席者、緊急対応の必要なケースに対しては訪問で対応した。それぞれの教育プログラムの手順は表のとおりである。

(2)特性

本プログラムは、実際の在宅での日常生活における「食べること」に関わる問題や食事作り状況を把握するために、小グループでの個別栄養相談を前提とした上で、調理実習や食事会を付加した。これら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、仲間意識を向上させることができた。

毎回体調不良や介護のために通所での当該プログラムに参加できない高齢者へは訪問による栄養相談を繰り返した。第 1 回、第 2 回個別栄養相談ではそれぞれ 15 分程度の小グループでの栄養教育を行い、対象者が食生活や健康状態を実感し始めた第 4 回栄養相談時に、それぞれの実行したことや体験を引き出しながら栄養教育を行った。

対象となった高齢者は栄養改善プログラム以外に「運動機能」「口腔機能」の問題を有する人が多かったことから、栄養相談時にこれらの講習会にも参加できるようにした。

また、第 2 回栄養教室実施後に担当者による事例検討会を行い、個別ケースの状況と今後の対応について検討したほか、栄養教室の運営方法や実施後の評価等を行うための栄養改善事業検討会を毎回実施し、18 年度事業化に向けて検討を重ねてきた。あわせて、伊勢原市に対しても本事業の実施状況や今後の進め方、18 年度からの取り組み等について情報提供を行った。

秦野市における栄養改善プログラム(事例研究)

①第 1 回栄養相談

目的:個別の事前アセスメントの実施、各自の目標を設定と計画の作成

日時:平成 17 年 10 月 21 日(金)9:30~12:30

実施場所:秦野市保健福祉センター

所要時間:3 時間

参加高齢者:20 名中 13 名(欠席者は 7 名、欠席理由:老人会の旅行 2 名、風邪等体調不良 2 名、家族の介護 2 名、その他 1 名)

担当者:管理栄養士 4 名、栄養士 2 名、保健師(採血担当)2 名、補助者(管理栄養士養成施設学生 7 名)計 15 名 なお、管理栄養士、栄養士には事前研修(事前アセスメント等)を実施した

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)

事前アセスメントのための準備物品:計画書、ガイドブック、判定表、ポート・フォーリオ用
バインダー(資料ファイル用、毎回持参)、名札、出席シール、スケジュール
表、個人別相談経過記録及び記録用バインダー

事前アセスメント:

- ① 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
状態のおそれの確認、身体計測(身長、体重、上腕周囲長、上腕三頭筋皮下
脂肪厚)、採血(血清アルブミン値)、必要栄養量の算定、運動機能の評価(10
m最大走行時間)
- ② 計画の作成:栄養状態のリスクと課題説明(事前アセスメント表の裏面を簡単に
説明、高齢者参画による食事計画作成(複写を取り、原本を本人に渡す)計画
の作成と具体化、今後のスケジュール作成
- ③ 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
明らかにしていく。

電話によるチェック:栄養相談 1 週間目を目途に実施、実施上の問題、中断の有無確
認、必要に応じた計画修正、個人別栄養相談記録へ記載

欠席者への訪問:7名実施(事前アセスメント、計画作成、相談)

②第 2 回栄養相談

目的:個別の食事づくりや「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計画修正

日時:平成 17 年 11 月 21 日(月)10:00~14:00

実施場所:秦野市保健福祉センター

所要時間:3 時間

参加高齢者: 11 名(欠席者は 9 名、欠席理由:体調不良 3 名、介護 2 名、旅行 1 名、
その他 3 名)

担当者:管理栄養士 3 名、栄養士 1 名

形態:小グループによる個別栄養相談及び調理実習、昼食会

本人が持参するもの:ポート・フォーリオ用バインダー(資料ファイル用)、エプロン、三角
巾、タオル、筆記用具、昼食代 200 円

準備物品:名札、出席シール、スケジュール表、個人別相談経過記録、調理実習献立
表、食材

実施事項:受付(名札配布と健康状態確認のための声かけ、参加費徴収)

