

居宅療養管理指導と管理栄養士
－ 医療チーム内協働の見地から －

伊 藤 光 代*

Registered Dietitian in Guidance for Management of In-Home Medical Long Timer Care
－ From a Standpoint of Medical Team Collaboration －

Teruyo ITOU*

1. はじめに

世界に類を見ない超高齢社会に突入した我が国は、介護保険制度を設立し、2000年から実施した。福祉を措置制度から契約へと180度の転換をして対象者から保険料を取るかわりに新しく介護の認定制度を取り入れ福祉サービスの提供を透明化し、平等化した。この制度の成功こそがわが国の高齢社会を安心して導くものである。ひいては後に続くアジアの国々の高齢化社会の先導役となるのである。

その福祉サービスの一つに今回取り上げる居宅療養管理指導がある。その内容は表1の通りである。介護保険制度の居宅サービスの中で唯一管理栄養士が介護保険の対象者に栄養指導をすることができる。そのサービスの代価は一回5,300円である。このサービスの最初は介護

保険ではなく、1994年10月の社会保険診療報酬改定に伴い在宅訪問栄養食事指導として指導料が決定した。その制度が2000年からは医療保険と介護保険の両方で実施されるようになった。両者の比較は表2に示す。

医療保険と介護保険の両方で実施されているサービスはこのほかにも訪問診療や訪問看護などがある。

介護保険制度の「居宅療養管理指導」は居宅要介護者等について、病院、診療所または薬局が居宅療養管理事業所となり、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士により行われる療養上の管理および指導である。居宅療養管理指導事業所をもつことができるのは診療所と薬局だけである。介護保険が始まってからこの福祉サービスで各職種がどれだけ実績をあげたかは表3に示す。どの職種と比べてもその実績はあまりにも低い。介護保険が始まって9年たってもこの傾向は変わらない。医師

Table 1. 居宅療養管理指導のサービスと費用

サービスの種類	要介護1～5の方	要支援1・2の方
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士などが居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。	医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士などが居宅を訪問し、介護予防を目的とした療養上の管理や指導を行います。
	■サービス費用のめやす	■サービス費用のめやす
	医師または歯科医師による指導 5,000円（月2回まで） 管理栄養士による指導 5,300円（月2回まで）	医師または歯科医師による指導 5,000円（月2回まで） 管理栄養士による指導 5,300円（月2回まで）

* 実践介護学研究室，女子栄養大学：Laboratory of Practical Nursing, Kagawa Nutrition University

Table 2. 訪問栄養食事指導の保険適用と内容の比較一覧表

あり

要介護認定

なし

介護保険
居宅療養管理指導

医療保険
在宅患者訪問栄養食事指導

在宅療養者

移住系
入居者

算定額	530 単位	① 530 点	② 450 点
実施機関	居宅療養管理指導事業所	医療機関	
管理栄養士の所属等	居宅療養管理事業所に所属する 常勤または非常勤	主治医と同一の医療機関に所属する 常勤または非常勤	
医師の指示事項	共同で作成した栄養ケア計画に基づき指示等を行う	少なくとも熱量，熱量構成，蛋白質量，脂質量， 脂質構成（不飽和脂肪酸/飽和脂肪酸比）につ いて具体的指示を含む	
実施内容	＊関連職種と共同で栄養ケア計画を作成し交 付 ＊栄養管理に係わる情報提供，指導または助言 を30分以上行う ＊栄養ケア・マネジメントの手順に沿って行う ＊栄養状態のモニタリングと評価を行う	＊食品構成に基づく食事計画案，または具体的 な献立を示した食事指導せんを交付 ＊具体的な献立によって，調理を介して実技を 伴う指導を30分以上行う	
対象	＊通院または通所が困難な利用者と，医師が厚 生労働大臣が別に定める特別食を提供する必 要性を認めた場合または当該利用者が低栄養 状態にあると医師が判断した場合に対象とな る ＊指導対象は患者または家族等	＊①については在宅で療養を行っている通院が 困難な患者，②については移住系施設入居者 等である通院が困難な患者であって，別に医 師が定める特別食を提供する必要性を認めた 場合に対象となる ＊指導対象は患者または家族等	
対象食	腎臓病食，肝臓病食，糖尿病食，胃潰瘍食，貧血食，膵臓病食，脂質異常症食，痛風食，心臓疾患等 による減塩食，特別な場合の検査食（単なる流動食，軟食を除く）十二指腸潰瘍に対する潰瘍食， 消化管術後に対する潰瘍食，クローン病および潰瘍性大腸炎による腸管機能の低下に対する低残渣 食，高度肥満症に対する治療食，高血圧に対する減塩食		
	経管栄養のための流動食，嚥下困難者（そのた めに摂食不良となった者も含む）のための流動 食，低栄養状態	フェニールケトン尿症食，楓糖尿食，ホモシス チン尿食，ガラクトース血症食，治療乳，無菌 食	
給付限度	月 2 回		

