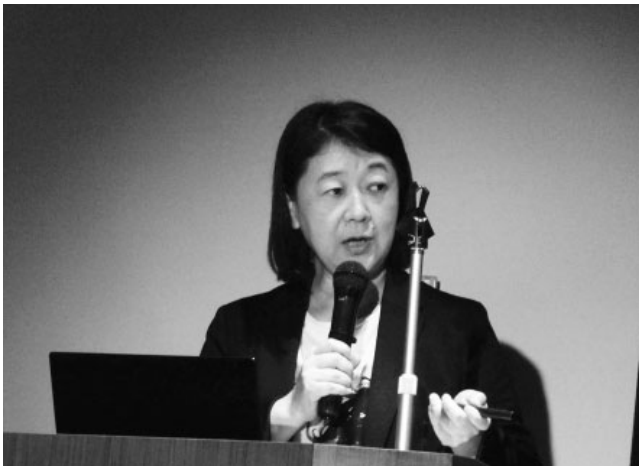
第310回 月例セミナー

「食べることは生きること 医療・介護・地域生活をつなぐ栄養」

令和8年6月18日(木) 15：00～ 16：40
日比谷コンベンションホール
主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

清野　富久江 氏
（せいの　ふくえ）
国立保健医療科学院
生涯健康研究部　部長

講師略歴

■略歴

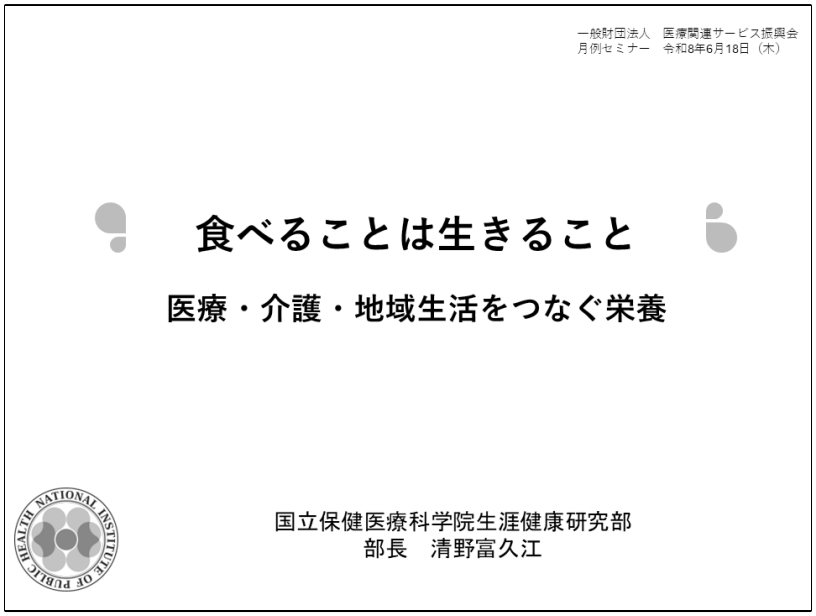
1997年4月　厚生省入省
国立健康・栄養研究所、内閣府、消費者庁などに出向
2017年7月　厚生労働省健康局健康課栄養指導室　室長
2024年7月　国立保健医療科学院　生涯健康研究部　上席主任研究官
2025年4月　〃　部長（現在に至る）

これまで、栄養士法改正、健康増進法制定、食育基本法制定、国民健康・栄養調査、食事摂取基準、食生活指針、特定健診・保健指導、健康日本２１、食育、介護保険、母子保健、保育所等児童福祉、食品表示等に従事

■著書

・日本人の食事摂取基準、最新の栄養管理と食事指導（日本医師会）
・子どもの食と栄養（全国社会福祉協議会）
・メタボリックシンドロームリスク管理のための健診・保健指導ガイドライン（南山堂）
・Strategic Initiative for a Healthy and Sustainable Food Environment. Compendium report on multisectoral actions for the prevention and control of noncommunicable diseases and mental health conditions .Country case studies. Geneva:World Health Organization.

皆さんこんにちは。ただいま紹介いただきました国立保健医療科学院の清野と申します。よろしくお願いいたします。（**スライド1**）



（スライド1）

食べることは生きること
医療・介護・地域生活をつなぐ栄養

皆さん、国立保健医療科学院をご存じでしょうか。何人かご存じの方がいらっしゃいますね。ありがとうございます。国立保健医療科学院は厚生労働省の研究機関です。主に自治体の保健、医療、福祉に関する職員の方々の研修、これらに関する調査研究を実施しています。

私は生涯健康研究部と生涯保健システム研究分野を兼務しています。

国立保健医療科学院では疫学･統計、公衆衛生、健康づくり、保健師、管理栄養士などの人材育成に加え、医療・福祉サービス、生活環境、建築、医療情報、医療経済など幅広い分野の研究と研修を行っています。

そしてこの4月には、新しく防災・公衆衛生レジリエンス研究センターができました。災害時の公衆衛生を支える研究センターになります。（**スライド2**）



（スライド2）

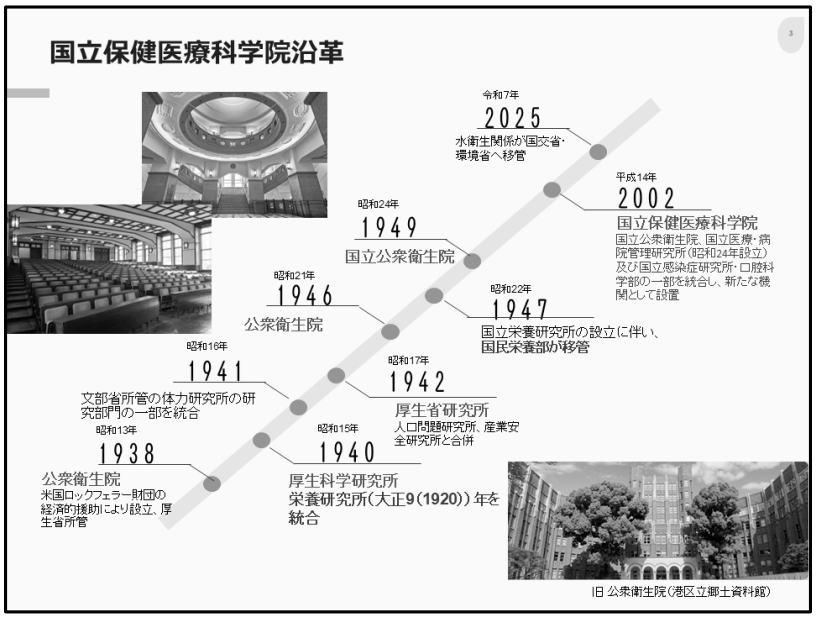
国立保健医療科学院

少し科学院の歴史をご紹介します。現在、科学院は和光市にありますが、以前は港区の白金にありました。当時の建物は現在港区郷土資料館という形で残っています。科学院の前身は昭和13年に設立された公衆衛生院です。厚生省の創設と同時にその研究機関としてつくられたものです。

私は管理栄養士ですので栄養関係を中心にお話しますが、栄養関係の方であれば国立栄養研究所という研究所をご存じかと思います。昭和15年～22年の間、国立栄養研究所が公衆衛生院に統合されていました。ちょうどこの時期に終戦を迎え、戦後の食糧事情を把握するための栄養調査が実施されました。現在の国民健康・栄養調査の前身となる調査です。

公衆衛生院では当時から自治体職員の研修を実施しており、自治体の栄養士も研修対象でした。その研修を受けた栄養士たちが栄養調査を担い、戦後の栄養改善を支えてきました。

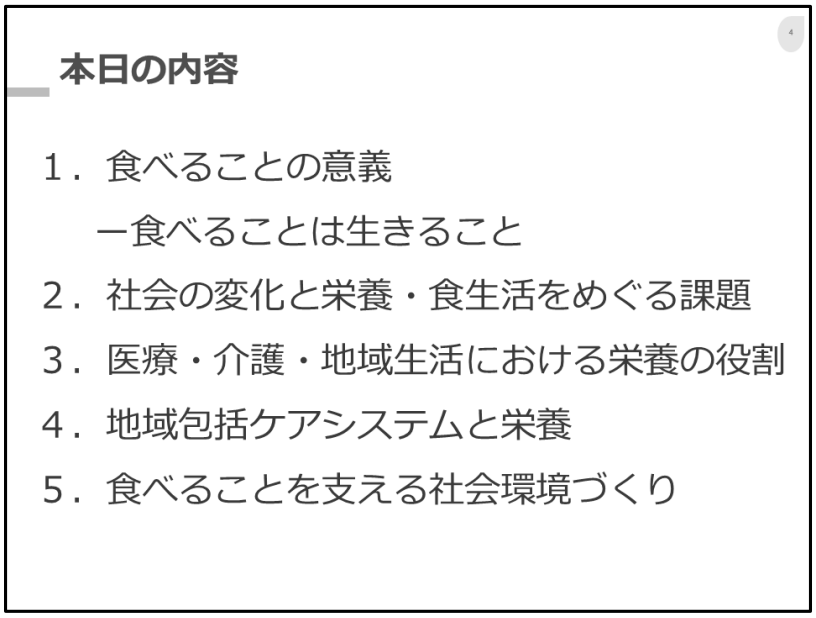
現在も科学院の図書館には、当時の調査資料や佐伯矩（さえきただす）先生の著書『栄養』などが存されています。このような歴史のあるところです。（**スライド3**）



（スライド3）

国立保健医療科学院沿革

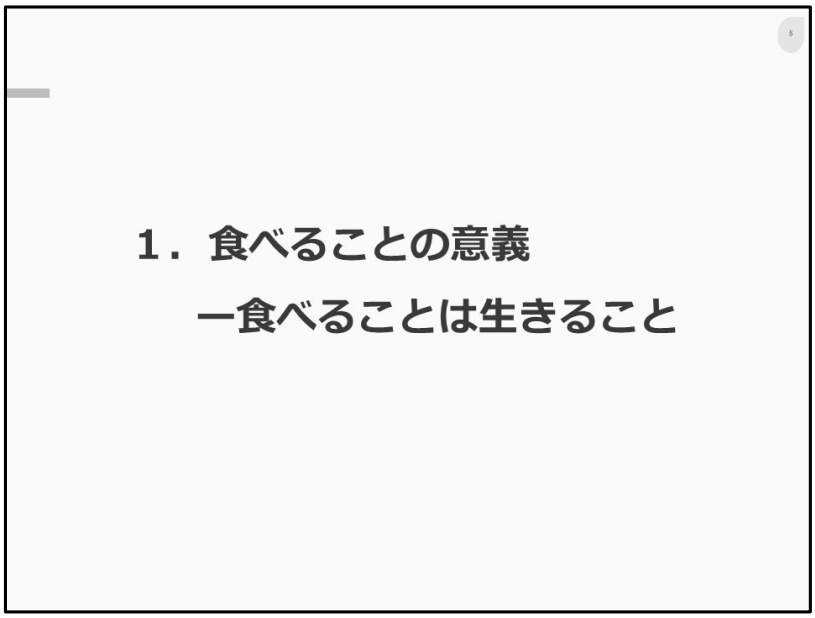
今日は、「食べることは生きること」ということで、お話をします。1. 食べることの意義、2. 社会の変化と栄養・食生活をめぐる課題、3. 医療・介護・地域生活における栄養の役割、4. 地域包括システムと栄養、5. 食べることを支える社会環境づくりという流れでお話をさせていただきます。（**スライド4**）



（スライド4）

本日の内容

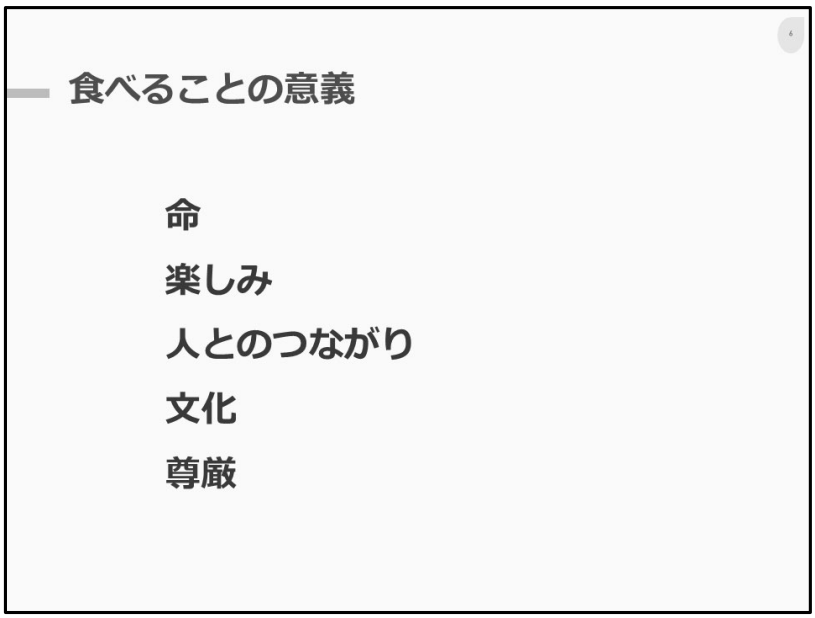
はじめに、食べることの意義を考えてみます。（**スライド5**）



（スライド5）

1．食べることの意義　食べることは生きること

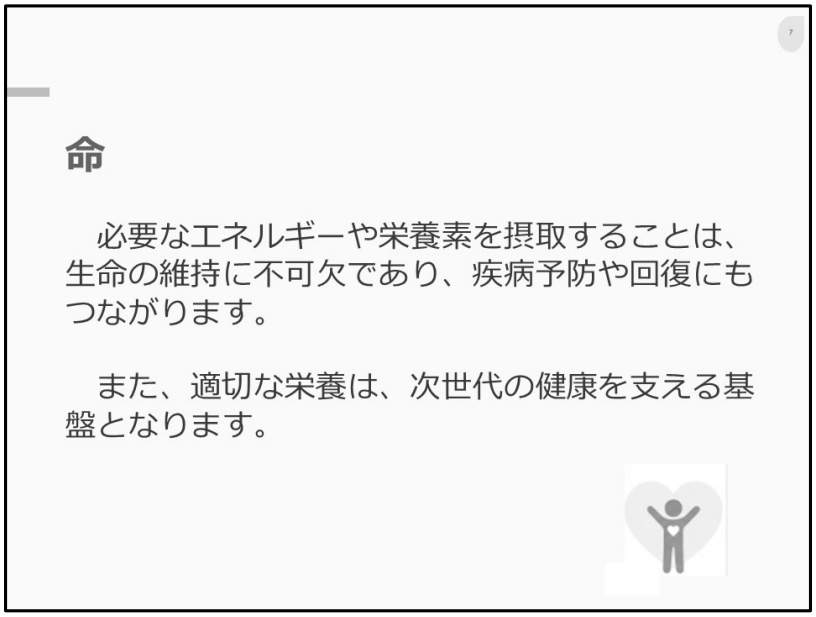
皆さん毎日食事をしていますよね。普段、あらためて「食べること」の意義について考える機会は多くないかもしれません。そこで、まず「食べること」の意義を整理してみます。いろいろな考え方があると思いますが、私はこの5つにしてみました。命、生きるということ。楽しみ、人とのつながり、文化、尊厳という形です。（**スライド6**）



（スライド6）

食べることの意義

一つ目、命です。冒頭、今日のテーマに「食べることは生きること」とありますけれど、栄養は私たちの生命を維持するにあたって必要不可欠なものになります。日々エネルギーや栄養素を摂取することで命を維持しています。さらに生命の維持だけではなく、病気を予防したり、あるいは回復したりといったところにもつながります。また適切な栄養は次世代の健康を支える基盤となります。例えば、女性のやせ型が多くなっております。やせている女性の方々は低出生体重児を出産するリスクが高くなるといったこともあります。やはり適切な栄養は今を生きる私たちだけではなく、次世代の健康を支える基盤となります。（**スライド7**）



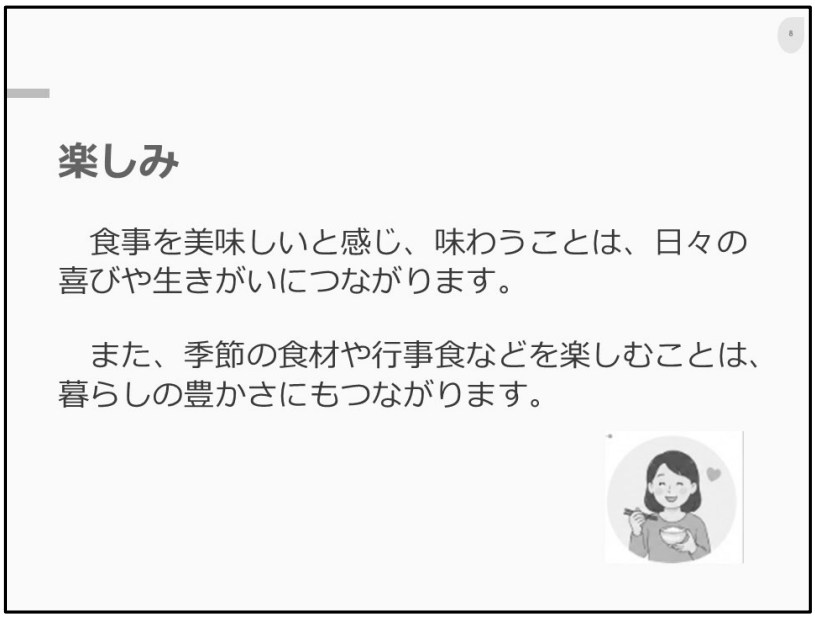
（スライド7）

命

次に、楽しみです。皆さん日々食事を楽しく食べていると思いますけれども、食事をおいしいと感じたり、お友だちと一緒に食べてうれしかったり、そういった食べる楽しみが生きがいや生活の豊かさにつながります。

また、日本は四季があります。春夏秋冬の中でいろいろな旬の食材があり、あるいは行事があります。

そういったものを楽しむということ。それも生活の豊かさにつながっているかなと思います。（**スライド8**）

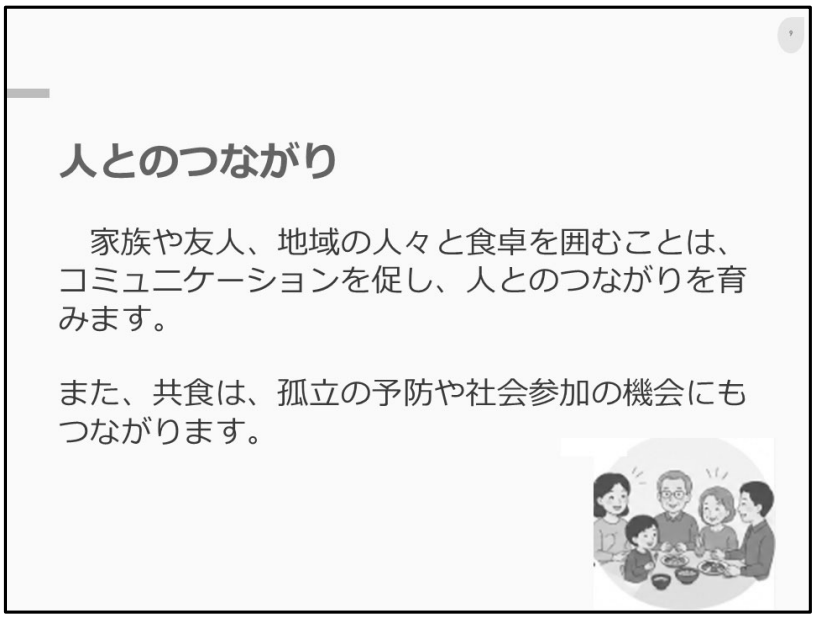


（スライド8）

楽しみ

そして、次が人とのつながりです。食事は、人と人をつなぐ役割もあります。家族や友だち、あるいは地域の方々と一緒に食卓を囲んでコミュニケーションを図ることがあると思います。食事をしながら会話が弾んだり、どこかに行こうと言って一緒に食べたり、そういったことが皆さんもあると思います。そういう人とのつながりをつくるものの一つとして食事があります。

