

表7 グループワークでのニーズ抽出の結果

表の「○」はニーズがあり、かつ実施できている項目、「△」はニーズがあるが、実施できていない場合がある項目、「×」はニーズがあるが、実施ができていない項目を示す。

表 7-1 A 地域

実施状況		3歳未満児			
○		離乳食の献立をたてる	食育として子どもにうす味の良さを伝える	予算管理	食物アレルギー児に対応した食事の提供
		月齢ではなく個々に合わせた形態での提供	食育としてだしの大切さを伝える	味覚形成前に好き嫌いをなくす	給食室と保育士の連携をとる
△		地元の食材を使い、地元の味に触れさせる	給食のお手伝いを通じて食材に触れる体験をさせる	給食メニューの充実	
		2時間喫食を守る等、衛生管理を行う			
×	設備				
	連携	食育として食材を切るところや剥くところを見せる	保護者への食に関する知識や意識改善の支援	保護者と食に関する情報を共有する	保育士へのアレルギーや衛生管理についての知識提供、助言
	時間	離乳食の栄養計算	提供した給食の振り返り、評価	喫食量の把握	給食室内で食育に関する計画、目標を話し合う
		食育年間計画の作成、実施	給食の盛り付け量の把握	アレルギー児に対する栄養評価	
		給食時の子どもの様子を見る	発育、発達状況に応じた食事形態での提供	保育への参加	
	スキル	長期的な食育の計画、実施	個人に合った推奨量の把握	子供の発達段階の把握	
		食育の評価	肥満ややせの子どもに対する栄養指導	知識や情報を得るための研修会の実施	

表 7-2 B 地域

実施 状況	3歳未満児				3歳以上
	0歳		1・2歳		
○	母乳の取り扱い管理(冷凍保存など)	個人のアセスメント、身長・体重・成長曲線の把握	食育年間計画の作成、実施した食事の提供	食物アレルギー児に対応した食事の提供	食育年間計画の作成、実施
	哺乳瓶に対する個別対応(瓶の形など)	アレルギー児の情報の管理	給食新メニューの開発(給食メニューの充実)	アレルギー食の成分(原材料)の把握	栽培、収穫体験(食育の一環として)
	ミルクの種類(アレルギー児用等)の個別対応		給食の盛り付け量の把握	アレルギー児の給食時の席順の配慮	園の伝統行事の計画、実施
	離乳食の段階が変わるごとに保育士と様子を話し合う		給食時の子どもの様子を見る	アレルギー代替食に関する情報開示	
	給食の基準値の設定		保護者と、食に関する情報を共有する	アレルギー児と一緒に給食を食べ、様子を見る	
	手作りおやつを作る		個人のアセスメント、身長・体重・成長曲線の把握		
△	入園時の完全母乳への支援	保護者へのミルクの作り方、飲ませ方の支援	離乳食を嗜まない、嗜めない子どもへの支援	塩分摂取量の評価	食育として食体験の定着(お餅やあんこなど)
	おっぱいから哺乳瓶への移行		食のマナー(はし、あいさつ)を身に付けさせる	様々なアレルギー代替食の提案	
	離乳食に対して各家庭の要望に対応する		給食の基準値の定期的な評価		
×	離乳食の量を個別に対応する	保護者への食に対する知識や意識改善の支援	給食新メニューの定着	肥満ややせの子どもをもつ保護者の支援	園の伝統行事の見直し
	手作りおやつを毎日作る	肥満ややせ、嗜めない子どもに対する個別対応	保護者の要望に対する対応	給食便り等で情報提供をする	アレルギー児の小学校への引き継ぎ

表 7-3 C 地域

実施 状況	3歳未満児				3歳以上
	0歳		1・2歳		
○	月齢ではなく個々に合わせた形態での提供	提供した給食の振り返り、評価	給食時の子どもの様子を見る	食物アレルギー児に対応した食事の提供	栽培、収穫体験(食育の一環として)
	哺乳瓶に対する個別対応(瓶の形など)	保護者の要望に対する対応	保護者への食に対する知識や意識改善の支援	アレルギー食の成分(原材料)の把握	食育として食体験の定着(お餅やあんこなど)
	入園時の完全母乳への支援	給食便り等で情報提供をする	保護者と、食に関する情報を共有する	アレルギー児の情報の管理	食のマナー(はし、あいさつ)を身に付けさせる
	保護者へのミルクの作り方、飲ませ方の支援	食物アレルギー児に対応した食事の提供	保護者の要望に対する対応	給食室と保育士の連携をとる	保護者への食に対する知識や意識改善の支援
	食育年間計画の作成、実施	アレルギー児の情報の管理	給食便り等で情報提供をする		給食室と保育士の連携をとる
	園の伝統行事の計画、実施	保育士へのアレルギーや衛生管理についての知識提供、助言			
△	離乳食の献立をたてる	個人のアセスメント、身長・体重・成長曲線の把握	給食のお手伝いを通じて食材に触れる体験をさせる		給食のお手伝いを通じて食材に触れる体験をさせる
	離乳食の段階が変わるごとに保育士と様子を話し合う	喫食量の把握	食育年間計画の作成、実施		長期的な食育の計画、実施
	給食のお手伝いを通じて食材に触れる体験をさせる	子供の発達段階の把握	個人のアセスメント、身長・体重・成長曲線の把握		食育年間計画の作成、実施
	保護者への食に関する知識や意識改善の支援	給食室と保育士の連携をとる	喫食量の把握		肥満ややせ、嗜めない子どもに対する個別対応
	保護者と、食に関する情報を共有する		子供の発達段階の把握		
×	食育として食体験の定着(お餅やあんこなど)	発育、発達状況に応じた食事形態での提供	肥満ややせの子どもをもつ保護者の支援	アレルギー児に対する栄養評価	
	肥満ややせ、嗜めない子どもに対する個別対応		発育、発達状況に応じた食事形態での提供		

表 8 保育所における 3 歳未満児に対する栄養管理業務リスト

No.	栄養管理業務項目	業務区分
1	個々の児についての成長曲線等を用いた発育状況の把握	児の栄養評価と 栄養管理
2	個々の児の喫食量の把握	
3	給食時における児の様子を観察	
4	児の栄養必要量の把握	
5	児の食事量の設定	
6	発育・発達・嘔める嘔めない等、児の状況に応じた食事形態での提供	
7	肥満（傾向）児の把握	
8	肥満（傾向）児への栄養指導（相談）	
9	やせ（体重増加不良）児の把握	
10	やせ（体重増加不良）児への栄養指導（相談）	
11	食物アレルギー児の把握	食物アレルギー児 への対応
12	食物アレルギー児に対応した除去食の提供	
13	食物アレルギー児に対応した代替食の提供	
14	食物アレルギー代替食に関する情報開示	
15	食物アレルギー児に対するミルクの種類の個別対応	
16	給食の基準値の定期的な評価と見直し	給食経営管理
17	給食の盛り付け量の把握	
18	給食の衛生管理	
19	給食の予算管理	
20	給食メニューの充実	
21	手作りおやつの提供	
22	肥満ややせの児をもつ保護者への支援	保護者支援
23	食物アレルギー児をもつ保護者への支援	
24	保護者への食に対する知識や意識改善への支援	
25	保護者への食に関する情報の発信	
26	保護者の給食や食全般に関する要望への対応	
27	保育士等他職種と連携した児の情報の共有	多職種協働
28	保育士への食物アレルギーに関する情報提供・助言	
29	食育年間計画の作成と実施	食育
30	長期的な食育計画の作成と実施	
31	食育実施の評価	
32	母乳の取り扱い管理（冷凍保存等）	哺乳・離乳食支援
33	母乳から哺乳瓶への移行	
34	完全母乳を続けるための支援	
35	哺乳瓶の個別対応（瓶の形など）	
36	個々の児に対応した形態での離乳食の提供	
37	個々の児に対応した量での離乳食の提供	
38	児の離乳食の段階が変わるごとの保育士との情報共有	
39	離乳食の栄養価計算	