全国在宅訪問栄養食事指導研究会 資料 2008 年

Table 3. 居宅療養管理指導 介護給付費の実績

	平成 12 年	平成 13 年	平成 19 年
医師、歯科医師	67.1%	62.4%	62.3%
薬剤師	24.3%	23.7%	21.6%
管理栄養士	0.7%	1.1%	0.4%
歯科衛生士	7.9%	12.8%	15.7%

や歯科医師、薬剤師や歯科衛生士を必要とする患者は多くても管理栄養士を必要とする患者が少ないのであろうか。この理由は説得力に欠ける。なぜなら管理栄養士の指導を必要とする生活習慣病の患者は増え続け、低栄養

や嚥下障害の高齢者は在宅に多く存在する。実績の少ない理由は現在の仕組みと管理栄養士の側にあると思われる。居宅療養管理指導に関する研究論文では、管理栄養士の訪問栄養食事指導で効果を上げた実践とその技術が述べられている。すでに多くのエビデンスも確立している。しかし管理栄養士が地域で活動しにくい制度もある。

2. 事業所を持たない管理栄養士

介護保険では各専門職は事業所をもって事業を行っている。医師は診療所、薬剤師は薬局、看護師は訪問看護ステーション、訪問介護員は訪問介護事業所である。管理栄養士にはない。これは大きな課題である。管理栄養

士は病院のように多くの専門職がいて働くシステムに慣れていると在宅でそれぞれが独立して事業所を持つことに思いがいかないのであろうか。いまでは当たり前の訪問看護ステーションは最初から事業所を持てたわけではない。病院から在宅に最初に飛び出して行った看護師たちは研究会からその事業を始め、それが認められて今では全国に55,000余りの事業所を持っている。薬剤師はどうであろうか。1951年医薬分業法で病院の外に調剤薬局を開設するようになって患者と薬局の関係はより密接になっていた。介護保険ではいち早く居宅療養管理指導事業所として位置づけられた。管理栄養士が事業所を持つことができなかったことは後々までも管理栄養士の在宅進出を阻む壁となる。なぜなら事業所をもてないことでその存在が危うくなり、自立した活動の展開が狭め

られるからである。事業所の役割について説明する。介護保険制度では利用者に福祉サービス（訪問介護や訪問看護等）を行うとその代金の1割を本人から支払ってもらい、あとの9割は国民健康保険連合組合（国保連）に請求する。1～2か月後に事業者に9割のサービス料が支払われる。しかし事業所が介護保険で認められていないと、このシステムは使えない。管理栄養士が居宅療養管理指導をすることは認められているので訪問栄養食事指導は出来る。しかし、サービス料の請求は事業所がないので出来ないのである。そこで現状では事業所を認められていない管理栄養士は図1のシステム図のパターン1かパターン2で業務を行うしかない。