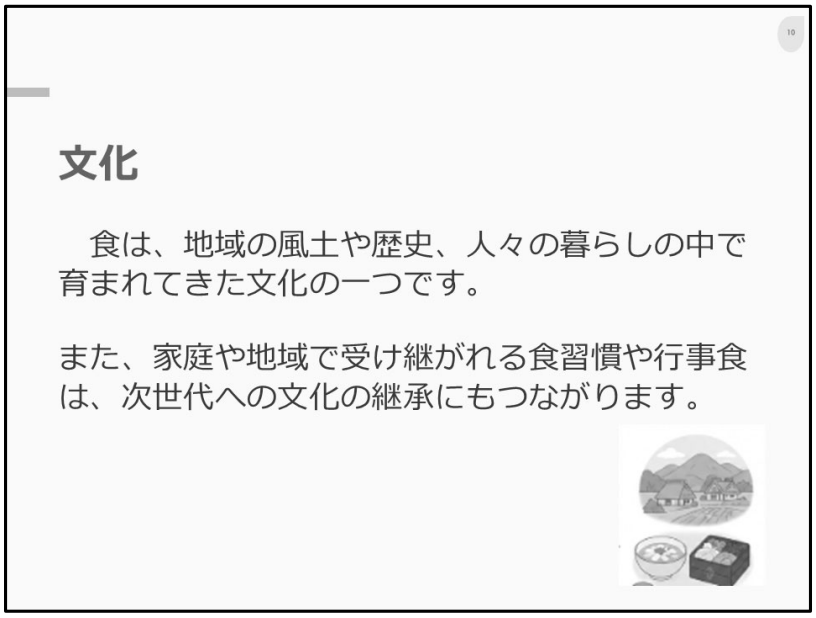
共食は、孤立の予防や社会参加の機会にもなります。人とのつながりを考える上でも食事は重要になっています。（**スライド9**）



（スライド9）

人とのつながり

それから、文化、食文化とも言います。日本食はユネスコ無形文化遺産にもなりました。食は地域の風土や歴史、人々の暮らしの中で生まれてきた文化でもあります。地域だけではなく家庭の味もあります。お母さん、おふくろの味といった家庭の中で受け継がれている味や習慣、行事食といったものを次世代へ食文化を継承していく。こういったところでも食は重要になると思います。（**スライド10**）

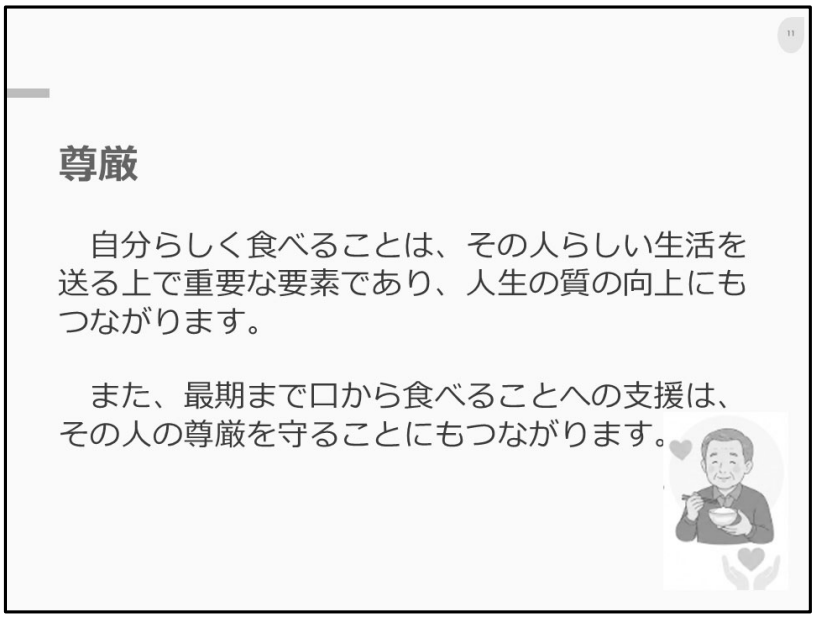


（スライド10）

文化

それから、尊厳ですね。やはり自分らしく食べるということが、その人らしい生活を送る上で非常に重要な要素だと思います。自分の好きな食べものを食べたい、どういうものを食べようかなというのは、その人の価値観になってくると思います。そういう意味で、人生を豊かに質の高いものにしていくということで尊厳ということが重要になってくると思います。そして、最後まで口から食べるということ。ここを支援するのはその人の尊厳を守ることにつながると考えています。

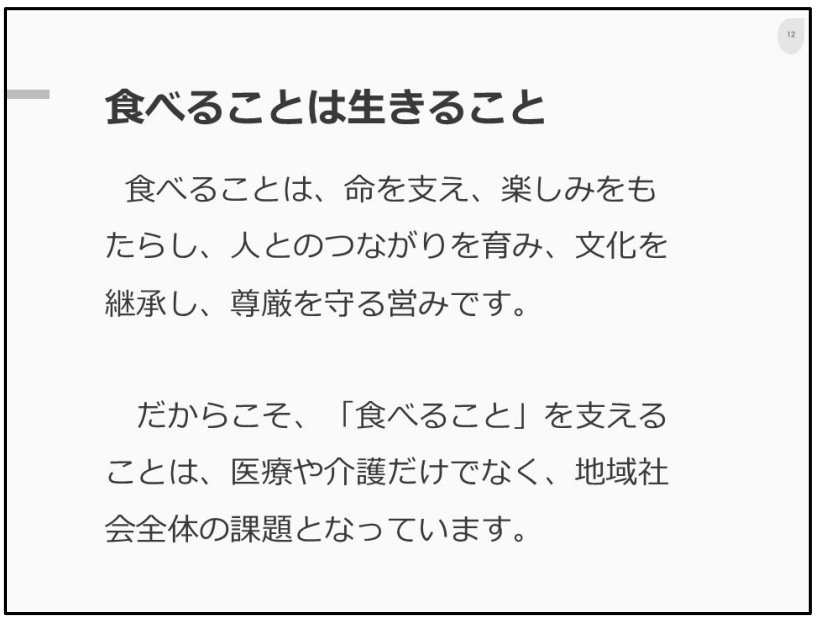
命、楽しみ、人とのつながり、そして文化、尊厳という形で食べることの意義を考えてみました。この5つの考えが、これから医療や介護といったお話をしますけれども、その基盤になる考え方かなと思っています。（**スライド11**）



（スライド11）

尊厳

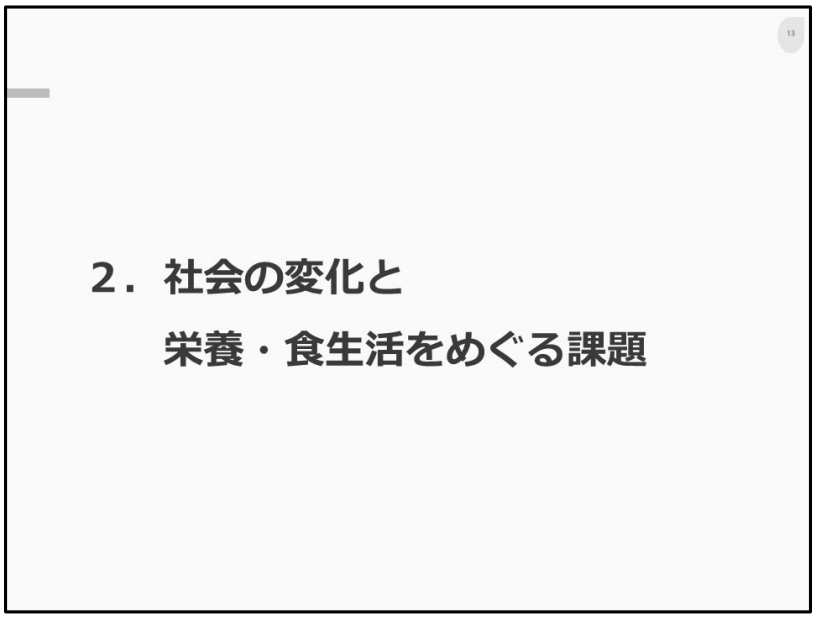
このように、「食べること」は、命を支え、楽しみをもたらし、人とのつながりを育み、文化を継承し、尊厳を守る営みです。だからこそ、「食べること」を支えることは、医療や介護だけの課題ではなく地域社会全体で取り組むべき課題であると考えています。（**スライド12**）



（スライド12）

食べることは生きること

続きまして、社会の変化と栄養・食生活をめぐる課題についてお話をします。（**スライド13**）

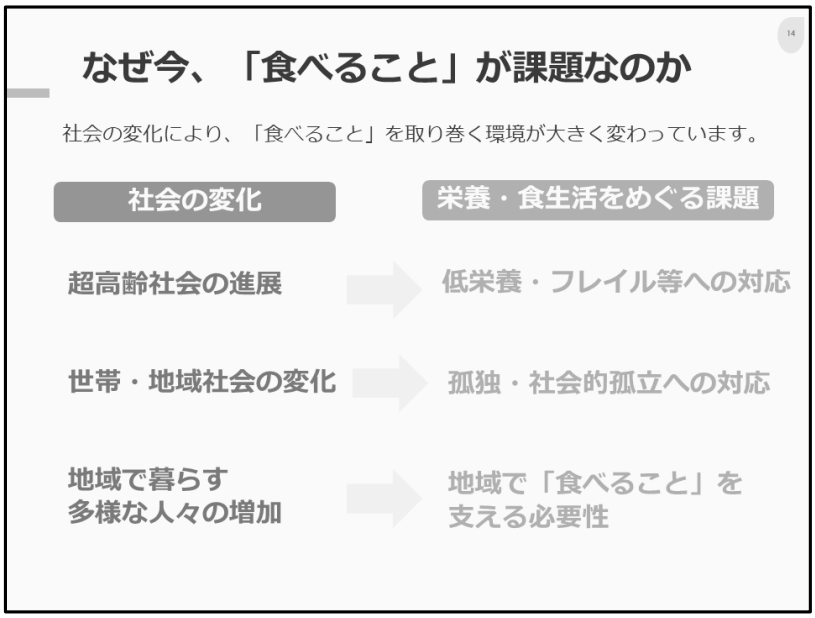


（スライド13）

2. 社会の変化と栄養・食生活をめぐる課題

なぜ今､「食べること」が課題なのでしょうか。背景には、食べることを取り巻く社会環境の大きな変化があります。社会の変化にはさまざまな要因がありますが、本日はその中でも特に重要な3つの変化についてお話します。一つ目は超高齢社会の進展、二つ目は世帯や地域社会の変化、そして三つ目は、多様な背景を持つ人々が地域で生活をするようになっていることです。

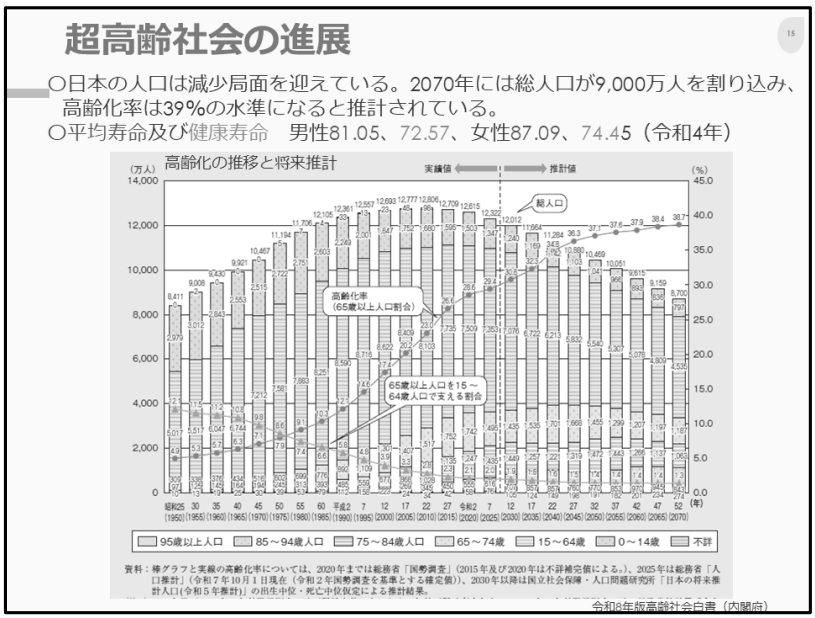
こうした社会の変化に伴い、栄養や食生活をめぐる課題も変化しています。超高齢社会の進展に伴っては低栄養やフレイルへの対応が必要になってきますし、世帯・地域社会の変化に伴って孤独・孤立への対応も必要になってきます。それから、地域で暮らす多様な人々の増加に伴い、地域で暮らすすべての人が、その人らしく食べ続けられるよう支える仕組みづくりが求められています。次から少し詳しく見ていきます。（**スライド14**）



（スライド14）

なぜ今、「食べること」が課題なのか

高齢化は進んでおり、65歳以上の人口割合が2070年には39%、約4割になると推測されています。「健康日本21」で平均寿命と健康寿命の差を縮めましょうということを目標に掲げておりますけれども、現在の平均寿命は男性81.05、健康寿命は72.57とされています。女性は平均寿命が87.09、健康寿命は74.45です。平均寿命と健康寿命の差を縮小し、健康で生活できる期間を延ばしていくことが重要な政策課題となっています。（**スライド15**）

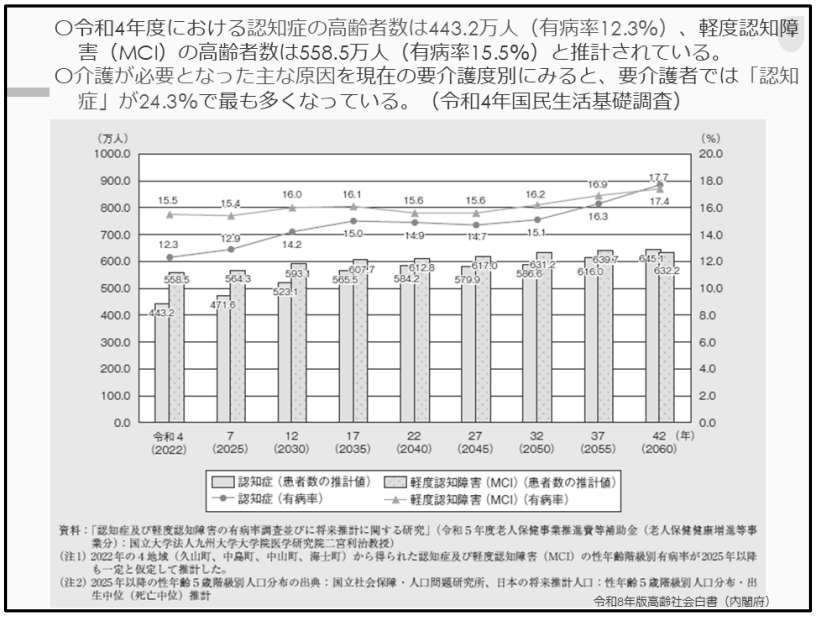


（スライド15）

超高齢社会の進展

また、超高齢社会で認知症の方々の数が増えています。研究班の報告では令和４年度で認知症の高齢者の数は443万人と推計されています。軽度認知障害は558万でかなり認知症の方々も多いということです。

介護になる主な要因も要介護者では認知症が24.3％で最も多いというふうに統計上出ております。ですので、こういったところにも対応していく必要があるということです。（**スライド16**）



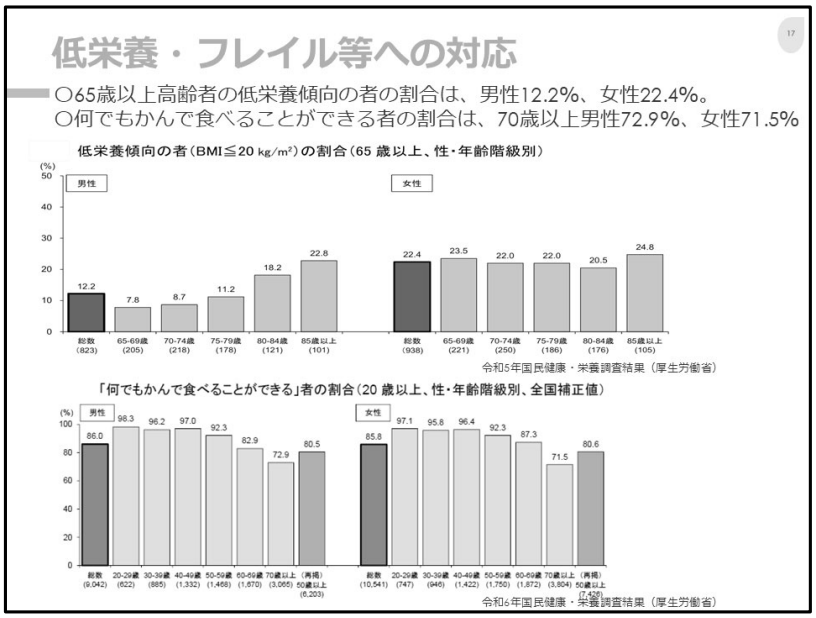
（スライド16）

超高齢社会の進展（つづき）

では、栄養の課題はどうなっているのか。超高齢社会ということで65歳以上の高齢者の低栄養の方は男性では12.2％、女性では22.4％ということです。男性は年齢が高くなると割合が増えてきます。女性はもともと高いこともあって横ばいですけれども、約2割強の方々が低栄養という状況です。

また、超高齢社会になると摂食嚥下機能、かむ機能がおとろえてきます。何でもかんで食べることができる者の割合というのを国民健康・栄養調査で調べています。男性全体では86％、女性は85.8％、70歳以上を見ると男性72.9％、女性71.5％となり、他の年齢に比べるとだんだん下がってきます。

このように、高齢化に伴い低栄養や、摂食・嚥下機能の低下の方が多くなることが分かります。（**スライド17**）

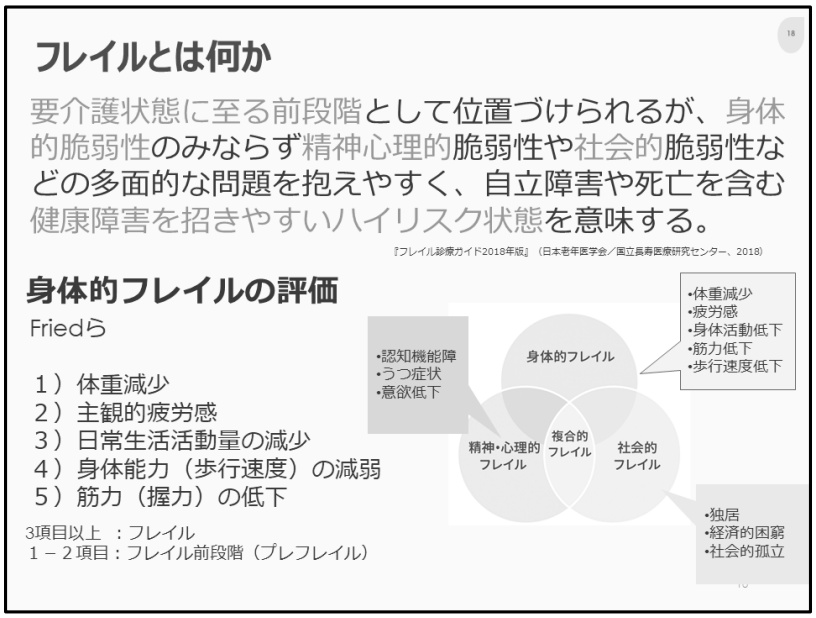


（スライド17）

低栄養・フレイルへの対応

フレイルとは何か。加齢に伴って心身の活力が低下し、要介護状態へ移行しやすい状態を指します。低栄養や摂食・嚥下機能の低下は、その重要な要因の一つです。要介護状態に至る前の段階として位置付けられます。虚弱ということですね。フレイルは、身体機能の低下だけではなく、精神心理的な虚弱や社会的な側面、いろいろな面で問題を抱えやすくこれらが相互に影響しながら進行すると考えられています。これはFriedらの評価ですが、身体的なフレイルという観点では、低栄養、体重減少が評価の軸の一つになっています。その他主観的な疲労感や日常生活の活動量の減少、あるいは歩行速度の減弱、ゆっくり歩くようになってきます。あるいは筋力の低下、こういったものを指標とし、3つ以上でフレイル、1〜2だと前段階、プレフレイルという形で身体的なフレイルが把握されていきます。

