

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

医療機関から在宅へ円滑に移行するための
適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた
課題探索のための研究

令和6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 榎 裕美

令和7（2025）年 5月

目 次

I. 総括研究報告

医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び 体制整備へ向けた課題探索のための研究	1
--	---

榎 裕美

表 1 在宅療養支援病院の管理栄養士配置	
表 2 他の医療機関の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁	
図 1 管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有しているか	
図 2 訪問診療の際に、どのような疾病・状態の患者に管理栄養士が訪問する必要性を 感じるか	
図 3 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する（期待されている）役割について	
図 4 在宅療養支援病院の管理栄養士への質問	

II. 分担研究報告

1. 効果的な訪問栄養食事指導等の体制整備に向けた事例収集	17
-------------------------------------	----

高田 和子、梶井 文子、友藤 孝明、西井 穂、本川 佳子

表 1 レビューのまとめ（学術誌）	
表 2 レビューのまとめ（紀要）	
表 3 レビューのまとめ（専門誌）	
表 4 レビューのまとめ（報告書）	
表 5 医療計画における訪問栄養食事指導の目指すべき方向性	
表 6 管理栄養士の確保に関する現状値，目標値，課題等の記載のまとめ	

2. 在宅療養者の訪問栄養食事指導等の実態把握と入院医療から在宅療養に移行する までの適切な栄養管理及び体制整備に向けた課題探索の調査研究	53
--	----

榎 裕美、三浦 公嗣、加藤 昌彦、菊谷 武、古賀 奈保子、高田 健人、
友藤 孝明、松尾 浩一郎、杉山 みち子、谷中 景子、矢野目 英樹

表 1-1～表 1-5 在宅療養支援病院（回答者：医師・看護師）	
表 2 在宅療養支援病院（回答職種別）	
表 3-1～表 3-6 在宅療養支援病院（回答者：管理栄養士）	
表 4-1～表 4-5 在宅療養支援診療所・在宅療養支援歯科診療所	
表 5-1～表 5-6 都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション	
資料 1 在宅療養支援病院調査票（医師・歯科医師・看護師用）	

資料 2 在宅療養支援病院調査票（管理栄養士用）

資料 3 在宅療養支援診療所/在宅療養支援歯科診療所調査票（医師・歯科医師・
看護師用）

資料 4 都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション調査票

3. 多職種および多施設と連携した訪問栄養食事指導等による栄養管理体制の
構造化に向けたインタビュー調査 115

西井 穂、梶井 文子、加藤 昌彦、古賀 奈保子、田中 和美、友藤 孝明、
杉山 みち子

表 インタビューガイド

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表 123

医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握
及び体制整備へ向けた課題探索のための研究

(24IA1011)

総括研究報告書

研究代表者 榎 裕美 日本健康・栄養システム学会 理事

研究要旨

【背景】今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備は、早急に着手すべき課題であり、特に栄養の観点からのアプローチは必須である。介護保険施設では、多職種による栄養ケア・マネジメント体制が強化され、病院では、管理栄養士の病棟配置が進むなど、栄養管理体制が充実してきている。しかし、在宅での「在宅患者訪問栄養食事指導」および「管理栄養士による居宅療養管理指導」の算定回数は著しく少なく、多職種連携についても推進されているとは言い難い状況である。

【目的】本研究班は、5つの目標を立て、医療計画および介護保険事業(支援)計画の見直しに向けて、在宅療養者に対する適切な栄養管理の充実に向けたシステム構築の基礎資料を示すことを目的とする。目標は、①-1 文献収集により効果的な訪問栄養食事指導等の体制整備に向け事例を収集し、訪問栄養食事指導の実施方法、栄養面での改善効果、その他の改善効果、実施上の課題について抽出、①-2 都道府県の第 8 次医療計画における管理栄養士の人材確保、訪問栄養食事指導の計画、在宅栄養食事指導に関連する評価指標の記載状況についての整理、②実態調査により、訪問栄養食事指導等の実態把握と促進要因および阻害要因の抽出、③入院医療から在宅療養への切れ目のない栄養管理体制に向けた課題探索、④インタビュー調査により多職種および多施設と連携した訪問栄養食事指導等による栄養管理体制の構造化、⑤①～④より現場で活用できる手引書、医療計画・介護保険事業(支援)計画の策定に寄与する提言の作成、の5つである。令和 6 年度は、①から③についての研究を実施、④のインタビュー調査に向けた対象施設の選定とインタビューガイドの作成を行った。

【結果】①-1 訪問栄養食事指導の事例報告では、栄養面の改善と QOL の改善に加え、介護者の負担軽減など栄養面以外の効果が示されていた。また、問題点として、診療報酬上で認められている訪問回数の不足、訪問栄養食事指導ができる管理栄養士の不足が指摘されていた。①-2 都道府県の医療計画において、訪問栄養食事指導の体制整備や連携の記載、医療従事者としての管理栄養士の現状値の記載はあるが、配置率の向上、資質の向上などの目標値についての具体性は低かった。②③在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所および都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション(以下栄養CS)を対象とした実態調査を行った結果、管理栄養士の雇用が進んでおらず、訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有している在宅療養支援病院(n=134)は全体の 36.6%、在宅療養支援診療所(n=354)は全体

の14.4%であった。栄養CSにおける訪問栄養食事指導の実績は低く、在宅の栄養管理の拠点として十分に機能を発揮しているとは言い難い状況であった。入院医療から在宅療養に移行するための栄養管理の体制整備は、在宅へ移行する手続き等のプロセスの明確化と地域における多施設連携を推進する必要があることが示された。一方、管理栄養士は、医師、歯科医師、看護師等の多職種から「在宅療養者の生きがい、食べる楽しみ等のQOL向上」の担い手であると認識されていた。体制整備に向けた最も大きな課題は、管理栄養士の数の不足と診療所等の人的資源の有効活用が成されていない点であった。④令和7年度に実施するインタビュー調査のインタビューガイドの作成と41施設のインタビュー対象施設を抽出した。インタビューは、好事例の聴取から、多職種連携を踏まえた訪問栄養食事指導等のプロセスと体制および取組の状況を聴取する。

【結論】 事例収集により訪問栄養食事指導は、栄養面の改善と介護者の負担軽減など栄養面以外の効果を示され、さらに実態調査からも同様に意見が述べられた一方で、管理栄養士の数の不足から在宅療養者の適切な栄養管理の充実に向けた体制整備は行われているとは言い難い状況であった。人的資源の確保に向けて、まずは都道府県の保健医療計画において、地域の特性に見合った訪問栄養食事指導等の具体的な推進方針とそれを支える管理栄養士の確保目標数が明示されることが望まれる。在宅へ移行する手続き等のプロセスの明確化と地域における多施設連携は、令和7年度に実施するインタビュー調査により明らかにする。令和7年度には、最終目標である在宅の低栄養高齢者の栄養管理の定量的ニーズとそれに対応する管理栄養士の必要数等の推計、推計に基づく次期医療計画・地域医療構想における在宅低栄養高齢者対応への記載内容に関するテンプレートの提案と在宅の低栄養高齢者に対する訪問栄養支援のための手引書を作成する。

【研究分担者】

三浦公嗣（日本健康・栄養システム学会）
梶井文子（東京慈恵会医科大学）
加藤昌彦（椋山女学園大学）
菊谷武（日本歯科大学多摩クリニック）
古賀奈保子（医療法人社団いばらき会）
高田和子（東洋大学）
高田健人（十文字学園女子大学）
田中和美（公立大学法人神奈川県立保健福祉大学）
友藤孝明（朝日大学）
西井穂（神戸女子大学）
松尾浩一郎（東京科学大学大学院）
本川佳子（東京都健康長寿医療センター研究所）

【研究協力者】

上野俊（公益社団法人東京都栄養士会）
小原留美（光風会訪問看護ステーション）
小山秀夫（日本健康・栄養システム学会）
杉山みち子（日本健康・栄養システム学会）
谷中景子（医療法人社団千春会千春会病院）
内藤典子（社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修センター）
馬場正美（東海学園大学）
深浦順一（日本言語聴覚士協会）
諸岡歩（伊丹健康福祉事務所（保健所））
安田和代（医療法人かがやき総合在宅医療クリニック）
山本伸一（日本作業療法士協会）

矢野諭(日本慢性期医療協会)
 矢野目英樹(社会医療法人財団慈泉会相澤病院)

A. 研究目的

今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備は、早急に着手すべき課題であり、特に栄養の観点からのアプローチは必須である。介護保険施設では、多職種による栄養ケア・マネジメント体制が強化され、病院では、管理栄養士の病棟配置が進むなど、栄養管理体制が充実してきている。しかし、在宅での「在宅患者訪問栄養食事指導」および「管理栄養士による居宅療養管理指導」の算定回数は著しく少なく、多職種連携についても推進されているとは言い難い状況である。

本研究班は、5つの目標を立て、医療計画および介護保険事業(支援)計画の見直しに向けて、在宅療養者に対する適切な栄養管理の充実に向けたシステム構築の基礎資料を

B. 研究方法

示すことを目的とし、令和6年度は、①から③についての研究を実施、④のインタビュー調査に向けた対象施設の選定とインタビューガイドの作成を行った。

①効果的な訪問栄養食事指導等の体制整備に向けた事例収集、都道府県の第8次医療計画における管理栄養士の人材確保、訪問栄養食事指導の計画、在宅栄養食事指導に関連する評価指標の記載状況についての整理(令和6年度)

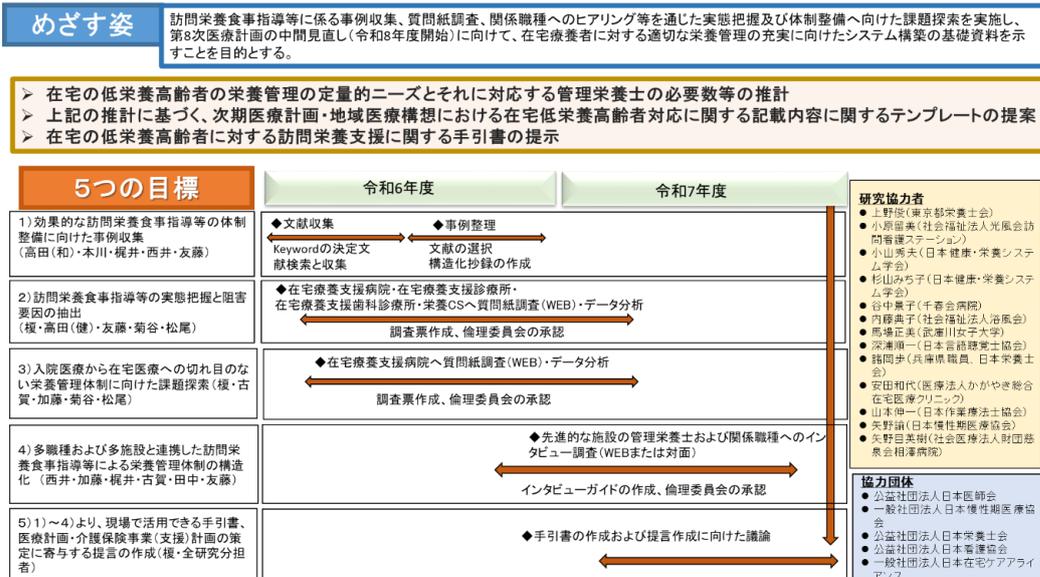
②訪問栄養食事指導等の実態把握と促進要因および阻害要因の抽出(令和6~7年度)

③入院医療から在宅医療への切れ目のない栄養管理体制に向けた課題探索(令和6~7年度)

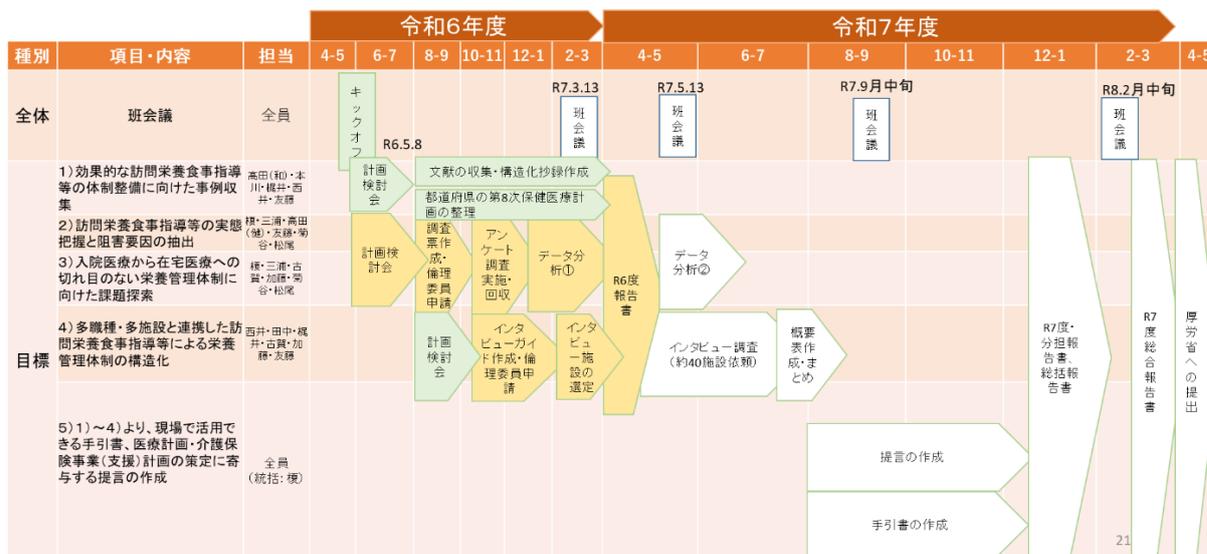
④多職種および多施設と連携した訪問栄養食事指導等による栄養管理体制の構造化(令和7年度)

⑤①~④より現場で活用できる手引書、医療計画・介護保険事業(支援)計画の策定に寄与する提言の作成(令和7年度)

研究全体の流れ図を示した。



流れ図 1



流れ図 2

①-1 効果的な訪問栄養食事指導等の体制整備に向けた事例収集

医学中央雑誌及び厚生労働科学研究データベースにおいて検索を行い、医学中央雑誌における検索期間は 2000～2024 年、言語は日本語または英語とした。さらに日本健康・栄養システム学会誌、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌、日本看護科学会誌、日本在宅ケア学会誌、日本老年看護学会誌(老年看護学)、日本静脈経腸栄養学会雑誌、歯界展望をはじめとする各雑誌についてはハンドサーチを実施した。これらの内容を介入対象者、介入者、介入内容、栄養面に関する効果、栄養面以外の効果および課題等についてエビデンステーブルを作成した。

①-2 都道府県の第 8 次医療計画における管理栄養士の人材確保、訪問栄養食事指導の計画、在宅栄養食事指導に関連する評価指標の記載状況についての整理

各都道府県庁のホームページから、医療計画の資料をダウンロードし、在宅患者訪問栄養食事指導(医療保険)を受けた患者数、

管理栄養士による居宅療養管理指導(介護保険)を受けた患者数、訪問栄養食事指導を実施している事業所、訪問栄養食事指導のための体制整備、管理栄養士の現状値・目標値・課題に関する記述についてまとめた。

②在宅療養者の訪問栄養食事指導等の実態把握

③入院医療から在宅療養に移行するまでの適切な栄養管理および体制整備に向けた課題探索の調査研究

1) 対象施設および回答者

対象施設は、在宅療養支援病院は全数の 2,086 施設、在宅療養支援診療所は、都道府県別層化3割無作為に抽出した 4,504 施設、在宅療養支援歯科診療所も都道府県別層化3割無作為に抽出した 2,629 施設、都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション(以下、栄養 CS)は全数の 47 施設とした。一般社団法人日本在宅ケアアライアンスの協力も得て実施した。

調査票の回収は、在宅療養支援病院で

は、回答者が医師、歯科医師、看護師とした調査票は 130 施設(回収率 6.2%)、回答者が管理栄養士とした調査票は 136 施設(回収率 6.5%)であった。在宅療養支援診療所は 364 施設(回収率 8.1%)、在宅療養支援歯科診療所は 190 施設(回収率 7.2%)、栄養 CS は 32 施設(回収率 68.1%)の回答があった。さらにデータ入力の不備等を除外した有効回答数は、在宅療養支援病院(回答者が医師、歯科医師、看護師)101 施設、(回答者が管理栄養士)134 施設、在宅療養支援診療所は 354 施設、在宅療養支援歯科診療所は 190 施設、都道府県栄養士会栄養 CS は 32 施設であった。なお、参考値として調査を実施した日本在宅ケアアライアンスからは、在宅療養支援診療所 4 施設、在宅療養歯科診療所 4 施設を回収した。

在宅療養支援病院の回答者は、院長が依頼した訪問医療を行っている医師・歯科医師または看護師、管理栄養士とし、在宅療養支援診療所と在宅療養支援歯科診療所の回答者は、診療所長が依頼した訪問医療を行っている医師・歯科医師または看護師、管理栄養士(雇用されている場合)とした栄養 CS の回答者は、各都道府県栄養士会栄養 CS の責任者とした。

なお、本調査では、サンプルサイズを計算して調査を実施したが、回答を督促し調査期間を延長したにも関わらず、回収率が想定以上に低く、計算式により算出したサンプルサイズを満たしていない。しかし、診療報酬および介護報酬におけるこれまでの算定実績が低迷していることに鑑み、訪問栄養食事指導等への関心や意欲はあっても、自ら実施している実績を残してきた医療機

関は多いとは言えないことから、多くの調査対象医療機関等が今回の調査への回答に及ばなかったことも回答数が限られた背景にある可能性も否定できない。その場合、むしろ今回の調査結果は実態をよりの確に示しているとも言える。

2) 調査方法

日本健康・栄養システム学会ホームページのトップページにおいて、WEB 調査票への回答の前に WEB 上で同意を得る方法で調査を実施した。研究協力を承諾した場合には、責任者あるいはこれらの者が依頼した医療従事者に(以下、回答者という)、WEB 調査票への回答を求めた。

3) 調査内容

・在宅療養支援病院(回答者が医師、歯科医師、看護師)

施設の基本情報、退院カンファレンスの参加職種、患者の自宅を訪問する職種、退院カンファレンスを受けた患者数、訪問診療の実績、看取り加算の算定数等を調査した。在宅医療における管理栄養士の必要性については、管理栄養士が訪問する必要性を感じる疾病・状態、訪問栄養食事指導を行う管理栄養士への期待、訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁等を調査した。

・在宅療養支援病院(回答者が管理栄養士)

施設の基本情報、非常勤職員も含めた病院全体の管理栄養士の配置数、患者の自宅を訪問する管理栄養士の配置数および連携・協働している職種、定期的なカンファレンスへの参加状況等を調査した。入院医療から在宅療養への移行に関しては、退院支援計画、訪問栄養食事指導を行う体制の有無、訪問栄養食事指導の平均滞在時間等の実施状況、管理栄養士が 1日に訪問栄

養食事指導を担当できる人数、医療保険・介護保険における訪問栄養食事指導の算定実績を調査した。回答者が医師、歯科医師、看護師と同様の質問項目として、管理栄養士が訪問する必要性を感じる疾病・状態、訪問栄養食事指導を行う管理栄養士への期待、訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁等を調査した。さらに、訪問栄養食事指導を実施するための教育体制、地域における訪問栄養食事指導の周知と対象機関についても調査を行った。

・在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所

診療所の基本情報、患者の自宅を訪問する職種、訪問診療または訪問歯科診療の実績、看取り加算の算定数等を調査した。訪問栄養食事指導を行う体制の有無、管理栄養士の雇用数と業務内容、訪問栄養食事指導の平均滞在時間等の実施状況、管理栄養士が1日に訪問栄養食事指導を担当できる人数、医療保険・介護保険における訪問栄養食事指導の算定実績を調査した。管理栄養士の在宅医療における管理栄養士の必要性、訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁等を調査した。

・栄養CS

2024年9月1日時点の認定栄養CSの設置数、機能強化型認定栄養CSの設置数、当該栄養CSの管理栄養士登録者数を調査した。また、雇用している常勤職員数と非常勤職員数、医療保険・介護保険における訪問栄養食事指導の算定実績、連携機関・団体、管理栄養士の在宅医療における管理栄養士の必要性について調査した。さらに、都道府県栄養士会栄養CSとしての人員確保に関すること、教育・研修内容、地域におけ

る訪問栄養食事指導の周知と対象機関についても調査を行った。

4) 統計解析

施設別に基本集計を行った。名義尺度および順序尺度は、n数と%で示し、間隔尺度は、n数、平均値、中央値、標準偏差を示した。統計解析には、IBM SPSS ver. 29を用い、有意水準は5%とした。

5) 倫理的配慮について

本研究は、日本健康・栄養システム学会倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号 2024B、令和6年10月9日承認)。

④多職種および多施設と連携した訪問栄養食事指導等による栄養管理体制の構造化に向けたインタビュー調査

1) インタビュー対象施設およびインタビュー対象者の選定

②、③の実態調査で、インタビュー調査への協力が可能との回答を得た施設から、訪問栄養食事指導の実績、多施設および多職種との先進的な連携状況等の選択条件により、在宅療養支援病院 8 施設、在宅療養支援診療所 9 施設、在宅療養支援歯科診療所 5 施設、都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション 5 施設と令和5年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)事業において先進的な取組が紹介されている14施設を含めた合計41施設を抽出した。

2) 調査方法

インタビューは、WEB方式により、インタビューガイドを用いた半構造化インタビューを、主インタビューアールと副インタビューアールの2名で実施する。調査期間は、令和7年5月から令和7年11月末までとした。

3) インタビューガイドの作成

インタビューガイドは、多職種で構成された研究分担者で協議し作成した。インタビュー内容は、好事例の聴取から、多職種連携を踏まえた訪問栄養食事指導等のプロセスと体制および取組の状況を、以下の①から⑤の順に聴取する。

- ①訪問栄養食事指導の好事例の患者像、プロセス、アウトカムについて
- ②好事例における多職種との連携について
- ③訪問栄養食事指導の取り組みが困難であった具体的な状況と解決方法について
- ④管理栄養士不在の診療所や在宅療養支援病院から栄養 CS へつなげる方法について
- ⑤在宅訪問栄養食事指導の制度に対する課題・要望について

4) 倫理的配慮について

本研究は、日本健康・栄養システム学会倫理審査委員会の承認を得た(承認番号2025A1、令和7年2月6日承認 変更届令和7年4月16日承認)。

【研究班会議開催状況】

研究班全体会議

- 第1回班会議:令和6年5月8日
- 第2回班会議:令和7年3月13日

研究分担班の会議

- 事例収集班会議:令和6年6月3日
- 実態把握班、課題探索班合同会議:令和6年6月12日
- 課題探索班会議:令和6年6月28日
- 実態把握班、課題探索班合同会議:令和6年7月11日
- 実態把握班、課題探索班合同会議:令和6年7月25日

- 実態把握班、課題探索班合同会議:令和6年8月7日

- インタビュー班会議:令和7年1月14日

在宅訪問栄養食事指導実施の先進的施設の視察およびヒアリング

- 在宅療養支援診療所(岐阜県)視察:令和6年5月22日
- 在宅療養支援診療所(茨城県)ヒアリング(WEB):令和6年6月4日
- 在宅療養支援病院(京都府)ヒアリング(WEB):令和6年6月4日

C. 結果

①-1 効果的な訪問栄養食事指導等の体制整備に向けた事例収集

医学中央雑誌、厚生労働科学研究のデータベース、ハンドサーチから紀要6件、専門誌12件、報告書4件を抽出した。対象者の年代は男女ともに高齢者が多く、年齢の幅も広がった。低栄養が多いが、認知症、糖尿病のコントロール困難、腎症、摂食嚥下機能低下などであった。

訪問頻度は、月1回未満の場合から、制度にあわせて月2回、あるいはクリニックのサービス等を活用する週1回の訪問がみられた。介入内容では、食形態の工夫、食事指導、適した食品の紹介、補助食品の紹介、口腔ケア、本人あるいは介護者への調理指導、配食サービスの内容変更、通所施設の昼食の変更の提案など多岐にわたっていた。

栄養面の改善では、体重増加、摂食量増加、Alb 改善、MNA-SF などの栄養指標の改善、HbA1c の改善、経口摂取への移行、たんぱく質摂取量の増加などの栄養素摂取量の増加、食形態の向上などがみられた。

