

栄養相談経過記録表 (例)

氏名	男・女	ID 番号	T50-02	生年月日	T 2年0月0日(78歳)
住所	〇〇町△番地				

第1回栄養相談 (週目)	グループ	個人	実施日	10/0	担当者	〇〇〇
身長	155cm	体重	42.0kg	BMI	17.4	血清アルブミン
上腕周囲長	19.8cm	上腕三頭筋皮脂肪厚	6mm	上腕筋面積		主観的健康感

解決すべき課題や相談の経過  
 (来庁) 妻と二人暮らし。妻から、夫が家の中に閉じこもり、何事にも意欲がない。食事を作っても食  
 べないので、困っている、ということであった。  
 家から外に出るきっかけ作りをしてはというと、高齢者教室への参加をすすめる。  
 口腔機能向上をすすめる。1回露が少ないので5回食にしてはどうかを提案する。

電話確認 (1週目)	実施日	10/0	担当者	〇〇〇
妻は、本人に言っても食べてくれないとのこと 本人は食事をほしくないとのこと				

第2回栄養相談 (週目)	グループ	個人	実施日	〇〇	担当者	△△△
体重	42kg	BMI	17.4	健康感	(-)	血清アルブミン

解決すべき課題や相談の経過  
 本庁にご夫婦で来て貰う。  
 日常生活での様子を聞く。本人はほかの人が行っていることは手伝うと言う。  
 ご夫婦で高齢者教室へ参加を勧め、そのとき、口腔機能向上も実施するようにすすめる。

担当者連絡会	実施日	10/24	担当者	〇〇〇
奥さんに食事量の摂取が少ないので、5回食/日にしてはどうかと薦める。 外出の機会を増やすようにすすめる (送迎付)。				

10/25 の高齢者教室へ夫婦で参加をする。本人は、指導のされるまま行動していた。教室生との話は  
 しないが、食事、弁当、半分食べ、おやつ (饅頭) 1個食べる。  
 10/7: 電話: 本人、別に参加を嫌がらなかったと奥さんが話す。

第3回栄養相談 (週目)	グループ	個人	実施日	11/8	担当者	〇〇〇
身長	155cm	体重	42.8kg	BMI	17.8	血清アルブミン
上腕周囲長	19.8cm	上腕三頭筋皮脂肪厚		上腕筋面積		主観的健康感

解決すべき課題や相談の経過  
 (来庁)  
 ・ 体重測定 → 800g 増加し、本人も喜ぶ。  
 ・ 食事回数 5回は苦にならないか聞く (今まで3回だったのだが)  
 ・ 体重を増やし、元のように元気になるのだから大丈夫と話す。

栄養相談経過記録表 (例)

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

第4回栄養相談 (週目)	グループ	個人	実施日	12/2	担当者	△△△
身長	155cm	体重	43.8kg	BMI		血清アルブミン
上腕周囲長	19.8cm	上腕三頭筋皮脂肪厚		上腕筋面積		主観的健康感

解決すべき課題や相談の経過  
 (来庁)  
 本人も家の外に出て、ほかの人と話したりすることで、日常の変化があり、楽しいという (体重が少し  
 増えたのが良いかも)。  
 妻も次回からは、本人だけ高齢者教室に参加させるとのこと

電話確認 (週目)	実施日		担当者	

第5回栄養相談 (週目)	グループ	個人	実施日		担当者	
体重	42kg	BMI		健康感		血清アルブミン

解決すべき課題や相談の経過  
 解決すべき課題や相談の経過

担当者連絡会	実施日	12/11	担当者	△△△
教室への参加継続、友達作り (送迎付) 話す言葉を増やすこと。目的意識を出すことにより、食事が楽 しくなるのでは。2回/月の教室 → 3回/月に増やしてはどうかとすすめる。				

第6回栄養相談 (週目)	グループ	個人	実施日	12/22	担当者	〇〇〇
身長	155cm	体重	45kg	BMI	18.7	血清アルブミン
上腕周囲長	24.1cm	上腕三頭筋皮脂肪厚		上腕筋面積	34.9cm <sup>2</sup>	主観的健康感 (十)

解決すべき課題や相談の経過  
 (訪問)  
 在宅で体重を測定する  
 体重の目標値+2kgに達成していたので夫婦で喜んでた。

## 連絡経過

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

## 研究事例

### 茨城県筑西市における地域支援事業：栄養改善プログラムについて

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

#### 1. 地域の状況

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

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

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

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

#### 2. 栄養改善サービスに係る資源の状況

##### (1)管理栄養士・栄養士

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

##### (2)地域ボランティア

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

##### (3)配食サービス

地域ボランティアや食生活改善推進員による配食サービスが行われている。

#### 3. 栄養改善プログラムの実際

地域医師会役員へ協力依頼し了解を得た。対象者は、地域サロン参加者と基本健康

診査受診者から、低栄養状態のおそれのある7名を抽出し、保健センター保健師が訪問し、「基本チェックリスト」について聞き取り記入し、「BMI18.5未滿かつ6ヶ月間に2～3kgの体重減少がある者」は3名であった。保健師が訪問して、介護予防アセスメント及び介護予防ケアプランの作成を行った。

