

図11-B 地域支援事業における「栄養改善」サービスの流れの概要

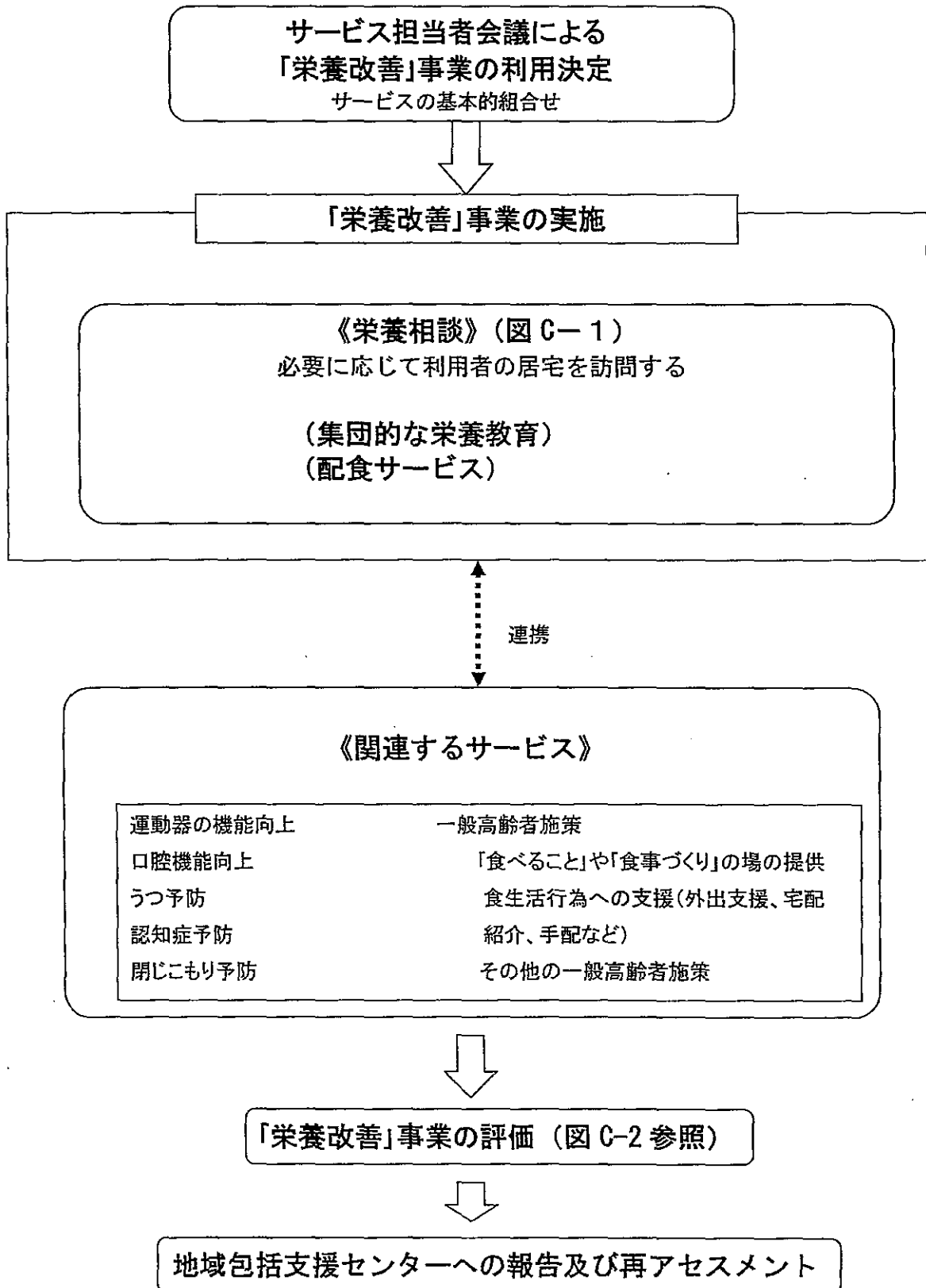


図 11-C-1 