栄養面以外の改善では、外出頻度の増加、意欲の向上、安心感(心理的負担の軽減)、介護者の負担軽減、褥瘡の改善、日常生活の自立、表情が豊かになる、会話が増える、家族との食事機会の増加、投薬量の減少など、本人の QOL や健康状態の改善だけでなく、介護者の QOL 改善にも有効な事例がみられた。

一方で、課題として挙げられた内容には、他職種が管理栄養士の業務内容の理解が不十分、問題が複雑なため多職種での介入が必要、制度上の月2回の訪問では不足、地域の在宅ネットワークや訪問看護ステーション・医師会・歯科医師会などとの連携の必要性、本人や介護者が管理栄養士の介入内容を理解していない、栄養補助食品が実費負担になるので導入が困難、介護支援専門員の訪問食事栄養指導への理解不足、事例によっては時間を要し採算があわないなどが挙げられた。

①-2 都道府県の第8次医療計画における管理栄養士の人材確保、訪問栄養食事指導の計画、在宅栄養食事指導に関連する評価指標の記載状況についての整理

国の医療計画では、医療保険の訪問栄養食事指導や介護保険における居宅療養管理指導を受けた対象者数の目標をあげている。また、訪問栄養食事指導や居宅療養管理指導に対応できる施設数の実態を示し、都道府県ごとに差があることを示している。今回、訪問栄養食事指導を受けた患者数の記載があった都道府県は 17 都道府県、居宅療養管理指導を受けた患者数の記載があった都道府県は 4 都道府県にとどまった。また、実施している事業所数についての記

載は、16 都道府県であり、さらに 4 県は栄養ケア・ステーション数のみを記載していた。今後については、必要性や今後推進するという記載、多機関での連携の必要性、栄養ケア・ステーションとの連携あるいは活用の必要性、多職種連携の必要性、体制の整備、訪問栄養食事指導の周知、訪問に対応できる十分な人材確保、栄養士・管理栄養士の資質の向上などが見られた。

また、「医師の確保及び医療従事者(医師以外)の確保」における管理栄養士についての現状値については、多くの都道府県において記載があり、病院・診療所に勤務している栄養士・管理栄養士数、行政栄養士数、特定給食施設における管理栄養士の配置の状況などの記載があった。一方で、目標値については、栄養士・管理栄養士の配置率の向上として具体的な数値を記載している都道府県もあるものの、記載のない都道府県が多かった。課題等の記載では、栄養士・管理栄養士の必要性は記載しているものの、全体的に研修会の実施による資質の向上やネットワーク構築や多職種連携の機会の増加、需要動向や現状の把握により配置をすすめるなどが見られた。

②在宅療養者の訪問栄養食事指導等の実態把握

・在宅における栄養管理体制の現状と実態

管理栄養士の配置は、病院では、常勤職員と非常勤職員を合わせて 3.2 ± 2.0 人雇用しており、管理栄養士:入院患者は、1:42 であった。病院の管理栄養士のうち、自宅を訪問する管理栄養士は、 0.8 ± 1.2 人であり、平均人員で1人を割っている現状であった(表1)。診療所と歯科診療所における管理栄養

士の雇用は、それぞれ全体の 14.7% (52 施設)、11.1% (21 施設)であった。診療所での管理栄養士の雇用は、常勤職員と非常勤職員を合わせて 0.3 ± 2.1 人、歯科診療所では、 4.7 ± 10.9 人であった。さらに、訪問栄養食事指導の業務を専任する1人の管理栄養士が1日に担当できる人数について調査し、病院では 39 施設の回答があり、 2.2 ± 1.6 人/日であった。診療所では、22 施設の回答があり、 2.7 ± 1.8 人/日、歯科診療所では、10 施設の回答があり、 1.5 ± 1.3 人/日であった。

栄養管理体制について、在宅療養支援病院所属の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有しているのは、全体の 40%弱であり、管理栄養士が訪問栄養食事指導を行っているのは、全体の 30%程度の低率であった。また、在宅療養支援診療所では、訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有している施設は、全体の約 15%であり、さらに訪問栄養食事指導を実施している施設は全体のわずか 8.5%であった(図1)。

・多職種連携・多職種協働の課題

病院の管理栄養士の回答で、入院中の栄養管理における多職種連携は、医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職と協働しているという結果であった。一方、訪問栄養食事指導において管理栄養士と連携・協働が必要と考える職種は、医師、看護師、リハビリテーション専門職の他、生活を支援する専門職である介護支援専門員、訪問介護員、社会福祉士が挙げられた。

訪問診療の際に管理栄養士の必要性を感じる状態・疾患としては、医師、歯科医師、看護師、管理栄養士の立場からのそれぞれの回答は、若干の差異があるものの、「低栄

養状態」、「摂食・嚥下障害」、「食欲不振」、「糖尿病」、「腎臓病」が挙げられた(図2)。また、訪問栄養食事指導の管理栄養士に期待する役割としては、病院の医師、看護師、歯科診療所の歯科医師等からの 75%以上、診療所の医師等の 60%以上から、「生きがい・食べる楽しみ等の QOL 向上」との回答があった(図3)。

③入院医療から在宅療養に移行するまでの適切な栄養管理および体制整備に向けた課題探索の調査研究

・入院医療から在宅療養へ移行するための栄養管理の体制整備

入院患者の定期的なカンファレンスでは、管理栄養士は必ず参加、または必要な場合に参加しているのは、全体の約 90%であり、さらに在宅療養に移行する患者の入院中の栄養状態および食事内容に関する情報は、約 80%の病院が退院後の医療機関に提供、または必要に応じて提供している状況であった(図4)。病院退院前カンファレンスにおいても、70%以上の病院が、毎回参加する職種、または必要に応じて参加する職種として管理栄養士を挙げていた。また、退院支援計画の内容としてリハビリテーション・栄養・口腔管理を一体的に盛り込んでいる割合は、必要に応じて盛り込んでいると回答を含め、約 50%程度に留まっていた。訪問栄養食事指導の周知について、病院が、他の施設、団体へ訪問栄養食事指導実施についての周知、つまり情報発信しているかについては、情報発信がなされている病院はわずかであったが、周知先として挙げられたのは、医師会、他の病院・診療所等の医療機関、訪問看護ステーション、地域包括センター等であった。

一方、他の医療機関等の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁について、病院、診療所の医師等、歯科診療所の歯科医師等からは、全体の50%以上が「他の医療機関との契約手続きが煩雑」、「依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関がわからない」と回答していた(表2)。

令和6年度の診療報酬改定で、診療所が栄養管理体制を整備していくうえでの連携先として示されたのが、都道府県が運営する栄養CSである。本調査結果では、栄養CSに登録している管理栄養士は、1施設平均で約100人程度いるものの、実際に医療機関からの管理栄養士の紹介依頼は、1か月間で平均1件以内であり、訪問栄養食事指導の実績については、診療報酬、介護報酬ともに、算定していない栄養CSが多く見受けられた。

④多職種および多施設と連携した訪問栄養食事指導等による栄養管理体制の構造化に向けたインタビュー調査

インタビューガイドの詳細は表(分担研究報告書参照)に示した。インタビュー対象施設は、41施設とし、インタビュー調査への研究協力の同意取得に向けて、研究説明書、研究同意書、研究撤回書等の書類送付の準備中である。

D. 考察

本研究班は、5つの目標を立て、医療計画および介護保険事業(支援)計画の見直しに向けて、在宅療養者に対する適切な栄養管理の充実にに向けたシステム構築の基礎資料を示すことを目的とし、令和6年度は、①から③についての研究を実施、④のインタビュー調

査に向けた対象施設の選定とインタビューガイドの作成を行った。

①-1の事例収集では、学術誌における論文のみでなく、事例報告や専門誌、紀要、報告書などを含めて事例を収集した。パブリケーションバイアスがある可能性は高いが、報告されている事例では、摂食量の増加、体重増加、経口移行、Albの増加などの栄養改善の効果が見られた。自立度の向上やQOLの改善、意欲の向上など栄養面以外の効果も多数、報告されており、さらに調理や食事の提供方法の工夫により介護者の負担の軽減にもつながっていた。訪問や実際の介入においては、多職種の連携の重要性が指摘されており、実際に食事を準備するヘルパーとの連携や通所施設の食事、配食サービスなど様々な事業との連携事例がみられている。実施した中での課題としては、特に介入初期や看取りにおいては、月2回の訪問では不十分で、クリニックのサービスなどとして多くの回数の訪問をしている事例がみられ、時期に応じた訪問回数の対応ができるような柔軟性が必要であった。訪問での栄養の介入を実施するためには、本人や介護者における管理栄養士の介入の理解不足(何をしてくれるかわからない)や他の職種も管理栄養士の介入の役割の認識が不足している例や訪問栄養食事指導等を担当できる管理栄養士の不足も指摘されており、訪問栄養食事指導を進めていくためには、多職種の連携や理解とともに、管理栄養士がどこに何人配置されるかも検討が必要と考えられた。

①-2 国の医療計画において、今回、訪問栄養指導に関する記述や他の医療職として栄養士・管理栄養士が明記された。それに伴う都道府県の医療計画における記述では、在

在宅患者訪問栄養指導、居宅療養管理指導、訪問栄養指導を実施している事業所数の具体的な記述はまだ少なかった。医療保険、介護保険での患者数はデータとしては存在しているはずであるが、記入のない都道府県が実施をしていないのか、保険申請の件数を医療計画に掲載しようとしなかっただけなのかは不明である。しかし、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーションなどに比べると訪問栄養指導の記載は少なく、訪問栄養指導の認知、重要性の認識の低さを感じられた。課題等については、国の医療計画の記載に準じて、体制整備や人材育成などが記載されているが、いずれも他の訪問の事業に比べると具体性が低かった。医療計画に訪問栄養指導が記載されたことによる影響は大きいと思われるが、現時点では具体的な目標や計画を立てることが困難であったと推測される。医療従事者としての栄養士・管理栄養士については、現状値は記載があるものの、目標値の記載は少なく、課題等についても研修会の実施などの記載であった。人材不足については、医師や看護師の問題が大きく取り上げられており、栄養士・管理栄養士については、配置率の向上は検討しているものの、人数の記載は少なく、まだ具体的な配置目標はないと考えられる。しかし、各都道府県の医療計画においては、栄養士・管理栄養士とう小項目を挙げている都道府県と、その他の医療従事者とまとめられている場合が見られる。しかし、国の医療計画において、その他の医療従事者の一部ではあるものの、臨床放射線技師などに併記して管理栄養士が具体的に示されるようになったことにより、多くの都道府県で少なくとも管理栄養士についても何らかの記載をしているものと考えられる。

②・③ 令和6年度の診療報酬改定により、在宅療養支援病院は、施設基準として、「当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していること」が新設された。また、在宅療養支援診療所においても、「当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外(公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。)の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい」との基準が新設された。

令和6年度に実施した本調査結果では、栄養管理体制について、在宅療養支援病院所属の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有しているのは、全体の半数以下、在宅療養支援診療所では、低率であり、管理栄養士を雇用していない在宅療養支援診療所が、栄養管理体制の整備に向けて、他の医療機関との連携や栄養CSを活用していないことが明らかとなった。また、在宅療養支援診療所および在宅療養支援歯科診療所では、管理栄養士を雇用しているが、在宅の栄養管理を担う資源として活用できていない状況も示された。特に、在宅療養支援歯科診療所においては、訪問栄養食事指導が歯科医師の指示では、報酬上算定できないことが課題として挙げられた。医科・歯科の連携と訪問栄養食事指導への指示の流れを円滑化する等の方策が望まれる。

在宅療養支援病院の栄養管理体制が整備されない最も大きな課題は、管理栄養士の雇

用数の不足が考えられる。在宅で療養している高齢者に限っても、その約7割が低栄養状態またはそのリスクが高い状態にあるという実態がある一方で、それらの者に対する栄養管理の実施状況の実績は限られており、厚生労働省第5回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループの資料では、2020年に在宅患者訪問栄養食事指導を受けた患者は142.5人/月（実施している医療機関数は114.7か所）、管理栄養士による居宅療養管理指導を受けた利用者数は4,960人/月（実施している医療機関数は1,116か所）である。2025年の日本の要介護高齢者（要支援も含む）を約700万人と推計した場合、低栄養または低栄養のリスク者が全体の7割存在する報告から算出すると、栄養介入が必要な在宅療養者は、約490万人となり、必要数と現状のレセプト件数では大きく乖離がある。また、今回の調査で判明したように一人の管理栄養士が1日に対応できる対象者数はごく少数であることを考慮すると、訪問栄養食事指導等に従事する管理栄養士の絶対的不足は否めない。この問題の解決に向けて、地方自治体による積極的な取り組みとそれを支える国の技術的支援が不可欠である。

一方で、管理栄養士の訪問栄養食事指導等への必要性は、多職種から認められており、療養者の「生きがい・食べる楽しみ等のQOL向上」を強く期待されていた。これらの結果から、本調査において、訪問栄養食事指導において管理栄養士と連携・協働が必要と考える職種は、医師、看護師、リハビリテーション専門職の他、生活を支援する専門職である介護支援専門員、訪問介護員、社会福祉士が挙げられたことから、連携すべき専門職との連携を密にする方策を検討し、在宅療養者の食

べる楽しみ、QOLの維持・向上に繋げるための検討が必要である。

入院医療において、管理栄養士は、おおむね患者の在宅療養に向けてのシームレスな栄養管理を行うための役割を果たしており、次の医療機関への情報提供に関しても、寄与していることが示された。従って、入院医療から在宅療養への移行期の手続き等のプロセスを明確化することが体制整備に繋げる方策の一つとなる。入院医療から在宅療養への移行期の手続き等のプロセスの一助となるのが、訪問栄養食事指導の周知であるが、この部分においても推進されていないことが明らかとなり、周知の方法やその後のプロセスを明確化し、多施設連携を推進していくことが必要と考えられる。

他の医療機関等の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示が進まない課題については、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の医師等、在宅療養支援歯科診療所の歯科医師等からは、全体の50%以上が「他の医療機関との契約手続きが煩雑」、「依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関がわからない」と回答しており、手続きの明確化と可能な限り簡略化すること、地域の在宅の栄養管理を担う医療機関の見える化が望まれている。また、令和6年度の診療報酬改定で、連携先として示されたのが、都道府県栄養士会が運営する栄養CSであるが、本調査では在宅の栄養管理の拠点として十分に機能を発揮しているとは言い難い状況であった。栄養CSが、今後、地域の栄養管理体制を整備していくためには、管理栄養士登録者の増員に向けての工夫、管理栄養士が勤務可能な地域の把握の徹底、連携する団体とのさらに強固な関係づくり、地域の医療機関、訪問看護ステ

ーション等への周知活動は喫緊の課題である。さらには、都道府県栄養士会として、地域の医療機関等と協働し、管理栄養士の経験年数に合わせた教育・研修プログラムの立案と実施が望まれ、地域の栄養管理を担う一翼になる強い意志を持ち、診療報酬上の記載に見合った施設としての栄養CSの体制整備を願う。

④ インタビュー調査では、多様な施設で実施されている訪問栄養食事指導等の好事例の聴取から栄養管理に至るまでのプロセスと体制を整理していく。特に医師から指示書が出るまでの経緯、指示内容、ゴール設定、栄養ケアの内容および訪問頻度等のプロセスと多施設連携、多職種連携や各職種の役割は、在宅での栄養ケア・マネジメントを推進していくうえで重要な項目である。管理栄養士不在の診療所から栄養CSに繋げる仕組み、また受け入れ側である栄養CSの体制も明らかにしておく計画である。

E. 結論

事例収集により訪問栄養食事指導は、栄養面の改善と介護者の負担軽減など栄養面以外の効果が示され、さらに実態調査からも同様に意見が述べられた一方で、管理栄養士の数の不足から在宅療養者の適切な栄養管理の充実に向けた体制整備は行われているとは言い難い状況であった。体制整備に向けた最も大きな課題は、管理栄養士の数の不足であり、さらには、人的資源の有効活用が成されていない点である。このため、人的資源の確保に向けて、まずは都道府県の医療計画において、地域の特性に見合った訪問栄養食事指導等の具体的な推進方針とそれを支える管理栄養士の適切な確保目標数が明示されること

が望まれる。一方、訪問栄養食事指導等の現場からは、在宅療養における栄養管理の明確なエビデンスを積極的に発信していくことも望まれる。

在宅へ移行する手続き等のプロセスの明確化と地域における多施設連携は、令和7年度に実施するインタビュー調査により明らかにする。なお、令和7年度には、最終目標である在宅の低栄養高齢者の栄養管理の定量的ニーズとそれに対応する管理栄養士の必要数等の推計、推計に基づく次期医療計画・地域医療構想における在宅低栄養高齢者対応への記載内容に関するテンプレートの提案と在宅の低栄養高齢者に対する訪問栄養支援に関する手引書を作成する。

F. 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

該当なし

I. 参考文献

1)野村総合研究所 令和4年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 管理栄養士による居宅療養管理指導に関する調査研究事業-報告書
<https://www.nri.com/content/900032522.pdf> (令和7年3月31日閲覧)

2)株式会社エヌ・ティ・ティ・データ研究所
 令和4年度 老人保健事業推進費等補助
 金老人保健健康増進等事業 在宅で療養
 する要介護高齢者に対する多職種連携と適
 切なサービス提供に係る調査研究事業-報
 告書

https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r04_6_01jigyohokokusho.pdf(令和7年3月31日
 閲覧)

表1 在宅療養支援病院の管理栄養士配置

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
総病床数 (床)			134	117.7	111.0	53.4
3. 病院全体での管理栄養士の配置について (人)						
常勤職員			134	3.0	3.0	1.8
非常勤職員の常勤換算数			134	0.2	0.0	0.6
病院全体の管理栄養士の配置数			134	3.2	3.0	2.0
病床数/管理栄養士の配置数			134	42.4	39.9	18.6
4. 患者の自宅 (居宅系施設も含む) を訪問する管理栄養士について (人)						
常勤職員			134	0.8	0.0	1.2
非常勤職員の常勤換算数			134	0.5	0.0	0.2
患者の自宅を訪問する管理栄養士の配置数			134	0.8	0.0	1.2

表2 他の医療機関の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁
 (複数回答, %)

	在宅療養支援病院 (医師等, n=101)	在宅療養支援診療所 (医師等, n=354)	在宅療養歯科支援診療所 (歯科医師等, n=190)
他の医療機関との契約手続きが煩雑	51.5	49.7	44.2
依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関がわからない	42.6	57.1	62.1
依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関が近隣にない	14.9	23.7	24.2
訪問栄養食事指導の報酬が少ない	32.7	19.2	20.5
訪問栄養食事指導の指示を出す医師への報酬がない	21.8	22.6	17.9
訪問栄養食事指導の内容を共有することが困難	22.8	13.0	25.3
訪問診療中に栄養管理まで手が回らない	27.7	28.2	42.6
その他	10.9	3.4	6.3

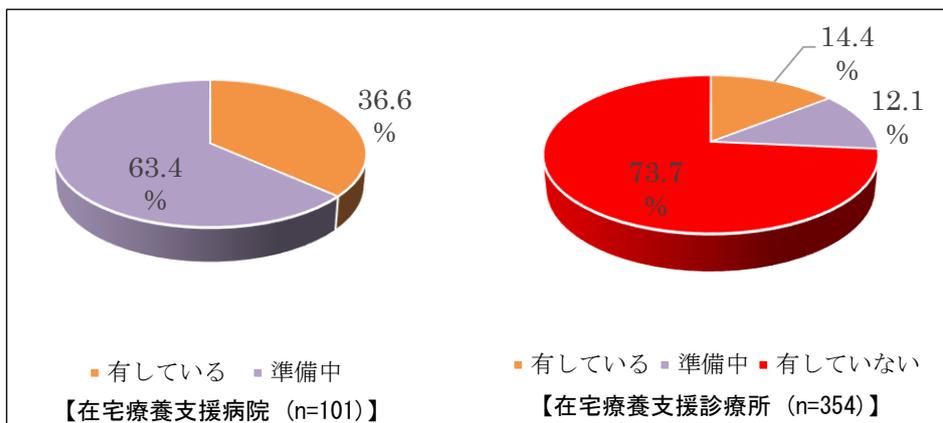


図1 管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有しているか (%)

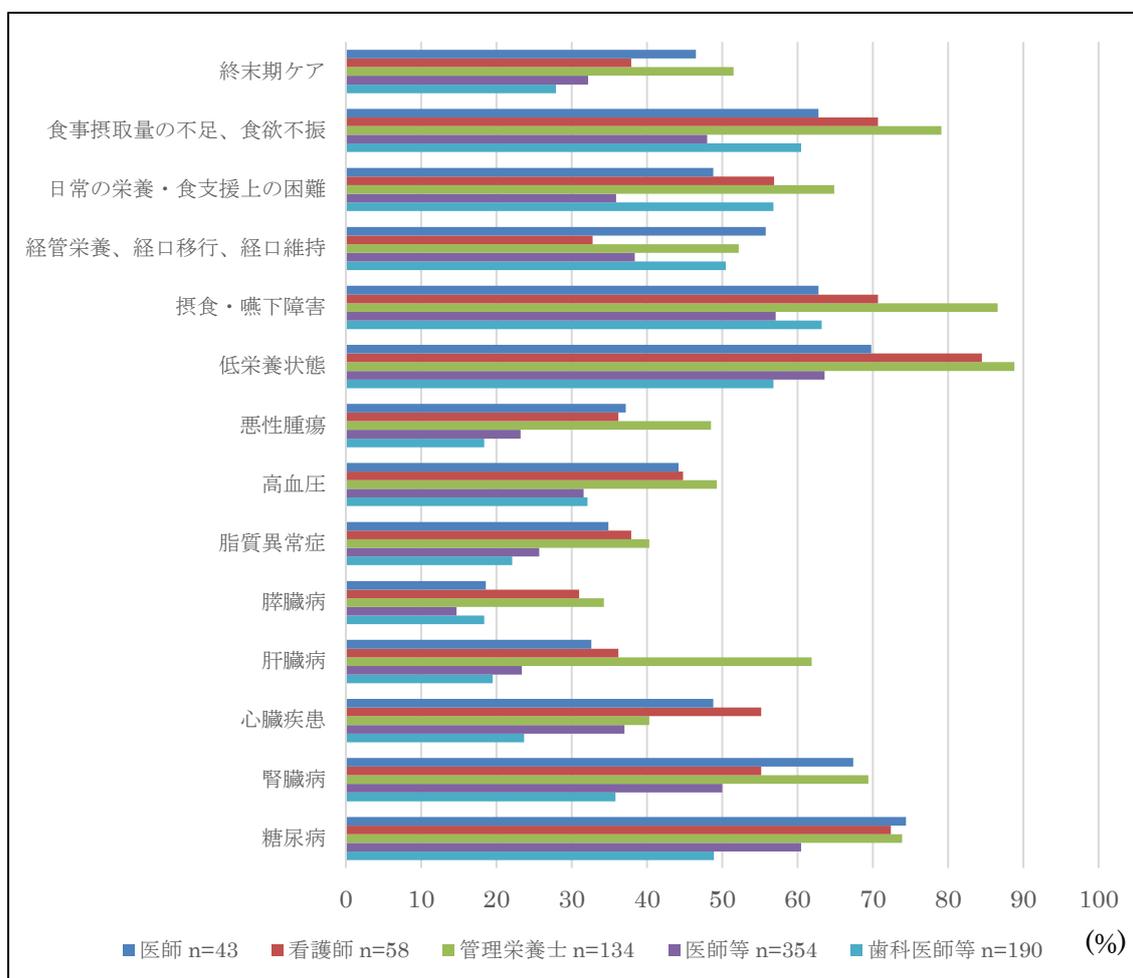


図2 訪問診療の際に、どのような疾病・状態の患者に管理栄養士が訪問する必要性を感じるか (複数回答, %)

