

高齢者の食生活の実態

松井順子

神戸市看護大学

キーワード：高齢者，食生活，栄養改善事業，看護職

The Actual Condition of Senior Citizen's Dietary-life

Junko MATSUI

Kobe City College of Nursing

Key words：senior citizen，dietary-life，nutrition care and management，nurses

I. はじめに

高齢者の自立支援と介護の社会化を目指して平成12年度施行された介護保険制度は軽度の認定者が多く、年々、予防や重度化を防ぐためのサービスの必要性が指摘されていた。それを受けた社会保障審議会介護保険部会は平成16年7月の「介護保険制度の見直しに関する意見」を通じて、制度全体を「予防重視型」へ構造転換することを提言した。厚生労働省はその実現に向けて、統一的な介護予防マネジメントを確立するため、平成18年度、要支援者には新予防給付を、虚弱な高齢者には介護予防地域支援事業を創設するに至った。創設された新予防給付、介護予防地域支援事業には、介護予防の有効性に係る科学的根拠に基づくサービスが3つ導入されることになり、そのひとつが「栄養改善」プログラムである（厚生労働省，2005，2009：杉山，2005：杉山ら，2005：Stratton et al，2003）。「栄養改善」プログラムの対象は、地域に暮らす虚弱な高齢者や要支援者のうち、BMIが18.5未満、6ヶ月間で2～3Kgの体重減少、血清アルブミン値が3.8g/dl以下、栄養面や食生活上に問題がある者、低栄養状態にある又はそのおそれがある者、のいずれかに該当する者である。支援は、①栄養アセスメント、②①を元に対象者に関わる職種間で協議し実行可能な個別栄養ケア計画の作成、③適正な栄養補給の摂取奨励・個別栄養相談・他職種協同による栄養ケアの実施、④実施状況のチェック、⑤モニタリング、⑥評価・継続的な改善活動の順で進む。事業は一連の支援を通じて栄養状態

の改善を図り、悪化や日常生活機能の低下を防ぎ、要支援・要介護状態に至らない、あるいは、介護度の重度化を防いで地域での生活が維持できるよう、対象者の主体的な活動を支援することを目的にしている。

以上のように生活の基本である食を通じて高齢者の自立支援を図る栄養改善事業であるが、実情は順調に進んでいない。平成19年度地域保健・老人保健事業報告によると、同年の訪問栄養指導実人員は全国で920人に留まる（厚生労働省，2007）。杉山は全国的に栄養スクリーニングが機能していない背景のひとつは、地域のサービス担当者である管理栄養士の所在が不明であることを指摘している（杉山ら，2008）。宮本ら（宮本ら，2009）は、高齢者自身と専門職が低栄養リスクに対する認識が不足している、対象者のプログラム参加率が低い、事業のコーディネート機能を持たない派遣の管理栄養士が携わっている自治体が多いなどの問題を述べている。介護予防継続的評価分析事業の資料（厚生労働省，2009）を参照すると、栄養改善事業は対象者が少ないため、同者の属性やサービスと栄養関係の指標の推移について関連性を分析することができない。しかし、何らかの栄養改善サービスを実施することでBMIは改善していると報告している。これらの研究を踏まえ筆者が2009年に聞き取り調査を行った神戸市・西宮市役所の担当者の話によると、対象者を抽出する検診の受診率が低く、対象者を十分把握できていない。そのうえ、検診の低栄養項目の数値基準が厳しく、必要性が懸念される者も該当しにくい。一方、事業は財源の制約と管理栄養士がいないと

いう人的資源の問題から、訪問栄養指導のシステムを構築している自治体など稀で、通所施設で栄養改善の対象でない高齢者も含めて一同にプログラムを実施する自治体が大半である。つまり、対象者に特化した事業形態ではないので、支援が必要な者の参加のインセンティブが働きにくい。さらに、検診からプログラム終了後の再判定までに要する費用に対する効果が不明瞭であることも問題であると、述べていた。

