

地域包括ケアシステム推進における 栄養領域のセルフマネジメントに関する研究 —兵庫県多可町のケースを通じて—

西井 穂

キーワード：地域包括ケアシステム、セルフマネジメント、栄養

1. はじめに

わが国の75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加し続けており、2055年には25%を超えると予想されている。急速な高齢化の進行に伴い、慢性期疾患の患者が増加しており、このことによって医療・介護費用が増大していくことは、国家にとって大きな課題である。このため、国はその対策として、高齢者が要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを、人生の最後まで続けることを目指す地域包括ケアシステムの構築を推進している。

この推進策の一つとして、全国各地で生活習慣病を主体とした慢性疾患の予防、重症化防止のために、健康教育などを通じて健康的なライフスタイルを確立し、自らの健康をコントロールする能力を高める活動が、進められつつある（筒井、東野 2015）。

しかし、こういった試みを成功させるためには、患者の行動変容に大きな効果があるとされる能動的グループ学習法¹や、個々人の特性にあったセルフマネジメント法の確立、同時に医療と介護連携が必要とされている（筒井 2014）。

このような取り組みの一つとして、近年では早期からケアマネジャーが入院する高齢患者に関わり、スムーズな退院支援を促すセルフマネジメントの先行研究事業が実

¹ 健康教育の方法では、グループでの討議や決定は、講義や個別指導に比べて行動変容への効果が大きいことが知られている。集団として則るべき規則や雰囲気、その集団の決定で行動の規範が変わるならば、集団に属する人たちの行動も変わるとされている。厚生労働省 特定保健指導の実践指導実施者育成プログラム
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/info03k-05.pdf> (2017年8月11日アクセス)

施されてきた（平成 28 年度モデル事業（老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業）「入退院を繰り返す可能性がある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究」）。本研究で取り上げる兵庫県多可町では、この事業に参加している。

阪口（2016）は、多可町の地域包括ケアシステム推進における介護予防事業の運動領域に一定の効果があることを明らかにしたが、同時に実施されていた栄養領域の効果については検証されていない。

本稿の目的は、多可町の地域包括ケアシステム推進において、実施されたケアマネジャーによる栄養領域におけるセルフマネジメント支援の現状における課題を明らかにすることである。

本稿では、2 節ではセルフマネジメントおよび栄養と経営に関する先行研究をレビューし、本稿の立場を示す。3 節では、記述の対象とした多可町の概況を説明し、セルフマネジメントに関わる事業の概要を明らかにする。4 節では多可町の栄養領域に関わるセルフマネジメント事業およびフィールド調査にて得られた調査結果を用い、事業に関わる問題点を明らかにする。さらに 5 節では、問題点を解決する方法として、多可赤十字病院における栄養ケア・ステーションの設置を提示し、これの設置シミュレーションを示すことで地域包括ケアシステムにおける栄養領域の効果を検討する。最後に 6 節で、本稿のまとめと今後の課題を述べる。

2. 先行研究の検討

2-1. 「セルフケア」と「セルフマネジメント」の用語の定義

1) セルフケア

世界保健機関は、セルフケアを「個人、家族、地域が健康の改善、病気の予防、疾患の抑制、状態の回復に、意志をもって取り組む活動」と定義している。英国保健省においては、「セルフケアは日常生活の一部で、自宅、自宅周辺、地域などの環境で、自分、または自分の子ども、家族などの健康と幸福のために個人が行っているケアである。」と定義されている（筒井 2015）。

2) セルフマネジメント

Thomas Creer によって、小児の慢性期疾患の文献において初めて使用された用語である。1960 年代半ばに患者の喘息治療に対する積極的な介入を示すために用いられ始めた。以降、慢性期疾患患者の教育プログラムにおいてセルフマネジメントへの言及がされている（Lorig & Holman 2003）。

セルフマネジメントの目的は、身体的な健康状態や機能に対する慢性疾患の影響を最小化、または疾病における精神的な影響に立ち向かうことであり、患者と医療関係者との共同活動であると示されている (Koch, Jenkin & Kralik 2004)。具体的な活動として、症状の管理、病気の治療、慢性疾患症状特有の身体的又は精神的影響に対するの取り組み、ライフスタイル改善などが含まれるとされている (筒井 2015)。

つまり、セルフケアの目的は健康と幸福を維持することである。自らの健康と幸福のために選択した行動に対して、本人が責任を取れるように健康教育や、ヘルスケアリテラシーを向上させる施策を打つことが肝要である。このうちの一つの方法としてセルフマネジメントがあるといえる。

2-2. セルフマネジメントに関する先行研究の概要

イギリスでは ‘self care’ が 2000 年代以降、国策の一つの柱とされてきた。米国でも、慢性疾患患者による ‘self management’ の研究・実践に注力されてきており、その成果は日本をはじめ多くの国々に浸透している。2005 年にイギリス保健省 (Department of Health) が刊行した白書『Self Care - A Real Choice: Self Care Support - A Practical Option』では、イギリス国内の GP (General Practitioner: 家庭医) による診察の約 4 割は軽症 (minor ailments) に区分される。

さらに、救急外来 (A&E) への投下労働量の 75% は軽症に費やされているとのデータが示されている。その上で白書は、セルフケアが QOL および患者満足度を向上させるとともに医療資源の消費を節減するとの研究報告に言及し、セルフケアの振興がヘルスケアシステム全体において不可欠であることが強調された (松繁 2012)。

また、イギリス保健省が主導したセルフケア振興策の一つ、Expert Patients Programme では、保健・医療・福祉の専門職従事者による参加・介入が無かった。このことは、「セルフケア」に対する保健省の一つの姿勢として示唆的である。すなわち、あくまで「セルフ」であることを徹底することで、公的サービスとの分離の方向が明確に打ち出され、当初の問題意識であった公的サービスの過剰依存からの脱却に向かっていったとされる (松繁 2012)。

日本の地域包括ケアシステムにおいて推進が期待されている健康づくりに際しては、「セルフケア」、「セルフマネジメント」に関する施策の普及、推進がすすめられねばならない。しかしながら、日本では人々が健康であることを自らの課題として自覚し、セルフケア、セルフマネジメントを自律的に実施する知識や技術を持っていないことが健康政策の大きな課題である (筒井 2015)。

2-3. セルフマネジメント事業について

高齢者のセルフマネジメントに関する先行研究では、本邦では筒井、大冢賀らによる、医療と介護が連携して慢性疾患を抱える高齢者のセルフマネジメントを支援する平成28年度モデル事業(老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業)「入退院を繰り返す可能性がある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究」²がある。

この研究は、地域の中核的な医療機関と介護事業所等とのコーディネーションレベルの連携を実現するとともに、これらを連携する協働体を介護保険制度の保険者である市町村が中核となって、コーディネーションするというシステム(セルフマネジメント支援システム)を創るという国際的にも稀少な取り組みである。

この調査での成果は、第一に、高齢者のセルフマネジメントを実施するための様式を開発し、専門職がどのように関わり、その結果患者個人がどのように関与したかを記録したことであった。第二に、慢性疾患患者に利用可能なサポートの内容を検討することで、日本におけるセルフマネジメント支援を実現するためのサポートとして、どのような種類があるかを明らかにしたことであり、第三として、セルフマネジメント支援の利用者像を検討し、効率的にサポートを提供できるのはどういう特徴をもった集団かを明らかにしたことがあげられ(筒井2017a)、高齢者の潜在的な自助力を引き出すとともに、医療費・介護保険料の適正化および抑制の観点から重要な取り組みとなることが示唆されている。

事業内容は、入退院を繰り返す可能性のある疾患³の再発防止のため、医療と介護の連携による要介護支援者等をセルフマネジメント支援すること、入退院を繰り返す可能性のある疾患で入院した要介護者について、医療と介護の連携による退院支援を実施することであった。

当該事業の実施を通じて得られた成果は、ケアマネジャー・地域包括支援センターが、医師の指示や医療情報を得ながら、高齢者本人のセルフマネジメント支援を行うことができるようになり、セルフマネジメントを通じて再発予防、つまり介護予防や重度化予防を推進できる体制が整った点である。

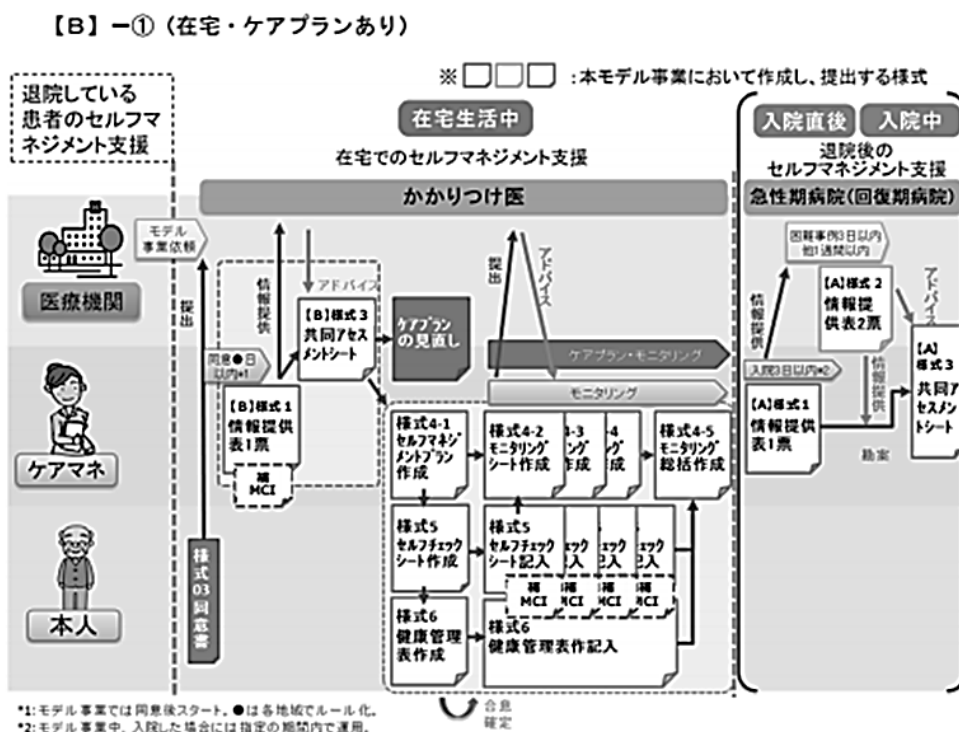
² 平成25年度「ケアマネジメントへ的高齢者の積極的な参画に関する調査研究事業」、平成26年度「ケアマネジメントの質の評価及びケアマネジメントへ的高齢者の積極的な参画に関する調査研究事業」、平成27年度「要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するためのケアマネジャー支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」といった研究の変遷と継続がある。

³ 平成28年度の国民生活基礎調査によると、介護が必要になった主な原因(上位3位)は「認知症」が18.0%、「脳血管疾患(脳卒中)」が16.6%、「高齢による衰弱」13.3%である。なお、介護度別では、一番介護量が多い要介護5においては「脳血管疾患(脳卒中)」が1位である(厚生労働省2017)。

また、仮に再発をしてしまっても、医療機関はセルフマネジメント支援者であるケアマネジャーや地域包括支援センターを通じて、早期に情報を得ることによって迅速な対応が可能になる（図1）。

医療機関にとって、入退院を繰り返す可能性のある疾患である、脳卒中、心不全等を再発予防することで、医療機関が高度急性期医療に集中することができ、自治体や地域のケアマネジャーとの協働体制構築による退院支援の向上と、看護が地域の視点を持つようになるメリットがある。