表 9 フィードバックシート回答結果

質問	地域	回答
1.3歳未満児に対する栄養ケア・マネジメントに関わる卒前教育(管理栄養士養成施設)は、進歩してきていると思いますか？	A	1. はい 1 名 2. いいえ 1 名 3. わからない 1 名
2.1で「1. はい」とお答えになった方にお尋ねします。どのような内容(事項)について、進歩したとお思いですか？	A	臨地実習先でも保育園が増えてきていたり、臨床栄養や応用栄養学実習でもアレルギーや離乳食についての講義が充実してきている
1'. 保育所における3歳未満児に対する栄養ケア(給食、食育、食支援など)は今後、益々重要となるとお思いですか？	B	1. はい 6 名 2. いいえ 0 名 3. わからない 0 名
	C	1.はい8名 2. いいえ 0名
2'. 1で「1. はい」とお答えになった方にお尋ねします。どのような内容(事項)について、特に重要とお思いですか？	B	・保護者の共働きが増えている中で、保育所に低年齢から預けたいと望む人が多くなると思う ・アレルギーへの対応。保護者との連携 ・たくさんの情報を得ているのに(ネット等で)、まちがったことをしていたり、園でのアドバイスを受け入れてくれない保護者が年々多いため ・保護者との兼ね合い ・保護者との連携と個別の対応 ・ベビーフードしか食べたことがない子どももいて、その保護者へ対する支援の難しさ
	C	・食支援に関しては、家庭での食事についてもっと保護者との話し合いが必要であると感じる(朝食抜き、インスタントものばかりの家庭もあるため) ・家庭での食事の指導(メニュー、朝食の必要性、環境(家で座って食べない子もいる)、食べ方(口腔機能など)など) ・給食では温かいものを、皆と同じものを食べる 給食室で作られたものを食べる(出来るときのにおいや、作ってくれた人を感じる) ・家庭の状況を把握して、より望ましい栄養ケアをしていくこと 状況(食事の状態、成長、アレルギーなど)によっては、十分な指導が必要になると思われる ・保護者に対して離乳食についての知識、食べさせ方、食べない子に対する保護者の悩みへの支援 ・子どもの食べ方 ・離乳食についての進め方、作り方 ・咀嚼力、飲み込む力について、噛めない・飲み込めない子どもが多い ・年々、生活体験が少ない保護者が増えているように思う。離乳食の進め方以前の問題に驚かされることがある ・食育について ・食材に触れる体験 ・離乳食の形状・固さ・大きさが子どもに合うように ・手指の発達を促すための運動(箸を正しく持つために) ・その年代の保護者に対して食育の重要性を理解してもらう
3.3歳未満児に対する栄養ケア・マネジメントに関わる卒前教育(管理栄養士養成施設)で、まだまだ不十分と思われる内容(事項)は何だとお思いですか？	A	・子供の発達(舌の動きや手、指の動き、座位など) ・病院や行政で働くことを前提としたものだったように感じる 保育園で働くことも見据えた内容があると良い ・現場に入ってみて、知ることが多いので、卒後働きながら学ぶのが良いと思う

3. 3歳未満児に対する栄養ケアに関わる栄養士教育において、不十分と思われる内容(事項)は何だと思えますか？	B	・離乳にいたる前の子どもの育ちについて、母乳・愛着・ミルク等。 ・栄養基準値を設定するにあたっての、児童のデータ(身長・体重)についての反映 ・不十分と思われる内容はさほど感じられない。ただ栄養士一人で抱える ・仕事が多すぎるため、すべてに手がまわらない状態 ・保護者と栄養士の話し合い ・保護者との連携と個別の対応 ・栄養士が直接児童や保護者にかかわる機会が少ないこと
	C	・成長する過程における食事の重要性 ・家庭への専門的アプローチ ・栄養計算だけでなく、対保護者に対する支援の仕方 ・離乳食についての学習 ・コミュニケーション能力(保護者、子ども、同僚) ・子どもの発達に対する学習 ・咀嚼するためには、他のこと全般においても何がよいかということを漠然と分かっていると思うが、子どもの特徴など保育の分野を把握することで効果的な指導が可能になる
4. 今回のグループワークでの討議内容について、あなたはどのくらい興味をもちましたか？	A	1. とても興味をもった 3名 2. ある程度興味をもった 0名 3. あまり興味なかった 0名 4. 全く興味なかった 0名
	B	1. とても興味をもった 3名 2. ある程度興味をもった 2名 3. あまり興味なかった 0名 4. 全く興味なかった 0名
	C	1. とても興味を持った 7名 2. ある程度興味を持った 1名 3. あまり・全く興味なかった ともに0名
5. 4で「1.とても興味をもった 2.すこし興味をもった」とお答えになった方にお尋ねします。どのようなことに特に興味をもたれましたか。	A	・改めて調理師ではなく栄養士の必要性や存在意義について整理できた点 ・3歳児未満児と3～5歳児の違いについて討議できたこと ・より個別対応が必要な時代になってきていること ・保育園でも栄養ケア・マネジメントをしていく必要が あるということ を改めて実感した ・「管理栄養士」として出来る業務内容について考えられた ・アレルギー児の栄養評価、フィードバック等が出来ていないこと、またしなければならぬことが具体的な言葉で出てきたので、これからのやる気につながった
	B	・子どもを保育所で同じように悩み対応している討論ができ勉強になった ・他園での栄養ケア(アレルギーなど)の対応について知ることが出来たこと ・栄養士、調理師の抱えている仕事は多いため、さらに人手がほしい ・間違った知識を持っている保護者への支援の仕方 ・親への栄養指導が重要になってきたこと ・児童に対する栄養士のかかわりについて
	C	・他の園での取り組みとして、子ども達が自分で配膳するなどを当園でも取り入れたいと思った ・自分の園で実践できていないこと(味見当番、給食室が配膳、残食(個別に)をそのまま下膳し栄養士が把握する) ・他園の栄養士の仕事内容 ・他園の食育状況・方法 ・個別に残食を調査していること ・保護者との連携(保育士・栄養士がそろって行く) ・他園での取り組みを知れ、同じ悩みがあることが分かった ・他園の食育などの交流が出来た ・離乳食の食具の展示、個別の残食調査、お弁当からのアプローチ

6.管理栄養士養成の教育と実践の現場が、協力・連携し合うことは重要だと思いますか。	A	1. とても重要である2名 2. ある程度重要である1名 3. あまり重要でない0名 4. 重要でない0名
	B	1. とても重要である4名 2. ある程度重要である2名 3. あまり重要でない0名 4. 重要でない0名
	C	1. とても重要である8名 2. ある程度重要である1名 3. あまり重要でない0名 4. 重要でない0名
7. あなたの経験年数をお教え下さい。 管理栄養士としての実務経験年数 (うち3歳未満児の栄養ケアの実務経験年数)	A	実務経験(栄養に関わる経験)1年(1年)、3年(3年)、2.5年(2.5年)
7. あなたの経験年数をお教え下さい。 保育士・栄養士としての実務経験年数 (うち保育所の栄養・給食に関わる実務経験年数)	B	実務経験(栄養に関わる経験)9年(3年)、2.5年(2.5年)、19年(0年)、11年(11年)、9年(7年)、12年(0年)
	C	実務経験(栄養士に関わる経験)20年(0年)、14年(0年)、24年(0年)、25年(0年)、20年(0年)、25年(25年)、35年(35年)、16年(14年)
8.今回のグループワークに関して、感想などがあれば、ご自由にお書きください。	A	・普段仕事をする上で、何を大切にしなければいけないか、整理出来て良かったです。 ・日常の業務一つ一つにしても栄養士だからこそ出来る仕事、またやらなければならない仕事があると意識しながら仕事をしようと思いました。 ・まだまだ知識やスキルが足りないと思いました。 ・自分にはもっと出来ることがあるし、やっていきたいと思うのですが現場に戻ると同じ意識の者がいなくて行動に移せていないのが現状です。 ・園全体が同じ意識を持って取り組んでいければよいと思います。 ・このような内容の研修や勉強会などの機会が日常的にあればありがたいです。 ・まだ経験も浅いので、話した内容が未熟だと思いますが、これからの管理栄養士の地位が上がれば嬉しいです。
	B	・スリムアッププランを実施しているうちに、子育てしている保護者にもっと子どもを健康にたくましく育てていきたいと思った。 ・他園との意見の交換は、とても勉強になり刺激にもなりました。また、こういった機会をいただければ嬉しいです。 ・保育士同士とのグループワークは、たびたび経験させてもらっているが、栄養士とはあまりなかったため、今後見直していく点が増え、とても良い機会であった。 ・他園の栄養指導について、様々な意見が聞け、とても参考になりました。
	C	・色々な意見が聞けて勉強になった。 ・他園の取り組みを聞き、比較ができ興味深かった。現在、園の中で給食室の縮小・廃止の方向にあるが、食は乳幼児期にとっても大切であり、絶対必要という思いが強くなった。 ・他園の様子が分かり、参考になった。 ・食に関して、他園の様子が聞けたことはとても参考になった。園の方針は違うが子どもたちの食育を大切にしていることが分かった。 ・とても充実した時間であった。 ・とても楽しく参加できた。食育を進めていくのも栄養士だけではできないし、保育士だけでも無理。お互いの立場を尊重し合いながら協力することが必要だと感じた。 ・とても良い会になった。