オリエンテーションと簡単な栄養の話

グループ分け

調理実習

<p>昼食会(食状況、残食状況の確認) 休憩と簡単な料理の工夫の話 片付け 次回案内・修了 欠席者への訪問:2名実施(家族介護で通所不可能のため訪問のみで対応)</p>
<p>③担当者による事例検討会 実施場所:秦野市保健福祉センター 日時:平成 17 年 11 月 21 日 14:00~17:00 時間:3 時間 担当者:管理栄養士 3 名、栄養士 1 名 検討事項:低栄養状態のリスクと課題、計画の認識、優先課題の理解、必要栄養素量の確保、行動変容、その他の既存の高齢者関連事業との調整要否、低栄養状態に関連する問題への対応、かかりつけ医との連携の必要性、次回の栄養相談の計画</p>
<p>④第 3 回栄養相談 目的:2 ヶ月目のモニタリングと個別栄養相談、歯科医師らの「口腔機能の向上」の講義と口腔機能のスクリーニング 実施場所:秦野市保健福祉センター 日時:平成 17 年 12 月 6 日(火)9:30~12:00 時間:2 時間 30 分 参加者:13 名 (欠席者は 7 名、欠席理由:体調不良 2 名、家族の介護 2 名、その他 3 名) 担当者 管理栄養士 2 名、栄養士 2 名、歯科医師 1 名、歯科衛生士 1 名 実施事項:2 ヶ月目の個別のモニタリング:問診による栄養改善計画の実施状況や課題の把握、体重、上腕周囲長、上腕皮脂厚、血清アルブミン値、運動機能の評価(10m最大走行時間) 個別栄養相談:食事状況確認、次回までの計画上の約束事項確認 歯科医師による相談:連続唾液嚥下テスト、口腔状況確認、相談 口腔ケアの講義:「おいしく食べるためのお口の準備」(歯科医師) 「呼吸法、健口体操等実技指導」(歯科衛生士) 欠席者への訪問:5 名実施(家族介護 2 名、体調不良 1 名、その他 2 名)</p>
<p>⑤第 4 回栄養相談 目的:3 ヶ月目のモニタリングと栄養相談、軽食会での食事摂取状況の把握 実施場所:秦野市保健福祉センター 日時:平成 18 年 1 月 19 日(木)9:30~12:00</p>

<p>時間:2 時間 30 分</p> <p>参加者: 13 名(欠席者は7名 欠席理由:家族の介護 2 名、夫転院準備と体調不良 1 名、他の会合に出席 1 名、その他 3 名)</p> <p>担当者:管理栄養士 3 名、栄養士 2 名、歯科衛生士 1 名 昼食用弁当の調理担当者 5 名</p> <p>実施事項:</p> <p>3 ヶ月目のモニタリング:体重測定 個別相談:体調確認と栄養相談 集団栄養教育:「高齢者の食生活」(参加者の取り組みを引き出す) 軽食会:お弁当を食べる(飲み込みやむせの有無の確認:歯科衛生士、食事摂取状況の把握:管理栄養士・栄養士)</p> <p>欠席者への訪問:4 名(家族の介護 1 名、夫の転院準備と体調不良 1 名、その他 2 名) その他の対応:手紙 1 名、電話 1 名</p>
<p>⑥第 5 回栄養相談(3 月予定)</p> <p>目的:4 ヶ月目の個別モニタリングと相談による問題の解決</p> <p>担当者:管理栄養士 3 名、栄養士 2 名、健康運動指導士 1 名</p> <p>日時:平成 18 年 3 月 9 日(木)9:30~12:00</p> <p>実施事項:</p> <p>モニタリング:身体計測等 個別栄養相談:計画の修正 集団教育:介護予防のための運動機能の向上</p>
<p>⑦第 6 回栄養相談(4 月予定)</p> <p>目的:6 ヶ月目の個別モニタリングと修了あるいは継続にあたっての相談</p> <p>担当者:管理栄養士</p> <p>実施事項:</p> <p>個別栄養相談:終了後の在宅計画の作成と問題の解決 集団栄養教育:「介護予防と食生活」「体験ボランティア」としての役割(今後の活動に向けて)」</p>
<p>⑧経過報告の実施</p> <p>目的:栄養改善プログラムの進捗状況を報告する。</p> <p>研究班へ担当者アンケートや報告書(1 ヶ月目、3 ヶ月目)等を送付する。 秦野市医師会等協力機関へ状況の報告(事業終了時) 模擬的な地域包括支援センターへの報告(サービス開始後 6 ヶ月後に個別評価を送付する)</p>
<p>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)</p>

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)

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：秦野保健福祉事務所

時間：3 時間

担当者：管理栄養士 3 名、栄養士 2 名、(歯科医師 1 名、歯科衛生士 1 名が 1 回参加)

検討事項：栄養教室の運営と担当、事業実施上の留意事項

対象者の状況と対応等事例検討、栄養教室の実施結果と 18 年度の進め方

⑩栄養改善業務連絡会議：(平成 17 年 12 月、平成 18 年 2 月に 2 回実施)

目的：栄養改善プログラムの成果報告及び今後のプログラム計画作成

場所：秦野保健福祉事務所

時間：3 時間

担当者：管理栄養士 5 名、栄養士 2 名 (秦野保健福祉事務所、秦野市、伊勢原市)

検討事項：栄養改善モデル事業実施結果報告

18 年度地域支援事業栄養改善モデル事業の進め方

(3)配慮した事項

“低栄養状態”は高齢者にとっては「栄養失調」を連想し、悪いイメージを持ちやすかったことから、低栄養ということばを使用しないで、「高齢者の栄養教室」という名称で、介護予防や栄養改善をいうことばを使った。