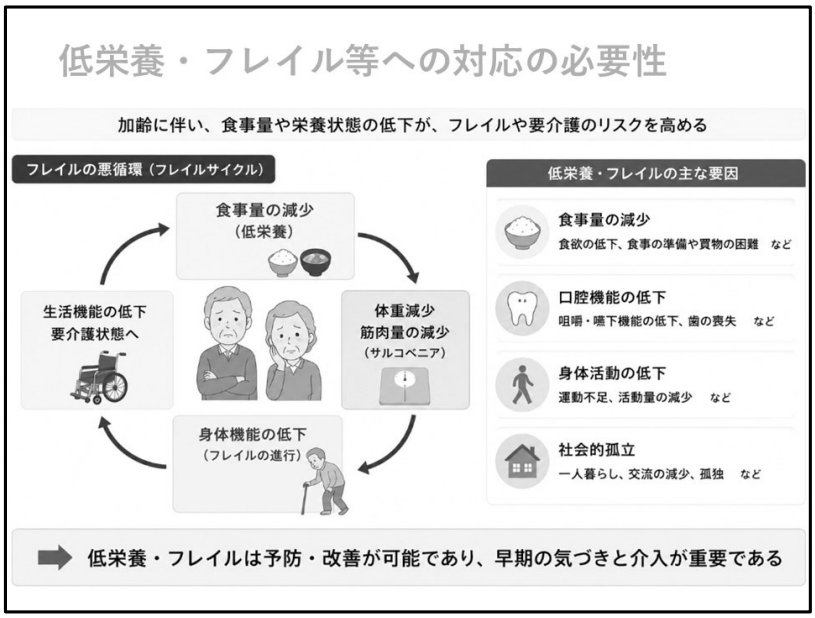
その他に、身体的だけではなく、精神的あるいは社会的フレイルということで認知機能やうつ、意欲低下、一人暮らしや経済的な困難、社会的孤立を合わせて虚弱な状況としてフレイルと呼ばれています。このような状況にいかに対応していくのかが重要になります。（**スライド18**）



（スライド18）

フレイルとは何か

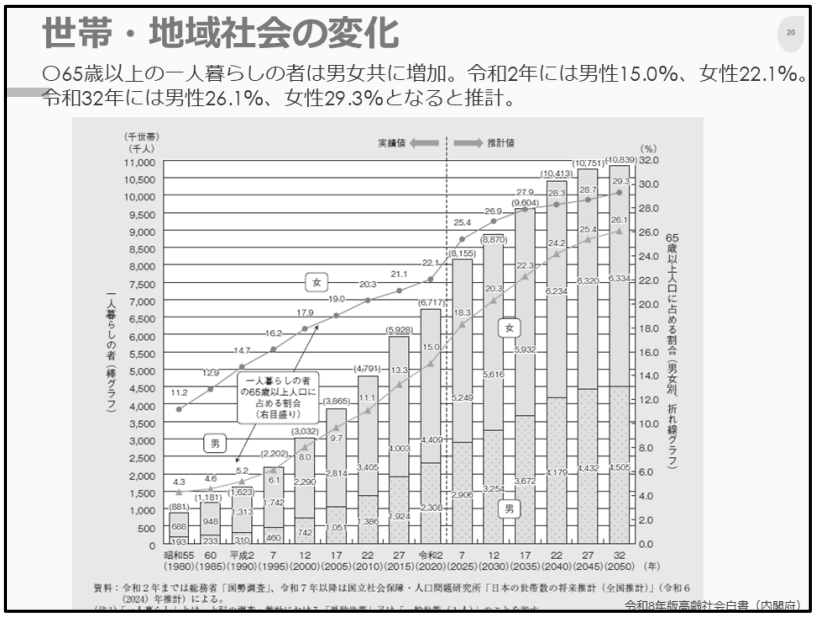
フレイルへの対応の必要性です。食事の量が低下すれば体重も減り、さらに運動機能も低下し、生活機能低下で要介護状態になってしまう。この悪循環をどこかで断ち切らなければいけないという形になります。主な原因として食欲が低下したり、口から食べる機能、よくかんで食べる摂食嚥下機能が低下したり、歯が抜けてきた、入れ歯が合わないなどがあります。また身体活動の低下、運動不足や活動量の低下もあります。さらに社会的に一人暮らしをしていたり、交流が減少したりといった孤独、孤立も関係しています。こういったものが低栄養やフレイルの要因になっているといわれています。（スライド19）



（スライド19）

低栄養・フレイル等への対応の必要性

次に2つ目の社会的な変化として、世帯・地域社会の変化というのがあります。65歳以上の一人暮らしは男女ともに増加しています。赤い線、これが女性で緑のほうが男性です。ですので、一人暮らしで料理ができればいいですけれど、食事の準備ができなかったり、食べる量が減ったりということにつながります。（**スライド20**）

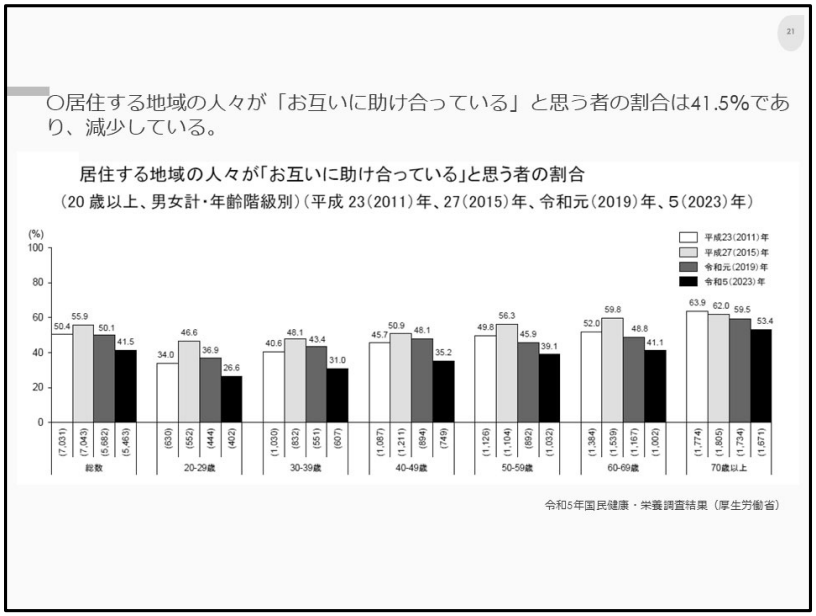


（スライド20）

世帯・地域社会の変化

また、地域社会の変化ということです。これは国民健康・栄養調査で調べているのですが、自分が住んでいるところで「お互いに助け合っていると思いますか」と地域の助け合いの状況を聞いています。「助け合っている」と思う人は41%、高齢者のほうが割合は高いですが、どの世代でも減少していることが分かります。地域の関係性が少し希薄になってきているかもしれません。

こういう話をしていて自分はどうか。両隣の人と助け合っているかと言いますと、私も日中仕事をしていますし、なかなかそういう感じは受け取れていません。では何かあった時にどんなふうに助け合いができるのかなというのを、ふとこのデータを見て思うところです。（**スライド21**）



（スライド21）

地域で「お互いに助け合っている」と思う割合

では、孤独・孤立にどう対応していけばいいのかということです。先ほどのフレイルと同じように、人とのつながりがないと外出の機会もなくなり、食欲が低下し、いろいろな生活機能が低下していくといわれています。やはり、人とのつながり、共に食べる機会が心と体両方の健康に必要な要素だろうということです。「健康日本21」という国民健康づくりの運動を行っていますけれども、その中でも共食を目標にしています。社会的なつながり、誰かと一緒に食べることで栄養バランスが良くなるというデータもあり、そういったものを目標にしています。誰かと食べるということも、孤独・孤立社会への対応の一つとしてできるのではないかということです。（**スライド22**）

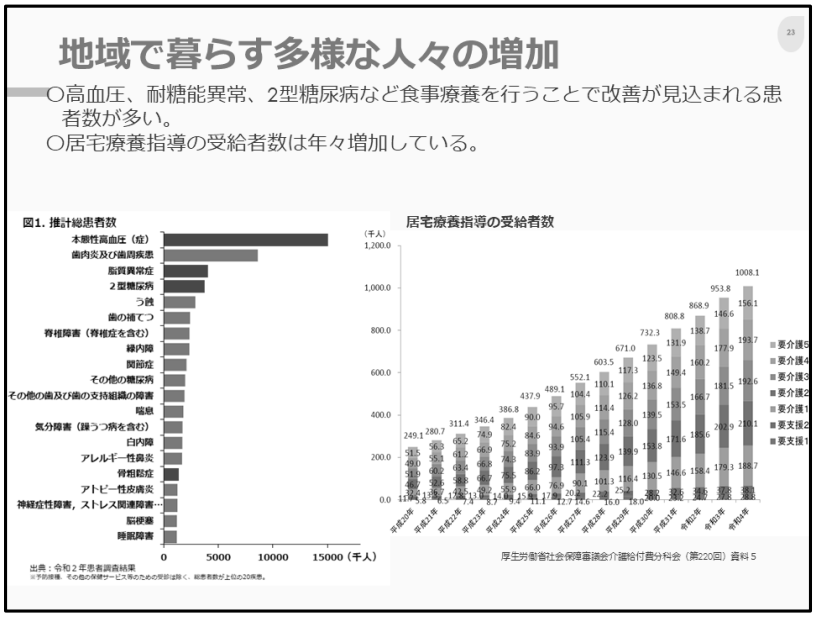


（スライド22）

孤独・社会的孤立への対応

もう一つの社会の変化として、地域で暮らす多様な人々の増加です。今日は疾病という観点で取り上げてみます。左側は患者調査の数です。上から、本態性高血圧、歯周病、脂質異常症、糖尿病となっています。令和2年の患者調査になりますが、高血圧や脂質異常症、あるいは糖尿病は食事の改善をすることで病状安定が見込まれる患者さんが多いということです。こういう方々が地域で生活しています。

また、介護保険で訪問、居宅療養指導を受けている方の数は高齢社会で年々増えている状況です。要介護状態で居宅療養指導を受けている方、また、高血圧や糖尿病、脂質異常を持っている方、いろいろな方々が生活をしているということになります。（**スライド23**）

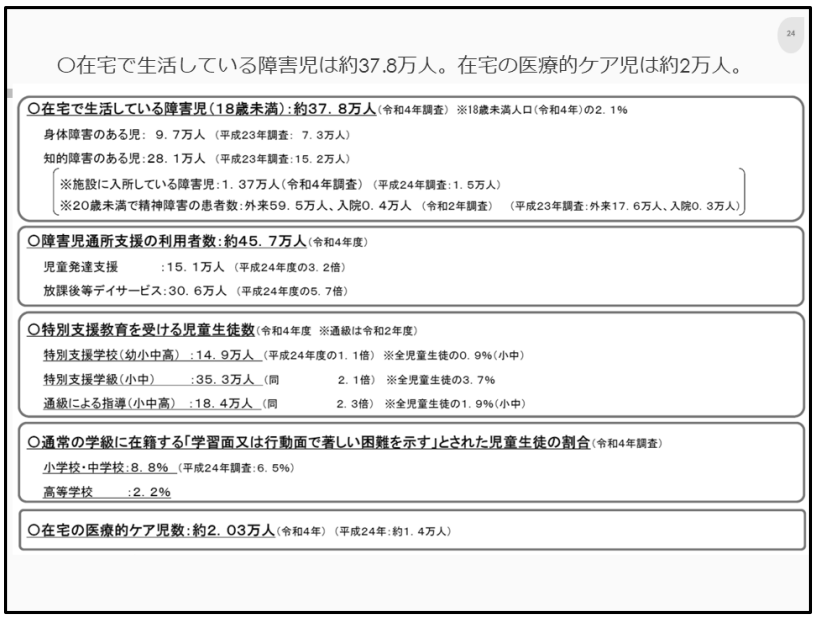


（スライド23）

地域で暮らす多様な人々の増加

また、私は障害児の栄養ケアに関する研究などもしているのですが、地域、在宅で生活している障害児は37.8万人といわれています。身体障害のある児は平成23年に比べて増えています。知的障害のある児も増えています。障害のあるお子さんが在宅で生活をしています。通所、事業所を利用している方は45万人、在宅の医療的ケア児の数は約2万人といわれています。

このように、高血圧といったいわゆる生活習慣病の方、高齢で在宅で療養されている方、そしてお子さんで障害を持っている方など、本当にいろいろな方が地域の中で生活をされている状況です。（**スライド24**）



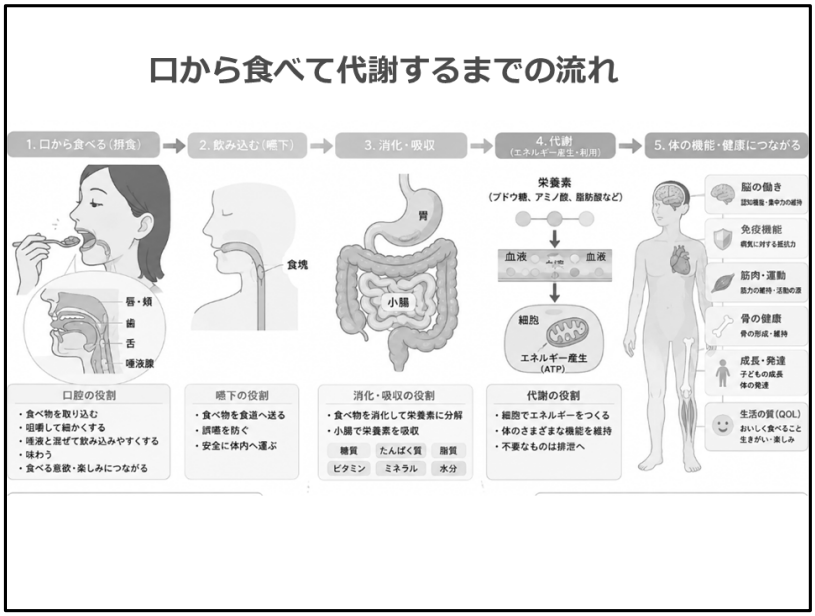
（スライド24）

在宅で生活している障害児は約37.8万人、在宅医療的ケア児の数は約2万人

また、口から食べることがいかに大事かというところを痛感しています。子どもの場合は生まれた時から少しずつ成長し、かむということを身に付け、発達していくわけです。その部分がきちんと発達しないと丸飲みをしてしまうとか、よくかめなくて消化不良になってしまうこともあります。

また、高齢者の方も摂食嚥下機能に障害があると必要な栄養量を確保できないということも出てきます。

口から食べて代謝することが非常に重要です。こういった機能に障害のある方もいらっしゃいます。（**スライド25**）



（スライド25）

口から食べて代謝するまでの流れ



いろいろな方が生活していますので、その方々の食べることをどうやって支えていくかということが重要になってくると思います。医療的ケア児もそうですし、高齢者の方もそうですし、障害児の方、在宅療養の方もそうですが、その人らしく生活できるように、その人らしく食べることをどう支援していくかということが大切だと思います。

障害児の研究をしていると、「一緒に出かけた時に摂食嚥下機能の障害を持つ子どもに対応できる飲食店やレストランはどこかありますか」というお問い合わせがあります。そういったことに配慮してくださる飲食店が増えるといいかなと思います。

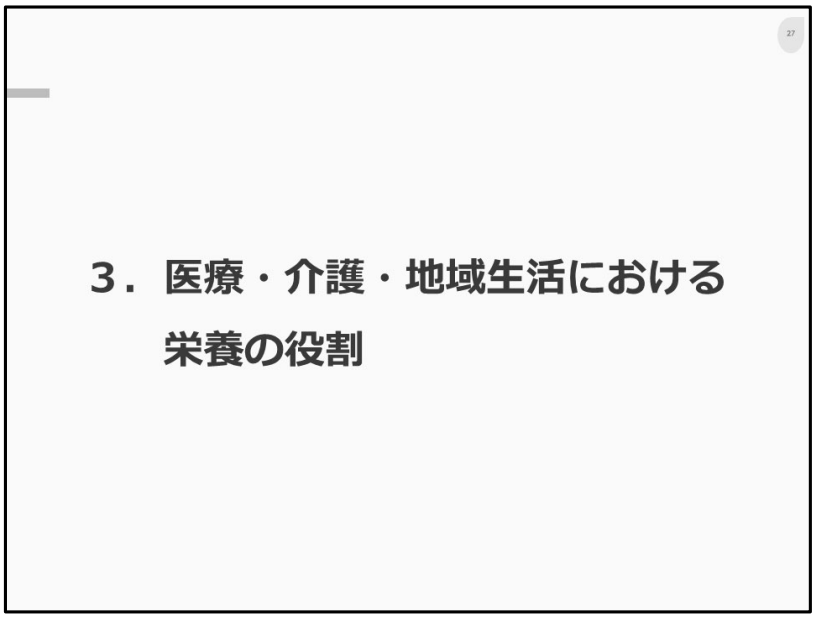
また、市販の食品でも摂食嚥下機能に配慮したものが出てくるといいですね。そういった配慮した食事を提供する環境の部分と専門職の支援という部分、両面があると思います。こういった両面で支えていく必要性が栄養・食生活の課題と言えるのではないかと思います。（**スライド26**）



（スライド26）

地域で「食べること」を支える必要性

このように、社会的な変化に伴い、栄養・食生活の課題も変化しています。こうした課題に対応するために、医療・介護・地域が連携しながら支援していくことが求められています。制度も少しずつ変わってきています。（**スライド27**）



