

平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）

## 『居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業』

### 居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態把握とその 体制に関する研究 概要版

平成 25 年 3 月

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

介護保険制度創設により、栄養管理を要する居宅要介護高齢者に対する管理栄養士による居宅療養管理指導の導入がされた。平成 17 年 10 月に導入された介護保険施設の食事料の全額自己負担化に伴う、栄養ケア・マネジメント制度の導入は、介護保険分野における低栄養問題の存在を社会的に明らかにし、その対応として高齢者の個別栄養ケアが社会的重要性の認識醸成に著しく貢献した。平成 18 年 4 月には、管理栄養士による居宅療養管理指導は、食事療法のみならず高齢者の個別の低栄養状態に対応した栄養ケア・マネジメントの提供に改正され、介護予防事業における栄養改善、病院の栄養管理実施加算制度、障害者自立支援法への栄養ケア・マネジメント制度普及という成果にもつながった。さらに、NST 制度の診療報酬制度への評価も、このような成果の延長線上にあると考えられる。

本学会は、学会事業として栄養ケア・マネジメントを担える臨床栄養師育成のための研修制度をはじめ、管理栄養士のみならず医師、看護師、薬剤師等の病院の栄養サポートチーム研修制度を実施している。また、老人保健健康増進等事業として施設および在宅高齢者のための栄養ケアチームの育成（管理栄養士等 1,200 名）とその評価、通所サービスにおける栄養改善のあり方、さらには、施設及び在宅高齢者の栄養改善、認知症、摂食・嚥下障害、エンド・オブ・ライフなどの困難事例への有効な栄養ケア・マネジメントの具体的な取り組み方を提示し、施設及び在宅高齢者の栄養ケア・マネジメントの推進に寄与してきた。

本研究事業では、平成 37 年には 3,510 万人にまでに増大する在宅高齢者に対応するために、管理栄養士の居宅療養管理指導を利用可能なサービス資源へと再生するための制度政策論的アプローチのための緊急提言を行うことを目的とした。そのために、具体的には、Ⅰ．管理栄養士による居宅療養管理指導の実態分析、Ⅱ．管理栄養士による居宅療養管理指導のインタビュー調査による普及阻害要因の分析、Ⅲ．タウンミーティングから、1．有効事例からみたポテンシャルの分析、2．地域包括ケアシステムにおける栄養分野の居宅療養管理指導のシステム化、3．在宅支援診療所（在宅支援病院）等とのさらなる連携強化施策の検討、4．制度政策論的アプローチに関する提言を行った。

本研究成果が管理栄養士の居宅療養管理指導の量的拡大と質的向上に寄与し、今後の地域包括ケアシステムの一環として推進されることを願うものである。

『居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業』居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態把握とその体制に関する研究班

委員長 小山 秀夫

(学会事務局長 兵庫県立大学大学院教授)

平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）  
『居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業』居宅高齢者の栄養ケア・マネジメント  
のための居宅療養管理指導の実態把握とその体制に関する研究班

委員長 小山秀夫（兵庫県立大学大学院教授）

「栄養領域の居宅療養管理指導の制度・政策検討委員会」

小山秀夫 兵庫県立大学大学院教授  
太田貞司 聖隷クリストファー大学大学院教授  
宇田淳 広島国際大学教授  
加藤昌彦 相山女学園大学教授  
天本宏 天本医院院長  
菊谷武 日本歯科大学教授  
木村隆次 日本介護支援専門員協会会長  
池端幸彦 池端病院理事長  
佐藤悦子 愛全診療所  
奥村真理子 梶原診療所  
江頭文江 地域栄養ケア P E A C H 厚木

「研究推進委員会」

杉山みち子	神奈川県立保健福祉大学教授	宇田淳	広島国際大学教授
野地有子	千葉大学教授	杉森裕樹	大東文化大学教授
榎裕美	愛知淑徳大学准教授	合田敏尚	静岡県立大学教授
大木和子	昭和女子大学教授	高田和子	(独) 国立健康・栄養研究所室長
早淵仁美	福岡女子大学教授	渡邊美鈴	脳血管研究所美原記念病院栄養科長
三原法子	山形大学講師	澤井明香	神奈川工科大学准教授
藤谷朝実	横浜市東部病院栄養副部長	麻植有希子	静岡県立大学大学院
古賀奈保子	いばらき診療所	谷中景子	千春会病院
大久保陽子	マイライフ徳丸	矢野目英樹	相澤病院栄養科長
高橋加代子	九段坂病院	三橋扶佐子	日本歯科大学助教

実態調査オブザーバー 葛谷雅文 名古屋大学医学系研究科教授  
研究補助者 片岡陽子 長瀬香織 神奈川県立保健福祉大学栄養ケア・マネジメント室

## 要 約

本研究事業では、委員長のもとに検討委員会を設置し、平成 37 年には 3,510 万人にまでに増大する在宅高齢者に対応するために、管理栄養士の居宅療養管理指導を利用可能なサービス資源へと再生するために、1. 実態調査 2. 実施機関事例のインタビュー調査 3. タウンミーティングに関する以下の結果を踏まえて 10 の緊急提言を行った。

1. 管理栄養士による居宅療養管理指導を実施している 24 医療機関の 37 名の担当管理栄養士及び調査月 1 ヶ月間の担当利用者 251 名について郵送による留め置き式調査を行い、担当管理栄養士は訪問経験や取得資格等からキャリアの高い者であり、利用者 1 名当たり準備、移動、指導、連絡調整、報告書作成等を含めて平均約 2 時間半を費やし、1 日訪問件数 4 件が限界であった。利用者は要介護 4,5 の重度者や男性が半数近く、経口摂取 82.5%であったが、摂食嚥下障害重度化分類によって摂食・嚥下に何らかの問題が 68.4%、低栄養スクリーニング (MNA-SF) による低栄養のおそれのある者 43.0%、低栄養状態にある者 35.9%を合わせて 78.9%と多く、利用者・家族のうち食事内容や食事準備、治療食、食事形態等に不安や困っている者が 85.4%にも及んでいた。利用者 1 名に対しての管理栄養士の居宅療養管理指導による平均訪問回数は 31.2 回と長期にわたり、最大訪問回数は 250 回、平均 1 年以上継続していた。
2. 管理栄養士の居宅療養管理指導を実施している 22 医療機関の管理栄養士、医師、看護師、介護支援専門員、事務長・同次長、社会福祉士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護職、歯科医師、薬剤師、作業療法士、摂食嚥下評価担当者の 95 名のインタビュー逐語録の文節の概要分類に基づいて 1. ニーズの見える化 2. 指導内容の質の向上 3. ケア内容の明確化 4. 管理栄養士の役割の構造化 5. 対象の構造化 6. 在宅ケアの担い手としての 2 つの専門能力「在宅ケア推進能力」と「臨床栄養師の能力」の育成 7. 組織変革型能力の育成 8. 介護保険制度の柔軟な運用が求められることを明らかにした。
3. 管理栄養士による居宅療養管理指導の推進することを目的に、タウンミーティングを京都府長岡京市と神奈川県横須賀市において試行し、管理栄養士の地域栄養ケア活動の周知、地域会議の場を提供、「地域栄養士連絡協議会」を設置への契機となったことから、今後、タウンミーティングによる地域介入の有効性を全国的に展開し検証していくことが求められた。以上の結果に基づいて 管理栄養士の居宅療養管理指導の量的拡大と質的向上のために、以下の提言をおこなった。