栄養教室では、きれいな色のバインダーや星型の出席シールなどの小物を使い、楽しく毎回来たくなるような教室運営を心掛けた。スタッフは参加者一人ひとりに話しかけたり、傾聴を心がけたり、参加者同士の仲間作りを進めるよう意識して取り組み、管理栄養士、栄養士に対する信頼関係を早期に作り上げることをめざした。

また、参加者に対する配慮だけでなく、欠席者に対しては電話で状況確認を行い、食欲低下や体調不良等に対応するため訪問してモニタリング、栄養相談を行った。

その一方で、訪問は体調不良等の緊急時や家族の介護等をやむをえない場合にとどめ、できるだけ出席するよう働きかけた。欠席が続いたり、日程が空いたときには、送迎する家族にもわかるようはがきで通知したり、当日朝電話をするなど、対象者の状況に応じた参加勧奨を行った。

(4)低栄養状態の改善状況や事例の観察結果

対象者 20 名中、事業開始後 3 ヶ月経過した段階で 15 名は体重が増加し、平均 BMI は開始時の 17.7 から 18.3 へと変化した。一方、栄養改善プログラムの対象となる BMI

18.5 未満(今回は BMI18.5 も含む)及び 6 ヶ月間に 2~3kg の体重減少ありの者は、20 名中 6 名であった。栄養改善プログラム実施後、3 ヶ月目の体重増大者 4 名、体重減少者 2 名であった。さらに、3 ヶ月後に主観的健康観の改善者は 5 名、維持者は 1 名であった。また、この 6 名のうち、基本チェックリストから「閉じこもり予防・支援」は 1 名、「認知症予防・支援」は 3 名、「うつ予防・支援」は 1 名が該当していた。

参加者は市内に散在しており、栄養教室で初対面の者ばかりであったが、第 2 回目には調理作業や一緒に食事をしたので、お互いが自由に話せる雰囲気ができ、実際に同じかかりつけ医を受診している仲間どうし打ち解けて“〇〇先生 3 人組”ができたり、夫の介護をしながら参加している人が互いに声掛け合って参加したりと仲間づくりの絶好の機会となった。男性の参加者も調理を楽しみ、また独居や妻の介護をしているケースでは簡単な料理や調理技術の習得は切実な要望でもあった。

体重増加者は、「食事をしっかりとることが大事」と話し、3 食をきちんと食べ、主食を増やしたり、タンパク質源のおかずを摂るように心がけていた。うつ状態から「閉じこもり」がみられた人は、食事に注意し体重が増加してくると、言動が安定してきた。

妻の介護をしている事例(T22-02)では、栄養相談での助言によって、冷凍食品や乾物類も上手に取り入れて、食事を作るようになった。

事業開始時に風邪をひいて初回を欠席し、そのまま食欲不振が続いていた事例では、しばらく体重が減少し、その後増加してきて、現在は減少前の体重を回復した。本人は「今まで体重が減ったらそのまま戻らなかったのに、今回は増えて、動きが軽くなった。」と喜んでいる。

94 歳の一人暮らしの女性の事例は、自分から紹介医に「高齢だけど、どうしても参加させてほしい」と依頼し、毎回通うのを楽しみにし、体重も順調に増大した。ところが、年末から風邪をひいて食事がとれなくなり一気に体重が減少してしまった。現在は、風邪も治って食事も摂取できるようになり、継続して本プログラムに参加している。

低栄養状態にある高齢者にとって風邪は大きな影響を及ぼすもので、風邪から食欲不振、低栄養、要介護状態へと一気に状態が悪化する恐れのあることから、集団栄養教育に「体調不良のときの食事」を加えることも必要である。

初回のみ出席したものの、そのまま体調不良とうつ状態が続いてき食事摂取が不良となっていた事例では、管理栄養士が電話連絡を行うとともに居宅訪問で支援した。体調不良の状況が、1 週間毎、1 ヶ月毎にあり、その度に食事摂取が不良となり、体重減少が観察されるようになり、義歯もあわなくなってしまう。そこで、平成 18 年 2 月に、管理栄養士とケアマネジャー、歯科衛生士と 3 者で訪問した。前日に神経内科で神経性食道狭窄症と診断が確定し、薬も変わったとのことに加え、家族の状況等環境の変化もあり、計画を見直して対応することとした。本人は教室への参加を楽しみにしていたが、自身の体調不良と夫の介護、転院等で出席できないことを、毎回電話で連絡してきた。10 日後に

電話で状況確認をしたところ、「ご心配かけました。食べられます。大丈夫です。次回は出席できます。」と元気一杯の声であった。足の甲までやせたのが少しふっくらしてきた、とのことで一安心である。

