

## 特別講演会 これからの管理栄養士に期待するもの

【時・場所】2008年5月22日(木) 松本大学

【講師】神奈川県立保健福祉大学教授・日本栄養士会会長 中村 丁次 氏

司会／おはようございます。

これから、今日の「これからの管理栄養士に期待するもの」というテーマで、中村丁次先生にご講演をいただきます。中村先生は、9月の国際栄養士会の組織委員長という立場で、大変ご多忙の中、わざわざ松本まで入らしていただきました。

では、早速、よろしいですか。座長、お願いします。

発地／どうもみなさん、おはようございます。

実は今、ご紹介を得ました、中村先生の講演会の座長を私が引き受けますが、人間健康学部の学部長の発地でございます。中村先生は、今日お忙しい先生でいらっしゃる。その合間を縫っておいでいただきました。本当なら、もう少し大きなところでお話を伺いたいと思いましたが、こういう所になりました。遠くからおいでになられた方もいらっしゃると思います。ご苦労様でした。

簡単に先生のご略歴をご紹介させていただきます。先生は、1972年に徳島大学の医学部の栄養学科をご卒業になられまして、この道に進まれたわけです。その後、聖マリアンナ医科大学の病院の栄養部を足がかりに、お勤めになりました。そして、東京大学の医学部で、医学博士の称号を授与されております。その後、聖マリアンナ大学の病院の栄養部の部長、1999年に聖マリアンナ大学の栄養部長、2003年神奈川県立保健福祉大学の教授に就任されました。同時に保健福祉学部の学部長にも就任されました。

現在は、先ほどもちょっとご紹介がありましたように、日本の栄養士会会長、臨床栄養学会の理事、日本栄養改善学会理事などの要職についておられまして、大学の先生だけでなく、この栄養士のお仕事で、いろんな所を飛び回っていただいております。

その中で、先生がお得意とされている領域は、医療の中の栄養の関係、これはすなわちまた、病気との関係ということで、この方面での日本の第一人者でいらっしゃいます。学生諸君もいろんな教科書の前に、中村先生の監修というものが、次から次と出てきているのではないかと思います。そのようにご活躍されております。今年9月に、横浜で開催される国際栄養士会議の組織委員長になっており、この方面でも大変お忙しく、活動していらっしゃいます。

そんな先生ですが、今日は、貴重な時間をさいいただき、「これからの管理栄養士に期待するもの」ということで、管理栄養士もだんだん、NSTのこととか、次々と新しいことへ展開されていますので、先生が関係されていることの将来像も含めて、お話しをいただけるものと思います。

では先生、よろしく申し上げます。

中村／みなさん、おはようございます。

今日は、皆さんの前で話しができることを、とてもうれしく思っています。

一昨日、私の勤務する大学でちょっとしたイベントがありました。この大学は、4つ学科があります。管理栄養士を養成する栄養学科と、福祉学科、リハビリ学科、看護学科です。私は、30年間医療の現場にいて、とても悔しい思いをしていました。我が国は、数十年前からチーム医療ということ掲げています。医療は、いろんな職種で連携してやりましょうということです。しかし残念ながら、現実的に、我が国の医療はチームになっていません。それぞれが競い合っているのです。



なぜこんなことが起こるのだろうかと思っていました。それは専門家教育にあるのではないかと、あるときから考えるようになりました。我が国の教育養成は、医師の養成、看護師の養成、管理栄養士の養成、PT・OTの養成。それぞれが専門分化した領域の中で競い合って、もっと、端的に言うと、医師が良くなれば日本の医療は良くなる。看護師が良くなれば、日本の医療は良くなる。いや、薬剤師が良くなれば日本の医療は良くなる、とそれぞれがそれぞれの領域で、自分たちの専門性を主張するわけです。そういう教育の中で卒業して、いざ医療現場に入り、チームで医療をしろと言っても、自分たちの専門性を追求することだけを教育されているので、どうしてチームでやらなければならないのかという話になり、なかなかチーム医療はうまく進まないのです。

私どもの大学は、学生のうちからチームで教育していこうというコンセプトで、一昨日イベントをしたわけです。どんなイベントをしたかということ、入学して、専門性がまだ何もない、真っ白の状態です。4学科ばらばらにして、6人か7人くらいのチームを作ってもらいます。そして、この6人の中で、一人が自分の夢を語ってもらい、自分は将来何をしたいのか。この一人の夢の実現のために、残りの5人がどうサポートするのかということ、3時間議論して、それぞれ発表してもらいました。いろんな夢が語られました。「優秀な看護師になりたい。」「世界一のOTになりたい。」「海外を股に掛けて働きたい。」中には、「イケメンの彼氏をゲットして、幸せな家庭を築きたい。」というのがあります。そしたらその夢に向かって他の5人が、「イケメンの彼氏をゲットするには、先ずいい女にならなければいけない。」それにはダイエットしなければいけない。それは栄養学科の栄養士に聞かなければいけない。では、社会性、マナーを学ばなければいけない。それは福祉から学ばなければいけない。やせるためには運動が必要なのではないか。そうしたら、PTだ。これに運動療法を教えてもらおうと、いい男性をゲットするための、チャートができあがるわけです。

これは、別にまだ専門地域があるわけではございません。なぜ、一人の人間の夢を、周りで叶えてあげようか。人間には、弱者がいたり、困った人がいたり、夢を持っていたりする人がいたら、それをみんなで支えてあげたり、かなえてあげようという気持ちを持っています。今日は、1年生、2年生だと聞いています。「将来、管理栄養士として、人々に尽くしたい。」という夢があると思います。これはおそらく、人間としての、とても素朴な夢です。これが、4年卒業するくらいになり、国家試験を通ると、一人の人間として他人をサポートしようという気持ちが、管理栄養士として人を助けようという気持ちに変わってくるわけです。そうすると、入学した当時思った、一人の人間として弱者を救うという気持ちは、どうしても忘れてしまうのです。そして、自分たちの専門的知識や技術だけで、助けられると思ってしまいます。