## 提言

- (1) 管理栄養士の居宅療養管理指導に関する仕組みについて、医療従事者や介護保険事業者に一層の周知徹底が必要である。
- (2) 主任介護支援専門員および介護支援専門員に対する高齢者の栄養管理教育の一環として、摂食嚥下障害・栄養障害と健康障害（低栄養、誤嚥性肺炎、褥瘡、ADLの悪化、要介護度の悪化）の基礎教育と継続研修の充実が必要である。
- (3) 介護保険者（市町村）の介護保険担当者に対し、介護予防や重度化予防の観点から地域における栄養管理サービスに対する注意喚起が重要である。
- (4) 関連通知等の文章の内容について、より分かりやすい文章とし、Q&Aなどで具体的事例紹介や解説（例えば、「通院困難」とはどのような状態か等）が必要である。
- (5) 管理栄養士の医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション職員・歯科医師・歯科衛生士との同行訪問について、規制緩和が必要である。
- (6) 管理栄養士の訪問可能回数は、1日に平均4回程度であり、介護報酬上の評価について、利用者の実態に加えて経営実態の詳細な調査が必要である。
- (7) 平成24年4月から任意に開始された「介護予防・日常生活支援総合事業」の配食事業に必要な応じて高齢者栄養管理に精通した管理栄養士の関与が必要である。
- (8) 管理栄養士には、「在宅ケア推進能力」と「臨床栄養師の能力」向上についての管理栄養士養成課程、国家試験の見直し、初任者研修、継続研修の一連の生涯教育体制の確立が必要である。
- (9) 地域包括支援センターに管理栄養士の関与（配置）を義務化する必要がある。
- (10) 地域医療を担当する医師・訪問看護師・主任介護支援専門員および介護支援専門員と管理栄養士の連携強化が重要であることから、今後、管理栄養士を地域会議のメンバーに加える必要がある。

**平成37年 3,510万人にまでに増大する在宅高齢者に対応するため  
管理栄養士の居宅療養管理指導を利用可能なサービス資源へ再生する**

**I. 24医療機関の37名担当管理栄養士調査月1ヶ月間の担当利用者251名郵送による留め置き式調査**

1. 管理栄養士:高いキャリア (臨床栄養師、栄養サポートチーム専従要件、介護支援専門員資格等)
2. 利用者:要介護4, 5;50.0%、男性45.0%、経口摂取者82.5%、摂食・嚥下問題者(重症度分類)68.4%、低栄養(MNA-SF)78.9%、食事の不安・困難の訴え者85.4% 利用年数平均1年以上
3. 業務時間:利用者1名当たり総時間(準備、移動、相談、連絡調整、報告書作成等)2時間半、1日3~4件

**II. 22実施医療機関の管理栄養士、医師、看護師、介護支援専門員、事務長・同次長、社会福祉士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護職、歯科医師、薬剤師、作業療法士、摂食嚥下評価担当者95名の訪問インタビューから分析**

1. ニーズの見える化 ←利用者ニーズは高いが、介護支援専門員、医師、看護師の理解が低い
2. 指導内容の質の向上←管理栄養士には病院での栄養管理やNST経験等が必要
3. ケア内容の明確化 ←成功事例において血糖コントロール、食事量改善、食形態対応、褥そう治療、経口移行等
4. 管理栄養士の役割の構造化←直接的栄養ケアと介護支援専門員等への教育の間接ケアを担当
5. 対象の構造化 ←重度化した要介護高齢者及び介護予防対象者への早期把握と栄養ケア介入
6. 「在宅ケア推進能力」と「臨床栄養師の能力」の育成 ←管理栄養士を在宅ケアの担い手として養成
7. 組織変革型能力の育成← 管理栄養士には個人の専門能力と地域・組織を変革させる能力が必要
8. 介護保険制度の柔軟な運用← 関連通知の理解困難、医療機関からの容易な加算請求、同行訪問の推進、食生活確保のために配食事業との連携推進など

**III.長岡京市、横須賀市でのタウンミーティングから**

1. 管理栄養士の地域栄養ケア活動への位置づけ
2. 地域会議の場提供と管理栄養士の位置づけ
3. 「地域栄養士連絡協議会」によるネットワークの構築
4. タウンミーティングによる地域介入の有効性検証

**提言(ⅠⅡⅢ:との関係)**①一層の周知徹底(Ⅱ1) ②主任介護支援専門員・介護支援専門員に対する栄養管理教育の充実(Ⅰ2,Ⅱ1,4,5,Ⅲ1,2)③介護保険者、担当者への注意喚起(Ⅰ2,Ⅱ1) ④関連通知文章での事例紹介、解説(Ⅱ1,Ⅱ8) ⑤同行訪問の規制緩和(Ⅱ6,8) ⑥経営実態調査の必要性(Ⅰ3,Ⅱ8) ⑦介護予防・日常生活総合事業(配食事業等)への管理栄養士の関与(Ⅰ2,Ⅱ6,8) ⑧養成・国家試験の見直し、初任者研修、継続研修等生涯教育体制(Ⅰ1,Ⅱ2,3,4,5,6) ⑨地域包括支援センターに管理栄養士の関与を義務づける(Ⅰ2,Ⅱ,Ⅲ) ⑩地域会議のメンバーに管理栄養士を位置づける(Ⅰ,Ⅱ1,3,7,Ⅲ)

平成24年度老人保健健康増進等事業:「居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業」-居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態把握とその体制に関する研究- 日本健康・栄養システム学会