（スライド27）

3. 医療・介護・地域生活における栄養の役割

ここからは、医療、介護、地域生活のそれぞれの場面での栄養の役割、栄養の位置付けお話をしたいと思います。（スライド28）

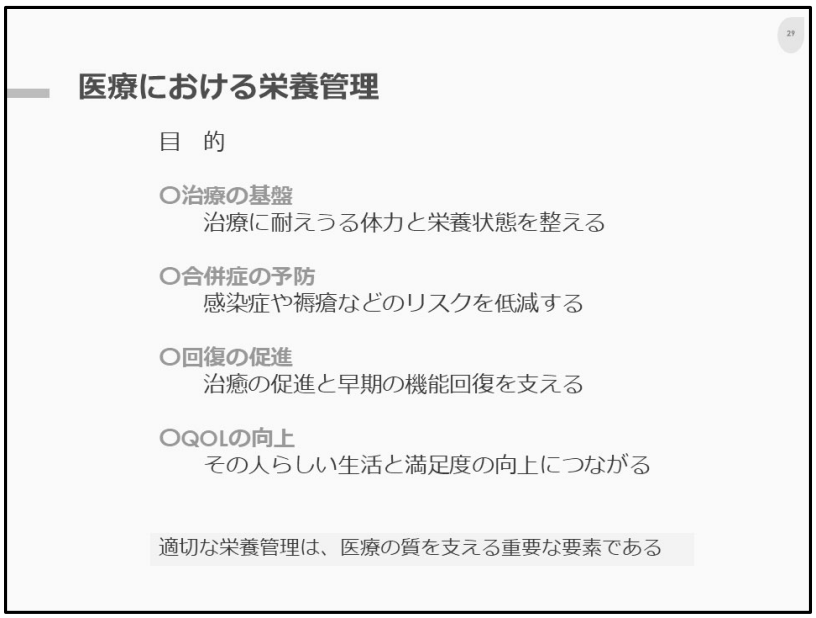


（スライド28）

医療、介護、地域生活における栄養の役割

まず、医療における栄養管理は、基本的に治療の一環として実施されます。また、治療に耐え得る身体状況を維持するうえでも重要です。また、適切な栄養管理は、感染症や褥瘡（じょくそう）のリスクを低減し、早期の機能回復を支えるといった回復を促進するなど、合併症の予防という目的もあります。また、栄養管理は、単に疾患を治療するためだけではなく、QOLの向上、その人らしい生活と満足度の向上につながります。

このように、医療における栄養管理は、医療の質を支える重要な要素と言えます。（**スライド29**）



（スライド29）

医療における栄養管理

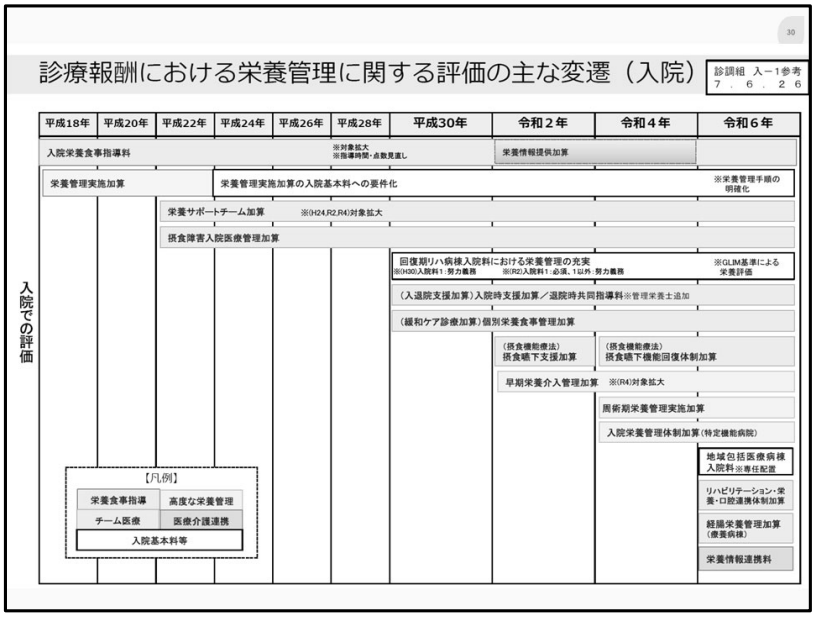
これは診療報酬の議論で使われる中医協の資料です。ご覧のように診療報酬は平成18年から2年に一度の度重なる改定がされています。平成18年に栄養管理実施加算というものが始まっています。入院時食事療養費が1日当たりではなく、1食当たりになりましたが、患者一人一人の栄養管理を行っていく必要があるということで、栄養管理実施加算というものが初めて診療報酬に入りました。

後ほど介護のほうで話をしますけれども、この少し前、平成17年に介護保険のほうは栄養ケア・マネジメントが導入されています。17年は食費が自己負担になった年です。17年10月から施行され、その時に栄養ケア・マネジメントが入っています。

病院の栄養管理部門にとっては、平成18年は結構大きなターニングポイントだったのではないかと思います。栄養食事指導以外で報酬が付いた形になります。その後、栄養管理実施加算は入院基本料に包括化されました。

平成30年からは病棟での栄養管理の加算が充実されました。回復期リハビリテーションでの栄養管理の充実や、早期栄養介入加算としてICUでの栄養管理、術前から栄養管理を行う周術期栄養管理加算も入りました。また、特定機能病院では入院栄養管理体制加算ということで、管理栄養士の病棟配置も始まりました。

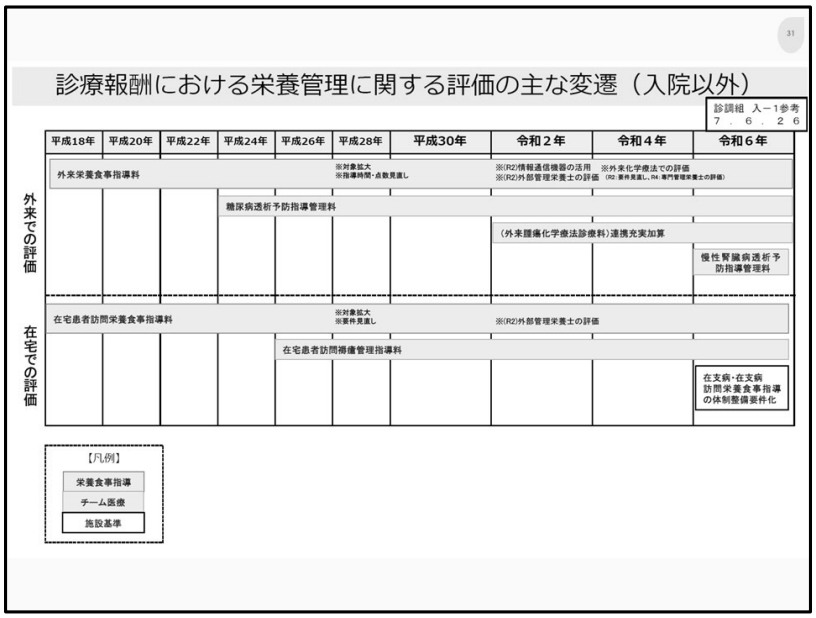
さらに、令和6年には情報連携やリハビリと栄養と口腔の連携といった報酬が付きました。このように近年の栄養関係の報酬は充実されており、それだけ栄養に関するニーズが高まっているということかと思います。（**スライド30**）



（スライド30）

診療報酬における栄養管理に関する評価の主な変遷（入院）

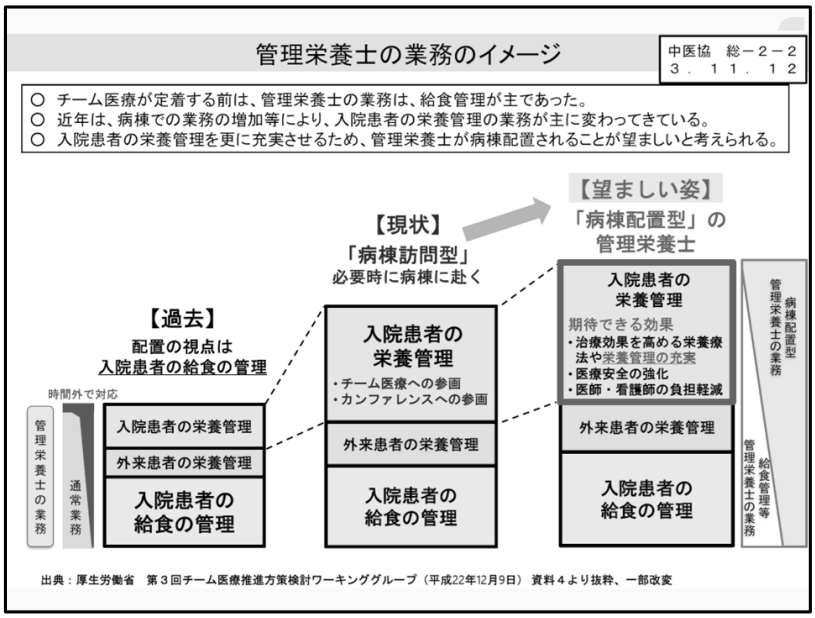
これは外来です。外来でも外来栄養食事指導はもちろん、がんの患者さんの外来化学療法の評価といった見直しが行われています。（**スライド31**）



（スライド31）

診療報酬における栄養管理に関する評価の主な変遷（入院以外）

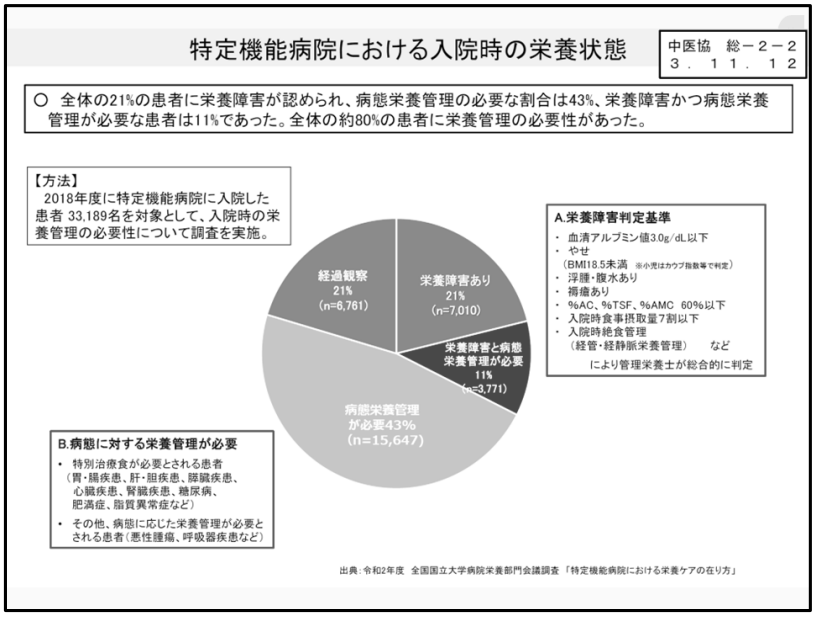
病院における管理栄養士の業務のイメージ、これも中医協の資料です。チーム医療が定着する前は、管理栄養士の業務は給食管理がどちらかというと主なものでしたが、徐々に病棟を訪問するようになり、特定機能病院については病棟への配置で患者さんの栄養管理をすることが管理栄養士の主な業務となっています。給食管理とベッドサイドでの栄養管理が両輪となって患者さんの栄養状態の改善を支えていく形、栄養管理の姿になってきていると思います。今、特定機能病院はこの形になってきています。ベッドサイドでの管理栄養士の業務は、多職種と連携し、栄養管理を行い、栄養状態を維持、改善していくことが求められています。（**スライド32**）



（スライド32）

管理栄養士の業務のイメージ

これは特定機能病院における管理栄養士の病棟配置の必要性を示した資料です。特定機能病院における入院時の栄養状態として、特定機能病院全体の21%の患者さんに栄養障害が認められ、病態栄養管理の必要な割合は43%、栄養障害かつ病態栄養管理が必要な患者の割合は11%ということで、全体の約8割の患者さんに栄養管理の必要性がありました。こういう方々に栄養管理を適切に行うために管理栄養士を配置していく形になるわけです。（**スライド33**）

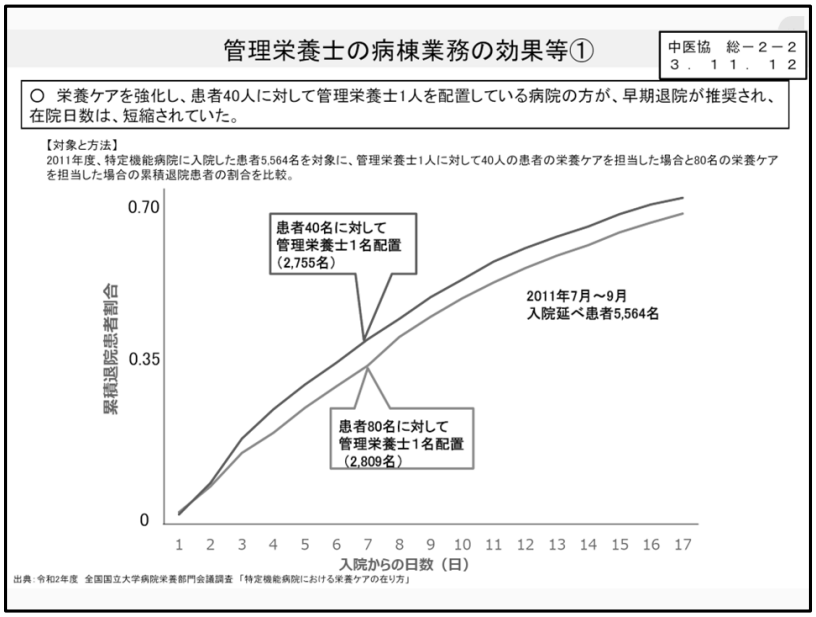


（スライド33）

特定機能病院における入院時の栄養状態

では、病態として栄養管理が必要な患者さんがいるが、管理栄養士を配置したことによって、どのような効果があるのかということです。

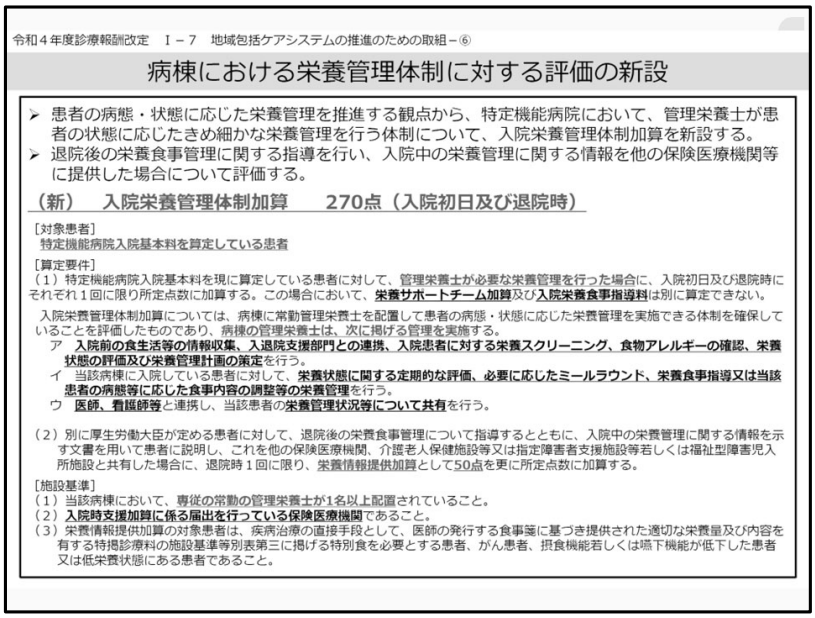
これは特定機能病院に入院した患者さんを対象に見たデータです。患者さん40人に対して管理栄養士1名を配置した時と、80人に対して1名配置の時です。たくさん管理栄養士が配置されたほうで早期退院が推奨され、在院日数が短縮されたという結果が見られました。こういった根拠に基づいて報酬が付いていきます。（**スライド34**）



（スライド34）

管理栄養士の病棟業務の効果

こちらが特定機能病院における入院栄養管理体制加算が令和4年に付いた際の説明資料です。（**スライド35**）


令和４年度診療報酬改定　Ⅰ－７　地域包括ケアシステムの推進のための取組－⑥

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

- 患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、入院栄養管理体制加算を新設する。
- 退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について評価する。

（新）　入院栄養管理体制加算　　270点（入院初日及び退院時）

［対象患者］
特定機能病院入院基本料を算定している患者

［算定要件］
（１）特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合に、入院初日及び退院時にそれぞれ１回に限り所定点数に加算する。この場合において、**栄養サポートチーム加算**及び**入院栄養食事指導料**は別に算定できない。

入院栄養管理体制加算については、病棟に常勤管理栄養士を配置して患者の病態・状態に応じた栄養管理を実施できる体制を確保していることを評価したものであり、病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施する。

ア　**入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定**を行う。

イ　当該病棟に入院している患者に対して、**栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じたミールラウンド、栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理**を行う。

ウ　**医師、看護師等**と連携し、当該患者の**栄養管理状況等について共有**を行う。

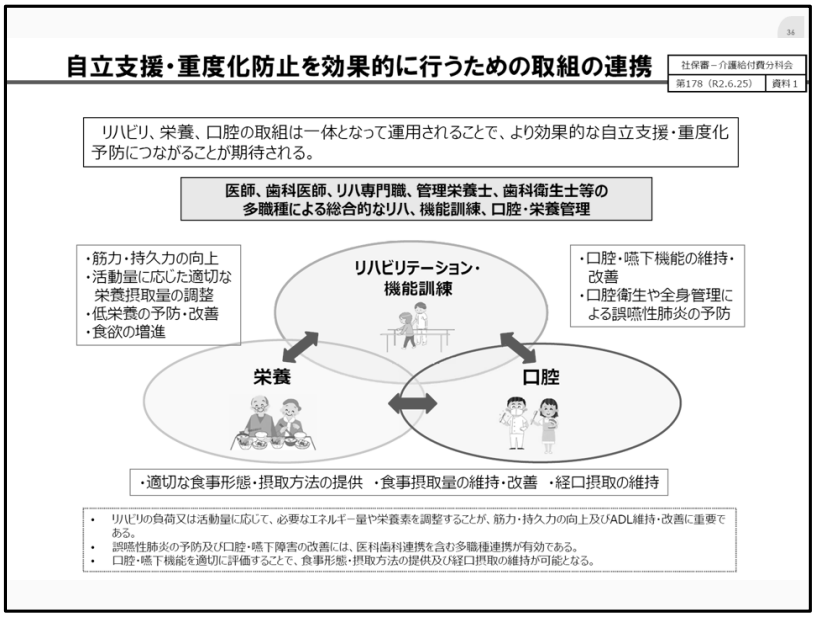
（２）別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時１回に限り、栄養情報提供加算として50点を更に所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）当該病棟において、専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
（２）**入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
（３）栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

（スライド35）

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

先ほど病棟での多職種協働という話をしましたが、栄養だけではなく、リハビリテーションと口腔と栄養、ここを一体的に実施することが重要といわれています。一所懸命リハビリテーションをしても、体を動かすもととなる栄養がしっかり取れていないと筋力が高くならないですし、摂食機能がしっかり機能しないと必要な食事が取れないということがありますので、リハ・栄養・口腔の3つが一体となった取組を行っていくことが重要です。（**スライド36**）