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

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

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

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

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

#### 4. 事例検討会の開催

栄養改善マニュアル（案）を現場で試行しながら、検討を重ねた。

回数：定期的開催 計5回

場所：筑西市明野保健センター会議室

出席者：介護予防サービス・支援計画書作成者（保健師） 2名

栄養ケア計画書作成者（管理栄養士） 2名

保健所管理栄養士 1名

内容：評価と今後に向けて検討（計画の変更等）

#### 5. 今後に向けて

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

けを行い、整備していくことが必要と考える。

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

## 6. おわりに

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

本事業の実施にご協力いただいた関係機関の皆様に深く感謝申し上げます。

## 【事例紹介】(T10-04)

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

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

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

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

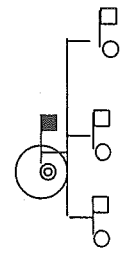
利用者基本情報

作成担当者：〇〇 △△

《基本情報》

相談日	H17年9月08日(〇)	来所・電話 その他( )	初回 再来(前 / )
本人の現況	在宅・入院又は入所中( )		
刀匠ノ 本人氏名	T10-04	男・♀	M・S 10年〇月〇日生(84)歳
住所	〇〇市〇〇△番地 Tel 〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇 Fax 〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇		
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認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	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：年 月 日～年 月 日(前回の介護度)		
障害等認定	身障( )、療育( )、精神( )、難病( )、・・・( )		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( ) 障、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)	本人	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 主介護者は「主」 要介護者は「前」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
	〇〇△△	三男	〇〇市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇
緊急連絡先	〇〇□□	夫の 実家	〇〇市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇

家族構成等の状況  
夫は3年前に死亡、子供は3人でそれぞれ結婚し、県外に居住している。三男が週に1回は本人宅へ来て、掃除洗濯・買い物等の家事を手伝ってくれ、本人の妹が東京に住んでいるが、時々電話で話す。兄も健在だが年賀状のやりとり程度の交流のみ。



利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

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

《弱病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
若い頃	胃弱傾向	不明	治療中 経過観察中 その他	
H14年	急性肺炎	〇〇病院	治療中 経過観察中 その他	治療終了
年月日				
年月日				

《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
地域サロン(毎週金曜日)・緊急通報装置の設置 同居老人対象の給食宅配(6回/年) 美(2回/年)	なし

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見、及び主治医意見書と同意に、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と同意します。

平成17年〇月〇日 氏名 T10-04 印

〈別添〉

T10-04

## 基本チェックリスト(案)

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
11	6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 143 cm 体重 33.3 kg (注) BMI16.2		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。



介護予防サービス・支援計画書

NO. T10-04  
 利用番号 T10-04  
 計画作成者氏名 OO OO  
 計画作成(要項)日 OO年OO月OO日(初回作成日 OO年OO月OO日)  
 利用年月 平成 年 月 日 認定の有効期間 年OO月OO日～ 年 月 日 初回/紹介/継続 認定済/申請中 要支援/要支援2 (地域支援等)

契約の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(運輸先)  
 委託の場合:計画作成センター:〇〇地域包括支援センター