表 10 質問項目に対する回答の点数化およびランク化した結果

OB S		0歳児実施状況 (点数・ランク)						0歳児重要度 (点数・ランク)					
		栄養士 (なし=0, あり=1, 全体=2)						栄養士 (なし=0, あり=1, 全体=2)					
		なし	あり	全体	なし	あり	全体	なし	あり	全体	なし	あり	全体
1	個々の児についての成長曲線等を用いた発育状況の把握	1.8	2.0	2.0	0	0	0	2.9	3.3	3.3	0	0	0
2	個々の児の喫食量の把握	2.2	2.5	2.5	1	1	1	3.3	3.6	3.5	1	1	1
3	給食時における児の様子の観察	2.6	2.6	2.6	2	2	2	3.6	3.7	3.7	2	2	2
4	児の栄養必要量の把握	2.0	2.4	2.3	1	1	1	3.2	3.4	3.4	0	1	1
5	児の食事量の設定	2.0	2.5	2.4	1	1	1	3.1	3.5	3.4	0	1	1
6	発育・発達・嗜める嗜めない等、児の状況に応じた食事形態での提供	2.6	2.8	2.7	2	3	2	3.6	3.8	3.8	2	3	3
7	肥満（傾向）児の把握	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
8	肥満（傾向）児への栄養指導（相談）	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
9	やせ（体重増加不良）児の把握	2.1	2.3	2.3	1	1	1	3.3	3.4	3.4	1	0	0
10	やせ（体重増加不良）児への栄養指導（相談）	1.5	1.9	1.8	0	0	0	3.2	3.4	3.3	1	0	0
11	食物アレルギー児の把握	3.0	3.0	3.0	3	3	3	3.9	4.0	4.0	3	3	3
12	食物アレルギー児に対応した除去食の提供	3.1	3.0	3.0	3	3	3	3.9	4.4	4.3	3	3	3
13	食物アレルギー児に対応した代替食の提供	3.1	2.9	2.9	3	3	3	3.7	3.9	3.9	3	3	3
14	食物アレルギー代替食に関する情報開示	2.7	2.6	2.7	2	2	2	3.6	3.7	3.7	3	2	2
15	食物アレルギー児に対するミルクの種類の個別対応	2.8	2.8	2.8	3	3	3	3.4	3.8	3.8	2	3	3
16	給食の基準値の定期的な評価と見直し	1.9	2.3	2.2	0	0	0	3.1	3.5	3.4	0	1	1
17	給食の盛り付け量の把握	2.4	2.7	2.6	2	2	2	3.5	3.6	3.6	2	1	1
18	給食の衛生管理	2.9	2.9	2.9	3	3	3	3.7	3.9	3.9	3	3	3
19	給食の予算管理	2.1	2.3	2.3	1	0	0	3.3	3.3	3.3	1	0	0
20	給食メニューの充実	2.4	2.7	2.6	2	2	2	3.4	3.7	3.6	2	2	2
21	手作りおやつを提供	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
22	肥満ややせの児をもつ保護者への支援	1.7	1.8	1.8	0	0	0	3.1	3.3	3.3	0	0	0
23	食物アレルギーの児をもつ保護者への支援	2.2	2.7	2.6	1	2	2	3.9	3.7	3.8	3	2	2
24	保護者への食に対する知識や意識改善への支援	1.8	2.4	2.3	0	1	1	3.3	3.6	3.6	1	2	2
25	保護者への食に関する情報の発信	1.9	2.5	2.4	0	1	1	3.3	3.6	3.6	1	2	1
26	保護者の給食や食全般に関する要望への対応	2.3	2.3	2.3	2	1	1	3.3	3.3	3.3	1	0	0
27	保育士等他職種と連携した児の情報の共有	2.3	2.7	2.6	2	2	2	3.5	3.8	3.8	2	3	3
28	保育士への食物アレルギーに関する情報提供・助言	2.6	2.8	2.8	2	3	3	3.5	3.8	3.8	2	3	3
29	食育年間計画の作成と実施	2.7	2.5	2.5	3	1	1	3.5	3.6	3.6	2	1	2
30	長期的な食育計画の作成と実施	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
31	食育実施の評価	2.1	2.3	2.2	1	0	0	3.3	3.4	3.4	1	1	1
32	母乳の取り扱い管理（冷凍保存等）	2.3	2.7	2.6	2	2	2	3.2	3.6	3.6	1	2	2
33	母乳から哺乳瓶への移行	2.3	2.4	2.4	2	1	1	3.1	3.5	3.4	0	1	1
34	完全母乳を続けるための支援	1.8	2.3	2.2	0	0	0	3.1	3.3	3.3	0	0	0
35	哺乳瓶の個別対応（瓶の形など）	2.6	2.6	2.6	2	2	2	3.1	3.5	3.5	0	1	1
36	個々の児に対応した形態での離乳食の提供	2.8	2.8	2.8	3	3	3	3.7	3.8	3.7	3	2	2
37	個々の児に対応した量での離乳食の提供	2.8	2.7	2.7	3	2	2	3.7	3.8	3.8	3	2	2
38	児の離乳食の段階が変わるごとの保育士との情報共有	2.8	2.9	2.8	3	3	3	3.7	3.9	3.8	3	3	3
39	離乳食の栄養価計算	1.9	1.9	1.9	0	0	0	3.3	3.3	3.3	1	0	0