パターン1では診療所に管理栄養士がいて、外来患者と通院できない自宅にいる患者に栄養指導をするやり方

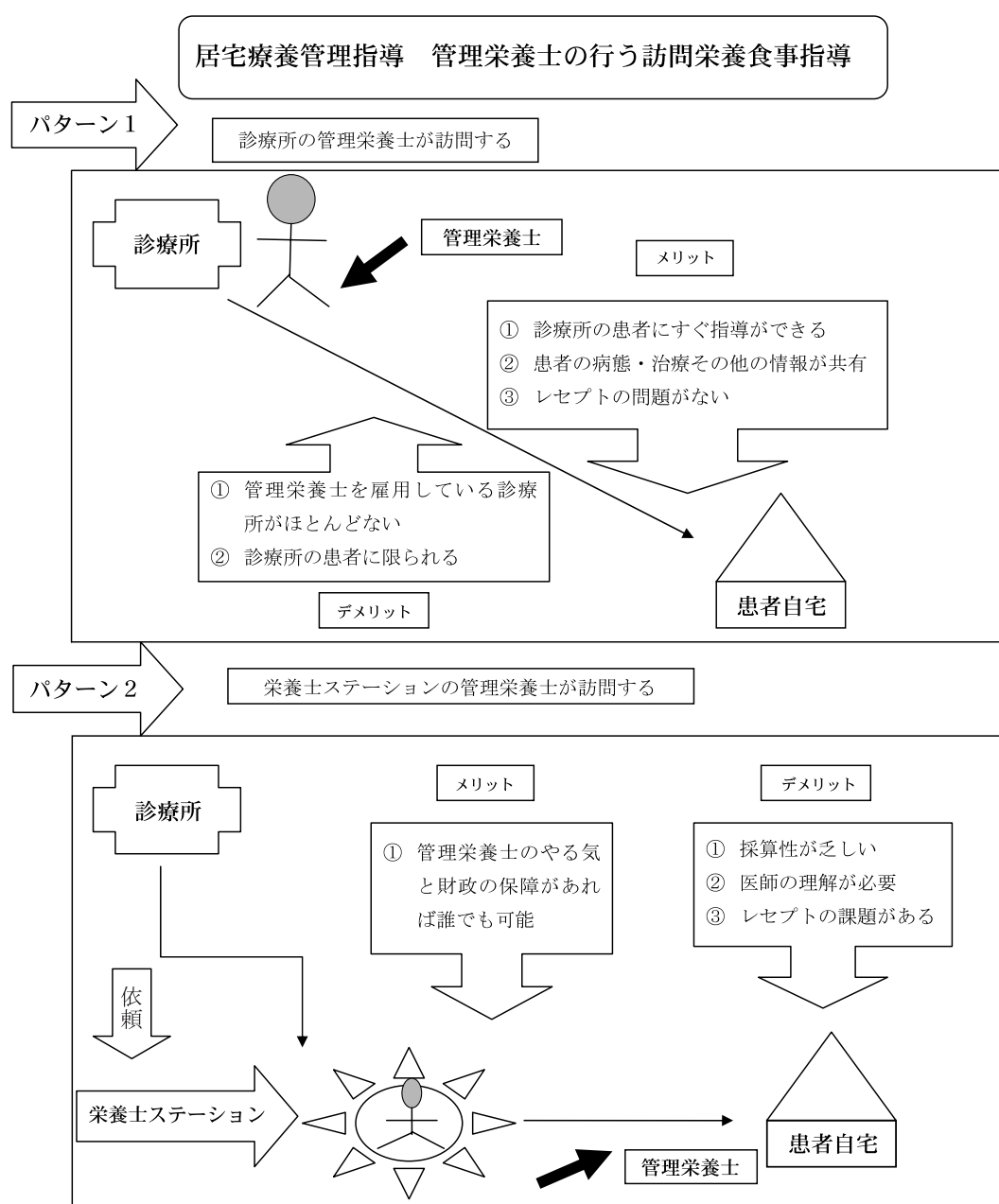


Fig. 1. システム図

である。食事療法を必要とする糖尿病や腎透析を専門とする診療所には管理栄養士を雇用しているが、一般の診療所では管理栄養士を雇用していない。管理栄養士のいる診療所の患者は訪問栄養食事指導が受けられるが、それ以外の低栄養や嚥下障害で自宅療養中の患者は放置されている。こうした患者には訪問看護ステーションの看護師が看護として対応している。

こうした現状を遺憾に感じて希望する患者に訪問栄養食事指導を行っているのがパターン2である。管理栄養士は栄養士の拠点を持つ。企業家となる。そうした栄養士ステーションの管理栄養士は地域の診療所に患者を紹介してもらい、食事の指示書をもらう。患者の自宅で訪問指導をすると、サービス料は患者を紹介した診療所に入る。つまり介護保険の訪問栄養食事指導の報酬の5,300円は診療所が取扱い、そのうちのいくらかを栄養士ステーションにもらう。もともと単価が安いのであるからこの状態では事業の採算は合わない。ちなみに看護師の訪問は8,600円位である。さらに介護保険で認められている事業所を持たないということは、地域での認知度が低い上に需要もすくないことと繋がる。こうした現状でも積極的に訪問栄養食事指導に取り組む管理栄養士がいる。

診療所の医師の理解と管理栄養士の情熱が成し遂げた数少ない事例が表4である。

A 診療所では医師は訪問診療をしないが、非常勤の管理栄養士が在宅で居宅療養管理指導を行っている。国保連へのレセプトは診療所が行うやり方である。管理栄養士の機が診療所にあるのは心強い。患者の情報をリアルタイムに他職種と共有できるからである。しかしこうしたパターンは特別である。

3. 介護支援専門員の認識

介護保険の目玉の一つは介護支援専門員の出現であった。医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、介護福祉士、栄養士、歯科衛生士、訪問介護員等の専門職に受験資格が認められた。もちろん栄養士もその一員であった。しかしここで出遅れた。人々の栄養士に対するイメージには医療職として病院で栄養指導をする人か栄養計算をしてバランスの良い献立を立てる人であって福祉や介護に直接かかわる職種のイメージがなかった。このイメージは高い専門性と国家資格をもつ管理栄養士が地域のなかで役割を持ちにくくした。さらに栄養士で介護支援専門

Table 4. 居宅療養管理指導事業所の事例

居宅療養管理指導 〇〇診療所		事業者番号	〇〇〇
		指定年月日	〇〇〇
		事業開始年月日	〇〇〇
		最終更新年月日	〇〇
		更新者	東京都

電話 〇〇〇〇〇〇				
営業日および休日 月火水木金 年間休日 12月00日～1月00日				
営業時間 平日 09:00～18:00				
従業者数				
職種名	専従（常勤）	専従（非常勤）	兼務（常勤）	兼務（非常勤）
医師	0人	0人		
歯科医師	0人	0人		
薬剤師	0人	0人		
歯科衛生士	0人	0人		
管理栄養士	0人	3人		

事業所の種別 診療所	
事業者情報	
法人種別	社会福祉法人
法人名称	〇〇〇
事務所の所在地	〇〇〇
電話	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
Fax	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