地域支援事業における「栄養改善」に関する事業の特定高齢者施策

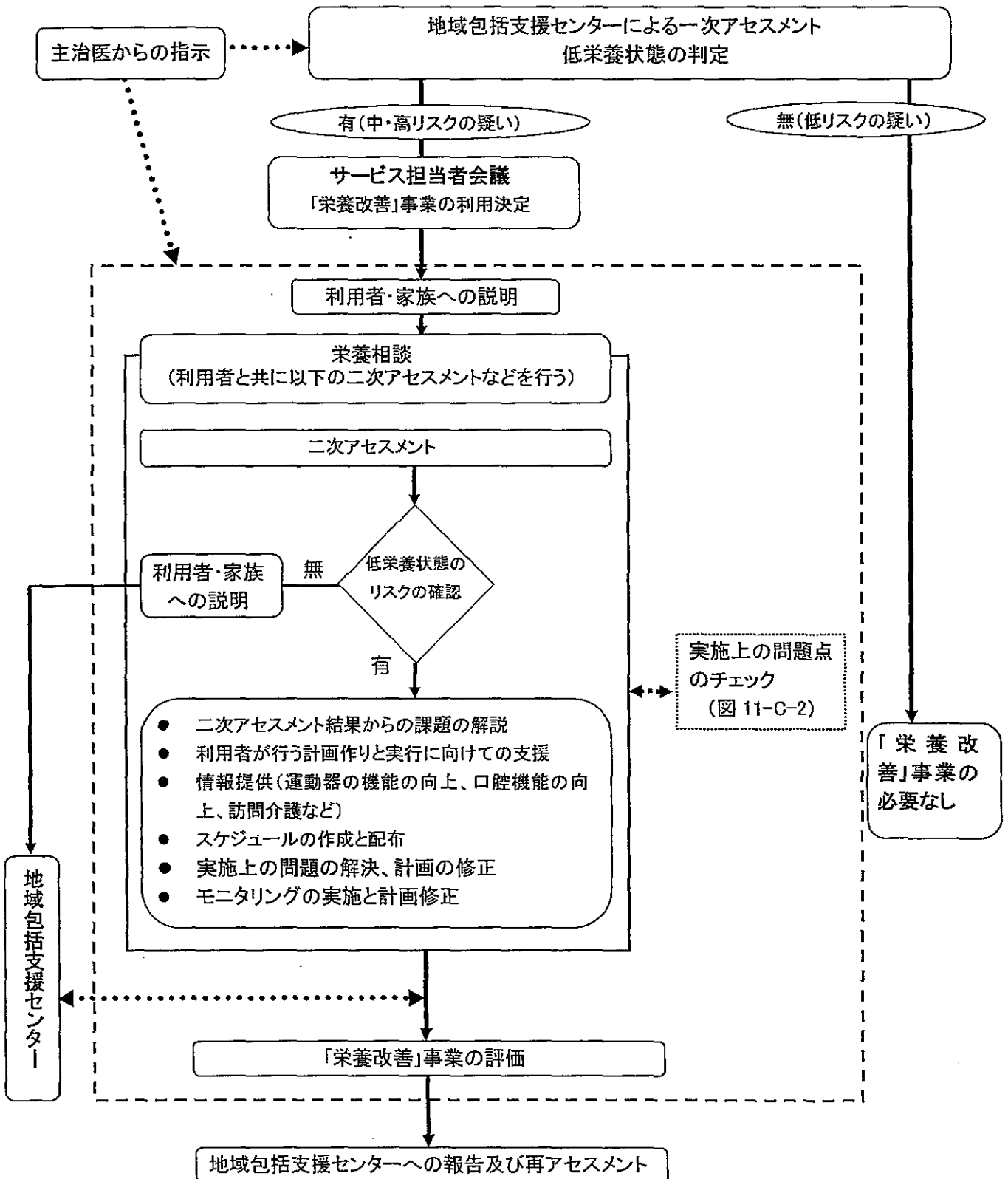
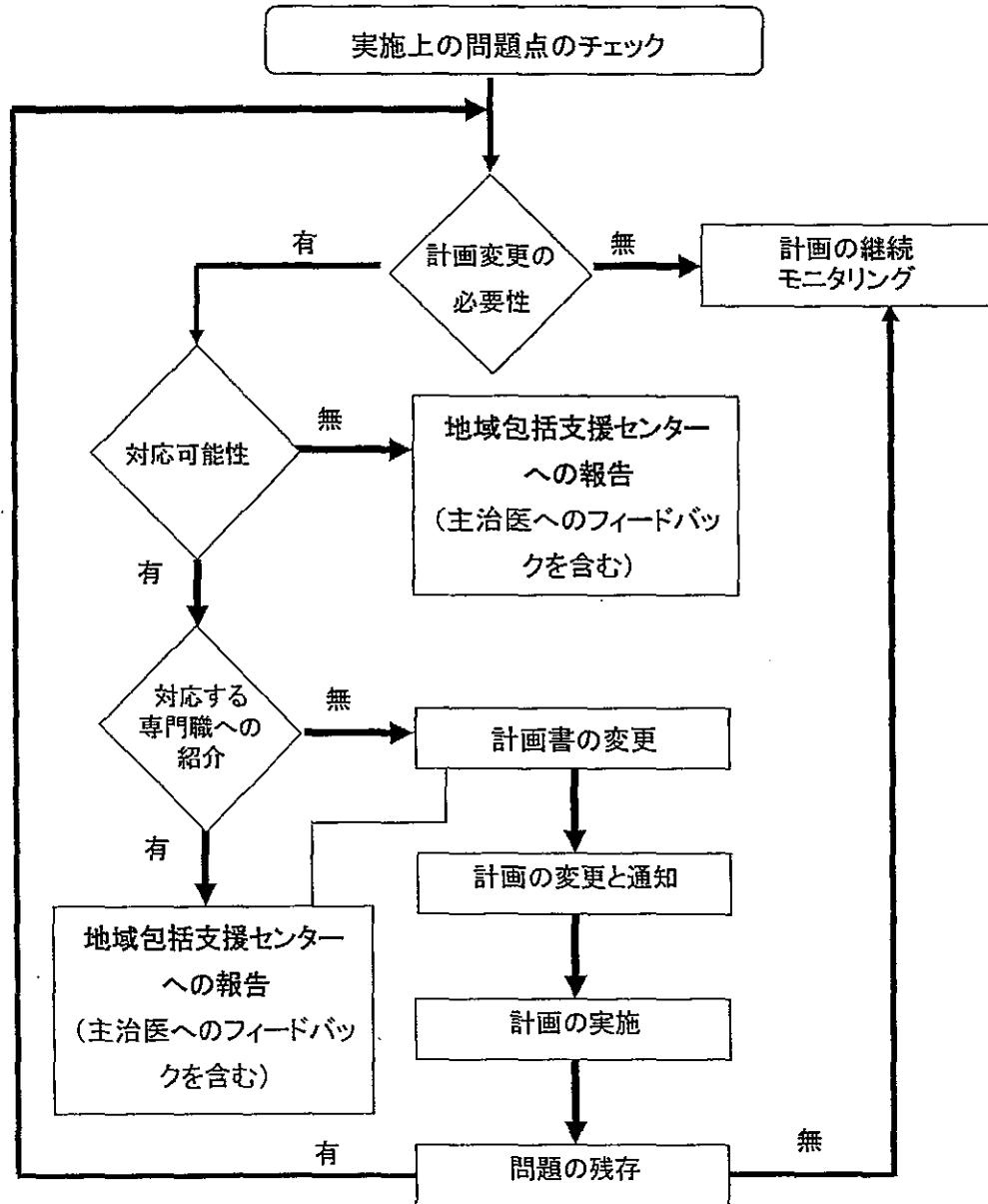