OB S	1-2歳児実施状況 (点数・ランク)						1-2歳児重要度 (点数・ランク)						栄養士の役割 (点数・ランク)					
	栄養士 (なし=0, あり=1, 全体=2)						栄養士 (なし=0, あり=1, 全体=2)						栄養士 (なし=0, あり=1, 全体=2)					
	なし	あり	全体	なし	あり	全体	なし	あり	全体	なし	あり	全体	なし	あり	全体	なし	あり	全体
1	1.9	2.0	2.0	0	0	0	3.1	3.3	3.3	0	0	0	0.4	0.6	0.6	2	0	0
2	2.3	2.5	2.4	2	1	1	3.3	3.5	3.5	1	1	1	0.1	0.7	0.6	0	0	0
3	2.6	2.6	2.6	2	2	2	3.5	3.7	3.7	2	2	2	0.1	0.8	0.7	0	1	1
4	2.1	2.4	2.4	1	1	1	3.3	3.5	3.5	1	1	1	0.7	1.2	1.1	3	3	3
5	2.1	2.5	2.4	1	2	1	3.2	3.5	3.5	0	1	1	0.4	0.9	0.9	2	1	1
6	2.5	2.6	2.6	2	2	2	3.6	3.8	3.7	3	2	2	0.3	1.0	0.9	1	2	2
7	2.3	2.2	2.2	2	0	0	3.3	3.3	3.3	1	0	0	0.4	0.8	0.8	2	1	1
8	1.5	1.7	1.7	0	0	0	3.3	3.3	3.3	1	0	0	0.7	1.0	1.0	3	2	2
9	2.0	2.2	2.2	1	0	0	3.3	3.3	3.3	1	0	0	0.6	0.9	0.8	3	1	1
10	1.6	1.7	1.7	0	0	0	3.3	3.3	3.3	1	0	0	0.6	1.0	0.9	3	2	2
11	3.0	3.0	3.0	3	3	3	3.9	4.0	4.0	3	3	3	0.6	1.4	1.3	3	3	3
12	3.1	3.0	3.0	3	3	3	3.9	4.0	4.0	3	3	3	0.6	1.4	1.3	3	3	3
13	3.1	2.9	2.9	3	3	3	3.7	3.9	3.9	3	3	3	0.6	1.3	1.2	3	3	3
14	2.7	2.7	2.7	3	3	3	3.6	3.8	3.7	3	3	3	0.2	1.2	1.0	1	3	3
15	2.8	2.7	2.7	3	2	3	3.4	3.7	3.7	2	2	2	0.2	0.8	0.7	1	0	0
16	1.9	2.4	2.3	0	1	1	3.1	3.6	3.5	0	1	1	0.6	1.1	1.0	3	3	3
17	2.5	2.7	2.7	2	3	2	3.5	3.6	3.6	2	1	1	0.1	0.8	0.7	0	0	1
18	2.9	2.9	2.9	3	3	3	3.7	4.0	3.9	3	3	3	0.2	1.3	1.2	1	3	3
19	2.1	2.3	2.3	1	1	1	3.4	3.4	3.4	2	1	1	0.2	0.6	0.6	1	0	0
20	2.5	2.7	2.7	2	2	2	3.5	3.7	3.7	2	2	2	0.4	1.2	1.1	2	3	3
21	2.9	2.8	2.8	3	3	3	3.6	3.8	3.7	3	3	3	0.2	1.0	0.9	1	2	2
22	1.7	1.9	1.9	0	0	0	3.1	3.3	3.3	0	0	0	0.5	0.9	0.9	2	1	1
23	2.2	2.6	2.6	1	2	2	3.4	3.7	3.7	2	2	2	0.5	1.1	1.0	2	3	2
24	1.8	2.4	2.3	0	1	1	3.3	3.7	3.6	1	2	2	0.6	1.0	1.0	3	2	2
25	1.9	2.6	2.5	0	2	2	3.3	3.7	3.6	1	2	2	0.5	1.1	1.0	2	2	2
26	2.3	2.4	2.4	2	1	1	3.3	3.4	3.4	1	0	0	0.5	0.8	0.8	2	1	1
27	2.3	2.7	2.6	2	2	2	3.5	3.8	3.8	2	3	3	0.2	1.1	0.9	1	2	2
28	2.6	2.8	2.8	2	3	3	3.5	3.9	3.8	2	3	3	0.5	1.2	1.1	2	3	3
29	2.7	2.5	2.5	3	1	2	3.5	3.6	3.6	2	2	2	0.4	1.0	0.9	2	2	2
30	2.1	2.2	2.2	1	0	0	3.3	3.5	3.5	1	1	1	0.1	0.9	0.8	0	1	1
31	2.1	2.3	2.3	1	1	1	3.3	3.5	3.5	1	1	1	0.0	0.8	0.7	0	1	0
32	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.2	0.4	0.3	1	0	0
33	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.1	0.3	0.2	0	0	0
34	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.1	0.3	0.2	0	0	0
35	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.1	0.3	0.3	0	0	0
36	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.2	0.9	0.8	1	1	1
37	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.2	0.9	0.8	1	1	1
38	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.2	1.0	0.9	1	1	1
39	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.8	1.0	1.0	3	2	2

※ランクは四分位 (0-3; 3 がもっとも高スコア)

II. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合事業）

分担研究報告書

行政分野の管理栄養士の現状把握と課題・人材育成システムの提案

研究分担者 国立保健医療科学院 上席主任研究官 石川 みどり

青森県立保健大学大学院 教授 吉池 信男

研究協力者 日本栄養士会 公衆衛生事業部企画運営委員長 および

群馬県 食品安全課補佐 阿部 絹子

研究要旨

日本栄養士会公衆衛生事業部研修において、行政栄養士のコンピテンシーを検討するグループワークを実施した。全国の行政栄養士 98 名が、経験年数（管理期（15 年）、中堅期（10 年・5 年）、新任期（3 年））とコンピテンシー領域（実践能力、組織的役割・遂行能力、教育・研究能力）を枠組みとしたワークシートに、コンピテンシーの項目を記載・整理した。それらを著者らが集約した結果、管理期には、政策マネジメント力、人事計画、予算管理体制、人材育成の仕組み等が、中堅期（10 年）には、庁外組織との連携、栄養情報収集と分析、予算・事業運営、臨地実習学生指導が、中堅期（5 年）には、地域特性の把握、関係機関との連携、データを活用した資料作成、プレゼンテーション能力等が、新任期には、地域の社会資源の理解、地区データの選択収集、組織・自分の役割、政策と業務の関わりの理解、調査・研修参加によるスキル向上等があがった。この結果をふまえて、行政栄養士の人材育成のあり方を検討する必要があると考えられた。

A. 背景と目的

行政栄養士においては、厚生労働省では、都道府県、保健所設置市、特別区、市町村の行政管理栄養士・栄養士数を把握するための調査を毎年実施している。その発表によると、日本の管理栄養士・栄養士の免許保有者の増加とともに行政栄養士人数も増加し、また、近年、市町村での管理栄養士数の配置が低かった都道府県における配置・人数の増加が報告され、平成 24 年 6 月現在、行政管理栄養士（同等含む）合計人数は総計 5877 名である。

一方、平成 25 年 4 月より健康日本 21（第二次）が施行され、推進にあたり、行政栄養士による健康づくり及び栄養・食生活の改善の一層の推進が図られるよう「地域における行政栄養士による健康づくり及び栄養・食生活の改善の基本方針について（行政栄養士業務指針）」が通知された。そのなかで「PDCA サイクルを推進するために、健康・栄養課題の明確化、優先的な健康・栄養課題を明確にするため市町村の健診等の結果や都道府県等の調査結果を収集・整理し、総合的に分析すること、本庁及び保

健所が施策の基本方針を共有し、関係部局や関係者と協議、本庁及び保健所が施策の基本方針を共有し、施策の成果が最大に得られるような体制を確保する」ことが明記されている。また、本庁における行政栄養士の配置数は1都道府県当たり平均2～3名と少なく、保健所(福祉事務所等を含む)における行政栄養士の配置数は1都道府県当たり平均14名であることから、それをふまえた他の職種、領域との協力連携体制を含めた推進を行うことが示されている。

分担研究者らは、平成25年度より国立保健医療科学院(以下、科学院)における短期研修「健康日本21(第二次)推進のための栄養・食生活の施策推進の企画・調整に関する研修」、日本栄養士会公衆衛生事業部研修、等を通した施策推進のための人材育成の方法論に関する検討を行ってきた。平成25年度は、職域別研修を通した自治体、特に都道府県における施策推進プロセスの特長について事例検討を行った。

日本栄養士会では、平成26年度より、職域別のキャリア形成を考慮した人材育成のための新たな研修システムを開始した。そこで今年度は、研修に着目し、健康日本21第二次の栄養・食生活で示された課題について、行政栄養士の職位課題別のコンピテンシーを検討した後に、コンピテンシーと課題内容との関係について検討を行うこととした。

B. 方法

平成26年度日本栄養士会公衆衛生事業部研修会において、研修の参加者98名(13都道府県、18市町村)を対象に、講義「1. 健康な食事のとりえ方～栄養素・食品・料

理のつながり健康な食事のとりえ方～」 「2. 優先すべき健康課題を特定し、ターゲット層や食生活の特長を明らかにする」 「3. 行政栄養士に必要なコンピテンシーと人材育成～地域での栄養施策基盤づくり～」の後に、グループ演習「健康な食事を推進するために行政栄養士に求められる能力について～行政栄養士として明日からできることは何か～」を行った。

日本栄養士会がグループ演習の枠組を検討し、ワークシート2枚を作成した(表1、表2)。ワークシートの内容は、①職位別(管理期・中堅期・新任期)の行政栄養士のコンピテンシー(実践能力、組織的役割・遂行能力、教育・研究能力)のできること、すること、②栄養施策の企画・立案にむけ、できていること、これからすること、体制整備について、優先すべき社会・健康課題、健康課題の優先順位の検討、食生活の特徴の明確化の視点から検討した。

C. 結果

1. 職位別(管理期・中堅期・新任期)の行政栄養士のコンピテンシー

「管理期」には、マネジメント力、課題を分析し、エビデンスに基づく手法を考え、関係者と目標を共有したうえで実行する、外部組織と連携した食環境整備、体制づくり、他団体との連携(栄養士会、大学、企業)、人材育成(研修・教育プログラム)と仕組みづくり、組織全体をみる、体系的に専門職の教育を考える等が挙げられた。