また、自治体は、介護費用の抑制、ケアマネジャーの質向上、かかりつけ医とケアマネジャーの協働によって在宅医療介護連携体制の構築ができるメリットがある（筒井、大夢賀 2017）



（出所：株式会社日本能率協会総合研究所（2017）「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業報告書」）

図1：セルフマネジメント事業概要図

この事業は、2016年9月から2017年2月末の6カ月間にわたって実施され、多可

赤十字病院が参加した。多可町は、人口の減少に対する危機意識が高く、地域唯一の病院である多可赤十字病院を中心に地域住民が病院の助けも受けながら、自らの力で「介護保険の世話にならない地域づくり」を目指している。これは住民のセルフケアに基づく、事業提供者を巻き込んだセルフマネジメント活動であり、自らが健康と幸福に対して目的と責任を持って行動をしているとの考察がなされている（阪口 2016）。

このように住民活動のセルフケアの基盤があることを背景に、多可町の介護予防事業「はつらつ健康生活づくり事業」において、阪口（2016）は運動機能の向上、医療費・介護費用の抑制、利用者の主観的健康観の向上、地域住民のセルフマネジメント向上により事業効果があることを示した。しかし、当該地域において、運動と共に、健康づくりの柱となる食事・栄養領域の効果は明らかになっていない。

そこで次に、これまで実施されていた栄養と医療・介護費抑制に関する研究調査について紹介する。

2-4. 栄養と経営に関する先行研究

栄養のみで、医療・介護費の抑制が出来るという実証研究は少ないが、栄養と運動療法の組み合わせや、生活習慣の改善、行動変容で費用節減ができるケースがある。筆者が所属する医療機関での事例、市町村レベルの報告、日本の栄養学会におけるエビデンス、海外での報告を、ミクロ・メゾ・マクロレベルの視点の順に述べたい。

まず、筆者が所属する医療機関の回復期リハビリテーション病棟で栄養管理とリハビリが奏功し、降圧剤の減薬が出来た成果を図2に示す。背景として、わが国では、高血圧薬は、高価なARB系が多く処方されていることがある（小山 2016）。

事例は、入院日数 89 日間で後発医薬品の降圧剤を使用し、減薬が出来て 3917.4 円であった。もし、先発医薬品の Do 処方かつ、減薬が無い場合は、15984.4 円となる。実績値と比較すると 12,067 円の費用抑制効果がある。

また、後発医薬品の Do 処方減薬が無い場合は、5811.7 円で、1894.3 円の費用抑制効果が得られる。さらに、入院時処方 5 種より 3 種へ減量できた「ポリファーマシーの問題解決」事例もあった。

同様に、栄養管理とリハビリの効果による生活習慣病の処方改善例で、血糖コントロールが良好となり、インスリンから経口薬へ変更となることで、費用抑制効果が示された事例がある。

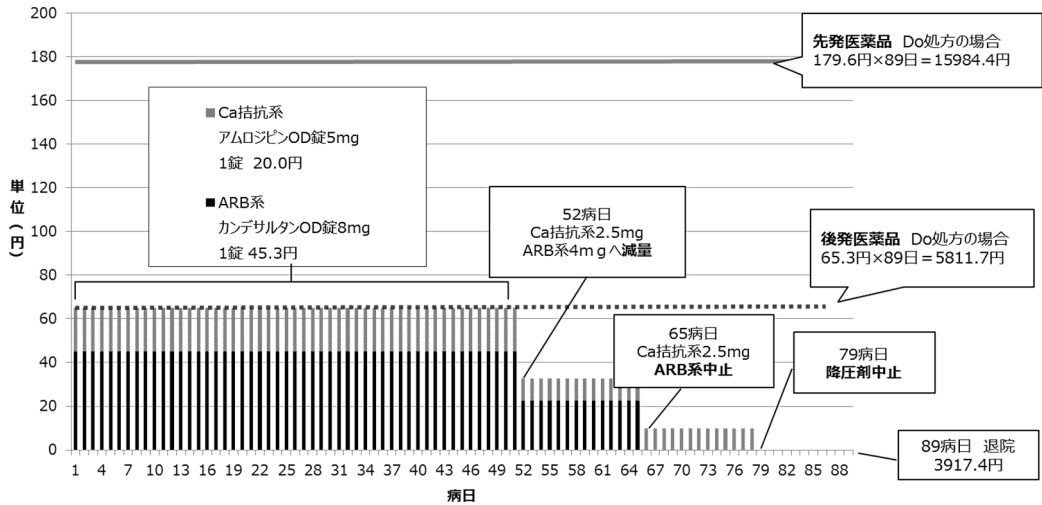


図2：栄養管理とリハビリが奏功し、降圧剤の減薬に至った事例

神奈川県大和市における高齢者の低栄養防止・重症化予防等の取組において、介護予防基本チェックリストでBMI18.5未満かつ2kg以上の体重減少/6カ月の低栄養状態の高齢者356人のうち、市内11地区のうち1地区のモデル地区38人に対し、管理栄養士が6カ月の間に3回、訪問栄養相談を実施したところ、62%の対象者に体重増加が見られた。また、重症化（要介護認定・死亡者等）のリスクは管理栄養士が訪問栄養指導で介入したモデル地区は5%であり、その他の地区は22%であった。この実績から、大和市全市で展開した場合には、介護給付費が約9,500万円/年、医療費約5,000万円/年の社会保障費抑制効果があると試算されるという報告がある（田中2016）。

次に、日本静脈経腸栄養学会（2013）によるガイドラインでは、適切なプロセスに沿った栄養管理は、患者予後を改善し、経済的節約に結びつくことや、多職種が協力して、安全かつ有効な栄養管理を行うための医療チームNST（nutrition support team）の活動には、入院期間の短縮や、医療費が節約できる効果があることが、AII（推奨度A：強く推奨する、臨床研究論文のランク付けレベルII：RCTではない比較試験、コホート研究による実証）で推奨度のランク付けがされている。

海外の報告では、一般人口集団ベースでの、塩分削減介入の費用対効果に関するシステマティック・レビューでは、14の研究調査がある（Hope et al. 2017）。

また、脱水の医療費に関して、1991年の米国の調査では、脱水症が主因で入院した患者の医療費が45億ドルにも達していることが判明し、HCFA連邦医療財政庁（現在

はメディケアメディケイドサービスセンターに改称（CMS）が主体となり、特にメディケアを受けているナーシングホームにおける標準化した栄養アセスメント及び栄養介入プロトコールを設定し、同年オムニバス予算調停法令（OBRA）が施行された。

その中では、脱水症に関しても栄養アセスメントの基準が設定されており、脱水症の兆候及び原因を早期に感知することにより、脱水症を事前に認識、予防することを義務づけている。脱水症は治療ではなく事前の予防が大きな課題であり、専門家の関与や相談、介入する時間を待つ前に、セルフケアができると脱水症や、その合併症である脳梗塞の再発を防ぐことができると言及されている（小山、杉山 1998）。

2-5. 先行文献研究

このような先行研究のレビューより、栄養改善やセルフケアの向上は医療・介護の需要を抑制することに関連性があることが、わずかではあるが明らかになっている。しかしながら、日本では医療・介護施設における研究が主であり、在宅生活者に対しては調査がなされず、明らかになっていない。また、医療機関や介護施設の入院（所）前、退院（所）後の変化を追跡できていないことが問題であり、現在は栄養領域におけるセルフケアに関する研究は少ない。

立場の異なる先行研究において、二木（2006）は、介護予防のうち、施設入所者（主として重・中等度の要介護者）を対象にした口腔機能向上と栄養改善、および運動機能訓練による下肢筋力・歩行機能の向上については、「厳密な意味でのエビデンスが得られている」と述べている。

他方、地域居住の軽度者に対する口腔機能向上と栄養改善の効果、および運動機能訓練によるADLまたはQOLの改善効果については、「厳密な意味でのエビデンスが得られている」とは言えないとされている。しかも、なんらかの介護予防による介護医療費の抑制効果を実証した研究は皆無であると述べている。

また、香取（2017）は多くの実証研究を見て、予防やヘルス事業で短期的に医療費の伸びを抑える、という成果はあるが、中長期で見た医療介護総需要の効果はきわめて限定的、ないしは確認できないとするものがほとんどであると述べている。

人口が減少していく地域において、住民が地域包括ケアシステムを推進していくには、セルフケアが中長期的に効果発揮できる方策が必要である。本稿の立場は、セルフマネジメント事業に参加した兵庫県多可町の事例を通して、セルフケアの栄養領域の実態を調査し、専門職の介入や必要性を考察し、住民の「健康づくり」ひいては、「まちづくり」における一助となる方策を検討したい。

3. 研究の対象と範囲

3-1. 多可町の概要

多可町は兵庫県の中南東部、東播磨地域の内陸部に位置し、2005年11月に3町(旧中町、旧加美町、旧八千代町)が合併した町である。日本一の酒造好適米「山田錦」発祥のまち、「敬老の日」発祥のまちであり、手漉き和紙「杉原紙」、200年以上の歴史と伝統のある「播州織」といった色彩豊かな特産物がある。

総面積は185.15k㎡で、山林面積が約148k㎡を占める。中山間地域であり、平地を十分確保することができず、宅地面積が2.8%である。交通条件は、鉄道は20年前にJR鍛冶屋線が廃線となり、住民の交通手段は車・コミュニティバスに限られている。南に隣接する西脇市で国道175号と分岐した国道427号が多可町中区、加美地区を縦断し、八千代区では県道が通り、中国自動車道と接続している⁴。人口は合併時、25,197人であったが、本町では、2005年以降に人口減少が急速に進み、年間約300人ペースで減少し、近年の社会動態(転出・転入)及び自然動態(出生・死亡)の構造が続くと仮定した現状趨勢ケースでは、2060年には総人口が9,672人まで減少し、高齢化率は49.8%に増加すると予想されている。要介護(要支援)認定率は2017年2月現在17.8%であり、全国の保険者1,579中779番目の認定率である⁵。

3-2. 多可赤十字病院の概要

住民の健康を支える医療機関の状況は、多可赤十字病院が中区に位置する町に1病院しかなく、他は診療所9か所、歯科医院8か所である。多可赤十字病院は、保健・医療・介護・福祉相談に至るまで、多くのサービスを提供している。地域完結型の医療に取り組み、1988年に全国初の老健施設を創設し、その後も訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター、地域リハ・ケアセンターでの通所リハビリ、はつらつ健康事業を展開している。急性期治療にあたっては、隣接する西脇市の西脇市民病院と連携を図っている。

多可赤十字病院と多可町は、2012年から「住みよいまちづくり」に向けた話し合いを進め、多可赤十字病院松浦名誉院長が地域包括ケアシステムの推進に向けた講演会を開催し、同年9月より町内の保健・医療・福祉関係機関の職員が自主的に集まりミ

⁴ 兵庫県多可町ホームページ <http://www.takacho.jp/> (2017年7月17日アクセス)

⁵ 厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム https://mieruka.mhlw.go.jp/mieruka/webapp/S020100_init.action (2017年7月17日アクセス)

ーディングを毎月開催してきた。これを2013年4月に組織化し、多可町地域包括ケア連絡協議会が設立し、2015年2月に多可町地域包括ケアネットワークと名称変更され設置されている。