このように多くの課題をかかえる栄養改善事業であるが、筆者は事業を推進するには看護職にも役割があると考えている。事業要綱を眺めると「解決すべき課題は多岐にわたるので、管理栄養士を中心に他職種が協働すること」という記載があり、他職種のひとつに看護職が挙げられている。通所施設で事業を実施するには、管理栄養士を中心に同施設で働く看護職の協力がなければ個別計画は作成できない。栄養指導を受けた対象者の生活の場は当然自宅であるが、毎日の食事を確認し専門的な助言を与え疑問や不安の相談に再三応じられるのは訪問看護師である。これらの実情をみても看護職に担える役割があるのは明らかであるが、事業に対する看護職の役割に言及した研究はみあたらない。

そこで本稿では先行研究で述べられている課題のうち、対象者の把握が進んでいないことから、事業対象に該当する可能性の高い高齢者像を明らかにすることと、それらの者への看護職の役割について述べることを研究目的とする。具体的には既存の調査データを用いて、高齢者がどのように食事を整えているかを数値で示し、食生活の傾向を把握する。次に、事業対象に該当する可能性の高い高齢者、換言すると食事に偏りがあり、買い物や食事作りといった一連の生活行動がきちんとできていない高齢者を明らかにするため、世帯形態別にみた高齢者の摂取している食品群を示す。更に、食事に関する生活行動を把握するため、ここでは食の外部化の分析を行う。以上の結果をもとに、どのような高齢者に対して看護職が関わるのが出来るかを述べることで、栄養改善事業を推進するための看護職の役割を見いだす一助とする。

II. 研究方法

1. データソースと分析方法

国民の食物摂取量などを把握するには国民栄養調

査の結果を用いるのが一般的であるが、同調査は平成13年度、内容の見直しや表現、成分表・集計事情が大幅に変更された結果、高齢者世帯や高齢単身者世帯の区分がない。そこで、代替するデータとして以下の調査であれば、世帯形態別に見た最近の高齢者の食生活の実態を明らかにできるので、本稿では以下のデータで分析を試みる。なお、分析にあたり、ナイチンゲールが看護覚え書きの中で、食生活を食事Taking Foodと食物What Foodの二側面からとらえている、つまり①食事をどのように整え、②どのような食品を摂取しているか、を重視しているので本稿もふたつの視点を拠り所として進める。

(1) 食事の整え方を考える場合、調理の場と摂取の場を基準に分類すれば、自宅で調理をして自宅で食べる「内食」、総菜や弁当を購入して自宅で食べる「中食」、調理と摂取の場が自宅外である「外食」に分類される。そのうち、中食は調理食品支出で、外食は外食支出という費目で統計データに掲載されているが、内食はひとくくりの費目がないので、本稿では調理食品支出(率)と外食支出(率)を用いて食事の整え方を示す。データは平成15年度と20年度の家計調査年報を用いて、時間経過と年齢階級の違いを踏まえ、高齢者世帯のエンゲル係数・調理食品率・外食率・外部依存率で示せる食事の整え方の側面からみた食生活の実態を述べる。

(2) 既存の調査データを用いて高齢者が何を食べているかを導く場合、データは世帯単位のものしかないことと、そもそも公的な支援は世帯を基準に給付対象を限定するので、本稿も世帯を基準にして高齢者が何を食べているかを示す。データは平成16年全国消費実態調査の特定世帯編と高齢者世帯編を用いて、介護認定者のいる世帯と高齢単身男女世帯について、「食料支出に占める各食品群の費用割合」を比較することで、各高齢者世帯はどの食品群の費用割合に特徴があるのか、つまり費用データを援用して摂取量の多寡を類推することで高齢者が何を食べているのか把握に努める。

