

令和2年度「被災者栄養・食生活支援事業」実施要領

1 目的

東日本大震災及び原発事故による避難生活の長期化により、被災者の健康状態のさらなる悪化が懸念されているが、避難先が広域にわたることから、栄養管理が必要な県民に対する栄養サポート体制の不足が課題として挙げられている。

そのため、被災市町村や避難先市町村、住民を対象に、市町村や保健福祉事務所の要請に応じ、健康状態の把握や、栄養相談・栄養指導、対象者の生活に即した調理実習等を継続的に行うことにより、被災者の生活習慣病の発症及び重症化の予防並びに健康増進を図ることを目的とする。

2 実施主体

福島県

公益社団法人福島県栄養士会（以下、「栄養士会」という。）

3 実施時期

令和2年4月1日から令和3年3月22日まで

4 実施体制

福島県内6地域（県北、県中、県南、会津、相双、いわき）を中心に、被災市町村、避難先市町村及び関係機関等と連携を図りながら実施する。

5 事業内容

被災市町村等から提出される支援要望書（別紙1）に基づき、次の活動を実施する。

- （1）継続的な栄養指導の実施（保健センター等への通所・家庭訪問等）
- （2）生活習慣病の発症及び重症化予防を目的とし、実践につながる調理実習
- （3）その他、住民の生活習慣病予防等に必要と認められる活動

6 支援活動の流れ及び活動報告

（1）支援要望書（別紙1）の提出

支援活動を希望する市町村等は、支援要望書を提出する。

提出は、郵送またはFAXにより「9 連絡・問合せ先」へ送付する。

（2）要望内容の確認と事前調整

ア 栄養士会は、要望書提出者（以下、「依頼者」という。）へ、電話等により支援内容等を確認する。

イ 栄養士会は、支援活動を担当する管理栄養士・栄養士（以下、「支援担当者」という。）を決定する。

ウ 支援担当者、依頼者、支援先市町村及び管轄保健福祉事務所等は、支援活動にあたり事前打合せを行い、円滑な活動実施に努めるものとする。

(3) 支援活動の実施

(4) 活動報告

栄養士会は、支援活動終了後、支援活動実績報告書（別紙2）により、依頼者、管轄保健福祉事務所等に報告する。なお、中核市で活動を行った場合には、中核市保健所にも同様に情報共有する。

7 支援要望に係る留意事項

(1) 依頼者は、支援対象者の健康課題等を把握した上で要望書を提出するものとする。

(2) 日常的かつ健康的な食生活を体験することで、住民が理解し、生活の中で実践できる力をはぐくむ活動を実施するため、季節行事等に関連したいわゆるハレの体験活動ではなく、日常として継続できる内容とする。

8 支援活動上の留意事項

(1) 相談や訪問等により得られた個人情報、県の規定により取扱う。

(2) 支援活動で把握した住民の健康課題や連絡事項等については、6（4）に定めた様式に限らず、必要に応じ、市町村担当者等に随時報告、情報提供する。

(3) 地域全体の健康増進のため、あらゆる場で一貫した内容の情報提供を行える体制の整備に努める。

(4) 活動に当たっては、「福島県新型コロナウイルス感染拡大防止対策」等に基づき、地域の実情に応じて実施するものとする。

9 連絡・問合せ先

公益社団法人福島県栄養士会

住所 〒963-8014 郡山市虎丸町6-18 虎丸ビル201

電話 024-939-1195（平日9時～17時）

FAX 024-939-1222（終日受付）

(別紙1)

年 月 日

公益社団法人福島県栄養士会事務局 行 (FAX 024-939-1222)

令和2年度被災市町村等における栄養・食生活支援要望書

依頼者 (市町村名等)		所在地	〒
連絡先	職名	TEL/FAX	
	氏名	E-mail	
支援先 (市町村名等)		所在地	〒

※ 貴市町村等で支援を希望する内容について、下記に御記入ください。

※ 詳細につきましては、後日電話等で確認させていただきます。

※ 本事業は、厚生労働省の被災者支援総合交付金を活用しています。事業の性質上、被支援者の住宅区分について確認させていただきますので、御協力をお願いいたします。

1 仮設住宅や借上住宅等への個別訪問を希望する。

- 実施予定日 月 日 () : ~ :
- 随時、必要に応じて訪問してほしい (月 回程度)
- その他 ()

2 仮設住宅集会所等における個別・集団指導等の支援を希望する。

- 栄養指導等 月 日 () : ~ :
- 内容 ()
- 調理実習を伴う健康教室等 月 日 () : ~ :
- 内容 ()
- その他 ()

※内容については、糖尿病予防や減塩の調理実習、健診事後指導等、具体的にお書きください。要望が一時期に集中した場合、重症化予防に寄与する活動を優先的に支援します。なお、実習を伴わない会食は支援対象外です。

3 その他

上記以外に希望する支援や、御要望、御質問等があればお書きください。

4 確認事項

実施後に、事業内容に関するアンケート等に御協力いただけますか。

- はい いいえ

別紙2（翌月10日までに管轄の保健福祉事務所・中核市保健所、依頼者に報告する。）

「被災者栄養・食生活支援業務」支援活動実績報告書
〔依頼者： _____〕

（公社）福島県栄養士会 支援活動実施日： 年 月 日（ ）
報告者 職氏名：栄養士・管理栄養士

1 個別訪問

実施場所	時間	実施人数	実施内容	支援者名	他スタッフ
(備考)					

2 集会所等での活動（個別・集団の別、支援時間、支援した人数を明記）

実施場所	時間	実施人数	実施内容	支援者名	他スタッフ
(備考)					

3 その他の活動（個別・集団の別、支援時間、支援した人数を明記）

実施場所	時間	実施人数	実施内容	支援者数	他スタッフ
(備考)					

4 その他（連絡事項、特記事項等）

--