本研究事業では、平成37年には3,510万人にまでに増大する在宅高齢者に対応するために、管理栄養士の居宅療養管理指導を利用可能なサービス資源へと再生するための制度政策論的アプローチのための緊急提言を行うことを目的としている。

居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導(以下「居宅療養管理指導等」という。)は、病院・診療所・薬局の医師などが、通院困難な要介護者等の自宅を訪問して、療養上の管理及び指導を行うものである。サービス内容に応じて、①医師、歯科医師、②薬剤師、③管理栄養士、④歯科衛生士等、⑤看護職員が担当する。

医師又は歯科医師の判断に基づいて行われるため、介護保険の他サービスとは異なり、ケアマネージャーが作成する居宅サービス計画での位置付け(支給限度額管理)の対象とはならないが、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る多介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(以下「指定基準」という。)に従ったサービス提供が必要である。また、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」に基づく介護報酬算定が必要である。

病院、診療所、薬局は、介護保険法第71条第1項(法第115条の11により準用される場合を含む。)により、保険医療機関または保険薬局である場合は、介護保険の指定事業所としてみなされる(みなし指定)。みなし指定を希望しない場合は、保険医療機関等の指定を受ける際に県庁高齢社会課にみなし不要申出書を提出する。みなし指定を再度希望する場合は、みなし指定を不要とする

旨の申出の取り下げ書を提出する。指定（介護予防）訪問看護ステーションが保健師、看護師又は准看護師による（介護予防）居宅療養管理指導を行う場合には、（介護予防）居宅療養管理指導について、法第70条の指定居宅サービス事業者の指定が必要となる。

管理栄養士が行う居宅療養管理指導等は、特別食を必要とする利用者や低栄養状態にある利用者に対して、管理栄養士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問し、栄養ケア計画を作成し当該計画を患者またはその家族に対して交付するとともに、当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係わる情報提供および栄養食事指導または助言を30分以上行った場合に、1月に2回を限度として算定できるものである。

本研究事業では、Ⅰ. 管理栄養士による居宅療養管理指導の実態分析、Ⅱ. 管理栄養士の居宅療養管理のインタビュー調査による普及阻害要因の分析、Ⅲ. タウンミーティングから1. 有効事例からみたポテンシャルの分析、2. 地域包括ケアシステムにおける栄養分野の居宅療養管理指導のシステム化、3. 在宅支援診療所（在宅支援病院）等とのさらなる連携強化施策の検討、4. 制度政策論的アプローチに関する提言を行った。

## **I. 管理栄養士による居宅療養管理指導利用者の実態調査**

管理栄養士による居宅療養管理指導利用者の摂食嚥下障害・栄養障害の状況や管理栄養士による取り組みについて明らかにし、今後の段階の前向き調査により、摂食嚥下障害・栄養障害と健康障害（低栄養、誤嚥性肺炎、褥瘡、ADLの悪化、要介護度の悪化）の経時的変化を観察し、管理栄養士の居宅療養管理指導の効果について検討することを目的とした。

日本健康・栄養システム学会により認定された臨床栄養師240名に対し、メーリングリストを用いて、「管理栄養士による居宅療養管理指導」を実施している医療機関として申し出のあった、あるいは紹介された37医療機関のうち研究協力の同意が得られた24施設（東京都6施設、神奈川県5施設、千葉県2施設、茨城県2施設、埼玉県1施設、愛知県1施設、富山県1施設、石川県1施設、京都府2施設、福岡県1施設、山梨県1施設、兵庫県1施設）の37名の管理栄養士を対象とし、管理栄養士の特性について調査票を用いた郵送留め置き式調査を実施した。また、葛谷らにより作成された調査票を同様に郵送留め置き、事前に申告のあった調査月に担当した65歳以上の管理栄養士による居宅療養管理指導利用者361名のうち251名を回収し基本集計を行い、以下の結果を得た。なお、当該研究は、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会及び協力病院の研究倫理審査委員会の承認を得て行われた。

### **1. 居宅療養管理指導を担当する管理栄養士の特性**

①24施設37名の居宅療養管理指導を担う管理栄養士の管理栄養士としての経験年数は平均15.1年、居宅療養管理指導経験年数は平均4.4年、介護保険制度施行前から訪問栄養食事指導に携わっていた管理栄養士5名が含まれ、在宅訪問の経験が長い者が多かった。また、非常勤40.5%、病棟や外来等他部署との併任21.6%、専任は37.9%と少なかった。

②管理栄養士は、インターン研修制度（100時間の講座と900時間のインターン研修）による当該学会認定臨床栄養師（病院栄養サポートチーム加算取得）37.8%、学会等研修によって栄養

サポートチーム加算要件を満たす者も 21.6%、介護支援専門員 24.3%が含まれ、専門職としてのキャリアがあった。

## 2. 管理栄養士の居宅療養管理指導の取り組み

①管理栄養士 1 名当たりの調査月 1 か月間の居宅療養管理指導の加算取得平均人数 9.2 名、平均延べ人数 11.8 名、1 日の訪問件数は平均 2.0 件であったが、調査月 1 か月間の最大加算取得人数 39 名、最大平均延べ人数 50 名、また、1 日の最大訪問件数は 5 件で、1 か月 280,500 円の収益を上げる者もあった。

②食事を「すべて把握している」「ほぼ把握している」を合わせて 97.1%、具体的な指導内容は、調理法 86.5%、食事の形態 83.8%、栄養素摂取量 83.8%、とろみ剤の使用 70.3%、食欲不振への対応 70.3%などであり、BMI の把握は全員、食事摂取状況の把握は 94.6%で行われ、簡便なスクリーニング方法の利用は MNA-SF40.5%、SGA18.9%、摂食嚥下障害の判定については「すべて把握している」42.9%、「一部把握できている」54.3%であり、「摂食嚥下障害があった場合に嚥下造影検査のできる病院への受診を勧める」が 18.9%と、地域病院における摂食嚥下評価の取り組みやそのための病診連携が未だ十分に行われていない状況を反映していた。

③管理栄養士が利用者について相談する身近な職種は、介護支援専門員 86.5%、医師 83.8%、訪問看護師 64.9%であり、一方、管理栄養士が利用者について相談を受ける職種として介護支援専門員 81.1%、訪問看護師 67.6%、医師 62.2%であった。杉山らの平成 24 年度の調査では、横須賀・三浦地区の介護支援専門員 80 人のうち相談できる管理栄養士が身近にいる者は 34.6%にすぎなかったことから比べると、居宅療養管理指導を担当する管理栄養士は介護支援専門員をはじめとする他職種との相談がよく行われていた。