（スライド36）

自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

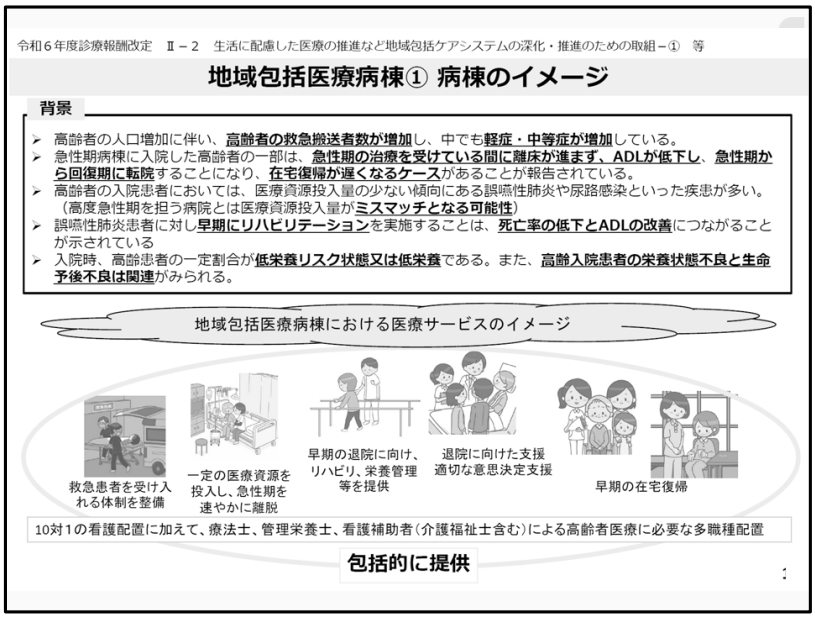
そこで、令和6年の報酬改定では、急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進という形で報酬が付いています。より早期からの切れ目のないリハ、栄養、口腔の取組ということと、多職種による評価と計画を行うことを重視しています。多職種が一緒に議論、カンファレンスをしながら取組を進めることが重要であり、そういう部分に加算が付いた形になります。（**スライド37**）



（スライド37）

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

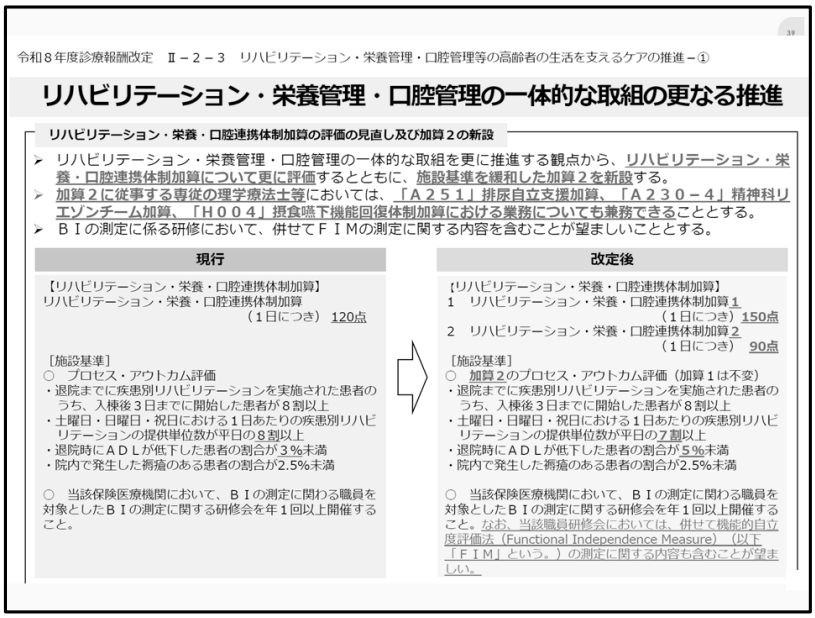
もう一つ大事なのは、地域包括医療病棟です。こういった病院でも入院時に高齢者の一定割合が低栄養のリスク状態、または低栄養状態にあるということで、その部分をしっかりケアしていく必要があります。誤嚥性肺炎の患者さんにも早期リハを実施することで死亡率の低下やADLの改善につながることが示されています。地域包括医療病棟で多職種が連携し包括的にケアをしていくことが評価されています。（**スライド38**）



（スライド38）

地域包括医療病棟

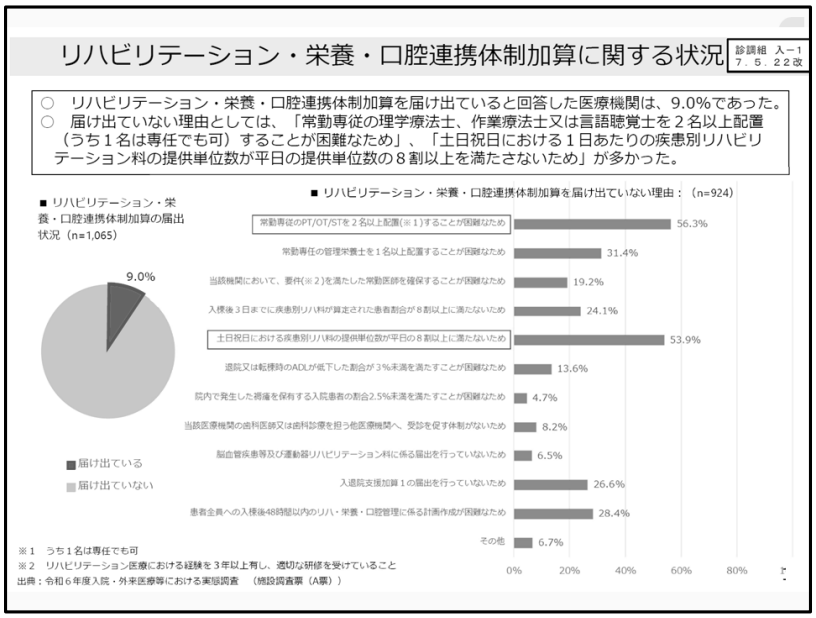
令和８年にはリハ・栄養・口腔の評価の見直しが行われています。（**スライド39**）



（スライド39）

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

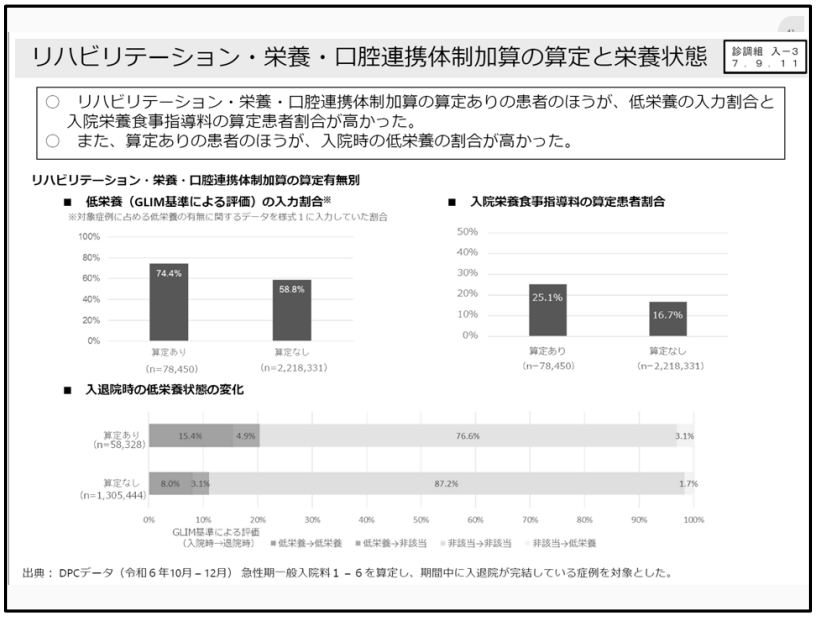
リハ・栄養・口腔の加算に関する状況はどうかというと、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出ている医療機関は少なく、9.0%という形です。届け出ていない理由はリハの専従配置が困難であること、土日祝日の対応が困難といった理由でした。（**スライド40**）



（スライド40）

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する状況

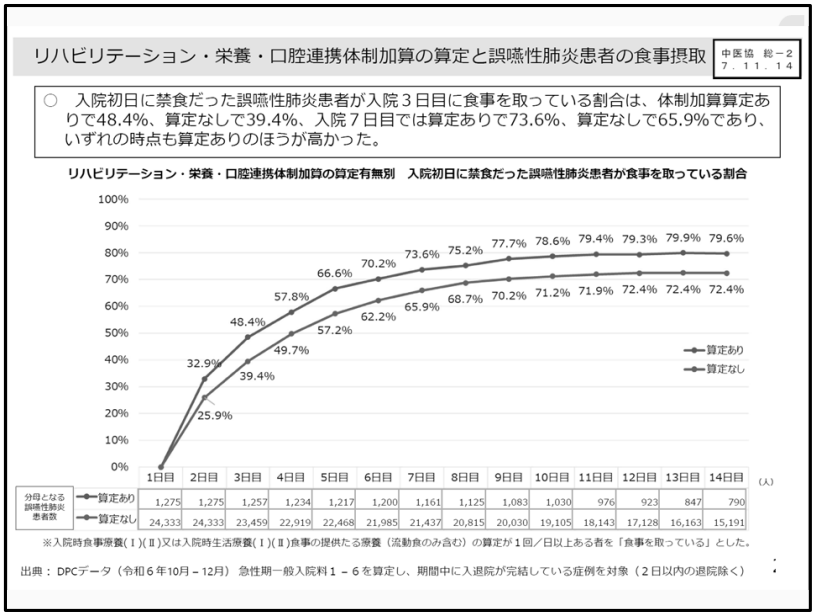
また、栄養の観点はどうかというと、リハ・栄養・口腔連携体制加算の算定がある患者のほうが、低栄養の入力割合と入院時栄養食事指導料の算定割合が高かったということです。また、算定ありのほうが入院時の低栄養の割合も高いということです。（**スライド41**）



（スライド41）

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と栄養状態

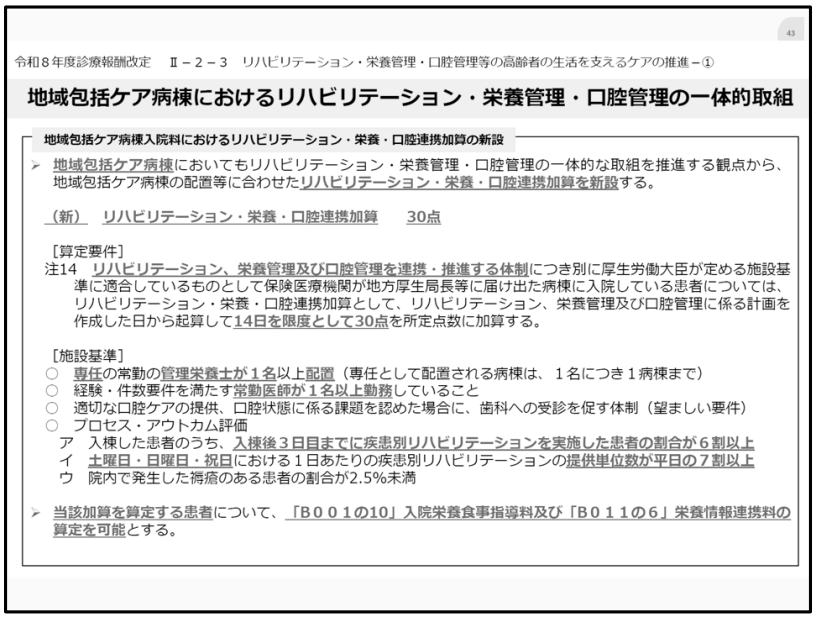
こちらはリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と誤嚥性肺炎患者の食事摂取です。高齢者は誤嚥性肺炎で入院される方が多いですが、3日目に食事を取っている割合は体制加算の算定があるところでは48.4%、算定なしのところは39.4%となっています。7日目での食事は算定ありが73.6%、算定なし65.9%という形で、いずれも算定ありのほうが高いという状況でした。多職種が連携して取り組むことで誤嚥性肺炎の患者の入院時の食事開始に影響があるということになります。（**スライド42**）



（スライド42）

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と誤嚥性肺炎の患者の食事摂取

こちらは地域ケア病棟でのリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組です。管理栄養士を配置し、取組をしてもらう形になっています。、この加算を算定する患者については、入院食事指導料と栄養情報連携料の併算定が可能という形の報酬になっています。（**スライド43**）



令和８年度診療報酬改定　Ⅱ－２－３　リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進－①

地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組

地域包括ケア病棟入院料におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の新設

- 地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、地域包括ケア病棟の配置等に合わせたリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を新設する。

（新）　リハビリテーション・栄養・口腔連携加算　　30点

［算定要件］
注14　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として30点を所定点数に加算する。

［施設基準］
○　専任の常勤の管理栄養士が１名以上配置（専任として配置される病棟は、１名につき１病棟まで）
○　経験・件数要件を満たす常勤医師が１名以上勤務していること
○　適切な口腔ケアの提供、口腔状態に係る課題を認めた場合に、歯科への受診を促す体制（望ましい要件）
○　プロセス・アウトカム評価
　ア　入棟した患者のうち、入棟後３日目までに疾患別リハビリテーションを実施した患者の割合が６割以上
　イ　土曜日・日曜日・祝日における１日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の７割以上
　ウ　院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満

- 当該加算を算定する患者について、「Ｂ００１の10」入院栄養食事指導料及び「Ｂ０１１の６」栄養情報連携料の算定を可能とする。

（スライド43）

地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組

リハ・栄養・口腔の一体的な取組の全体像がまとめられています。適切な栄養管理が行われるよう管理栄養士の配置も位置付けられています。（**スライド44**）



令和８年度診療報酬改定　Ⅱ－２－３　リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進－①

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組の全体像

	A233　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算		A304　地域包括医療病棟 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算		（新）A308-3　地域包括ケア病棟 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算
	加算１	（新）加算２	加算１	（新）加算２	
対象病棟	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料		地域包括医療病棟		地域包括ケア病棟
専従・専任配置	専従の療法士　１名、専任の療法士　１名 専任の管理栄養士　１名		病棟の配置職員のみ （療法士　専従２名、 管理栄養士　専任１名）		専任の管理栄養士　１名 ＋病棟の配置職員 （療法士　専従１名）
専従者の兼務規定	専従者は、他の業務の専従者との兼務は不可	専従者は、原則他の業務との専従者との兼務不可だが、チームに係る加算の専従者との兼務は可能	病棟内の入院医療管理料を算定する病床の専従者との兼務可		病棟内の入院医療管理料を算定する病床の専従者との兼務可 入院医療管理料の場合、病棟のリハ栄養口腔体制加算との兼務可
業務内容	48時間以内の評価、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についての定期的なカンファレンス 口腔管理を提供する体制と歯科診療との連携体制（望ましい要件）、指導内容を診療録に記録				
3日以内リハ実施割合	疾患別リハを実施した患者のうち、３日以内に開始した患者が８割以上				入棟患者のうち、３日以内に開始した患者が６割以上
休日リハ実施割合	８割以上	７割以上	８割以上	７割以上	７割以上
ADL低下割合	３％未満	５％未満	３％未満	５％未満	ー（要件なし）
褥瘡	2.5%未満				
疾患別リハの算定制限	専従・専任：９単位まで		専従：６単位まで		×（病棟の専従者のため算定不可）
点数（14日間）	150点	90点	110点	50点	30点

（スライド44）

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組の全体像

もう一つ、令和8年の見直しで嚥下調整食に関する評価がされました。入院されている方で摂食嚥下機能が低下していると、柔らかくするといった調整を行う必要が出てきますが、そういったところを評価する取組です。

特別食加算、ここの枠組自体は変わりませんが、その中に、「(一)治療食」に加えて、「(二)嚥下調整食」というものが新たに設けられています。ここでポイントになるのは、おいしく安全な食形態というところです。ミキサーをかけてドロドロにするのではなく、見た目もおいしそうに見えることが重要になります。このスライドにも「おいしく安全な食形態」とありますけれども、嚥下調整食の学会分類コード、これに対応した食事を提供していうこと、そこを評価する形になります。

主な算定要件がこちらに出ています。「安全性と食欲を促す食感とを両立した食形態」とし、さらに「献立として常食と同等の盛り付け、味や香り、適切な温度、栄養量に配慮されたものであること」とされています。また、「定期的に多職種によるミールラウンドを行う」ということ、これはベッドサイドを訪問し、食事をしているところを観察するということです。それを行って、嚥下調整食の必要性を確認し、常食が適している場合は速やかに食事形態を変更しましょうということです。こういったことが要件として挙げられています。

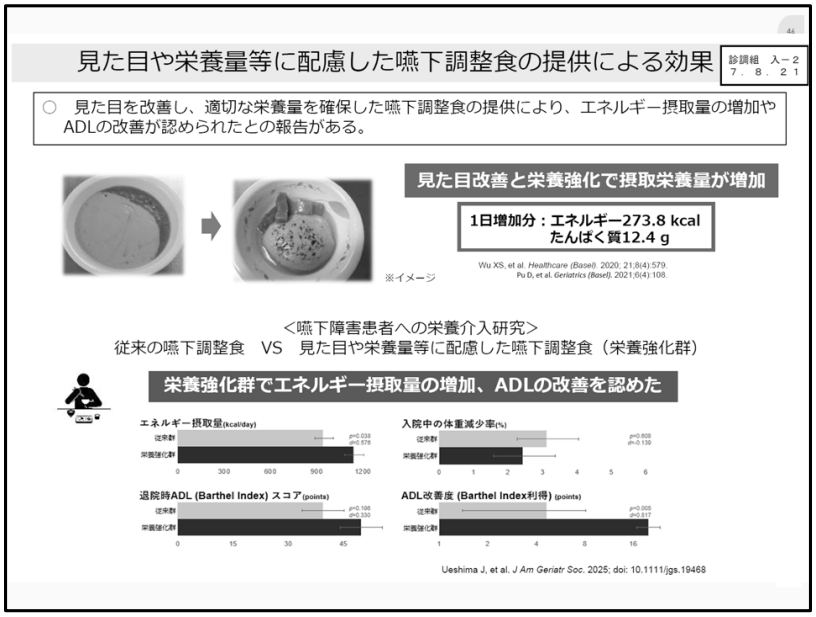
主な施設基準としては、定期的に多職種による試食会とカンファレンスが開催されていること。また、責任者は一定の要件を満たした実習を伴う研修を修了した管理栄養士であることと書かれています。こういった、嚥下調整食が今回新たに評価されました。（**スライド45**）



（スライド45）

入院時の食事療養に係る見直し①

食事としての見た目を改善し、適切な栄養量を確保し、ある程度の形をつくり、食事、メニューとして分かる形で提供したことで、エネルギー摂取量も増え、体重減少はしておらず、ADLが改善しました。こういった効果があるということで、今回、この部分の評価がされています。（**スライド46**）



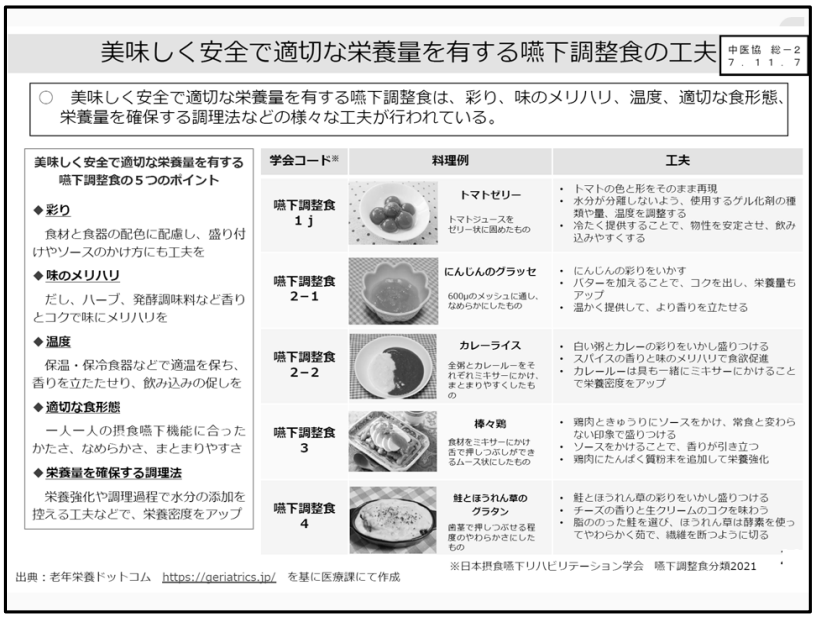
（スライド46）

見た目や栄養量等に配慮した嚥下調整食の提供による効果

次に、おいしく安全で適切な栄養量を有する嚥下調整食の工夫です。彩り、味のめりはり、温度、適切な食形態、それから栄養量を確保する調理法という5つのポイントが出されています。見た目はきれいに。味はハーブやだしを使って味にもめりはりを付け、適温にしましょう。温かいものは温かく、冷たいものは冷たく、温度を適切なものとして配慮してくださいということです。