図 11-C-2 地域支援事業における「栄養改善」事業の実務
 -実施上の問題点のチェック-



管理栄養士は、上記の評価・判定結果に基づいて、利用者の栄養相談において解決すべき課題(ニーズ)と解決の優先性について総合的に評価・判定する。

栄養状態のリスクのレベル

危険因子	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	<input type="checkbox"/> 18.5～29.9	<input type="checkbox"/> 18.5未満	
体重減少率	<input type="checkbox"/> 変化なし (減少3%未満)	<input type="checkbox"/> 1か月に3～5未満 <input type="checkbox"/> 3か月に3～7.5未満 <input type="checkbox"/> 6か月に3～10未満	<input type="checkbox"/> 1か月に5%以上 <input type="checkbox"/> 3か月に7.5以上 <input type="checkbox"/> 6か月に10以上
血清 アルブミン値	<input type="checkbox"/> 3.6g/dl以上	<input type="checkbox"/> 3.0～3.5g/dl	
食事摂取量	<input type="checkbox"/> 良好(76～100%)	<input type="checkbox"/> 不良(75%以下) (内容:)	
栄養補給法			<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法
褥瘡			<input type="checkbox"/> 褥瘡

(出典:平成16年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金「施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究会」報告書)

(2) 二次アセスメント結果における課題の解説

二次アセスメントにおいて解決すべき課題について利用者やその家族に説明する。特に、利用者が食事として摂らなければならないエネルギー、タンパク質量、脱水予防に配慮した水分摂取量は、あらかじめ表6 (p28参照)に従って算出し、具体的な量について写真や食器などを用いて解説する。また、日常の食事について形態などについて配慮すべき最低限の事項については説明する。

(3) 利用者が行う計画づくりと実行に向けての支援

利用者が、6か月後に何を指したいか(〇〇ができるようになりたい、もっと元気そうに見えるようになりたい、食事をおいしく食べたい、〇〇を食べに行きたいなど)を目標として設定する。そのために、体重などの身体計測値をどの位増大したいか、何をどの位もっと食べるようになるかの目標を設定する。また、そのためには、誰が、いつ、何をするのかを小グループで意見を交換し互いに相談して決める。

管理栄養士は、高齢者及び家族の日常の生活や環境のなかで、主体的に、そして容易に取り組めることに十分に配慮しながら、利用者本人による計画づくりを支援する。たとえば、この計画づくりには「〇〇〇プラン」「〇〇さんの食事計画」など楽しい名称をつける。

さらに、必要な場合には食品の説明や選択の仕方、便利な器具や手法による簡便料理の方法、

調理済み食品の再料理方法などの解説や簡単な実演などを行う。

(4) 情報提供

低栄養状態を改善するために、配食サービス、食事づくりの会や食事会などを提供しているボランティア組織の紹介、高齢者の食事づくりに便利な器具、栄養改善に有効な食品の購入方法などに関する情報提供を行う。

(5) スケジュールの作成と配布

原則として初回の栄養相談の実施時に、今後の日程、場所などのスケジュール表を利用者に配布する。

(6) 実施上の問題の解決、計画の修正

栄養相談の提供後、1週間目には利用者の継続する意欲を高めるためにも実施上の問題が出現していないか、あるいは中断されていないかを電話によって確認し相談に応ずるようにする。利用者及び家族等が実施困難を訴える場合には、代替案を提示し、修正を加える(図 11-0)。