## 3. 利用者の特性、摂食嚥下障害、低栄養状態等

①管理栄養士による居宅療養管理指導の利用者は、平均年齢 79.6 歳、男性 45.0%、女性 55.0%と男性が半数近く含まれ、要介護 4、5 の重度化した者が 50.0%を占め、独居 16.2%、配偶者の健在な者 50.8%、脳血管疾患障害 43.0%、片麻痺 38.4%、明らかな認知症が 37.8%にみられた。

②①の利用者は経口摂取が可能である者が 82.5%と多いものの、普通食は 51.4%にとどまり、摂食嚥下障害重度化分類によって摂食・嚥下障害に関する何らかの問題が 68.4%にも見られた。また胃瘻管理 17.1%、経管栄養法 8.0%、中心静脈栄養 0.8%、褥瘡管理 9.6%等の医療措置を必要としており、MNA-SF による低栄養のおそれのある者 43.0%と低栄養状態にある者 35.9%を合わせて 78.9%にも及んでいた。

②利用者・家族のうち、食事内容や食事準備、治療食、食事形態等に不安や困っている者が 85.4%にも及んでいた。

## 4. 利用者に費やされた訪問回数と業務時間

上記(3)の利用者 1 名に対しての管理栄養士の居宅療養管理指導による平均訪問回数は 31.2

回と長期にわたっており、最大訪問回数は250回にも及んでいた。これは、1か月2回訪問したとしても管理栄養士による居宅療養管理指導が平均して1年以上継続していることを示していた。

管理栄養士が居宅療養管理指導に費やす時間は、利用者宅における平均指導時間は53.2分、平均移動時間34.2分、情報収集等準備時間26.6分、指導後の平均帳票記載時間約28.0分、他職種への連絡調整時間約19.6分であり、1名の利用者に費やす時間は2時間30分を超えることが明らかになった。この業務時間は、調査月1か月の延べ訪問件数が20件以上の管理栄養士においても同様に2時間を越えていた。それゆえ、1日の訪問件数は多くても3~4件程度が限界であった。

以上の結果よりまとめを行った。

①居宅療養管理指導実施事業所や担当の管理栄養士を網羅している公表された情報は殆どなく、対象者の選択は自己申告や推薦によるバイアスのあるものとなった。しかし、管理栄養士の居宅療養管理指導Ⅰの1か月の請求事業所が約140事業所、受給者数約660名（厚生労働省介護給付実態調査 平成24年4月）とすれば、対象事業所数は約17%、対象者数ではその38%程度に相当する。今後は、地域の管理栄養士の居宅療養管理指導実施事業所や担当の管理栄養士を「見える化」していくことが求められる。

②対象となった管理栄養士は居宅療養管理指導の経験年数を積んだ者、栄養サポート・チームの資格要件を満たしている者、インターン研修経験を有するなどの臨床栄養の研鑽を積んでいる者が多く、実際の指導内容は、調理方法や食事内容、食事形態などの具体的な内容であり、食べることを本人・家族が在宅で実施可能なことへの落とし込みが行われていた。このような管理栄養士のキャリアは、利用者に管理栄養士の居宅療養管理指導が受容され1年以上継続できていたことや介護支援専門員、医師、訪問看護師等の関連職種とよく情報連携体制が取られていたことにも反映していた。さらに、このことは、居宅療養管理指導を担う管理栄養士の今後の教育・研修のあり方の指針となる一方、対象となった管理栄養士には指導者としての役割が期待された。

③利用者の特性は、施設入所高齢者に比べて男性が多いこと、また、経口摂取が可能であっても摂食嚥下機能に問題がある者、低栄養のおそれや低栄養にある者、本人・家族に食事への不安がある者が大多数であること、さらには、血糖コントロール、経管栄養、褥瘡等の対応が必要な者であり、管理栄養士の居宅療養管理指導が必要とされていた。このような在宅サービス利用者に対して管理栄養士は医師の指示を得るための依頼を行い、他職種から情報を収集し、訪問先の高齢者や家族の話を傾聴し、個別に見合った食事の提供や調理法について丁寧なアドバイスを行い、終了後も詳細な報告書の作成や他職種への連絡調整が行われていることが推察された。しかし、本業務の効率化を行い、より多くの高齢者に対応すること、あるいは、重点的に丁寧な対応を行う場合と他職種へのコンサルテーションを行う場合などに適切に振り分ける仕組みづくりや、簡便で適切な報告の方法などを検討し、今後、地域において増大する在宅サービス利用者に対応できる管理栄養士の栄養ケア・マネジメントのあり方を検討し、検証していくことが求められた。



④本調査の協力医療機関において、管理栄養士の居宅療養管理指導の対象者を把握するために、退院時や訪問診療の高齢者全員について栄養スクリーニングがなされ、低栄養状態、摂食嚥下障害あるいは治療食の必要性が把握されているわけではない。管理栄養士による居宅療養管理指導の導入は、医師の判断や訪問看護師や介護支援専門員の依頼によって医師の指示が得られた、限られた人数である。実際には、在宅の通所困難な高齢者において低栄養状態や摂食嚥下障害にある者、あるいは治療食を要する者は膨大な数に及ぶものと推察される。地域包括ケアシステムにおいては高齢者の生活を支えることが基盤である。生活基盤の中心は食生活であることから、地域包括支援センターや介護支援専門員には、居宅サービス利用者全数に対して、低栄養、摂食嚥下障害、治療食を必要とする者を把握する体制が求められる。また、介護保険施設と同様に、在宅サービス利用高齢者に対して管理栄養士を医療機関等に常勤雇用して居宅療養管理指導を含めた在宅栄養ケア・マネジメントを運営できる体制づくりが求められる。

## II. 管理栄養士による居宅療養管理指導事例のインタビュー調査

日本健康・栄養システム学会が育成した臨床栄養師の所属する管理栄養士による居宅療養管理指導を実施している施設あるいは臨床栄養師が推薦する実施している医療機関の院長、管理栄養士、管理栄養士が栄養ケアに関する情報交換や連携している看護師、介護支援専門員、摂食嚥下機能評価担当者等を対象とした個別及びグループインタビュー調査から、1. 管理栄養士の居宅療養管理指導について探索的に把握される課題、2. 管理栄養士の居宅療養管理指導の事例分析による普及阻害要因、3. 有効事例からみた栄養分野の居宅療養管理指導のポテンシャルについて検討することを目的とした。