(3) 買い物や食事作りといった食事に関する一連の生活行動を把握するひとつの方法として、買い物も調理もしない外食、買い物はするが調理はしない中食という食の外部化に関する分析を行う。岩渕を参照すると「食の外部化は食生活の構造的変化を反映する重要な指標である」との記載があり(岩渕, 1998)、高齢

者の食生活の実態を把握するには外部化を看過するわけにはいかない。データは、平成16年全国消費実態調査・高齢者世帯編、平成17年国勢調査、平成19年商業統計・品目編を用いて高齢者のデータに限定し、食の外部依存率である「食料支出に占める外食費と調理食品支出の合計額の割合」を被説明変数に置いた回帰分析を試みる。回帰分析を試みる理由は、①食の外部化は食生活の構造的変化の反映であり、多様な要因が影響している、②多様な要因のうち、入手可能で重要とみなせる要因を説明変数に投入する回帰式モデルで分析を試みれば、いずれの要因が食の外部化に影響しているかを判断できる、からである。

分析に用いる説明変数について、①世帯形態が違えば、食の外部化の傾向も異なる（清水，1992：岩淵，1998），②ぜいたく品的な要素のある外食需要は所得が影響する（小田，2002），③外食需要には、ひとりの時、急いでいる時、仲間とゆっくり過ごす時など、異なる要因が働く（小田，2002），④高齢者が外食に抱く便益は、外食することは健康にいい、有益な情報が得られるなど、若い世代とは異なる点が多い（清水，1992），⑤調理食品は価格弾力的で、実質所得や所得水準が低下すると、外食と同水準の調理食品を低価格で購入できる調理食品志向が強まる（小田，2002），⑥高齢者は若者よりも調理食品志向が強い（時子山，2000）。⑦調理食品の利用は自宅で調理することとの代替性が高く、女性の社会進出、家事の機会費用などが影響している（時子山，2000）。以上、7点にまとめられる。ただし③④⑥は、分析に用いる変数がみあたらないため、本稿では①「高齢者のいる世帯に占める高齢単身男性世帯の割合」「高齢者のいる世帯に占め

る高齢単身女性世帯の割合」「高齢者のいる世帯に占める高齢夫婦世帯の割合」、②「月間収入」、②と⑤「65歳以上人口に対する一般飲食店数」「65歳以上人口に対する料理品小売業店数（＝調理食品販売店）」⑦「65歳以上女性人口に占める65歳以上女性就労人口の割合」、以上の変数を用いる。なお、回帰式の推定は最小二乗法で試みる。

2. 倫理的配慮

本稿は、既存の調査データを統計学的手法を用いて研究するものである。よって事前に承諾を得るなど、特別な手続きは必要ないが、分析は高齢者の食生活の実態を明らかにすることを目的にしており、各世帯を比較して優劣を示すものではないことを述べておく。

Ⅲ. 結果

1. 高齢者の食生活の実態（食事の整え方）

先に述べたが内食・中食・外食という分類で食事の整え方を分析するに際し、内食を直接表すデータはないので、中食である調理食品支出・率や外食支出・率で高齢者の食生活の実態を明らかにする。平成15年度と平成20年度の家計調査年報から、関連するデータを抜粋し計算した結果が表1「年齢階級別にみた食事の整え方に関する割合」である。

食料支出を代表する指標はエンゲル係数で、「消費支出に占める食料支出の割合」で示される。70歳以上の高齢者は平成15年20年の両年度ともエンゲル係数が最も高い。70歳以上で勤労所得を得ている世帯は少数その家計の中で食料支出は恒常的な支出であること

表1. 年齢階級別にみた食事の整え方に関する割合

年度	項目／世帯主の年齢区分	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳～
平成15年	エンゲル係数	21.9%	23.1%	22.2%	24.4%	25.9%
	外食率	24.4%	19.9%	15.7%	13.1%	10.0%
	調理食品率	11.4%	12.5%	11.5%	10.6%	11.9%
	食の外部依存率	35.8%	32.4%	27.3%	23.7%	21.9%
平成20年	エンゲル係数	22.4%	22.5%	22.5%	24.0%	24.9%
	外食率	30.0%	24.1%	19.2%	14.6%	11.3%
	調理食品率	11.6%	12.2%	12.3%	11.1%	12.4%
	食の外部依存率	41.6%	36.3%	31.5%	25.7%	23.6%