※医師、看護師、管理栄養士：在宅療養支援病院、医師等：在宅療養支援診療所、歯科医師等：在宅療養支援歯科診療所

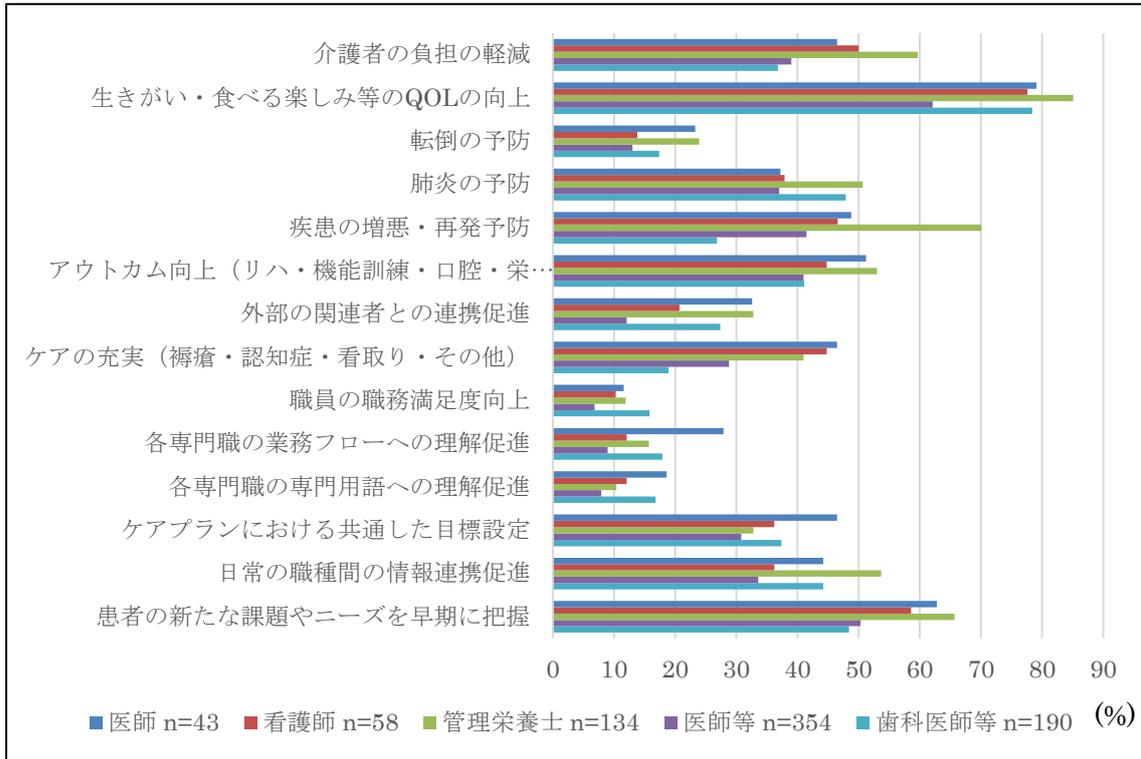


図3 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する（期待されている）役割について（複数回答，%）

※医師、看護師、管理栄養士：在宅療養支援病院、医師等：在宅療養支援診療所、歯科医師等：在宅療養支援歯科診療所

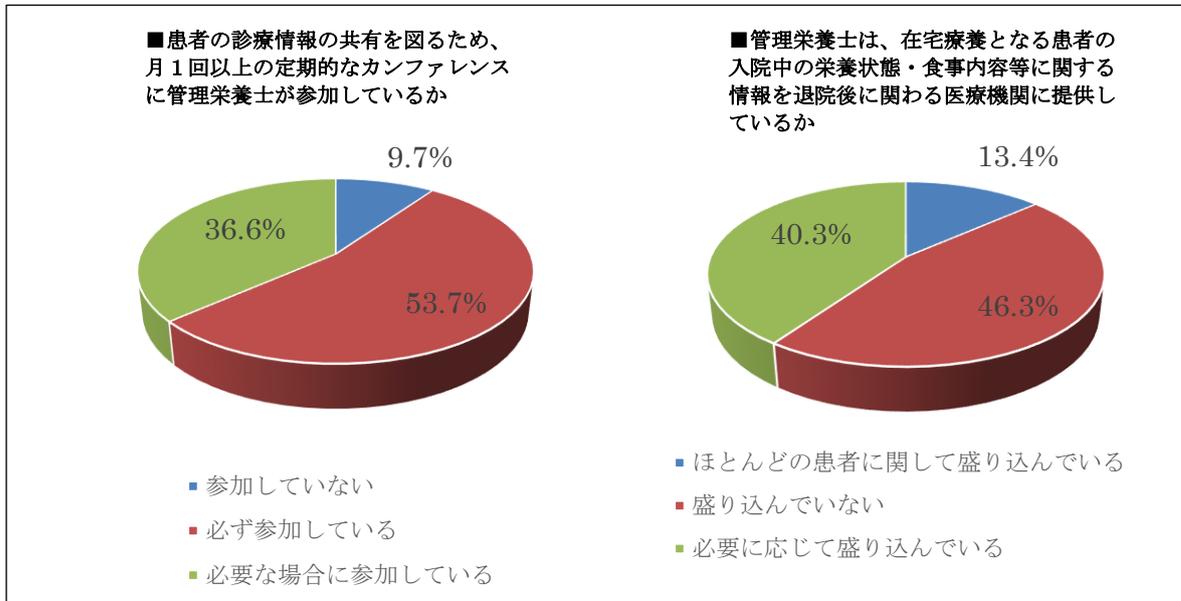


図4 在宅療養支援病院の管理栄養士への質問 (n=134)

効果的な訪問栄養食事指導等の体制整備に向けた事例収集

研究分担者 高田 和子 東洋大学 教授
研究分担者 梶井 文子 東京慈恵会医科大学 教授
研究分担者 友藤 孝明 朝日大学 教授
研究分担者 西井 穂 神戸女子大学 講師
研究分担者 本川 佳子 東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長

研究要旨

効果的な訪問栄養食事指導等の体制整備にむけて、訪問栄養食事指導の事例を収集し、訪問栄養食事指導の実施方法、栄養面での改善効果、その他の改善効果、実施上の課題について抽出した。また、第 8 次医療計画において、訪問栄養食事指導の記載や「その他の医療従事者」の記載において管理栄養士が記載されたことにあわせて、各都道府県の医療計画における記載状況をまとめた。

その結果、訪問栄養食事指導の事例の報告においては、体重増加、摂食量の増加、アルブミンの改善、経口移行などの栄養面での改善が見られた。また、自立の改善、QOL の改善、介護者の負担軽減などの栄養面以外の効果についての記載も多かった。一方で、課題としては介入初期や看取り期における訪問回数が月 2 回では不足すること、本人や介護者、他の職種が管理栄養士による訪問により何をやるかが理解されていないことが挙げられていた。また、訪問に回ることができる管理栄養士の不足も指摘されていた。

医療計画においては、訪問栄養食事指導や実施している事業所の記載は少なく、体制整備や連携の必要性の記載が多かった。医療従事者としての管理栄養士については、現状値については多くの都道府県で記載しているが、配置率の向上、資質の向上などの目標値については具体性が低かった。課題においても、研修会の実施、他の職種との連携の在り方に関する記載が多かった。医療計画に訪問栄養食事指導や管理栄養士の記載があることによる問題提起の意義は大きいですが、他の訪問(看護、歯科、リハビリテーション、薬剤管理)に比べると記載が少なく、具体性が乏しいため、今後、より具体的な計画作成が必要と考えられる。

A. 背景と目的

効果的な訪問栄養食事指導等の体制整備にむけて、これまでに報告された訪問栄養食事指導等の体制及び効果に関する国内のエビデンスを収集し、今後の体制

整備の検討のための資料を構築する。

第 8 次医療計画においては、「医療体制の構築に必要な事項の目指すべき方向性」において、「訪問栄養食事指導」に関する記載がされた。また、「医療従事者の

現状と目標」の記載において、「その他の医療従事者」の項目において、放射線技師などに列挙して管理栄養士が記載された。それらを踏まえ、各都道府県の医療計画における訪問栄養指導や管理栄養士に関する記載について整理する。

B. 方法

① 事例収集

医学中央雑誌及び厚生労働科学研究データベースにおいて検索を行った。医学中央雑誌における検索期間は 2000～2024 年、言語は日本語または英語とした。検索用語は (ヒト/TH or CK=ヒト), (在宅/AL or 居宅/AL or 訪問/AL), (在宅ケア機関/TH or 在宅介護支援サービス/TH or 在宅医療/TH or 在宅介護/TH or 家族介護者/TH or (在宅療養支援診療所/TH or 在宅療養支援診療所/AL)), ((栄養生理学的現象/MTH or 栄養指導/MTH or 栄養管理/MTH or 栄養障害/MTH or 訪問栄養食事指導/AL or 訪問栄養指導/AL), 自己管理/TH or チーム医療/TH or 多部門連携/TH or 多機関医療協力システム/TH or 専門職の役割/TH or 保健医療従事者/TH or 人間関係/TH or 患者ケア計画/TH or 人員配置と勤務計画/TH or 専門職連携教育/TH or 患者ケアの連続性/TH or コミュニケーションメディア/TH or 改善/AL or 有効/AL), (“結果と過程の評価(保健医療)"/TH or 医療中断患者/TH or 問題解決/TH or (実態調査/TH or 実態調査/AL) or 事例/AL or 症例/AL or 実態/AL or サポート/AL or 介入/AL or 取組/AL or 取り組み/AL or (“練習(心

理学)"/TH or 実践/AL) or 負担軽減/AL or 課題/AL or 苦慮/AL or 困難/AL or 予後因子/AL or 不利益/AL or 要因/AL or 問題/TH), (災害/TH or 妊産婦の健康/TH or 母乳栄養/TH or 小児栄養生理学的現象/TH or 母性栄養生理学的現象/TH or CK=胎児 or CK=新生児 or CK=乳児(1～23 ヶ月) or CK=幼児(2～5) or CK=小児(6～12) or CK=青年期(13～18) or CK=妊娠) とした。対象の資料には原著論文と症例報告を含めた。

厚生労働科学研究データベースでは, (“栄養指導” OR “栄養管理” OR “在宅静脈栄養” OR “栄養管理-静脈-在宅” OR “栄養療法-在宅-経静脈” OR “栄養療法-在宅非経腸” OR “栄養療法-静脈-在宅” OR “栄養療法-中心静脈-在宅” OR “栄養療法-非経腸-在宅” OR “在宅栄養管理-静脈” OR “在宅栄養療法-非経腸” OR “在宅経静脈栄養” OR “在宅静脈栄養管理” OR “在宅非経口栄養(在宅静脈栄養)” OR “静脈栄養-在宅” OR “非経口栄養-在宅(在宅静脈栄養)” OR “在宅経腸栄養” OR “栄養管理-経腸-在宅” OR “栄養療法-経腸-在宅” OR “栄養療法-在宅-経腸” OR “経管栄養-在宅” OR “経腸栄養-在宅” OR “経腸栄養療法-在宅” OR “在宅栄養管理-経腸” OR “在宅栄養療法-経腸” OR “在宅経管栄養” OR “在宅経管栄養法” OR “在宅経腸栄養管理” OR “在宅経腸栄養法” OR “在宅経腸栄養療法” OR “在宅成分栄養経管栄養法” OR “在宅成分栄養法” OR “在宅非経口栄養(在宅経腸栄養)” OR “非経口栄養-在

宅(在宅経腸栄養)” OR “居宅療養管理指導” OR “訪問栄養食事指導” OR “訪問栄養指導” OR “栄養生理学的現象” OR “栄養障害”), (“意思決定” OR “インフォームドコンセント” OR “インフォームド・コンセント” OR “ムンテラ(インフォームドコンセント)” OR “ムントセラピー(インフォームドコンセント)” OR “患者の同意” OR “告知同意” OR “説明と同意” OR “説明義務(インフォームドコンセント)” OR “説明責任(インフォームドコンセント)” OR “説明・告知と同意” OR “通知同意” OR “同意(患者の同意)” OR “同意(被験者の同意)” OR “被験者の同意” OR “生活の質” OR “QOL” OR “いのちの質” OR “クオリティオブライフ” OR “クオリティオブライフ” OR “クオリティ・オブ・ライフ” OR “人生の質” OR “生活の張り” OR “生命の質” OR “個人的満足” OR “自立生活” OR “自立支援” OR “自立生活支援” OR “介護負担” OR “患者心理” OR “患者の気持ち” OR “患者の思い” OR “患者の心理” OR “患者の想い” OR “精神状態(患者心理)” OR “口腔ケア” OR “オーラルケア” OR “口腔機能管理” OR “口腔清拭” OR “口腔清掃(口腔ケア)” OR “口腔内ケア” OR “口腔内清掃(口腔ケア)” OR “歯の清掃(口腔ケア)” OR “歯口清掃(口腔ケア)” OR “清拭-口腔”) 及び (“患者ケア計画” OR “ケアプラン-看護” OR “患者医療看護計画” OR “患者医療計画” OR “看護ケアプラン” OR “看護計画” OR “治療計画(患者ケア計画)” OR “療養計画” OR “チーム医療

” OR “インターディシプリナリー保健医療チーム” OR “チームアプローチ” OR “医療チーム(チーム医療のための)” OR “医療連携(チーム医療)” OR “患者ケアチーム” OR “患者医療チーム” OR “患者介護チーム” OR “協働(チーム医療)” OR “多職種医療チーム” OR “多職種連携” OR “保健医療サービスチーム” OR “連携(チーム医療)” OR “多部門連携” OR “コラボレーション(多部門連携)” OR “セクター間協力” OR “協働(多部門連携)” OR “協同事業(多部門連携)” OR “多職種連携(多部門連携)” OR “多部門協働” OR “多分野協働” OR “多分野連携” OR “多領域協働” OR “多領域連携” OR “部門間協力” OR “連携(多部門連携)” OR “多機関医療協力システム” OR “医療関係機関連携” OR “医療機関のネットワーク(医療協力システム)” OR “医療機関ネットワーク(医療協力システム)” OR “医療機関連携” OR “医療連, 日本農村医学会雑誌携(多機関医療協力システム)” OR “医療連携システム” OR “多病院協力システム” OR “病院連携” OR “病病連携” OR “連携(多機関医療協力システム)” OR “人間関係” OR “医療従事者間人間関係” OR “協働(医療従事者間人間関係)” OR “職種間人間関係” OR “人間関係-医療従事者間” OR “人間関係-専門職間” OR “専門家間相互作用” OR “専門職間関係” OR “専門職連携(専門職間人間関係)” OR “多職種間人間関係” OR “多職種間連携(専門職間人間関係)” OR “多職種連携(専門職間人間関係)” OR “連携(医療

従事者間人間関係” OR “連携(専門職間人間関係)” OR “専門職連携教育” OR “コミュニケーションメディア” OR “遠隔医療” OR “遠隔診療” OR “遠隔カウンセリング” OR “教材” OR “電子メール” OR “電話” OR “情報技術” OR “ICT” OR “自己管理” OR “自己検査” OR “血糖自己測定” OR “自己投薬” OR “自己投与” OR 患者ケアの連続性 OR 地域リハビリテーション OR 通所リハビリテーション OR 訪問リハビリテーション OR 移行期ケア OR 退院指導)で検索した。

さらに日本健康・栄養システム学会誌, 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 武庫川女子大紀要(自然科学), フードシステム研究, 日本医療・病院管理学会誌, 医療の質・安全学会誌, 日本調理科学学会誌, 日本食品工学会誌, 口腔・咽頭科, 生活学論叢, マーケティングジャーナル, 名古屋文, 理大学紀要, 日本看護科学学会誌, 日本在宅ケア学会誌, 日本地域看護学会誌, 日本老年看護学会誌(老年看護学), 看護科学研究, 看護学研究紀要, 看護学総合研究, 看護ケアサイエンス学会誌, 看護経済・政策研究学会誌, 看護学実践研究学会誌, 看護総合科学研究会誌, 看護と情報, 日本在宅看護学会誌, 日本在宅医療連合学会誌, 看護教育学研究, リハビリテーション栄養, 臨床栄養, 日本静脈経腸栄養学会雑誌, 歯界展望, 栄養学雑誌, 科学研究費助成事業 研究成果報告書, 作業療法, 保健医療学, 日本予防理学療法学会の各雑

誌についてはハンドサーチを実施した。

それらの内容を介入対象者, 介入者, 介入内容, 栄養面に関する効果, 栄養面以外の効果および課題等についてエビデンステーブルを作成した。

② 医療計画

各都道府県庁のホームページから, 医療計画の資料をダウンロードし, 在宅患者訪問栄養食事指導(医療保険)を受けた患者数, 管理栄養士による居宅療養管理指導(介護保険)を受けた患者数, 訪問栄養食事指導を実施している事業所, 訪問栄養食事指導のための体制整備, 管理栄養士の現状値・目標値・課題に関する記述についてまとめた。

C. 結果

① 事例収集

医学中央雑誌の検索により 449 件が抽出され, タイトルとアブストラクトによって 115 件を抽出した。その後, 全文の確認により 30 件を採用した。厚生労働科学研究のデータベースからは 61 件が抽出され, タイトルとアブストラクトから 5 件を抽出した。全文の確認により 1 件が採用された。また, ハンドサーチから 31 件が抽出された。それらの文献は学会誌 40 件, 紀要 6 件, 専門誌 12 件, 報告書 4 件であった。

最終的に採択された文献についてのエビデンステーブルを表 1~4 に示す。

対象者の年代は男女ともに高齢者が多く, 年齢も幅も広がった。低栄養が多いが, 認知症, 糖尿病のコントロール困難, 腎症, 摂食嚥下機能低下などであっ

た。

訪問栄養食事指導の事例のため、管理栄養士が訪問しているが、毎回ではなくても医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員、ヘルパーなどの他職種と同時に訪問をしている例もみられた。一方で、今回はレビュー対象として採択しなかったが、看護師や歯科医師など他職種が栄養食事指導を行った事例の報告も見られた。

訪問頻度は、月1回未満の場合から、制度にあわせて月2回、あるいはクリニックのサービス等を活用する週1回の訪問がみられた。訪問の間に電話相談などによる支援や、他職種との連携によるサポートの事例がみられた。介入内容では、食形態の工夫、食事指導、適した食品の紹介、補助食品の紹介、口腔ケア、本人あるいは介護者への調理指導、配食サービスの内容変更、通所施設の昼食の変更の提案など多岐にわたっていた。

栄養面の改善では、体重増加、摂食量増加、Alb 改善、MNA-SF などの栄養指標の改善、HbA1c の改善、経口摂取への移行、たんぱく質摂取量の増加などの栄養素摂取量の増加、食形態の向上などがみられた。栄養面以外の改善では、外出頻度の増加、意欲の向上、安心感(心理的負担の軽減)、介護者の負担軽減、褥瘡の改善、日常生活の自立、表情が豊かになる、会話が増える、家族との食事機会の増加、投薬量の減少など、本人の QOL や健康状態の改善だけでなく、介護者の QOL 改善にも有効な事例がみられた。

一方で、課題として挙げられた内容には、他職種が管理栄養士の業務内容の理解が不十分、問題が複雑なため多職種での介入が必要、制度上の月2回の訪問では不足、地域の在宅ネットワークや訪問看護ステーション・医師会・歯科医師会などとの連携の必要性、本人や介護者が管理栄養士の介入内容を理解していない、栄養補助食品が実費負担になるので導入が困難、介護支援専門員の訪問食事栄養指導への理解不足、事例によっては時間を要し採算があわないなどが挙げられた。

② 医療計画

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(最終改正 医政地発 0629 号第 3 号)R5.6.29」における「第 2 医療体制の構築に必要な事項 1. 目指すべき方向性」の「⑥訪問栄養食事指導」について各都道府県の医療計画の状況を表 5 に示す。

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(最終改正 医政地発 0629 号第 3 号)R5.6.29」における「第 2 医療体制の構築に必要な事項 1. 目指すべき方向性」の「⑥訪問栄養食事指導」について各都道府県の医療計画の状況を表 5 に示す。国の医療計画では、医療保険の訪問栄養食事指導や介護保険における居宅療養管理指導を受けた対象者数の目標をあげている。また、訪問栄養食事指導や居宅療養管理指導に対応できる施設数の実態を示し、都道府県ごとに差があることを示している。今回、訪問栄養食事指導を受けた患者数の記載

があった都道府県は 17 都道府県、居宅療養管理指導を受けた患者数の記載があった都道府県は 4 都道府県にとどまった。また、実施している事業所数についての記載は、16 都道府県であり、さらに 4 県は栄養ケア・ステーション数のみを記載していた。今後については、必要性や今後推進するという記載、多機関での連携の必要性、栄養ケア・ステーションとの連携あるいは活用の必要性、多職種連携の必要性、体制の整備、訪問栄養食事指導の周知、訪問に対応できる十分な人材確保、栄養士・管理栄養士の資質の向上などが見られた。

また、「医師の確保及び医療従事者（医師以外）の確保」における管理栄養士についての現状値、目標値、課題に関する記載について表6に示す。現状値については、多くの都道府県において記載があり、病院・診療所に勤務している栄養士・管理栄養士数、行政栄養士数、特定給食施設における管理栄養士の配置の状況などの記載があった。一方で、目標値については、栄養士・管理栄養士の配置率の向上として具体的な数値を記載している都道府県もあるものの、記載のない都道府県が多かった。課題等の記載では、栄養士・管理栄養士の必要性は記載しているものの、全体的に研修会の実施による資質の向上やネットワーク構築や多職種連携の機会の増加、需要動向や現状の把握により配置をすすめるなどが見られた。

D. 考察

事例収集では、学術誌における論文

のみでなく、事例報告や専門誌、紀要、報告書などを含めて事例を収集した。パブリケーションバイアスがある可能性は高いが、報告されている事例では、摂食量の増加、体重増加、経口移行、Alb の増加などの栄養改善の効果が見られた。自立度の向上や QOL の改善、意欲の向上など栄養面以外の効果も多数、報告されており、さらに調理や食事の提供方法の工夫により介護者の負担の軽減にもつながっていた。訪問や実際の介入においては、多職種の連携の重要性が指摘されており、実際に食事を準備するヘルパーとの連携や通所施設の食事、配食サービスなど様々な事業との連携事例がみられている。実施した中での課題としては、特に介入初期や看取りにおいては、月 2 回の訪問では不十分で、クリニックのサービスなどとして多くの回数の訪問をしている事例がみられ、時期に応じた訪問回数の対応ができるような柔軟性が必要であった。今回は、レビューの対象として最終の選択論文として残していないが、看護師、歯科医師、薬剤師などの他の職種による訪問における栄養指導事例の報告もみられた。訪問回数の少なさを他の職種との連携によって補える可能性も考えられる。訪問での栄養の介入を実施するためには、本人や介護者における管理栄養士の介入の理解不足（何をしてくれるかわからない）や他の職種も管理栄養士の介入の役割の認識が不足している例や訪問に回れる管理栄養士の不足も指摘されており、訪問栄養食事指導を進めていくためには、多職種の連携や理解とともに、管理栄養士がどこに何人配置さ

れるかも検討が必要と考えられた。

国の医療計画において、今回、訪問栄養指導に関する記述や他の医療職として栄養士・管理栄養士が明記された。それに伴う都道府県の医療計画における記述では、在宅患者訪問栄養指導、居宅療養管理指導、訪問栄養指導を実施している事業所数の具体的な記述はまだ少なかった。医療保険、介護保険での患者数はデータとしては存在しているはずであるが、記入のない都道府県が実施をしていないのか、保険申請の件数を医療計画に掲載しようとしなかっただけなのかは不明である。しかし、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーションなどと比べると訪問栄養指導の記載は少なく、訪問栄養指導の認知、重要性の認識の低さが感じられた。課題等については、国の医療計画の記載に準じて、体制整備や人材育成などが記載されているが、いずれも他の訪問の事業に比べると具体性が低かった。医療計画に訪問栄養指導が記載されたことによる影響は大きいと思われるが、現時点では具体的な目標や計画を立てることが困難であったと推測される。

医療従事者としての栄養士・管理栄養士については、現状値は記載があるものの、目標値の記載は少なく、課題等についても研修会の実施などの記載であった。人材不足については、医師や看護師の問題が大きく取り上げられており、栄養士・管理栄養士については、配置率の向上は検討しているものの、人数の記載は少なく、まだ具体的な配置目標はないと考えられる。しかし、各都道府県の医療