員の資格に挑戦する人も少なかった。国の方針が社会的入院を減らし、介護を必要とする人や慢性疾患の患者を在宅療養へ転換するなかで、多くの専門職は地域でのポジションを確立することに努力した。訪問介護員の事業所、訪問看護ステーション、デイサービスセンターなどは需要に追いつかない状況であった。地域の福祉をコーディネートするのが介護支援専門員である。介護支援専門員の背景職種は、社会福祉士、介護福祉士、看護師などが多かった。この職種が作成するケアプランには栄養や食支援はほとんどなかった。栄養士の介護支援専門員なら気付くはずの食の課題は他職種には気付きにくかった。さらにこの居宅療養管理指導はケアプランの支給限度額の範疇ではなく、利用者と医師、歯科医師、薬剤師が独自に契約することができた。ここでもし管理栄養士が居宅療養管理指導事業所を持っていたなら、医師や薬剤師と同じく主体的な動きができたであろうがすべてが受身であった。

管理栄養士は病院のなかで医療職として、医師の指示の通りに専門分野の力を出しさえすれば患者の治療は進み効果も実感できていた。しかし地域社会での在宅医療では専門職が自立しなければ機能を発揮できない。在宅でチームケアの一員として役割を持たなければ介護支援専門員への認識を変えることは難しい。

4. 居宅療養管理指導事業所の医師の認識

平成21年7月に東京都で居宅療養管理指導事業所を開設している診療所の医師に管理栄養士に対する意識調査を実施した。在宅では管理栄養士に期待することは「生活の改善」が47.8%「患者の安心」が26.1%「悪化の予防」が21.7%「検査値の改善」が4.3%であった。さらに、医師たちは「在宅支援をうける患者は判断力の低下した高齢者が多く直接的な支援である食事の介助とか入浴の介助なら需要があるが、望ましい食習慣の定着のように理解し実行する必要のあるものの支援は難しい」とか、「高齢者は5,300円という費用負担も嫌う」「管理栄養士が他職種との話し合いに参加するためには、患者の生活歴、病歴、食習慣、住環境、家族関係などを理解し対応する素養が必要」といった厳しい指摘もあった。しかし「病院の食事指導は在宅にはマッチしていない。在宅の実生活にあわせるためには管理栄養士の訪問栄養食事指導は重要」ということも十分に分かっていていた。

5. チーム医療と管理栄養士

いままで在宅での居宅療養管理指導の現状や課題を述べてきたが、在宅だけの視点で問題は解決するのだろうか。視点を変える必要があるのではないか。それがチーム医療からの考察である。

— 総合的理解とリアルタイムに —

我が国はたった24年間で急速な高齢社会に突入し、家族構成・扶養意識が変化した。こうしたことを背景に

医療・介護の現場は従来の「医療」と「福祉」という専門領域にわかれて対応するだけでは十分でなく、多様な専門スタッフが協力してチームケア体制で臨むことが不可欠になってきている。さらに医師主導だった医療から患者中心になり、それぞれの医療福祉の専門職がチームを作って治療に当たる「チーム医療」になってきている。たとえば今までの薬剤師は病院や調剤薬局での薬の調剤が主流であったが、今はチーム医療の一員として、医師や看護師と投薬の相談をし、患者に服薬の指導をする役割も担うのである。他専門職と話し合い、患者のそばに行くのである。

「チーム医療」では医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、臨床工学士、管理栄養士、歯科衛生士、歯科技工士、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、訪問介護員などが目線を水平にしてタッグを組むのである。従来の「医療チーム」の概念は医師を頂点とするトップダウンの形態をさすことが多かったが今は違う。なぜならその形態だと医師以外は自己の専門性を主体的に発揮しなくても医師の指示さえ守ればよいように、専門職種間の認識不足と連携不足を生みやすい。この連携不足は「患者の不満」や「事故」の要因となる。さらに専門職の主体性が発揮できにくくなるために専門職の質の向上は望めず、多様化する患者のニーズに答えることにも支障が生まれる。

それに対して機能的なチームケアでは、各専門職がお互いの独自性を尊重し合い、それぞれの知識や技術を生かし合うことによって、医療の質と患者のQOLに貢献できる。医療・福祉の動向としては望ましいことである。

今までは患者を「糖尿病の〇〇さん」と病気をさきに認識することが多かったが、今は「〇〇さんの糖尿病」と呼び、初めに人を総合的に理解して糖尿病を診て行くことが重要である。それができるのが「チーム医療」なのである。

「チーム医療」では患者を総合的に診ていて、患者の変化にリアルタイムに対応できることを目指している。表5は患者の最も近くにいる医師や看護師に比べて他の専門職の状況を見てみたものである。管理栄養士の場合、多くの医療現場では少ない配置を理由に患者との接触が制限されている。管理栄養士が患者を見るときは、経口摂取困難時や褥瘡などで助言を求められた時、入院時のスクリーニングで情報を取りに行くとき、院内で行われる食事療法の指導時などであろう。これではリアルタイムではない。患者に接触する機会が他の職種に比べて極端に少ない。それ故患者理解が直接的でなく医師や看護師の情報からが多い。患者の総合的理解には対人援助の技術が必要である。患者に接することなくして対人援助の技術は磨かれない。対人援助の技術は患者から学ぶことで本物となる。チーム医療のメンバーとしてなくてはならない存在になるためには、患者に顔の見える管理栄養士となることを目指すことが大切である。病院で患者