目標とする生活 1日 現在のお身の状態を維持したい

アセスメント結果と現在の状況	本人・家族の意向・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的問題	課題に対する目標・目標達成の状況	実施策についての意向(本人・家族)	目標	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや介護後の支援・インフォームド・チョイス	介護保険サービスまたは「地域支援等要支援」	サービス種別	事業所	期間
<p>背景・課題について</p> <p>地域サロンは自宅近くの小学校で開催されているので歩いて通所している。温泉へは福祉巡回バスを利用してはいる。天気の良い日は自宅周辺を散歩する。</p> <p>日常生活(家事)について</p> <p>週1回は三郎が来て、掃除・洗濯・手洗いでく。非・野菜・煮物等の調理は自分でやる。料理作りはおっくうで嫌がるものしか作らない。温泉へ行った時にすぐ食べられる物を買ってくる。納豆・豆腐・とうもろこし等は冷凍しておく。</p> <p>社会参加、友人関係について</p> <p>友人会は高齢になってしまったので、温泉へは地域サロンに参加している。人連や温泉仲間との交流はあるが、近隣の人間との交流に判じては積極的ではない。</p>	<p>地域サロンと温泉通いは楽しいので継続したい。</p> <p>自宅周辺にはお店がないため、買い物は独居のため、食事作りも面倒になっている。温泉に連れて行くように、温泉仲間と交流したい。</p> <p>地域サロン、温泉仲間との交流で本人は満足している。</p> <p>本人なりに体調管理をしている。</p>	<p>1. 食事作りがおっくうになっており、バランスがとれず、摂取する量も少なめのため体重の減少可能性がある。2. 高血圧・糖尿病のリスクがある。</p> <p>1. 必要な栄養が摂れておらず、体重が増加する。2. 必要栄養の摂取が不足している。3. 必要な栄養の摂取が不足している。4. 必要な栄養の摂取が不足している。</p>	<p>1. 食事作りがおっくうになっており、摂取する量も少なめのため体重の減少可能性がある。2. 高血圧・糖尿病のリスクがある。</p> <p>2. 高血圧・糖尿病のリスクがある。</p>	<p>1. 必要な栄養が摂れておらず、体重が増加する。2. 必要栄養の摂取が不足している。3. 必要な栄養の摂取が不足している。4. 必要な栄養の摂取が不足している。</p>	<p>1. 管理栄養士からのアドバイスを参考に、体重を増やすこと。2. 地域サロンに参加し、他者と交流する。3. 必要な栄養の摂取が不足している。4. 必要な栄養の摂取が不足している。</p>	<p>1. 体重が増えずに増え、血圧が上がらないようにする。</p> <p>2. 週3回の外出の継続</p>	<p>(1) 必要な栄養が摂れるように、体重を増やすこと。2. 必要な栄養の摂取が不足している。3. 必要な栄養の摂取が不足している。4. 必要な栄養の摂取が不足している。</p>	<p>三郎が食料を買ってくる。(1回/週)</p>	<p>介護予防プログラム</p>	<p>介護予防事業</p>	<p>社会福祉協議会</p>	<p>平成〇〇年〇月〇日～〇月〇日</p>

【本来行うべき支援がでない場合】  
 必要な支援の実施に向けた方針

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント  
 体重を少しずつでも増やし、体力維持でき、本人が楽しんでいける地域サロン、温泉への通所が継続していただけること。

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

【意見】  
 地域包括支援センター  
 【確認印】

運動 栄養改善 口腔ケア 閉じこもり予防 物忘れ予防 うつ予防  
 1/5 (2/2) 1/3 0/2 0/3 4/5

事前アセスメント表 (地域支援事業) (例)

次の質問にお答え下さい。記入はご自身やご家族、あるいは担当者が行います。

お名前 T10-O4

わたしの趣味は？ (いくつでも)	
週 1 回いきがいサロン、週 2 回公営温泉 (福祉巡回バス利用)	
わたしが一番やってみたいことは？ (いくつでも)	
現状維持 (無理はしたくない)	
わたしの好きな食べ物？ (いくつでも)	
魚 (冷蔵庫に豆腐、納豆、こうなこは常備している)	
わたしの嫌いな食べ物？ (いくつでも)	
肉・牛乳 (以前、鶏肉を食べていたが、腸インフルエンザが心配で食べられない)	
食べ物でアレルギー症状 (食べると下痢や湿疹などの症状がでる食べ物) がですか？	
<input type="checkbox"/> はい (具体的に：)	
医師に食事療法をすよう言われていますか？	
<input type="checkbox"/> はい (具体的に：)	
食事姿勢や食べる動作に不自由を感じますか？	
<input type="checkbox"/> はい (具体的に：)	
食事は小さくしたり、刻んだりしない食べられますか？	
いいえ・ <input checked="" type="checkbox"/> はい (具体的に：歯が悪い、刻むのが面倒なので、やわらかいものを選んで食べている。でも、全く食べられないわけではない。)	
食事は主に、いつ、どこで、誰と、どんなものをどのように食べていますか？ (たとえば、昨日はどうでしたか？)	
朝 ごはん 1 膳 (110g)、こうなこ (残りご飯でおかゆにすることも多い)	
昼 ごはん トマト 梅干 野菜煮物	外食では野菜をとるよう心がけている。 食べ過ぎると胸焼けしたり、調子が悪くなるので、少量にしている。
夕 ごはん 豆腐 漬物 味噌汁 (野菜入り)	
間食 なし	
毎日の食事づくりは、誰がどのようにしていますか？	
本人。週 1 回三男が来た時、作ってくれることもある。作るのが面倒で作るといったほどのものは食べていない。週 2 回は公営温泉で昼食 (サラダ付きカシラ、そば等)、夕食用に刺身、朝食用に胚芽玄米/パンを購入していく。	