計画においては、栄養士・管理栄養士とう小項目を挙げている都道府県と、その他の医療従事者とまとめられている場合が見られる。しかし、国の医療計画において、その他の医療従事者の一部ではあるものの、臨床放射線技師などに併記して管理栄養士が具体的に示されるようになったことにより、多くの都道府県で少なくとも管理栄養士についても何らかの記載をしているものと考えられる。

E. 結論

訪問栄養食事指導の事例収集及び各都道府県における訪問栄養指導及び医療従事者としての管理栄養士に関する記載について収集した。実際の訪問栄養食事指導の事例は現時点では限られるものの必要性の認識は高いと考えられる。しかし、実際の実施に向けては管理栄養士による訪問栄養食事指導により何が可能なかを患者本人や他の職種に理解していただく工夫や他の職種との連携の在り方などの体制整備が必要と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文発表

無し

2. 学会発表

無し

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

該当なし

I. 参考文献

参考文献は表中に示した。

表1 レビューのまとめ(学術誌)

著者	タイトル	雑誌名	発行年	巻数(号数)	ページ数	方法	介入対象者	介入者	設定や介入方法	介入内容	栄養面での改善	栄養以外の改善	課題
大井裕子, 菊谷武, 田中公美	在宅療養中の終末期がん患者の食欲不振に対する症状緩和と栄養サポートにより経口摂取量が増加する可能性に関する考察	日本在宅医療連合学会誌	2024	5(2)	52-56	訪問診療を開始し看取りまで診療した終末期がん患者を対象に、食欲不振や経口摂取量減少の実態について後方視的調査を行った。	112名(男性59名, 女性53名), 平均年齢74歳	記載なし	緩和ケアを勧められた人を対象に訪問診療を開始, 看取りまで診療	十分な症状緩和と食形態の工夫	54例で経口摂取量が増加	経口摂取が継続できた患者は有意に生存期間が長かった	
寛 慎吾, 斉藤礼子, 安田淑子, 中嶋祐介, 若林秀隆	新宿区における、医療介護一体的事業における理学療法士のかかわり	日本予防理学療法学会 学術大会プログラム・抄録集	2024		157	症例報告	86歳男性。総合事業対象者。運動サービス週1回通所し、妻を自宅介護していた。運動には熱心だが食への意欲は低く、自分より妻を心配していた。	保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士	高齢者の低栄養防止・重症化予防の目的とし、国保データベースからハイスケ者(BMI 20以下かつ6か月で体重減少の自覚または前年度体重比較-2kg)を抽出し、訪問指導による個別支援を行った。3か月間で初回・中間・最終の3回の介入を行った。	低栄養の原因分析、具体的な目標設定、生活に即した食事指導、栄養を加味した運動プログラム等	介入後、体重は維持、下肢周囲長0.3cm増加、食事量摂取は増えた。	妻と自宅で運動を一緒に行う行動変化がみられた。	
寛 慎吾, 斉藤礼子, 安田淑子, 中嶋祐介, 若林秀隆	新宿区における、医療介護一体的事業における理学療法士のかかわり	日本予防理学療法学会 学術大会プログラム・抄録集	2024		157	症例報告	80歳男性。要支援2。運動サービス週2回通所していた。体重は3年間で10kg減少し、BMI 18.7、Hb 9.4。妻からは「食べているけど痩せていく、家でできる運動も知りたい」と希望があった。	保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士	高齢者の低栄養防止・重症化予防の目的とし、国保データベースからハイスケ者(BMI 20以下かつ6か月で体重減少の自覚または前年度体重比較-2kg)を抽出し、訪問指導による個別支援を行った。3か月間で初回・中間・最終の3回の介入を行った。	低栄養の原因分析、具体的な目標設定、生活に即した食事指導、栄養を加味した運動プログラム等	介入後、体重は0.8kg増加し食事量摂取は増加した。		理学療法士は「食事はとれている」という本人の訴えと実際は乖離する可能性を考慮する必要がある。また、生活に基づいた栄養指導と運動指導においては、低栄養の原因を多職種で協議し、適切な介入が必要である。
蘭 直美, 川島 和代	在宅で生活する認知症高齢者の食べる意欲を大切にしたい多職種による食支援	老年看護学	2024	28(2)	97-105	実践事例報告	80歳代後半女性。アルツハイマー型認知症、糖尿病、高血圧、高コレステロール血症	老人看護専門看護師、管理栄養士、摂食嚥下障害看護認定看護師	8か月中に5回	食形態の変更、配食業者における嚥下食の確認、とろみ調整、滑り止めマットの使用、MCTオイルの使用	Alb改善、KTBCの栄養状態改善、食べたい料理の食べれる形態の検討	食事の姿勢の改善	看護師、管理栄養士、介護職員の顔のみえる関係性の構築が重要、定期カンファレンスに介護支援専門員が参加していないことが情報共有を遅らせた。
阿田 圭子, 濱崎 朋子, 角田 聡子, 朴 祐佑, 茂山 博代, 片岡 正太, 山田 志麻, 酒井 理恵, 芹田 千穂, 白木 光, 星野 行孝, 相良 航, 廣島屋 貴俊, 岩崎 正則, 青佐 泰志, 松本 研一, 石田 昌嗣, 出水 幹夫, 平良 祥, 大津 ナツミ, 倉富 慶太郎, 金光 真由美, 末永 公恵, 川端 真純, 田利 ひさみ, 辻本 利美, 園田 まち子, 夕田 光, 鳥井 寛子, 伊藤 美保子, 亀甲 真奈美, 中野 渚, 筒井 修一, 安堀 敏弘	豊前市口腔ケアプロジェクトにおける栄養評価の取り組みとその成果	栄養学雑誌	2023	81 (1)	40-49	実践活動報告	65歳以上の207人(男性73人, 女性134人)	歯科医師, 歯科衛生士, 管理栄養士	訪問指導(最大6回)	口腔ケア、口腔体操(あいうべ体操等)、ブラッシング、唾液腺マッサージ、栄養指導	有意差はなかったが、MNA-SF評価における栄養状態良好の者の割合が増加した。	骨格筋指数と骨格筋量の平均値が有意に増加した。	歯科と栄養の協働チームおよびシステムづくりが今後の課題である。歯科医師会と医師会、薬剤師会、栄養士会および高齢者施設との連携を密にする必要がある。また、事業継続のために管理栄養士の確保を見据えたシステムづくりが大切である。
坂下宗祥, 堀江翔, 水上匡人, 弥都優加里, 長谷剛志	アルツハイマー型認知症を呈した終末期の誤嚥性肺炎再燃患者・家族へのTransdisciplinary approachによる食支援	作業療法	2023	42(6)	801-808	誤嚥性肺炎により入院し自宅退院となったアルツハイマー型認知症を呈した肺病終末期患者に対して、訪問リハビリテーションを実施した症例報告	70歳代男性	作業療法士	在宅への訪問, 47日間で計6回	Transdisciplinary approachの概念を基に栄養、姿勢ポジショニング、食事介助、口腔ケアの方法に関する様々な食支援を実施した	退院時より2kgの体重増加を認め、栄養状態の改善が得られた	褥瘡の発生を防ぐことができた。明らかでない食事中のむせはなかった	
熊谷琴美, 伊藤勇貴, 岡田希和子	がん患者の消化管閉塞に対する訪問栄養食事指導の取組み	日本在宅医療連合学会誌	2023	Vol.4 No.1	28-31		40歳代男性 十二指腸癌腹膜播種(Stage IV: T4N0M1)。 穿孔性腹膜炎、十二指腸ステント留置後、両側水腎症(左腎瘻造設後)、CVポート造設後。	在宅医師、訪問看護師、管理栄養士	在宅医師、訪問看護師との連携のもと、管理栄養士による訪問栄養食事指導(経口摂取と経静脈栄養管理)	9日間、固形食を安全に食べる支援	摂取エネルギー量、タンパク質、脂質量の増加、食べることで元気がでてきた。		
中村育子, 前田佳子, 田中弥生, 本川佳子, 水島美保, 前田玲	終末期の在宅療養者に対する在宅訪問栄養食事指導の介入効果の検討	日本在宅医療連合学会誌	2023	Vol.4 No.2	19-27	終末期の在宅療養者に対する在宅訪問栄養食事指導の介入効果を明らかにする、後方視研究。管理栄養士192名を対象としたアンケート調査		管理栄養士、PT、OT、ST	在宅訪問栄養食事指導(食支援)	管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士、看護師、PT、OT、STにより嚥下リハ専門職からの提案や情報提供	退院に好物を食べることができた	がん群、非がん群ともに、介護者の食事作りの負担軽減	

著者	タイトル	雑誌名	発行年	巻数(号数)	ページ数	方法	介入対象者	介入者	設定や介入方法	介入内容	栄養面での改善	栄養以外の改善	課題
島田 和美	腎機能の低下を少しでも遅延させ、最終まで自炊をしながら自宅で過ごすための支援	日本在宅栄養学会誌	2023	Vol.10 No.2	205-208	事例報告	90歳 女性 独居 要介護2 15年前に慢性腎臓病と診断。2年前に原因不明の発熱で入院し、ADL低下となり介護老人保健施設に入所。1年前に本人の希望により自宅療養再開となる。その後急激な腎機能低下に伴い、浮腫が悪化したことから主治医よりケアマネジャーに栄養士の介入について相談があり、当薬局に問い合わせを受け訪問開始となる。	管理栄養士1名、訪問看護、ケアマネジャー	訪問栄養指導	栄養アセスメント、栄養問題の査定、栄養ケア計画作成、栄養ケアの実施、多職種連携	体重の減少(改善)、浮腫の減少	家族の協力を促進	
伊藤 清世	本人と妻の想いをかなえる食形態調整	日本在宅栄養学会誌	2023	9(3)	213-216	実践事例報告	70歳男性、進行性核上性麻痺	ケアマネジャー、看護師、管理栄養士	月2回	栄養補助食品の提案、飲み込みやすい食品の指導、看護師による体重測定、リハビリテーション時の水分摂取管理	摂取量の増加、体重減少ペースの低減	家族で食事を楽しめる機会の増加	本人や家族が発症前の食事のイメージを強くもっていたことが食事変更を難渋させた。
深澤幸子, 山下雅世, 濱田真理, 笠岡(坪山)宣代	管理栄養士に寄る災害時の栄養支援活動について～食べることは生きること～	外科と代謝・栄養	2022	56(1)	6-10	東日本大震災、熊本大地震等における管理栄養士の災害対応について (JIDA-DAT)	不明	管理栄養士	被災者支援	食支援	不足する栄養素、要配慮者への食支援を実施。改善効果は不明。	不明	不明
梶田 芽美, 阿部 紗季, 岩中 南, 今村 皆絵, 網田 英俊, 渡邊 光雄, 塩田 浩二, 関 善弘, 濱田 和枝, 神谷ゆかり, 上三垣かずえ, 平野 健二	在宅療養者への栄養支援介入における薬局管理栄養士の活用～地域医療資源としての認知度と介入効果向上への取り組み～	日本在宅栄養学会誌	2022	9(2)	147-152	薬局管理栄養士による栄養指導記録の解析	男性63名, 女性23名, 60～90歳代。うち3か月以上の継続実施例42名を解析	薬局管理栄養士が歯科医師、医師、訪問看護師、家族等の依頼により、本人の同意、主治医からの指示、介護支援専門員によるケアプランへの導入の元実施	訪問回数は3年間で施設188回、個別の訪問回数は不明。施設又は自宅への訪問による指導		低栄養者・嚥下食利用者の体重増加、糖尿病食利用者のHbA1Cの改善、腎臓病食利用者のeGFRの改善、透析利用者・肝臓病食利用者のAlbの改善		活動当初の課題としては在宅訪問栄養指導をする管理栄養士についての認知不足と管理栄養士自身の知識、スキル不足。他職種が栄養士が何をしてくれるか認識不足。栄養士の介入が必要な対象者についての理解不足。
長谷川 陽子, 吉田 美香子, 峰松 健夫, 服部 尚子, 真田 弘美	側頭部エコーによる栄養モニタリングを用いた在宅栄養管理を行った重度褥瘡患者の1症例	日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌	2022	26(4)	384-390	重度褥瘡患者に対して側頭部エコーを用いた在宅栄養管理症例報告	90歳、女性、仙骨部褥瘡	管理栄養士の訪問、および看護師と同行訪問をしているかは不明	在宅への訪問	食支援、アセスメント評価	体重、側頭筋厚、Alb増加	褥瘡治療	不明
松永 理恵	夫が社会資源の活用を拒んだ高齢夫婦の暮らしを栄養面からサポートした1例	日本在宅栄養学会誌	2022	9(2)	153-156	実践事例報告	92歳女性、要介護2、低栄養・低体重	医師、薬剤師、理学療法士、看護師、管理栄養士	月2回、5か月	栄養補助食品の活用、食材に関する知識の増加、嚥下体操の実施	摂取量の増加、ALBの改善。		医師の指示により訪問を開始したが、当初は介護者が栄養士の意味を理解できていなかったため、信頼関係の構築が必要であった。
熊谷琴美, 大森美穂, 坂井田米子, 長尾強志, 伊藤勇貴, 葛谷雅文, 岡田希和子	地域包括支援センター利用者における栄養指導効果の検討	日本在宅医療連合学会誌	2021	Vol.2 No.2	9-18	地域包括支援センター要支援・総合事業対象者33名の観察疫学研究(前後比較)	要支援・総合事業対象者33名	管理栄養士	管理栄養士の栄養指導	身体計測、握力、栄養評価、フレイル・インデックス、栄養指導	MNA®SFで有意な改善、フレイル・インデックスも有意な改善、たんぱく充足率の有意な増加、体重減少率の減少者の増加	SF-8 主観的健康感、自己効力感で有意に増加した	
清水 恵, 河田 萌生, 大橋 由基, 原田 祐輔, 鈴木優喜子, 久藤 奈苗, 下田 信明, 尾崎 章子	在宅療養および施設入居要介護高齢者への栄養士の個別訪問を含む多職種による栄養サポートの効果 システマティックレビューとメタアナリシス	日本在宅ケア学会誌	2021	Vol.24 No.2	42-51	システマティックレビュー、和英文献データベースを用いて2019年1月に検索を行い、	①ランダム化比較試験、②対象者が在宅療養中または高齢者施設入居中の65歳以上の要介護高齢者、 ③介入内容が、多職種ケアのなかで栄養士による対象者への個別訪問を含んでいる。④対照となるケアが、栄養士による対象者への個別訪問を含まない。	栄養士の個別訪問を含む多職種(看護師、PT、OTら)によるケア	栄養状態のアセスメント、栄養ケアプラン作成、自宅訪問、食事への個別の指導・カウンセリング	介入群では、体重の増加または減少防止、栄養摂取状況の改善が有意であった	介入群では、生活の質(QOL)の向上が有意であった	本研究では、和・英文以外の文献を検討していない。介入の性質上、参加者と研究者の実行バイアスを排除できず、バイアスリスクの高いRCTが複数含まれた統合結果であったことは限界である。各アウトカムについて報告文献数が少なく、今後新たな研究が加わることにより結果が変わる可能性が否めない。出版バイアスを検討することができなかった	
谷中田修右	リハビリテーション栄養ケアプロセス実践例④:在宅1における進行性核上性麻痺利用者の栄養管理	日本リハビリテーション栄養学会誌	2021	Vol.5 No.2	151-155	事例報告	PSPの73歳の男性。既往歴は喉頭がん摘出と永久気管孔(58歳)、肝臓血腫(59歳)、左鎖骨骨折(71歳)で、67歳時にPSPと診断された。	訪問看護ステーションの訪問看護師とデイクアでの理学療法士と作業療法士、言語聴覚士	在宅への訪問	栄養診断による低栄養のリスク状態、サルコペニア リハビリテーション栄養介入(必要エネルギー量を摂取できる具体的な食事内容の提案、たんぱく質パウダーの利用推進、リハビリプログラムの実施)	1か月後:体重増加 3か月後:体重減少 1年8か月後:体重増加・維持	下腿周長は増加 顔の輪郭がふっくらとした。 たんぱく質パウダーの使用で、家族の食事づくりへの負担が軽減し、趣味の時間が増えた	栄養補助食品の購入は自己負担であることから、利用者と家族の理解が必要である。地域内での在宅での栄養管理を担う管理栄養士の不足がある。

著者	タイトル	雑誌名	発行年	巻数(号数)	ページ数	方法	介入対象者	介入者	設定や介入方法	介入内容	栄養面での改善	栄養以外の改善	課題
森 創太郎	あなたの「食べたい」を応援します 肺炎再発予防を通して低栄養が改善された1例	日本在宅栄養管理学会誌	2021	8(2)	165-168	実践事例報告	74歳女性。がんの手術後、慢性肺炎になり体重減少・低栄養の改善が必要	医師、薬剤師、理学療法士、看護師、管理栄養士	2年間	食欲改善・摂取量増加のための献立提案、栄養状態のモニタリング、食材の選択方法の指導	食事量増加、調理回数の増加	介護度改善、外出回数の増加	
西川 智、藤井 千里	精神科訪問看護における多職種連携の実際 管理栄養士同行事例を振り返って	日本精神科看護学術集会誌	2020	61(2)	13-16	実践事例報告	40歳代女性。適応障害、糖尿病腎症、高血圧	看護師、管理栄養士	訪問看護のみ10か月後、栄養士の同行を月回1年7か月	誤った情報の修正、外食の選択方法の指導、作業所での弁当指導、通院中の病院栄養士との連携	HbA1cの改善	食事に関する細かい質問に答えてもらえることへの安心感の増加。	看護師と管理栄養士の同行による支援が専門的な助言と対象者の観察において有効であった。
中山 真美、東口 高志、馬庭 章子、金本 由紀子、花田 裕、杉浦 弘明、高見 由美、熊谷 岳文、林 恵美、福場 衣里子	出雲地域における在宅NST(Nutrition Support Team)活動とその介入効果	学会誌JSPEN	2019	1(1)	13-23	在宅NSTの介入成果	21か月間の介入事例を対象。45～99歳の在宅患者、男女比4:6、悪性腫瘍、認知症、慢性腎不全・心不全など	医師・看護師・管理栄養士・ケアマネジャーを必須としたNST。必須の4職種のみが14.8%、5職種が85.2%	個々の事業所から各職種が派遣されておりICTを活用して連携して対応。週1回のオンラインカンファレンスと数か月ごとに患者宅での担当者会議を実施。	MNA-SFを使用した栄養状態評価後、NST編成を行い、回診を実施。74.3%は栄養状態改善を目的とし、残りはQOLの改善を目的とした。対象者のうち、52名は嚥下調整食の調整、イレウスのハイリスク、腎不全・心不全の治療食の必要性など専門的な介入が必要であった。	嚥下で栄養状態の改善が必要であった4名全員が改善。摂食量の改善が必要であった75名のうち62名で改善。6か月後においてエネルギー充足率、アルブミン、トランスサイレチンの改善が見られた。	末期患者において、嗜好を重視した経口摂取の支援、家族への調理指導	全県下在宅医療連携カルテにチーム登録をしたうえで、ケアマネジャーによる調整によって連携。在宅NSTでは職種や訪問頻度が制限されるため、職種の枠を超えた支援が必要。連携カルテにより情報の共有が有効。医療職と介護職の連携も必要。
阿部 紗季、末延 竜哉、吉田 亨、今村 俊一郎、大野 勝三、平野 健二	在宅での食欲不振患者に対する低栄養改善 薬剤師との連携による管理栄養士の訪問栄養指導	日本在宅栄養管理学会誌	2019	6(2)	155-158	実践事例報告	93歳男性。サ高住在住。低栄養、食欲減退。	管理栄養士、薬剤師	薬剤師による食欲に関連する薬剤の調整の提案、3か月間に5回の訪問栄養指導	食事への意欲の増加、MCTを活用した料理提案、調理実習	食欲回復、体重増加	離床時間の増加、会話の増加	薬局管理栄養士の活動の認知度が不足しているために、在宅ネットワーク会議に参加し、介護支援専門員や訪問看護ステーションとの連携を深めた。薬局薬剤師と同行による訪問栄養指導で薬剤管理を合わせた栄養指導実施。
籠野 記子	嚥下機能が低下した在宅療養者を多職種で支える	日本在宅栄養管理学会誌	2019	6(2)	177-179	実践事例報告	64歳女性。脊髄空洞症、慢性心不全。嚥下状態が悪く栄養状態低下	看護師、理学療法士、管理栄養士	5か月間	食形態の調整、食形態の他職種との共有、家族への指導	摂取量の増加、Albの改善	傾眠状態の改善、嚥下状態の安定、浮腫の軽減。意思表示の明確化	月2回の訪問のみで食環境を含めた改善は困難であり、多職種で連携した支援が必要。
西山 里美	食べる楽しみを取り戻して低栄養改善を 実践した事例	日本在宅栄養管理学会誌	2019	6(2)	185-187	実践事例報告	86歳女性。認知症の独居者。低栄養	管理栄養士	4か月。本人及び家族への指導、配食サービス業者への声掛け依頼	菓子の準備の調整、家族への指導、本人への食事内容の指導、食事時間の定時化	配食の摂食量増加、菓子摂取の減少、体重増加、Alb、Hb改善	本人及び家族の心理的負担の軽減	配食業者との連携が有効であった。
立本 一美、熊澤 伊和生、川瀬 徳子、山田 裕樹、渡邊 二三雄、馬淵 智子、高井 美帆子	地域一体型NSTシステム「損棄モデル」構築の試み	日本農村医学会雑誌	2018	67(2)	113-124	地域一体型NSTシステムの構築を行い、その普及活動を行った事例報告	介護支援専門員連絡会、歯科医師会、地域介護保険施設診療所、居宅介護支援事業所、病院	医師、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、言語聴覚士、介護支援専門員、訪問看護師	地域の研修会や介護保険施設に直接出向き、広報活動を行った(計35件)。	広報活動(嚥下機能スクリーニング質問紙の説明、NST外来・入院の案内、VEの活用方法等)	5病院中4病院にNST活動の変化を認めた。その詳細は、専門外来の開設が2病院(NST外来・嚥下外来)、VE購入および申請中が2病院の他、NST構成メンバーの増員や嚥下食のリニューアル・嚥下音の頸部聴診コードレス咽喉マイクの購入である。		NST間の連携の課題として、情報交換の場が必要。今回のシステムの導入開始がどのようなアウトカム変化(誤嚥性肺炎入院件数、QOL等)をもたらすかの検証が必要。
林 真二 百田 武司	閉じこもり高齢者への訪問型介護予防複合プログラムによる介入効果の検討	老年看護学	2018	Vol.22 No.2	88-96	実践報告	閉じこもり高齢者8名	介護予防事業所の看護師2名	介入：訪問型介護予防複合プログラム(運動器・口腔機能向上、栄養改善を併用)	介入：訪問型介護予防複合プログラム(運動器・口腔機能向上、栄養改善を併用)4回	BMIは有意な変化はなかった。	介入後、運動機能、口腔機能、外出に対する自己効力感、精神健康状態、主観的健康感は向上した	
塩野崎 淳子	【訪問栄養指導】 「在宅リハビリテーション栄養」を実践するセッティングを整えるために	日本リハビリテーション栄養学会誌	2018	Vol.2 No.2	208-212	事例報告	90歳代。男性。A氏。要介護4。主病名：レビー小体型認知症仙骨部重度感染 褥瘡(DESIGN-R R:26点)、 義歯の適合は良好だが咀嚼力は低く、固い食べ物は残す。嚥下障害はない。食欲はあり、自力摂取可能。身長154.6cm 体重41kg BMI:17.2	在宅訪問管理栄養士1名、デイサービスの職員と連携	在宅への訪問栄養指導	デイサービスに提案した栄養ケアの3ポイント ①野菜料理に蛋白質の食品を多めに混ぜる。 ②デイサービスではご飯から食べてしまうので、おかずを先に食べてもらう。 ③蛋白質となる食品の摂取量が少ない場合は、栄養補助食品(コラーゲンペプチド含有飲料等)で栄養を補充する。	1か月後：栄養状態の改善はない 3か月後：アルブミン値、TTR、血清亜鉛の上昇あり	1か月後：褥瘡の壊死組織は減少し、ポケットは縮小、良質肉芽が増殖 2か月後：端坐位がとれる、手引き歩行可能 6か月後：褥瘡の創部閉鎖	
横井 菜美、齋藤 良太、藤岡 良、松山 太士	低栄養の原因に対し多職種で介入を行うことで低栄養の再発予防ができた症例	愛知県理学療法学会誌	2017		134-40	低栄養による繰り返しの入院事例への多職種介入	81歳男性。低栄養にて入院	言語聴覚士、作業療法士、理学療法士、栄養士による介入	各職種が訪問	言語聴覚士が嚥下機能低下を診断し、ミキサー食が適切と判断したが、妻がミキサー食をうまく作れないため栄養士が指導。理学療法士による妻への介護指導、本人への理学療法士、作業療法士による指導	食事量の増加、MNA-SFが低栄養から低栄養の恐れへ改善、退院後7か月後でも低栄養の再入院を防げた。	起居、移乗動作の自立、妻の介護負担の軽減。	