また、食事の形態については、ここに学会分類コードがありますけれども、一人一人の摂食嚥下機能に合った固さ、なめらかさ、まとまりやすさ、そういったものに配慮しましょうというものです。

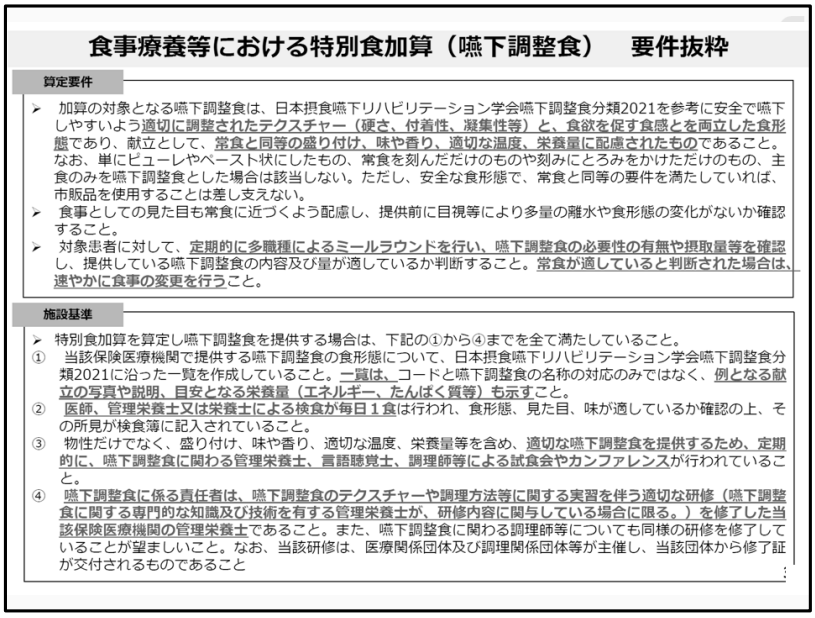
それから、栄養量を確保する調理法です。これは栄養量を確保するために調理過程で水分をどのぐらいにするかという工夫をし、栄養密度をアップすることです。要は、少ない量で必要な栄養量を取れるような工夫です。ここにいろいろな工夫が書かれていますが、5つのポイントを押さえた嚥下調整食を出してほしいということです。（**スライド47**）



（スライド47）

美味しく安全で適切な栄養量を有する嚥下調整食の工夫

こちらは算定要件です。テクスチャーと書いているのは、固さだけではなく、付着性、凝集性ということです。口の中にどのぐらい残るかといったことも含めて、適切に調整することです。こういったテクスチャーや食欲をうながす食感、香りなどを適切に配慮することが要件とされています。こういった部分の要件と、スタッフの要件があります。先ほど言ったように、ミールラウンドをしていることや摂食量を確認していること、あとは常に見直しをするといった点も書かれています。（**スライド48**）

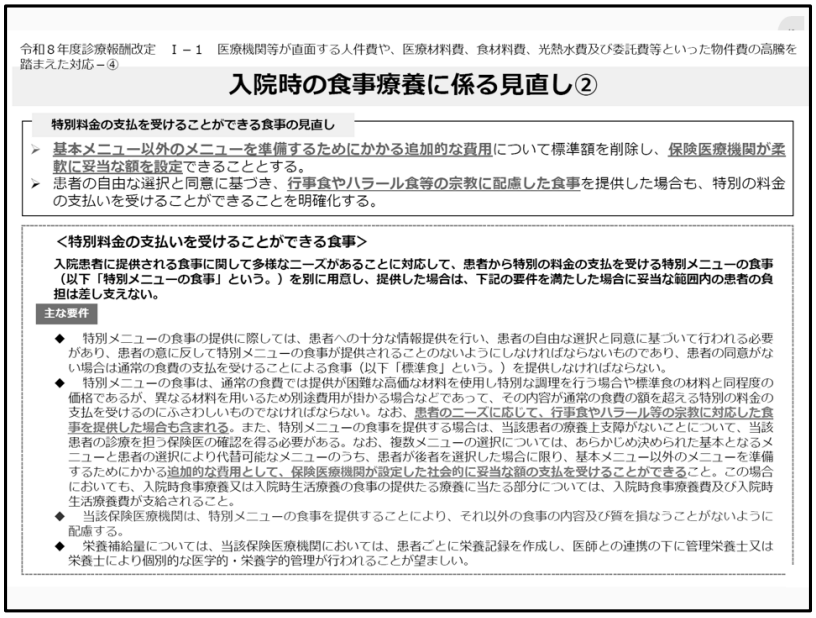


（スライド48）

食事療養等における特別食加算（嚥下調整食）要件抜粋

それから、先ほど地域でさまざまな方が暮らしていますという話をしましたが、もう1つ、今回の食事療養費に係る見直しのところで、「特別料金の支払いを受けることができる食事」の見直しがなされています。例えば、行事食、ハラール食といった宗教に配慮した食事に特別料金の支払いを受けることができると明確化されました。本当にいろいろなニーズがありますので、なるべくそういったところに対応できるような見直しがされています。

このように、医療における管理栄養士は、多職種と連携しながら患者の一人ひとりの栄養状態を評価し、適切な栄養管理を実践することまで重要な役割を担っています。（**スライド49**）



（スライド49）

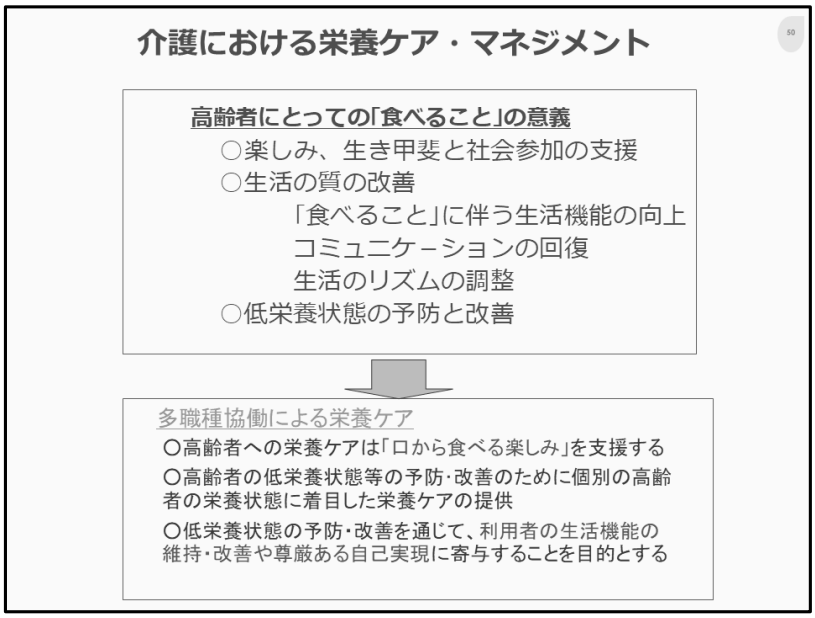
入院時の食事療養に係る見直し②

次に介護報酬です。先ほど診療報酬のところで少しお話をしましたが、介護報酬での栄養ケア・マネジメントは平成17年10月から入っています。この図は久しぶりに持ってきました。ちょうど栄養ケア・マネジメント導入の時、私も介護保険の担当で併任という形で改定に携わっていて、その時の資料です。

この時に何を議論したかと言いますと、高齢者にとって食べることは単に栄養の摂取ではなく、生きがいだったり、楽しみだったりするところが大きいということです。口から食べる楽しみを支援しましょうということで、その時に整理をしています。介護における栄養ケアは、管理栄養士だけでなく介護職、看護職、リハ職などの多職種の連携により行われます。そして、単に栄養ケアが目的ではなく、その先の楽しみ、あるいは利用者の生活機能の維持・改善や尊厳ある自己実現に寄与することを目的としています。

冒頭に食べることの意義ということを5つ挙げましたけれども、まさに尊厳というところがこの時に議

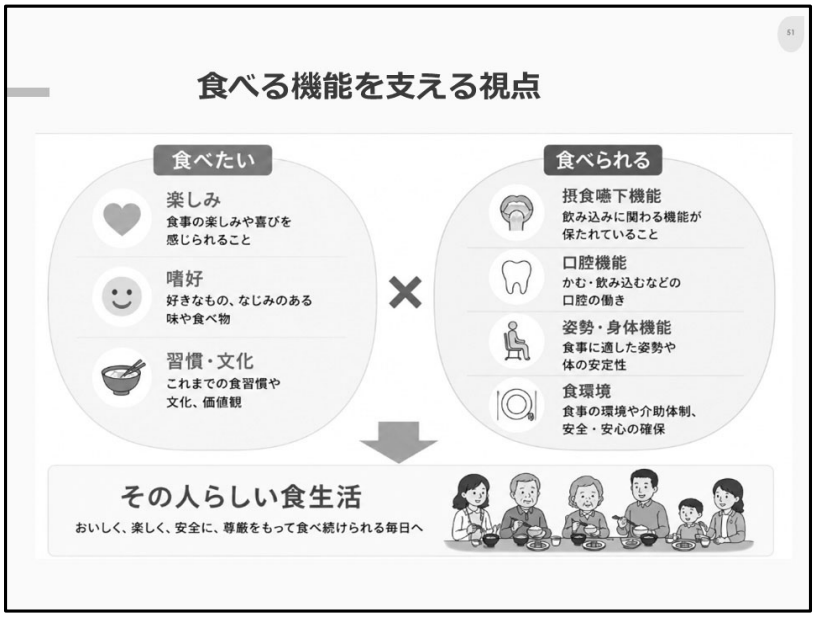
論されました。先ほどの嚥下調整食のように、食形態を調整することによって食べることもできますので、口から食べるということを大切にしていこうという点、この時にも議論になりました。（**スライド50**）



（スライド50）

介護における栄養ケア・マネジメント

では、どのようにして支えていくかということです。食べたいという意欲、嗜好、食文化など、食べることの楽しみがあると思います。献立において考えていくところもあります。また、摂食嚥下機能や口腔の状況、そして姿勢も重要です。姿勢によって飲み込みが変わってくることもあります。食事の環境としては、食具、食事の時に使うスプーンなどの器具、テーブルの周りがどうなっているか。こういったところ、食事の内容、食べたいという部分と食べられる環境を整えていく。そういう視点でひとりひとりの食べる機能を支えていく必要があります。（**スライド51**）

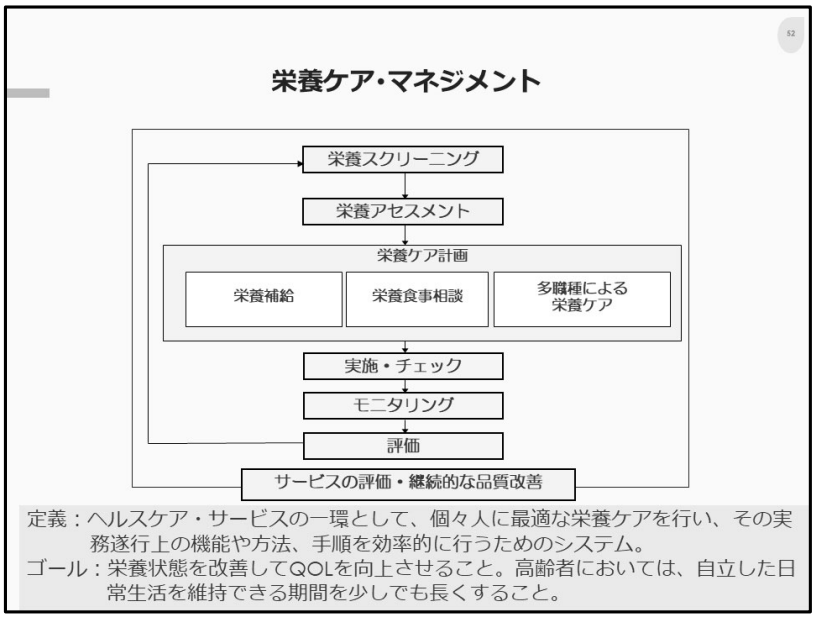


（スライド51）

食べる機能を支える視点

平成17年に栄養ケア・マネジメントを入れた時から、この概念は変わっていません。食事の提供だけではなく、スクリーニングをし、アセスメントをし、その結果に基づいて計画を立てて栄養ケアを実施していきます。さらにモニタリングをして評価します。このサイクルをしっかり回していきましょうというのがマネジメントです。そのサービスの評価や継続的な品質改善、これが適切に提供されているかを常に見直していきましょう。この一連の流れを栄養ケア・マネジメントとして介護報酬に入れていきました。

ここでのゴールは、先ほどもお伝えしたように、単に栄養改善を目的とするのではなく、それを改善してQOLを向上させることです。そして、高齢者においては自立した日常生活を維持できる期間を少しでも長くすることです。こういったことをゴールにおいた栄養ケア・マネジメントになっています。（**スライド52**）



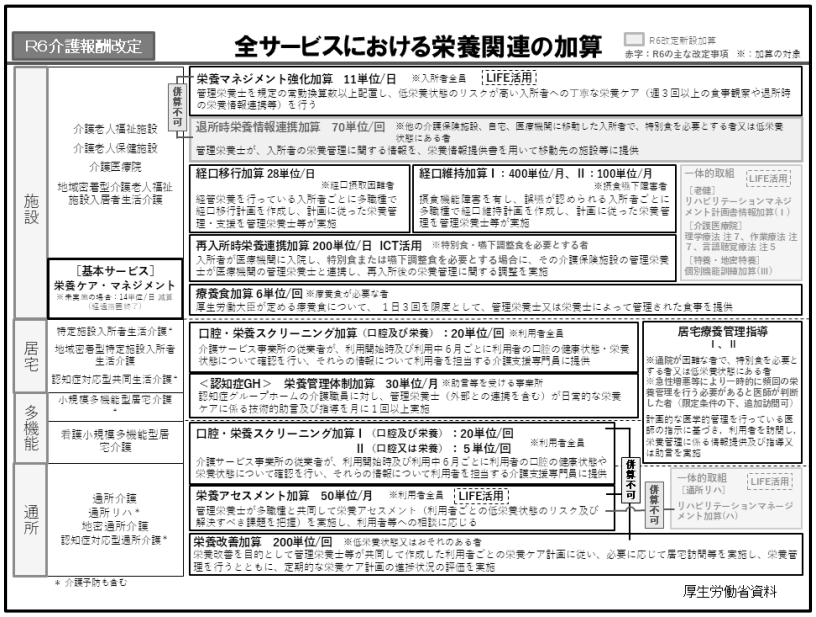
（スライド52）

栄養ケア・マネジメント

これは令和6年の介護報酬改定資料です。介護報酬は3年に1回の改定ですので、次の改定が令和9年改定です。これは令和6年のものです。

赤いところが令和6年改定事項になっています。介護報酬のほうも栄養ケア・マネジメントは、最初「加算」だったのですが、「基本サービス」ということで包括化されています。退院時の栄養情報連携加算などが新たに設けられました。介護報酬でもリハ・栄養・口腔の連携した取組みが評価されています。

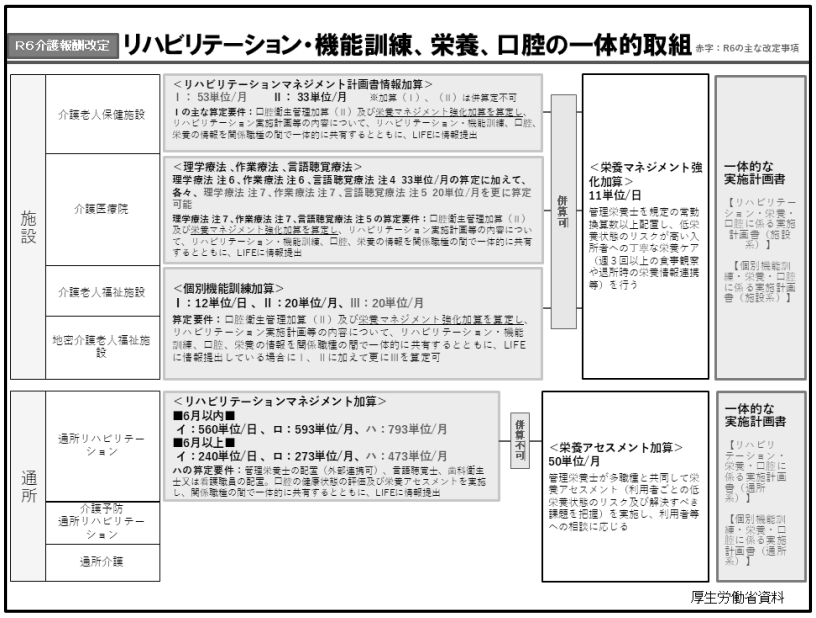
また、居宅療養管理指導ですが、在宅については先ほどお話ししたように非常にニーズも高くなっているので、こういったところの要件の見直しもされているところです。（**スライド53**）



（スライド53）

全サービスにおける栄養関連の加算

これはリハビリと栄養、口腔の一体的な取組に関するものです。計画書の部分などが見直されています。老健施設あるいは介護医療院、老人福祉施設や特養、さまざまな場所で栄養ケアの取組が行われるようになってきています。（スライド54）

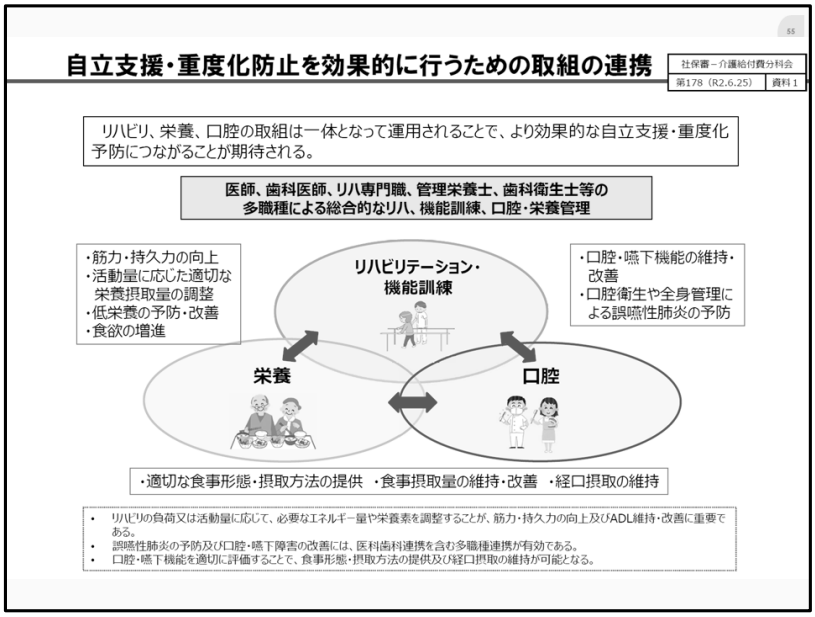


（スライド54）

リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組

診療報酬改定で摂食嚥下の食事が評価されましたので、介護報酬改定ではどうなるのかなというところ、皆さん注目されていると思います。高齢者の施設では、摂食嚥下機能が低下している方々が多いので、そういった方々をいかに支えていくかということは非常に重要になっています。