この組織は、医療機関（医科・歯科）、障がい者ケア事業所、薬局、高齢者ケア事業所（NPO・社会福祉法人・老人保健施設）、教育関係（特別支援学校・教育委員会）、行政（多可町健康課・福祉課）、福祉団体（社会福祉協議会）といった施設が参加し、交流、連携を図り住民の健康・医療・ケアを支えることを推進し、「老後に至るまで安心して住み続けることができる」地域づくりを目指し活動している^{6,7}。

さらに、病院の南に中村町地区の団塊の世代を中心とした有志たちが、松浦名誉院長の著書を読み、住民が主体的に地域づくりに向けた活動を起こさねばならないと決し、地域包括ケアを学習するために松浦名誉院長のもとを訪ね、2014年「^{まつなかそんじゅく}松中村塾」という研究会を住民自らが立ち上げた。そして、継続した活動を経て、松中村塾は2016年にNPO法人設立の承認を得て、「じ〜ば」という名称で組織化された⁸。

人口減少と少子高齢化という喫緊の課題を有する多可町は、まさに日本の未来の縮図と言えるが、このように、医療機関と住民と町が一体となって地域包括ケアシステムの構築の推進を既に始めている。

4. 多可町におけるセルフマネジメントの実際

4-1. 研究・調査方法

4-1-1. 調査対象

調査対象者、つまり「支援対象者（以下、対象者）」は地域で検討し選定した入退院を繰り返す可能性のある脳血管疾患罹患患者で、現在は在宅で自立した生活を送っている65歳以上の高齢者6名（男性2名、女性4名）と、この対象者を支援した、「支援伴走者（以下、伴走者）」である多可赤十字病院の正規職員ケアマネジャー3名とした。患者の伴走者となったケアマネジャーの属性は、男性1名、女性2名、平均年齢45歳（SD=1.6）、ケアマネジャー経験年数7.3年（SD=0.5）、基礎職種：介護福祉士3名（うち1名が社会福祉士を保有）である。

⁶ 多可赤十字病院 <http://www.taka.jrc.or.jp/t3cn/index.html>（2017年7月17日アクセス）

⁷ 多可赤十字病院（2017）「多可赤十字病院地域医療支援センターのご案内」

⁸ 「じ〜ば」は、一人ひとりと地域を意味する「自場・地場」で、健康な「じじばば」への願いが込められている。中村町ふれあい広場【じ〜ば】サポーター養成講座（2017年7月17日アクセス）
<http://nakamuramachi.com/information/2535/>

4-1-2. 調査方法

本稿では、セルフマネジメント事業に参加した多可町におけるデータに依拠し、事業本調査で使用された食事・栄養管理が含まれる様式 4-5「セルフマネジメント・セルフケア総括」⁹（表 1）、および様式 5「健康管理表」¹⁰（表 2）に焦点を絞り、栄養領域におけるセルフマネジメントの課題を整理した。さらに対象者 No. 2 に対し、事業終了後の追加調査を行い、事例分析を行った。

また、多可赤十字病院のフィールドスタディより得られた、ケアマネジャーへのグループ・インタビューに SCAT (Steps for Coding and Theorization)¹¹を援用し、質的調査を行った。ならびに「連携活動評価尺度 (The index of networking)」¹²によるアンケート調査を実施し、セルフマネジメントの在り方について考察を行った¹³。

表 1：様式 4-5 セルフマネジメント・セルフケア総括

再発予防・重度化予防のためのセルフマネジメントプラン		
様式4 セルフマネジメントプラン No. (総括)		
本人氏名: _____		
作成年月日: 年 月 日 ~ 年 月 日		
アセスメント領域と取組着手時の状況	卒業時	
	目標の達成状況 (どの程度達成できたか? その背景、要因)	今後に向けて (現状を維持・改善するために ①継続して取り組むこと、②その際の留意点)
病識・日常生活全般について		
服薬管理について		
食事・栄養管理について		
運動・移動について		
コミュニケーション・対人関係について		

⁹ 出所：株式会社日本能率協会総合研究所（2017）「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業報告書」

¹⁰ 同上

¹¹ 大谷（2011）が提唱する質的データ分析のためのステップ・コーディングと理論化の手法。グラウンデッド・セオリーを中心とする質的研究の理論に基づき開発された分析手法である。SCAT は、マトリクスの中にセグメント化したデータを記述し、そのそれぞれに、(1) データの中の着目すべき語句 (2) それを言いかえるためのデータ外の語句 (3) それを説明するための語句 (4) そこから浮き上がるテーマ・構成概念の順にコードを考えて付していく。4 ステップのコーディングと、そのテーマ・構成概念を紡いでストーリーラインを記述し、そこから理論を記述する手続きからなる分析手法である。

¹² 筒井（2003）が開発した。地域において、複数の公的および民間機関およびその活動に関する管理業務の総体と定義した「連携活動」の測定尺度。

¹³ 本調査は、実施に先立ち、研究内容について兵庫県立大学大学院経営研究科倫理審査委員会における事前審査において「非該当（2017-0001）」の判定を受けた。また追加調査にあたり、文章にて対象者から同意を得た。

表 2 : 様式 5 健康管理表

健康管理表<脳卒中用>								
月日								
曜日	月	火	水	木	金	土	日	頻度
朝食								
昼食								
夕食								
水分								
体重								週1回
血圧	/回	/回	/回	/回	/回	/回	/回	
薬	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	
体の不具合	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	
(具体的に)								

4-2. 結果

4-2-1. セルフマネジメントにおける栄養領域の取り組み

対象者 6 名のプランと実行状況を要約した (表 3)。

表 3 : セルフマネジメントの栄養領域におけるプラン・実行状況

対象者 No.	セルフマネジメントプラン	実行状況
1	食事塩分摂取量に注意する。塩分 (6~7g/日)	食事記録の記載 (毎日)
	体重チェックを行う	体重測定の実施 (週 1 回)
2	朝食づくり : 減塩 6g 以下/日	朝食献立の記録
	適正体重の理解がある (51kg)	入浴後測定デイケアにて測定
	1日の目標水分摂取量が摂取出来る。(1300ml/日)	ペットボトル、コップにて目安を決めて飲水
3	3食きっちりと食事ができる。(10時、15時おやつ。ビールは1本まで)	3月6日~4月9日の期間の記録
	適正体重を知り、維持ができる。(65kg以下)	毎日確認記録はあるが、体重測定1回のみ
4	3食きっちりと食事ができている。 10時頃、15時頃におやつ 甘い物や塩分は摂りすぎないように気をつけている	毎日の確認記録あり おやつの内容記録あり
	適正体重を知り、維持ができています。 (45kg以下)	体重測定記録3回/6週
5	決まった時間に食事を摂った。 朝7時、昼13時、夕19時	毎食の献立記録あり
	目標体重を守れた (目標体重65kg)	毎日体重測定実施
6	決まった時間に食事を摂った。 朝8時、昼13時、夕19時 塩分 (13g/日)	献立記録有 毎週体重測定実施。
	水分補給を意識した。	毎日の確認記録有

また、対象者 No. 2 に対し、モデル事業終了3カ月後に、栄養評価を行った。属性は、女性、年齢90歳、既往歴は脳梗塞、乳がん、悪性リンパ腫、脳梗塞であり、要介護1、孫家族4人と同居している。短時間通所リハビリテーション、通所介護のサービスを週2回ずつ利用している状況である。体格データは、身長155cm、体重50kg、BMI20.8、直近の3～6ヶ月の体重減少は5%未満で、栄養スクリーニング法 MUST¹⁴では、栄養障害の危険度は低く、採血データの栄養指標においても栄養状態が良好であった（表4）。

表4：症例 モデル事業終了3カ月後の栄養評価

<p>症例 対象者No.2 (90歳 女性)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 既往歴 脳梗塞・乳がん・悪性リンパ腫 • 同居家族 孫家族(4人) • 要介護度 要介護1 • 利用サービス 短時間通所リハ(週2回) 通所介護(週2回) • 医学管理 あり • 伴走者 担当ケアマネジャー 	<p>モデル事業 3カ月後の栄養評価</p> <ul style="list-style-type: none"> • 身長155cm 体重50kg BMI20.8kg/m² • 直近3～6カ月の体重減少率 5%未満 • 5日以上の栄養摂取を障害する 恐れのある急性疾患の有無 なし <li style="text-align: center;">MUST Score 0 = 栄養障害危険度低 • 血圧 110～120/58～61mmHg • 握力 右19.3kg/左16.9kg (測定日2017.7.19) • 血液データ (検査日2017.4.27) 血清Alb 4.9g/dL、リンパ球数 1,462/mm³、 Hb 14.0g/dL、中性脂肪 231mg/dL
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4-2-2. 伴走者のインタビュー調査における SCAT 分析結果

SCAT 分析では、インタビュー内容をテキスト化、コーディングを経て、5つの概念が得られた（表5）。

表5：得られた概念と代表的なテキストデータ

概念	言い換え	テキスト
目標設定とアウトカム評価	継続可能なプランと成果	高齢者は食事が一番大事。対象者が「これくらい、いいやろー。おやつこんな食べたよ」、ケアマネが「もう年やしねえ」というやりとりもあった。セルフモニターは血圧測定、運動では散歩が継続しやすい。活動では地域行事参加するよう外出するようになった例があった。
	記録の負担・煩雑性	記録が負担になることもあった。
	健康意識が高い 書字動作機能が保持された 脳血管疾患罹患患者	対象者は、取り組んでくれそうな人、体重が気になる人、文字が書ける人を選んだ。

¹⁴ MUST (malnutrition universal screening tool) 英国静脈経腸栄養学会の栄養障害対策委員会によって考案された栄養障害スクリーニングの方法

表5：得られた概念と代表的なテキストデータ（続き）

	情報の移転	水分目標量の設定は、対象者が施設利用をしている場合、施設の医師・看護師・栄養士から相談員に情報を移してもらい、相談員にケアマネが聞いて設定した。
	プランに対するアウトカム評価	塩分摂取量の評価について、対象者がどうリカバリーしているのか、例えば、塩分過多になる外食の後は、塩分控えめな弁当を選択した例は高評価とした。
ツールの活用	共通ゴールを結ぶスケール	言葉で言ってもわからない。普段使用している鍋を使って、この位の水分を飲んでくださいと示すこともできる。
	ケアマネジャー用指導マニュアルの開発	ケアマネが支援を行うには、マニュアルがあればいい。
	高齢者が理解可能な動機付けツールの開発	高齢者に見てもらってわかりやすいようなパンフレットを作成し動機付けツールにしてはどうか。
	簡単な治療食献立アプリの開発	デリッシュキッチン（アプリ）で料理のイメージを確認するが、高血圧用のものがあればよい。作り方が簡単に書いてあり、自炊の人も、家族に作ってもらう人も活用できるアプリの存在があればいい。
	「あんしんノート」のブラッシュアップ	ノート（セルフモニタリング）を見せるのが理想。「あんしんノート」のブラッシュアップはこれから。
伴走支援のカタチ	伴走者との関わり	伴走しているときと、していないときの差がある事例があった。退院時はよい状態であったが、退院後、対象者も家人もスタッフの訪問を拒否し、役所の保健師に問題を依頼した。3カ月後、HbA1cは7.5%、血圧が180と悪化し、急性期病院へ入院となった。支援者の関わりが薄いと元の生活に戻ってしまう例があった。
	タイムリーなサポート	退院時、看護師、栄養士の指導が一気にきて、（情報量過多）身につけられない。それよりは、時々ケアマネが支援していく方がよいのではないか。
	伴走者の業務量	ケアマネは新たなプランを作って、チェックしてしんどかった。ケアマネが医療・栄養をカバーするのは無理。
	伴走者の栄養教育機会	ケアマネは栄養の研修会はない。退院時に糖尿病食が提供されていれば、カロリーを情報提供したり、透析食であると代替えの食事を提案したりしている。
	制度による支援方法の縛り	要介護がついていないと、栄養士を付けてくれない。
	伴走者の役割	脳梗塞の再発リスクを説明し、家族が協力しながら、意識をもってカタチに表せればと思い取り組んだ。意識付けはできたのかなと考える。
インフラの問題	遠隔地への支援	対象者は在宅に居る方が殆ど。栄養指導を受けにくいところに住む人もいた。場所の問題もある。
	地理的背景	買い物の手段として、CO-OPの移動車、御用聞きで「ひょうたんや」、送迎可能なスーパー。社協による買い物ツアーがある。