さて、管理栄養士は何をする専門家なのでしょう。栄養士さんはおいしい治療食を作るプロだという話もあります。しかし僕は、管理栄養士にとって、一番のやるべきことというのは、栄養の知識や技術を生かして、患者さんの命を救うことだろうと思います。栄養を手段にして、患者さんの病気を治療し、命が救えるというのは、とても意義があることです。

私は会長になって、一つだけやりたいことがありました。それは管理栄養士を厨房や事務所ではなく、ベッドサイドに置きたかったのです。ベッドサイドに置いて、日々、悩み苦しんでいる患者さんを、栄養の力により救う。そういう専門家を作りたいというのが、私の夢でした。

私が会長になってちょうど4年経ちます。4年間、いろいろなことをやらせてもらいました。一番やりたかったことは、患者さんのそばに、管理栄養士を置くことだったのです。

私はこのことを決心するのに、ある事件がありました。これは中心静脈栄養というのを、皆さんはまだ習っていないと思いますが、鎖骨下静脈にカテーテルを用いて、栄養素を入れます。昔は、

食事が食べられなくなったら、栄養素が入らなくなるから、食べられないということは死を意味したのです。しかし、食べられなくなったり、消化・吸収力がなくなった患者さんにも、直接栄養剤を入れることができるようになりました。

今、全く食べ物を口にしなくても、生きている人たちが、何万人もいます。これが我が国で普及し始めてしばらくしてから、とても大きな事件が起こりました。それは、その栄養剤の中に、ビタミンB<sub>1</sub>を入れなかったのです。これは当時新聞では、日本の医師が栄養学を勉強していないから、B<sub>1</sub>を入れ忘れて、数十人の死者を出しました。

皆さん、これから栄養学を学びますが、高濃度のブドウ糖を入れて、このブドウ糖が解糖を受けて、TCAサイクルになって、アデノシン三リン酸 ATP というのができて、これがエネルギー源になります。このグルコースが解糖されてエネルギーになるときに、ビタミンB<sub>1</sub>は、補酵素として必要なのです。このビタミンB<sub>1</sub>が欠乏すれば、歴史的に我が国が悩んだ「脚気」になります。脚気のために、たくさんの死者を出しました。

かつての日露戦争の時の死者は、半分が脚気による死者だと言われていましたが、原因がわかりませんでした。日本人は白米を食べて、高糖種の食品を食べたために、B<sub>1</sub>が欠乏しました。中心静脈栄養が始まったときに、医療の現場で脚気を作ってしまったわけです。グルコースが解糖するときに、ビタミンB<sub>1</sub>が必要というのは、栄養学の「え」の字です。栄養学の教科書に書いてある、もっとも基本的なことです。この基本的な、栄養学の知識を持っている人が、我が国の病棟にはいなかったということです。僕はこのときに何を考えたかということ、このときに、栄養の知識を得ていた管理栄養士が病棟にいて、バッグの表示を見て、たった一言、「先生、このバッグの中にB<sub>1</sub>がありませんよ」といったら、この患者さんは救えたのです。

私がとっても奇妙なことは、我が国は栄養療法とか、食事療法が実施されながら、病棟に栄養の専門家がいない。この現実をなんとかして、数年間で打開しようと思っていました。実は、本日もっともお話したいことは、そのことです。

栄養士さんと管理栄養士さんとどこが違うと思いますか。日本栄養士会も役割分担をどうしようかと悩みました。ちょっとイメージしてもらいたいのですが、栄養学というのは、どのような学問だと思いますか。食べ物と人間の生命や健康との関係を科学的に解明したのが栄養学だと思っています。

栄養学はいつ頃からできた学問だと思いますか。中世のヨーロッパにラヴァジエという人が、栄養学の父だと言われています。この方は、酸素の存在を発見した化学者です。人間の生命活動は、酸素により炭素が燃焼して、エネルギーを得て行かれているのだと言って、近代栄養学のエネルギー代謝の原点を作った人です。これが近代栄養学のはしりだと言われています。

そのエネルギーの元には、何があるかということで、糖質や脂質やタンパク質という、三大栄養素が発見され、その三大栄養素以外にも、もっといろんな栄養素があるということがわかり、ビタミン、ミネラルが発見された。まだ100年ちょっとぐらいの歴史しかない。新しい学問です。

そのような栄養素を元に、食べ物と健康との関係を解釈しようとするのが、栄養学です。従来、栄養士の仕事は、食べ物を中心として、いい食材を選び、おいしい料理を作り、この食べ物を人々に与え、その食べた物が生体内でどうなっていくのかを、考え、指導するのが栄養士の仕事でした。だから、調理学とか、食品学はとても大きなウェイトを占めていました。

管理栄養士は人間側に立ちます。つまり人間を先ず見て、この人の栄養状態、健康状態を見て、この人にふさわしい栄養や食事のことが考えられる専門家が、管理栄養士です。だから、管理栄養士の仕事場は人間の側です。

管理栄養士の教育の基本は、人間栄養学にしました。従来の栄養士は、食物栄養学です。従来の栄養士の養成コースは、家政学部食物栄養学科でした。栄養士は食べ物から、栄養を考える専門家です。管理栄養士は、人間から栄養を考えましょうということです。どちらが上だということではな

く、役割を分担しましょうということです。

なぜそういう専門家を作らなければならなかったかということ、今から説明します。

戦後の日本の栄養問題は、戦争による低栄養をどのようにして解決すべきなのかということでした。まずアメリカから食料を輸入し、その輸入した食料を分配し、栄養状態を良くしました。1960年頃までに、この戦後の栄養問題は解決しました。それから約20～30年、栄養学は低迷、混沌とした状態になりました。なぜかと言いますと、戦後の栄養失調問題を解決しましたので、栄養学は必要ないのではないか。栄養士はいらないのではないかという認識が広まり、不要論が出ました。どうすれば栄養士が生きる道があるのかという議論が長く続きました。1980年頃から、肥満の問題が出てきました。そして1990年になって、生活習慣病という概念が広がり始めました。