(7) モニタリングの実施と計画の修正

モニタリングは、前回の栄養食事相談の1か月後に行い、低栄養状態の改善状況及び計画の実践状況进行评估する。低栄養状態の改善が行われ、一次アセスメントの全栄養リスク項目が改善された場合も、6か月まで事業を継続する。低栄養状態の改善が行われなかった場合や、食事に関する計画の実施状況が十分ではない場合等には、再度、高齢者と話し合って食事に関する計画の修正を行い、初回と同様に、修正後1週間目には実施上の問題が出現していないか、あるいは計画の実施が中断していないかを電話などによって確認し相談を行うようにする。

(8) 評価と地域包括支援センターへの報告

事業開始6か月後には、最終評価を評価表を用いて行い、事業計画に基づく栄養改善の経過の概要を記載し、地域包括支援センターに報告する(報告書の様式はp65参照)。事業開始6か月後の評価によって低栄養状態のリスクがみられなくなった場合には、地域包括支援センターの判断に基づいて事業を終了する。未だ、低栄養状態のリスク「有」と評価される場合には、地域包括支援センターの判断に基づいて、継続して本事業を実施する。

さらに、各事業所は定期的(半年に1回など)に自己評価を行うとともに、評価結果に基づいた事業の品質改善計画について検討を行う(表8)。また、事業所は、住民の事業に対する苦情

や要望を窓口や投書箱を通じて吸い上げ、計画の作成や継続的な品質改善活動に生かしていくことが求められる。

表8 特定高齢者施策事業の自己評価指標の一例(実施できる項目について採用する)

プロセス評価	実施件数と回数 利用者人数 ドロップアウト 担当者はサービスの質の向上のための研修を受けているか。 担当者の接遇には問題がないか。 利用者に事業内容の説明は行っているか。 個人情報の管理を行っているか。 事業の実施手順は文章化され、定期的な見直しがされているか。 事業を提供する環境は、利用者が安心してくつろげるものか 二次アセスメントが行われているか。 計画やプログラム(目的、目標と内容、教材)を作成しているか。 参加者のニーズに対応した計画を作成しているか。 実施上の問題把握とその解決に努めているか。 プロセス評価を行っているか。 アウトカム評価を行っているか。 利用者の満足感、不満、要望を把握し、プログラムの修正をしているか。 評価に基づいた事業の品質改善活動を行っているか。 計画、プログラムや評価結果を公開しているか。
アウトカム評価	計画時の目標の達成率 利用者の満足感、不満、要望など 低栄養状態の中・高リスク者の改善率 参加者の「地域栄養改善」活動の地域支援事業への参加率

(9) 実施期間

実施期間は6か月間を標準とする(図12)。栄養相談は、最初の1か月間は2週間毎に、その後は1か月に1回の頻度で行う。なお、利用者の意欲を引き出し、継続意欲を支えるために、初回の相談から1週間以内に実施状況を確認し、2週間後にもう一度相談する。担当者を利用者の面談回数は6か月間に8回程度となる。6か月後も継続する場合は、1か月に1回の割合で相談を実施する。

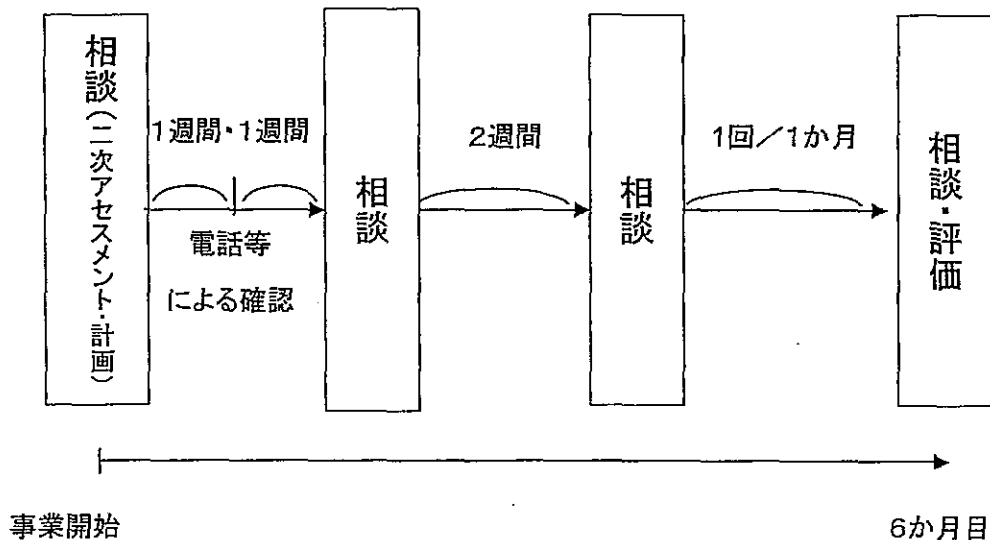


図12 地域支援事業における栄養相談(6か月間)