「中堅期」には、計画立案、資料化できる(プレゼンテーション能力等)、事業の立案・企画、評価、分析力、事業の予算、進行管理、施策運営の中心メンバーとして

活動、臨地実習学生の指導ができる、地域栄養士・行政栄養士の研修計画、新人教育、等があげられた。

「新任期」には、行政栄養士の役割を知る、法令・各種計画を理解し地域特性を知る、事業の理解、栄養指導ができる、コミュニケーション能力、研究会に参加し自己研鑽、専門的知識を深める、等があげられた。

2. 栄養施策の企画・立案にむけた課題解決のためのコンピテンシー（できていること、これからすること）および必要な体制整備

「優先すべき社会・健康課題の検討」では、協会けんぽ、他組合からの健診データを集める、高齢者福祉課・高齢者のデータをもろう、レシピと健診データの分析、健診の受診率を上げる、特定保健指導の充実、等があり、そのための体制整備に、行政、事業者企業、大学、保険者協議会、国保連合会、支払基金、医師会、商店街、保険者、との連携があがった。

「健康課題の優先順位の検討」では、アンケート集計・分析→結果報告、国民健康栄養調査データ分析、県民健康・栄養調査をまとめる、裏付けとなるデータの確保、データ活用の研修を受ける、対象者の把握・地域差を調べる、ターゲット層、介入できる要因を特定できる、等があがり、そのための体制整備として、ワーキンググループの形成、企業とのネットワーク、医師、保健師、大学、病院栄養士、食生活改善推進員、学校栄養士等、との連携があげられた。

「食生活の特徴の明確化」では、特定健診時のアンケート実施、食事傾向・食生活

調査 仮説の検証、高血圧疾患者の食生活実態把握、TUNAGU パートナシップ 事業独自項目の追加、病院栄養より情報収集、野菜不足の原因調査、飲食店の件数、特徴、等があがり、そのための体制整備として、大学（教育委員会）との連携、分析依頼、食生活改善推進員など人材の活用、県との栄養士会との連携強化、保健所と病院との連携、学校、保育園等給食の利用、商業・農業ネットワーク、等があげられた。

D. 研究成果の意義及び今後の発展

平成 24 年度以降の研究において、国と自治体、日本栄養士会、公衆衛生協会研究事業、等が、健康日本 21 第二次の栄養・食生活分野の施策推進のために、それぞれの役割を検討しつつ、課題を共有するための方法論を検討することができたことの意義は大きい。特に、日本栄養士会公衆衛生事業部においては、新たな人材育成システムの開始の機会をとらえ、課題別キャリア別のコンピテンシーを検討できた。

今後は、必要な体制整備を実践できるための人材育成システムを各地域・組織の特徴をふまえて具現化する方法を検討する必要がある。

E. 倫理面への配慮

本研究の主旨を日本栄養士会公衆衛生事業部に説明し同意を得たのち、日本栄養士会より研修参加者に対し、事前に口頭で説明し、同意を得たものの演習内容について分析を行った。

F. 参考文献

・ 石川みどり：公衆栄養アセスメント（第

5 章) , 公衆栄養学実習 : 事例から学ぶ
公衆栄養プログラムの展開, 手嶋哲子,
田中久子編、同文書院 Pp63-76, 2014.

- ・ 石川みどり : 栄養教育に活用する基礎知識と教材, 栄養教育論第 3 版, 春木敏編, 医歯薬出版, pp. 141-148. 2014
- ・ 石川みどり : 食環境の変遷と現状, 公衆栄養プログラムの展開, 公衆栄養学－栄養政策、地域栄養活動の理論と展開－, 吉池信男編著, 第一出版, pp. 151-162, pp. 239-249. 2015

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

表1 職位別(管理期・中堅期・新任期)の行政栄養士のコンピテンシー

職位 【経験年数】	コンピテンシー					
	実践能力		組織的役割・遂行能力		教育・研究能力	
	できること	すること	できること	すること	できること	すること
 管理期 【15年以上】	・マネジメント能力 ・調査結果をとりまとめ、論文にする。 ・PDCAサイクルに基づき、事業の管理ができる。 ・課題を分析し、エビデンスに基づく手法を考え、関係者と目標を共有したうえで実行することができる ・地域の目指す姿を描ける ・外部組織と連携した食環境整備 ・危機管理の体制づくりができる。 ・事業の企画、評価、役割分担、指示ができる。 ・関係機関との調整役となり協働して課題解決に取り組める。	・課題を政策に繋げる。 ・課題分析を生かす業務計画 ・事業の統括 ・全体の統括・判断 ・責任をとる	・危機管理・関係機関との連携 ・体制づくり ・計画の策定 ・推測力、先を見すえた事業の展開 ・発言力、判断力 ・所属のミッションに応じた企画立案ができる ・リーダーシップがとれる・栄養施策の分析・決定 ・事業評価・改善(管理栄養士としての存在が認められる) ・組織外での役割・遂行能力 ・必要な事業の企画と予算獲得 ・連携体制の整備 ・庁外との連携をはかる ・地域人材との調整 ・他団体との連携(栄養士会、大学、企業)	・人材の調整を行う ・10年後を見据えた施策の立案 ・各期の進捗状況を管理して必要に応じて支援 ・改善に向けてのプランを助言、実施 ・事業を行える組織体制を作る。 ・人材の調整、人事計画 ・予算をとる ・報告・相談しやすい環境づくり	・人材育成 ・調査分析の評価 ・栄養士能力開発研修立案 ・各自治体の栄養士を計画的に研修に派遣・実践活動をまとめ報告書や学会で発表できる ・特定分野における知識や技術の所有、提供 ・マネジメント能力 ・人材育成(研修・教育プログラム) ・教育・支援体制の整備 ・人を増やす ・適切に人材を配置する ・栄養士をアピールする	・育成・相談できる仕組みを作る ・人材育成(研修・教育プログラム) ・教育・支援体制の整備 ・研究、論文として発表できる ・新任期、中堅期の教育・育成 ・スタッフを動かすリーダーシップ ・体系的に専門職の教育を考える
 中堅期 【10年】	・計画立案 ・データ分析 ・多職種との連携 ・情報の分析から施策の展開 ・地区診断ができる ・栄養課題が明らかにできる・企画、立案 ・課題を分析し明確化できる。 ・地域診断 ・資料化できる(プレゼン等) ・地域のキーパーソンの育成 ・他の機関、他部署との連携 ・事業の評価 ・事業の立案・企画 ・地域へ波及させる ・地域課題を既存事業につなげる ・地域課題の整理 ・栄養成分表示(業者指導)	・庁外との連携力 ・ネットワークづくり ・地区組織の支援 ・企画立案と説明 ・既存の事業評価、内容の見直し ・現状に合わせた事業立案 ・人材を活用した事業を企画 ・健康づくり計画の策定	・チームリーダー ・存在を認められる ・多職種との信頼関係 ・マニュアル作成 ・企画立案 ・施策運営の中心メンバーとして活動する ・10年前を見すえた活動計画が立てられる ・活動の成果を表現できる ・課題解決のために取り組む ・他職種と連携、調整し事業を行なえる ・各職域の栄養士のネットワークづくり ・地域資源の利用 ・後輩への指導 ・部下のまとめ ・他部署との調整	・関係機関、団体のネットワークを構築する ・地域資源の支援・育成ができる ・健康課題の要因について優先順位をつけれられる ・他職種との連携で栄養の専門性を発揮する ・災害時危機管理体制の理解 ・相談されやすい人である ・予算管理	・分析 ・事業提案・評価・報告 ・経験年数にあった研修のアドバイス ・国のデータから自分の自治体に活用できるエビデンスをみつける ・教育・支援体制の実践指導 ・臨地実習学生の指導ができる ・研究発表	・教育・支援体制の実践指導 ・共に育つ環境づくり ・学会で発表するための研究を企画する。 ・分析した結果事業報告を外部へ発表できる ・庁内栄養士の研修を行う ・地域栄養士・行政栄養士の研修計画 ・組織内の研修を行う
 中堅期 【5年】	・栄養指導のスキルアップ ・的確な情報提供 ・指導助言 ・情報の分析、日々の業務から課題分析 ・プレゼン能力 ・事業の予算、進行管理 ・情報の分析をし、資料化できる ・地域の健康課題が理解でき事業を立案できる。 ・地域の特性を把握し課題を整理できる。 ・収集したデータ情報から分析し資料化する。 ・法的根拠に基づいて説明できる	・庁内各部署との連携力 ・関係機関の把握 ・地区の特性ニーズの把握 ・データの図表化・事業に使う資料・媒体を準備 ・施策の成果を分析 ・調査結果を分析し仮説を示す	・業務を理解し、説明できる ・成果を見せる資料作成 ・プレゼンテーション能力(関係機関へ伝える力) ・企画し、上司等に説明することができる ・後輩の指導ができる ・県、市全体の健康課題を出す ・事業立案に必要な資料収集ができる。 ・他組織の役割を知ることができる ・係内での調整 ・予算要求	・他職種と連携を図る ・地域住民とコミュニケーションがとれる ・他職種と業務遂行のために必要な情報のやりとりを行う ・各事業のマニュアル作成	・特徴を知る ・学会での発表 ・業務内容のアドバイス ・支援、計画ができる・新任者の教育 ・データをまとめる	・事業をまとめ(学会)発表を行う ・プリセプターとして新人教育をする ・若手育成(実務)
 新任期 【3年】	・調査方法の入手 ・行政栄養士の役割を知る ・コミュニケーション能力 ・情報の収集 ・統計の処理 ・担当業務がミスなくできる ・地域特性を知る ・地区データの選択収集ができる ・地域の健康課題の分析に必要なデータを収集する。 ・住民、地域の要望や地域資源を把握できる。 ・法令・各種計画を理解し説明することができる。 ・栄養指導ができる。 ・事業の理解 ・個別指導・集団指導 ・栄養成分表示の知識 ・ボランティアの養成・育成 ・予算要求 ・資料作成 ・他課事業への栄養士としての参画	・所属、課内での連携力 ・他職種との連携を図る・業務内容を理解する。 ・地域の社会資源を知る。(ボランティア組織等) ・対象者に合わせたライフステージライフスタイルを考慮した栄養指導教育ができる。 ・人前で話す技術(健康教育) ・栄養指導の技術 ・法律・根拠の理解	・組織理解 ・担当内の業務把握 ・自治体の政策と業務の関わりの理解 ・期待される役割を果たすことができる ・既存事業の実施 ・資料作成・報告書作成 ・他事業の理解	・組織の役割・自分の役割を理解する ・県や市で作成された計画の理解 ・地域資源を把握している ・実働(何でもする) ・報告・連絡・相談	・調査の理解 ・研修の参加 ・伝達講習で伝える ・調査の企画・円滑な遂行ができる ・自己研鑽できる ・統計情報を読み取ることができる ・研修会へ参加しスキルアップ	・研究会に参加する ・専門的知識を深める ・地域分析、調査、集計を標準的に実施する