著者	タイトル	雑誌名	発行年	巻数(号数)	ページ数	方法	介入対象者	介入者	設定や介入方法	介入内容	栄養面での改善	栄養以外の改善	課題
白髭豊	在宅高齢者の口腔機能の維持・向上と栄養改善のための多職種連携	保健医療学	2016	65(4)	401-407	髄膜腫、脳梗塞で特老入所中の90歳女性に1年5か月間、嚥下咀嚼訓練を行った事例報告	髄膜腫、脳梗塞(右不全麻痺、嚥下障害)で特老入所中の90歳女性	医師、歯科医師、歯科衛生士、介護職員	施設	1年5か月間、Mバタカラを使用し歯科医の指示のもとに歯科衛生士が介護職員に指導して嚥下咀嚼訓練を行った。	食事量の増加	表情が豊かになり、話し方が以前よりしっかりして、滑舌が良くなった。	
白髭豊	在宅高齢者の口腔機能の維持・向上と栄養改善のための多職種連携	保健医療学	2016	65(4)	401-407	右中大動脈の広範囲脳梗塞にて入院加療後、在宅復帰した女性に多職種連携を展開した事例報告	86歳女性	医師、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士	施設、在宅	施設では嚥下食を工夫し、在宅では管理栄養士の訪問による調理指導。さらに、歯科医による入れ歯の調整、歯科衛生士による口腔ケアの定期導入	食欲、咀嚼の改善		
白髭豊	在宅高齢者の口腔機能の維持・向上と栄養改善のための多職種連携	保健医療学	2016	65(4)	401-407	誤嚥性肺炎にて入院後、在宅生活に戻ってから管理栄養士による訪問栄養指導が実施された事例	90歳女性	医師、管理栄養士	在宅	管理栄養士による訪問栄養指導	栄養面での改善	介護者に大きな安心と自信を与えた。	
角町正勝	地域における医科歯科連携の現状と課題	保健医療学	2016	65(4)	408-414	胃瘻による栄養補給を要し、入退院を繰り返していた90歳の独居高齢者に対して、口腔機能向上を企図した対応を行った事例	90歳女性	歯科医師、介護士	在宅	摂食嚥下訓練	訓練開始より6ヶ月目から徐々に生活に変化がみられ、経口でのペースト食、そしてきざみ食、常食へと改善することができた。		
奥村加奈美	介護負担を軽減しながら低栄養状態の改善をめざした1症例	日本在宅栄養管理学会誌	2016	2(2)	111-113	実践事例報告	91歳男性、肺炎を繰り返し退院後、ADLの低下とともに低栄養、褥瘡	管理栄養士による訪問栄養指導	月1回の訪問栄養指導を5か月実施	週末の短期入所の利用、介護者の負担の少ない栄養補給計画の提案	体重増加、褥瘡は短期入所等による医師の管理を活用したうえで、改善傾向	高齢の主介護者の負担の少ない栄養補給計画が難しい。褥瘡については皮膚科専門医との連携、短期入所などの活用が有効。	
高山真知子	糖尿病療養患者に対する在宅訪問栄養食事指導の症例	日本在宅栄養管理学会誌	2016	2(2)	117-119	実践事例報告	78歳女性、糖尿病でインスリン自己注射と食事療法が必要	管理栄養士による訪問栄養指導	月1回の訪問栄養指導を4か月実施、通所リハビリテーションの活用、糖尿病教室の利用	本人への間食指導、エネルギー・糖質摂取量の減少、食物繊維の増加を目指した食事指導	体重減少、HbA1cの改善	インスリン注射から経口薬への移行が検討	対象者の課題、不安などの解決のために多職種連携が必要で、FAXやメールによる情報共有が重要だった。
西山順博、細見美津子、松井泰成、大西延明、上坂保恵、清水満里子、千田素子、松井薫、坂口和代、西山直樹、西本美和	最後まで食べるための在宅NST	日本静脈経腸栄養学会雑誌	2015	30(5)	1119-1124	総説							ケアプラン作成を担うケアマネジャーの多くは歯科衛生士による訪問栄養指導を活用した経験がない。歯科衛生士や管理栄養士の訪問指導は、介護保険では居宅療養管理指導として算定するが、これらのサービスは支給限度額の対象外であるため、ケアプランの調整等もあり必要ないことさえ知らない。また、訪問栄養指導には、医師指示が必要であり、在宅医が算定することになるが、医療保険と介護保険の使い分けについて、介護保険からの算定方法を知らない在宅医が多い。さらに、管理栄養士や歯科衛生士の人材不足も大きな問題である。摂食嚥下機能が悪化すればするほど、それを改善させるためには、より侵襲的な治療や積極的なリハビリが必要となる。患者の摂食嚥下時下の状態を共有することが必要。
西川えみ	在宅栄養ケアによって、栄養状態の改善と経口移行を可能とした1症例	日本在宅栄養管理学会誌	2015	1(1)	19-21	実践事例報告	70歳男性、頸部脊椎性骨髄症、入院し胃瘻増設後、嚥下調整食摂取が可能となり退院後	医師、管理栄養士、訪問看護師、デイケア利用時のスタッフ	月1回の訪問栄養指導を5か月実施	訪問時の食形態の調整、摂取量の増加をし、デイサービス利用時には、体重測定、リハビリテーションの実施、摂取量の確認、誤嚥初見の確認、排便習慣の確認を依頼。	体重増加、Alb改善、摂食嚥下機能の改善、3食経口摂取可能	FIMの身体機能の改善	医師及び多数の多職種との連携が重要

著者	タイトル	雑誌名	発行年	巻数(号数)	ページ数	方法	介入対象者	介入者	設定や介入方法	介入内容	栄養面での改善	栄養以外の改善	課題
近藤 みずき, 鈴木 陽一	COPD患者に対する訪問栄養食事指導の実態	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌	2010	20(1)	81-83	通院困難な状態の慢性呼吸不全に陥ったCOPD患者へ、介護保険を利用した訪問栄養食事指導の症例報告	75歳, 女性, COPD・II型慢性呼吸不全, 1名	管理栄養士	訪問栄養食事指導	食支援	3ヵ月間の指導後, LINQの栄養項目は0/2に改善。体重, 上腕周囲長, 上腕二頭筋皮下脂肪厚増加摂取エネルギー量は徐々に増加し, それに伴い総蛋白質, アルブミン, プレアルブミンも増加	活動性の改善 室内移動を安全にできるようになり, 入浴も可能となった。階段昇降も可能となったため, 通所リハビリテーションに通えるようになった 本人のQOL (Quality of Life) の向上 夫の介護疲労の軽減	少ない原因の1つとして保険制度上の問題があげられる。訪問栄養食事指導は, 医療保険または介護保険の利用に際し, それぞれ栄養指導が適応となる疾患は決まっているが, どちらにも呼吸器疾患は含まれていない。介護保険では, 「低栄養状態」や「摂食嚥下障害」として指導する必要がある。一方, 医療保険上では, 「低栄養状態」「摂食嚥下障害」が適応疾患でないため, 介護保険を利用していない患者への対応も難しいのが現状である。訪問栄養食事指導をする管理栄養士の不足があげられる。
神原 咲子, 大田 祥子, 橋本知子, 汪 達敏, 荻野 景規	出張型NSTによる生活習慣病の食事指導の検討	日本予防医学会雑誌	2007	2(1)	33-36	クリニックでのコントロール不良例の生活習慣病患者を対象に出張型のNSTを実施した事例	53~63歳女性, 平均58.5歳, 糖尿病3名, 高脂血症1名	医師が対象者を抽出, 保健師と栄養士が対応	保健師のみの訪問1回, 栄養士と保健師による訪問1回後カンファレンス, その後, 保健師と栄養士による訪問3回, 栄養士による電話相談1回を3か月で実施し, 6か月後の時点で栄養士が事後調査	対象者宅で本人の希望に沿ったレシピを使用する調理実習, 市販の調味料の使い方, 簡単な料理, 間食, 電話連絡により継続性のサポート	BMIの減少傾向, 調味料の使い方の改善	HbA1c, 中性脂肪の減少傾向, 病識の欠如への対応	指導に時間を要し, コストが高くなる。すべての医療職が食事が基本であることを共有する必要性がある。
武井司, 平松慶子, 森睡, 藤原恵子, 西村一弘, 酒井雅司, 貴田岡正史	要介護認定高齢糖尿病患者に対する訪問栄養食事指導	糖尿病	2005	48(2)	135-137	実践栄養指導勉強会に所属する管理栄養士への聞き取り調査, 訪問栄養指導を受けている高齢糖尿病患者の症例検討	訪問栄養指導を毎月1~2回6か月以上継続した高齢糖尿病症例(平均73.6歳, 男性5例, 女性9例, 介護度平均2.3)	管理栄養士, 訪問介護員や訪問看護師の在宅支援は同様に継続していたが, 同行しているかは不明	月1~2回, 6か月以上の在宅への訪問	記載なし	重複する6名の対象に対しては他の報告において, 菓子類喫食是正によるエネルギー産生栄養素バランスの改善, 野菜類摂取の増加による食物繊維摂取量改善を報告	薬物療法の有意な減少, HbA1cの有意な低下	勉強会所属の管理栄養士でも訪問栄養指導受託機関数は少なく, 訪問栄養指導症例数多くない。これは訪問栄養指導が普及されていない現況。訪問栄養指導に対する医師・機関責任者の認知度の低さ, 管理栄養士による臨床的指導能力, 採算性など多岐にわたる阻害要因を指摘する先行報告と合致する。
平松 慶子, 武井 司	訪問栄養指導による要介護高齢糖尿病患者の食変容 摂取栄養量の面からの検討	日本病態栄養学会誌	2004	7(1)	47-55	クリニックにおける実施事例の事後解析	70~86歳, 男性2名, 女性4名の訪問栄養指導を6か月以上実施した要介護高齢糖尿病患者	管理栄養士	月2回, 6か月以上の実施	医師の治療計画に準じて調理実習を中心に, 間食摂取や宅配食を利用した食事計画の指導	菓子類, 炭水化物摂取量の減少, 野菜・食物繊維摂取量の増加		摂取量の適正さを判断するための定期的な身体計測や血液検査の実施が困難であるが, 生活情報が乏しい院内指導や他の職種による食事指導は難しい。訪問栄養指導の知名度が低いこと, 患者のニーズが少ないこと, 医師の栄養に対する関心の低さが課題。
古賀奈保子	在宅訪問栄養管理サービス(HNCM)の開発と実施・評価	日本健康・栄養システム学会	2001	1	147-155	在宅訪問栄養管理サービスのシステム構築と評価	システムの評価 PEM患者21名 栄養ケアプランの分析 PEM患者14名(要支援:1名 要介護2:1名 要介護3:1名 要介護4:2名 要介護5:7名 非該当2名)	管理栄養士 システム構築前に栄養士が6ヶ月間, 訪問看護に同行	指導4~6ヶ月後のモニタリング時において, PEMの改善が見られた15症例と見られなかった6症例の特性について, 栄養アセスメント記録票に基づき, その差異を分析	食支援, 口腔ケア, リハビリ指導, 調理宅配サービス	Alb, 牛乳・乳製品摂取, 摂取エネルギー量が増加	ADL (BI) 移乗の改善傾向	医師, 看護師, 介護支援専門員などの, 他の在宅訪問医療専門家との協力体制のもとで構築することが必要。効率的, 効果的でなければ継続しない。

表2 レビューのまとめ (紀要)

著者	タイトル	雑誌名	発行年	巻数(号数)	ページ数	方法	介入対象者	介入者	設定や介入方法	介入内容	栄養面での改善	栄養以外の改善	課題
吉村 真奈美	地域の高齢者フレイル調査および訪問栄養指導事例報告	山陽女子短期大学紀要	2023	44	37-51	実践事例報告	89歳女性、熱中症と脱水で入院後、食欲低下、体重減少	管理栄養士	3か月に10回	食事量の自己チェックの指導、水分摂取量の明確化、体重測定の実施、高エネルギー食品の提案、調理指導	体重増加、摂取量増加	近くの店への買い物目標達成	必要なエネルギー摂取量の設定が難しい。地域における多職種との信頼関係の構築が必要。
熊谷 琴美, 矢須田 侑兵, 伊藤 勇貴, 岡田 希和子	糖尿病性腎症終末期患者の居宅療養管理指導による最期まで食べる支援の一症例	Nagoya Journal of Nutritional Sciences	2021	7	101-106	糖尿病性腎症終末期患者への多職種による支援	男性、60歳代1名、糖尿病(神経症、腎症、網膜症合併)左足第5指壊疽	訪問診療月2回、訪問看護週7回、訪問介護員1日2回、主治医の指示により管理栄養士の介入	月4回3か月、居宅療養管理のほか週に1日訪問介護員に同行	食事がとれておらず、金銭的制約もあるため配食サービスを停止し、訪問介護員への料理の提案、食事内容を看護師・訪問介護員に記録してもらい摂取量の共有、嘔気、嘔吐のある時への対応。食事がとれないときの電話での多職種連携。	食事摂取量は増加。食べられないときの報告を速やかにうけられ、対応ができた。	介入開始1か月で余命2か月の診断、家で最期を迎えたい希望をかなえられた。	金銭的に限られる中で、訪問介護員に限られた時間でできる対応に限られたが、情報を速やかに共有することはできた。衛生面の問題もあり、限られた訪問回数・時間以外での食事の準備が困難。居宅療養管理指導の月2回ではたりず、月4回の訪問、電話、訪問介護員への同行は無料で実施。緩和医療では、現状の訪問回数、時間配分での対応は困難。
三井 豪, 加藤 るみ子, 河井 丈幸	訪問栄養事業開始1年半における評価と今後の課題と展望について	八千代病院紀要	2019	39	225-228	実践事例報告	84歳女性、脳梗塞、糖尿病、逆流性食道炎、摂食嚥下機能悪化と体力低下	管理栄養士		食形態変更、介護者への調理指導	食事摂取量の増加、刻みや一口大の摂取可能		地域住民における栄養支援の理解不足、食事という楽しみでプライベートな分野に介入されたくない気持ち強いと予測。多職種ネットワークが必要、在宅支援への知識や技術の向上が必要。
三浦 栄子	回復期リハビリテーション病棟において退院時の栄養改善状態の結果から、在宅訪問栄養指導の取り組みをした症例報告「在宅リハビリテーション栄養」	健生病院医報	2018	41	41-42	回復期リハビリテーション病棟退院後の訪問栄養指導事例	85歳女性、アルツハイマー型認知症	管理栄養士、	10か月	摂取量の評価、嗜好を考慮した献立紹介、少量高カロリーおやつ紹介、調理実習	食事量増加、体重増加、Alb改善		
澤田 あゆみ, 花田 淳一	在宅患者に対する栄養指導 むつ総合病院における栄養管理科の取り組み	むつ総合病院医誌	2010	15	20-24	4年間に11名の訪問をしたうちの事例	75歳女性、左視床下部欠	医師、看護師、管理栄養士	6か月	食事形態の調整、ショートステイ先の栄養士との連携、食事時の患者の姿勢や解除方法の指導、経口摂取への移行、介護者の調理負担の軽減	経口摂取が徐々に可能		食事形態の調整が介助者の負担にならないように調整が必要。主治医や看護師との連携。施設の栄養士との連携が必要。
西沢 由美, 恵後原 美里, 和田 優, 渡辺 善利	訪問栄養指導の取り組み 多職種との連携及び訪問栄養士としての関わり	公立八鹿病院誌	2009	18	53-56	実践事例報告	87歳男性 慢性腎不全、慢性心不全	看護師、ヘルパー、管理栄養士	月2回、1.5年	カリウム除去・塩分制限の調理、水分制限への理解、間食の取り方、定期手帳体重測定	体重増加傾向、食欲向上、本人・家族への食事療法の理解		担当ヘルパーが治療食の知識を持っていたため、連携は取りやすかった。自宅訪問により生活把握ができ、個々の状態にあった提案が可能。

表3 レビューのまとめ (専門誌)

著者	タイトル	雑誌名	発行年	巻数(号数)	ページ数	方法	介入対象者	介入者	設定や介入方法	介入内容	栄養面での改善	栄養以外の改善	課題
波多野 桃	食事療法 神経難病患者への訪問栄養指導 経口摂取増量への試み	難病と在宅ケア	2024	29(10)	57-60	実践事例報告	60歳代男性 進行性多巣性白質脳症, 50歳代女性 パーキンソン病 COVIDで入院後経口摂取不能	看護師, 管理栄養士	15か月, 6か月の訪問	胃瘻栄養量の調整と経口摂取のための妻への調理・食品選択指導, 経口摂取量増加のための食事調整	経口摂取量の増加と栄養状態の改善, 胃瘻栄養離脱		本人や家族の経口摂取の意向が潜在している可能性がある。管理栄養士と多職種連携により経管栄養の量を微調整しながら、経口摂取のための食品選択指導が可能。本人・家族・ヘルパーの不安へも適時対応可能
尾関麻衣子	歯科医院に所属する管理栄養士が配食サービス施設管理栄養士と協働で栄養介入を行った在宅療養中のパーキンソン病患者の例	臨床栄養	2023	142(7)	1116-1121	症例報告	70代後半、女性、パーキンソン病, 要介護5, Functional Oral Intake Scale = レベル5, 食形態 = 嚥下調整食コード2-2, 夫が歯磨きを介助し、口腔衛生状態は比較的良好だが、開口量が少ない。	患者の夫、歯科医療機関に所属する管理栄養士と歯科医師、配食サービスを運営する社会福祉法人に在籍する管理栄養士	患者の夫に対してコード4相当を提供できるよう、配食弁当のおかずを刻むことや総菜の選び方を指導。その後、1か月ごとに訪問し、夫に対してコード3相当の調整方法を指導するもコード4相当が限度だったため、介入5か月後に配食弁当を嚥下調整食に変更。また、管理栄養士より配食サービスの従業員に指導を行い、介入6か月でコード2-2相当の弁当を供給した。	夫への調理指導、配食弁当の食形態の調整	夫への調理指導は負担感が大きく困難だった。一方、管理栄養士の配食サービスを介した配食弁当の調整によって、摂取栄養量と体重の増加を認めた。	夫への調理指導に固執せず、食形態が調整された配食弁当を介入早期から提供できていれば、体重増加に転じるまでの期間を短縮できた可能性がある。また、本症例では、患者の臼歯部の咬合支持は維持されていたが、食塊形成が困難なために誤嚥・窒息のリスクがあった。栄養管理を行ううえでは、口腔機能の低下に対するアプローチが求められる。	
古屋裕康, 尾関麻衣子, 菊谷 武	おうちで“食べる”を支える 在宅における摂食嚥下リハビリテーションと栄養ケア	歯界展望	2022	140(4)	708-716	症例報告	65歳、男性、外傷性くも膜下出血, 誤嚥性肺炎, ADL = ベッド上安静。車椅子で座位保持可能であるが、30%程度で疲労を訴える	管理栄養士, 歯科医師, 歯科衛生士	6か月間の在宅訪問	摂食機能に適した食形態による経口摂取の進め方を妻に対して指導	介入時: 摂取栄養量(胃瘻) = 1,100kcal/日, 摂取栄養量(経口) = 1,100kcal/日 6か月後: 摂取栄養量(胃瘻) = 0kcal/日, 摂取栄養量(経口) = 1,800kcal/日 体重が57.6kgから59kgに増加	摂食嚥下機能 (FOIS) 介入時: 3 6か月後: 6 ADL 介入時: ベッド安静+30分座位 6か月後: 数時間の座位保持可能 食形態 介入時: コード3~4 6か月後: 常食一口大	
古屋裕康, 尾関麻衣子, 菊谷 武	おうちで“食べる”を支える 在宅における摂食嚥下リハビリテーションと栄養ケア	歯界展望	2022	140(4)	708-716	症例報告	68歳、男性、筋萎縮性側索硬化症, ADL = 車椅子	管理栄養士, 歯科医師, 歯科衛生士	2年間の在宅訪問	摂食機能療法, 家族への介助指導, 胃瘻からの栄養補給	介入時: 摂取栄養量(胃瘻) = 0kcal/日, 摂取栄養量(経口) = 1,200kcal/日 2年後: 摂取栄養量(胃瘻) = 1,600kcal/日, 摂取栄養量(経口) = 600kcal/日 体重が47.3kgから53kgに増加	摂食嚥下機能 (FOIS) 介入時: 6 2年後: 3 食形態 介入時: コード4~常食 6か月後: コード4~常食	
古屋裕康, 尾関麻衣子, 菊谷 武	おうちで“食べる”を支える 在宅における摂食嚥下リハビリテーションと栄養ケア	歯界展望	2022	140(4)	708-716	2013年4月から2019年3月までの統計調査	65歳以上で胃瘻による栄養摂取をしている在宅療養者のうち、全く経口摂取していない者116名(男性66名, 女性50名, 平均年齢79.7歳)	歯科医師, 歯科衛生士, 管理栄養士, 地域の在宅主治医, 看護師, リハ職種	6か月間の在宅訪問	口腔ケア, 栄養指導, 食支援	80名(69%)が食べることを再開		多職種との協働や他施設との連携は必要不可欠だが、実際は容易にできない場合が多い。
入山 八江, 福村 雪子, 渡辺 優奈, 川村 美和子, 久志田 順子, 牧野 令子	訪問栄養指導が在宅高齢者のQOL、BMI、疾病の改善に及ぼす効果と要因	日本栄養士会雑誌	2021	64(9)	511-523	8年間の訪問栄養指導実施報告書を基にした事例	2回以上訪問した151名	新潟県における「栄養ケア活動支援整備事業」による管理栄養士の訪問	全対象211名を対象に延べ526回の指導を実施(一人当たり2~3回が多い)	SGAに基づき主観的包括的栄養評価, 医師と訪問栄養士による評価によりプラン作成	低栄養者におけるBMIの改善及び維持, 糖尿病患者におけるBMI、HbA1cの改善	終末期の患者が多かった栄養状態の悪化群において、「栄養と調理」の介入がQOLの向上に貢献した。	訪問回数が多い方が改善がみられた。依頼元が様々であり、依頼元により依頼内容が異なっており、他職種による栄養指導の困難事例がみられた。在宅ケア自体がマンパワー不足の状態にあるが、他事業所との連携により在宅ケアの一員として管理栄養士も訪問栄養指導の質の向上に努める必要がある。
石川 めぐみ	訪問栄養食事指導の取り組みと今後の課題	地域医療	2020	57(4)	425-428	在宅訪問食事指導を利用した31名のうちの症例報告	全体では女性17名, 男性14名, 平均年齢85歳のうち、82歳女性の症例, パーキンソン病	病院管理栄養士	経過良好で終了した症例の訪問回数は平均5.9回	調理方法や食べ方のアドバイス, 栄養補助食品の提案	体重維持, 全体としては栄養状態の改善・維持・低下予防はできている		生活スタイルの変化やライフイベントにより栄養状態低下がみられやすい。「指導」という名所のために、食事量の制限を受けるとする対象が多い。在宅関連職種への啓発、在宅栄養管理の必要性への理解が必要。栄養士自身も制度の理解、生活アセスメント農陽区、病態栄養管理能力、コミュニケーション能力が必要。