これは現代人の生活を写真で示した物です。脂っこいものの食事、休みも活動しないで、家庭でゲームをやっている。これは犬の散歩です。おそらくこのドライバーは、どこに行っていたの、「散歩に行っていた」と、いかにも運動をしているみたいですが、運動をして健康になるのは犬ばかりで、この人は何も健康にはならない。これは現代人の運動錯覚と言います。洗濯をする、掃除をする、洗濯をするのは洗濯機、掃除をするのは掃除機です。それをやっている担当者は、自分は運動をしてすごく疲れたというイメージを持っています。多くの場合は、テレビを見ています。こういうのを現代人の生活習慣病の原点になっています。こういう問題が、公衆衛生学的には起こってきたわけです。肥満、生活習慣病ということが、起こってきたわけです。

もう一方、管理栄養士さんが中心的に働く医療とか福祉の問題は、どういう問題が起こったかということです。医療においては、どうやって食事療法が実行されるかということ、まず第一に医師が病気の診断をします。例えば、糖尿病、腎臓病と診断し、栄養量を決め食事箋を発行するわけです。例えば糖尿病の場合は、カロリーを制限します。腎臓病ならばタンパクを制限する食事箋を切ります。この食事箋を元に、この栄養量を満たす献立を栄養士が作り、料理を作って、おいしい食事を患者さんに与えて、病気を治療しようとしています。糖尿病は血糖のコントロールをし、合併症を防ぐようにします。腎臓病の患者さんには、腎臓病の病態を改善して、将来透析の時期を遅らせるような処置をとります。

このようなシステムで長い間、病院でやって来ましたが、一見、完璧のように見えます。

ところが、大きな事件が起こりました。管理栄養士、栄養士が管理している病院食を食べている患者さんから、栄養失調症が発症したわけです。しかもそれが1、2例ではありません。病院に入院している半数近くがやせこけて、何らかの栄養欠乏症を起こしたのです。Hospital malnutrition といいます。病気になってくると、やせてくる。残念ながら我が国は、まだこのHospital malnutrition が社会的問題になっていません。まだ、「ガンになったらやせるのよ」「病気になったらやせるの」「食欲がなくなったらやせる」「入院したらやせる」というのは、当たり前のように言われています。これは、新しいタイプの栄養失調ではないかと考え始めたわけでありませぬ。

ところで、栄養失調にはいくつかのタイプがあります。典型的な栄養失調は、全体的なカロリーが不足している栄養失調で、marasmus といいます。特徴は、手足が細くて、肋骨が見えるということです。見たらすぐに栄養失調とわかります。

しかし見た感じでは、栄養失調とは見えないケースがあります。手足も太く、肋骨も見えていないし、おなかも出ている。これは kwashiorkor という栄養失調で、タンパク質だけが、特異的に欠乏しています。従ってこれは低タンパク血症を起こして、やせていないのは、むくみや腹水がたまっているわけです。

20世紀臨床栄養学の最大の発見は、この kwashiorkor と marasmus を分けたことではないかとされています。こういうエネルギーが不足したり、タンパク質が不足したりしている人たちが、入院患者さんに多発している。しかも、入院している患者さんは、栄養士が作った食事食べてい

るわけです。栄養の専門家が管理している食事から栄養失調が出現したというのが、深刻な問題です。

1970年以降、欧米ではこの Hospital malnutrition がとても大きな問題になりました。先ほど先生のほうから、NST という話がありました。NST を作った最初のきっかけはこの Hospital malnutrition をなくそうというのが目的でした。食べられなくなった患者さんに、どうやったらカテーテルを使って、消化管内や静脈に栄養素を入れるか。その適用患者さんは、どういう患者さんなのか。その適用量はどうか。それをみんなでチームを作ってやっていこう、というのが NST の出発点です。

問題点を整理します。献立の栄養管理とその指導は厳格に行った。しかし、大事なそれはそれを食べた人間の栄養状態や健康状態の変化を見なかったということです。栄養士は厨房と事務所にずっとこもっていた。この患者さんはこういうものを食べたら、おいしく食べてくれるだろうなという想像のもとに献立を作って、出しっぱなしにしていた。では、食事の評価を、医師や看護師がやったかという、医師や看護師には栄養に関する興味がないので、しなかったのです。つまり栄養アセスメントを我が国では誰もやらなかったのです。

そこで、どういう解決法を考えたかという、各種の栄養補給法、つまり食事だけでなくいろんな補給法を体系化し、総合的な栄養管理を行う手段としてマネジド・ケアを導入したのです。

つまり医師が一方的に指示栄養量を決めて、我々が献立を作るのではなく、患者さんが入院したら、患者さんの栄養状態を評価判定しましょう。そのためには、先ずスクリーニングします。入ったら24時間以内に、簡単なアンケートで3段階に分けます。ほっておいても大丈夫なグリーンの人たち。ちょっと危ないイエロー。とても栄養状態のハイリスクのあるレッド。この3段階に分けて、赤い人や黄色い人には、管理栄養士がもっと詳細にアセスメントをします。総合的な栄養管理システムを作りましょうというのが、近年の考え方です。そのマネジド・ケアができる人、つまり栄養アセスメントができる、ケア計画ができる、実施した内容をチェックし、モニタリングができるという、マネジド・サイクルが動かせる栄養の専門家を管理栄養士にしましょうということで、2000年の栄養士改正を行いました。

かつて、管理栄養士はどういう定義がされていたかわかりますか。栄養指導をする人というのが、栄養士の定義です。管理栄養士というのは、「栄養士にできない、複雑困難な栄養指導をする人」と書いてありました。「複雑困難な仕事」とは何ですか。能力がない人は、どんな仕事をしてても複雑困難になるのではないのでしょうか。能力のある人がやったら、どんな仕事でも簡単にできます。管理栄養士の養成カリキュラムを改正し、教科書を全面的に書き直して、今、全国にいろんな大学が出てきたわけです。