「自己チェック表」

次の質問にお答え下さい。「はい」の場合には、担当者が具体的な内容をお伺いします。

番号	質問	答え	具体的な内容
1	歯や口腔、飲み込みの問題がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	歯が悪いので柔らかいものを選んで食べている
2	下痢が続いたり、下剤を常用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
3	便秘が続いていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
4	最近、入院を経験しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	5 年前、風邪で入院
5	1日に5種類以上の薬を飲んでいきますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
6	1日に食べるのは2食以下ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
7	主食 (ごはんなど) や 主菜 (肉、魚などのおかず) を食べる量が減ってききましたか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	食事調査 食事はちと少なかった
8	牛乳・乳製品をとっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	牛乳嫌い、ヨーグルトたまに飲む、ヤクルトは小さくて飲むのが面倒
9	毎日、一人で食事をしていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
10	日常的に身体を動かさなくなっていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
11	自分で (あるいは担当者が) 食べ物を買いに行ったり、食事の支度をするのに不自由を感じていますか	やや <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	週 1 回息子さんが買ってきてくれる。公営温泉で購入することもあるが、店が近所ないので、不便。食事作りはおろくである。
12	食べる気力や楽しみを感じていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	年 6 回町の配食も利用。サロンの弁当も美味しくない、おかずの種類があるので身体によいと思いい食べている。

担当者が計測結果や腫診などの検査結果を記入します。

身長	149cm	上腕の周囲長	18.8cm
体重	33.3kg	上腕の脂肪厚	9mm
BMI	16.2	上腕の筋面積	cm <sup>2</sup>
体重減少	2.2kg/ 6か月	血清アルブミン値	g/dl

計画(地域支援事業)(例)

T10-04

名 前 T10-04

作成日 H17 年 10 月 08

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。  
週 1 回の生かがいサロン、週 2 回の〇〇館(温泉入浴)を続ける。

わたしの目標(月日まで)

(体重を 0k<sub>g</sub> 増やそう。毎日、000 を 00000 して食べようなど)

腹 9 分目を心がける

(いままでは腹 8 分目の食事をしていた)

わたしの計画

時間をかけて、一口余計に食べる。  
食べる食品の種類を増やしたい

問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価

報告書(地域支援事業・新予防給付)

地域包括支援センター

担当者 00 00 殿

作成日 H10 年 0 月 0 日

利用者氏名 T10-04 殿

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

所属(事業所) 000

作成担当者氏名 00

## 研究事例

### 高知県室戸市における地域支援事業:栄養改善プログラムの運営について

室戸市役所 保健介護課 櫻井愛子

協力関係機関

生きがい対応型デイサービス

室戸市内医療機関

社会福祉協議会

室戸市在宅介護支援センターいさな

室戸市在宅介護支援センターつどい

室戸市在宅介護支援センターむろと

室戸市役所 保健介護課 保健師

歯科衛生士

室戸市立市民館

室戸市立公民館

#### 1. 地域特性と取り組みの経緯

##### (1)室戸市の現状

高知県室戸市は、県都高知市の東方 78 km に位置し、太平洋へ V 字形に突出した日本八景の室戸岬を中心に東西 47.8 km の海岸線を有している。地形は面積の約 8 割以上を山林が占め、南北に山脈が縦走し、海岸近くでは特異な海岸段丘を形成している。

気候は年間を通じて温暖であり、その気象を生かした施設園芸、ポンカン、ビワなどの栽培が盛んである。

人口は 17,486 人であり、そのうち 65 歳以上が 5,707 人で高齢化率は 32.6% に上る。(平成 17 年 10 月 1 日現在)。市内の交通網としては、国道 55 号線が海岸線沿いに走っているが、バスは昼間に 1 時間に 1 本しか運行されておらず、鉄道も約 20km 離れた奈半利町までしか整備されていない。市内の地区は大きく 5 地区に分かれており、その間の移動手段としては主に自家用車へ頼らざるを得ない現状がある。

図 高知県全体図



##### (2) 室戸市における管理栄養士等の配置や地域サービス資源の状況

室戸市役所の職員は 295 名であるが、そのうち管理栄養士は平成 16 年 4 月に保健福祉センターへ配置された 1 名のみである (平成 17 年 4 月 1 日現在)。その他教育委員会には非常勤栄養士、福祉事務所には臨時栄養士が採用されているが、それぞれ小中学校における給食管理、保育所での献立作成に関する業務を主に担っており、保健福祉センターの行なう事業への関与はほとんどなく、また、そのような雇用体制とはなっていない。

室戸市では健康推進部門と介護・福祉部門、在宅介護支援センターが一体化した「保健介護課」として設置されており、1名配置の管理栄養士業務も市民館や公民館等で高齢者の栄養相談、個別の訪問のみならず、乳幼児健診、食育事業、生活習慣病対策、ボランティア育成など多岐にわたっている。したがって、多くの事業が「健康応援団」と呼ばれる住民のボランティア団体による協力で成り立っている。「健康応援団」とは3つの団体「室戸市食生活改善推進協議会」、「室戸市健康推進連絡協議会」および「室戸市健康づくり婦人会」で構成されており、糖尿病教室への支援や基本健診の受診啓発、食環境マップ作り等を通じた住民の健康維持・増進に努めている。