日本健康・栄養システム学会に認定された臨床栄養師 240 名に管理栄養士による居宅療養管理指導を実施の申告あるいは推薦を得た 40 の医療機関のうち郵送による協力依頼を行い承諾の得られた 22 施設全 95 名、職種別には管理栄養士 31 名、医師 20 名（うち院長：10 名 理事長：1 名）、看護師 15 名、介護支援専門員 13 名、事務長・同次長 4 名、社会福祉士 2 名、言語聴覚士 2 名、歯科衛生士 2 名、介護職 2 名、歯科医師 1 名、薬剤師 1 名、作業療法士 1 名、摂食嚥下評価担当者（職種不明）1 名を対象とし、熟練者である野地有子から事前のトレーニングプログラムを受けた協力研究者が、インタビューガイドを用いた 2 時間 30 分程度の訪問インタビューを行い、録音テープから作成した逐語録に基づいて、インタビューガイドの項目に沿って内容をまとめたうえで、その概念化を行なった。本研究は神奈川県立保健福祉大学研究倫理委員会に申請し承認を得た。

22 施設 95 名から得られたインタビューから作成された逐語録の文節の概要を(1)ニーズについて（院長、他職種から）(2)対象者の把握とその後の流れについて (3)カンファレンス（担当者会議）について (4)モニタリングについて (5)管理栄養士が居宅療養管理指導にあたり配慮していること (6)成功事例 (7)管理栄養士への他職種からの要望 (8)他職種との連携 (9)退院から在宅への継続性 (10)地域包括ケアシステムの一環としての展開のために (11)介護報酬制度の課題 (12)教育・研修のあり方 (13)その他の加算が伸びない理由に文節を分類し、

以下の結果を得た。

### 1. ニーズについて（院長、他職種から）

退院後及び在宅高齢者の療養の基本に栄養サポートのニーズが高いことが示され、管理栄養士の居宅療養管理指導の導入によって対応していることが明らかになった。具体的に管理栄養士の居宅療養管理指導が寄与する内容も明らかになり、それらは、患者の低栄養の改善、褥瘡、摂食嚥下障害、糖尿病及び腎臓病等の栄養療法の必要性、独居及び老老介護の高齢者の食形態や粗食への対応等であった。

これらのニーズは、在宅での日常生活の中に埋没し、潜在的な健康問題や疾患の再発、入退院の繰り返しの関連していてもリスクとして認識されることが少ない。患者や家族だけでなく、在宅ケアに携わる介護支援専門員や医師、看護師等における栄養ニーズに関する理解が十分でないといえる。インタビューの中に栄養必要度などの提言もあったように、ニーズの見える化が焦眉の急である。

在宅医療では、“誰かが訪問して様子を見ること”が第一であり、在宅ケアチームの充実のためにも管理栄養士の活躍が期待された。

### 2. 対象者の把握とその後の流れについて

対象者の把握方法は多様であったが、主に、退院から継続する対象者と在宅で過ごしていて問題が把握される対象者の2本立てが示された。どちらにおいても、対象の抽出がうまくいっていない点があげられた。医療機関からの場合、栄養と食べることに関する情報は、NSTから在宅ケアにつながらないことが多く、在宅への移行時の必須情報になっていないといえる。入院中は疾患中心の療養管理といえるが、在宅では生活中心の療養管理となるため、栄養と食べることに関する情報は第一義的に重要になる。このギアチェンジの必要性や、情報の重みづけの変換についての認識が低いままであるといえる。

摂食嚥下などはアセスメントが難しく、ケアスタッフが気づいて発信地になることもあり、管理栄養士自身の気づきやアセスメントが重要となる。低栄養状態や摂食嚥下障害などについてのスクリーニングにおいては、管理栄養士による根拠に基づく対象者の把握を全例で実施することは難しいため、介護支援専門員や多職種が簡便に把握できる体制も求められており、管理栄養士のリーダーシップが求められている。すなわち、管理栄養士においては、在宅療養管理における栄養と食べることに関するマネジメントにも関心をもち、個別への直接ケアだけでなく、多職種の教育や利用者と家族の教育も期待される。

### 3. カンファレンス（担当者会議）について

ケアカンファレンスにおける管理栄養士のプレゼンスは低い実態が示された。先に述べたように、在宅療養における栄養と食べることに関する情報の重要性は、入院時に比べて増加しており必須情報となるため、居宅療養管理指導を担当している管理栄養士の参加が求められる。栄養と

食べることにに関する情報は、見えにくく、カンファレンス参加者の意識も高いとは言えない現状があるため、事例に即して、提示する工夫が必要といえる。

#### 4. モニタリングについて

モニタリングで継続することが、居宅療養管理の強みである。アセスメントからモニタリング、評価の一連の栄養ケア・マネジメントのプロセスはらせん状に展開されるので、モニタリングの際に、新たな問題がアセスメントされる場合もある。特に高齢者においては居宅療養に関する生活面を含んだアセスメントは1回の訪問で完了することが難しく、信頼関係の構築も必要なため、個別性を踏まえたモニタリングの継続が重要である。

モニタリングの実態は、平均月1回、気になる患者には月2回、あるいは1か月1回のカンファレンスを行っている診療所がみられた。また、在宅療養高齢者の食生活支援が目的であれば6か月間が1クールでよいという意見がみられ、頻度は状態に応じて個別対応が求められる。

#### 5. 管理栄養士が居宅療養管理指導にあたり配慮していること

管理栄養士が居宅療養管理指導の実施にあたって配慮していることは、

1. 受け入れてもらい信頼してもらうこと（病院の栄養士のイメージからの脱却）
2. 地域の文化や生活習慣・環境に見合った食事内容の工夫
3. 摂食嚥下機能のレベルに適応した食事形態の工夫
4. 介護者の経済能力や介護力に見合った食物選択や料理法のアドバイスであった。

栄養相談の基本となるのは臨床栄養であり、介護支援専門員、薬剤師、介護職、訪問看護師との情報交換や協働する努力もみられた。

#### 6. 成功事例

多くの成功事例が、管理栄養士だけでなく関連した多職種から示された。成功事例を積み重ねて管理栄養士の居宅療養管理指導を他職種が理解し、管理栄養士を信頼していくことが推進につながる。主な事例は、血糖コントロール、食事量、体重や血清アルブミン値の改善、褥瘡の治癒、経口移行、排便のコントロールによる訪問リハビリテーション時間の延長、座位保持時間、透析導入の延長、在宅生活の継続、食事量の増加、人間らしい生活への回帰などであった。また、家族が食事をつくれるようになったこと、家族の喜ぶ姿なども示された。特に、とろみの量の工夫などの食形態の支援は、他の職種では提供が難しい専門的知識であり、むせの予防に効果が見られた。