新しいタイプの管理栄養士を作ると、その人たちが働ける場所を作らなければならない。働く場所を作るためには、いろんな制度を改正しなければならないということで、平成15年から、ここ5年の間に、超スピードであらゆる法律を改正しました。先ず第一に手がけたのが、健康増進法です。二番目にしたのが、平成17年に介護保険改正に、栄養ケアマネジメントという概念を導入し、これに保険料をつけました。翌年4月には、診療報酬に入院栄養管理実施加算という、管理栄養士のまさに病棟での業務に保険点数を付けました。これは給食に一切関わっていません。そしてこの4月から、特定検診・保健指導を管理栄養士が行うことになりました。これはマネジメント・ケアによる栄養指導の方法論が導入されています。そして診療報酬には、後期高齢者に退院時の栄養指導管理加算というのがつきました。

一番最初に行われた健康増進法の中で、新しい栄養管理の概念が明確に記されています。まず、集



団給食。病院給食もある意味集団給食の位置づけでした。患者さんを集団に束ねて、そしてその性、年齢の平均値を出して、同じような食事を出す。そこで「集団」という名前をやめて、「特定給食施設」という名前に変えました。特に注目してほしいのですが、「医療的管理を必要とする病院又は介護老人施設においては、継続的に一回300食以上の食事を供給する施設に、管理栄養士を置かなければならない」として、管理栄養士の配置義務を課したわけです。つまり、この管理栄養士が業務をしていくとき、栄養管理基準が法的に位置づけられて、管理栄養士の配置義務や栄養管理基準に反した場合、罰則（50万円以下の罰金）という罰則基準まで作られました。栄養士の配置や、栄養管理に罰則規定まで作った国は、おそらくないだろうと思います。

栄養管理実施加算では、120円が全入院患者さんにつきます。これには条件があり、①常勤の管理栄養士を1名以上置きなさい。②入院患者さんごとに栄養状態の評価をしてください。そして③医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同してやってくださいということです。しかし、栄養管理は、誰がリーダーにならなければいけないのか。誰が主体的にならなければ行けないのかと言うと、これは、皆さんです。これだけは自信を持って下さい。医療従事者の中で、最も栄養のことを学んでいるのは、管理栄養士です。

患者さんが入院すると、まずスクリーニングをします。そしてリスクを三つの段階に分けます。低いレベルの人、ほっといても栄養レベルの良い人。60～90%の人はこういう状態の人です。これは従来と同じように病院の食事を食べていただければよいのです。やや高い人は、主治医と管理栄養士が主体的に栄養アセスメントなどを行いながら、個人対応せざるを得なくなります。最もリスクが高い人には、NSTのような専門チームが関わってきて、栄養管理をやっていきましょうということになり、だいたい2～3%になります。

こういう総合的な医療管理システムを、各病院で作っていくことになり、管理栄養士がその中心的役割を担わなければ行けません。

この栄養管理実施加算が導入されました。その後、各病院でどういう変化が起こったか調べました。8500病院、全国病院栄養士協議会で、調査してもらいました。実施加算が行われる前は、1週間に管理栄養士が病棟に行く回数は、1日から2日が半分ぐらいでした。実施後どうなったかというところ、これが3日～4日、5日～6日。つまり、3日～6日間、7割ぐらいの人が病棟に行っているのです。一番最初、言いましたように、ベッドサイドで管理栄養士が仕事ができるようにしたいと考え、制度改正をしたわけです。

60%の病院が、病棟に行く日数が増加したと答えてくれました。いろんな変化が起こってきました。その変化はどういう変化かと言うと、近年いろいろな変化が起こっています。例えばNSTでチーム医療を始めると、中心静脈栄養が減り始めます。代わりに経腸栄養が増えていくのです。現在、体内に栄養素を送る方法は、三つあります。口から食べて食事で補給する方法。カテーテルで消化管に穴を開けて、この中に栄養剤を挿入する方法。つまり、PEGという方法で、胃瘻を作ってやる方法です。もう一つは、消化管も使わず、血管に入れる方法です。

病気になったとき、どうしても食べられなく、厳しい低栄養の患者さんはいます。そういう場合は、強制的に栄養補給をしなければならない。しかし、ずっと強制的な栄養補給をするわけにはいかず、より生理的な補給法に変化させていかなければならない。これを誰がリーダーシップをとって変えていくのかということです。つまり静脈栄養の患者さんがいたら、「先生、消化管を使った方が良いのではないですか。」胃に穴を開けていた患者さんがいたら、「先生、この患者さんは口から食べられそうですよ。胃のカテーテル外しましょうよ。」もしそれが成功したら、患者さんは涙を流して喜びます。明日から食事が食べられるようになるからです。

チーム医療をやってくると、中心静脈栄養が減ってきて、消化管を使う患者さんが増えてきます。このようになれば、医療コストはものすごい差が出ます。中心静脈栄養は非常に高い医療費になりますが、より生理的な方法をとれば、医療費の抑制にもなります。

このように全体的な栄養士と管理栄養士の役割分担に関しては、全体的なフレームワークはできあがりしました。しかし、今から解決しなければならない問題が、いくつかあります。考えてみると、10項目くらいあります。今日、それを全部話そうすると大変なことになるので、2つくらい話をしようと思います。

2006年アメリカ栄養士会から突然メールが入りました。お話ししましたように、ケアマネジメントをもとに、ベッドサイドで栄養管理をしなければならないのは、世界中の認識として定着したわけです。実はこの方法が、国際的標準化されていないということです。栄養の世界は、栄養の言語も栄養アセスメントをやると言っても、診断基準がバラバラなわけです。