出所：平成15年20年度家計調査年報からデータを抜粋し、筆者が計算した割合を示している。

注：各項目の値（率，％）は、次の計算式の結果である。「エンゲル係数＝食料支出／消費支出」「外食率＝外食支出／食料支出」「調理食品率＝調理食費支出／食料支出」「食の外部依存率＝（外食支出＋調理食品支出）／食料支出」

表2. 高齢者のいる世帯形態別にみた食料支出に占める各食品群の費用割合

項目／世帯形態	① 介護認定者がいる世帯編					② 高齢者世帯編	
	高齢夫婦	夫婦と未婚の子	夫婦と子供夫婦	ひとり親 (男又は女)と未婚の子	ひとり親 (男又は女)と子供夫婦	単身男性	単身女性
穀物率	10.3%	12.6%	12.3%	10.1%	10.8%	9.1%	9.8%
魚介類率	12.8%	11.2%	13.1%	11.4%	13.4%	8.9%	11.4%
肉類率	6.2%	7.4%	7.6%	6.2%	7.6%	4.1%	5.7%
乳卵類率	5.1%	6.2%	4.9%	4.6%	4.6%	4.1%	5.4%
野菜・海藻率	16.6%	14.9%	15.3%	15.0%	15.3%	11.7%	18.0%
果物率	7.5%	5.1%	4.9%	5.5%	5.5%	5.2%	7.3%
油脂・調味料率	4.9%	4.5%	4.4%	4.1%	4.3%	3.1%	4.8%
菓子類率	5.6%	5.9%	5.8%	6.2%	5.7%	3.4%	6.5%
調理食品率	12.9%	14.1%	10.8%	13.1%	10.2%	13.9%	11.6%
飲料率	5.2%	5.5%	4.4%	6.1%	4.8%	4.7%	5.4%
酒類率	3.9%	3.7%	5.7%	4.8%	6.0%	8.0%	2.3%
外食率	9.0%	9.0%	10.8%	12.9%	12.0%	23.7%	11.7%
外部依存率	22.0%	23.1%	21.5%	26.0%	22.1%	37.6%	23.3%

出所：平成16年全国消費実態調査 特定世帯編と高齢者世帯編のデータを用いて、筆者が作成。

注1：各食品群の名称に「率」が付いているのは、食料支出に占める各食品群の支出額の割合を示しているからである。

注2：各項目の値（率，％）は、次の計算式の結果である。「穀物率＝穀物支出／食料支出」「魚介類率＝魚介類支出／食料支出」「肉類率＝肉類支出／食料支出」「乳卵類率＝乳卵類支出／食料支出」「野菜・海藻類率＝野菜・海藻類支出／食料支出」「果物率＝果物支出／食料支出」「油脂・調味料率＝油脂・調味料支出／食料支出」「菓子類率＝菓子類支出／食料支出」「調理食品率＝調理食品支出／食料支出」「飲料率＝飲料支出／食料支出」「酒類率＝酒類支出／食料支出」「外食率＝外食支出／食料支出」「外部依存率＝（調理食品支出＋外食支出）／食料支出」

から、高齢者はエンゲル係数が高くなる。

「食料支出に占める外食支出の割合」である「外食率」は、平成15年20年の両年度とも30～39歳が最も高く、年齢階級が上がるにつれて下がり、70歳以上は一番低い。平成15年と20年を比較すると、年齢階級に関係なく平成20年が高い。5年間の伸び率は、30～39歳代が24.4%から30.0%で5.6ポイント伸びているが、年齢が高まるに連れて伸び率は下がり、70歳以上は10.0%から11.3%と、1.3ポイントの伸びに留まる。