Table 5. 患者に対してリアルタイムと総合的支援

リアルタイムである	○	直接患者といつも接している	○
リアルタイムでない	×	必要時のみ	×
その中間	△	患者と接する機会が多い	△

職 種	リアルタイム	患者と共に
医師	○	○
歯科医師	○	○
薬剤師	△	△
看護師	○	○
保健師	△	△
診療放射線技師	△	△
臨床検査技師	△	△
理学療法士	△	△
作業療法士	△	△
言語聴覚士	△	△
視能訓練士	△	△
臨床工学士	△	△
管理栄養士	×	×
歯科衛生士	△	△
歯科技工士	×	×
社会福祉士	△	△
精神保健福祉士	△	△
介護福祉士	○（福祉で）	○（福祉で）
訪問介護員	○（福祉で）	○（福祉で）

の総合的理解とタイムリーな対応を獲得した管理栄養士は医師や他職種からの依頼だけで動くのではなく、自ら課題を見つけ患者中心の医療に主体的に貢献できるのである。主体的な業務を通して患者（一般人）は管理栄養士を身近に感じる。病院でこうした栄養士像をみた患者は在宅でも身近で頼りになる存在として期待する。他の専門職も管理栄養士の力量を在宅で活用することの重要性を実感する。管理栄養士は一人ひとりの対人援助が総合的にできる職種であると周りが認識した時、在宅での活動は確かなものとなる。在宅ではケーススタディが重要であるからである。

在宅の「居宅療養管理指導」では患者の自宅に一人で訪問して、その対象者の信条はもとより理解力、実践力、経済力等すべてを理解したうえでの管理であり指導である。初めから管理栄養士の専門性を前面に打ち出す必要はないのである。管理栄養士の専門性は患者と一緒に高まっていく知識であり、実践力である。時間が必要である。ここを間違えると居宅療養管理指導はうまくいかない。相手の土俵で仕事をするのだと認識することである。病院のチーム医療で管理栄養士が他職種と真の意味での協働ができたとき、在宅の訪問栄養食事指導が患者にとってなくてはならないものになると思われる。まず病院での認識を変えてもらう努力を惜しまないことである。

6. NST と管理栄養士

一 顔の見える管理栄養士にー

NST は 1970 年代に中心栄養法（TPN）適応判定と適正実施を目的に米国ボストンで誕生し世界中に広がった。

我が国には 1998 年に我が国独自の NST 運営システムが考案された。NST の定義として多くの認識を得ているのが次の通りである。

NST の定義

「栄養管理を症例個々や各疾患治療に応じて適切に実施することを Nutrition Support（栄養サポート）といい、この栄養サポートを医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師などの他職種で実践する集団（チーム）を NST（Nutrition Support Team：栄養サポートチーム）という。

日本栄養療法推進協会による

栄養管理には静脈栄養法、中心静脈栄養法、経管栄養法、PEG、経口栄養等様々な方法があり、それらを駆使して患者の個々の状態や病気などを総合的に判断した上で行われる。

NST においても患者のリアルタイムな変化に対応することが重要である。患者の状態から今どの栄養管理を選択するのかが患者の刻々に変化する病状にあわせなければならない。そのためには様々な栄養法を熟知していなければならない。さらに NST のスタッフとして患者中心の発言をするためには、患者の今の状態を専門職の観察で知っていなければならない。患者の入院時のスクリーニングで会ったきりでその後患者と接触しなかった専門職では発言は限られる。病気の対応はできても病人の対応は正確ではない。今話し合われている患者の今をどうするかが大事であって、栄養だから管理栄養士の出番と思ったらそれは違う。栄養管理は経口だけではないのだ。PEG も中心静脈栄養法も栄養管理の手法である。中心静脈栄養法は治療ではなく栄養法なのである。最近では経口摂取の重要性が高まり、摂食・嚥下障害への対応も、食事の形態の研究も盛んで、医師たちも関心を示すようになった。そのことは患者にとってなによりの幸せである。しかし急性期病院の限られた入院期間中には効率のよい PEG 等が選択されがちである。経口摂取の重要性をどこでどのように伝え実行できるのか、NST でどのような貢献ができるか。また NST とは定期的に開かれるカンファレンスなのか。NSTこそ毎日毎時間行われる必要があるのではないか。

K 病院は毎日が NST である。患者の食事は配膳から下膳まで栄養スタッフがを行い、摂食後直ちに栄養評価され、患者の個別の状況に合わせて不足分の対応がなされ

る。それも医師、看護師たちと情報を共有しあって解決している。PEG や静脈栄養法の評価もその日のうちに解決される。K 病院はかかりつけ医師や看護師と同じくかかりつけ管理栄養士として位置づけられている。すべての患者の食事に関する計画と実行の主導権を管理栄養士が握っている。NST における管理栄養士の業務が主体的に行われていくことで、自分の関わった患者が退院していく在宅へも強い関心が生まれるのである。