例えばある患者さんがいます。この患者さんの栄養問題を言いなさいといえば、おそらくこの10人の管理栄養士はそれぞれ別の意見を述べると思います。「この患者さんは太っていることが問題」「カロリー過剰」「食物繊維が不足」「油の摂取が多い」「食べ方の問題」では、この患者さんの最も重要な栄養問題は何ですか。質問すると、おそらくこの10人の管理栄養士の議論はまとまらないと思います。しかし、医師が例えば糖尿病らしい患者さんがいれば、10人のうち、一人くらいは変わった意見を言う医師がいるかもしれないが、おそらく医師の診断は同じように糖尿病と、診断します。その理由は、診断基準をもっているからです。

アメリカ栄養士会が提案したのは、管理プロセスを先ず標準化しようというのです。2006年に、先進的な国、アメリカ、カナダ、オーストラリア、フランス、イングランド、日本に声がかかり、シカゴで1週間議論していました。この国際的な標準化に、日本はどのように対応していくか。特に問題で議論が集中したのは、新しい栄養診断の概念です。Nutrition Diagnosis(ND)と言います。この概念を我が国は導入するか否かが、これから課題になると思います。

栄養診断は栄養アセスメントと栄養介入の間の段階で、対象者の栄養状態を診断する。栄養診断の目標は、栄養介入により解決するか改善すべき特異的な問題を明確化することです。診断というと、医療診断と混乱します。これは Medical Diagnosis とに分けてあります。これは医師がします。栄養診断は、病気を診断しようというのではなく、栄養領域に限定された状態や現象を診断するのです。

例えば嚥下障害というのがあります。ある病気で嚥下障害を起こしている、というのは医師の診断です。しかし、嚥下障害を起こしているから、栄養がどのくらい受け入れられるレベルに達しているのか。つまり、嚥下障害を起こして、この患者さんはエネルギーが不足している状態なのか、タンパクが不足している状態なのか。エネルギーが不足しているのなら、どのくらいのレベルのエネルギー不足なのかということ、明確に診断するのが、Nutrition Diagnosis です。ADA は60に及ぶ診断基準を作っています。

栄養診断は3つの内容に焦点を合わせて、記述法も世界共通に表現することを提唱しています。ワンフレーズはどういうことかということ、「Eの要因により、Sの症状が出現しているので、Pのような栄養状態と診断できる」このワンフレーズに、世界中に統一しましょうということです。そうすればドクターが診ても、ナースが見ても、他職種においても、理解されるわけです。

EやSやPは、どういう基準でやるのかということです。例えば肝機能が異常であり、体脂肪が男性25%以上、女性で32%以上だったとします。すると最終的な表記は「この患者さんは食欲亢進剤の使用により、」これが原因です。「摂取量が消費エネルギーよりも多く、体重増加が見られるので、エネルギー過剰状態にある。」と診断したのです。原因と症状、徴候を表現するのです。こういう診断基準を作っていれば、同じ対象者ならば管理栄養士が何人いようと、同じ診断をすることになります。

3ヶ月前、アジアの臨床学会の専門家が集まって、ミーティングをしました。そうしたら、すでに Nutrition Diagnosis の議論が始まっていました。アジアの6カ国の管理栄養士と医師が集まっていましたが、同じ症例を出すと、アジアの6カ国の専門家が同じ Nutrition Diagnosis をするわ

けです。そういう時代がすでに来ようとしています。

今の教科書を見ても、栄養管理の概念はばらばらです。概念と方法を国際的に標準化すること、今後の課題でありこのことは、日本栄養士会が各国の栄養士会と連携してやっていこうと思っています。もし参考にされるのなら、今年の1月号の臨床医療にこの問題を問題提起として書かせて頂いております。この議論は、今後横浜のICDの会議で持ち越し、約半日くらいかけて、この議論することになっています。

さて、次に保健指導という話をします。これはこの4月から始まりました。まだ学生さんはご存じないかもしれませんが、大変大きな動きが起こっています。この保健指導の特徴は、次のことがあります。

まず第一に、今までの健康増進とか、疾病予防というのは、国がお金を出して、都道府県や市町村で行ってきました。今回国は直接お金を出しません。保険者自らが実施しています。つまり、医療保険のために集めたお金の一部を、病気の予防のために使いましょうという発想です。これは国民に義務化します。そして日本中同じ方法でするために、標準化します。そして階層化します。階層化というのは、リスクのレベルによって、分けるのです。いわゆるリスクマネジメントの方法を導入します。保険者自らできなければ、アウトソーシングしても良いです。そして後期高齢者医療制度に反映します。

具体的な方法は、おなかの周りが男性で85cm、女性で90cm以上の人に3つのリスク、つまり血糖が高い、中性脂肪が高い、血圧が高い、それにタバコ、リスクがいくつあるかにより決まります。2つ以上の場合は「積極的支援」、1つの場合は「動機づけ支援」、0の場合は「情報提供」。つまり対象者のリスクレベルによって教育方法を変えようという方法を採用しています。これが新しいのです。例えば、ハイリスク者、ここ2～3年のうちに糖尿病になるのではないかと人には、積極的支援をします。積極的支援というのは、初回面接20分以上、個別支援をします。1ヶ月後、2ヶ月後に電話やメールによる励まし支援をします。3ヶ月後にまた面接して、指導する。4ヶ月、5ヶ月後また、電話かメールで支援し、6ヶ月後に評価します。

保健指導を担うのは、3職種に限定されております。医師と保健師と管理栄養士です。中でも管理栄養士が重要視されています。今回の保健指導の対象者は、メタボです。メタボリックシンドロームというのは、エネルギーや脂質代謝の異常状態です。エネルギー代謝や脂質代謝を広範囲に勉強しているのは管理栄養士です。つまりエネルギーや栄養素の知識を持っている。そして食品、献立、食生活、運動の知識を持っている。栄養教育の技術を持っている。これらが管理栄養士の強みです。

しかし、保健師に比べ管理栄養士に弱みもあります。生活の理解や改善があまりわからないことです。保健師さんは実際に歩いて、在宅して生活の細々したところまで知っています。どうも日本栄養士教育には、人の心や体を理解するトレーニングがされていないように思います。

