

事業対象者の選定・アセスメント

選定・アセスメントの基本データは、血清アルブミン値測定と問診によるリスク評価である。栄養状態が良好と判断されても、低栄養リスク群は事業対象者とする。また、必要に応じて、ほかの介護予防プログラムへの振り分けも求められる。

1 低栄養プログラム対象者の抽出

血清アルブミン値による栄養状態の3分類と問診によるスクリーニング結果を重ね合わせ、以下により対象者を抽出する。表中の上より危急度が高い群となる。

| 血清アルブミン値 | 栄養状態 | 問診票 得点 | 低栄養 リスクの有無 | 低栄養予防プログラム 自己評価学習会の開催頻度 |
|--------------------------|------------|-----------|---------------|----------------------------|
| 3.8 g/dl未満 | 低栄養群 | 評価不要 | | 集中的介入が必要な群 最低1か月に1回 |
| 3.8 g/dl以上 4.0 g/dl未満 | 低栄養 予備群 | 1点以上 | リスクあり | 予防的介入が必要な群 最低2か月に1回 |
| | | 0点 | リスクなし | |
| 4.0 g/dl以上 | 良好群 | 1点以上 | リスクあり | 次善的介入が必要な群 2か月に1回 |
| | | 0点 | リスクなし | |

網掛け部分の群を中心に、問診の所見事項や10m最大歩行速度の結果を勘案し、アセスメントをしっかりと行った上で最終的な事業対象者を選定する。

2 他の介護予防プログラムへの振り分け

介護予防のためには、低栄養予防だけでなく、対象者のニーズに応じたプログラムが必要である。今後は、以下のような介護予防プログラムを開発していく必要があり、プログラムの併用により相乗効果が得られる。

| | |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 低栄養予防との 連携が求められる 介護予防 プログラム | 筋力トレーニングプログラム 転倒・骨折予防プログラム 痴呆予防プログラム 気道感染予防プログラム 口腔ケアプログラム ……………など |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

基礎診断

低栄養予防プログラムの第1ステージとして、対象者1人ひとりの食生活の現状を把握する。まず、対象者に10日間の食生活を記録してもらい、食生活改善のポイントを明確にする。

1 食品摂取の多様性の診断

「食事の多様性チェックシート」(図22)を配布し、10日間記録してもらう。多様な食品摂取により、単品では満たされない栄養素を補い合う食生活の習慣化を目指すための初めの一歩となる作業である。

詳細に食生活記録を取ってもらう方法もあるが、バランスよく多様な食品を食べているか、また、偏っている食品は何かを大まかに把握するには、図22のように食品群ごとにチェックしてもらうとよい。そのほうが、対象者に無駄な負担もかけなくてすむ。当然のことながら、記録診断の結果、摂取不足の食品群についてはプログラム提示の際に摂取を促すことになる。

2 主食の摂取状況の把握

「食事の多様性チェックシート」と同時に、「主食と動物性たんぱく質の摂取状況チェックシート」(図23)も配布し、10日間記録してもらう。

1回の食事にごはん110g(茶碗に軽く1杯)を摂取したかどうかを基準として、とれていればチェックする。主食の摂取量を知ることは、バランスのよい食事をとっているかをチェックするとともに、欠食の有無を確認する手段となる。また、日本人の場合は穀物エネルギー比が50%を上回っているため、おおむねの1日あたり摂取エネルギーが推定できる。

ごはんを主食としてしっかり食べることは、主菜や副菜に、魚や肉、野菜・果物、海藻、豆類など、多彩な食品を組み合わせることでつながり、糖質、脂質、たんぱく質から摂取するエネルギーの比率(PFCバランス)も理想値に近くなる。

3 動物性たんぱく質食品の摂取状況の把握

血清アルブミン値を低下させないためには、アミノ酸利用率のよい動物性たんぱく質の摂取が不可欠である。主食と食品摂取の多様性診断に加えて、動物性たんぱく質の摂取状況は必ずチェックする必要がある。

図 22 食事の多様性チェックシート

下の表に点数を入れていきましょう。「食べた場合」は1点、食べなかった場合は0点です。
満点は10点満点。今日のあなたの点数は？

| 食品 月/日 | 肉 類 | 魚 介類 | 卵 | 牛乳・乳 製品 | 大豆・大豆 製品 | 海 草 | 芋 類 | 果 物 | 油 脂 | 緑 黄色 野菜 | 合 計 |
|-----------|--------|---------|---|------------|-------------|--------|--------|--------|--------|---------------|--------|
| 1日目 / | | | | | | | | | | | |
| 2日目 / | | | | | | | | | | | |
| 3日目 / | | | | | | | | | | | |
| 4日目 / | | | | | | | | | | | |
| 5日目 / | | | | | | | | | | | |
| 6日目 / | | | | | | | | | | | |
| 7日目 / | | | | | | | | | | | |
| 8日目 / | | | | | | | | | | | |
| 9日目 / | | | | | | | | | | | |
| 10日目 / | | | | | | | | | | | |
| 合計 | 点 | | | | | | | | | | |