地域サービスとして、市民館での市役所直轄事業である「デイサービス事業」が6箇所、公民館での社会福祉協議会への委託事業である「生きがい対応型デイサービス」が12箇所で行なわれており、高齢者サービスの拠点となっている。今後は上記の既存組織・サービスを最大限に活用して「栄養改善」事業を展開する予定だが、専門知識を持った管理栄養士・栄養士の確保と人材育成が当面の課題となっている。

### (3)高知県における人的・地域サービス資源の状況と今後の展開

500名を超える高知県栄養士会の会員のうち、約47%が県都である高知市に在住もしくは勤務しており、半径20km以内の近隣町村を含めると、実に約73%に上る。これは高知県の人口比とほぼ一致しており、中心から離れた地域には管理栄養士・栄養士の人材の絶対数が不足している。室戸市に在住する会員はわずか7名であり、そのほとんどが市役所や地元中核病院の栄養士であり、地域活動を兼務することは難しい状況にある。近隣でも、室戸市中心部から約30km離れた安田町に1名会員がいる以外は、さらに約10km先の安芸市に10名強の会員がいるのみである。したがって、新たな管理栄養士・栄養士有資格者の発掘が急務となるが、高知県東部地区に20名に満たない会員しか存在しないこと、各会員の職域が異なっていること、「栄養改善」事業に対する体系的支援体制が必ずしも十分でないことなどから、栄養士会からのアプローチを通じた人材確保は現時点では難しい現状にある。

高知県では、中核病院である高知大学医学部附属病院（南国市）と高知医療センター（高知市）が中心となり、予防医学の産業創出に関わるプロジェクトを進めており「高知栄養ケアステーション」組織を設立する予定となっている。ここでは、管理栄養士・栄養士による地域栄養改善業務で報酬を得る仕組みの構築を模索しており、介護予防事業における栄養改善事業においても、そこに携わる管理栄養士・栄養士の発掘、育成、派遣、関係機関などとの調整などの役割を期待されている。

(社)高知県栄養士会は人材育成プログラム等の情報提供について、高知栄養ケアステ

ーションは人材確保を目指したインセンティブを与えるシステム構築について連携体制を取り、事業を推進していく予定となっている。

## 2. モデル事業「栄養改善」プログラムの実施

### (1)対象者の把握

平成 17 年 10 月の 1 ヶ月間、室戸市在宅介護支援センターおよび保健福祉センター職員が、基本チェックリストを用いて、低栄養状態のリスクのある者の把握を行った。基本チェックリストの配布先は、社会福祉協議会に委託している「生きがい対応型デイサービス」12 箇所、市役所実施の「デイサービス事業」6 箇所、地区担当保健師や在宅介護支援センターによる個別訪問など、計 172 部を配布した。

そこから低栄養状態にある者の条件として、①BMI18.5 未満、②6 ヶ月間に 2~3kg の体重減少、以上の 2 点より対象者を提示した。最終的な対象者は 1 名であった。

### (2)介護予防ケアプランの作成

平成 18 年 4 月に設置予定の地域包括支援センターを模擬的に在宅介護支援センター内に設定し、実際に配置予定の保健師が介護予防ケアプランを作成した。介護予防ケアプランの作成時間には、作成のための情報収集時間が 60 分、介護予防ケアプラン・評価表シートの記入 60 分の合計 120 分を要した。この対象者は高齢（83 歳、女性）で独居であることから、事業の目的や内容について理解を得ることが困難であった。また、基本チェックリストによるスクリーニングにより低栄養状態と判断されたが、普段は農作業等をし、活動的な日常生活を送っていたため、訪問等の約束を得ることが難しかった。

### (3)栄養改善プログラムの概要

本栄養改善プログラムでは、個別の栄養相談を原則としているが、本研究事例では、保健福祉センターの管理栄養士が直接個別訪問として事前アセスメントを実施し、そこから必要な支援や既存のサービス、本人が希望するサービスにつなげることとした。その理由として、対象が少数（1 名）であること、利用者が保健福祉センターに来所するための交通機関がなかったこと、利用者自身が様々な活動に忙しく訪問しても不在であることが多かったこと等があげられる。最終的には、利用者が栄養教室の開催を希望したため、住居から約 300m、保健福祉センターから約 14km 離れた公民館で「お達者料理教室」を開催するに至った。それぞれの教育プログラムについて以下に示した。

## 1) 栄養改善プログラム概要

### ① 第 1 回栄養相談

目 的	事前アセスメントの実施
日 時	平成 17 年 11 月 22 日
場 所	利用者の自宅
所要時間	1 時間
担 当 者	管理栄養士
実施状況	利用者の身体状況や意識について実態把握を行なった。体重減少については多少気にしているものの、健康に関わる低栄養問題として捉えていないことが判明した。
事後対応	現状を理解してもらうため度々連絡や訪問を試みたが、不在のため、連絡を取ることができなかった。