私は聖マリアンナにいたときに、患者さんのベッドサイドを回ってトレーニングしていました。管理栄養士は人の心の中にすっと入り込める技術をトレーニングされていない気がします。特に我が国の管理栄養士教育の中では、人との信頼関係を築き、対人援助する技術が習得されていないのです。

保健指導の現状について、厚労省が発表しました。動機づけ支援の対象者が厚労省は247万6000人くらい、積極的支援が約200万人いると思っています。現在、どのくらいの実施可能な人数、主として保健師と管理栄養士がいるかということ、動機づけ支援は424万6000人、積極的支援が288万人。つまり動機づけ支援は約2倍。積極的支援は1.4倍。もう受け入れ体制はできていますという調査結果です。どういう人がスタッフとしているかということ、常勤では医師が5000人、保健師が2500人、管理栄養士が2700人。そして非常勤を併せると、医師が8300人、保健師が6700人、管理栄養士が6300人。つまり保健指導に従事する管理栄養士は保健師とほぼ同数になっているわけです。



これからこの領域はもっと広がっていくと思います。特にアウトソーシングということを決めたので、保健指導をする民間会社が、たくさん出始めてきております。従って、皆さんが卒業する頃は、保健指導を専門にやる民間会社がいくつかできてきますので、それは皆さんの重要な就職場所になるのではないかと思います。皆さんがメタボや疾病予防に興味のある人は、こういう領域に入れたらよいと思います。最終的には、約4万人くらい、保健師と管理栄養士で2万人ずつくらい必要になると思われます。

生活習慣を改善するキーワードは、第一に知識を身につけることです。そして意識化すること、行動に移すこと、そして行動を継続的に。よく「行動変容」と言います。行動変容というのは、一度やっただけではだめで、継続にしにくく、そしてこれを習慣化することが大切です。習慣化するということは、無意識にその行動が起こるということです。「今日は気合いを入れて走ろうか。」「歩こうか。」ということでは、まだ習慣化していません。いつの間にか、自分が無意識の間に歩いているというのが、最終的な習慣化です。

皆さんは、朝起きると歯を磨き顔を洗います。これは習慣化していると思います。「今日は歯を磨こう」と気合いを入れて磨いている人はいないと思います。

ところで、生活習慣を変えるとどうということが起こってくるか。これは一昨年ハワイで国際シンポジウムをやったときに、心臓内科医のエッケルさんが大規模調査をしました。この調査はびっくりするような調査なので、今日は持ってきました。800万人の思春期の男女に対して10年間に及ぶ大規模な調査をしたわけですが、心臓には栄養と運動が有効であって、癌、糖尿病、心臓病を防ぐ要因には、たばこをやめて、運動量を増大して、病気を早期に発見して、栄養の改善、量と質を改善するということです。私が面白かったのは、Recommended Food Score というスコアを作ったということです。最近の食事ガイドによって推奨される食品数の合計です。穀物と果物と野菜と低脂肪のミルクと赤身の肉と鶏肉、これを週に1度は摂取して、最大23回食べるようにしなさいという、日本のいわゆる30品目のような話です。このスコアとすべての死亡率と心臓病の死亡率があって、関連したということです。

RFS と全疾患の死亡率を調べたのですが、RFS が高くなれば最終的な死亡率も減ってきました。10年に及ぶ調査で Evidence を作ったということです。

つまり栄養士、管理栄養士がやろうとしている食生活の改善というものが、将来的にとっても大きな意味を持つということの根拠を作ったということです。

日本栄養士会は、将来的にこういう3つの柱をもとにグランドデザインを考えています。保健、医療、福祉の連携を縦軸とし、低栄養障害と生活習慣病対策を横軸に、縦と横の軸に考えて、一次予防である保健に保健指導、二次予防における医療に入院栄養管理実施加算、そして入院外来在宅における栄養食事指導、三次予防福祉には、栄養ケアマネジメント、介護予防や栄養相談ということ。すべての領域で管理栄養士が活躍できる場を、法的にきちんと作ったのです。

さらに今、栄養士会は「栄養ケアステーション」を、全国に作ろうとしています。今、都道府県に作ろうとしています。将来は、もっと小さな所、小さな町、小さな村に作りたいのです。そして地域の人たちが栄養や食事のことで、不安を感じたり疑問を感じたりしたら、この栄養ケアステーションに気軽に相談に行けるようにしたいと思っています。そして管理栄養士の相談を受けられるようにしたいのです。医師が診療所を起こす。薬剤師が薬局を起こす。看護師が看護ステーションを起こす。それと同様に管理栄養士が地域に栄養ケアステーションを起こして、地域に顔が見える専門職種にしたいと思っています。将来的には、管理栄養士が自立できる、起業化できる状況を作りたいと思っています。



今、診療所には、たくさんの慢性疾患の患者さんがいらっしやいます。でもそこには管理栄養士さんがいません。だから診療所に行けば食事療法が十分に行われなまま、薬事療法が行われています。このような診療所とも連携したいのです。

これは人類のはじめの頃の食生活です。人間は猿から進化し、二本足で立ちました。アフリカで発祥したと言われてます。人類は発祥した頃、とても過酷な食環境で進化していったので、他の動物には珍しいほど、雑食です。いろんな物を食べます。人間ほどいろんな物を食べる動物はいません。パンダは笹。コアラはユーカリしか食べないのです。

例えば、誕生日のたびに豪華な食事をするのです。他の動物にありますか。いわゆる他動物とは異質な食習慣を、我々はやって来たわけです。そして健康で幸せな人生を送れるようになりました。つまり人間は、身近な動物と植物から、食することに相応しいものを選択し、獲得し、加工し、食物として、豊かな食生活を形成し、健康で、幸せな人生を送ることができるようになった。しかし6つのことは、忘れてならないことと思います。