「食料支出に占める調理食品支出の割合」である「調理食品率（＝中食率、即ち出来合の総菜や弁当などの費用割合）」は、先の外食率の傾向とは異なる。70歳以上は平成15年20年の両年度とも高く、平成20年は12.4%で若い世代よりも大きい。平成15年と20年を比較すると、40～49歳を除く各世代で伸びているが、5年間の伸びは外食率の伸びと比較すると小さい。

「食料支出に占める外食支出と調理食品支出の合計額の割合」である「食の外部依存率」は外食率の傾向と同じで、若い30～39歳が最も高く、年齢階級が上がるにつれて下がり、70歳以上が最も低い。平成15年と

20年を比較すると年齢階級に関係なく平成20年が高く、いずれの世代も年々食の外部化が進んでいる。5年間の伸び率は、30～39歳が35.8%から41.6%と、5.8ポイント伸びているが、70歳以上は21.9%から23.6%で、1.7ポイントの伸びに留まる。

2. 世帯形態別にみた高齢者の摂取している食品群

平成16年全国消費実態調査（特定世帯編・高齢者世帯編）から関連するデータを抜粋して計算した結果が、表2「高齢者のいる世帯形態別にみた食料支出に占める各食品群の費用割合」である。穀物率は「食料支出に占める穀物支出の割合」、魚介類率は「食料支出に占める魚介類支出の割合」、肉類率は「食料支出に占める肉類支出の割合」、乳卵類率は「食料支出に占める乳卵類支出の割合」、野菜・海藻類率は「食料支出に占める野菜・海藻類支出の割合」、果物率は「食料支出に占める果物支出の割合」、油脂・調味料率は「食料支出に占める油脂・調味料支出の割合」、菓子類率は「食料支出に占める菓子類支出の割合」、調理食品率は「食料支出に占める調理食品支出の割合」、飲料

率は「食料支出に占める飲料支出の割合」、酒類率は「食料支出に占める酒類支出の割合」、外食率は「食料支出に占める外食支出の割合」、外部依存率は「食料支出に占める調理食品支出と外食支出を合計した割合」の計算結果である。表2の①は、特定世帯編のデータを用いた結果で、介護認定者がいる世帯であれば高齢者がいる場合が多いので、介護認定者がいる世帯を細分類した各世帯の食品群別費用割合を示した。ただし、特定世帯編には単身の介護認定者の基データがない。そこで代替するものとして介護認定の限定はないが、高齢者世帯編であれば男女別高齢単身世帯のデータが揃うので、同データで計算した結果を表2の②に示した。

表2の①の各世帯のうち、特徴的な世帯は以下である。介護認定者がいる夫婦と未婚の子の世帯は、穀物率が12.6%、乳卵類が6.2%、率調理食品率が14.1%で他の世帯よりも値が大きい。一方、魚介類率は11.2%、野菜・海藻率は14.9%と他の世帯よりも小さい。介護認定を受けているひとり親（高齢の男性または女性）と未婚の子の世帯は、菓子類率が6.2%、外食率は12.9%で後に述べる単身男性世帯に次いで外食率が大きい。

介護認定の限定はないが表2の②に示した単身男性世帯と単身女性世帯について、高齢単身男性世帯は、酒類率が8.0%、外食率が23.7%、食の外部依存率が37.6%で、他の世帯よりも値が大きい。高齢単身女性世帯は野菜・海藻率が18.0%、菓子類率が6.5%で他の世帯よりも値が大きい。

3. 高齢者の食の外部化に関する回帰分析

「食料支出に占める外食費と調理食品支出の合計額の割合」である「食の外部化率」を被説明変数として、分析を試みた結果が表3の「高齢者の食の外部化に関する回帰分析推定結果」である。投入した変数のうち、有意な変数について検討する。