(10) 安全・衛生管理

本事業の提供に当たり試食や調理等を行う場合には、管理栄養士を中心として安全・衛生管理を行う。

(11) 設備

本事業では、二次アセスメントや栄養相談に必要となる身長計、体重計などの機器を設置し、小グループの利用者及び家族との面談や栄養相談ができる環境が整備されるべきである。なお、訪問栄養相談においては、必要な器具や機械の携帯が必要である

2) 介護予防を目的とする集団的な栄養教育

低栄養状態のリスクがあると判定された者のうち、栄養相談への参加が困難である者や、栄養相談における二次アセスメントによって、参加意欲が低く、ドロップアウトが予測されたり、「栄養改善」に関する基礎的知識や技術の講習が必要であると判断されたりする者等に対しては、介護予防のための「栄養改善」に関する基礎的な知識を提供し、利用者の栄養相談への参加や継続の意欲を高める。

講師は、知識経験を有する医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、介護福祉士、介護支援専門員などである。一定の「栄養改善」ボランティア育成の研修を受けた住民が、ファシリテーターを務めることも考えられる。

実施場所は、各事業所、市町村保健センター、健康増進センター、老人福祉センター、公民館等が想定される。

講義（必要に応じて実習）による集団的な栄養教育の内容は、「食べることの意義」、「栄養改善のための自己マネジメントの方法」、「栄養改善のための食べ方、食事づくりと食材の購入方法」「摂食・嚥下機能を含めた口腔機能の向上」「閉じこもり予防・支援」「うつ予防・支援」「認知症予防・支援」「薬剤と栄養」「社会参加のためのボランティア団体の紹介」等である。プログラムは、地域栄養活動を支援する住民育成プログラム（表10）を参照する。

教材には、スライド、ビデオ、DVDなどの視聴覚教材を活用し、その効果をあげるように工夫する。都道府県、保健所、市町村は、教材の効率的利用の観点から、視聴覚教材、栄養教育用教材などの集中管理及び相互利用の調整等を行い、便宜を図ることが求められる。

実施にあたっては、それぞれの地域の実情に応じ、独自に実施方法の工夫を行い、効果を挙げるように、指導という雰囲気ではなく、利用者がリラックスして、楽しくなるような会場設営等を設える。また、学習会などを実施する場合には、地区別や趣味別など発言しやすいグル

ープを設定し、地域支援事業の一般高齢者施策によって育成されたボランティアにファシリテーターとしての役割を担ってもらうことが考えられる。

3) 配食サービス

配食サービスは、配食サービス事業者によって行われ、高齢者が十分に「食べること」ができるようになることを目指す。

低栄養状態のリスクがある者について、二次アセスメント結果に基づいた計画において、配食サービスを提供しなければ、「食べること」によってエネルギー、タンパク質を充足できないという判断から、計画に配食サービスが盛り込まれた者を対象として行う。

栄養相談を担当する管理栄養士は、配食に関する必要情報や依頼事項（嗜好、禁忌、アレルギー、食事療法、形態、エネルギー、タンパク質提供量など）を記入し、地域包括支援センターを通じて配食サービス事業者に連絡する。事業者は、この依頼内容に基づいて、配食サービスを提供する。管理栄養士による配食サービス事業者への衛生管理、安全性等のリスク管理に対する情報提供や指導が行われることも必要である。

一方、配食サービスを通じた定期的な声かけ、安否確認が行われるだけでなく、喫食状況や利用者からの要望などは、地域包括支援センターを通じて担当の管理栄養士に定期的に情報提供が行われる。

配食サービスを通じて、関連事業の紹介、普及・啓発用パンフレットや自己チェック表、要望などの記入表などを配布することも可能である。

配食サービス事業者は、食品衛生管理に十分配慮し、保健所等関連機関と密接に連携することが求められる。

4) 地域住民による低栄養状態にある者に対する支援活動の活用

(ア) 「食べること」や「食事づくり」の場の活用

地域支援事業の一般高齢者施策においては、後述の住民育成プログラムを実施することとなる。このプログラムを修了した地域住民（食生活改善推進員、民生委員、地域の一般高齢者）が、ボランティア活動の一環として提供する「食べること」や「食事づくり」を通じた仲間づくりの場を、特定高齢者施策において活用することも考えられる。このような「場」を通じて、地域の高齢者が低栄養状態のリスクのある近隣の高齢者の食生活改善を支援し、生きがいくくりや地域での社会参加を促進することを促進する。

個別専門的な栄養相談の補完的サービスとして、閉じこもりがちな者、食べる意欲や自己実現の意欲の低下している者、社会参加や仲間づくりの支援の必要性がある者を対象とする。

実施場所は、市町村保健センター、健康増進センター、老人福祉センター、公民館、自治会館、事業所、登録を行った一般住宅や施設などである。

高齢者の介護予防のために、楽しい共食の場や「食事づくり」を通じた仲間づくりの場を提供し、電話や訪問などによる誘い掛けや同伴移動や見守りなどを行う。

特に、閉じこもりがちな高齢者や生活機能の低下した高齢者については、訪問型介護予防事業と連携して、ボランティアが高齢者宅を訪問して高齢者とともに食材の購入や食事作りなどの支援を行う場合がある。このような取り組みは、特に、閉じ込めりがちな地域高齢者にとっては、「食ること」を楽しみ、仲間づくりを行うことが求められることから、アウトドア料理、子供と作るお菓子づくり、美容と食事の会など参加意欲が高まるような場の設定が推奨される。