食べ物というのは、それぞれが生命をもっている、命を持った動物と植物であって、本来人間のために存在していたものではありません。従って、個々の食べ物はエネルギーと栄養素を人間に供給してくれますが、このことで人間の健康を完全に保障してくれるものではないのです。豚は豚肉になるために豚をやっているわけではありません。だから豚肉を食べてコレステロールが上がるから、豚はけしからん。卵はコレステロールが多いから卵はだめだといったら、鶏に言わせれば「だったら食べるな。我々は人間のために卵を産んでいるのではなく、自分たちの子孫を増やすために卵を産んでいる。」と言います。したがって一つの食べ物では、我々はすべての栄養素を健康的に取ることができないから、我々は雑食性を選択しました。そうすれば、どういう食べ物を取ればよいのかという、正しい食物選択が必要になった。そこで栄養学が必要になったと思います。パンダの笹の葉やコアラのユーカリに匹敵する完全栄養食品に我々はめぐり合っていない。雑食性を選ばざるを得なかった。そうすると、正しい食物選択が必要であるために、正しい食物選択を科学的にサポートする学問、つまり栄養学が必要なのです。だから我々が、人間としての食事をするために、栄養学は不可欠になっています。しかも、食べ物は有限であって、無限にあるわけではありません。

最後に人間はどういうわけか、人間が教育しないと、人間の食事になりません。これはとても面白いことです。皆さん、犬や猫を飼っています。犬や猫は人間が育てても、犬や猫の食事をします。犬や猫は人間の食事をしません。しかし人間は、他動物に育てられたら、例えば代表的なのはオオカミ少女というのがいました。インドで赤ちゃんの時にオオカミにさらわれて、数年後にこの少女が発見されました。この女の子は四つん這いになって生肉をむしゃぶるごとく食べました。つまりオオカミの食事になっていました。人間の食事というのは、教育を伴わないと、人間の食事にならない。なぜ食育が大事かという、人間は人間が育てないとだめだからだと私は思います。

最後になりましたが、国際栄養士会議がいよいよ9月に行われます。これはICDと言っています。現在、一般演台だけで750集まりまして、シンポジウムやワークショップは1000円台になると思います。この前の5日で早期登録は締め切りました。早期登録で1500人の方が登録してくれました。ちょうど夏休みになりますが、9月5日から11日、5、6、7と鎌倉で栄養改善学会があります。翌日8、9、10、11日は横浜で国際会議をします。ちょうど1週間になります。1週間、是非神奈川で過ごして頂きたい。

ちょうど時間が来ましたので、私の話はこの辺にしたいと思います。もし、時間が許すのであれば、質問を受けたいと思います。長い間おつきあいして頂き、ありがとうございました。

座長/どうも先生、貴重なお話をありがとうございました。僕も大変勉強になりました。今後のこの大学の教育のためにもずいぶん生かせるのではないかと思います。いまのお話を伺って、一つは、例えば、たまたま私は医療関係の人間ですが、最近、Nurse diagnosisとか、そういう言葉

も看護領域で新しく入ってきて、diagnosis（診断）という言葉が広がってきています。そういう風になると、次第にデスクワークが多くなります。実際に患者さんにいくのは、誰がいったらいいのかという形が持ち上がっています。ところが、先生の話をお聴きしていると、まず患者さんの所に行こうというのを、最初に重視している。やはり僕はそういうことが大事ではないかと思えます。diagnosis を使って、患者さんの所へ。医療関係というのは、それが一番重要な事柄ではないかと思えます。今日、かなり先生がそのことを強調されていて、かなり感動いたしました。

NST のレベルも専門的なことになると思いますが、今後の管理栄養士がどこへ行ったらよいか。病院だったらベッドサイドへということで、非常に感銘を受けました。学生諸君には、少し難しいこともあったかと思えますが、一般の方々、あるいは専門の管理栄養士の方もいらっしゃると思いますが、何か質問がありましたらどうぞ。堅苦しくならず結構です。

いまのお話を伺っていると、いろんなことがお聞きできるのではないかと思います。学生諸君も気楽にいかがでしょうか。

高橋／2年の高橋といいます。個人的な質問になりますが、私はスポーツ栄養について興味があり、昨年担当の先生に同行して、スポーツ少年団の食育セミナーに参加しました。そこで、私はコーチや保護者の方の食について、たくさんの情報をもっていると感じました。私たちがより正確なことを伝えるためには、どのようなものを参考にし、何を根拠に見極めていけばよいか、教えてください。

中村／スポーツ領域に興味を持っている栄養士さんたちは大変増えております。実は、日本栄養士会は日本体育協会と一緒に、スポーツ栄養の専門家を養成しようと思っています。「スポーツ栄養士」という、資格を両団体で出そうと準備をしています。現在は、授業のスポーツ栄養のことについて勉強されています。卒業してその領域に入ったら、スポーツ栄養研究会というのができますので、そこに入られて、情報を手に入れられたらよいと思えます。その研究会には、日本のトップのスポーツ栄養の専門家が集まっています。今度北京オリンピックがありますが、オリンピックの選手のコーチをやっている栄養士さんが北京に行きます。

僕は医療の中でずっと育ったのですが、スポーツ栄養の方と話をしたら、よく似ているところがあります。臨床栄養とスポーツ栄養は、何が似ているのかと思ったら、スポーツをすることにおける生体への侵襲と、病気で起こってくる侵襲は、同じではないかと思えます。したがって、僕はもっと臨床の領域とスポーツの領域とディスカッションしたら、とても良いアイデアが出てくるのではないかと思っています。

卒業したら、まず、栄養士会に入ることですね。それが一番近道かもしれません。

座長／他にいかがでしょうか。もう一人、手を挙げていましたね。

小池／栄養学科の小池と申します。私は「世界が100人の村だったら」という本を読んで、国際協力に興味を持ちました。中村先生のまわりでは、どのような人たちが、管理栄養士として国際的に活躍しているのかを是非教えてください。

中村／とても良い質問です。国際協力をやりたいという栄養士さんはずいぶん出てきています。海外青年協力隊に入っていくのも一つの手です。国際青年協力隊には栄養の領域があります。