表2 栄養施策の企画・立案にむけた課題解決のためのコンピテンシー（できていること、これからすること）および必要な体制整備

分析のプロセス	栄養施策の企画・立案		
	わかっていること できていること	これからすること これからできること	誰が どのような体制で (体制整備)
1 健康課題の総合 分析 優先すべき 社会・健康課題	- 糖尿病予備軍が多い。県下ワースト1(特定健診データ) ・男女差あり 男…肥満＋血糖 女…血糖 ・HbA1c 5以上 男77% 女82% ・虫歯罹患率ワースト5 ・人口構造 ・高齢化率が高い ・人口の減少 ・健康格差 ・死亡率・医療費(金額・疾患別の比率等) ・健康寿命延伸 ・国保医療費の伸び抑制 ・高齢者の栄養改善 ・腎不全の医療費が高い ・平均寿命と健康寿命の差が大きい ・健康指標の分析 ・平均寿命、平均自立期間、死亡等 ・自殺率が高い ・医療費が高い ・介護保険料の増加 ・高血圧受療率が高い ・脳血管疾患が多い ・糖尿病、脂質異常が多い・地域の把握 ・介護が必要になった原因は脳血管疾患1位 ・受療率 ・全体の課題は既存データからわかっているか実態がわからない ・個別にはわかるが全体の課題としてはわからない ・既存データがない ・把握できているところとできていないところがある	・協会けんぽ、他組合からの健診データを集める ・問診アンケートの集計→分析・問題点の洗い出し(BMI別) ・小児生活習慣病予防検診(小4、中1) 問診アンケート 高LDL、肥満 ・高齢者福祉課・高齢者のデータをもろう ・まめな調査(できれば毎年) ・データの整理分析 ・レシピと健診データの分析 ・圏域特性の背景分析 ・死因の分析 ・医療費の分析 ・健保組合より情報収集 ・ターゲットを絞る(性・年代) ・生活習慣病の重症化予防に力を入れる。(適切な治療に) ・健診の受診率を上げる ・特定保健指導の充実 ・健康教育事業を行う	・人・予算 ・データの共有 ・他職種・他課・保健師 ・栄養士間での共通認識 ・圏域全体で行う ・行政、事業者企業と連携 ・県、保健所、市町村、大学と連携 ・県と保険者との情報共有検討会 ・商店街、病院、保健所業務連絡会 ・健保組合 国保担当者事務所担当者 ・庁内会議 ・ワーキングの立ち上げ ・ワーキングの継続 ・県、市町村 ・保険者協議会、国保連合会、支払基金、医師会等連携
2 健康課題の 優先順位の検討 想定される 優先すべき健康課 題	・BMI25以上 ・TG ・腹囲85 男性平均以上 ・GOT、GPT、少ない ・血圧低い ・生活習慣 ・脳血管疾患 ・高血圧 ・塩分摂取 ・肥満 ・がん・胃がん ・大学へ統計分析 ・国民健康・栄養調査の原票の洗い出し ・食塩が多い ・肥満(BMI)年代別、地区別 ・高齢者の低栄養 ・HbA1cの高値 ・学童期の肥満 ・健診受診後の保健指導率が低い(受診率UPも) ・運動不足 ・健康寿命の延伸 ・生活習慣病の予防、重症化予防 ・疾病に関係する栄養の状況 ・仮説の設定(医療費のかかる基礎疾患) ・食事バランスの偏り(脂肪エネルギー比率高い) ・若い世代(20、30、40)代へのアプローチ	・調理師会や食品衛生協会との働きかけ ・アンケート集計・分析 →結果報告 ・保護者にも問診アンケート ・裏付けとなるデータ ・仮説の実証 ・調査項目の統一 ・県民健康・栄養調査をまとめる一区・市ごとの内容がでるか ・他県や他市、県との比較 ・学校教育 ・健診受診率を上げる ・健康診査の結果分析(分析) ・国保データの分析 ・国保以外のデータ分析 ・外部委託の活用、利用 ・データ活用の研修を受ける ・男性の食育(選び方) ・指導率UP ・予算案の説明 ・対象者の把握・地域差を調べる ・食行動、摂取パターンを調べる ・ターゲット層、介入できる要因を特定できる (性、年齢別状況調べる) ・国民健康栄養調査データ分析	・ワーキンググループ(大学・地活・食改) ・市町村で共有 ・県と健診機関との情報共有 ・企業とのネットワーク ・保健師との連携 ・医師、保健師、大学の先生 ・病院栄養士 ・食生活改善推進員 ・行政栄養士(県、市町村) ・市町村栄養士 ・学校栄養士 ・保険者 ・市町村栄養士(保健、教育分野)
3 食生活の要因分 析 食生活の特徴の 明確化	・特定健診時のアンケート実施 ・食事傾向 ・大学や医療施設との連携 ・平均歩数や少ない ・外食、中食が多い ・調理力の低下 ・脂質摂取が多い ・塩分摂取多い ・漬物、煮物、汁物、麺類が多い ・味つけが悪い ・調味料を重ねて食べる ・外食の1食あたりの糖の量が多い ・野菜摂取不足 ・間食習慣(菓子パン多い) ・重ね食べによる塩分過多(加工品) ・主食多い⇒塩分多い ・主食、主菜、副菜をそろえて食べる ・減塩(適塩) ・県民栄養調査(5年に1回) ・栄養調査の結果 ・パン、牛乳、乳製品の過剰摂取	- 事業のアンケート分 食生活調査 仮説の検証(みそ汁、塩蔵品) 地域連携を深める 保健所事業への落とし込み 既存データの発掘(家計調査等) 個別相談のないような給食施設の状況から把握・価格、所属、買物、難民等把握 ・年代別、地域別の分析 ・経済格差 ・ライフスタイル地域の特性(都市型) ・食生活実態調査する ・栄養調査から再分析 (塩分について) ・高血圧疾患者の食生活実態把握 ・調査では把握できない食習慣 ・TUNAGUハートナッシュ事業独自項目の追加 ・ヘルシーメニュー提供店(食環境づくり) ・ライフステージ別食教育 ・親子での食育 ・病院栄養より情報収集・栄養調査から要因分析(健康課題さぐる)食べ方、調理法 ・何が塩分摂取の原因となっているか ・野菜不足の原因調査 ・飲食店の件数、特徴	- 健康教室などのデータ集め・項目の決定 研修を受ける - 大学へ分析依頼・学校との連携、大学(教育委員会) ・食生活改善推進員など人材の活用 ・食改や市町や保健所との協議 ・県との栄養士会との連携強化 ・再分析結果についてのワーキング ・保健所と病院との連携 ・学校、保育園等給食の利用 ・商業・農業ネットワーク作り ・保健相談所・市町村、病院との連携 ・大学との連携 ・体制整備(1～3を通じワーキングを立ち上げて実施)
4 対策の企画・実施	糖尿病教室の実施H22～		養護教諭との連携による小学校・中学校との食育
5 評価・検証	成果が出て次年度数値が下がった		