### ② 第 2 回栄養相談

目 的	血液検査の実施、低栄養の問題についての理解
日 時	平成 17 年 12 月 9 日
場 所	利用者の自宅
所要時間	30 分
担 当 者	管理栄養士、保健師
実施状況	低栄養改善がより活動的な生活へつながることについて利用者へ理解を促した。徐々に現状を自覚してきた様子であった。血液検査の実施について了解を得られた。
事後対応	かかりつけ医にて 12 月 13 日に血液検査を実施した。アルブミン値は 3.6 g/dl であった。血液検査の結果について医師の意見を仰いだ。その後、度々連絡するも利用者と会うことは出来なかった。利用者の近くの公民館館長に、利用者の様子について確認をするなど、今後の協力体制づくりに取り組んだ。

### ③ 第 3 回栄養相談

目 的	血液検査の結果説明、年末年始の食事
日 時	平成 17 年 12 月 20 日
場 所	利用者宅
所要時間	40 分
担 当 者	管理栄養士
実施状況	血液検査の結果と現在の健康状態の説明を行った。自らの身体状況や低栄養の問題への理解が徐々に深まり、食生活を改善する意欲が見られた。年末年始は家族が帰ってくるため、一緒においしいものを楽しく食べるよう伝えた。
事後対応	年末年始は対応が出来ないので、1 月中旬に訪問することを約束する。

### ④ 第 4 回栄養相談

目 的	年末年始の食事についての確認、次回訪問の日程調整
日 時	平成 18 年 1 月 26 日
場 所	公民館「生きがい対応型デイサービス（コスモス会）」
所要時間	10 分
担 当 者	管理栄養士、歯科衛生士
実施状況	デイサービスへ参加の機会を利用して、年末年始の食事などについて確認を

	行なった。担当者のことを覚えていた様子であり、対話やその日の会でも出されたカレーライスを完食していたことなどから良好な体調であった。次回の訪問日程と訪問目的（目標の設定）について調整した。
事後対応	翌日利用者宅へ訪問する約束をした。地域包括支援センター職員へ現状を伝えた。

#### ⑤ 第 5 回栄養相談

目 的	栄養改善に向けての目標設定と身体測定（体重）
日 時	平成 18 年 1 月 27 日
場 所	利用者宅
所要時間	40 分
担 当 者	管理栄養士、歯科衛生士
実施状況	モニタリングのため体重測定を行なった。栄養相談開始時より約 2kg の増加が見られ、利用者はうれしそうであった。目標設定に関する相談により、「料理教室に通いたい、料理のレパートリーを増やしたい」との意欲を引き出すことができた。あわせて歯科衛生士が口腔状況を把握し、入れ歯の手入れ法を伝えた。
事後対応	その後、保健福祉センターでのイベントに参加している利用者と会うことができた。 料理教室の日程や、内容等を確認し、料理教室に誘ってもらおうよう頼んだ。その際に、地域での周知や、多くの高齢者に参加してもらおうことを目的として、事前に用意した料理教室のパンフレット 10 枚程度を利用者に渡した。

#### ⑥ 栄養教室「お達者料理教室①」

目 的	①低栄養にならないための食事のあり方を考え、実践を通して料理の幅を広げる ②口腔機能の向上を図る ③共食の楽しさを知る
日 時	平成 18 年 2 月 10 日
場 所	羽根公民館
参 加 者	利用者 1 名のほか利用者が参加を呼びかけた 65 歳以上の男女計 12 名
担 当 者	管理栄養士、保健師（地域支援事業担当予定）、歯科衛生士
スケジュール	10:00 あいさつ、自己紹介、調理方法について 10:20 調理開始（各グループ 3 つにわかれ、1 品作る） 12:00 試食 12:45 入れ歯の手入れ法について 13:30 終了
実施状況	利用者は料理が不得手のようだが、できるところを積極的に取り組む姿勢がみられた。利用者が育てた野菜を持参してもらい、皆で料理を作った。その日の食事でも完食していた。