ここまで病院と介護保険施設についてお話をしましたが、最後は地域生活を支える栄養ということで、在宅で生活している高齢者、あるいは障害のあるお子さん、疾病を抱える方などさまざまな方がいらっしゃいます。その方々を栄養の視点でどう支えるかというところです。（**スライド55**）



（スライド55）

自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

在宅医療と介護の連携を推進しましょうというところがいわれています。住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるというのが非常に重要です。病院から介護保険施設に移行、介護保険施設から病院に移行するところがあるので、施設内で完結する支援ではなく、退所や在宅療養への移行も見据えながら切れ目なく栄養管理を継続するためにいかに連携していくかが重要になっています。

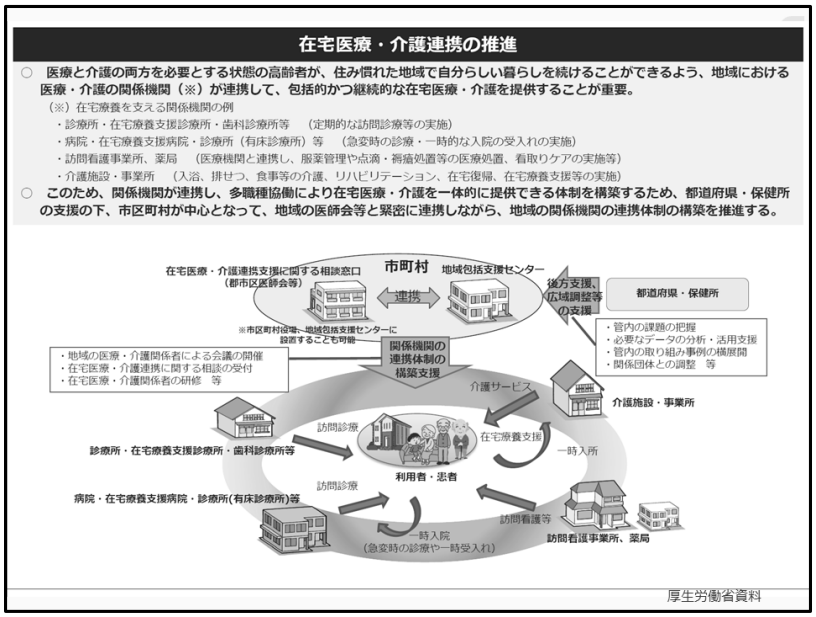
地域生活において栄養支援を考える上で重要な視点は、「継続性」、切れ目のない支援をいかに行っていくかということ、あるいは「個別性」として、どのように一人一人に対応したものにしていくか。それから、「多様性」と「連携」です。いろいろな方を支えるために多職種、多機関がどう連携していくか。そういったところが非常に重要になると思います。

在宅における管理栄養士による栄養支援はまだまだ十分とは言えません。病院と介護保険施設と連携を強化し、地域においてどのように切れ目なくつないでいくかが、その体制づくりが課題となっています。（**スライド57**）（**※途中、スライド56再掲**）



（スライド56）

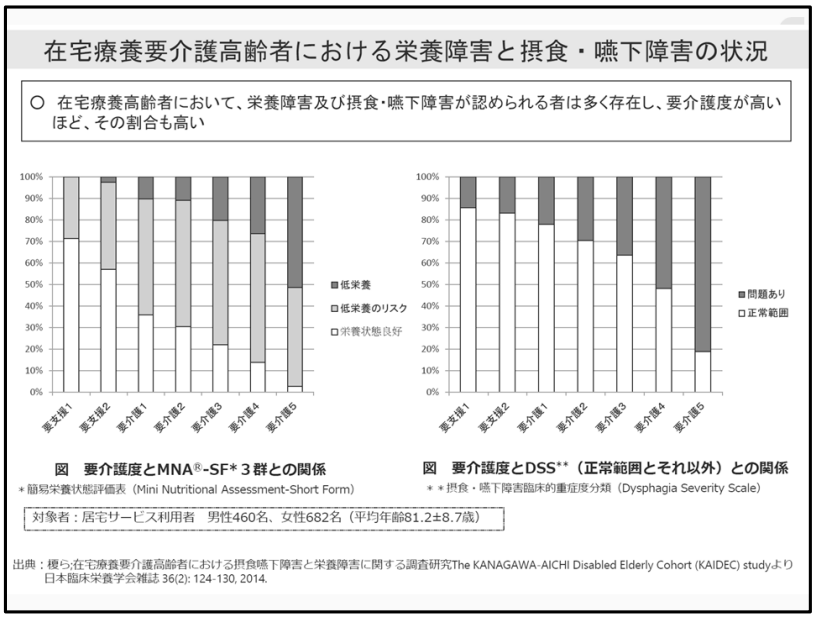
地域生活を支える栄養



（スライド57）

在宅医療・介護連携の推進

在宅で療養している高齢者の方々は栄養障害や摂食嚥下機能の障害が認められる方が非常に多くいらっしゃいます。低栄養である、低栄養のリスクがある、栄養状態が良好という3つに分けていますが、要介護5になると低栄養あるいはリスクがある方が非常に多くなっています。要介護度によって違うことが分かると思います。（**スライド58**）

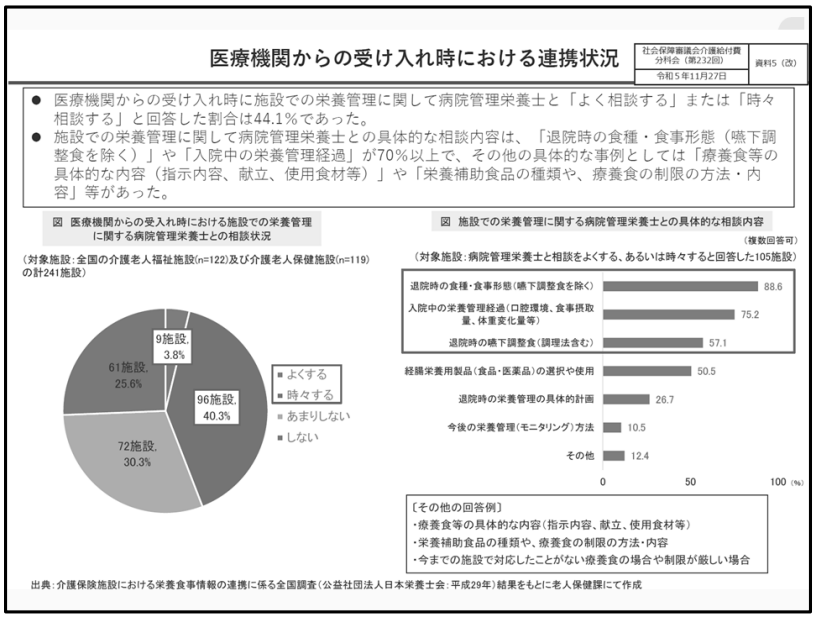


（スライド58）

在宅療養要介護高齢者における栄養障害と摂食・嚥下障害の状況

医療と介護の連携ということで、医療機関からの受け入れ時における連携状況です。医療機関から施設での栄養管理に関して病院の管理栄養士さんと「よく相談する」または「ときどき相談する」回答した割合は4割ぐらいです。もっと連携し、栄養管理について情報連携をしてほしいなというところがあります。

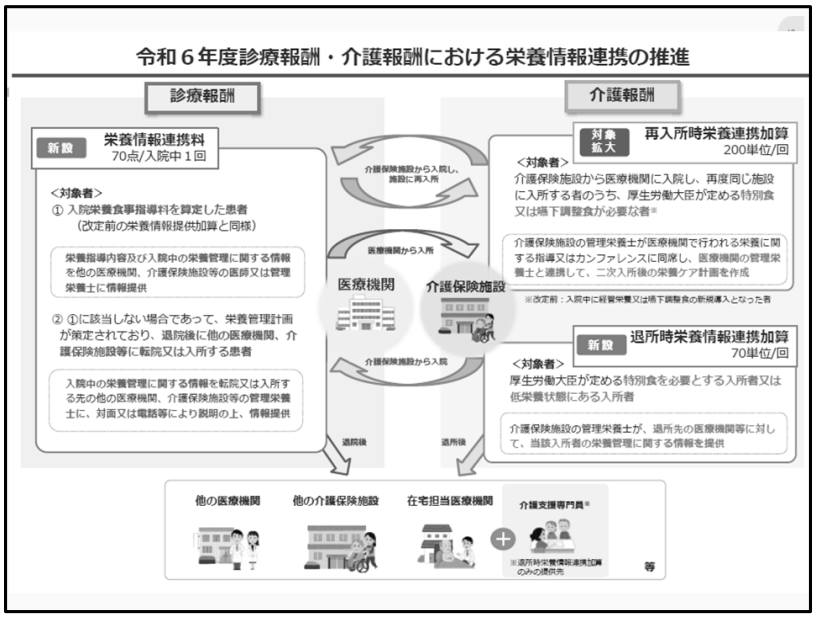
では、どんなことを相談しているかというと、退院時の食事の種類、「食種（しょくしゅ）」と言いますけれども、食種がどうだったか。また、食事の形態がどうか。栄養管理の経過がどうなっているか。口腔環境がどうか。あとは退院時の嚥下調整食の状況、分類がどうなっているかを相談することが多いという状況です。（**スライド59**）



（スライド59）

医療機関からの受け入れ時における連携状況

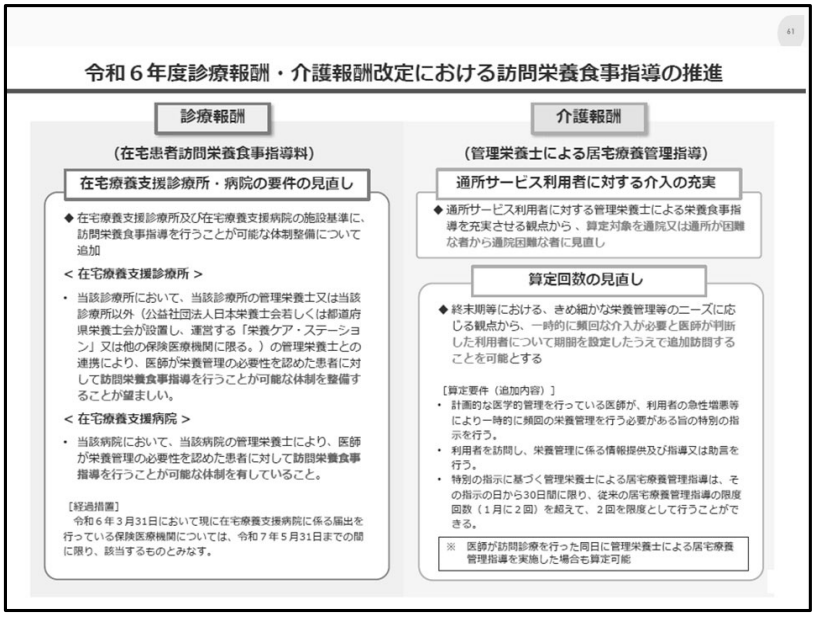
こういった介護と医療の連携が重要ということで、令和6年度は診療報酬と介護報酬が同時改定でした。診療報酬では栄養情報の連携料が新たに設けられ、介護のほうでも再度入所する時の連携加算や退所時の連携加算が設けられました。それぞれと情報連携が可能になったという形です。（**スライド60**）



（スライド60）

令和６年度診療報酬・介護報酬における栄養情報連携の推進

訪問栄養食事指導についても在宅の患者さんに対する指導も診療報酬、あるいは介護報酬において、要件の見直しが行われました。より訪問しやすい形になったと思います。（**スライド61**）

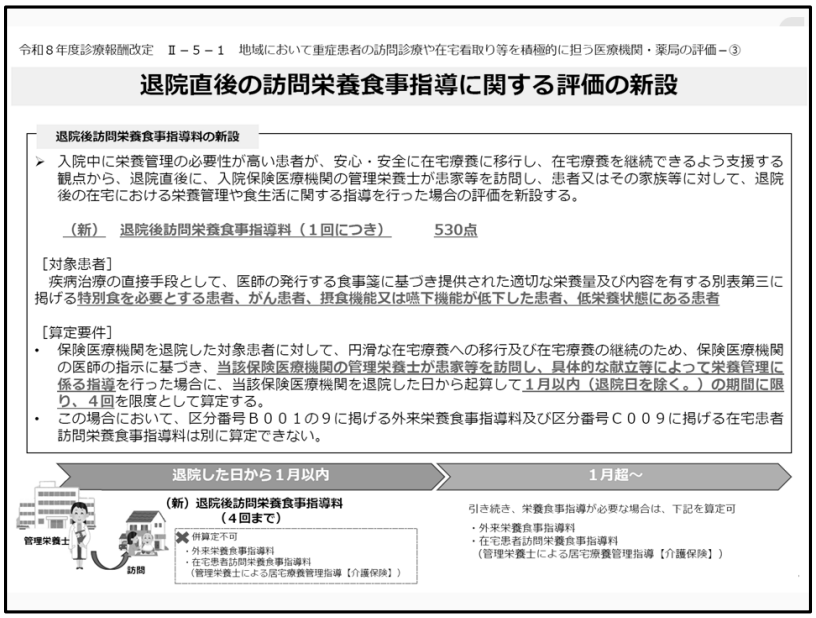


（スライド61）

令和６年度診療報酬・介護報酬改定における訪問栄養食事指導の推進

これは令和8年度改定ですが、退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価が本年度から追加されました。入院中に栄養管理の必要性が高い患者さんが、在宅で療養を継続できるように、退院直後に病院の管理栄養士さんが患者さんを訪問し、退院後の在宅での栄養管理や食生活に関する指導をした場合の加算が付いています。

すなわち、病院に入っている時にはしっかり栄養管理がされているけれど、家に戻ったら食べられる食事が少なくなってしまうということがありますので、その部分を「家ではこういうふうにしたらいいですよ」という指導ができるように退院直後に支援する形の加算になっています。一番下に書いてあるとおり、退院した日から1カ月以内がこの算定で、1カ月以降は外来の栄養食事指導料や在宅患者訪問栄養食事指導料、また介護保険の居宅療養管理指導ということで、そちらに移行する形になります。（**スライド62**）



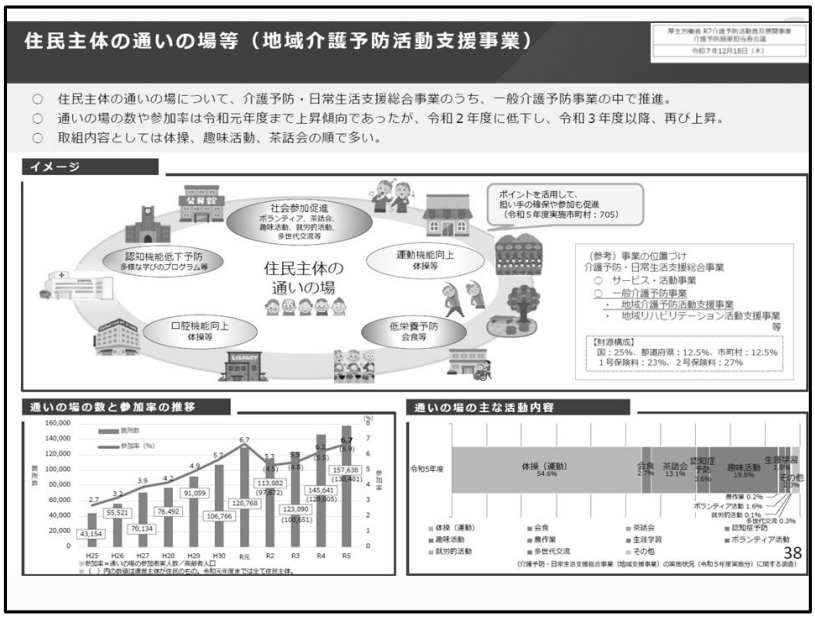
（スライド62）

退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

もう1つ、地域の中では、元気な方、あるいは少し弱ってきた感とじている方々に対し、介護予防ということも行われています。住民主体の通いの場ということで、高齢者の方々が通いやすいところで高齢者の方々が一緒に介護予防の運動をしたり、食事をしたり、あるいは趣味の活動をしたりする、そういった拠点をたくさんつくっていきましょうということで住民主体の通いの場ができてきています。

この中で、一番多いのが体操です。続いて会食、茶話会、趣味ということです。低栄養予防ということで栄養のことも出てきます。高齢者の方が集まった時にいろいろなことができるわけですけれども、そういったところを活用して低栄養予防の取組も進めていければと思います。

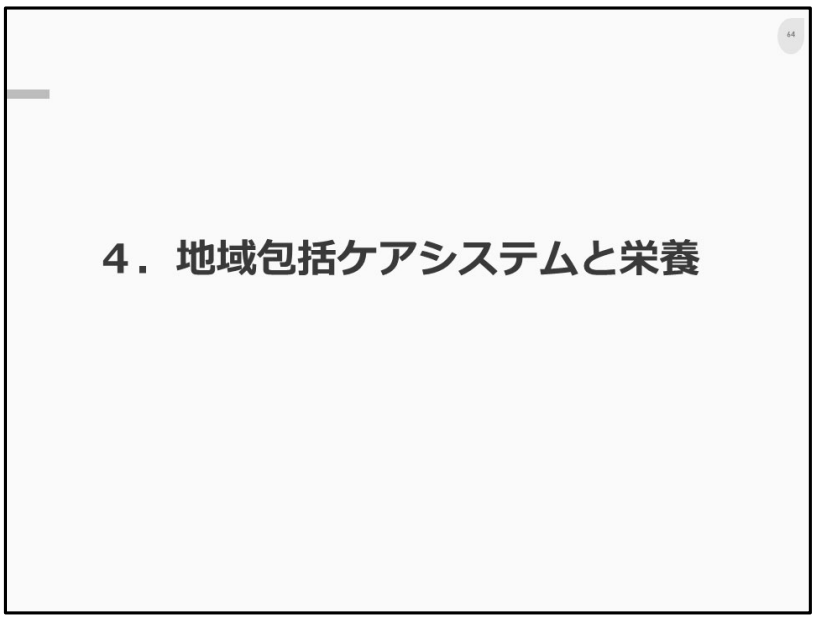
病院に入院している方、介護保険施設を利用している方、そして在宅で生活している方、在宅で療養している方、あるいは療養まではいかないけれど介護予防として通いの場でいろいろな活動をされている方に対し、いろいろな場所で栄養の取組が展開されているということが見て取れたかと思います。（**スライド63**）



（スライド63）

住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）

※スライドスキップ（**スライド64**）



（スライド64）

4. 地域包括ケアシステムと栄養

住み慣れたところで生活し続けることが非常に重要になってくるわけですけれども、医療、介護、そして予防、また住まいや生活支援、こういったところが包括的に住み慣れた場所で確保されることが地域包括ケアシステムというわけです。

それぞれの地域の中で、保険者である市町村や都道府県、そこが地域の自主性や主体性に基づいて地域の特性に応じてつくりあげていくということがいわれているわけですが、そのためには、どこにどんな資源があり、どんなことが提供できるのかをきちんと整理していく必要があると思います。