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
分担研究報告書

栄養サポートチーム加算の現状と課題

—管理栄養士と NST の業務実態を踏まえた全国多施設の診療報酬請求データ分析—

研究分担者 京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野 教授 今中 雄一

研究協力者 京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野

佐藤 礼子、國澤 進、佐々木 典子、猪飼 宏

研究要旨

管理栄養士が中心となり、様々な医療関係職種が協働してチームで栄養治療を行う、栄養サポートチーム（Nutrition Support Team: NST）は、日本では 2001 年より普及し、稼働登録病院は 2010 年現在 1,578 病院に及ぶ。チーム医療の促進と医療スタッフの負担軽減策の一環として 2010 年診療報酬改定で NST 加算も創設された。しかしながら、その算定状況と施設特性の関連、管理栄養士の業務実態については、まだ十分に把握されていない。

本研究では、病院の管理栄養士と NST の業務実態について、まず(i) 質問紙調査を実施し、その結果を(ii) DPC データと施設レベルで連結させて分析し、さらに分析及び考察を補完するために、(iii) 個別病院訪問による事例検討と、3 段階で調査・解析を行った。

栄養サポートチーム（NST）加算の算定病院は NST 稼働病院の約半数で、算定量が些少な病院も多い。我々は、DPC データと、NST 及び管理栄養士の業務実態に関する質問紙調査を連結させて分析した。200 病院を分析した結果、全症例での NST 加算割合は 0～33% に分布し、中心静脈栄養又は経管経腸栄養（TPN・EN）症例での NST 加算割合は、2 割未満から 8 割以上までばらついた。全症例での NST 加算割合が高い病院は、TPN・EN 症例でも非 TPN・EN 症例でも NST 加算割合が高かった。5 病院での事例検討も踏まえると、効率的で積極的な対象症例抽出システムを病院レベルで運用していることが加算の算定を促進し得ると考えられた。また、非算定病院の中に、算定病院に匹敵する NST 業務量の病院を認めた。今後は、管理栄養士の専門性をより活かすシステムづくり、栄養サポートチーム加算の要件等の見直し、栄養サポート活動の標準化及び多施設で評価可能なアウトカム指標の開発が望まれる。

A. 背景

栄養障害が進行すると、組織・臓器の機能不全、創傷治癒遅延、感染性合併症の発生、原疾患の治癒障害や悪化をもたらし、死亡率を高め、入院期間を延長し、医療コ

ストの増加をもたらす。そのため、経口摂取では十分な栄養が摂取できない患者に対する中心静脈栄養法（Total parenteral nutrition: TPN）や経鼻胃管や胃瘻等を用いた経腸栄養法（Enteral nutrition: EN）

が開発され、栄養治療が実施されてきた。しかし、こうした栄養治療には感染性合併症等のリスクがあり、個々の患者の病態に応じた選択が重要であるため、高度な専門知識と複雑で多様な業務が必要となる。そこで、様々な医療関係職種が協働してチームで栄養治療を行う、栄養サポートチーム（Nutrition Support Team: NST）が1970年代に米国で生まれ、欧米で普及した。日本では、日本静脈経腸栄養学会が2001年から普及活動を展開した結果、稼働登録病院は2010年には1,578病院となった。NSTの介入による患者アウトカム改善や医療コスト減少効果は、国内外で多数報告されている¹⁻³⁾。

こうしたチーム医療の取組をさらに推進するため、勤務医・病棟看護師の負担軽減策の一環という位置づけのもと、2010年診療報酬改定でNST加算が創設された⁴⁾。NST加算では、加算に値する栄養治療の質と量を担保するため、所定の研修を修了した常勤の医師・看護師・薬剤師・管理栄養士をNST専任者として明確化した上で、うち1人を専従者（専らNST業務に従事する者）とすることとされた。このNSTが対象患者についてNSTカンファレンスとNST回診を含めた栄養治療のPDCAサイクルを行った場合、7:1又は10:1入院基本料に週1回200点が加算される。対象は、TPN・EN症例、栄養治療で改善が見込めるとNSTが判断した患者等であり、1チームにつき1日30人まで算定できる。月120～150回の算定で月24～30万円の診療報酬となり、専従者の人件費（月給）に相当し得る額となる。その後、NST加算は勤務医等の負担軽減に貢献しているとの検証結果を踏

まえ、2012年には算定可能病床が療養病床等に拡大され、指定を受けた医療過疎地では専従要件を廃した加算（週1回100点）を算定できることとなった。

地方厚生局に施設基準を満たす旨の届出を行ってNST加算を算定する病院（以下、「算定病院」という）は、2010年の431病院から2012年の933病院へと着実に増加した⁶⁾。しかし、前述のNST稼働登録施設の約半数にとどまっている。NSTが稼働しているにも関わらずNST加算の算定を行わない病院（以下、「非算定病院」という）の非算定理由について、厚生労働省の調査では、「規定の職員・体制の確保が困難であるため」とした施設が82%あり、神奈川県下の病院の調査では「NST加算では専従を雇う人件費に見合わない」との回答が最も多かった。実際に、2012年のNST加算の算定実績は全国で42,271回/月（8,454万円/月）、1病院当たり45.3回/月（9.1万円/月）であり、ばらつきの程度は不明であるものの、専従者の人件費相当額と比較して著しく少ない算定病院があることは明らかである。一方、QIP（Quality Indicator/Improvement Project）の一環として行われたDPCデータ（様式1及びEFファイルを含む。以下同じ）の分析の結果、NST加算を含めた栄養関連診療報酬の100床当たりの算定件数には大きな病院間格差が認められた⁹⁾。なおQIPとは京都大学大学院医療経済学教室が運営しているプロジェクトであり、全国の協力病院から提供を受けたDPC（Diagnosis Procedure Combination）データなどを利用して診療のプロセス・成果や経済性を反映する客観的な数値指標（パフォーマンス指標）を測定し、その情

報を定期的に協力病院にフィードバックすることにより、医療の質向上に寄与することを目的としている。

NST 加算は、NST 活動を推進する目的で創設された診療報酬であるが、アウトカム評価がなされておらず、多くの病院にとって実現困難な算定要件を含んでいると言わざるを得ないことに加え、過剰算定等のモラルハザードの可能性があること等、他の診療報酬と共通した問題を抱えている。しかし、医療の質を下げることなく超高齢社会に対処するには、チーム医療によって患者アウトカムの向上と医療コストの最小化に努める必要があり、こうしたチーム医療について、その基盤を維持し、安定的に展開するための財源として、NST 加算を最大限活用することが望まれる。そのためにも、実態を踏まえて NST 加算の課題を検討する必要があると考えた。なお、施設毎の NST 業務状況や NST 加算算定状況については既報があるが、両データを連結させて全国規模で分析した先行研究はない。

また、NST 加算の算定状況と施設特性の関連等を検討する際には、管理栄養士の業務実態を合わせて把握する必要があると考えた。算定病院の 8～9 割が、NST 加算の専従者を管理栄養士としているためである⁷⁻¹⁰。病院において栄養管理の重要性は高まっているが、医療職としての管理栄養士の勤務実態はこれまでに十分に把握されていない。