需要に関する変数である「高齢者のいる世帯に占める高齢単身男性世帯の割合」は係数が0.394で、同世帯率の増加は食の外部化率の増加と正の関係にある。

「高齢者のいる世帯に占める高齢単身女性世帯の割合」は係数が-0.796と、大きな負の値である。つまり、同世帯率が増加すると、食の外部化率は減少する。「月間収入」の係数は0.285で、収入の増加は食の外部化率と正の関係にある。

供給に関する変数について、「65歳以上人口に対する一般飲食店数」は係数が0.263で、一般飲食店数が増えれば食の外部化率も高まる関係にある。調理食品供給の変数である「65歳以上人口に対する料理品小売業店数」は係数が0.332で、調理食品も外食と同様に人口当たりの店舗数が増えれば、食の外部化率も高まる。

女性の就労・非就労、調理の機会費用を検討するため、代理変数として「65歳以上女性人口に占める65歳以上女性の就労人口の割合」を用いたところ、係数は0.203で正の関係であった。つまり、就労している高齢女性の割合が増えると食の外部化率も増える関係にある。

表3. 高齢者の食の外部化に関する回帰分析推定結果

被説明変数：食料支出に占める外食支出と調理食品支出の合計額の割合（＝食の外部依存率）47都道府県

変数	式		
	偏回帰係数	標準偏回帰係数	t 値
高齢者のいる世帯に占める高齢単身男性世帯の割合	0.716*	0.394	2.043
高齢者のいる世帯に占める高齢単身女性世帯の割合	-0.449**	-0.796	-3.771
高齢者のいる世帯に占める高齢夫婦世帯の割合	0.161	0.295	1.785
月間収入（十万円）	0.008*	0.285	2.170
65歳以上人口に対する一般飲食店数	0.001*	0.263	2.066
65歳以上人口に対する料理品小売業店数	0.007**	0.332	3.203
65歳以上女性人口に占める65歳以上女性就労人口の割合	0.331*	0.203	2.456
定数項	0.077		
自由度調整済み決定係	0.780		

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$ 有意

平成16年全国消費実態調査 高齢者世帯編（公的年金、恩給を受給している世帯）

平成17年度 国勢調査 高齢者世帯編

平成19年度 商業統計 品目編

IV. 考察

高齢者世帯は可処分所得が減少しエンゲル係数は上昇する、つまり食料支出は若い世代よりも重要な意味がある。となると、高齢者は所得に影響される外食の割合が低いことと、食事内容は外食と同じレベルで費用が外食よりも安い調理食品の利用が高まるのは次のようなことから説明ができるのではないか。高齢者は身体機能の低下に伴い調理が負担になる者が増えるので、調理を代替し外食よりも費用が抑えられる調理食品は利用しやすいサービスだといえる。問題は容易く購入できるかという点と、栄養バランスを考えて調理食品を選んでいるかという点である。回帰分析の結果を見ると、「65歳以上人口千人に対する料理品小売業店数」変数は食の外部依存率に対して正の関係であった。つまり、人口に対する小売店数の多寡で調理食品の利用状況が異なっている。となると、店舗がない地域、例えば住宅地や過疎地に暮らす高齢者は何らかの支援が必要になる。そこで地域包括支援センターの保健師や訪問看護師であれば、中食に該当する配食サービスの情報を提供したり良質な調理食品の選択について助言しながら、高齢者の食事内容を定期的にチェックすることができる。