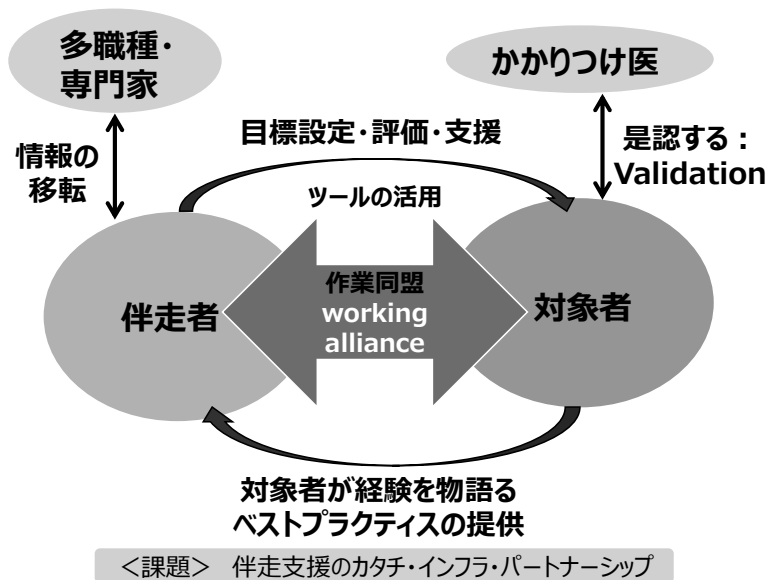
表5：得られた概念と代表的なテキストデータ（続き）

パート ナーシ ップ	他職種との連携	相手が専門用語を使うので分かりにくいことがある。こちらがほしい情報と相手が提供してくる情報が食い違うことがある。今後の関係性もあるので率直に返すことができない。管理栄養士とは、退院前・後に連携を蜜にとったことがない。個別に家族、本人に栄養指導をしていることが多い。退院後に時間をしっかりとってケースに係わってもらえることが出来ない。 <u>連携しやすい職種</u> ：介護保険サービス事業所、介護保険側の看護師、介護職員、MSW、看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士。 <u>連携不足の職種</u> ：医師、管理栄養士、言語聴覚士、保健師、行政職員。
	かかりつけ医との連携	かかりつけ医の連携が難しい。セルフマネジメントの理解を得ることが必要。対象者は主治医に褒められるとモチベーションがあがっている様子がわかる。ノートを主治医に見せて、関心を示されるとやる気が向上する。
	急性期病院との連携	人口密度は多可町が低い、近隣の急性期病院も取り入れてくれないと意識統一ができないので連携が必要である。
	行政との連携	行政はケアマネに任せておけば大丈夫という思いが強い。困難ケースなどもう少し、一緒に対応してほしい。行政（保健師）との連携（連携後のネットワーク）が不十分。
	他施設の関心関与が少ない	多可日赤が特化して事業をやっているのが問題。

そしてデータから、次のような理論記述を得ることができた。

伴走者は、高齢である対象者が、食事を楽しみながら、予防・健康づくりに参加できることを認識し、無理のない範囲で継続できる目標設定・評価・支援を行っていた。伴走者と対象者の間に、モニタリング作業を通じて、作業同盟（working alliance）が築かれた。

対象者が継続しやすいセルフモニタリングの行動は血圧測定、散歩であり、社会参加・交流が増えるという成果が見られたことは、ベストプラクティスの提供となった。モニタリングにおいて、具象化した目標は、専門家の協力を受け、情報を移転することで伴走支援を行っていた。対象者と伴走者を結ぶツールの活用や開発が必要と考えられている。伴走支援にあたり、介護職を基本資格とするケアマネジャーは、支援領域範囲の限界を感じていることが表出された。そして、健康づくりに対してインフラストラクチャーの関与が示唆された。また、かかりつけ医に対象者が受け入れられた、認められた（是認する：Validation）と感ずることで、継続実行の励みになる場面もあった。かかりつけ医や隣市の急性期病院等外部機関との連携強化がセルフケアマネジメントのシステム創発に必要と考えている（図3参照）。



ストーリーライン：伴走者は高齢者である対象者の負担を考慮した目標設定とモチベーションが向上するようにアウトカム評価を行っていた。具象化した目標は専門家の情報を伴走者へ移転していた。ツールの活用や開発をし、目標・行動を相互共有し、タイムリーなサポートが必要ととらえている。またケアマネジャーの支援範囲の限界があり、伴走支援のカタチ、支援におけるインフラの問題、かかりつけ医をはじめとする外部機関とのパートナーシップが課題である。

図3：概念図とストーリーライン

4-2-3. 伴走者の連携活動評価尺度を用いた評価

基礎資格に介護福祉士を有する多可町の伴走者3名と、全国の地域包括支援センター職員（以下、全国平均）との得点¹⁵を比較すると、連携活動得点では、多可町の伴走者が25.3点と上回っていた。但し、下位因子得点の連携業務の管理・処理得点のみ、3.7点で全国平均の3.8より下回っていた（表6）。

¹⁵「全国の地域包括支援センターの職員における資格別配置状況および連携活動能力に関する研究」（筒井、東野、大夢賀 2010）より、全国の地域包括支援センター職員の連携活動得点データ、うち介護支援専門員の平均得点を引用した。

表6：多可赤十字病院ケアマネジャーと全国の地域包括支援センター職員との

連携活動評価得点の比較

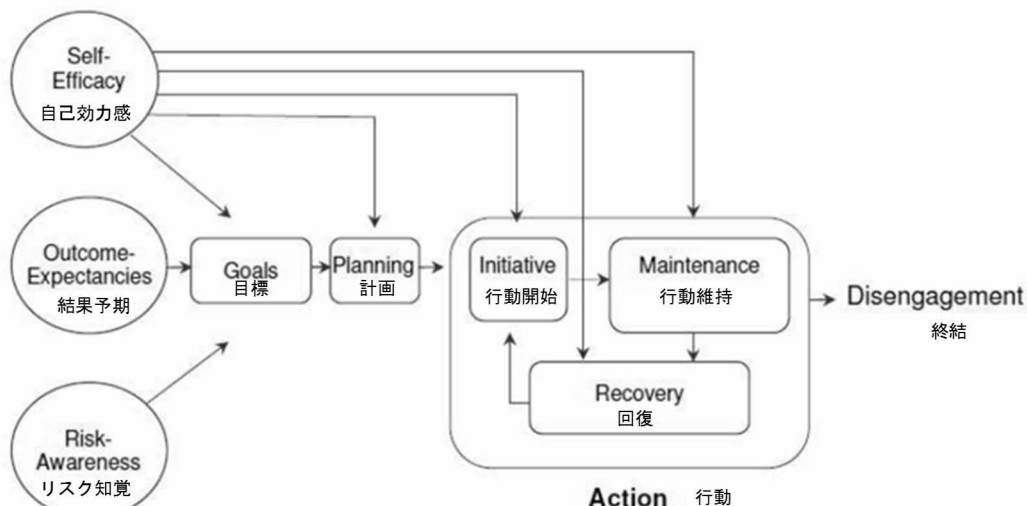
	地域包括支援センター職員 (N=5,424)		うち主任介護支援 専門員 (N=832)		多可赤十字病院 ケアマネジャー (N=3)		
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	
連携活動得点	23.6	5.2	25.0	4.8	25.3	2.5	
下位因子得点							
情報交流得点 (X1-X3)	5.8	1.0	6.0	1.0	6.7	1.2	
業務協力得点 (X4-X6)	4.7	1.6	5.0	1.5	5.7	1.2	
関係職種との交流得点 (X7-X12)	9.2	2.4	9.9	2.2	9.3	0.9	
連携業務の管理・処理得点 (X13-X15)	3.8	1.6	4.1	1.6	3.7	0.5	
項目別得点							
X1	あなたは、他の機関(施設)と分担して援助活動をしたとき、進行状況や結果をその関連機関(施設)に報告していますか	2.1	0.4	2.1	0.4	2.7	0.5
X2	あなたは、利用者が他機関(施設)からどんなサービスを受けているか、把握していますか	1.9	0.5	1.9	0.5	2.7	0.5
X3	あなたは、サービス提供に必要な知識や情報を、他機関(施設)から集めていますか	1.9	0.5	1.9	0.5	1.3	0.9
X4	あなたは利用者の相談内容や問題状況を基礎に、他機関・他職種に対して必要なサービス・プログラムを作成(文章化)し、提言していますか	1.3	0.7	1.4	0.8	2.3	0.5
X5	あなたは、他の機関(施設)に協力を要請しますか	1.8	0.7	1.9	0.6	2.0	0.0
X6	あなたは、他の機関(施設)から協力を要請されますか	1.6	0.6	1.7	0.6	1.3	0.9
X7	あなたはご自分と関連する専門職の集まりだけでなく、他の職種の専門職員の集まり(会議)にも参加していますか	1.3	0.6	1.4	0.6	1.3	0.5
X8	あなたは関連他機関(施設)の実務者から、その機関の業種や実態に関する内容を聞いていますか	1.5	0.5	1.5	0.5	2.0	0.0
X9	あなたは関連機関(施設)にどのような専門職がいるか、把握していますか	1.7	0.5	1.8	0.5	2.0	1.4
X10	あなたは事例検討会議への参加を、同僚に呼び掛けますか	1.8	0.8	2.0	0.7	2.0	0.0
X11	あなたは関連機関(施設)や他の職種との親睦会に参加しますか	1.1	0.6	1.2	0.6	0.7	0.5
X12	あなたの機関(施設)では専門員が新規に就任した場合、関連機関(施設)に挨拶回りをしますか	1.8	0.7	1.9	0.7	1.3	0.9
X13	あなたは、複数の機関(施設)が参加する会議等において、自分の判断で一定の費用負担を決定する権限がありますか	0.5	0.8	0.7	0.9	0.0	0.0
X14	あなたは、自分の業務内容について、他の関連機関(施設)に資料を配布していますか	1.5	0.7	1.6	0.7	0.7	0.5
X15	あなたは、複数の機関(施設)・専門職で集めた利用者の情報を、管理していますか	1.8	0.7	1.9	0.7	3.0	0.0