著者	タイトル	雑誌名	発行年	巻数(号数)	ページ数	方法	介入対象者	介入者	設定や介入方法	介入内容	栄養面での改善	栄養以外の改善	課題
工藤 美香, 田中 弥生, 前田 佳予子, 中村 育子, 井上 啓子	陸町クリニック認定栄養ケア・ステーションにおける在宅訪問栄養食事指導の効果	日本栄養士会雑誌	2017	60(7)	389-397	認定栄養ケアステーションにおける実施事例	男性7名, 女性7名, 平均80.2歳, 要介護度2, 3, 5, (うち11名が介入終了)	認定栄養ケアステーション所属管理栄養士	訪問栄養指導3か月に3回	食事内容の相談, 摂取量の過不足の判断, 栄養情報の提供, 調理指導など	摂取不足者では摂取量の増加, 嚥下障害者における摂取量の維持, MNA-SFの改善, アルブミンの上昇	ADLの上昇, SF-8によるQOLの改善	本NCSは医療機関内設置のため医師の指示が得られたが, 連携事業者への調査では在宅訪問栄養指導の制度を知らない, 依頼方法がわからない, 本人や家族がのぞまないとの回答があった。本人や家族においては調理が負担の意見もあった。多職種連携方法や介護負担の軽減の工夫が必要。
奥田 順子, 横山 しつよ, 高橋 輝美子, 野島 秀樹, 湯川 博美, 野島 達也	多職種の協力のもと, 慢性呼吸不全患者に在宅訪問栄養食事指導を行い栄養改善を認めた事例	臨床栄養	2013	123(6)	738-742	実践事例報告	82歳女性, 慢性呼吸不全による低栄養	管理栄養士, サービス担当者会議の活用による多職種連携		高エネルギーの食品の紹介, メニュー提案, 介護者の負担を減らすレトルト食品等の提案, 補助食品の提案	3食摂取, 栄養量確保, 体重増加, たんぱく質摂取量増加	本人の食事への意欲の増加, 介護者の食事作りへの意欲の増加, 本人の笑顔が増えた	
馬場 正美	糖尿病性腎症で低栄養状態の患者への在宅訪問栄養食事指導の事例	臨床栄養	2013	123(6)	754-759	実践事例報告	71歳男性, 糖尿病性腎症	管理栄養士	月2回の訪問のほか, 電話やメールでの随時相談	介護力が不足しているため, 総菜・外食を組み合わせた食事内容の提案	エネルギー摂取量増加, 塩分・たんぱく質摂取量の減少	eGFRの改善	
井上 啓子, 中村 育子, 高崎 美幸, 前田 玲, 齋藤 郁子, 前田 佳予子, 田中 弥生	在宅訪問栄養食事指導による栄養介入方法とその改善効果の検証	栄養日本	2012	55(8)	656-664	全国在宅訪問栄養食事指導研究会会員への事例調査	62例(男性24, 女性38), 平均76.2歳	管理栄養士による訪問栄養指導	利用回数は平均1.7回/月(1~4回)	ニーズは体重管理, 間食管理, 誤嚥予防など。ケアプランは, 食品の選択方法, 必要な知識の説明, 具体的な調理指導, メニュー提案, 多職種連携	介入の継続者(53名)では, 体重の増加, MNAの改善, エネルギー, たんぱく質, ビタミン類の摂取量の増加	ADLの改善, QOLの下位尺度の身体機能と心の健康の改善	病院から自宅への移行期のニーズが高い。訪問栄養指導の脱落の理由は入院が多く, 要介護度が高く, 栄養状態が悪かった。在宅療養の高齢者の栄養素摂取状況がどの程度が適切かの判断が難しい。
工藤 美香, 田中 弥生	【栄養管理指導最前線】在宅での実践	地域リハビリテーション	2008	3(8)	724-727	実践事例報告	72歳男性, 脳梗塞, 誤嚥性肺炎, 脱水, 胃瘻	医師, 看護師, 理学療法士, 管理栄養士	1回, 1か月	食物形態の指導, 嗜好に合わせた食品選択, 経口摂取の内容・量の調整	栄養状態の維持, 入退院の減少, 安全な経口摂取	介護者の在宅介護の不安と負担の軽減	後期高齢者退院時栄養指導料により病院での栄養療法の情報が入りやすくなった。在宅でのサービス提供体制としての地域のNSTの体制整備。

表4 レビューのまとめ (報告書)

著者	タイトル	雑誌名	発行年	巻数(号数)	ページ数	方法	介入対象者	介入者	設定や介入方法	介入内容	栄養面での改善	栄養以外の改善	課題
古屋純一	低栄養・終末期高齢者の食に対する多職種協働と口腔機能管理の在り方	科学研究費助成事業研究成果報告書	2023			緩和ケアチーム対象入院患者に対する縦断研究	終末期が入院患者103人(平均年齢73.8歳)	医師、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、言語聴覚士、看護師等		口腔健康管理 食支援	経口摂取の確立には、摂食嚥下機能が関連していた。口腔健康状態や摂食嚥下機能を医科と歯科が連携して適切に評価することで、栄養接種法を維持・向上できる可能性がある。		
古屋裕康	患者および家族のQOL変化から見た在宅歯科医療のエビデンス構築	科学研究費助成事業研究成果報告書	2018			6ヶ月間歯科治療と摂食嚥下リハビリテーション介入を行い介入後の摂食状況を調査した。	在宅療養中の摂食嚥下障害患者のうち、経口摂取をしておらず、且つ進行性の神経疾患を除く46名(男性25名,女性21名,平均年齢76.0±10.1歳)	歯科医師	在宅への訪問	6ヶ月間歯科治療と摂食嚥下リハビリテーション介入	6ヶ月後の摂食状況は、開始時に比べ有意に向上		
坂下玲子	「食」を契機とする在宅療養高齢者の生活支援モデルの構築	科学研究費助成事業研究成果報告書	2018			兵庫県内の訪問看護ステーション(約480か所)のうち、食支援を積極的に展開している訪問看護ステーションを選定し、調査協力に同意の得られた訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師を対象に聞き取り調査	11例(男性1名,女性10名:78~92歳)	訪問看護師, その他不明	在宅への訪問	6ヶ月間生活支援プログラムを実施	全事例で摂取カロリーの増加がみられた	体重増加, 食欲増加, 食事のむせ減少	
榎裕美, 馬場正美, 中川啓子, 豊田典子, 安田和代, 熊谷琴美	重点的な在宅栄養ケアに関する研究 「重点的な栄養介入が必要な在宅療養者に対しての管理栄養士による効果的な栄養介入方法についての検証」	平成30年度厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書	2018		96-112	訪問指導対象者の後ろ向き研究のうち算定外実施をした事例報告	79歳男性, 慢性腎不全, 糖尿病, 多発性脳梗塞, 高血圧, 白内障	管理栄養士	月1回7年間, 身体状況悪化時には月4回	身体計測, 食事内容の確認, 栄養状態の確認, 病態悪化防止を継続手kとした介入	食事摂取の自立	腎機能を維持し, 透析導入をせずに経過	身体状況の悪化時には集中的な介入が必要
榎裕美, 馬場正美, 中川啓子, 豊田典子, 安田和代, 熊谷琴美	重点的な在宅栄養ケアに関する研究 「重点的な栄養介入が必要な在宅療養者に対しての管理栄養士による効果的な栄養介入方法についての検証」	平成30年度厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書	2018		96-112	訪問指導対象者の後ろ向き研究のうち算定外実施をした事例報告	71歳女性, 脳血管疾患後遺症, 腎臓あり	管理栄養士	月1回, 12か月	食形態の調整, 調理方法・食材選択を家族, 多職種と共有, VE検査時の立ち合い	体重増加, Alb改善, 骨格筋指数増加	浮腫なく経過, 排泄が一部介助で実施可能	VE検査の立ち合い, 訪問介護士等への集中的な指導, サービス担当者会議での情報共有など訪問の回数を超えた指導が必要
榎裕美, 馬場正美, 中川啓子, 豊田典子, 安田和代, 熊谷琴美	重点的な在宅栄養ケアに関する研究 「重点的な栄養介入が必要な在宅療養者に対しての管理栄養士による効果的な栄養介入方法についての検証」	平成30年度厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書	2018		96-112	訪問指導対象者の後ろ向き研究のうち算定外実施をした事例報告	70歳女性, 肝内短管癌	管理栄養士		調理実習, 状態にあった食事への理解	食事量増加	癌性腹膜炎により入院, 逝去	家族の受け入れ態勢が整うまで週に1回の訪問が必要と考えられた
榎裕美, 馬場正美, 中川啓子, 豊田典子, 安田和代, 熊谷琴美	重点的な在宅栄養ケアに関する研究 「重点的な栄養介入が必要な在宅療養者に対しての管理栄養士による効果的な栄養介入方法についての検証」	平成30年度厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書	2018		96-112	訪問指導対象者の後ろ向き研究のうち算定外実施をした事例報告	87歳女性, 機能性ジスネジア	管理栄養士		食事形態の調整, 早食いの緩和, 咀嚼回数の増加, 心理・精神的サポート	体重増加		初期には月2回以上の対応が必要であった

著者	タイトル	雑誌名	発行年	巻数(号数)	ページ数	方法	介入対象者	介入者	設定や介入方法	介入内容	栄養面での改善	栄養以外の改善	課題
榎裕美, 馬場正美, 中川啓子, 豊田典子, 安田和代, 熊谷琴美	重点的な在宅栄養ケアに関する研究 「重点的栄養介入が必要な在宅療養者に対する管理栄養士による効果的な栄養介入方法についての検証」	平成30年度厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書	2018		96-112	訪問指導対象者の後ろ向き研究のうち算定外実施をした事例報告	68歳男性, 糖尿病性腎症, 食欲低下による低栄養, 糖尿病性網膜症, 終末期	管理栄養士	月4回(2回はクリニックのサービス), 3か月	ヘルパーへの献立提案(食べれない配食サービスの停止), 多職種による腎機能悪化への対応, 好みの食品を食べられるように調整	食事量の増加, 食事を楽しみにするようになった	意欲の向上, 発語の増加	介入3か月後に逝去されたが自宅で過ごす希望はかなえられた。衛生面での対応のために1時間の訪問で足りない場面があった。生活保護者であるために, 食費が限られる中での対応が難しい。月2回の訪問では足りず, クリニックのサービスとして2回追加。

表5 医療計画における訪問栄養食事指導の目指すべき方向性

国	在宅患者訪問栄養食事指導（医療保険）を受けた患者数142.5人/月	管理栄養士による在宅療養管理指導（介護保険）を受けた患者数4960人/月	訪問栄養食事指導を実施している事業所（病院・診療所）1116か所、65歳以上人口10万人あたり在宅療養管理指導をする事業所数は全国平均で31.4か所で都道府県にばらつき	訪問栄養食事指導を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、栄養ケア・ステーション等の活用を含めた体制整備が求められる。
北海道			目標値R11で39在宅医療圏（P148）	高齢者の要介護状態の軽減や悪化の防止、フレイル対策として、低栄養や誤嚥性肺炎の防止が重要であることから、在宅での栄養管理や口からの食生活を継続させるとともに、歯・口腔機能の維持等、専門的な口腔衛生管理や口腔機能管理の充実が必要（p146）
青森県				日常生活の中で、栄養ケア・ステーション等と連携し、患者の状況に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること(p230)
岩手県				在宅療養者の低栄養と基礎疾患の重症化予防のため、管理栄養士による栄養相談サポートや、在宅療養を支える家族の食事づくりの負担を軽減するための取組を促進する(p255)
宮城県				在宅での療養生活においては、関係機関が連携し、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、ケアマネジャー等の多職種協働により、患者とその家族を支えていく体制が重要(p352)
秋田県				
山形県				診療所医師も高齢化していることから、訪問診療・訪問歯科診療・訪問看護・訪問薬剤管理指導・訪問栄養食事指導など、多職種連携で在宅医療提供体制を確保・充実する取組が必要(p305)訪問診療・訪問歯科診療・訪問看護・訪問薬剤管理指導・訪問栄養食事指導など、医療従事者に対する在宅医療への理解を促進し、在宅医療に取り組む医療関係者を増やす(p306)

福島県	難病患者等の相談としては、食事栄養指導が全県で17件(p261)			高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等にも対応できるような体制を確保すること。
茨城県	在宅NSTの活動は実数5施設、人口10万人あたり0.2施設(p199)		実数13施設(p199)	・患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること・高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤管理指導、訪問栄養・食事指導等にも対応できるような体制を確保すること(p201)
栃木県	2021年度、3人/月(p166)		2021年度、4箇所(p169)	訪問栄養食事指導の充実のため、在宅療養支援病院・診療所への管理栄養士の配置、管理栄養士が所属する栄養ケア・ステーションの活用等が求められる。(p162)訪問栄養に関する普及啓発。(p164)在宅訪問栄養指導等を行う栄養ケア・ステーションや認定栄養ケア・ステーションの取組の拡充支援。(p237)
群馬県				
埼玉県				訪問栄養食事指導を充実させるためには、指導が可能な管理栄養士が在籍する拠点を広く周知し、スムーズな利用ができる環境整備が必要です。そのために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所のほか、栄養ケア・ステーション、機能強化型認定栄養ケア・ステーション、栄養ケア・ユニット等の体制の整備と機能強化が求められる。(p401)
千葉県			平成29年度、2か所、令和2年度、6か所、令和3年度、6か所令和4年度、13か所(p268)	患者の生活機能や家庭環境等に応じて、また、患者を身近で支える家族の負担軽減を図るためにも訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、介護など、在宅医療を担う多職種の協働を推進することが必要。(p270)
東京都				高齢者の増加に伴って医療と介護の両方を必要とする高齢者が多くなります。医療や介護が必要となっても住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、医療と介護を一体的に提供できる体制づくりが求められる。
神奈川県				
新潟県	訪問栄養食事指導を受けた患者数20人(令和3年度)(p257)			多職種協働による患者やその家族の生活を支える観点からの医療・介護サービス、障害福祉サービス、緩和ケア、口腔健康管理、栄養管理の提供や家族への支援など日常の療養生活支援が可能な体制整備が必要。(p240)

富山県	2021（令和3）年の訪問栄養食事指導を受けた患者数は、10万人当たり1.4人（全国：2.3～2.4人）と全国に比べて少ない状況である。（p237）訪問栄養食事指導を受けた患者数、総数15人、人口10万対1.4。（p389）			高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等にも対応できるような体制を確保すること。（p230）在宅療養における管理栄養士による訪問栄養食事指導の取り組みが必要である。（p241）
石川県				在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるため、退院時において病院の管理栄養士が在宅の支援者への情報提供や、栄養ケアステーションを活用し、栄養ケアステーションが紹介した管理栄養士と診療所等の医師の連携による在宅で生活する患者の栄養食事指導など、管理栄養士と関係機関の連携が必要である。（p356）日常生活の中で、栄養ケア・ステーション等と連携し、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること。（p360）
福井県			2023年9月現在、管理栄養士による訪問栄養食事指導を実施している医療機関は10か所（約13%）（p189）	高齢者のみでなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等にも対応できる体制を確保すること。（p187）摂食嚥下機能に応じて、必要な栄養素を確保しながらできるだけ好みの食事を摂ることは、栄養の保持や摂食嚥下機能の維持向上のみならず、居宅で生活する楽しみでもあり、必要な患者に対し、居宅において管理栄養士が栄養指導を実施できる体制整備が求められる。（p189）
山梨県				医師、歯科医師、保健師、看護師、薬剤師、栄養士等の多職種が連携・協働して患者の疾患、重症度に応じて医療を継続的、包括的に提供することが求められている。身体機能及び生活機能の維持向上のための口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理・適切な食事提供に資する情報を適切に提供するために、栄養ケア・ステーション等の関係職種間で連携体制を構築することが必要。（p200）

長野県			在宅患者訪問栄養食事指導を実施する医療機関(2023年10月現在)、一般診療所18施設、病院20施設。(p356)	地域における介護予防の取組の充実とともに、多職種連携による食事・栄養の支援ができる体制を目指す。(p206) 在宅療養患者が健康・栄養状態を適切に保つためには、医療機関や介護施設からの退院・退所後の食事・栄養等に関する支援が必要であり、自宅において、食事・栄養摂取に関する指導や支援を行う人材の育成や体制の構築が求められる。(p356)訪問栄養食事指導を充実させるため、県栄養士会による栄養ケア・ステーション事業の周知及び管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所等の施設の体制整備を促進する。(p363)
岐阜県	令和3年、92人(p230)	令和3年、120人(p230)	在宅患者訪問栄養食事指導(医療保険)を実施している医療機関3ヶ所、管理栄養士による居宅療養管理指導(介護保険)を実施している事業所15ヶ所。(p239)	訪問栄養食事指導を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点である栄養ケア・ステーション等の活用を含めた体制整備が求められる。(p243)
静岡県	2019年31件、 2021年52件 (405p)		栄養ケア・ステーションは、県内に18箇所設置。その内、療養中の方や要介護の方を対象にした栄養食事指導を行う「機能強化型栄養ケア・ステーション」は3箇所。	高齢者の増加に伴う在宅栄養ケアサービスの需要増加に対応するため、栄養ケア・ステーションの整備や訪問栄養食事指導を担う人材の育成に取り組む必要がある。
愛知県	在宅医療の提供体制として、在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために訪問栄養指導を実施している。(3部3～9章p208)		栄養ケアステーションの設置。医師の指示に基づく訪問栄養食事指導を行う。(3部3章211P)	県栄養士会が設置し、運営する栄養ケア・ステーションの活用等、在宅での栄養管理体制の整備が必要(3部3～9章p208) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、介護支援専門員、介護福祉士などの関係多職種がお互いの専門的な知識を生かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制の構築に取り組む市町村を支援(p209)

三重県			令和5（2023）年7月現在の在宅患者訪問栄養食事指導に対応できる医療機関数は36施設で、令和3（2021）年度のNDBによると、県内の訪問栄養食事指導料は50件。（205p） 令和3年、訪問食事指導を実施している病院・診療所[医療]は4施設。令和3年、訪問食事指導を実施している病院・診療所[介護]は9施設。（279P）	
滋賀県	令和4年212人、目標値（令和11年）256人（3部170p）		令和5年(2023年)4月現在、栄養ケア・ステーションは7か所（栄養ケア・ステーション1か所、認定栄養ケア・ステーション4か所、機能強化型認定栄養ケア・ステーション2か所）(288p)	高齢化の進行に伴い、在宅療養者が増えることを踏まえ、栄養士会など関係機関と協力しながら、保健、医療、福祉および介護等各分野の管理栄養士・栄養士の資質向上、地域では災害時における栄養・食生活支援にも対応できる体制づくりが必要。（288P）
京都府			栄養ケア・ステーションの設置。地域住民をはじめ医療機関、自治体、健康保険組合、民間企業、薬局などと連携し、食・栄養に関する相談から特定保健指導、セミナー講師、調理教室の開催。9施設(資料17P)	在宅ケアに携わる多職種（管理栄養士・栄養士含む）のチームサポート体制の構築に向け、地域で在宅チームの連携の要となる人材を養成する必要。在宅支援拠点等（栄養ケア・ステーション含む）と連携し訪問診療等の機能を強化に取り組む必要。（120P）
大阪府				患者の増加に伴う在宅栄養ケアサービスの需要増加に備え、栄養ケア・ステーション等の活用を含めた栄養食事指導の提供体制の充実が必要。（147P）
兵庫県			訪問栄養食事指導を実施している診療所数 562 箇所（154P） 栄養ケア・ステーション(県下10圏域)（149P）	訪問栄養食事指導を担う人材育成や利用方法の周知を進め、多職種連携の一層の充実（149P） 訪問栄養指導実施診療所の目標値R7:606 箇所(154P)

奈良県	在宅訪問栄養食事指導の利用回数 (算定回数) は、県全体で98件 (第5章10-1,261P)			訪問栄養食事指導を充実させるためには、栄養ケア・ステーション等の活用も含めた体制の構築が求められます。(第5章10-1、261P266P)
和歌山県				
鳥取県				
島根県			栄養ケアステーション 7圏域 58診療所 (206P)	在宅療養患者に対する栄養指導においては、介護従事者を含めた多職種との連携 (447P)
岡山県	93 (在宅患者訪問栄養食事指導料 1、2の算定) (資料716P)	120 ((予防) 管理栄養士在宅療 養 I 1～3、II 1～3の算定 (資 料716P)	在宅患者訪問栄養食事指導料を算 定している診療所・病院は4施設 診療報酬上の管理栄養士在宅療養 管理指導を算定している診療所・ 病院は8施設 (8章203P)	在宅療養・居宅要介護者の増加に伴い、栄養ケアサービスの需要の増大が見込まれるため、栄養指導が必要な人への栄養指導実施体制の整備が必要 (8章203P)
広島県	訪問栄養食事指導を受けた患 者数は126人(p182)		訪問栄養食事指導を実施している 病院・診療所は11施設(p182)	自立支援型地域ケア個別会議における専門職の参加状況として管理栄養士・栄養士21名(p167)。栄養ケア・ステーション及び認定栄養ケア・ステーションは、令和5 (2023) 年10月時点で、県内に12か所。施設あたりの在宅にかかわる管理栄養士・栄養士の配置数が少なく、訪問指導に従事できるだけの人的余裕が十分でない。栄養ケア・ステーションへの登録者を増やすとともに、その質の向上が課題。就業動向を調査し、潜在している人材の掘り起こしと確保。人材の確保と知識・スキルの獲得。訪問栄養食事指導に対するニーズを明らかにするとともに、指導を希望する医療機関等と栄養ケア・ステーションをつなぐ仕組みの構築(p182)
山口県	訪問栄養食事指導74名(p235)		実施している病院・診療所10か所 (p235)目標は「増やす」(p242)	体制の整備が必要(p237)多職種が連携した在宅医療提供体制の確保として訪問栄養食事指導の充実を記載(p238)管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の連携など訪問栄養食事指導の充実に向けた取り組みを推進する。(p241)

徳島県	在宅患者訪問栄養食事指導（医療保険）を受けた全国の患者数は142.5人/月(p322)	管理栄養士による居宅療養管理指導（介護保険）を受けた患者数は4,960人/月であり、実施している事業所（病院・診療所）数は1,116か所(p322)	実施している医療機関（病院・診療所）数は114.7か所(p322)	今後、訪問栄養食事指導を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点である栄養ケア・ステーション等の活用も含めた体制整備を行うことが求められる。(p322)
香川県				
愛媛県	訪問栄養食事指導を受けた患者数R3では一定数以下。増加を目指す(4-11-22)		訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数3件。増加を目指す(4-11-22)	
高知県	訪問栄養食事指導のレセプト件数は、高知市圏域にしか算定実績がなく、平成28年時点(人口10万対1.3件)比令和2年時点(同0.2件)で減少(p273)			訪問栄養食事指導は、まだ十分に普及しているとは言い難く、在宅医療における食支援をサポートできる人材の育成並びに食支援の重要性についての医療福祉関係者への周知・理解が必要です。あわせて、これらのサービスが応需可能な医療機関の情報共有も必要(p277)。県は、訪問栄養食事指導、訪問リハビリテーションを実施する医療機関を把握し、多職種連携を担う関係機関への情報提供に努める(p279)。
福岡県	訪問栄養食事指導を受けた患者数は、医療保険では、県内に233人(p196)		2021（令和3）年度に在宅患者訪問栄養食事指導料（医療保険）を算定した患者がいる診療所・病院数は、県内で18機関(p196)	今後、訪問栄養食事指導を充実させるため、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点である栄養ケア・ステーション（2023（令和5）年4月時点：福岡県3件、全国512件）の周知や、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所及び栄養ケア・ステーション等の活用が求められる。(p197)
佐賀県			在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数（NDB）2021年度0件(p161)	患者の状態に応じた栄養管理や適切な食事を提供する体制を構築が必要(p163)
長崎県				養状態は、疾病の悪化や免疫力の低下による感染症等の発症につながります。在宅栄養食事指導の提供体制の充実が必要。(2-12-6)の継続的な提供を図るため、地域ケア会議やサービス担当者会議を活用した歯科衛生士・管理栄養士・リハ職等の専門職と地域包括支援センターの連携など、介護予防・自立支援及び重度化防止のための体制整備に向けた市町の取組を支援する。(2-12-13)