食堂や簡便な調理設備や調理器具などの設備のある集会室や教室などをあらかじめ把握しておく。これらの場所には、必要に応じて介護予防と本事業に関するパンフレットやポスター一式などを設置する。都道府県、保健所、市町村は、教材の効率的利用の観点から、視聴覚教材、栄養教育用教材などの集中管理及び相互利用の調整等を行い市町村への便宜を図ることが求められる。

(住民の育成プログラムや企画の募集方法などについては一般高齢者施策の項を参照されたい)

(イ) 食生活行為への支援（外出支援、宅配の紹介・手配など）

ボランティア活動の一環として、住民ボランティアが低栄養状態にある高齢者に対して、日常の食生活行為である食材購入や共食の場への外出支援、宅配の手配などを協働して行うことにより、低栄養状態の改善や生活機能の向上を支援する。このうち外出支援は、栄養相談や栄養教育に来所するための交通機関を利用することが困難な者、あるいは下肢の不自由な者を対象とする。宅配の紹介・手配は、単身世帯、高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する者、あるいは日常の食生活行為に対して援助が必要な者、多少の援助を行えば生活機能の改善が予測される者を対象とする。

外出支援においては、利用者の居宅と栄養相談、集団栄養教育、地域住民によって提供される「食ること」や「食事づくり」の場、あるいは、食材購入の場への移動の車輛や徒歩による同伴や見守りを行う。デパート、ショッピング・センター等では移動支援のための拠点を整備し、手押し歩行器などの貸し出しを行う。また、必要に応じて低栄養状態の予防・改善に推奨された食材、食品、食事などの宅配サービスの紹介と手配など行う。

(ウ) その他の一般高齢者施策の活用

介護予防に関する個人データの自己管理、講習会、パンフレットなどを活用することができる。詳細は、地域支援事業としての一般高齢者施策を参照されたい。

7.1.4 本事業以外の特定高齢者施策との関係

本事業に以外に、関連事業として、「運動器の機能向上」「口腔機能向上」「うつ予防・支援」「認知症予防・支援」「閉じこもり予防・支援」がある。

地域包括支援センターは、必要に応じて低栄養状態の誘因となっている問題の解決のためにこれらのサービスの提供ができるように調整を行い、介護予防ケアプランを作成する。また、管理栄養士は、栄養相談の成果があがるように、必要に応じて地域包括支援センターを介して関連の事業への参加を依頼したり、現在提供されている事業担当者からの栄養食事状況に関する情報提供などを依頼する。

各関連事業との関連は6.7を参照されたい。特に、地域支援事業の対象者においては、口腔機能の向上を行い、分量の食事をおいしく「食べられる」ようになること、日常生活活動の減少してきている者には、食欲を増大し便秘を予防する観点から「運動器の機能向上」によって日常生活活動の増大していくこと、食べる意欲を向上させるためには、「うつ」、「閉じこもり」、「認知症」などの介護予防事業との連携が重要視される。

7.1.5 医師の指導等

管理栄養士は、医師の指導等のもとに本事業を実施する。また、かかりつけ医との連携をよく取り、栄養改善サービスに関する報告を行う。

7.2 地域支援事業としての一般高齢者施策

7.2.1 目的

地域支援事業における「栄養改善」を目的とした一般高齢者施策（以下、「地域栄養改善活動」）は、地域に在住する65歳以上の全ての高齢者を対象として、高齢者が活動的に社会への参画が図られるような「まちづくり」、すなわち地域において高齢者が「食べる楽しさ」を共有し、十分に「食べること」を通じて生涯にわたって高齢者が望む生活を営める地域社会の実現をめざすことが重要であり、そのためには、次の5項目に留意する。

- 「地域栄養改善活動」は介護予防事業の一環として、アセスメント、計画、実施と問題の解決、再アセスメント（モニタリング）、評価、サービスの継続的な品質改善活動などの栄養ケア・マネジメント体制の整備を、サービス提供者及び利用者の参画型によって推進する。
- 「地域栄養改善活動」は、高齢者が十分に「食べること」を通じて低栄養状態を予防するための正しい知識と技術の普及・啓発を行う。

- 「地域栄養改善活動」は、高齢者自らが低栄養状態を予防し、栄養改善できる自己マネジメント能力を養うとともに、高齢者が地域栄養改善活動に参画し、自己実現をはたすことをめざす。
- 「地域栄養改善活動」は、低栄養状態のハイリスク者の早期発見や対応の重要性、地域包括支援センターの役割、一次アセスメントや介護予防に関する健診の意義を普及・啓発し、低栄養状態のリスクを高齢者自らあるいは周囲の人々が早期に発見して、地域包括支援センターにつなぐ地域住民活動の推進をめざす。
- 「地域栄養改善活動」は、地域支援事業における特定高齢者施策や新予防給付の利用者、これらのサービスの利用終了者、あるいは介護保険サービスの利用者などの個別専門的サービスの利用者に対する補完的あるいは継続的なサービスとしての役割を果たすことをめざす。このようなフォローアップ体制は、地域包括支援センターとの密接な連携体制のもとに行われ、利用者にとっては、このような連携によって、地域において包括的連続的な本サービス等が提供されることになる。