*回答カテゴリー

- X1: 「0: 全く報告しない」「1: あまり報告しない」「2: 必要に応じて報告する」「3: いつも報告する」
- X2、X9: 「0: 全く把握していない」「1: あまり把握していない」「2: ある程度把握している」「3: 大変よく把握している」
- X3: 「0: 全く集めていない」「1: あまり集めていない」「2: だいたい集めている」「3: よく集めている」
- X4: 「0: 全くしていない」「1: あまりしていない」「2: ある程度している」「3: よくしている」
- X5: 「0: 全く要請しない」「1: あまり要請しない」「2: よく要請する」「3: 大変よく要請する」
- X6: 「0: 全くされない」「1: あまりされない」「2: よくされる」「3: 大変よくされる」
- X7、X11: 「0: 全く参加しない」「1: あまり参加しない」「2: かなり多くの集まりに参加する」「3: すべて参加する」
- X8: 「0: 全く聞いていない」「1: あまり聞いていない」「2: よく聞いている」「3: すべて聞いている」
- X10: 「0: 全く勧めない」「1: あまり勧めない」「2: ある程度勧める」「3: 積極的に勧める」
- X12: 「0: 全く回らない」「1: あまり回らない」「2: 回る」「3: いつも回る」
- X13: 「0: 全くない」「1: あまり持っていない」「2: だいたい持っている」「3: いつもある」
- X14: 「0: 全くしない」「1: あまり配布しない」「2: だいたい配布している」「3: すべて配布している」
- X15: 「0: 全く管理していない」「1: あまり管理していない」「2: だいたい管理している」「3: すべて管理している」

4-3. 考察

Schwarzer (1992) は健康行為過程アプローチ (health action process approach; HAPA、以下 HAPA モデル) によって、健康行動を促す心理的プロセスモデルを提唱した (図 4)。HAPA モデルではリスク知覚、結果予期、自己効力感¹⁶が目標・行動意図に繋がる動機づけ段階であると示している。4-2 節から得られた、多可町のセルフマネジメントの結果を、この HAPA モデルを用いて考察する。



(出所『心理学概論』(2006)より筆者一部改変)

図 4 : HAPA モデル (Schwarzer, 1992)

支援者は対象者と家族に脳梗塞再発のリスクを十分説明「リスク知覚」することによって、健康な暮らしが維持できること (セルフケアの有益性) を期待した「結果期待」。栄養領域においては、水分、食事、体重、血圧管理に関して自分で手がつけやすいと感じることで「自己効力感」を得て、「計画」を立て、健康「行動」を始めようとする「目標・意図」が形成されていた。この結果、6名全てが脱落することなく、モニタリングを継続し、終結できていたことから、対象者と支援者の良好なパートナーシップが築けていたことが推察された。

ただし、「目標設定」と「行動計画」、「行動維持」に働きかける「自己効力感」のプロセスには、支援方法を変更すべきと考えられた。それは、対象者がセルフマネジメ

¹⁶ Bandura (1977) が概念化した。ある結果を生み出すために必要な行動を自分がどの程度うまくできるかという予期 (効力予期) を認知することができた時に自己効力感が生まれる。健康な生活習慣へと行動変容を促す際は、知識教育のみではなく、個人が実行可能缶や自信をもてるよう自己効力感を引き出すことが不可欠である。

ントに対する知識や技術がまだ充分ではないという点から、目標・行動計画に具象性が無く、モチベーションを維持することが困難と推察されるためである。具体的には、後述する多職種連携による支援のような変更が考えられた。

4-3-1. 目標設定と行動計画のあり方

目標設定において、血压管理においては参考にする標準値¹⁷が、予め事業で設定されている。しかしながら、水分管理、食事管理、体重管理の目標設定値については、適正ではないものがあつた。食事記録では、いずれの例も献立名のみであつた為、塩分摂取量は評価が困難であつた。

慢性期疾患のケアマネジメントを実現するシステムを構築するためには、具体的な計画の立案方法や様式などのツールの開発が必要であるとされている（大冢賀 2016）。対象者が支援を受けて立てた目標と行動計画は、目標の具体性や記録では、栄養・水分量の出納量が不明であるため情報が乏しく、対象者・支援者ともにアウトカム評価が困難であると考えられた。

例えば、医療機関の塩分制限に対する栄養指導の実際では、塩分摂取基準値 6 g/日に対し、摂りすぎている割合をチェックし、塩の濃度別効果を教育する。次に減塩調理の基本方法を教える。減塩でも美味しくする調理の基本ができれば指導をし、減塩 1 g/日ごとに収縮期血圧が約 1 mmHg 減少する報告¹⁸があることを説明し、12 g、10 g、6 g へと段階的に食塩を減らす。減量をしていく期間は患者さんと協議して設定している（榎本 2016）。

しかし、多可町の栄養マネジメント支援においては、食事管理における目標設定において、「食事を薄味にする」が 3 例あり、うち 1 例は 13 g/日の目標値であつた。食事からの平均食塩摂取量は、国民栄養調査では約 13 g/日、病院食における塩分制限食は高血圧、腎臓食では 6 g 未満/日である。13 g/日の目標は、再発予防の観点からは、効果に結びつく行動とは言い難い。また、「食事塩分摂取量に注意する」だけでは具体性がなく、目標到達度、アウトカムも得られないといえる。

水分管理においても同様に「水分補給を意識した」と適正值目標の設定がない例があつた。具体的目標設定量が無い目標は、1 日の目標水分摂取量を、身体計測値や排

¹⁷ 脳梗塞の再発予防で、降圧療法が推奨され、目標とする血圧レベルは少なくとも 140/90mmHg 未満とするよう強く勧められる（グレード A）（脳卒中治療ガイドライン 2015）。

¹⁸ 厚生労働省 健康日本 21 <http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/about/index.html>（2017 年 7 月 17 日アクセス）

尿回数、既往歴を考慮し、かかりつけ医等の専門職の支援が得られるならば、明確に設定ができると推察する。

ただし1例（対象者 No. 2）ではあるが、コップの容量を把握した上で、「1日の目標水分摂取量が 1300ml/日できる」という今回の多可町のセルフマネジメントにおいて、「触媒」となり得るベストプラクティスがあった。

さらに対象者 No. 2は、モデル事業を終えた3ヶ月後の追加調査による、栄養評価は極めて良好であった。事業実施期間中の伴走者からの評価でも、対象者は、セルフケアが身につけているとの評価がされていた。大きな病を抱えつつも、セルフケアによって健康を維持し介護度の重症化を予防することができていた。

また、この好事例が示唆したことは、対象者と伴走者を結ぶツール（可視・定量化できるスケール）の必要性である。食事管理においては、計量スプーン、塩分測定器、食品表示、媒体、配食弁当、ランチョンマット¹⁹等が挙げられる。

例えば、エネルギーや塩分量が分かっている配食弁当を、日常使用している器に移し替えることで量が把握でき、普段の料理の味付けと比較し適正塩分であるか比較することも可能である。また、食事量の記録は、スケールとして格子模様のランチョンマットをもちいて全体を写真撮影することも、評価の一助となるであろう。水分管理では、コップ、ペットボトル、ポット、鍋等がある。また、食事から摂取できる水分を把握する意識は薄いので、在宅栄養管理の「スリーステップ栄養アセスメント（NA123）」の脱水発見調査 NA 2²⁰をツールとして用いると支援者が把握しやすいものと考えられる。体重管理・血圧管理は体重計、血圧計や記録したノート、多可町では「あんしん連携ノート」が有効なツールとなる。

個人のニーズに合わせた目標設定、支援を具体的に創造していくためには、対話を重ねて過去の暮らし、価値観を知り、本人の関心、できること、やりたいこと、機能、家族の介護力を分析することが必要であると考え。そして、脱落することなくモニタリングを継続でき、かつ効果が得られる標準値の教育や、理由付け、目標値を適正化し、明確なゴールへと導くことが支援者側に要求される。目標設定が抽象的であると、期待された効果が得られず、自己効力感も逡減するであろう。具体的支援の情報・ツールの活用方法、技術の転移によって、目標を具象化し、行動計画をシンプル化す

¹⁹ ランチョンマットによって、食事バランスを摂る方法、食事エネルギー量を制限できる方法がある。各自治体においても食育のツールとして推進されている。

²⁰ 在宅チーム医療栄養管理研究会によって、在宅高齢者が陥りやすいリスクの早期発見と適切な栄養・食事ケアへの展開を目的として「スリーステップ栄養アセスメント（NA123）」を考案された。NA2は食べた物・飲んだ物から簡単に水分量がわかり、脱水の早期発見に役立つ調査票である。<http://www.teameiyo.com/careguide.html>

ることが鍵になると考えられた（図5）。目標設定や計画の調整、問題解決に関しての手助けが必要であるものの、支援者だけでは、広範囲の領域をカバーするには限界があることから、地域の人的資源、医療機関の専門家（医師、栄養士、看護師、薬剤師など）の活用や、連携を図った支援を得ることが考えられた。

次に、多職種、多機関における連携の必要性について述べたい。

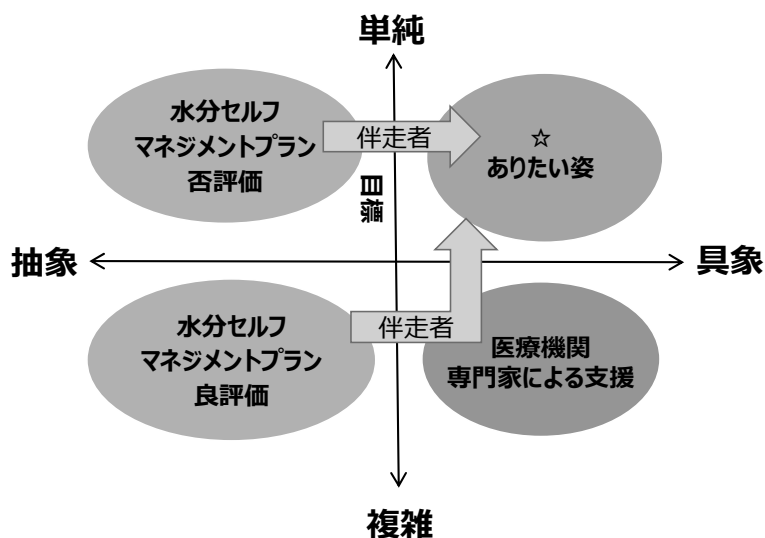


図5：目標設定のあり方

4-3-2. 「行動維持」に働きかける「自己効力感」をつくるための連携

アウトカムの評価・アウトカムの測定方法やデータソースは、医療機関で実施することと、地域・在宅で実施できることとは異なる。例えば、高血圧ガイドライン（2014）の塩分摂取量評価にて、一般医療施設では、起床後第2尿、随時尿でのNa、Cr測定、食事摂取頻度調査、食事歴法（24時間尿Cr排泄量測定値を含む計算式による推定）が評価法であり、位置づけとしては、信頼性はやや劣るが、簡便であり、実際的な評価法として推奨される。

患者本人が評価者である場合には、夜間尿での計算式を内蔵した電子式食塩センサーによる推定が評価法であり、信頼性はやや低いが簡便で本人が測定できることから推奨されている。

塩分摂取量簡易測定器は、過去にマスコミで紹介され、メーカーに注文が殺到し一時入手不可になった。それだけ健康意識が高く、測定することに抵抗感が無いことが伺える。食塩摂取量自己測定は、フィードバック効果により、減塩に対する意識の向

上、動機付けとなった（林ほか 2011）と報告されている。

今回、多可町の事例においては、簡易測定器を使用した塩分摂取量の評価は行われていないが、高齢者の理解レベルや費用面を考慮し、専門家が「病院で出来ること」から「家で出来ること」への技術を伴走者あるいは対象者へ移転することが重要であると考えられた（図 6）。すなわち体重測定、血圧測定、血糖測定、尿量測定等、専門家が病院でチェックしていたポイント・視点と在宅では異なるポイントを伝えることがセルフケアに役立つと推察する。