これこそが患者にとって望ましい NST ではないだろうか。

7. クリニカルパスと管理栄養士

—地域の受け皿不足—

最後にクリニカルパスを見てみよう。

クリニカルパスとは入院診療計画書ともいわれ、診療

行程表、診療過程表、退院までの道筋とも考えられている。このシステムはアメリカで1980年代に始まり、日本には1990年代半ばに導入され現在は広く普及している。

医療を標準化する・情報を共有化する・チーム医療を実現することを目的にしている。患者にとっては入院してからの食事や処置、検査・治療、そのための準備、退院後の説明がわかる。従来の医療現場でもこうした計画はあつて折々に医師から関係するスタッフや患者への説明はあつたが、内科と外科の壁があつたし、医師個人の治療方針で行われたので、同じ病院の中でも主治医によって違っていてもおかしくなかった。こうした弊害がクリニカルパスによって改善され、医療の標準化と効率化が可能となった。

このクリニカルパスにかかわるスタッフは、医師、看

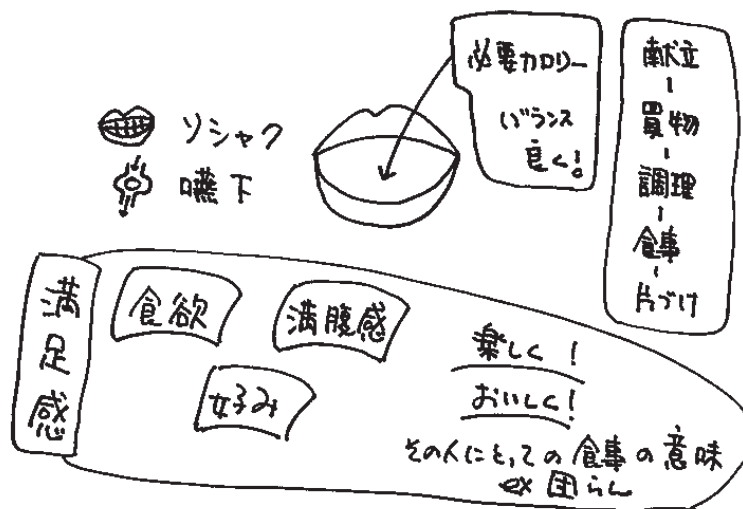
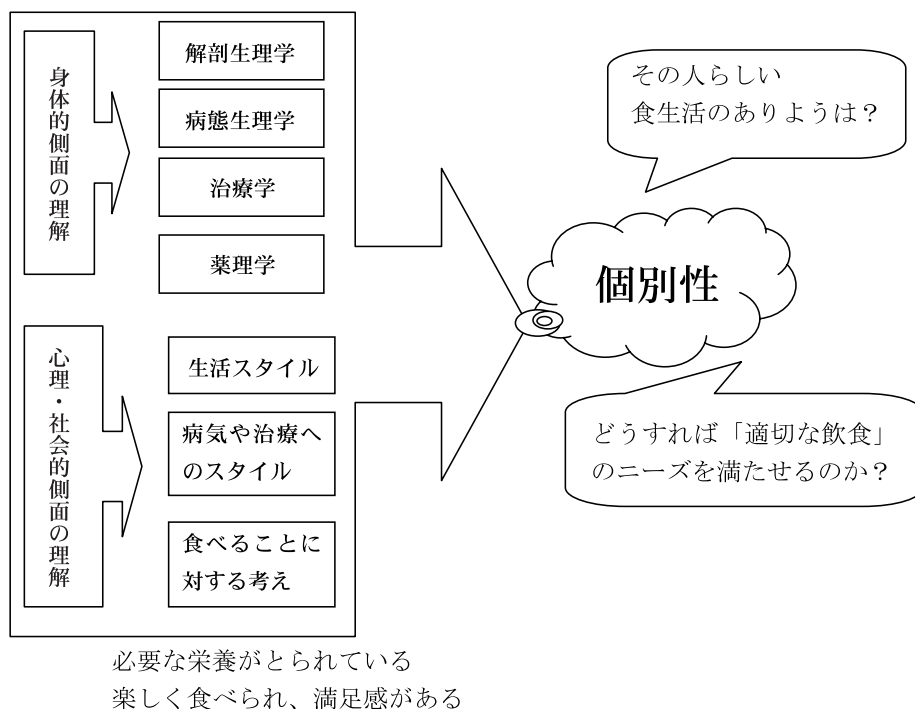


Fig. 2. 患者の食生活への看護師のかかわり

護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、臨床検査技師、作業療法士、放射線技師、介護福祉士、病院管理者、医療事務担当、行政、患者などである。医療にかかわるすべての人々がチームとなり一体となった医療が目標である。ここでも管理栄養士の姿がある。このクリニカルパスには検査・治療のほかに食事を何時から何をどんな形態での項目もあるのでここは管理栄養士の出番である。ところが、食事に関する項目は看護師の計画のなかにもある。看護師は患者の食生活への関わりを基本的ニーズから掘り起こし、身体的側面、心理・社会的側面から分析し個別性を重視しその人らしい食生活のありようとニーズの満足を叶える計画を作る。図2である。看護師は基本的ニーズから患者を見て看護計画を作成する。ニーズとは図3である。当然食事は重要である。自ずと管理栄