#### ⑦ 第 6 回栄養教室（予定）

目 的	食生活状況の確認、「お達者料理教室」の感想、体重測定
日 時	平成 18 年 2 月下旬実施予定
場 所	利用者宅
担 当 者	管理栄養士



⑧ 栄養教室「お達者料理教室②」

3 月実施予定

⑨ 第 7 回栄養教室

3 月実施予定 血液検査, 事業評価

2) 栄養改善事業検討会

目 的	来年度の予算請求、地域栄養士への委託の件、来年度の体制づくり、来年度の業務担当の確認、保健所からの状況把握等
日 時	平成 17 年 12 月下旬～平成 18 年 2 月の間に 5 回
場 所	保健福祉センター
出 席 者	保健介護課職員（管理栄養士、保健師、在宅介護支援センター、課長、課長補佐、班長）、保健所職員（管理栄養士、保健師）
検 討 内 容	平成 18 年度の予算請求については、介護予防事業の予算について検討し、運動器の機能向上に重点を置いた配分を行なうことが確認された。 地域栄養士への委託のことについては、栄養改善事業を実施するためには、管理栄養士の人材確保が最優先であることを伝えた。この事業については未知な部分もあるが、委託費として一定額を確保することとなった。現在の在宅介護支援センターを改編して地域包括支援センター業務を行なうこととし、センターへ移行する可能性の高い職員について確認した。東部福祉保健所との協議により、人材発掘や情報の共有などについて支援を求めることとなった。
事 後 対 応	栄養改善事業における予算の細分化を行った。 包括支援センターの職員や、地域支援事業担当の保健師と来年度の事業を協議した。保健所に人材情報について確認したが、情報を得ることが出来なかった。地域栄養士の登録について室戸市広報に掲載するよう協議を行った。

3) 講演「介護予防は食事から ～高齢者の低栄養に気をつけよう～」

（『第 3 回生きがい対応型デイサービス事業交流大会』にて）

目 的	低栄養の周知、管理栄養士の周知
日 時	平成 18 年 2 月 7 日
会 場	保健福祉センターホール
参 加 者	生きがい対応型デイサービス参加者、スタッフ、高齢者の家族 計 200 名
担 当 者	管理栄養士
所要時間	20 分
スケジュール	14:30 管理栄養士自己紹介 14:35 高齢者の食事について 3 つの質問 14:40 「低栄養」ってどんな状態？ 14:45 いきいき元気な高齢者を目指す方へ、ボランティアさんや家族の方へ 14:50 介護予防の重要性
実施状況	高齢者に楽しみながら話を聞く様子が見られた。全てのことを理解してもらええることは難しいが、「低栄養」や管理栄養士の存在について周知することが出来た。
事後対応	当日、利用者に会うことができた(第 5 回栄養相談『事後対応』参照)。 交流大会に参加した方だけでなく、課内の職員にも「低栄養」や事業の必要性について改めて認識してもらうことができた。

#### 4) 説明会「介護予防と低栄養について」

目 的	介護予防（低栄養、筋力アップ、口腔機能の向上）の周知、具体的な改善方法、基本チェックリスト協力者への結果の報告
日 時	平成 18 年 1 月～3 月
場 所	市民館 6 箇所、公民館 12 箇所
参 加 者	基本チェックリストに協力いただいた、「デイサービス事業」、「生きがい対応型デイサービス」参加者、とそのスタッフ
担 当 者	管理栄養士、保健師、歯科衛生士
スケジュール	10 分 介護予防とは～包括支援センターについて～……保健師 10 分 低栄養とは～介護予防は低栄養から～ ……管理栄養士 10 分 口腔機能とは～口腔体操をやってみよう～……歯科衛生士
実施状況	高齢者に楽しみながら話を聞く様子が見られた。終了後も高齢者から質問がでる場面もあった。今後も定期的に話をしてほしいとのスタッフからの要望があった。
事後対応	利用者が通う公民館で話をした際、利用者も話を聞いていた（第 4 回栄養相談参照）。

#### (4)当該プログラムの特性

室戸市における本モデル事業では、保健福祉センター勤務の管理栄養士が直接行なう個別の支援を主体とした。対象者の把握の判断基準に該当した対象者が 1 名であったことから、実際に地域包括支援センターが設置された場合に同様なきめ細やかな対応が可能かどうかを考慮に入れず、徹底的にマンツーマンで対話することを目標として事業を進めた。支援を行う以前に、低栄養状態の問題について利用者に理解してもらうことに半分以上の時間を費やした。そして十分な理解を得た後で、利用者自ら目標設定できるよう導いた。

#### (5)低栄養状態の改善状況や事例の観察結果

本モデル研究の対象者とは、前述のように生活スタイルから十分なコンタクトを取ることが困難であった。また判断基準で対象者とされたものの 80 歳を超えた現在でも、畑や果樹園での労働、習い事や活動を積極的に行なっており、体重減少の自覚はあっても低栄養問題については説明を受けてもその重要性を実感するまでに時間がかかった。以上のことなどから、事業も前半は専ら低栄養改善状態の認識と改善への行動変容に専念することとなった。度重なるアプローチが、低栄養改善の重要性の自覚や血液検査の承諾をもたらし、デイサービスでの食欲増進が見られた。結果的に、途中段階でのモニタリング時に 2kg の体重増加が確認され、低栄養改善の手ごたえを感じたようであった。この行動変容を確認した時点で、利用者の低栄養改善目標について相談した結果、少ないメニューの食生活を少しずつでも改善したいという意欲を引き出し、料理教室へ参加してみたいという目標を自ら立てるに至った。