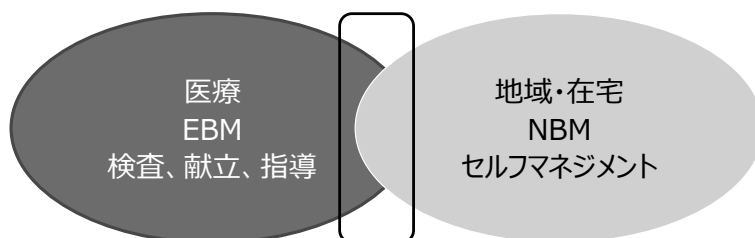


図 6：医療機関で出来ること、地域・在宅で出来ること概念図

例えば、体重測定では、管理栄養士が体重変動率による低栄養リスクのチェックポイントを指導できる。医師は、血圧測定に関して診察室測定と家庭血圧の目標値の差があることを伝える。看護師は、水分管理の観点から、高齢者の 1 回の排尿量、適正回数を教えることで、対象者は畜尿をすることなく、排泄量がわかり、在宅での水分管理に役立てることができよう。

また、検査データの見方は医師から指導を受けておいた方が、他の専門職の法令遵守²¹に対する意識が強化されると考える。医療機関においては、EBM（Evidence-Based Medicine 根拠に基づく医療）が求められるが、地域や在宅に向けて NBM（Narrative-Based Medicine 物語りと対話に基づく医療）へのゆるやかな移行が求められる。多くの専門職種で小さな情報をつなぎ合わせ、はざまの部分と言えるシナリオを支援者や対象者と共に創意工夫をして作ることが重要ではないだろうか。

今回の伴走者のインタビューとアンケート回答からは、かかりつけ医との連携が困難であり、医療側のセルフケアのモデル事業への理解が不足していたことが明らかにされた。

²¹ 医師法 17 条により、医師以外は医療行為を行うことができない。診断は医療行為である。検査データが脂肪肝を示していても、「脂肪肝」と説明することは、「脂肪肝」の診断をしたことになり、医師法 17 条に抵触する（日本栄養士会 2013）。

高血圧治療ガイドライン（2014）によると、良好なコンコーダンス²²を得るためには、どのような病気であるか、治療の目的、治療法、治療により期待される効果と副作用、医療経費などについて医師と患者が共通の理解をもつ必要があるとされている。医師と患者が対等なパートナーシップを築きコンコーダンス医療を続ける方法の中に、家庭血圧の自己測定・記録を励行し、その評価をフィードバックすることや、服薬忘れの原因・理由について話し合うこと、処方方を単純化し服薬回数、錠数を減らす等セルフケアに関連する要点が含まれていることから医師との連携は今後の課題である。

HAPA モデルで最も重要な点は、自己効力感が調整要因として機能し、すべてのプロセスに影響している点である（山内ら 2006）。また、伴走者のいなくなったプログラム終了後もセルフケアの長期的継続には、自己効力感の概念は必要である。今回の事例で、かかりつけ医が対象者に対して、成功を称賛することが、いかに行動に影響を及ぼすこと、またフィードバックの必要量、患者・利用者の技術の上昇とともに量は減少する（日本健康・栄養システム学会 2011）ということ、かかりつけ医に知ってもらう機会、そして理解と協力を得ることは不可欠であるといえよう。

さらに、4-2-3 節の連携活動評価尺度の結果において、伴走者は連携業務の管理・処理得点は、全国平均値を下回っていた。特に、項目 X13、14（表 6）の得点が低く、ケアマネジャーに地域連携会議での権限委譲や拡大、他施設に自分の業務内容について資料を配布し、連携強化に向けての具体的な方法を多職種間で考えることが必要であろう。

4-3-3. 地域資産を活かす健康セルフマネジメントの構築

これまで述べてきたことから、セルフマネジメントやその支援に影響する要因としては、個人的要因のほか、環境的要因があり、他者の支援、地域資源、社会基盤が含まれる。

多可町は高齢者のケアシステムにおいて、状態が軽い順に、地域交流拠点である 1. サロン活動（社協）地域交流拠点、2. いきいきデイ（デイケア）、3. 健康いきいき事業（介護予防事業）、4. 認知症デイ、5. 短期通所介護サービスなどを有する²³。サロン活動では、インタビューより、高齢者の買い物ツアーサービスを提供し、支援を行

²² 直訳は一致、和合。医師と患者が対等なパートナーシップで話し合い、合意のもとに治療方針を決定し続けていくことが含まれ、患者が病気と治療について十分な知識を備えることが前提となること（高血圧治療ガイドライン 2014）。

²³ 筒井孝子（2017b）「地域包括ケアシステムの基本的な考え方と自治体への提案」多可町地域包括ケアネットワーク研修会資料より引用。

っている。生活支援者は医療・介護に係る従事者だけではなく、地域の食堂、配食サービス事業、地域の商店、買い物の支援、経済力、介護者の協力までもが関係している（田中 2014）。

多可町は、すでにソーシャル・キャピタル²⁴の形成を進めており、住民組織活動の強化がなされている。ソーシャル・キャピタルが弱い地域に住む女性は、強い地域に住む女性より、要介護状態になるリスクが 68% 高くなるとされ、ソーシャル・キャピタルを地域で介入促進することは、高齢な日本人女性の機能低下を防ぐのに有用である（Aida2013）という調査がある。多可町において、さらなる健康なまちづくりを進めるには、セルフケアやセルフマネジメント支援を多可町全体に広め、根付かせることが必要であろう。

現代の医療・看護・介護、福祉といった分野のヒューマンサービスを検討する際のフレームワークは、表 7 のように変化しつつある（筒井 2014）。

表 7：サービスを検討する際のフレームワーク

期間はどれくらいか	短期	長期
専門性の必要性	専門的	非専門的（一般的）
個別性が高いか	個別的	普遍的

セルフマネジメントの支援をサービスと見立てるとするならば、現在は、短期的に専門家の力を借りて、個別性のサービスをする必要がある。医療スタッフ（医師、看護師、薬剤師、栄養士、介護福祉士など）、患者、家族を含めた支援体制の構築は、多可赤十字病院において既に実行できている。例えば、モニタリング期間中に、管理栄養士の介入による栄養指導、塩分摂取量の調査や、適正塩分濃度の味噌汁を飲んでもらうこと、または健康づくり事業での教育参加でセルフアセスメントが可能であり、学習援助の環境は整備されていると推察する。

長期的には、日常一般的な予防策で、セルフマネジメントを獲得した、対象者 No. 2 のような疾患の経験者（サバイバー）が非専門家として体験した普遍的な「知」、「ベストプラクティス」を住民に広げていく可能性もあるだろう。そして、専門職にとっても、患者の語りを聞き、患者を知ることは知識という財産の共有である。医療機関

²⁴ 人々の協同行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴（パットナムの定義）。厚生労働省 ソーシャル・キャピタル関連資料 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000092042.html> (2017. 7. 27 アクセス)

をナレッジマネジメントの交流の「場」²⁵として活用する仕組みづくりにより、地域でのLinkage（連携）の強化が一層なされていくと考えられた。

米国のコーネル大学研究所の Wansink（2015）は、過去に行われた食事療法に関する112件の研究を分析し、食事療法を成功させるための3つの条件として、1. 便利であること（Convenient）、2. 魅力的であること（Attractive）、3. 日常的であること（Normal）の3つが揃うと成功することを明らかにした²⁶。

すなわち、健康によい食品を選ぶための環境を整えることが成功への近道であり、適切な食事のアドバイスを得られれば、食事のコントロールは難しくないと述べている。このことから、榎本（2016）は4つめに管理栄養士に相談できることを提言している。

また、伴走者のインタビューより（表5、概念「パートナーシップ」）、「他の専門職の連携」について、「管理栄養士とは、退院前、後に連携を密にとったことがない。時間をしっかりととってケースに係わってもらうことが出来ない。」と連携不足の声があった。

そこで、多可町におけるセルフマネジメントのサポートの「場」として、栄養ケア・ステーションを活用するシミュレーションを次章で行った。

5. セルフマネジメントにおける専門職関与の提案

5-1. 栄養ケア・ステーションの概要

日本栄養士会によると、栄養ケア・ステーションは、「栄養ケアを地域住民の日常生活の場で実施提供する仕組みとそのための拠点で、管理栄養士・栄養士と地域住民のアウトリーチとアクセスを不断に拡充し、栄養ケアを提供する地域密着型の拠点」と定義されている。都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーションをはじめ、全国237か所（2016年9月末現在）に設置している。地域住民、自治体、健康保険組合、民間企業、医療機関、薬局などを対象に、日々の栄養相談、特定保健指導、セミナー・研修会講師、調理教室の開催など、食に関する幅広いサービスを展開している。（日本栄養士会2017）都道府県栄養士会のステーションの他、最近の動向では、NPO、県医師会、大学、病院、コンビニエンス・ストアと薬局の一体型店等で栄養ケア・ステーションが設置

²⁵ 知識創造には、個人の感情、想い、メンタル・モデルの共有が、相互信頼を築くために必要であり、共有が起こるためには、個人が直接対話をつうじて相互に作用しあう「場」が必要とされている（野中ら1996）。

²⁶ The CAN Approach to Healthier Eating Food & Brand Lab CORNELL UNIVERSITY
<http://foodpsychology.cornell.edu/discoveries/three-secrets-healthier-eating> (2017.7.16 アクセス)

されている。

現在、注目される栄養ケア・ステーションは埼玉県和光市にある、NPO 法人 ぼけつとステーションであり、年間延べ4,000人が訪れている（日本栄養士会 2017）。

定款によると、2006年4月より居宅介護支援事業と栄養改善・食の自立支援事業を開始した。さらに2010年7月より、訪問介護事業、介護保険・障害者支援に関する事業を開始。訪問栄養や介護予防栄養教室（総合事業・通所型サービスC）を行い、2014年4月より、高齢化が進む西大和団地の商店街の空き店舗に「まちかど健康相談室」を認定栄養ケアステーション（委託事業）として開所した。平日の10:00から15:00まで、管理栄養士や看護師が常駐し、健康や栄養について相談できるサロンであり、老若男女の交流の場となっている。訪問栄養指導は、当初3件の依頼であったが、現在は法人全体で、月20～30件を実施している（宮下 2015）。

財務諸表²⁷から、2015年度には、2014年に栄養ケア・ステーションの設置を行ったことによって栄養活動が好調で受益対象者数が和光市4,192名へ増加し、栄養活動に係る従事者数も2013年度から2015年度で7名増員したとされている。しかしながら、2014、2015年度と二期連続で正味財産が減っている。