これらの問題事例は、いずれも BMI18.5 未満かつ体重減少もあった者である。低栄養状態のおそれのある者に風邪や心身のトラブルが生じれば、食事が減少し、一気に栄養状態が悪化していく可能性が高いため、居宅訪問が必要であるといえる。

第 4 回終了時に、高齢者同士で中間時点での状況の変化等を話し合ってもらった。

全員が当該プログラムに参加することが楽しいと言い、特に良かったこととして以下の事項を回答した。

- ・ 1 回減るとどうしても増えなかった体重が増えてきてうれしい。
- ・ 体重が増えて元気になった。動きが楽になった。動こうとする気力が出た。
- ・ 体重が増えて風邪をひかなくなった。
- ・ 友達ができた。仲間がいるので休みたくない。
- ・ 出席するために髪をきちんとしたり、化粧をするようになった。 等々

大変だったことは

- ・ 朝が早く出なければならぬため、出かける準備で早起きをした。
- ・ 遠いことと、妻をデイケアに送り出してから出かけるため、遅刻ばかりで大変だった。

午前 9 時 30 分からの開始のため、早起きをしなければならず、それが大変だったと一人が言ったとたん、「出かけなければならぬと思うから早起きできる。」「だらだらと寝ていないで起きることができた。」と言う声が出され、みな、相当早起きして準備していたものと推察された。

対象者が、当該プログラムに参加する行動は、外出機会を増やすことであり、それは身支度からはじまる日常の生活活動が活性化することでもある。実際に、参加者は定刻を待ちきれずに 30 分以上前から集まってきており、特に女性は服装や化粧も気を配っている様子が伺え、身綺麗になっているように感じている。男性出席者は 3 名で、妻をデイケアに送り出してから来る人も含めて毎回必ず出席し、とても楽しそうで会話も多くなってきていた。

高齢者は当該プログラムがあと 2 回で終了することを非常に残念がっており、また、終了後も継続することを要望していた。高齢者のこのよう声を大事に受け止めて、一般高齢者施策におけるボランティア活動への参画へ展開できるプログラムづくりが必要と考えている。

4. システムづくりと運営について

本研究への参加を通じて、平成 18 年度の介護予防特定高齢者施策：栄養改善プロ

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づけられていることから、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にし、小集団での「栄養改善」、「運動機能向上」、「口腔機能の向上」などの講義と調理実習、食事会を組み合わせで行った。参加者の低栄養状態の改善がなされている状況から本人、家族も好感を持って取り組んでおり、6 ヶ月間持続可能であった。このことから同様のプログラム内容で実施できると考えている。

秦野市において低栄養状態のリスクがあると判断される高齢者は 257 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、緊急に栄養改善が必要とされる者であり、そのまま放置すれば生活機能の低下はもとより余命にもかかわってくるものが予測される。

それゆえ、所管地域における早期把握のための体制づくりを医師会、社会福祉協議会などとの連携のもとに行うとともに、健診事業からの早期・確実な把握システムが必要である。また、医療機関で把握されるケースは、特に緊急度の高いことが考えられる。対象者の把握から地域包括支援センターでの介護予防サービス・支援計画の作成から栄養改善プログラムへの連携が円滑にいくかどうか、今後も実施経過を検証していくことが求められる。

一方、市役所管理栄養士の主要な活動場である当該保健福祉センター等を栄養改善プログラム提供の中央会場として設置し、毎月 1 回、年間 12 回の定例栄養教室を設定し、対象者はいつでも直近の開催日から参加し、6 ヶ月間を 1クールとして修了できる体制づくりを考えている。しかし、通所できないケースや欠席者には、地域の公民館等で実施している高齢者関係事業の場を活用したサテライト方式での個別栄養相談を実施するとともに、特に緊急性の高いケースについては訪問栄養相談実施可能な仕組みが必要である。

栄養改善プログラムの実施のためには、対象者の情報を集約し、一方で地域資源等の情報を把握して、適切に連絡・調整を行う専任の市町村管理栄養士の存在が欠かせない。また、実際の事業にかかわる地域の管理栄養士等の研修や情報交換、事例検討等、スキルアップのための研修等の場の提供も重要である。

対象者数と相談延べ数を考えたとき、事業を担える管理栄養士の養成は急務であることから、登録された管理栄養士の経歴や特質、能力等を適正に把握し、計画的な人材育成を行うことが必要である。

地域支援事業特定高齢者施策：栄養改善プログラムを平成 18 年度 4 月からの実施するために、秦野市をはじめ秦野市医師会、社会福祉協議会、在宅介護支援センターの協力をいただいて本研究を展開してきた。

本プログラムの実施経過については、定期的に管内の他市に情報提供し、その経過