人間の基本的ニーズ

- * 正常な呼吸
- * 適切な飲食
- * 老廃物の排泄
- * 体を動かし望ましい姿勢を保持する
- * 睡眠と休息
- * 体に合った衣服の選択
- * 体温を保つ
- * 体の清潔さを保ち身だしなみに気をつける
- * 環境内の危険を避ける
- * 他者とコミュニケーションを取り、自分の感情、欲求、不安、恐怖などを伝える
- * 信仰に基づく祈り
- * 達成感を得られるような仕事に従事する
- * 様々なレクリエーションに従事・参加する
- * 正常な発達・健康を導くような学習、発見をし、好奇心を満足させる

Fig. 3. バージニア・ヘンダーソン 基本的ニーズ論

養士の食に関する計画と深くかかわることになる。ここが看護師と管理栄養士の連携が互いの独自性を尊重しつつ望ましい方向にすすむかは管理栄養士の英知にかかわるところである。看護師の計画と重なり合う場面でのあり方を切り抜ける力こそ在宅で生かされる。

クリニカルパスは病院だけでなく地域連携クリニカルパスとして繋がっていく。地域完結型医療の実現にむけてすべての医療機関で共有できる診療情報となる。さて、病院のスタッフが関わって出来たクリニカルパスが地域に繋がるためには、病院と同じ職種が在宅で機能していなければならない。退院した慢性疾患患者や障害のある患者には診療所、訪問看護ステーション、デイケア、薬局、訪問介護などの医療や福祉サービスがある。それらをコーディネートする介護支援専門員がいる。しかし管理栄養士の姿があまりにも少ない。事業所を持たない管理栄養士は病院からの情報は伝わりにくい。これでは地域クリニカルパスからは外される。ここにも事業所を持たない管理栄養士の実績の伸びを抑えている。在宅の管理栄養士は、看護師とはお互いの独自性を尊重しての重なる業務を確立し、病院の管理栄養士とはサマリーなどを活用しシームレスな連携を構築していかなければならない。

8. NOP 法人栄養士ステーションの立ち上げで分かったこと

介護保険の制度では事業所は持てないが、管理栄養士の地域での拠点を構築することはできる。先に述べた居宅療養管理指導の2つのシステムのなかでパターン2は管理栄養士が自らの拠点をもちつシステムである。筆者は長年管理栄養士の拠点作りに取り組んできた。そして栄養士ステーションの構築を実現した。

栄養士ステーション設立までの道程は表6の通りである。

Table 6. NPO 法人わかば設立までの道程

年 度	テ ー マ
平成14年度	管理栄養士による在宅高齢者のケアをめざして
平成15年度	在宅高齢者の食事調査とQOL 居宅療養管理指導における管理栄養士の働きかけ 栄養士ステーションへの道
平成16年度	在宅高齢者の食事調査と栄養評価 訪問栄養食事指導は高齢者の食改善になぜ必要か 訪問栄養指導が機能するシステム 医師、看護師、訪問介護員、介護支援専門員への意識調査
平成17年度	NPO 法人訪問栄養実践ステーション わかばの設立 在宅療養者の“困り”に対するアプローチの技術
平成18年度	訪問栄養士 活動拠点と支援技術
平成19年度	訪問栄養指導の実例 ―肥満・腎不全・やせ―
平成20年度	病院から在宅へのシームレスな連携
平成21年度	居宅療養管理指導事業者の医師に意識調査

その過程は①在宅の療養者の食事調査、②訪問栄養食事指導の実際を体験、③居宅療養管理指導のシステム図の構築、④NPO 法人立ち上げの事務作業、⑤県への申請、⑥事業の展開である。

2006年3月30日NPO 法人として県で認可された。法人の種別は保健、医療、又は福祉の増進を図る活動で団体名称は「特定非営利活動法人訪問栄養実践ステーションわかば」である。この法人の目的は、広く不特定多数の人々に対して、寝たきり・低栄養・食欲不振・嚥下障害等の在宅における諸問題を解決するため、栄養指導、栄養相談等の事業を行い、国民の健康増進に寄与することである。実際の活動は居宅療養管理指導事業者の病院と契約を結び、その病院の患者への訪問栄養食事指導や、在宅で食に関する課題のある療養者に調理法を通して食欲の増進を促す援助をしたり、訪問介護員の研修として、食事療法中の患者の食事づくりを指導したりしている。3年間で約76件余の訪問を実施した。やるべきことはやり、実践も積み重ねた。管理栄養士が在宅にはいることで生活が改善することも分かった。指導の限界も分かった。

しかしその実践は居宅療養管理指導の地域での発展には程遠い。広がっていかないということである。成功も失敗も数的にあまりにも少ないので世論にはならないのである。力のある管理栄養士が孤軍奮闘しているが、後に続く人が増えないのである。まず病院での管理栄養士像を変えていかないと発展はないと思いつた。