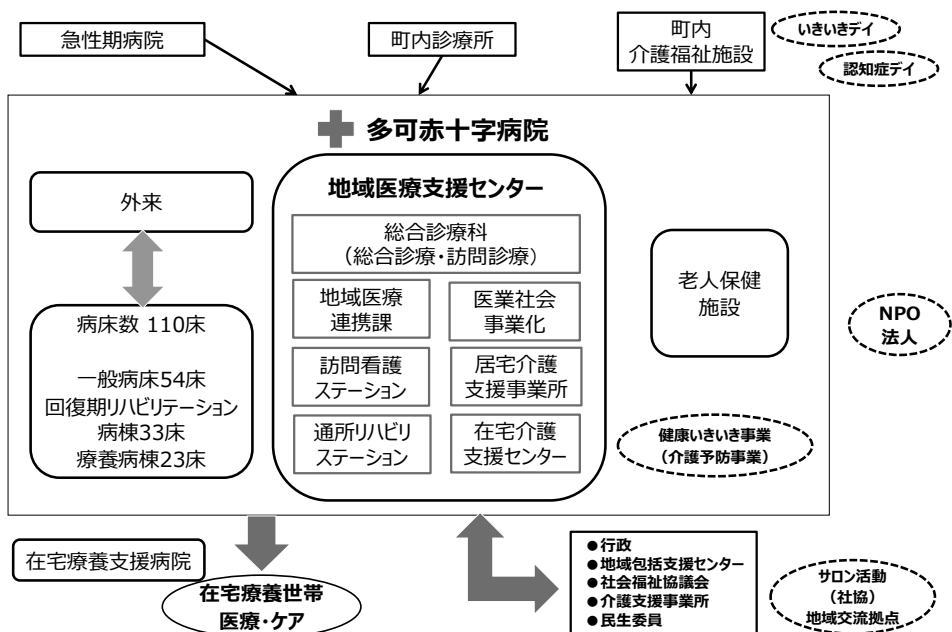
これは、栄養活動における、人件費はボランティアに寄るものが大きいと推察される値である。受益者数が4,000人と増えた2015年度でさえも、栄養活動経常収益で得られる値11,934（千円）に対し、人件費11,820（千円）と、減価償却費がのしかかり、利益創出の難しさがあるということが分析できる。この法人は黒字であり、かつ受益者数の増加ができていることから、NPO法人の目的は果たしているといえるが、栄養活動の経営の難しさが読み解ける財務データと考える。

5-2. 多可赤十字病院における栄養ケア・ステーション設置シミュレーション

多可赤十字病院を取り巻くケアシステムは、4-3-2節で前述した通り、図7に示す環境である。

栄養ケア・ステーションの設置先としては、スーパーマーケット、コンビニエンス・ストア、スポーツ施設、介護、病院、診療機関、薬局、NPO法人等の選択肢が存在するが、これまで述べてきたように、多可赤十字病院が地域連携を図りやすいことから、本稿では、病院内に栄養ケア・ステーションを設置することを想定して論考を進める。

²⁷ 内閣府 NPO ホームページ NPO 法人ポータルサイト 特定非営利活動法人ぼけつとステーション
<https://www.npo-homepage.go.jp/npoportal/detail/011020241> (2017年7月17日アクセス)



(出所：多可赤十字病院パンフレットより筆者一部改変)

図7：多可赤十字病院を取り巻く環境

5-3. 採算性の検討 収益（技術料）と費用（人件費）およびシミュレーション結果

収入は、在宅患者訪問栄養指導料 同一建物居住者以外 (30分以上) 530 点/回 (5,300 円) のみとして検討する。稼働日数は月 20 日、労働時間数 160 時間/月、最大指導件数 1 日 8 件とした。支出について、人件費、管理栄養士 1 名配置、平均年収約 400 万円²⁸、車両費 15,000 円/月、駐車場代 15,000 円/月を固定費とした。なお、ステーションを病院の地域包括センター内に設置するとし、減価償却費はカウントしないものとした。変動費は、ガソリン代 120 円/L、訪問範囲を施設から車で 40 分以内 (半径 20 km 以内)、指導 1 回の走行距離を 40km とし、旅費交通費 1 回 260 円と仮定した。これらの条件をシミュレーションし、CVP 分析を実施したところ、BEP (損益分岐点) は、管理栄養士 1 名体制であると、392,593 円、指導件数 75 件/月であった (図 8)。

²⁸ 日本栄養士会ホームページの引用データ 厚生労働省「平成 24 年度賃金構造基本統計調査」による。

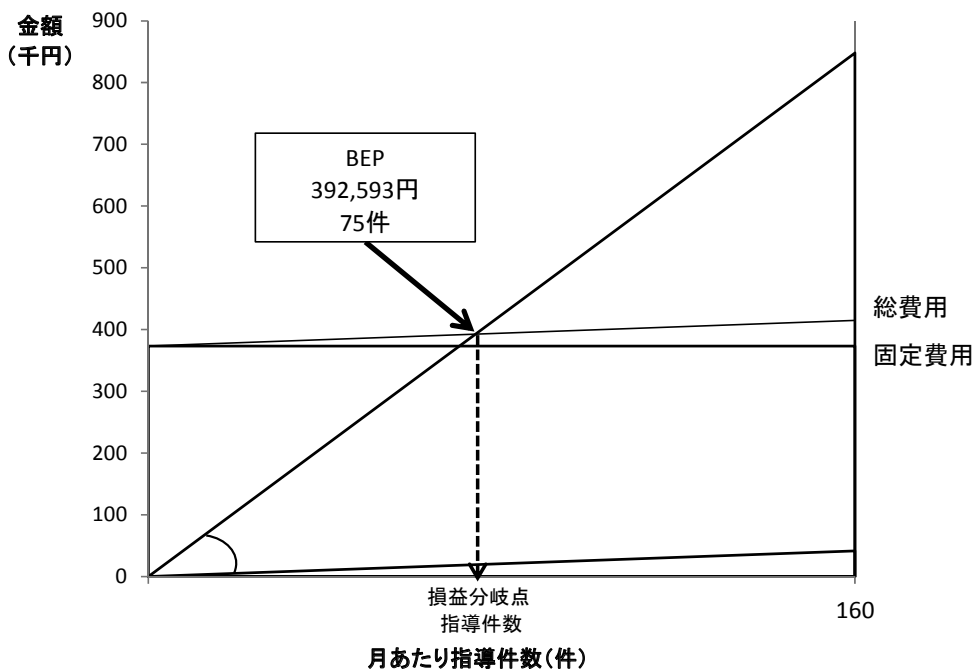


図8：CVP分析シミュレーション結果

5-4. シミュレーションからの考察

日本栄養士会（2017）の「平成28年度全国病院栄養部門実態調査」では、一般病院A²⁹では、1カ月の個人栄養食事指導平均件数は44.4±73.16件、管理栄養士一人あたりの1カ月の栄養食事指導件数は16.1±24.72件、在宅患者訪問栄養食事指導件数は0.07±1.592件、居宅療養管理指導は0.14±1.953件という報告がある。

シミュレーションでの、管理栄養士1名体制で、BEPの月74件（1日あたり3.7件）を指導実施することは可能であろう。しかし、全国において、現状の訪問栄養指導件数は非常に少ないという現状から、多可町における指導対象者数が不明であり、ステーションを設置するとなれば、栄養調査を実施し、どのような地域にどのような栄養状態の住民がいるのかを明らかにすることが課題として考えられた。

また、管理栄養士の配置数では、日本健康栄養システム学会（2016）によると、介護老人福祉施設においては、管理栄養士の配置数が1名よりも2名以上であると、低栄養状態の重症化レベルが逡減することや、管理栄養士2名以上の配置により栄養ケアマネジメントを行っている施設では、1名配置に比べて、医療施設への入院率が低

²⁹ 日本病院機能評価機構が定める機能種別を一部修正して定義され、施設分類されている。一般病院Aは、機能種別の定義「主として、日常生活圏等の比較的狭い範囲において地域医療を支える中小規模病院」とされる。

く、在宅復帰率が高いと報告されている。

これらのことから、栄養士の配置が手厚いと、栄養改善効果が高いといえるが、栄養事業単体では、黒字経営にはならない。薬剤師が行う在宅患者訪問薬剤管理指導料（同一建物居住者以外）は650点/回（6,500円）指導時間の制約は無く、月4回まで行うことができる。

一方、栄養指導においては、530点/回（5,300円）30分以上、月2回まで行えることから、栄養指導料の報酬単価が低いことがわかる。栄養指導料の価値を2倍にするとし、例えば、月4回まで指導回数可能となった際は、回転率が向上して、管理栄養士を増員し、ステーションに常駐することができ、ケアマネジャーと連携を取り合っ、きめ細かいプランを立てることも可能だろう。

また、和光市のNPO法人の事例では、健康相談において、歯科衛生士の参加がある。口腔機能と栄養に関しては最近「オーラルフレイル」³⁰と呼ばれる概念が提唱され、後期高齢者を中心として口腔と栄養の総合的な予防対策の必要性が重視されるようになってきている。

咀嚼機能の低下の原因には、義歯の不具合、舌運動の低下、食事の軟食化など複合的に関連し、食欲の低下が招来されて低栄養に陥る（厚生労働省2016）。

筆者の医療機関においても、患者の歯肉炎の疼痛や義歯の不適合によって、食事形態レベルを軟食へ引き下げることがあるが、歯科衛生士と管理栄養士が連携を密にとることで、口腔環境に応じて速やかに食形態のコーディネートをし、食事の不要な軟食化を防いでいる。

また、歯科衛生士は口腔機能の評価をし、適切な食形態を提案することが可能である。管理栄養士は、情報をマッチングさせて、食材の選択や介護量を軽減できる調理法や工夫を指導できる。退院時指導においては、配食弁当の食形態レベルを歯科衛生士と管理栄養士が相談することもある。このことから、栄養ケア・ステーション設置のシミュレーションをする上では、管理栄養士職のほか、歯科衛生士の参画で、口腔と栄養のサービスをセットで提供すること、多職種協働によって、低栄養の予防に効果が示される可能性が高くなるものと考えられる。

現行では、栄養ケア事業補助金がなくとも、高齢者の栄養ケア事業が円滑に継続できている都道府県栄養ケア・ステーションは存在しない（中澤2016）。しかし、和光市のNPO法人の事例では、栄養ケアには人を集める交流の「場」としての強みがある

³⁰ 加齢に伴う廃用萎縮として口腔関連の筋群にも筋力低下が出現し、咀嚼のための筋力低下、「噛めない」状態で、咀嚼機能の低下と食欲低下の相互的な悪化のことをいう（厚生労働省2016）。

ことがわかる。このことは、町の宣伝やパブリック・リレーションの効果が見込まれるのではないかと考えられた。

医療広告規定（医療法第6条の5等）³¹があるが、栄養事業を地域の資産とうまく掛け合わせるにより、まちのブランド効果や、ひいては連携不足の他施設の関心が集まることが期待できよう。

発信したい情報を「告知」するだけでなく、いかにパブリックを「エンゲージ（積極的に関与）」させるかが求められる（井之上 2006）。そのためには、地域資産とのつながりを活かしたPR活動として、例えば今回のベストプラクティス「水分管理」と「松か井の水」³²を掛け算し、高齢者が自ら水分管理をすることができる『多可町』＝「水のまち」にすることが提案できる。この他にも、色彩豊かな「杉原紙」、「播州織」と「食育ランチョンマット」で栄養・水分管理が自らできる多可町といったコンテンツは、パブリシティ素材になり得る。規範的統合としての地域文化の構築（筒井 2014）を推進にあたり「多いなる可能性のある町」であることを、アピールできるのではないだろうか。

本稿で提案した栄養ケア・ステーションの設置は、医療機関と外部環境を繋ぐゲートキーパーの役割を担うこともできる。そのためにも、今後、アウトカムを価値に基づくヘルスケアシステムへ転換（Akerman 2015）されることを期待している。

6. おわりに

本稿では、兵庫県多可町において実施されたセルフマネジメントの栄養領域に関して、課題と問題点を考察し、専門家の関与の必要性を検討すること、セルフマネジメントが中長期的に効果発揮できる方策を検討してきた。