熊本県				在宅生活においては、在宅医療のみならず在宅介護も必要となることから、医療と介護の連携、多職種連携の促進が求められています。多職種連携のためには、医師や訪問看護師のみならず、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、リハビリテーション専門職、管理栄養士・栄養士、介護支援専門員、訪問介護員などの専門職種が、互いに各職種の役割を理解することが必要(p112)。定期的な関係者会議等の開催により、日常の療養支援のための連携体制の構築（医師、訪問看護師、歯科医師、薬剤師、リハビリテーション専門職、管理栄養士・栄養士等）に取り組む。くまもとメディカルネットワークの更なる利用促進に取り組む。(p113)在宅医療サポートセンター等と連携し、多職種を対象とした研修等を実施することで、薬剤師やリハビリテーション専門職、管理栄養士・栄養士等についても役割を理解し、日常の療養支援に活用できるよう、多職種間の相互理解を図る。(p114)
大分県				患者にとって食生活や栄養状態は予後を左右しQOLに直結するものであり、患者のニーズに応じた栄養管理、栄養指導などが行える体制が求められる。(p135)医療現場においては個人に対応した栄養管理が重要なことから、管理栄養士・栄養士がその専門性を発揮できる体制づくりを推進(p139)。
宮崎県				在宅医療の提供体制を確保するために、訪問診療や緩和ケアなどに対応できる医師をはじめ、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士など、在宅医療を支える多様な人材の確保及び育成が必要(p158)
鹿児島県				医療連携体制として「患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築している」を求められる事項として記載。(p276)
沖縄県		居宅療養管理指導 R3で9544人を11500人へ増加(p288)		

表6 管理栄養士の確保に関する現状値、目標値、課題等の記載のまとめ

	現状値	目標値	課題等
国	医療従事者の現状及び目標④その他の保健医療従事者に臨床放射線技師などに列記して管理栄養士		
北海道	病院勤務の管理栄養士・栄養士は全道では1万人あたり2.3人で全国平均を上回っているが、一部の圏域では下回っている。(p271)		医療機関における栄養状態の改善、糖尿病重症化予防や地域包括ケアの推進に当たっては、食事療養支援が重要であり、在宅療養支援に従事する管理栄養士・栄養士の確保やその資質向上が必要(p272)栄養士会と連携し、「北海道管理栄養士・栄養士人材登録システム事業（兼北海道栄養士会栄養ケア・ステーション登録事業）」により、在宅療養支援に従事する管理栄養士・栄養士の登録を促進する。在宅における食事療養支援等、高度化、多様化する業務に対応できるよう栄養士会と協力して、資質の向上を図るための取組を進める。(p272)
青森県	病院や介護老人施設・介護医療院への配置率は100%(p311)	行政栄養士の全国平均以上の配置率を目指す。管理栄養士・栄養士に対する研修を毎年行う。(p312)	特定健診・特定保健指導では、食生活改善指導は必須であるとともに、医療費適正化には、糖尿病の重症化予防に向けた、適切な食習慣の普及啓発・定着の取組が強く求められますが、1人 1人のみの配置や、非常勤職員 1人のみの配置の市町村が多く、業務を円滑かつ効果的に継続して実施するためには、複数配置や常勤職員としての配置が望まれる。(p311)
岩手県	医療施設（病院・一般診療所・歯科診療所）における二次保健医療圏別の管理栄養士数は人口10万人あたり21.7人、栄養士は6.4人(p30)		健康診査結果や保健指導、医療費等に関するデータの分析及び専門的見地からの事業評価 とともに、特定保健指導を的確に実施するための医師、保健師、管理栄養士等の人材育成が必要(p358)
宮城県			
秋田県	特定給食施設、434施設うちの約55%に当たる238施設に管理栄養士が配置されている(p314)	特定給食施設等における管理栄養士、特定保健指導に従事する管理栄養士の資質の向上(p314)	健康の保持増進のための栄養指導や傷病者に対する療養のために必要な栄養指導など、高度化する業務に対応できるよう、関係団体との連携のもとに各種の研修を行い、管理栄養士の確保と資質向上に努める。施設利用者の状況に応じた栄養管理や給食管理ができるよう、保健所による特定給食施設に対する巡回指導の充実を図る。(p314)
山形県	医療施設（病院・一般診療所）における管理栄養士数は人口10万人あたり21.9人、栄養士は3.4人(p202) 管理栄養士又は栄養士を配置している特定給食施設(令和4年時)75.3%(p203)	管理栄養士又は栄養士を配置している特定給食施設の目標値、(R6)76.3%、(R7)76.7%、(R8)77.2%、(R9)77.7%、(R10)78.1%、(R11)78.6%(p203)	市町村に、住民の健康づくりや栄養・食生活改善の重要な役割を担う行政栄養士の配置が必要であり、令和5年度には、29市町村に配置されていますが、全市町村への配置には至っていない(p202)

	現状値	目標値	課題等
福島県	特定給食施設(783施設)における管理栄養士数は781人、栄養士数は732人であり配置率は81.6%である。そのうち病院(98施設)勤務の管理栄養士数は386人、栄養士数は183人であり配置率は100%である。(p62)	管理栄養士・栄養士の配置促進、資質の向上。特定給食施設における管理栄養士又は栄養士の配置率を81.6%(R4)から100%(R11)、市町村行政栄養士(管理栄養士又は栄養士)の配置率を86.4%(R5)から100%(R11)	管理栄養士・栄養士は、単独又は少数配置が多いため、保健所において巡回指導や研修会を開催するとともに、栄養士会等関係機関と連携して研修機会の確保に努める等の支援が必要。(p63)
茨城県	本県の医療機関における従事者数は、令和2(2020)年10月1日現在、管理栄養士418.4人、栄養士97.9人となっている。人口10万対では、管理栄養士14.6人(全国17.8人)、栄養士3.4人(全国3.5人)といずれも全国平均を下回っている。本県における養成数は令和5(2023)年4月現在、管理栄養士4施設・定員240人、栄養士3施設・定員130人となっている。(p248) がん診療連携拠点病院にがん病態栄養専門管理栄養士を配置5/9病院。(p357)	がん診療連携拠点病院にがん病態栄養専門管理栄養士を9/9病院に配置。(p357)	生活習慣病の発症及び重症化予防、高齢化の進展に伴う低栄養等、医療機関における栄養管理の需要が増加してきており、質の高い管理栄養士・栄養士の養成確保に努めるとともに、適正な配置が求められている。(p248)
栃木県	令和2年度、特定給食施設(1,052施設)における管理栄養士・栄養士の設置状況、管理栄養士18.3%、管理栄養士・栄養士24.0%、栄養士37.5%。その他の給食施設(537施設)における管理栄養士・栄養士の設置状況、管理栄養士18.8%、管理栄養士・栄養士14.5%、栄養士31.7%。行政管理栄養士の配置数(人口10万対)は全国よりも低い状況である。(p237)		管理栄養士必置指定施設や特定給食施設における管理栄養士・栄養士の配置促進。潜在管理栄養士・栄養士の人材角は、関係機関・関係職種と連携した地域の栄養ケア支援体制整備及び取組の促進。健康づくりやそれ以外の母子保健、介護予防及び介護保険、国民健康保険等の地域保健対策の促進のための業務を担当する各部門の行政栄養士の配置を促進。(p237)
群馬県	病院における県内従事者数、管理栄養士(413人(人口10万人対21.0))、栄養士(141人(7.1))であり全国平均を上回っている(p252)		チーム医療による適切なインフォームド・コンセントの下、患者本人の選択と意思が尊重され、医療・介護・福祉の多職種がフラットに連携して患者・家族の生活の質(クオリティ・オブ・ライフ)を高める医療を提供するために、医師、看護師を含めた保健医療従事者には様々なニーズに的確かつ柔軟に対応できるよう資質の向上が求められている。(p251)

	現状値	目標値	課題等
埼玉県	令和5年(2023年)3月21日現在、県内の給食施設に従事している管理栄養士は2,202人、栄養士は2,621人である。(p37) 本県において、特定給食施設のうち、管理栄養士を配置しなければならない施設を除外し、管理栄養士・栄養士を配置している特定給食施設の割合は、令和4年度(2022年度)末現在61.9%		
千葉県	本県の医療施設で就業する栄養士(管理栄養士)数は、令和2年10月現在、常勤換算で1005.4人であり、人口10万対では16.0と、全国平均 21.3を下回っている。令和5年6月現在、市町村の健康づくり部署に栄養士(管理栄養士)を配置している市町村は50市町村である。(p401)		生活習慣病の発症を予防するためには、県民への適正な生活習慣の実践指導や、生活習慣病予備群に対する栄養指導・生活指導の充実を図ることが重要です。併せて、高齢者への低栄養改善指導等、地域住民のニーズを的確に捉えた総合的、包括的なサービスを提供するため、管理栄養士・栄養士の資質の向上を図る必要がある。(p401)
東京都	医療施設における従事者数(人口10万人対)、管理栄養士2,328人(16.6)、栄養士492人(3.5)		
神奈川県			
新潟県	令和5(2023)年6月現在の県内市町村の管理栄養士・栄養士配置率は96.6%で、全国の90.4%より高くなっており、部門別配置率は、健康づくり部門：93.1%、特定健康診査・特定保健指導部門：17.2%、高齢者福祉部門：3.4%となっている。令和4(2022)年度末現在の管理栄養士・栄養士の特定給食施設配置率は62.6%で、全国の75.7%より低くなっている。(p303)		疾病構造の変化や高齢化など、近年の社会状況に応じた栄養管理を実施するためには、管理栄養士・栄養士の資質向上及び多職種間の連携等が求められている。(p303)

	現状値	目標値	課題等
富山県	2020(令和2)年10月1日現在、医療施設における従事者数(人口10万対)、管理栄養士288.4人(27.9)、栄養士99.6人(9.6)。そのうち病院における従事者数(人口10万対)、管理栄養士254.4人(24.6)、栄養士93.4人(9.0)。診療所における従事者数(人口10万対)、管理栄養士34.0人(3.3)、栄養士6.2人(0.6)。(p275)		
石川県			生活習慣病の発症予防や重症化予防等、栄養・食生活支援の重要性が増しており、管理栄養士・栄養士の資質向上を図る必要がある。(p427)
福井県	令和4年度、医療施設における従事者数(10万人当たり)、管理栄養士206.7人(27.0)、栄養士36.2人(4.7)。常勤の管理栄養士数は、1医療機関(平均 155 床)当たり3.1 人と増加傾向である。(p16、262)		県内の管理栄養士養成施設は現在1施設となっており、今後も、多様化するニーズに対応できる質の高い管理栄養士・栄養士の養成と確保を図る必要がある。(p262)
山梨県	令和4年6月1日現在、県及び市町村の管理栄養士又は栄養士の数は74人であり、人口10万あたりでは全国を上回っている。市町村における配置率は88.9%である。(p66) 病院や診療所の管理栄養士及び栄養士は、令和2年10月1日現在で総数191.3人(病院の管理栄養士135.5人、病院の栄養士30.0人、一般診療所の管理栄養士19.4人、栄養士6.4人)、人口10万対で病院の管理栄養士16.7、栄養士3.7、一般診療所の管理栄養士2.4、栄養士0.8であり、管理栄養士は全国を下回っている。(p67)		専門的な栄養指導を行うために、栄養士会と連携して管理栄養士などを対象とした研修会等を実施し、栄養・食生活指導の技術向上及び資質の向上を図っていく。管理栄養士・栄養士の人材育成に関する教育マニュアルを整備し、資質向上を推進していく。(p68)

	現状値	目標値	課題等
長野県	令和4年度(2022年度)末現在、管理栄養士・栄養士の配置率は、保健医療福祉関係の給食を提供する施設で92.6%。それ以外の特定多数の者に給食を提供する施設で53.2%、市町村で93.5%。 (p274)	現状の水準以上を目指す。(p275)	管理栄養士・栄養士の求められる場面は多様化していることから、市町村、長野県栄養士会及び養成校等と連携協力し、時代の要請に対応できる管理栄養士・栄養士の育成や確保を図る。(p275)
岐阜県	令和4年、病院で従事する管理栄養士数369人(常勤のみ)。市町村で従事する管理栄養士・栄養士数、健康づくり関係71人、高齢福祉関係2人(常勤換算)。特定給食施設の管理栄養士・栄養士の配置率64.3%(岐阜市を除く)。(p401)	病院で従事する管理栄養士数373人以上。市町村管理栄養士・栄養士数85人以上。管理栄養士・栄養士の事実向上を目的とする研修会への参加人数756人以上。(p404,405)	医療機関や在宅医療に従事する管理栄養士の増加。高度な専門性を持った管理栄養士の育成。(p404)
静岡県	2023年4月現在、保健衛生行政機関に従事する常勤栄養士は、県の健康福祉センター(保健所)等に23人、政令市に50人、市町については32市町で123人(配置率97.0%:政令市を除く)であり、未配置が1市町ある。 2023年7月3日現在、特定給食施設に従事する管理栄養士は947人、栄養士は837人で、病院、介護老人保健施設、介護医療院を除く栄養士配置率は76.1%。 2023年7月3日現在、特定給食施設は66施設のうち管理栄養士の配置があるのは56施設(84.8%) (405p)		地域保健法の基本理念に則った地域住民の健康保持及び増進を推進するためには、栄養士の全市町配置と資質の向上を図る必要がある。 給食利用者の健康増進及び生活習慣病の予防のためには、栄養士未配置施設の解消が必要。 栄養管理体制の整備を進めるためには、管理栄養士及び栄養士の資質の向上を図ることが必要。(405p)
愛知県	—		地域の歯科保健の課題を解決するため、歯科専門職に加え、保健師、管理栄養士等の多職種を対象とした研修を引き続き実施する必要。(3部2章133P)

	現状値	目標値	課題等
三重県	令和4（2022）年度末現在、県内の給食施設に従事する管理栄養士は1,010人（特定給食施設679人、その他の給食施設331人）、栄養士は799人（特定給食施設560人、その他の給食施設239人）（51p） 病院に勤務する管理栄養士は297.9人、栄養士は89.6人、県内の市町における行政栄養士数は、保育や福祉分野従事者も含めると85人（管理栄養士71人、栄養士14人）（52p）		栄養指導や食生活改善指導、食環境の整備の担い手である行政栄養士の確保と適正な配置が必要。 専門的なサービスの提供に向け、管理栄養士・栄養士の資質の向上が必要。 各分野の職域に所属する管理栄養士・栄養士が、栄養・食生活の課題を共有し、改善に向けた対応ができるよう、ネットワークの構築や活動拠点との連携体制を強化。（52p）
滋賀県	令和3年(2021年)度末の特定給食施設における管理栄養士・栄養士数は、973人（管理栄養士数527人、栄養士数446人）で全国を下回っている。（288p）		高齢化の進行に伴い、在宅療養者が増えることを踏まえ、栄養士会など関係機関と協力しながら、保健、医療、福祉および介護等各分野の管理栄養士・栄養士の資質向上が必要。県民が生涯を通じて健全な食生活が実践できるよう専門職による正しい知識の普及啓発が必要。また、地域では災害時における栄養・食生活支援にも対応できる体制づくりが必要。（288p）
京都府	管理栄養士・栄養士配置率は、84%で、管理栄養士・栄養士を配置している特定給食施設（病院、介護老人保健施設、介護医療院を除く）の割合は、63%（59P）		地域特性に応じた健康づくり・栄養改善事業の充実及び生活習慣の改善のための保健指導、高齢者の栄養改善等に関する需要の増大に伴い地域保健における管理栄養士・栄養士の活動の充実が望まれており、人材の確保・資質向上が必要（59P）
大阪府	令和3年度特定給食施設における管理栄養士・栄養士数は、6,342人（内訳：管理栄養士数3,701人、栄養士数2,641人）。人口10万対の特定給食施設における管理栄養士・栄養士数は72.0（全国75.8）（444P）		多岐にわたる健康・栄養課題に対応するため、関係機関と連携し、特定給食施設等関係者や保健・衛生部門などの関係者等を対象とした講習会等や生活習慣病予防、在宅栄養ケアサービス等の向上に向けた研修会の実施により、管理栄養士・栄養士の確保と資質向上。（446P）
兵庫県	病院における栄養業務従事者総数1,844人（管理栄養士数992人、栄養士数852人） 市町における栄養業務従事者数 保健所設置5市79人、その他36市町126人/配置率97.2%）（42P）		栄養ケア・ステーションの設置拡大が必要。 市町における健康づくり部門のみならず、介護保険部門等他部門への管理栄養士・栄養士の配置を促進（42P）

	現状値	目標値	課題等
奈良県	特定給食施設等に配置されている管理栄養士・栄養士数は、1,378人で、その内訳は管理栄養士808人、栄養士570人。県庁及び県保健所の配置人数は7名。保健所設置市を除く県内市町村の配置率は60.5%。(第7章-3 397P)		管理栄養士、栄養士の役割は重要あり。人材確保及び資質向上が求められる。(第7章-3 397P)
和歌山県	管理栄養士167、栄養士22(人口10万対)(304P)		保健師、管理栄養士等の育成や知識・技術の向上に向けた支援。地域と職域に密着した生活習慣病対策の充実強化(235P)
鳥取県	県内病院に129名勤務(R4)。県内19市町村すべてに管理栄養士等の配置があり、県・市町村で39名(R5.6.1)(p277)		医療技術の高度化や新たな医療需要に適切に対応するため、関係団体等との連携を図るとともに、関係団体等の実施する研修等を通じて医療技術者の養成や資質の向上を図る。(p279)
島根県			-
岡山県	給食施設での県内就業数、R5.3月現在2,788人(うち管理栄養士1,719人)(第10章381P)栄養委員(6058人)		管理栄養士の資質向上のための研修会の中で、在宅医療における栄養指導の重要性を普及啓発し、岡山栄養ケアステーションの充実を支援(第7章211P)地域の推進リーダーである栄養委員の活動は重要であり、人材育成が必要(第9章349P)
広島県	県内の特定給食施設(特定多数人に対して継続的に1回100食以上又は1日250食以上の食事を供給する施設)における栄養士・管理栄養士配置率は、全体で72.1%です。そのうち病院における配置率は100%(p182)		健全な食生活の実践は、県民の健康寿命の延伸を図るために欠かせません。また、高齢化や疾病構造の変化に伴い、最新の医療及び栄養に関する専門知識をもって、それぞれの食事情に対応できる人材が求められています。(p301)市町や施設に勤務する管理栄養士・栄養士に対して、高齢化に伴う食の課題や生活習慣病予防のための食など、さまざまなニーズに対応できるよう、研修会等を通じて資質の向上に努める必要。市町や施設の管理栄養士・栄養士に対する技術支援や、地域保健関係職員研修会や給食施設研修会等の各種研修の機会を通じて、管理栄養士・栄養士の配置促進や、その育成を図る(p302)
山口県			市町の保健・介護・保険・福祉部門に管理栄養士等が配置されるよう配置促進に努める。栄養指導や栄養管理・給食管理が求められる給食施設に管理栄養士の配置を促進。各健康福祉センター、保健所による巡回指導の強化。管理栄養士等の資質向上のための研修の実施。管理栄養士養成校と連携した管理栄養士等の養成(p361)

	現状値	目標値	課題等
徳島県	人口10万人当たりでは、管理栄養士、栄養士ともに、全国平均を上回っていますが、令和2年医療施設調査において、1病院当たりで見ると、管理栄養士2.4人、栄養士0.4人となっており、全国平均の管理栄養士2.8人、栄養士0.5人を下回っている。県及び市町村において104人（県29人、市町村75人）の管理栄養士・栄養士が従事。（p481）		県栄養士会をはじめとする関係機関との連携のもと、需要に応じた管理栄養士・栄養士の確保と資質の向上に努める。（p481）
香川県	県内の病院に勤務する管理栄養士は常勤換算で231.4人、栄養士は37.6人で、100床当たりでは管理栄養士が1.7人（全国平均1.5人）、栄養士が0.3人（全国平均0.3人）。行政に従事している管理栄養士等は市町に58人（令和4年6月1日現在）、県保健所等に14人。（p76）		関係機関と連携し、需要に応じた管理栄養士等の確保と資質の向上に取り組む。（p76）
愛媛県	月1日現在、県内病院勤務の管理栄養士は常勤換算で338.1人、栄養士は66.0人、100床当たりでは管理栄養士が1.6人、栄養士が0.3人。衛生行政に従事している管理栄養士は市町に68人、栄養士は14人、管理栄養士は県保健所等に11人。（8-5）		・栄養士及び管理栄養士の確保及び質的向上が求められているため、関係団体等と連携し、栄養士及び管理栄養士の確保に努めるとともに、最新の科学的知見に基づく研修の充実を図る。・入院患者等に対する生活習慣の改善や栄養指導等を行う管理栄養士及び栄養士の配置を推進。・行政栄養士の複数配置を促進するため、セミナー等を開催し、栄養士の重要性を啓発。（8-5）
高知県	地域保健など保健衛生行政に従事する管理栄養士・栄養士は、令和4年6月現在で県18人、高知市15人、その他市町村41人であり、中核市である高知市を除いた市町村管理栄養士・栄養士の配置率は75.8%。（p82）栄養教諭の配置は、県内の小中学校などに81人。県内の病院に従事する管理栄養士・栄養士は、令和2年の病院報告によると、374.1人（常勤換算）で、人口10万人当たりの従事者数は管理栄養士40.7人、栄養士14.1人。（p83）		多様化する保健衛生行政のニーズに応えるため、すべての市町村で管理栄養士・栄養士の配置が求められる。（p82）、適正な栄養管理を行っていくためには複数の配置や未配置の有床診療所への配置（非常勤であっても差し支えない）が望まれる。生活習慣病の重症化予防のためには、無床診療所でも早期に栄養指導が受けられるように管理栄養士の活用が望まれる。（p83）、管理栄養士・栄養士がいない市町村に対しては配置を、既に配置している市町村に対しては、複数人数の配置を促進。栄養教諭の積極的に配置。、医療機関の管理栄養士・栄養士の需要動向を把握し、人材の確保や養成の在り方、再就職に向けた支援方法などについて、養成施設や関係団体と協議。（p83）

	現状値	目標値	課題等
福岡県	県内の病院302 施設で従事している管理栄養士は1,360 人、栄養士は587 人。行政栄養士として栄養改善業務を担当する県内の管理栄養士・栄養士は、県（本庁及び県保健福祉（環境）事務所）が20 人、市町村が204 人。市町村における行政栄養士の正規職員の配置率は78.3%。		
佐賀県	県内の医療施設に従事する管理栄養士・栄養士数は2022 年度末において、それぞれ326人、203 人。行政管理栄養士・栄養士は61 人。(p218)		医療機関においては、栄養マネジメントや栄養指導を行う管理栄養士のニーズがさらに高まっており、傷病者の栄養管理を担う管理栄養士・栄養士の確保が必要。市町や医療機関等、地域や医療において健康づくり・栄養改善を進める観点から、管理栄養士・栄養士の資質向上を図ることが必要。(p218)県や栄養士会等が実施する各種研修会等を通じて資質の向上を図る。県及び保健福祉事務所での特定保健指導及び健康づくり栄養改善に関する事業の検討会等を通じて、市町の行政管理栄養士・栄養士との連携強化と資質向上を図る。(p219)
長崎県			
熊本県	市町村配置率86.4%。市町村管理栄養士数66人。管理栄養士を配置している特定給食施設79.3%。(p200)	市町村の栄養士・管理栄養士配置率100%。特定給食施設の栄養士・管理栄養士配置率85%以上。(p201)	市町村における公衆栄養施策の充実を図るため、管理栄養士や栄養士を配置していない市町村に対し、配置に向けた働きかけ。管理栄養士や栄養士を配置していない特定給食施設に対し、配置に向けた働きかけ。熊本県栄養士会や管理栄養士の養成を行う大学等との連携により、医療・介護・在宅等での活動に関する研修などを実施(p201)
大分県	県内の特定給食施設における管理栄養士数は543 人、栄養士数は450 人、配置率76.2%。常勤の市町村栄養士の配置率はH29で94.4%，R5は1市町村あたりの配置数3人(p246)		市町村並びに配置率の低い児童福祉施設への栄養士配置を促進。給食施設において、適切な栄養管理、衛生管理がなされた食事を入所者等に提供することが重要であることから、給食施設における栄養士の配置を促進。「大分県行政栄養士育成支援プログラム」を活用し、研修の充実を図るなど保健所の支援の実施。様々な場において、管理栄養士等が高度な専門性を発揮できるよう、研修及び生涯学習の充実、情報共有の場の提供を図る。医療機関における栄養サポートチーム・褥瘡対策・緩和ケア・摂食嚥下等チーム医療が普及し、多職種連携で治療が実施において、管理栄養士・栄養士がその専門性を発揮できる体制づくりを推進。(p247)