チーム医療でもNSTでもさらにクリニカルパスでも顔が見えない管理栄養士の働く環境のデメリットこそ解決する必要がある。管理栄養士のチーム医療、NST、クリニカルパスでの業績が地域での独り歩きを支えるほどに発展していけば、地域で管理栄養士の需要が伸び、訪問指導の実績はあがる。患者をすべて理解し、リアルタイムに対応する仕事が出来てはじめて、地域で活動できる。地域の医療福祉はそれぞれの専門職の協働作業で動いている。その流れに乗ることである。そうすれば、患者や他の専門職の協力も期待も得られる。おそらくこのままでは、在宅の患者の訪問栄養食事指導への指示を出す医師は在宅で管理栄養士が何をしているのか正しいイメージがわからないまま管理栄養士を活用しない時期が続くと思う。

昨今、病院での管理栄養士の活躍の場面はたしかに増えたとし、必要不可欠の存在である。患者のQOLが重視されるようになり、医師を頂点とする医療ではなく、すべての専門職の英知と技術が必要な医療になったからである。この時こそその職種も持っていない管理栄養士の独自性を明確に打ち出し、患者のために貢献することである。それが在宅の訪問栄養指導つまり居宅療養管理指導を発展させていくことだろう。

9. 終わりに

居宅療養管理指導の実態をのべ、その発展を阻害する

理由を病院のチーム医療、NST、クリニカルパスの現状で考察してきた。病院での業務が患者に対して、総合的、タイムリーなものになったとき、地域での訪問栄養食事指導が地域に広がっていくと思う。それだけでこの現状はすべて解決できないが、一つの方向となる。

あわせて、管理栄養士が居宅療養管理指導での活動にこだわらず、地域社会でもっと広く人々を支える方向を模索してはどうかと思う。予防医学の分野である。それは町のレストランの管理栄養士である。ここには、糖尿病、腎臓病、心臓病等生活習慣病を患っている患者が食事にくる。そうした時、気軽にメニュー説明のスタッフのようにサービス業としてお客の相談やアドバイスを業とできないだろうか。もちろん国の方針としてレストランに管理栄養士を設置義務にすることが条件であろう。現状の栄養指導の効果を義務付けるやり方よりずっと温かい施策に思える。

平成20年に始まった特定健診の保健指導や栄養士会の進める栄養ケアステーションとの関連・連携についても居宅療養管理指導の訪問栄養食事指導は深く関わり、やがては一体となって発展していくことが国民への貢献であると考ええる。

参考文献

- 1) 伊藤光代：訪問栄養食事指導が機能するシステムづくり。女子栄養大学紀要（2004）
- 2) 江頭文江：食をトータルにみる視点。月刊ケアマネジメント
- 3) 江頭文江：居宅サービスにおける実践の栄養ケアマネジメント。第30回日本栄養アセスメント研究会
- 4) 神津 仁：今居宅療養管理指導を再考する。ジーピーネット（2004）
- 5) 九村優臣子：食事療養サポートの実践（居宅療養管理指導の実践）。ジーピーネット（2002）
- 6) 清水留美子：コミュニティネットワークによる訪問栄養指導（居宅療養管理指導の実践）。ジーピーネット（2002）
- 7) 武井 司：要介護認定高齢糖尿病患者に対する訪問栄養食事指導。糖尿病48巻2号（2005）
- 8) 田中章慈：地域医療連携とかかりつけ医の役割。日本臨床内科医会誌（2009）
- 9) 田中弥生：在宅患者訪問栄養食事指導の現状と課題。臨床栄養（2005）
- 10) 手塚波子：訪問にて栄養介入を行う際の管理栄養士の役割と他職種と異なる専門性について。静脈経腸栄養（2006）
- 11) 長島 敦：地元医師会で共同で作成した抗がん剤投与形式別胃大腸癌術後地域連携クリニカルパス。第9回日本クリニカルパス学会
- 12) 平松慶子：在宅ケアに訪問栄養食事指導を導入するためのアプローチ方法。ジーピーネット（2008）
- 13) 平松慶子：訪問栄養食事指導における実践的な支援技術の検討。女子栄養大学紀要（2006）
- 14) 平松慶子：病態別在宅栄養食事指導のコツ。訪問看護と介護（2004）
- 15) 前田佳子：訪問栄養士の立場から 一人暮らしの高齢者の食生活。月刊総合ケア（2001）
- 16) 前田佳子：在宅患者への訪問栄養指導。栄養評価と治療
- 17) 松月弘恵：介護保険と訪問栄養食事指導。栄養学雑誌（2002）

- 18) 渡辺栄吉：チーム医療での栄養士の役割. 病院61巻 (2007)
- 19) 訪問栄養指導実践の手引：全国在宅訪問栄養食事指導研究会, 訪栄研 (1999)
- 20) 在宅での栄養ケアのすすめかた：全国在宅訪問栄養食事指導研究会, 日本医療企画 (2008)
- 21) NST プロジェクトについて：日本静脈経腸栄養学会
- 22) NST (栄養サポートチーム) とは：回生会病院の取り組み
- 23) よくわかる介護保険：東京都保健福祉部 (2009)
- 24) 介護給付費の実績：厚生労働省介護保険給付調査課
- 25) 介護保険法施行規則の一部を改正する省令の施行について：厚生労働省老健局老人保健課 (2009)
- 26) 脳卒中地域連携クリニカルパス：東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座
- 27) クリニカルパスとは：岩手医科大学医学部 外科学講座 (2004)