あとは、国際協力する NGO がたくさんできています。その中に、栄養問題を扱っている NGO をいくつかありますので、その中に入るのも一つの手だと思います。

その国際協力には、お金の問題が関わりますので、それをサポートする企業もいくつか出始めて

きています。

もう一つ、きっかけを作りたいのであれば、今度の横浜の国際会議に出るのが手っ取り早いと思います。世界中からたくさんの栄養士が集まりますので、友人を作るということです。東南アジアからもたくさん人が来ますので、そことコネクションを作ってそこから入っていくのも手だと思います。

座長／学生会員というのは、先生方のほうでは。

中村／ありますよ。

座長／ちゃんと聞いておいてください。そういう手がありそうですから。

中村／栄養士会の雑誌が購入できますので、そういうところから情報を入手すればよいと思います。

米沢／私は松本の米沢と言います。50年くらい栄養士をしていましたが、まだ戦争が結核を増やし、平和が心臓病を増やすと言われてました。

私は今、長野県ウォーキング協会の仕事を主体的にしています。歩くことについては、長野県では栄養士はたった2人しか対応していません。栄養士は総合的な職であって、栄養学だけを習っただけでは栄養士だと言っても世の中は通用しません。ですから、総合的に社会化運動もする中で、市民の中に実際に入ってやらないと効果がないのではないかと思います。ですから、今問題になっている保険診療の問題も栄養士がそうさせてしまったのではないかと。栄養指導の誤りが、メタボリックを増やしてしまったのではないかと。そう考える人もたくさんいます。ですから私は、栄養士はまず、運動第一。今は一に運動二に食事ですから、そういうことを実践する意欲がなければ、効果がないと思います。

今の栄養士を見ていると、何か自分たちのことばかりで社会の中に入っていない。私は中国にたくさん知人がいますが、中国の大学生は、市民の中に入って市民活動を一緒にやる。そういうことが日本にはない。栄養士さんが市民活動に入ってきていない。問題は行動力がないから、そうになっています。中村先生の話も聞いても、勉強になりましたが、市民の中でどう行動するかという、社会学を学ばせないと、効果がないのではないかと思います。

私は歩くことに情熱を捧げていますが、これが実際の生活の中で、疾病の予防で、人間の気持ちを高めるのに極めて高い地位を得ている。私は今、ウォーキングロードを老人会、公民館でボランティアで、やっています。

そんなことで、私は定年になってから18年経ちますが、私たちが病院にいた頃、私はとにかく一貫して、病院に入ったときから患者中心という考え方でした。実際には、病棟に行っても栄養の話は出ない。まず医者が悪口。看護婦が悪口。次が食事のまずさ。その次が、病気になって生活をどうするのか。そういう話題ばかりでした。

今の話はとても進歩しているようで、とてもありがたいと思います。

座長／ありがとうございました。スポーツの方は、こちらにもスポーツ学科がありますので、一緒になってやっていますので、保健指導の中に入れて頂くようにしておきたいと思います。

他に質問ありますか。

山口／健康栄養学科の2年の山口と申します。中村先生のお話、大変参考になるお話しでありがとうございました。一つ申し上げたいと思います。お話しの最後のところで、栄養ケアステーション

のお話がありました。私は以前に海外に1週間勉強に行き、海外は管理栄養士の仕事が盛んで、私はこういうことにすごく興味がありますが、大学卒業後、どういう方向でどんな勉強をしていったらよいのか、興味がありますので、教えてください。

中村／最近、若い人の中に、管理栄養士をやりたいという要望が増えています。今、日本で、自分で栄養ケアステーションとか、〇〇研究所などを作って開業している人が30～50人いらっしゃると思います。中には大きな組織にして、社長になられて、何人も管理栄養士を使っている方もいらっしゃると思います。これからの女性の職業として、管理栄養士のライセンスを持って起業して自立していくことは、とてもすばらしい方向性だと思い、日本栄養士会では、そのことを全面的にサポートしていこうと思っています。だから、その夢は是非、実現できるようになさったらよいと思います。卒業したらどうしたらよいかというのは、おそらく、卒業して20代でいきなり会社を興しても、誰も信用しないと思います。最低10年くらいは、どこかで修行したらよいと思います。先ず病院に入り、いろんな患者さんを診て、自分の管理栄養士としてのスキルを高めるということがあります。次には、経営能力を身につける。その場合には、すでに経営されている栄養管理士さんに抱持ちを何年かするとかして、ノウハウを身につけるなどの方法があります。管理栄養士を取ったらすぐに起業するのではなく、長いスパンで、人生の計画を立てられたらよいと思います。

実は私は卒業してから3年間ブー太郎をしていました。3年間、ある診療所の医師の抱持ちをしていました。その間全く無給でした。皆さんもこれから、大きな会社や大きな病院に勤めたいとか考えますが、あまり焦らないほうがよいと思います。せっかく、管理栄養士という資格、とても難しい資格がとれるのですから、これを途中で放棄してしまうのは、とてももったいない話です。管理栄養士を取るまで今からがんばる。取ったら死ぬまで、管理栄養士。死ぬまではとにかく、管理栄養士の仕事を全うする。このことは、貫いてください。

栄養学はとても面白い学問で、皆さんが死ぬまで追究しても、ゴールはありません。ゴールがないテーマというのは、死ぬまで追いかけるので、人生にとってとても良いテーマです。

座長／まだ、いろいろ質問があると思いますが、先生は今日、お帰りにならなければならないという、お忙しい身でございます。この辺で終わりにさせて頂こうと思います。先生、すばらしい哲学が生まれていたのではないかと、僕は理解しております。学生諸君が哲学を理解してくれたかどうか。自分で一人になったときに、よく考えて、何を教えて、何を訴えられたのか。ただ項目だけでなく、かみしめて頂きたいと思います。

先生、今日は本当にありがとうございました。これからもどうぞよろしくお願い致します。