この中で多様な社会資源、ボランティアの方々、あるいはNPOの方々、民間の企業、こういったところでの地域づくりも非常に重要になってきます。（**スライド65**）



（スライド65）

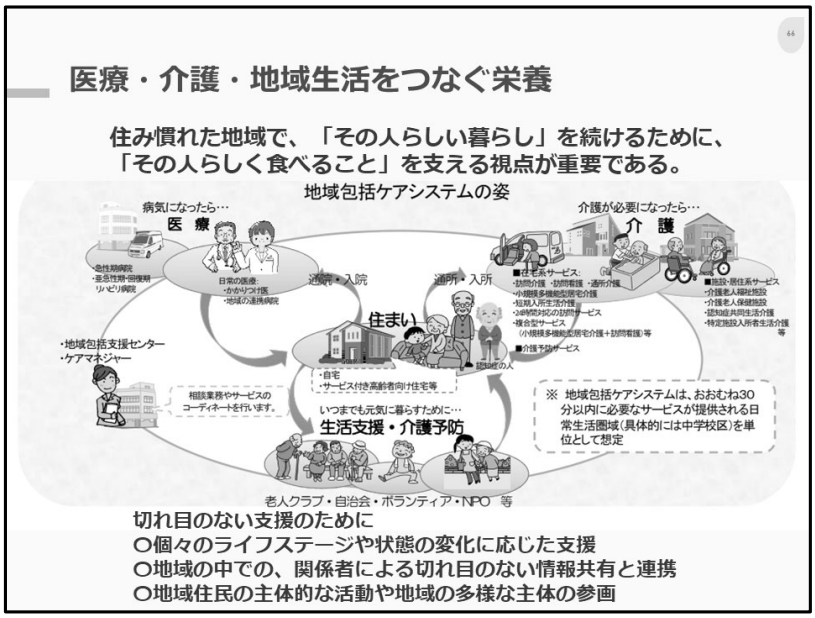
2040年に向けた地域包括ケアシステムの深化について

住み慣れたところで、その人らしい暮らしを続けられることが一番大事かなと思っています。栄養の観点から言うと、病院には管理栄養士さんがいて、施設にも管理栄養士さんがいますけれども、通所や在宅で生活していると「食べること」についてのサポートや支援、サービスが行き届かないのが現状ではないかと思います。いかに切れ目のないサービスや支援ができるかというところが、これからの課題になってくると思います。

そのために、情報の連携、あるいは関係者の顔の見える関係、こういったところも大事ですし、また住民主体のいろいろな取組も大事になってきます。

さらに、これをどのように見える化し、つなげていくかというところは自治体の管理栄養士にも期待しているのですけれども、自治体の管理栄養士はそのほとんどが健康づくりの部門に配置されており、医療・介護の部門には配置されていないといった現状があります。

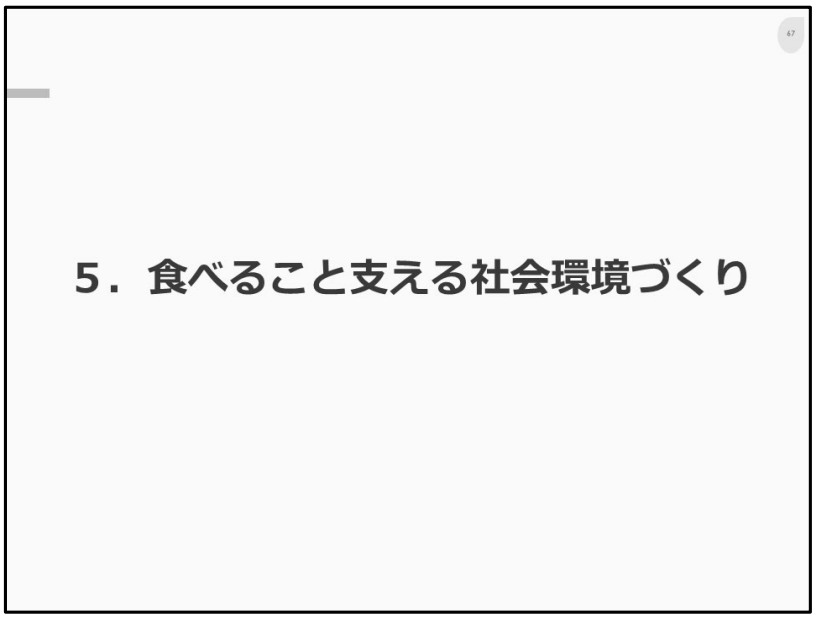
今日お集まりの方々にはいろいろな立場の方がいらっしゃると思いますので、ぜひ積極的に地域の管理栄養士さんとも連携を図っていただきたいなと思います。（**スライド66**）



（スライド66）

医療・介護・地域生活をつなぐ栄養

最後に、食べることを支える社会環境づくりということでお話をしたいと思います。（**スライド67**）



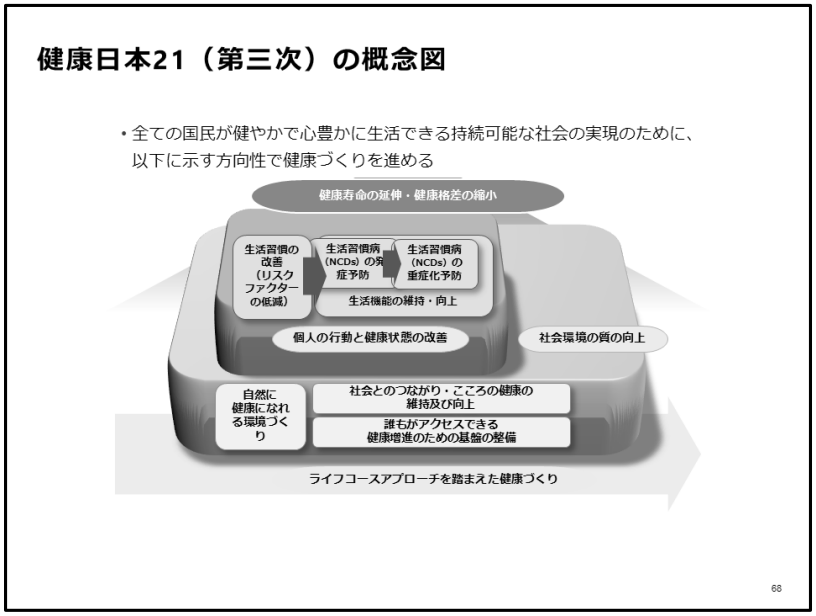
（スライド67）

5. 食べること支える社会環境づくり

医療、介護の話もしましたけれども、健康づくりの立場からもお話をしたいと思います。地域で生活している方はいろいろな方がいるので、全ての方々が栄養のサポートや支援の対象になってきます。健康づくりの観点では、「健康日本21（第三次）」が現在、進められているところです。この中で、個人の行動と

健康状態の改善、それを支える社会環境の質を高めていこうというところが非常に重要なポイントではないかと思います。

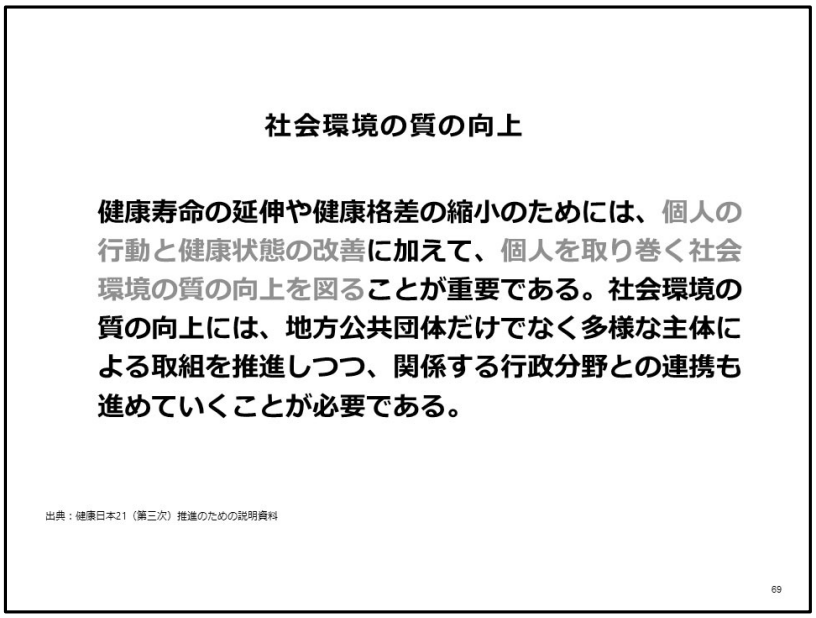
ここに「自然に健康になれる環境づくり」、「社会とつながり」、「心の健康の維持向上」、「誰もがアクセスできる健康増進のための基盤整備」ということが書いてあります。こういった切り口で社会環境の質の向上を図っていくために、それぞれに目標値も掲げられています。（**スライド68**）



（スライド68）

健康日本２１（第三次）の概念図

健康日本21の中では、個人の行動と健康状態の改善に加え、個人を取り巻く社会環境の質向上を図るためには、地方公共団体、自治体だけではなく、多様な主体による取組を推進しつつ、関係する行政分野との連携も進めていくことが必要です。（**スライド69**）



（スライド69）

社会環境の質の向上

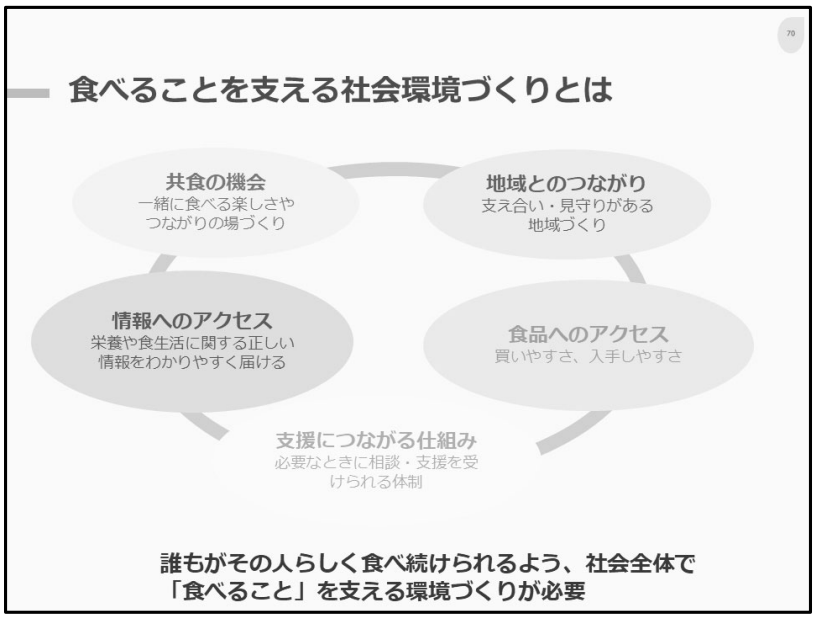
では、「食べること」を支える社会環境づくりとはどういうことが考えられるでしょうか。目標値にも掲げられているものの一つは、共食の機会です。一緒に食べる楽しさやつながりの場をつくっていくということが社会環境づくりの1つとして挙げられています。また、地域とのつながりというところ、地域での共食というところも含め、地域のつながりも重要視されています。

それから、食環境づくりという言葉の中で、「健康日本21」の第1次の時から、情報へのアクセス、食品へのアクセスということを整理してきています。栄養や食生活に関する正しい情報を分かりやすく届けるということです。1つには、皆さん食品の栄養成分表示というものをご存じですか。加工食品には全て栄養成分表示がされています。そういった表示の情報もありますし、あるいはメディアでの情報発信もあるかと思います。食品表示に関する動きとしては、包装前面表示、見た時に正面のところに分かりやすく栄養表示をしましょうということが消費者庁において進められています。そういった情報へのアクセスは社会環境づくりの1つになってくると思います。

それから、食品へのアクセスです。健康的な食品、あるいは摂食嚥下機能に配慮した食品を買いやすい、入手しやすい環境を整えていくということです。これは企業との連携が必要になると思います。例えばベビーフード、離乳食はかなり市販品が出てきましたが、高齢者向けの食品も少しずつ出てきています。

また、健康への配慮という意味では、「健康日本21」の中でも減塩に配慮した食品を中心とした食環境づくりを進めていくことを目標に掲げています。そういった健康に配慮した食品をみんなが入手しやすくなるということ、これも社会環境づくりの1つとして挙げられます。

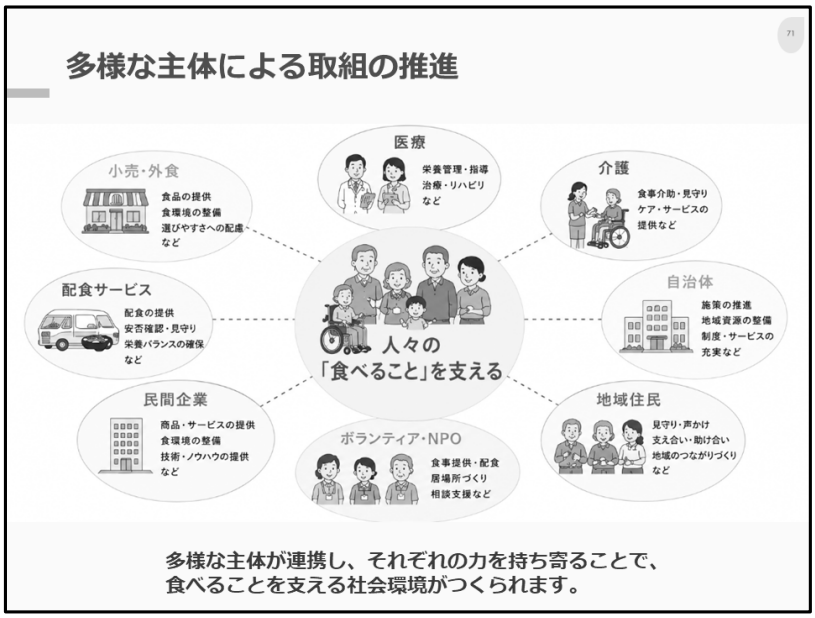
それから、支援につながる仕組みということです。これは健康づくりだけではなく、医療や介護、医療的ケア児、いろいろな方々が必要な時に必要な支援につながる仕組みを構築していくことが大事だと思っています。やはり、栄養の観点では、ここのつながる仕組みがまだまだこれから充実させていかなければいけないと思っています。（**スライド70**）



（スライド70）

食べることを支える社会環境づくりとは

今お話ししたように、いろいろな主体が人々の「食べること」を支えていく役割を担っています。少しずつそれぞれの力を持ち寄ることで、社会環境づくりを推進していく必要があると思っています。皆さん、今日いらっしゃる方々もどこかに属していると思いますので、それぞれ何ができるかということを考えながら、「食べること」を支えることに、皆さんも貢献していただければと思います。（**スライド71**）



（スライド71）

多様な主体による取組の推進

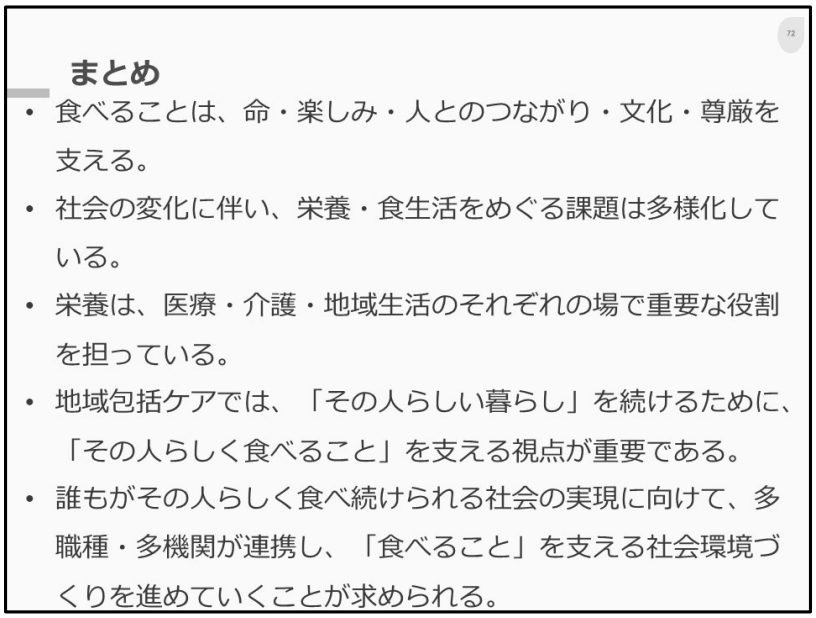
では、本日のまとめです。5点あります。1つ目は、食べることの意義です。食べることは、「命・楽しみ・人とのつながり・文化・尊厳」を支えていくものの1つになるかと思います。

2つ目、社会の変化に伴って、栄養・食生活をめぐる課題も多様化してきています。

3つ目、栄養は、医療・介護・地域生活、それぞれの場で重要な役割を担っており、制度的にも充実してきた部分もありますし、まだ足りない部分もありますけれども、私たちが生きる上で非常に重要な役割を担っています。

また、4つ目、地域包括ケアでは「その人らしい暮らし」をいかに支えるかということが重要になります。「その人らしく食べること」を支えていく視点が重要だと思っています。

5つ目として、社会環境づくりということです。誰もがその人らしく食べ続けられるよう、いろいろなところが連携して支援していくことがこれからの社会環境づくりに重要かなと思っています。こんな形でまとめさせていただきました。これで私のお話を終わりにさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。（**スライド72**）



（スライド72）

【質疑応答】

（質問者）

本日はありがとうございました。地域でのいろいろな人が関わり合うという中で、実は今、歯科医院に管理栄養士が大量に就職しています。彼らは、ほとんどの場合、訪問等で地域に出るのではなく、院内の子どもたちの食指導などを担っているのですけれども、彼らが地域で何か役割を担えるとすれば、どういう道筋がありうるのか、教えていただければなと思います。

（講師）

はい。ご質問ありがとうございます。今、在宅というところが非常に重要なポイントになっていると思います。地域医療計画の中でも在宅医療において管理栄養士がいかに在宅訪問等できるかというところ、研究もされています。1つは、在宅を担う医療機関から在宅に訪問するというところ、報酬も付いているのですけれども、管理栄養士さんは病院の中にいるので、なかなか出て行けないというところがあります。

一方、今、日本栄養士会が栄養ケアステーションということで、地域の拠点をつくり、そこから管理栄養士が医療機関と連携して訪問するということも診療報酬上で認められるようになってきました。そういったところ、日本栄養士会の活動をさらに推進していくのもあるかなと思っています。

また先日、お聞きした事例発表の中にあったのですが、やはりNPOや民間機関、ボランティアの方々の中に管理栄養士の活動をされている方もいて、難病の方の栄養食事指導を担っているとか、あるいは依頼されて請け負っている方もいらっしゃいました。

これからはいろいろな拠点をつくっていくことも大事かなと思いますし、そして、「ここに管理栄養士さんがいるのだよ」ということを見える化をしていくことも重要かなと思っています。

【最後に皆様へ】

栄養の課題が個人的な問題として捉えられたり、表面化しにくかったり見えにくいものになっていることが少なくありません。「食べること」は日常的すぎるため、課題そのものが意識されにくいということもあります。

しかし、それぞれの生活の場を見ていくと、課題とまではいかなくても食べることに困りごとや不安を抱えている方がいます。例えば障害を持つお子さんの保護者の中には、食べ方について細やかな配慮を重ねながらも、困っていたり、悩んでいたりする方もいらっしゃいます。いろいろな場面でこういった声を少しずつくみ取り、和らげていけたらいいのではないかと考えています。

そのためには、管理栄養士だけではなく、地域全体で「食べること」を支えていく視点が重要です。例えば地域の飲食店の方々が摂食嚥下に配慮したものを提供していただければ、高齢者の方や摂食嚥下障害のある方も安心して外食を楽しむことができます。いろいろな立場で「自分たちにはどんなことができるだろうか」ということを一緒に考えていく機会が増え、実践していくことができれば、誰もが住み慣れた地域で、その人らしく生活していくことができる社会の実現につながるのではないかと思います。本日はありがとうございました。