7.2.2 「地域栄養改善活動」の内容

高齢者にとって「食えること」「食えることを楽しむこと」ができることは、高齢者の「健康」「活動性」「生きがい」「安心」の基本であり、高齢者の身近な日常生活圏のなかで確保されなければならない生活の条件である。

「地域栄養改善活動」では、高齢者が食材の購入や食事づくりに不安を増大させることがないように、高齢者が、「食えること」を通じて地域の人々と触れ合い、仲間づくりや社会参加ができるような「まちづくり」を、それぞれの地域の特性に応じて計画される必要がある。高齢者の「食えること」を支援できるまちづくり計画には、たとえば、レストランでの高齢者のためのメニューの提供、スーパーマーケットでの高齢者サービス日、子供とつくる手作り料理や郷土料理の会など、地域の食品や食材の製造、販売、流通、生産などに係わる民間事業者との連携、また、子供の食育関連事業とも連携した総合的な介護予防の支援システムやネットワークづくりを勘案することが求められる。

そのための実施内容の例を以下のような活動が考えられる。

1) 「地域栄養改善活動」推進委員会の設置と活動

「地域栄養改善活動」は、地域の特性や資源を生かした「まちづくり」の一環として、住民参画によって行う。そこで、市町村は、関係専門職団体、地区社会福祉協議会、食生活改善推進委員、民生委員、在宅栄養士団体、老人クラブなどの地域高齢者団体、食品や食事などの生産・流通、製造などの民間企業、その他関連者による推進委員会を設置する。推進委員会は、以下のような

活動に助言を行うとともに推進的に参加する。

2) 「地域栄養改善活動」の愛称、ロゴ、シンボル・マーク、キャッチ・コピーの募集

市町村の広報、公式ホームページ、関連諸団体、学校向けのパンフレットなどによって、「地域栄養改善活動」の趣旨、目的、活動の概要を説明し、活動の愛称、ロゴ、シンボル・マーク、キャッチ・コピーなどの募集を行う。

3) 課題の把握と計画作成

地域全体及び地区別の地域栄養改善活動の課題を介護予防に関する健診等の集計結果などから明らかにするとともに、高齢者の低栄養状態に関する知識、態度、価値観やサービスに対する要望などに関する実態調査を行う。この場合、地域の高齢者にとって十分に「食べること」のために解決しなければならない問題は何か、いつ、どこで、どのようなサービスの提供を要望しているのかについて、地域住民の委員からの意見を十分に聴取し、計画に反映する。

実態分析の結果について討議し、地域及び地区における目標、サブ目標、戦略目標などを具体的に作成する。

表9 「地域栄養改善活動」計画の目標、サブ目標、戦略目標(一般高齢者施策)(例)

目標	●低栄養状態 (BMI18.5未満あるいは体重減少率が6か月間に2~3kgあるいは血清アルブミン3.5g/dl以下) の高齢者を〇か月後には〇%未満にする。
サブ目標	1. 「食べること」を通じて仲間づくりをしている高齢者を〇か月後には〇%にする 2. 「低栄養の自己チェック」表を6か毎にチェックしている高齢者を〇か月後に〇%以上にする。 3. 体重を1か月毎に記録している高齢者を〇か月後に〇%以上にする。 4. エネルギーを多く含む食品(ご飯、パン、麺など)を1日〇サービング以上食べている高齢者を〇か月後に〇%以上にする。 5. タンパク質を多く含む食品(肉、卵、魚、大豆製品、牛乳・乳製品)を1日〇サービング以上食べている高齢者を〇か月後に〇%以上にする 6. 「地域栄養改善活動」に参画している高齢者を〇か月後に〇%以上にする。
戦略目標	1. 「地域栄養改善活動」推進委員会を設置し、〇か月までに〇回以上開催する。 2. 推進委員会は、「地域栄養改善活動」の計画作成に先だって、地域、地区によるニーズに関する調査、分析、課題の把握を行い、計画を作成し、達成目標を公表している。 3. 「地域栄養改善活動」の参画団体や地域住民各人は、地域の栄養改善活動目標を達成するために自己目標、実施プロセス、結果に基づいた評価と継続的なサービスの品質改善活動を行い、その成果を公表している。 4. 推進委員会は、関連団体に対して地域栄養改善活動の計画説明会を〇か月に〇回以上開催する。 5. 介護予防と栄養・食事に関する公開講演会や教育講演を〇か月に〇回以上開催し、参加者を〇名以上にする。 6. 高齢者に身近な会館、駅、診療所や病院、商店街などに「栄養改善」関連ポスター