世帯形態別にみて食事に偏りがあり、買い物や調理などの食事に関する一連の生活行動がきちんとできていない高齢者世帯について考察する。高齢単身男性は食生活を外部に依存する割合が大きく、回帰分析でも外部依存は正の関係であった。となると、どのような外食をしているのか単身男性に対する食生活の助言は重要で、この結果は松井の研究と一致する(松井, 2001, 2003a)。ただし、単身男性は栄養改善事業の対象者を抽出する検診を受診する割合が低いことと、検診を受けて対象になり栄養改善事業への参加を促しても参加のインセンティブがもっとも働きにくいと宮本ら(宮本, 2009)が報告している。結果として、高齢単身男性は食事に関する生活行動に偏りがあるにも拘わらず栄養改善事業の対象に該当しにくい。その単身男性が介護認定を受けて訪問看護を利用したところ、看護師が問題に気づき主治医へ報告し、主治医の指示で栄養士による居宅療養管理指導につながった報告がある(古賀ら, 2008)。とはいえ、単身男性が食生活の助言を受けたとしても、どの程度改善できるのか。社会生活基本調査を参照すると、高齢単身男

性は家事時間が75分、テレビ・ラジオが269分、交際が21分という結果から、家事を簡略化して人との接触も少なくテレビを観て過ごす生活行動のようである。その単身男性に対して、双方向のコミュニケーションで「相談」を行い「食べる」ことを通じて尊厳を保ち自己実現の支援を図ること(杉山, 2009)を理念に掲げる栄養改善事業を遂行するには、専門職はもとより、近隣住民や地域組織の連携協働なくして実現は難しい。そのなかで、自宅への訪問回数が多くアセスメントに基づく支援を繰り返すことのできる訪問看護師には果たせる役割があるのではないか。

未婚の子と同居している高齢者世帯は子の嗜好を優先している、あるいは、外部依存が高い。この結果は松井の研究と一致する(松井, 2003b)。同世帯で親の食生活改善が必要になれば子どもの協力が基本になるが、食生活の傾向を鑑みると子どもに期待をいただくのは難しい。かといって、子が同居している世帯ではホームヘルプサービスの生活援助が利用出来ない。よって、同世帯の高齢者の食生活改善を促すには栄養士のほか、家庭を訪問する地域包括支援センターの保健師や個人を受け持つ訪問看護師にもできることがあるのではないか。

高齢者だけの世帯は増加の一途を辿り、国勢調査によれば、高齢夫婦世帯は平成12年が366万世帯であるのに対して平成17年は449万世帯に、高齢単身男性世帯は平成12年が7万4千世帯であるのに対して平成17年は10万5千世帯に、高齢単身女性世帯は平成12年が22万9千世帯であるのに対して平成17年は28万1千世帯へと、年々増加している。したがって、高齢者の栄養改善事業の推進は家族を含め、管理栄養士という専門職や地域のフォーマル・インフォーマルな組織や地域に暮らす人々の共助の力も視野に入れた介入が必要になる。そのなかにおいて、専門的な知識を有し地域の人々への認知度の高さと数の多さ・実行力から、看護職にも果たせる役割があるのではないだろうか。

V. 結論

本稿の分析では、高齢単身男性と独身の子とも同居している高齢者世帯は食生活に問題があることが懸念された。そして、これらの世帯に対して看護職は繰り返しアセスメントを行い栄養改善に向けて専門

的な支援を提供し続けることができるのではないかと述べた。そのほか、高齢者の間で中食が広がっていることに対する看護職の役割についてもふれた。

清水は「看護師は対象者の日常を評価し、栄養指導や栄養介入の必要性和問題点を具体的に提示する役割と各職種のさまざまな問題について仲介役も担う」と述べている(清水, 2008)。尾岸は「2001年に誕生した食看護学とは、食生活をどのように整えれば人々の生命力の消耗を最小にすることが可能であるかを問い、よりよく生きることを食との関わりでとらえて看護することを探求し、生活を整えることに真っ向から向き合う学問である」と述べている(尾岸, 2007)。両者の見解は、看護職は人々の食生活を整えることに深く拘わることができるという点で共通している。

以上の研究結果と清水や尾岸の見解を勘案すると、栄養改善事業の推進に向けて看護職には果たせる役割があるというのが筆者の結論である。次の課題は、栄養改善事業に携わる看護職を対象に活動内容を把握するための調査を実施し、その有効性を具体的に検証することだと考える。