10日間の合計点数をみると、あなたが、どんな食品に偏って食べているか、どんな食品を食べていないかがわかります。
バランスのとれた食事を心がけましょう。

図 23 主食と動物性たんぱく質の摂取状況チェックシート

| 食品 月/日 | 主食の摂取状況 | | | 動物性たんぱく質の摂取状況 | | | |
|-----------|---------|----|----|---------------|---|---|-----|
| | 朝食 | 昼食 | 夕食 | 肉 | 魚 | 卵 | 乳製品 |
| 1日目 / | | | | | | | |
| 2日目 / | | | | | | | |
| 3日目 / | | | | | | | |
| 4日目 / | | | | | | | |
| 5日目 / | | | | | | | |
| 6日目 / | | | | | | | |
| 7日目 / | | | | | | | |
| 8日目 / | | | | | | | |
| 9日目 / | | | | | | | |
| 10日目 / | | | | | | | |

主食を毎食ごとにとっていますか。目安量は、1食につきご飯茶碗に軽く1杯(110～120g)。ご飯1食分に代わる主食は、食パン(6枚切り)1枚、バターロール2個、うどん、そばなどのめん類2/3玉となります。とれていれば○をつけます。
動物性たんぱく質の摂取量は、肉類60～70g、魚介類80g。卵は1個、乳製品は牛乳コップ1杯を目安とします。おおよそとれていれば○をつけます。

プログラム提示

対象者の食生活の把握・診断後、プログラム作成会議により、具体的な推奨摂取量の提示をする。日常的に行うプログラムは、対象者への啓発と、在宅における実践が中心となるので、飽きさせないための動機づけと支援には工夫が必要である。

1 推奨摂取量

低栄養予防プログラムが推奨する1日当たり食品摂取量は以下の通りである。

| | |
|---------|---------|
| 肉類 | 60～70 g |
| 魚介類 | 80 g |
| 卵 | 1個 |
| 牛乳 | 200ml |
| 油を使った料理 | 1日1品 |

出典：Kumagai S. et al. *Geriatrics & Gerontology International*, 3, s21-s26, 2003.
にもとづく試算。

上記の摂取量を目安に、診断結果や食癖等を勘案して対象者の個別プログラムを作成する。個別プログラムは、市区町村保健師と管理栄養士が中心となって取りまとめ、プログラム作成会議にかける。

プログラムは、実行可能なものでなければ、楽しみなはずの食事が苦行になってしまう。「昨日、牛乳を飲まなかったから今日はちょっと多めに飲んでおこう」「最近、油を使った料理が少ないから今日は炒めものにしよう」など、平均水準との適正化など、柔軟なプログラム運用も求められる。必要摂取量を数値で提示するだけでなく、食事メニューと結びつける工夫も必要である。

要は、対象者自らが食生活の現状や問題点、健康維持に必要な栄養摂取方法などを理解し、改善点を自力で調整できるように仕向けていくことが肝要である。

2 運動（筋力トレーニング）プログラムの提示

運動プログラムでは、日常的な運動習慣の勧奨に加えて、改善効果が実証されている筋肉トレーニングを併行するのが効果的である。筋力トレーニングは、とりわけ下肢筋力の低下予防に役立つ。10m最大歩行速度測定で「虚弱」（7.5秒未満）であった群は、とくに重点的に行う。なお、運動では目安となる1日当たり推奨量は、やや早めの歩行（時速5km程度）を30分程度である。

プログラム実施

実施するプログラムのメインは、食生活記録という在宅作業と、対象者同士が募ってその記録をチェックする学習会である。この地道な作業の継続により、事業対象者だけにとどまらない、低栄養に対するリスク意識が醸成されることになる。

1 食生活の記録

「食事の多様性チェックシート」「主食と動物性たんぱく質の摂取状況チェックシート」の記録を継続する。1週間単位、1カ月単位で記録できるものなどを適宜加工して配布する。絵日記などの独自の形式にしても構わないが、後でデータ化することを考慮した記録紙の設計が必要である。「食事の多様性チェックシート」は、予測妥当性が科学的に検証されている。この継続的な記録により、欠食状況や食品摂取の偏りなどが正確に把握できるようになる。また、2～3日単位、1週間単位で食事内容を把握できれば、食品や栄養の偏りを軌道修正する指針となる。

付随して、余暇活動(趣味)の実施状況も記録できるようになってくれば、広く生活習慣を見直す契機にもなる。また、記録をとるという行為自体が老化遅延のための取り組みとして有効であることも見逃してはならない。

2 自己評価学習会

対象者が記録を持ち寄り、客観的に食生活を見直す時間をもち、改善点などを見つけた会である。低栄養群には最低1カ月に1回、低栄養予備群・低栄養リスク群には2カ月に1回行うのが目安である。地域の実情に応じてNPOやボランティアの支援を得て、週1回や半月1回にしても構わない。要は、学習会で対象者同士が集うなかから、介護予防につながる生活習慣を身につける機会を提供し、次回の学習会まで対象者が意欲的に取り組めるような、モチベーションを高める場として機能させることが重要である。その基本さえ押さええていれば、会で行う内容は、多様であってもよい。調理・試食の講習会などが有効である。後掲の「食生活指針」に沿った献立例を示し、実際に調理し試食することで、望ましい食品の種類や量が、楽しみながら理解できる(「参加者向けテキスト」参照)。最終的には、改善された食生活がライフスタイルとして定着することをめざす。

3 運動(筋力トレーニング)の実施とその記録

筋力トレーニング実施者には、その受講記録も効果測定時のバックデータとなる。他の運動を行った場合も、運動の種類と活動時間だけは最低限記録しておく。ともに、運動頻度と栄養状態の改善度を比較する際に必要となる重要データである。