	<p>を〇箇所（〇枚）以上貼り、パンフレット〇枚以上配布する。</p> <p>7. 体重計、身長計を設置し、解説用ポスターを貼っている診療所、集会所、銭湯、事業所を〇か月後に〇箇所以上にする。</p> <p>8. 公的ホームページに、介護予防情報の一環として「地域栄養改善活動」について関連情報を〇か月までに掲載する。</p> <p>9. 「地域栄養改善活動」を推進する住民育成プログラムの参加者及び修了者の割合を〇か月後に〇%まで増大する。</p> <p>10. 介護予防のための個人データの自己管理（ポート・フォーリオの作成）をしている高齢者を〇か月後に〇%まで増大する。</p> <p>11. エネルギーを多く含む食品、タンパク質を多く含む食品とサービング・サイズ、に関する情報ポスターを〇か月後に〇人以上の高齢者に提供する。</p> <p>12. エネルギーを多く含む食品、タンパク質を多く含む食品とサービング・サイズについて外食表示、スーパーなどにおける栄養表示を〇か月後に〇箇所以上行う。</p> <p>13. 介護予防のための栄養相談窓口を〇か月後に〇箇所以上設置する。</p> <p>14. 「地域栄養改善活動」を推進する住民育成プログラムの参加者、修了者を〇か月後に〇人以上にする。</p> <p>15. 15によって育成されたボランティアによる</p> <p>16. 「食べること」や「食事づくり」の場を〇箇所以上、参加総人数を〇か月後に〇人以上にする。</p> <p>17. 15によって育成されたボランティアのうち「食生活行為への支援」活動を行っている者の総数を〇か月後に〇人にする。</p>
--	--

4) 普及・啓発活動

普及・啓発すべき事項は、介護予防のための「食べること」の意義、一次アセスメント及び介護予防に関する健診における低栄養状態に関するアセスメント項目とその意義、体重測定の意義と方法、低栄養状態と関連した課題とその解決、どのように「食べるのか」（サービング・サイズとそのとり方）、「地域栄養改善活動」への参画の勧めなどである。

普及・啓発のための方途として、次の事項がある。

(1) 講演会等による健康教育（一般高齢者通所事業）

大学、学会、各種団体、企業などの主催する公開講演会において介護予防と「栄養改善」に関する学術講演や専門講師による講演会を行う。

(2) その他の普及・啓発活動

(ア) ポスター、パンフレット

「地域栄養改善活動」に関する愛称、ロゴ、マーク、キャッチ・コピーなどの入ったポスターやパンフレットを作成し、高齢者が頻繁に利用する会館、駅、病院・診療所、商店街などに掲示や配布を行う。これらのポスターやパンフレット作成は、民間企業の広告・宣伝の一環として行うこともできる。

(イ) ホームページの作成

例えば、地域の公的ホームページでは、介護予防のための「栄養改善」に関する必要情報を提供する。また、関連情報や各種事業内容にアクセスできるように、「栄養改善活動」のための情報マップを作成する。これらには、介護予防のための栄養・食事に関する適正な情報、地域の食品、食物、食事、食事づくり、外食や市販の持ち帰り弁当、宅配などの情報にもアクセスできるようにする。これらの情報の適正性は、専門職による確認が必要である。

(ウ) 外食、食品小売業、スーパーマーケット、コンビニエンス・ストア等における栄養情報の表示

介護予防の観点からは、エネルギー、タンパク質のとり方、すなわち、料理や食品におけるエネルギー、タンパク質量、食事摂取基準（推奨量）との関連、この料理や食品を食べると、エネルギー、タンパク質をどの位食べたことになるのか（介護予防のための栄養・食事ガイド等）を理解し、高齢者が料理や食品を上手に選択できるように栄養表示を行うことが求められる。これらの介護予防に寄与する栄養情報の表示を行った店舗や企業は、「地域栄養改善活動」推進団体として登録等を行い、地域のホームページ等にも掲示する。

(エ) 有線放送、広報紙等の活用

公的及び民間による有線放送及び広報紙等によって、「地域栄養改善活動」や「栄養改善」サービスの実施の紹介などを行う。

5) 介護予防のための個人データの自己管理（ポート・フォリオの作成）

介護予防の効果を上げるためには、利用者自らが積極的に関与することが重要であり、そのためには個人が自己のデータを管理することが効果的である。「地域栄養改善活動」では、このような自己管理を支援することを目的として、自己データのポート・フォリオ（情報を一元化し、ファイル化したもの）を活用して地域住民が介護予防のための栄養・食事関連情報の収集活動を推進し、高齢者自らによる介護予防のための自己マネジメント能力を育成することが求められる。

当該ポート・フォリオは、一次アセスメントの記録、介護予防に関する健診の記録、その他介護予防の観点からの健康、生活機能、日常生活上必要な事項が集積できることが必要である。「地域栄養改善」との関連では、BMI、体重、体重の変化率、血清アルブミン値の経時的変化の記録表、「低栄養の自己チェック表」とその解説、健康、介護予防、「地域支援事業」への参加時に配布されたパンフレットやパンフレット、高齢者自らが必要とする関連情報も収集する。自ら創意工夫を生かしたポート・フォリオを作成する。