引用文献

- (1) 岩渕道生(1998): 外食産業論, 農林統計協会, 68-74.
- (2) 古賀奈保子, 清水幸子, 田中和美(2008): 高齢者のための栄養ケア・マネジメント事例集, 日本医療企画, 96-99.
- (3) 厚生労働省(2005): 全国厚生労働関係部局長会議資料, 2009年10月25日引用<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/bukyoku/rouken/index.html>.
- (4) 厚生労働省大臣官房統計情報部編(2007): 平成19年度地域保健老人保健事業報告(老人保健編), (財)厚生労働統計協会, 262-263.
- (5) 厚生労働省(2009): 介護予防マニュアル(改訂版), 2009年10月30日引用http://www-bm.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1a_0001.pdf
- (6) 厚生労働省(2009): 介護予防継続的評価分析等検討会, 2009年11月20日引用<http://www-bm.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/s0326-12.html>
- (7) 松井順子(2001): 高齢者の食事保障に関する考察—要介護者への配食サービスを中心として—, 家計経済研究所, 季刊家計経済研究, (52), 50-60.
- (8) 松井順子(2003a): 高齢者の食事保障に関する考察—配食サービスの給付と利用, 東京都の調査から—, 日本社会医学会, 社会医学会研究, 21, 63-70.
- (9) 松井順子(2003b): 高齢者の食事保障に関する考察—神戸市要介護者と国立市配食サービス利用者へのアンケート調査による比較から—, 生活経済学会, 生活経済学会研究, 18, 105-117.
- (10) 宮本啓子, 若杉早苗, 水嶋美穂子, 東野定律, 小山秀夫(2009): 介護予防・特定高齢者施策における栄養改善事業の課題と対応に関する検討, 日本介護経営学会, 介護経営, 4(1), 3-14.
- (11) 茂木新太郎(1997): 現代の外食産業, 日本経済新聞社, 161-190.
- (12) フローレンス・ナイチンゲール(1860), 訳, 薄井坦子, 小玉香津子, 他(1968): 看護覚え書き, (6) 現代社, (2001), 112-134.
- (13) 尾岸恵三子編(2007): 食看護学, 医歯薬出版, 117-183.
- (14) 小田勝己, 神谷貢, 食料・農業政策研究センター編(2002): 食料白書ライフスタイルの変化と食品産業, 農産漁村文化協会, 123-134.
- (15) 清水幸子, 田中和美, 古賀奈保子(2008): 高齢者のための栄養ケア・マネジメント事例集, 日本医療企画, 16-17.
- (16) 清水哲郎(1992): シルバーエイジングの食行動とその将来, 外食産業総合調査センター, 45-64.
- (17) Stratton RJ, Green CJ, Elia M, Evidence(2003): based for oral nutrition support. Disease-Related Malnutrition: an Evidence-based approach to treatment. London. CABI International Publishing. 168-236.
- (18) 杉山みち子(2005): 介護サービスの実施プログラムの開発及び提供・支援体制の検証事業介護予防のサービスの提供に係るマニュアルに関する研究 栄養改善マニュアル, 厚生労働省, 86.
- (19) 杉山みち子, 五味郁子(2005): 介護予防のための低栄養スクリーニング・システムに関する研究, 平成16年度総括研究報告書, 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学研究事業, 80-88.
- (20) 杉山みち子, 遠又靖丈(2008): 介護予防における栄養ケア・マネジメント, 日本公衆衛生誌, 55(2), 110-111.
- (21) 杉山みち子(2009): 栄養改善マニュアル(改訂版), 介護予防マニュアル分担研究班, 2009年11月3日

引用, <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-le.pdf>, 8.

(22) 時子山ひろみ (2000) : フードシステムの経済学, 医薬出版, 63-82.

(受付 : 2009.12.1 ; 受理 : 2010.1.26)