ここでの問題は、明確な目標設定と行動計画を具象化すること、在宅で継続できるよう、かかりつけ医、管理栄養士との連携強化であった。

働ける場所の近くに人は集まり、住まいがある。人口減少によって、働く場所が無ければ医療、介護職をはじめとする専門職も減少するであろう。将来の環境は不確かであり、またヘルスリテラシーの向上には時間が必要である。将来を見据えて、専門職からケアマネジャーや住民へ健康教育、ヘルスケア技術・情報を対象者へ移転する

³¹ 不当な広告に誘引されると国民の被害が大きいこと、受け手の国民にとって、医療の文言判断は非常に困難であるという利用者保護の観点により、規制されている（石田 2010）。

³² 環境庁が『平成の名水百選』に選定した湧水である。都市部から喫茶店や居酒屋のオーナーからも訪れ、コーヒーや焼酎・ウィスキーの水割り用の水などとして利用されている。

<https://water-pub.env.go.jp/water-pub/mizu-site/newmeisui/data/index.asp?info=66> (2017年7月23日アクセス)

こと、対象者（脳卒中サバイバー）の語りから知を得るナレッジマネジメントの「場」を目的として、病院内に栄養ケア・ステーションの設置の検討をした。

この結果、管理栄養士とケアマネジャーなど多職種のコラボレーションによって、栄養を組み入れたきめ細かいプランの立案ができること、住民による、まちづくり活動の価値を広報する方法のひとつとなることが示唆された。

しかしながら、三つの課題がある。一つは、健康意識の高い人がセルフマネジメント事業に参加していることであり、セレクション・バイアスがある。健康意識の低い住民や、低栄養状態である人々を自助に向けて、いかにセルフマネジメントに関心を持ってもらう方策を検討することが必要とされる。二つめは、伴走者の支援に対するモチベーション維持への配慮である。セルフケア支援を継続するためのツールとして、IoT の活用で省人化やインフラの問題に対する遠隔地へのサポートモデルを構築し、伴走者の負担軽減をすべきだろう。最後に、現在は住民主体のセルフケアは、まだ始まったばかりである。長期目標として、専門家の支援を得ずに、自立できることに対して取り組む必要がある。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の筒井孝子教授より主題設定およびフィールドワーク調査等で、数多くのご指導をいただいた。また、同研究科の小山秀夫教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授には熱心かつ丁寧なご指導を賜った。また、多可町、多可赤十字病院の皆様には調査においてご協力をいただいた。この場を借りて心よりお礼申し上げる次第である。

さらに、医療マネジメントコース6期生、介護マネジメントコース2期生の先輩方、ならびに同級生（同7期生、同3期生、地域イノベーションコース7期生）、管理栄養士の諸先輩からの多くの励まし、ご支援のおかげで、本稿をまとめることができた。

改めて、皆様に深く感謝し御礼申し上げたい。

参考文献（引用文献を含む）

【欧米文献】

- [1] Aida, J. et al. (2011) Does social capital affect the incidence of functional disability in older Japanese? A prospective population-based cohort study, *JOURNAL OF EPIEMIOLOGY AND COMMUNITY HEALTH*, 67(1) : 42-47.
- [2] Akerman, C.R. and Stowell, C. (2015) Measuring outcomes: The key to

- value-based health care, *Harvard Business Review Webinar Summary* :50-55.
- [3] Hope, S. et al. (2017) A systematic review of economic evaluations of population-based sodium reduction interventions, *PLoS One*, 12(3) :e017300.
- [4] Koch, T. , Jenkin, P. and Kralik, D. (2004) Chronic illness self-management: locating the self, *J Adv. Nurs*, 48: 489-92.
- [5] Lorig, K. R. and Holman, H. (2003) Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms, *Annals of Behavioral Medicine*, 26 (1) : 1-7.
- [6] Nonaka, I. and Takeuchi, H. (1995) *The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*, Oxford: Oxford University Press. (梅本勝博訳 (1996) 『知識創造企業』 東洋経済新報社)。
- [7] Ramnero, J. and Torneke, N. (2008) *The ABCs of Human Behavior: Behavioral Principles for the Practicing Clinician*, Oakland : New Harbinger Pubns Inc. (武藤崇、米山直樹監訳 (2009) 『臨床行動分析のABC』 日本評論社)。

【和文献】

- [1] 石田章一編 (2010) 『医療経営士中級専門講座テキスト2 広報・広告/ブランディング-集患力をアップさせるために』 日本医療企画。
- [2] 一般社団法人日本健康・栄養システム学会 (2014) 「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究報告書」平成26年度老人保健事業推進等補助金 (老人保健健康増進等事業)。
- [3] 井之上喬 (2015) 『パブリックリレーションズ第2版 戦略広報を実現するリレーションシップマネジメント』 日本評論社。
- [4] 榎本真理 (2016) 「明日から役立つ糖尿病性腎症の栄養指導 成功と失敗から学ぶ」第15回病態栄養セミナー資料。
- [5] 大冢賀政昭、筒井孝子 (2016) 「日本における医療介護連携の課題と展望-integrated careの理論をもとに-」『保険医療科学』65 (2)、127-135。
- [6] 大谷尚 (2011) 「質的研究シリーズ SCAT : Steps for Coding and Theorization-明示的手続きで着手しやすく小規模データに適用可能な質的データ分析手法」『感性工学』10 (3) 155-160。
- [7] 香取照幸 (2017) 『教養としての社会保障』 東洋経済新報社。

- [8] 株式会社日本能率協会総合研究所 (2016) 「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業モデル事業実施要綱」平成 28 年度老人保健事業推進等補助金 (老人保健健康増進等事業)。
- [9] 株式会社日本能率協会総合研究所 (2017) 「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業報告書」平成 28 年度老人保健事業推進等補助金 (老人保健健康増進等事業)。
- [10] 公益社団法人日本栄養士会 (2017) 「平成 28 年度全国病院栄養部門実態調査報告書」平成 28 年度政策課題。
- [11] 厚生労働省 (2016) 「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究 平成 27 年度総括・分担研究報告書」。
- [12] 厚生労働省 (2017) 「平成 28 年国民生活基礎調査の概況」。
- [13] 小山秀夫、杉山みち子編 (1998) 『これからの高齢者の栄養管理サービス-栄養ケアとマネジメント-』第一出版。
- [14] 小山秀夫 (2016) 兵庫県立大学医療・介護制度論講義資料 (2016 年 10 月) 頁 42。
- [15] 在宅チーム医療栄養管理研究会編 (2015) 『訪問栄養指導って何をするの？在宅訪問栄養ハンドブック』ライフメディコム。
- [16] 阪口昌弘 (2016) 「地域住民の地域住民による地域住民のための地域包括ケアシステム構築への現状と課題-多可赤十字病院における「はつらつ健康生活づくり事業」の効果-」『商大ビジネスレビュー』6 (3)、75-104。
- [17] 多可赤十字病院 (2017) 「多可赤十字病院地域医療支援センターのご案内」。
- [18] 田中和美、湯野真理子 (2016) 「高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進～大和市における取り組み～」『日本栄養士会雑誌』59 (10)、10-12。
- [19] 田中弥生 (2014) 「地域包括ケアシステムにおける栄養管理の重要性」『静脈経腸栄養』29 (5)、3-9。
- [20] 筒井孝子、東野定律、大冨賀政昭 (2010) 「全国の地域包括支援センターの職員における資格別配置状況および連携活動能力に関する研究」『介護経営』5 (1)、2-13。
- [21] 筒井孝子 (2014) 『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』中央法規。
- [22] 筒井孝子、東野定律 (2015) 「日本の地域包括ケアシステムにおける「セルフマ

- ネジメント支援」の確立』『経営と情報』27 (2)、27-35。
- [23] 筒井孝子 (2017a) 「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの基本的考え方」『入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業報告書平成 28 年度老人保健事業推進等補助金 (老人保健健康増進等事業)』140-146。
- [24] 筒井孝子 (2017b) 「地域包括ケアシステムの基本的な考え方と自治体への提案」多可町地域包括ケアネットワーク研修会資料。
- [25] 鳥邊晋司、藤江哲也 (2017) 『財務分析 (医療・介護) 講義ノート』兵庫県立大学大学院経営研究科。
- [26] 中澤優 (2016) 「大学の栄養ケア・ステーションと中規模都市 (稲城市) の連携による在宅医療・介護事業に係る課題とその解決策の提案」『駒沢女子大学研究紀要』23、175-184。
- [27] 林直子 (2012) 「食塩摂取量簡易測定器を利用した高血圧予防のための個別支援の試み」第 60 回日本農村医学会学術総会抄録。
- [28] 二木立 (2006) 「新予防給付の行方-長期的な健康増進効果と費用抑制は未証明」『社会福祉研究』(95)、20-28。
- [29] 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会 (2014) 『高血圧治療ガイドライン 2014』ライフ・サイエンス出版。
- [30] 日本静脈経腸栄養学会 (2013) 『静脈経腸栄養ガイドライン 第 3 版: 静脈・経腸栄養を適正に実施するためのガイドライン』照林社。
- [31] 早野貴文編 (2013) 『管理栄養士・栄養士のための困りごと相談ハンドブック』新日本法規出版。
- [32] 松繁卓哉 (2012) 「地域包括ケアシステムにおける自助・互助の課題」『保健医療科学』61 (2)、113-118。
- [33] 宮下公美子 (2015) 『埼玉・和光市の高齢者が介護保険を‘卒業’できる理由-こうすれば実現する!理想の地域包括ケア』メディカ出版。
- [34] 山内弘継、橋本宰監 (2006) 『心理学概論』ナカニシヤ出版。

引用ホームページ

- [1] Food&Brand Lab CORNELL UNIVERSITY
<http://foodpsychology.cornell.edu/discoveries/three-secrets-healthier->

- eating (2017年7月17日アクセス)
- [2] 環境庁 水環境総合情報サイト 平成の名水百選
<https://water-pub.env.go.jp/water-pub/mizu-site/newmeisui/data/index.asp?info=66> (2017年7月23日アクセス)
 - [3] 公益社団法人日本栄養士会 管理栄養士・栄養士として働く方のための就職ガイド <https://www.dietitian.or.jp/job-guide/> (2017年7月17日アクセス)
 - [4] 公益社団法人日本栄養士会 年間延べ4,000人が訪れる注目の栄養ケア・ステーション、その人気と成功の秘訣とは？
<https://www.dietitian.or.jp/features/carestation/20160401-3.html> (2017年7月17日アクセス)
 - [5] 厚生労働省 健康日本21
<http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/about/index.html> (2017年7月17日アクセス)
 - [6] 厚生労働省 ソーシャルキャピタル関連資料
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000092042.html> (2017年7月27日アクセス)
 - [7] 厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム
https://mieruka.mhlw.go.jp/mieruka/webapp/S020100_init.action (2017年7月17日アクセス)
 - [8] 厚生労働省 特定保健指導の実践指導実施者育成プログラム
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/info03k-05.pdf> (2017年8月11日アクセス)
 - [9] 多可赤十字病院 <http://www.taka.jrc.or.jp/t3cn/index.html> (2017年7月17日アクセス)
 - [10] 中村町ふれあい広場 【じ〜ば】サポーター養成講座 (2017年7月17日アクセス) <http://nakamuramachi.com/information/2535/>
 - [11] 内閣府 NPO ホームページ NPO 法人ポータルサイト 特定非営利活動法人ぼけっとステーション
<https://www.npo-homepage.go.jp/npoportal/detail/011020241> (2017年7月17日アクセス)
 - [12] 兵庫県多可町ホームページ <http://www.takacho.jp/> (2017年7月17日アクセス)