B. 研究目的

本研究は、NST 加算の算定実態を明らかにし、その算定量に影響する要因を探索的に把握することを目的とする。

本研究では、前述した NST 加算の問題

点の存在を認めた上で、患者のために NST 活動に取り組んでいる医療従事者の努力が正当に報われるようになることを目指し、実態を踏まえて短期的・中長期的な視点から問題解決策を検討することを重視した。まず、短期的視点としては、実際の NST 活動が NST 加算の算定につながっていない要因を見出すことで病院レベルの改善策を検討した。また、中長期的視点としては、質の高い NST 活動が正当に評価されるようにするために求められる、算定要件の見直しを含めた制度レベルの改善策を検討した。

C. 研究方法

研究デザイン：横断研究

QIP 参加病院に協力を要請して、NST 及び管理栄養士の業務実態に関する質問紙調査を実施し、DPC データと施設レベルで連結させて分析した。さらに、分析及び考察を補完するため、病院訪問による事例検討を行った。

1. データと対象

データは、質問紙調査結果及び QIP を通じて提供された DPC データを用いた。

(i) 質問紙調査

QIP 参加病院で、2012 年 4 月～2013 年 9 月の期間に 1 ヶ月以上の DPC データ提出があった全 283 病院に協力を要請した。調査期間は 2013 年 10 月 7 日から同 12 月 2 日までとし、2013 年 9 月末日時点の NST 及び管理栄養士の業務状況を調査した。質問紙は各病院の QIP 担当者（多くは医事課職員）に郵送及び E メールで送付し、管理栄養士による回答を依頼した。回答は紙媒

体、電子媒体のいずれでも可とした。

質問内容は、1) 施設基本情報（一般稼働病床数、平均在院日数など）、2) NST 活動（NST 稼働の有無、NST 稼働開始時期、職種別人数、NST カンファレンスや NST 回診の平均的な開催頻度・所要時間・参加人数・参加職種数、自院の NST 活動による患者アウトカムの改善や医療コスト削減効果に関するデータや実感の有無（データ内容の自由記載を含む）、NST 加算非算定の場合は非算定理由など）、3) 管理栄養士集団の業務（実人数と常勤換算人数、業務分野毎の週当たり延べ業務量など）から構成した。この管理栄養士の「業務分野」とは、①外来患者の栄養指導・栄養管理 ②在宅患者の栄養指導・栄養管理 ③管理栄養士単独で行う入院患者の栄養指導・栄養管理（計画書作成、病棟カンファレンスなど）④NST 活動として行う入院患者の栄養指導・栄養管理（計画書作成、病棟カンファレンスなど）⑤給食管理（食数・献立・発注在庫管理、特別食開発、会議など）⑥調理・衛生業務（下処理・調理・盛り付け・調乳・配膳下膳・食器洗浄など）⑦人事管理、経営会議への出席 ⑧その他：自由記載、の計 8 種類とし、それぞれについて病院所属の管理栄養士全体の週当たり延べ業務量（人・時間／週）の記載を求めた。

(ii) DPC データ

2012 年 4 月 1 日～2013 年 3 月 31 日の 1 年間に入院退院が含まれる症例のデータを用いた。なお、本研究では同一患者の複数回入院を異なるものとして扱っているため、「患者」ではなく「症例」と表現する。症例単位の情報としては年齢、性別、入院退院

日、主傷病名、関連する診療報酬点数（「A233-2 栄養サポートチーム加算」「G005 中心静脈注射」「J120 鼻腔栄養」）の算定回数を用いた。入院中に 1 回でも上記 A233-2、G005、J120 の算定があった症例をそれぞれ「NST 加算症例」「TPN 症例」「EN 症例」とした。なお、J120 は胃瘻使用時も算定できるため、EN には胃瘻使用も含まれる。

(iii) 病院訪問による事例検討

NST 加算算定の促進因子と阻害因子を検討する際の参考情報を得ることを目的として、質問紙調査協力病院のうち承諾が得られた 5 病院を 2013 年 1～3 月に訪問した。主として NST 専従管理栄養士に対する 1～2 時間の取材を行い、NST の対象症例抽出方法や管理栄養士の病棟における活動について尋ねるとともに、可能な場合は NST カンファレンスや NST 回診に同行して観察を行った。

2. 分析

質問紙調査で回答が得られた病院群から、2013 年 9 月時点で NST 非稼働の病院と、2012 年 4 月以降に NST 稼働状況又は NST 加算算定状況に著しい変化（開始又は中止）があった病院とを除外した。さらに、DPC データから算出した各病院の NST 加算割合（表 1①）の三分位で分割し、上位 1/3 を「高算定病院群」、下位 2/3 を「低算定病院群」とした。NST 加算割合に着目したのは、病床規模や病床稼働状況に影響されず、各病院でも算出しやすいためである。これに、非算定病院群（NST は稼働しているが NST 加算の算定を行わない病院群）を加え、

3 群とした。その上で、a) NST 加算症例の

表1. 各指標の算出方法	
① NST加算割合	$= \frac{(\text{NST加算あり症例数})}{(\text{全症例数})}$
② TPN・EN症例でのNST加算割合	$= \frac{(\text{NST加算ありTPN・EN症例数})}{(\text{全TPN・EN症例数})}$
③ NSTコア業務量	$= \text{NSTカンファレンスの(頻度)} \times (\text{所要時間}) \times (\text{参加人数})$ $+ \text{NST回診の(頻度)} \times (\text{所要時間}) \times (\text{参加人数})$
④ 管理栄養士集団における業務分野別の業務時間割合	$= \frac{(\text{各業務分野の週当たり延べ業務量})}{(\text{各業務分野の週当たり延べ業務量の合計})}$

特徴、b) NST 加算割合と病院特性の関連 c) 病院の管理栄養士の業務実態の観点から、それぞれ分析を行った。

NST 活動の充実度の指標については、表 1 の②、③の式で定義した。まず、②の「TPN・EN 症例での NST 加算割合」は、「TPN・EN 症例でどの程度 NST 加算が算定されているか」を検討する指標として用いた。本来は専門知識を要する TPN・EN 症例の多くに NST が関与している病院は、NST 活動が充実していると考えられたためである。次に、③の「NST コア業務量」については、NST 加算で中心的業務として要件化されている NST カンファレンスと NST 回診を「コア業務」と位置づけ、定量化して「算定が多い病院では NST の業務量も多いのか」を検討する指標として用いた。NST の業務には多岐に渡る項目を様々な職種が担当しているため、回診準備や文書作成等に係る業務量を正確に把握しようとすると質問紙回答者への負担が過大となることから、本研究ではコア業務に限定して分析することとした。

また、管理栄養士集団における業務分野別の業務時間割合については、表 1 の④のように算出した。なお、この項目の算出時には、同じ条件で比較するため、NST 専従者が管理栄養士である NST 加算病院のみ分析対象とし、また、常勤換算 1 人当たり業務時間が週 30 時間未満又は週 60 時間以上と算出された病院については、誤回答の可能性があるとみなして当該病院に再確認を要請し、訂正がなかった場合は不正回答として分析から除外した。

病院訪問による事例検討の結果は、各病院での NST 加算の算定プロセスについて算定割合のデータと合わせて検討し、これらの診療報酬算定に関わる促進要因及び阻害要因の候補となりうる事項を試行的に抽出した。

割合の差の検定にはカイ二乗検定を、カテゴリー変数における 2 群間の差の検定には Mann-Whitney 検定を、3 群間の差の検定には Kruskal-Wallis 検定を用いた。相関分析は Pearson の相関係数を算出した。ソフトウェアは IBM SPSS Statistics 20 を用い、有意水準は 0.05 とした。本研究は、京都大学医学研究科・医学部医の倫理委員会による承認を得て実施した（受付番号 E-1899）。

D. 研究結果

質問紙調査は 224 病院（回収率 79.2%）から回答を得た。病院の所在地は 45 都道府県に分布した。2013 年 9 月時点で NST 非稼働の 9 病院と、2012 年 4 月以降に NST 活動状況に著しい変化があった 15 病院（算定開始：8 病院、算定中止：6 病院、稼働及び算定開始：1 病院）を除外した。