成功体験は、利用者や家族だけでなくケア提供者をまきこんで、関係者をエンパワーメントするので、居宅療養支援事業にとって大きな推進力となる。成功事例の情報発信は重要であり、成功した要因の分析等が今後の課題といえる。

#### 7. 管理栄養士への他職種からの要望

管理栄養士への他職種からの希望は、

1. 管理栄養士がどこにいて、何をしてくれる人かわかるようにしてほしい
2. 成功事例を共有化して、その有効性をわかるようにしてほしい
3. 在宅の生活をよくみて、病院栄養士によくある厳しい制限指導をしないでほしい
4. 居宅療養者が適切な食物を選び食べることができるようにしてほしい
5. 管理栄養士も訪問するのであれば、医療者の一人と家族はみなすので、高齢者の全身をみて、  
血圧、胸の音、誤嚥、肺炎になっているか、排便状況などがわかって対応したり、適切に報告  
してほしい
6. 管理栄養士自身が高齢者のためにアセスメントし、医師に指示を勧告するような力をつけて  
自立してほしい

などの希望や期待があげられた。

今回のインタビューでは、先駆的に実績をあげている全国の居宅療養指導実施施設であったので、他職種はある程度、管理栄養士の活動やその効果を評価しているグループであるといえる。上記は他職種も努力している項目といえるので、これらの希望に応えるためにも、他職種と連携して実践力を伸ばしていくことが期待される。

## 8. 他職種との連携

他職種との連携で課題にあげられたのは、

1. 地域で訪問している管理栄養士の存在がわからない(どこにいて、何をしてくれるのか不明)。  
特に、病院以外の地域の関連職種には伝わっていない
2. 歯科治療、口腔ケア、訪問リハビリテーション担当者は、管理栄養士の居宅療養管理指導との連携協働を希望しているが、簡便に管理栄養士の訪問依頼や同行訪問がしにくい
3. 看護師や介護職は、栄養・食事の専門職として管理栄養士が入ることの必要性を認識する必要がある

他職種との連携で効果がみられたのは、

1. 介護職が、管理栄養士のコンサルテーションによって食物選択や調理等を行うことや配食サービスの導入によって問題解決が図られた
2. ある地域では介護サービス事業所連絡協議会が一括して作成した連絡帳の活用で家族や担当職種間の連絡を密にとるようになった

などがあげられた。

他職種の連携では、利用者と家族を中心に、連携をすすめることが基本である。

## 9. 退院から在宅への継続性

退院から在宅の継続性は、シームレスであることが求められるが、利用者や家族だけでなく、多職種のケア提供者にとっても、療養の場が変わるだけでなく、優先事項や価値観も変化するので、継続性の確保は難しい課題である。

管理栄養士が居宅療養指導を推進するためには、インタビュー結果にもあるように、退院時指導から管理栄養士の居宅療養管理指導へと繋ぎ退院後の生活を実際に把握した指導を行っていくことが求められていた。

管理栄養士が、栄養と食べることに関する情報やアセスメントの視点を、この移行期に見える化できれば、退院から在宅への継続性を確保することに大きく貢献できるといえる。

退院時サービス担当者会議には、管理栄養士の存在がはずせない状況をつくることが求められる。

## 10. 地域包括ケアシステムの一環としての展開のために

地域包括ケアシステムの一環として点在している管理栄養士による居宅療養管理指導を地域単位の広がりにしていく地域活動が必要であることが指摘されていた

そのためには、

1. 各市町村における地域包括ケアセンターに管理栄養士による相談窓口を設置する
2. 市町村の医療・介護のネットワーク、ケアタウン構想などの今後の地域包括ケアシステムの推進のための仕掛けのなかに管理栄養士による居宅療養管理指導などの訪問の相談窓口と機能を位置づける
3. 市町村別に管理栄養士も病院・施設・在宅を繋ぐネットワークを構築していくことが求められていた

上記を推進するためにも、管理栄養士のキャリアパスを構築し、居宅療養管理指導により個別のケアを提供する者に加えて、地域の栄養管理を実践できる人材の育成も求められる。

## 11. 介護報酬制度の課題

現行の管理栄養士による居宅療養管理指導の制度についての問題と課題には、

1. 介護保険請求の経験のない医療機関における介護保険請求の煩わしさ
2. 管理栄養士による居宅療養管理指導を導入している診療所が他の診療所からの依頼を受けられるかどうか地域によって異なること
3. 医師と管理栄養士が同行訪問すると加算算定できないこと
4. 初回契約時の管理栄養士による訪問が加算対象とならないこと
5. 居宅サービスを利用している在宅高齢者全員に低栄養状態や摂食嚥下障害のレベルの把握を行うために、介護支援専門員による低栄養のリスク把握（スクリーニング）がケアマネジメントに位置づけられること
6. 管理栄養士による居宅療養管理指導の導入が困難な地域においても、市町村が地域包括支援センター等に在宅高齢者が管理栄養士による訪問相談が受けられる体制づくりを行うこと
7. 利用者の立場にたって出された意見では、1割負担（530円）のことがあげられた。

栄養指導に対して支払う金額が、利用者にとっては負担になる事例もあげられており、サービス提供する管理栄養士のコスト意識も求められる。

## 12. 教育・研修のあり方

管理栄養士の基礎教育に在宅栄養ケアや管理栄養士による居宅療養管理指導が含まれることや、在宅訪問の臨地実習もカリキュラムに位置づけられる必要性が示された。初任者や継続教育では、同行訪問や事例検討、経験者のメンターを持つなど、キャリア開発の支援が求められる。さらに、専門的教育・研修に加えて、在宅ケアを支える専門職としての能力開発も求められる。居宅療養管理指導を行う管理栄養士には、「在宅ケア推進能力」と「臨床栄養師の能力」の両方が求められるといえる。

居宅療養管理指導を推進するためには、上記に述べた2つの方向性の教育・研修によって個人の能力を高めつつ、さらに研修においては「組織変革を推進する能力」開発も求められる。

以上により、居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態についてインタビュー調査を行なったところ、今後の推進のために、以下の課題があげられた。

### (1) ニーズの見える化

管理栄養士による居宅療養管理指導の対象の抽出（スクリーニング）を行い、根拠をもって在宅医療専門医や他職種・患者・家族へ栄養ケアの必要性を提示していく。そのために、ニーズの「見える化」が必要である。成功事例を活用することは、単なる数値の提示でなく、ストーリーとしてわかりやすく有効である。