以上の成果から、近く設置される地域包括支援センターが行なう地域支援事業における低栄養改善の取り組みにおいて、

- ① 地域包括支援センターの担当者と実務担当の管理栄養士がどのような作業を行なうこととなるのか
- ② どのようなアプローチにより誤った食生活への先入観の変容を促すことができるのかなどを知る上で極めて重要な情報を得ることが出来た。

また、利用者が積極的に活動する高齢者であったため、活動しすぎることで「見かけ上の低栄養状態」になっていたことも考えられる。本人の訴えでは、家族の悩みを抱えたことで 10kg の体重が減少したとのことから、体重減少の改善には栄養面だけでの支援では不十分であることも浮き彫りとなった。

#### (6)配慮した事項

平成 17 年 11 月の事前アセスメント時に、利用者は体重減少を気にしているものの低栄養問題の認識が浅かった。そのことから、利用者が受身ではなく自発的に低栄養の問題を考えてもらうために、管理栄養士の顔や名前を覚えてもらうことや、利用者の話に傾聴することに意識しながら関わった。

また、平成 17 年 12 月には低栄養状態について少しずつ理解が深まってきた様子がみられたため、この問題が利用者特有の問題でなく高齢者に広く関わる問題であることを徐々に伝えていった。このように利用者の思考や行動の変容のペースに合わせる事に配慮したことが、体重増加や平成 18 年 1 月の自発的な目標設定につながったと思われる。今回の事業を通じて、管理栄養士として専門性を生かした事業の展開に努めていくとともに、顔見知りになって気軽に声をかけてもらえるような親近感を高齢者にもってもらふこと、高齢者の話に何度でも耳を傾けることが、管理栄養士に求められる資質であることを痛感した。一方、平成 18 年 4 月からの事業を想定すると、対象となる全ての利用者の理解の進行度合わせて室戸市の管理栄養士だけで対応することは困難であると予想される。この点を補うためには、他職種に関連スタッフへの理解を高めることを通じて、多くの利用者の低栄養問題への関心を高めることが必要と考えた。そこで、「生きがい対応型デイサービス」の利用者やスタッフ、ボランティア総勢 200 名ほどが集まるイベントを利用し、低栄養改善の重要性について周知を行った（3）講演「介護予防は食事から～高齢者の低栄養に気をつけよう～」参照）。

また、基本チェックリストを配布した地区には管理栄養士、保健師、歯科衛生士がそれぞれの立場で介護予防の話をし、その中での低栄養対策の重要性を印象付ける試みを行った。この取り組みにより、関係者へ低栄養問題の重要性と具体的な対策についての理解が徐々

にはあるが進みつつある。

### 3. 今後の地域支援事業「栄養改善」プログラムのシステムと運営について

本モデル事業により、利用者のペース（自らの栄養状態や問題改善の重要性の理解の速さなど）や生活スタイル（居住地区、就労状況、移動手段）に合わせた栄養改善事業の必要性が明らかとなった。また、関係者への栄養改善の重要性の地道な周知が、プログラム運営に欠かせないことも示唆された。しかしながら、この事業において最も重要な役割を示す地域在住の管理栄養士については、現状では人材の確保は容易ではないことも事実である。その理由の 1 つとして、事業における管理栄養士の位置づけや参画するために身に付けなければならない知識やスキルが整理されていないことが挙げられる。したがって、今後は人材確保のために、管理栄養士でなければできない業務の明確化や人材育成の方法に関する情報収集を行うことが必要であると考えている。

限られた人材がこのシステムを必要とする住民に対して十分なサービスを提供するためには、一般高齢者に対するポピュレーションアプローチによる意識や行動の変容を促すことにより、介入を必要とする対象者を抑制することも重要と考えられる。

以上のような現状を踏まえ、今後室戸市では、栄養改善プログラムのシステムとして以下のことを重点的に取り組む予定である。

- 1) 管理栄養士の専門性が求められる部分として、
  - ① 管理栄養士の能力が発揮される項目の明確化
  - ② 地域在住の管理栄養士の確保
  - ③ 県内外の組織からの人材の確保や育成方法に関する情報収集
  
- 2) 特定高齢者への移行を防止する手段として
  - ① 一般高齢者に対する低栄養問題の理解促進
  - ② 既存事業や個別での支援を通じた、低栄養対象者に対する改善指導
  - ③ 低栄養状態が改善された高齢者が地域で生活する際の受け皿的な場作り
  - ④ 高齢者と関わることの多い地域のボランティアへの栄養改善事業の一層の周知徹底

改正された介護保険制度における栄養改善事業で導入された栄養ケア・マネジメントは、管理栄養士の専門性を発揮する絶好の機会である。過疎地域である室戸市でそれをすすめることは、高齢化率が進む現状を考えると、多くの住民を対象とした行政サービスに発展することが考えられる。平成 18 年 4 月以降からは、自然豊かで産物が豊富な室戸市ならではの『栄養改善事業』に取り組む次第である。