### (2) 指導内容の質の向上

病院で栄養指導、NST等の栄養管理を経験した管理栄養士が在宅へ関わり、指導内容の質の向上を図る。

### (3) ケア内容の明確化

管理栄養士による居宅療養管理指導の効果を明らかにするためには、ケア内容を明確にする必要がある。成功事例から明らかになったケア内容は、

- ① 血糖コントロール
- ② 食事量が増えたこと
- ③ むせに対する食形態の調整
- ④ 体重や血清アルブミンの改善
- ⑤ 褥瘡の治癒
- ⑥ 経口移行
- ⑦ 排便のコントロールによる訪問リハビリテーション時間の延長
- ⑧ 座位保持時間
- ⑨ 透析導入の延長
- ⑩ 在宅生活の継続
- ⑪ 人間らしい生活への回帰
- ⑫ 家族が食事をつくれるようになったこと

などがあげられた。これらは、他の職種では提供が難しい専門的知識と技術である。

#### **(4)管理栄養士の役割の構造化**

居宅療養管理を担う管理栄養士のマンパワーは多くない。そこで、直接ケアを行う管理栄養士に加えて、介護支援専門員など他職種への教育を担う間接ケアを行う管理栄養士も求められる。この2つのケアサービスは専任ということに限らず、一人の管理栄養士が実施する専門機能とも考えられる。すなわち、1年間の仕事時間の配分のうち、キャリアを積んだ者であれば、直接ケアと間接ケアの両方を適切な割合で実施できる。管理栄養士の間接ケアによって、地域の在宅ケアサービス全体の質の向上にも寄与できる。

#### **(5)対象の構造化**

居宅療養管理指導は介護保険制度によって運用がされており、利用者の多くは介護度の高い層であり、今回の調査対象もこの層にあたると思われる。しかし、介護保険制度においては介護予防も重要な柱となっていること、高齢者における低栄養の出現率は介護度にかかわらずみられることから、高齢者全体に対する栄養と食べることの支援は公衆栄養の点からも重要である。

そこで、対象の構造化を図ることが求められる。居宅療養管理指導による個別ケアに加えて、これらの個別ケアから蓄積されたエビデンスや知識・技術をもとに、介護予防に資する公衆栄養の展開が求められる。

#### **(6)在宅ケアの担い手としての2つの専門能力の育成**

居宅療養管理指導を行う管理栄養士には、「在宅ケア推進能力」と、「臨床栄養師の能力」の両方が求められる。

#### **(7)組織変革型能力の育成**

居宅療養管理指導を行う管理栄養士は、個人の能力を伸ばすだけでなく、組織変革を推進する能力の育成が求められる。個人の能力獲得だけでは、在宅ケアの推進は困難であり、組織変革型能力を育成するための、教育・研修が必要である。

#### **(8)介護保険制度の柔軟な運用**

管理栄養士による居宅療養管理指導の介護保険制度での運用は、地域による対応の違いなどもみられるが、介護予防や重度化予防の観点からも極めて有効な対応である。しかし、実施回数は低迷しており、実態にみあった柔軟な運用が求められると言える。

介護保険上の最大の課題は、平成37年までに地域包括ケアシステムを確立することにある。地域包括ケアの目標は、住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅)にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービス場所の提供、権利擁護関連の支援、生活支援サービス、家事援助サービス、身体介護、ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーションなどのサービスが個々のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される。24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することを可能にすることにある。

地域高齢者住民の日常生活の基本は食事の確保と適切な栄養管理にある。それゆえ、公衆栄養の観点からの配食、管理栄養士による居宅療養管理指導や医療保険の訪問栄養指導などのサービ

ス体制を地域に確立する必要がある。居宅療養管理指導が量的に拡大せず質的な向上が必ずしも確保できていないのは、明らかに地域で活動する管理栄養士の不足にある。

介護保険制度の創設は、介護保険施設の増加などにより、高齢者の栄養管理に専門知識と技術を有する管理栄養士の量的拡大が結果的に求められた。地域に居住し体力の衰えや障害によって、買い物ができない、調理ができない等の理由で、毎日の食事が確保できなくなれば、他者からの援助に頼らざるをえない。家族や親族あるいは地域住民が手を差し伸べることによって問題が解決することは多いが、地域で孤立しがちな単身高齢者世帯などでは、何らかの社会的サービスが求められることになる。平成12年の介護保険制度創設によって、それまでのホームヘルプは、訪問介護事業として急速に量的拡大し、訪問して調理をヘルパーが担当する件数も飛躍的に伸びた。また、多くの通所介護事業所や通所リハビリテーション事業所でも食事が提供された。しかし、急激な要支援高齢者の増加や地域社会の崩壊は、地域で孤立する高齢者の食の確保策として、改めて重要視されるようになった。ただし、介護保険制度は、要支援・要介護者の自立支援を目的としたため、配食はあくまでも地域福祉の一環であり、介護保険サービスの給付とは考えられなかった。また、平成17年10月からは、介護保険施設における給食サービスも全額利用者負担となり、食事の提供は介護保険給付外という基本的な考え方が整理されると同時に、栄養ケア・マネジメントに関する介護報酬が創設された。しかし、翌18年4月から介護予防事業が導入され地域支援事業も開始されたことにより、配食サービスの在り方が再検討されることになった。その結果が、平成24年4月から任意に開始された「介護予防・日常生活支援総合事業」（介護保険法第115条45第2項関連）であったとも考えられる。

介護保険制度下における食事や栄養管理に関する矢継ぎ早の改革は、大きな成果となったことは確かであるが、介護保険分野で就業する管理栄養士の人数はニーズに必ずしも対応できない状況に陥った。それにも関わらず医療機関や介護事業所の管理栄養士の有効求人倍率は伸び悩んだままである。

このような問題を解決するためには、何よりも居宅療養管理指導を行う管理栄養士には、「在宅ケア推進能力」と、「臨床栄養師の能力」の両方が求められる。そのためにも、なお一層の介護保険制度の柔軟な運用が必要であると考えられる。

### Ⅲ. 管理栄養士の居宅療養管理指導の推進に向けてのタウンミーティング

介護保険制度創設により、栄養管理を要する居宅要介護・要支援高齢者に対する管理栄養士による居宅療養管理指導が導入されたが、医療・介護関係者への周知は未だ十分にされていないのが現状であることが、本研究Ⅱのインタビュー調査をすすめるなかでも明らかになってきた。そこで、全国的に実施件数が伸び悩んでいる現状を打破し、管理栄養士による居宅療養管理指導の推進することを目的に2市（京都府長岡京市、神奈川県横須賀市）においてタウンミーティングを試行した。プログラムは、前半は地域包括ケアシステムと管理栄養士の居宅療養管理指導や管理栄養士の居宅療養管理指導を周知するための導入部分として、後半は熟練したコーディネーターやインタビューアによる自由な討議とした。また、管理栄養士による居宅療養管理指導のリー



フレットを作成し配布した。以下の結果を得た。

### 1. 参加者

長岡京市では、介護職 83 名、看護職 18 名、事務職 11 名、管理栄養士 9 名、介護支援専門員 9 名、医師 6 名、訪問介護 6 名、生活相談員 4 名、理学療法士 3 名、作業療法士 2 名、言語聴覚士 2 名、臨床検査技師 1 名、薬剤師 1 名の 155 名が参加した。一方、横須賀市では、市及び 12 団体の後援を得て、管理栄養士 55 名、介護支援専門員 15 名、介護福祉士 5 名、看護師 4 名、栄養士 3 名、社会福祉士 3 名、ヘルパー2 級 1 名、医師 1 名、歯科医師 1 名、その他 25 名の計 113 名が参加し、参加者は様々な職種に及んでいた。

### 2. タウンミーティング開催までのプロセスにおける課題

タウンミーティングの開催にあたり、説明用リーフレットの必要性を認識した。今後は、当該報告書の概要についてもリーフレット化しておくことが望ましい。一方、行政関連部署や関連団体代表を訪問によって、地域の資源の現状や其々の要望や期待の程度を知ることができた。当該タウンミーティングは、「キック・オフ・ミーティングとしての意義があるが、これから継続的の行っていくことが大事」という意見が多かった。

### 3. タウンミーティングは、在宅高齢者の低栄養に対する多職種の「気づき」を繋ぐ

長岡京市においては、知事のもとに地域包括ケアシステム推進委員会が組織され、また、当該地区医師会が地域包括ケアシステムに取り組んでいくことになっていた。このような背景のもとに開催された長岡京市タウンミーティングにおいては、管理栄養士による居宅療養管理指導の取り組みに対する参加者の質問に、熟練した訪問の管理栄養士が対応し、様々な専門職の在宅療養高齢者の低栄養に対する気づきを、管理栄養士による居宅療養管理指導にどのように繋げていくかに議論が深まっていった。このようなタウンミーティングを今後も定期的に継続していくことができれば、長岡京市における在宅高齢者の管理栄養士の居宅療養管理指導を推進と包括的な栄養ケアシステムへの展開が期待できた。

### 4. タウンミーティングは管理栄養士の地域栄養ケア活動の周知のための会議の場

管理栄養士の居宅療養管理指導が地域の医療機関において僅かながら実施されていたり、あるいは、萌芽的な取り組みが行われていることが、行政担当者、医療従事者や介護保険従事者にみえていなかったり、認識されていないことがあった。タウンミーティングは、これらの地域の関係者に対する当該サービスについての周知にとどまらず、介護予防や重度化予防の観点から地域の行政・医療・介護保険施設の管理栄養士の栄養改善や栄養ケア活動の周知を行っていくための関係者会議の場を提供することになった。

### 5. 管理栄養士による居宅療養管理指導の体制づくりや取り組みに関する情報の提供

近隣地域の医療機関における体制づくりや取り組みが語られたことは、その他の病院の参考となり、また、地域において、今後、管理栄養士による居宅療養管理指導が推進される大事な情報の提供や交換の場となった。

### 6. 管理栄養士による居宅療養管理指導の推進のための地域背景

長岡京市においては、京都府における知事による地域包括ケアシステム推進委員会の設置や地

区による地域包括ケアシステムの推進への取り組みが、横須賀市においては、地域包括ケアシステム構築にむけての平成 24 年度厚生労働省在宅医療連携拠点事業が市の旗振りにより医師会や病院を拠点に行われていたことが大きく寄与していた。また、横須賀市医師会役員や医療機関経営者の栄養に対しての認識や病院における NST などの経験が大きな推進力となっていた。

## 7. 関連団体や多職種からの要望

タウンミーティングにおける他職種からの意見として、次のような意見があった。管理栄養士の居宅療養管理指導がどのようなものが、地域の関係団体、関連職種に周知されると、今後の連携協働を期待する発言が行われた。

## 8. 地域栄養士連絡協議会設置の必要性

地域の管理栄養士が主体的に参画するネットワークづくりが行政及び関連職種団体から求められていた。管理栄養士によってどこで、どんな取り組みが行われているのか、どこに連絡すればよいのかという管理栄養士の居宅療養管理指導のみならず地域管理栄養士の栄養ケア活動の「見える化」が求められた。今後は、当該タウンミーティングを契機として、地域栄養士連絡協議会の準備会が設置されることになった。当該連絡協議会は、地域の管理栄養士・栄養士の連携及び他職種との連携の場づくりをしていくとともに、地域のケア会議にも管理栄養士の代表が参画し、地域包括ケアシステムの推進に参画していくことになった。

以上の結果、タウンミーティングは、地域包括ケアシステムの推進の管理栄養士の居宅療養管理指導等の在宅訪問をはじめとする地域栄養ケア活動を地域関係者に周知し、今後、しっかりと位置付けていくための地域会議の場を提供することができたと考えられる。また、当該タウンミーティングの開催のプロセスは管理栄養士の居宅療養管理指導のみならず地域栄養ケア活動の現状や課題を分析し、地域の情報を収集し統合していくために重要であった。さらに、当該タウンミーティングを契機として、「地域栄養士連絡協議会」を設置して、地域の行政、医療施設、介護保険施設、その他地域栄養活動を担当している管理栄養士が主体的に参加して連携していくばかりでなく、他の関係職種とも連携し、共に地域包括ケアシステムづくりに協力していくことの意義は大きいと考えられる。

本年度のタウンミーティングは、2 市での試行であったが、今後、管理栄養士の居宅療養管理指導を推進するために、これらの 2 市の今後の変化を追跡していくことにする。在宅高齢者の「食べること」を支援するためには、栄養ケアに関する地域ケア会議の開催が、学会や大学機関などの中立的立場からの介入によって緊急に必要な時期である。そこで、次年度も厚生労働省老人保健健康増進等事業の交付金による当該タウンミーティング方式をさらに全国的に展開しながら、市町村資源の実態の把握と地域の管理栄養士による居宅療養管理指導の推進に関する変化の追跡を継続できることを願うものである。