	現状値	目標値	課題等
宮崎県	令和4年4月時点で病院等の給食施設には、現在1,529人(うち管理栄養士909人)が配置されています。配置率は病院が100.0%、診療所が73.1%、老人福祉施設が76.1%、社会福祉施設が67.3%(p291)		糖尿病等の生活習慣病の予防・治療には、食生活の改善も重要で、利用者 の特性に応じた栄養管理を充実させるため、管理栄養士・栄養士の未配置施設 の解消が必要(p293)
鹿児島県	給食施設の栄養士・管理栄養士数1537人。行政栄養士の配置数は40市町村111人、配置率93.0%。人口10万人当たりの行政栄養士の管理栄養士数は6.9人。栄養教諭159人(p149)		県と県栄養士会が共同で、行政栄養士を対象とした研修会を開催。給食施設協議会と連携して給食施設の管理栄養士を対象とした研修会を開催。特定保健指導従事者を対象とした研修会を開催。在宅療養者の多様なニーズに対応できるように研修会等を通じた管理栄養士を含む他職種の資質の向上を目指す。(p150)
沖縄県	病院及び診療所に勤務する管理栄養士・栄養士は10万人あたり31.1人。(p442)	人口10万人あたりの管理栄養士・栄養士数は維持。不足している医療圏域では維持または増加。(p444)	医療機関・各種施設における管理栄養士・栄養士の実態把握に努めるとともに関係団体と連携を図りながら、人材の確保及び資質の向上に取り組む。(p444)

在宅療養者の訪問栄養食事指導等の実態把握と
入院医療から在宅療養に移行するまでの適切な栄養管理
及び体制整備に向けた課題探索のための調査研究

研究代表者 榎 裕美 日本健康・栄養システム学会 理事
研究分担者 三浦 公嗣 日本健康・栄養システム学会 代表理事
研究分担者 加藤 昌彦 相山女学園大学 教授
研究分担者 菊谷 武 日本歯科大学 教授
研究分担者 古賀 奈保子 いばらき会栄養課 管理栄養士
研究分担者 高田 健人 十文字学園女子大学 准教授
研究分担者 友藤 孝明 朝日大学 教授
研究分担者 松尾 浩一郎 東京科学大学大学院 教授
研究協力者 杉山 みち子 日本健康・栄養システム学会 専務理事
研究協力者 谷中 景子 千春会病院 栄養統括主任
研究協力者 矢野目 英樹 相澤病院 栄養科長

研究要旨

本研究は、訪問栄養食事指導等の実態把握と促進要因および阻害要因の抽出並びに入院医療から在宅療養への切れ目のない栄養管理体制に向けた課題探索を目的とした質問紙調査を、全国の在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所および都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションを対象として実施した。対象施設の抽出は、在宅療養支援病院は全数の2,086施設、都道府県別層化3割無作為抽出により在宅療養支援診療所は4,504施設、在宅療養支援歯科診療所は2,629施設、都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション(以下、栄養CS)は全数の47施設とした。一般社団法人日本在宅ケアアライアンスの協力も得て実施した。調査票回収により、有効回答として得られたのは、在宅療養支援病院(回答者が医師、歯科医師、看護師)101施設、在宅療養支援病院(回答者が管理栄養士)134施設、在宅療養支援診療所は354施設、在宅療養支援歯科診療所は190施設、栄養CSは32施設であった。

本研究結果から、在宅療養支援病院において訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有している施設は全体の36.6%、在宅療養診療所においては全体の14.4%であった。体制整備に向けた最も大きな課題は、管理栄養士の数の不足と人的資源の有効活用が成されていない点であった。管理栄養士は、医師、歯科医師、看護師等の多職種から「在宅療養者の生きがいとQOL向上」の担い手であると認識されているものの、在宅療養者の適切な栄養管理の充実に向けた体制整備は行われているとは言い難い結果であった。このため、人的資源の確保に向

けては、まずは、都道府県の医療計画において、地域の特性に見合った訪問栄養食事指導等の具体的な推進方針とそれを支える管理栄養士の確保目標数が明示されることが望まれる。

A. 背景と目的

今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備は、早急に着手すべき課題であり、特に栄養の観点からのアプローチは必須である。在宅療養高齢者 1,142 名を対象としたコホート研究で、栄養障害は、リスク者も含めて全体の 72.2%、摂食・嚥下障害の疑いがある者は全体の 34.1% 存在し、要介護度が高い者ほど、その割合が高いことを明らかにした。さらに、栄養障害は入院、入所、死亡のリスク因子であることを報告している。

第8次医療計画の「在宅医療の体制構築に係る指針」において、新たに訪問栄養食事指導に関する事項が盛り込まれ、医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理の実態把握が必要となった。しかしながら、介護保険施設では、多職種による栄養ケア・マネジメント体制が強化され、病院では、管理栄養士の病棟配置が進むなど、栄養管理体制が充実してきているものの、在宅での「在宅患者訪問栄養食事指導」および「管理栄養士による居宅療養管理指導」の算定回数は著しく少なく、多職種連携についても推進されているとは言い難い状況である。在宅における適切な栄養管理においては、リハビリテーションや口腔ケア等との多職種連携の観点を踏まえ、訪問栄養食事指導等に係る課題を探索し、体制整備が求められている。

本研究では、医療計画および介護保険事業(支援)計画の見直しに向けて、在宅

療養者に対する適切な栄養管理の充実に向けた体制構築の基礎資料を示すことを目的とする令和 6 年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)の一環として、訪問栄養食事指導等の実態把握と入院医療から在宅医療への切れ目のない栄養管理体制に向けた課題探索を目的とした質問紙調査を実施し、2025 年度に計画している第8次医療計画の中間見直しに向けた提言の作成を最終目的としている。

B. 方法

1. 研究デザイン

WEB 調査による横断調査とした。

2. 対象施設および回答者

厚生労働省地方厚生局の届出受理医療機関名簿(2024 年 6 月)から在宅療養支援病院 2,086 施設、在宅療養支援診療所 14,996 施設、在宅療養支援歯科診療所 8,757 施設を抽出した。在宅療養支援診療所と在宅療養支援歯科診療所は、都道府県別層化3割無作為抽出により、4,504 施設と 2,629 施設を抽出した。対象施設数は、母比率の区間推定による必要サンプルサイズを求め(在宅療養支援病院 n=325、在宅療養支援診療所 n=375、在宅療養支援歯科診療所 n=369)、過去の実態調査から想定される回収率 20%で除した数を算定の根拠とした。

さらに、在宅療養支援診療所と在宅療養支援歯科診療所は、参考値として、一般社団法人日本在宅ケアアライアンス(以

下、日本在宅ケアアライアンス)の協力の
下、全国在宅療養支援医協会会員 800 人
及び全国在宅療養支援歯科診療所連絡
会会員 351 人の所属施設にも都道府県別
層化3割無作為抽出施設と重複を避け、
調査を実施した。

都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション(以下栄養 CS)は、日本栄養士会ホームページから選定した。

在宅療養支援病院の回答者は、院長が
依頼した訪問診療を行っている医師・歯科
医師または看護師、管理栄養士とし、在宅
療養支援診療所と在宅療養支援歯科診
療所の回答者は、診療所長が依頼した訪
問診療を行っている医師・歯科医師または
看護師、管理栄養士(雇用されている場
合)とした。栄養 CS の回答者は、各都道
府県栄養士会の栄養 CS の責任者とした。

3. 調査方法

対象予定の病院、診療所、栄養 CS の責
任者に依頼書・説明書を郵送し、データの
管理・廃棄の方法、公表時のプライバシー
の保護、研究協力への拒否の権利(撤回)
等について説明を行い、協力への承諾は、
日本健康・栄養システム学会(以下、学会)
ホームページのトップページ上で、回答
の前に同意を得る方法とした。研究協力に承
諾した場合には、責任者あるいはこれらの
者が依頼した医療従事者が(以下、回答者
という)、WEB 調査票に、回答する。なお、
調査への回答は、2024 年 11 月末日として
いたが、回収率を確保するために、督促葉
書を送付し、2024 年 12 月 26 日まで回答
の締め切りを延長した。最終的に回答の
WEB ページは、2025 年1月6日に閉鎖し

た。

4. 調査内容

各調査票は、資料1から資料4に示した。

1) 在宅療養支援病院(回答者が医師、 歯科医師、看護師)

施設の基本情報、訪問診療で関与して
いる診療科、退院カンファレンスの参加職
種、患者の自宅を訪問する職種、退院カン
ファレンスを受けた患者数、訪問診療の実
績、看取り加算の算定数等を調査した。在
宅医療における管理栄養士の必要性につ
いては、管理栄養士が訪問する必要性を
感じる疾病・状態、訪問栄養食事指導を行
う管理栄養士への期待、訪問栄養食事指
導の依頼・指示を行うことの障壁等を調査
した。

2) 在宅療養支援病院(回答者が管理栄 養士)

施設の基本情報、非常勤職員も含めた
病院全体の管理栄養士の配置数、患者の
自宅を訪問する管理栄養士の配置数、入
院中の栄養管理で算定している加算およ
び連携・協働している職種、定期的なカン
ファレンスへの参加状況等を調査した。入
院医療から在宅療養への移行に関しては、
退院支援計画、訪問栄養食事指導を行う
体制の有無、訪問栄養食事指導の平均滞
在時間等の実施状況、管理栄養士が1日
に訪問栄養食事指導を担当できる人数、
医療保険・介護保険における訪問栄養食
事指導の算定実績を調査した。

回答者が病院の医師、歯科医師、看護
師と同様の質問項目として、管理栄養士が
訪問する必要性を感じる疾病・状態、訪問

栄養食事指導を行う管理栄養士への期待、訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁等を調査した。さらに、訪問栄養食事指導を実施するための教育体制、地域における訪問栄養食事指導の周知と対象機関についても調査を行った。

3) 在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所

診療所の基本情報、訪問診療または訪問歯科診療で関与している診療科、患者の自宅を訪問する職種、訪問診療または訪問歯科診療の実績、看取り加算の算定数等を調査した。

訪問栄養食事指導を行う体制の有無、管理栄養士の雇用数と業務内容、訪問栄養食事指導の平均滞在時間等の実施状況、管理栄養士が1日に訪問栄養食事指導を担当できる人数、医療保険・介護保険における訪問栄養食事指導の算定実績を調査した。

在宅医療における管理栄養士の必要性については、管理栄養士が訪問する必要性を感じる疾病・状態、訪問栄養食事指導を行う管理栄養士への期待、訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁等を調査した。

4) 栄養CS

2024年9月1日時点の認定栄養CSの設置数、機能強化型認定栄養CSの設置数、当該栄養CSの管理栄養士登録者数を調査した。また、雇用している常勤職員数と非常勤職員数、医療保険・介護保険における訪問栄養食事指導の算定実績、連携機関・団体、管理栄養士の在宅医療

における管理栄養士の必要性については、管理栄養士が訪問する必要性を感じる疾病・状態、訪問栄養食事指導を行う管理栄養士への期待等を調査した。さらに、都道府県栄養士会栄養CSとしての人員確保に関すること、教育・研修内容、地域における訪問栄養食事指導の周知と対象機関についても調査を行った。

5. 統計解析

施設別に基本集計を行った。名義尺度および順序尺度は、n数と%で示し、間隔尺度は、n数、平均値、中央値、標準偏差を示した。統計解析には、IBM SPSS ver. 29 を用い、有意水準は5%とした。

6. 倫理的配慮について

本研究は、日本健康・栄養システム学会倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号2024B、令和6年10月9日承認)。

C. 結果

1. 対象施設数

調査票の発送後に、閉院等の理由により、在宅療養支援診療所9施設を対象施設から除外した。調査票の回収は、在宅療養支援病院では、回答者が医師、歯科医師、看護師とした調査票は130施設(回収率6.2%)、回答者が管理栄養士とした調査票は136施設(回収率6.5%)であった。在宅療養支援診療所は364施設(回収率8.1%)、在宅療養支援歯科診療所は190施設(回収率7.2%)、栄養CSは32施設(回収率68.1%)の回答があった。さらにデータ入力の不備等を除外した有効回答数

は、在宅療養支援病院（回答者が医師、歯科医師、看護師）101 施設、（回答者が管理栄養士）134 施設、在宅療養支援診療所は 354 施設、在宅療養支援歯科診療所は 190 施設、都道府県栄養士会栄養CS は 32 施設であった。なお、参考値として調査を実施した日本ケアアライアンスからは、在宅療養支援診療所 4 施設、在宅療養歯科診療所 4 施設を回収した。

2. 調査結果

1) 在宅療養支援病院（回答者が医師、歯科医師、看護師）

基本集計の結果を表 1-1 から表 1-5 に示した。

(1) 対象施設の特性

101 施設から有効回答が得られ、回答者の職種の割合は、医師が全体の 42.6%、看護師が 57.4%であった。届出病床数は、 102.6 ± 55.5 床であり、訪問診療で主に参与している診療科は、内科が全体の 84.2%と最も高く、外科 36.6%、総合診療科 20.8%であった。

退院カンファレンスで毎回参加する職種は、主に医師(67.3%)、看護師(95.0%)、社会福祉士(70.3%)であり、管理栄養士が毎回参加している施設は、全体の 25.7%であった。一方、必要に応じて管理栄養士が参加すると回答した施設は、全体の 46.5%であった。

患者の自宅を訪問する職種は、医師、看護師が 90%以上であり、理学療法士は 52.5%であった。一方、管理栄養士は、全体の 16.8%の施設が訪問している職種と回答した。

(2) 訪問栄養食事指導等の必要性

訪問診療の際に、管理栄養士が訪問する必要性を感じる疾病・状態について、回答者別の複数回答の結果を、表 2 に示した。医師では、糖尿病(74.4%)、低栄養状態(69.8%)、腎臓病(67.4%)、食事摂取量の不足・食欲不振(62.8%)、摂食・嚥下障害(62.8%)の順に高い割合を示した。一方、看護師では、低栄養状態(84.5%)、糖尿病(72.4%)、食事摂取量の不足・食欲不振(70.7%)、摂食・嚥下障害(70.7%)の順で高率であった。職種の違いで、10ポイント以上の差があったのは、腎臓病、低栄養状態、経管栄養・経口移行・経口維持の疾病・状態であった。

訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する役割については、医師、看護師ともに、全体の 75%以上が「生きがい・食べる楽しみ等の QOL の向上」であるとの回答があった。また、全体の 50%以上の回答があったのは、医師では「患者の新たな課題やニーズを早期に把握」と「リハビリテーション等のアウトカム向上」であり、看護師では、「患者の新たな課題やニーズを早期に把握」と「介護者の負担の軽減」を回答していた。期待する役割を果たすために必要なこととしては、医師、看護師の約 70%が「訪問栄養食事指導に従事する管理栄養士が増えること」と回答した。さらに医師の 69.8%から「診療報酬・介護報酬の算定対象の拡大」が挙げられ、看護師の 65.5%から「管理栄養士の知識・技術の向上」との回答があった。

(3) 訪問栄養食事指導の体制整備の課題

自院に管理栄養士がいない、または訪問栄養食事指導の体制が整っていない場合、他の医療機関等の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁については、「他の医療機関との契約手続きが煩雑」が全体の 51.5%を占め、続いて「依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関がわからない」が、42.6%の回答であった。

2) 在宅療養支援病院（回答者が管理栄養士）

基本集計の結果を表 3-1 から表 3-6 に示した。

(1) 対象施設の特性

134 施設から有効回答が得られ、回答があった施設の届出病床数は、 117.7 ± 53.4 床であった。管理栄養士の配置は、常勤職員と非常勤職員を合わせて、 3.2 ± 2.0 人であり、管理栄養士1人あたりの患者数は、 42.4 ± 18.6 人であった。一方、患者の自宅を訪問する管理栄養士の配置数は、常勤職員と非常勤職員を合わせて、 0.8 ± 1.2 人であった。

(2) 入院中の栄養管理

入院患者に算定している加算は外来栄養食事指導料が全体の 91.8%、入院栄養食事指導料が 88.8%であった。栄養情報連携料は 53.7%、入退院支援加算は 41.8%の算定であった。

入院患者の定期的なカンファレンスへ管理栄養士が必ず参加しているのは、全体の 53.7%であり、必要な場合に参加していると回答したのは 36.6%であった。入院中

の食事・栄養ケアについて、連携・協働している職種は、管理栄養士を除き、看護師 100%、医師 94%、薬剤師 64.2%、言語聴覚士 68.7%、理学療法士 61.2%であった。

(3) 退院支援の現状・課題把握、訪問栄養食事指導の体制整備の課題

訪問栄養食事指導において管理栄養士と連携・協働が必要と考える職種では、医師 97.0%、看護師 92.5%、言語聴覚士 88.8%、介護支援専門員 73.1%、訪問介護員 70.9%、社会福祉士 68.7%の順であった。

入院中の栄養状態、食事内容等に関する情報は、退院後に係る医療機関に対し、「ほとんどの患者に提供している」の回答が全体の 13.4%であり、「必要に応じて提供している」のは、66.4%であった。退院支援計画にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を一体的に盛り込んでいるのは、全体の 13.4%であり、「必要に応じて提供している」のは、全体の 40.3%であった。

自院に管理栄養士がいない、または訪問栄養食事指導の体制が整っていない場合、他の医療機関等の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁については、「他の医療機関との契約手続きが煩雑」、「依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関がわからない」の2つが、全体の約 60%の回答であった。

地域における訪問栄養食事指導の取組に関する周知活動では、周知を行っていない施設が全体の 82.1%を占めた。周知を行っている施設の主な対象は、他の病院・診療所、地域包括センター、訪問看護ステーションであった。

(4) 訪問栄養食事指導の体制および実績

病院所属の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有しているのは、全体の 36.6%(49 施設)であり、63.4%(85 施設)は体制整備に向けて準備中であった。また、病院所属の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行っているのは、全体の 29.9%(40 施設)であった。医療保険・介護保険における訪問栄養食事指導の算定実績は、表 3-3 に示した通りであり、居宅療養管理指導 I での算定が一番多い結果であった。他の診療所等の医療機関からの依頼により管理栄養士が訪問した実績があるのは、14 施設であり、延べ人数は、 37.9 ± 57.1 人、実数は 18.6 ± 42.5 人であった。

一方、医師からの訪問栄養食事指導の指示が出ない場合の理由は、「管理栄養士の院内業務が多忙である」との回答が多くを占めた。

なお、訪問栄養食事指導を行う患者1人あたりの平均滞在時間は、30分から60分の回答が一番多く、訪問に専任する1人の管理栄養士が1日に訪問栄養食事指導を担当できる人数は、 2.2 ± 1.6 人であった。

(5) 訪問栄養食事指導等の必要性

訪問診療の際に、管理栄養士が訪問する必要性を感じる疾病・状態について、複数回答の結果を、表 3-4 に示した。管理栄養士では、低栄養状態(88.8%)、摂食・嚥下障害(86.6%)、食事摂取量の不足・食欲不振(79.1%)、糖尿病(73.9%)の順に高い割合を示した。訪問栄養食事指導を

行う管理栄養士に期待する役割については、全体の 85.1%が「生きがい・食べる楽しみ等の QOL の向上」であると回答し、「疾患の増悪・再発予防」70.1%、「患者の新たな課題やニーズを早期に把握」が 65.7%、「介護者の負担の軽減」59.7%であった。また、期待する役割を果たすために必要なこととしては、80.6%が「訪問栄養食事指導に従事する管理栄養士が増えること」と回答し、管理栄養士自ら、「管理栄養士の知識・技術の向上」が 81.3%、「管理栄養士の研修・教育体制の整備」が 73.1%との回答があった。「診療報酬・介護報酬の算定対象の拡大」との回答は、60.4%であった。

(6) 管理栄養士への研修・教育

訪問栄養食事指導を行う管理栄養士への経験年数に合わせた教育・研修を実施している施設は全体の 19.4%であった。教育・研修の内容は、疾病に関する知識、症例検討が多く実施されていた。管理栄養士に同行する実務研修を実施している施設は 11 施設に認められた。

3) 在宅療養支援診療所・在宅療養支援歯科診療所

基本集計の結果を表 4-1 から表 4-5 に示した。

3) -1 在宅療養支援診療所

(1) 対象施設の特性

354 施設から有効回答が得られ、回答者の職種は 82.5%が医師であった。また、訪問診療で関与している診療科は、93.8%が内科であった。患者の自宅を訪

問する職種は、医師が 99.7%、看護師が 66.1%であり、管理栄養士は 5.9%であった。訪問診療の実績は、327 施設があると回答し、直近1か月の平均で延べ数 224.5 ±576.1 人、実数 87.7±170.2 人であった。また、訪問診療の対象者で直近1年間に死亡した数は、24.2±49.0 人であり、そのうち看取り加算を算定したのは、17.4±36.5 人であった。

(2) 管理栄養士の雇用と業務内容

全体の 14.7% (52 施設) が管理栄養士を雇用しており、常勤職員および非常勤職員を合わせて 1.3±2.1 人配置していた。管理栄養士を配置している施設における管理栄養士の主な業務は、「外来患者栄養食事指導」(78.9%)、「在宅患者訪問栄養食事指導」(32.7%)、「居宅療養管理指導」(26.9%)であった。その他、報酬外の栄養相談、受付、診療アシスタント等の回答もあった。

管理栄養士が居宅を訪問しても、診療報酬、介護報酬を算定できない理由として、栄養管理以外の業務が多忙であること、人員不足、医師からの指示が出ないとの意見があった。

(3) 訪問栄養食事指導の体制および実績

訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有している施設は、全体の 14.1% (50 施設)、体制整備に向けて準備中が 12.1%(n=43)、体制を有していないと回答した施設は 73.7% (261 施設)であった。訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有している施設かつ訪問栄養食事指導を

実施している施設は全体の 8.5% (30 施設)であった。30 施設において訪問栄養食事指導を行う管理栄養士の所属は、自院が 43.3%、他の診療所 23.3%、他の病院 20.0%、栄養CS 16.7%であった。その他として、企業、大学、同一法人の施設、薬局等の回答もあった。

訪問栄養食事指導を行う患者 1 人あたりの平均滞在時間は、30 分~60 分の回答が多かった。また、訪問に専任する1人の管理栄養士が1日に訪問栄養食事指導を担当できる人数は、2.7±1.8 人であった。

医療保険・介護保険における訪問栄養食事指導の算定実績は、表 4-3、表 4-4 に示した通りであり、居宅療養管理指導 I での算定が一番多い結果であった。なお、他の医療機関から依頼を受けて訪問した実績がある施設は、全体の 1.1% (n=4) のみであった。

自院に管理栄養士がいない、または訪問栄養食事指導の体制が整っていない場合、他の医療機関等の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁については、「依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関がわからない」が全体の 57.1% (n=202)、「他の医療機関との契約手続きが煩雑」は 49.7% (n=176) の2つの回答が多くを占めた。

(4) 訪問栄養食事指導等の必要性

訪問診療の際に、管理栄養士が訪問する必要性を感じる疾病・状態について、複数回答の結果を、表 4-4 に示した。低栄養状態(63.6%)、糖尿病(60.5%)、摂食・嚥下障害(57.1%)、腎臓病(50.0%)、の順に高い割合を示した。訪問栄養食事指導

を行う管理栄養士に期待する役割については、全体の 62.1%が「生きがい・食べる楽しみ等の QOL の向上」であると回答した。また、期待する役割を果たすために必要なこととしては、57.1%が「訪問栄養食事指導に従事する管理栄養士が増えること」と回答し、「管理栄養士の知識・技術の向上」、「多職種との信頼関係の構築」との回答が全体の 40%であった。

3) -2 在宅療養支援歯科診療所

(1) 対象施設の特性

190 施設から有効回答が得られ、回答者の職種は 96.3%が歯科医師であった。また、訪問診療で関与している診療科は、97.9%が歯科・口腔外科であった。患者の自宅を訪問する職種は、歯科医師が 98.4%、歯科衛生士が 88.9%であり、管理栄養士は 5.3%であった。訪問歯科診療の実績は 181 施設があると回答し、直近1か月の平均で延べ数 137.2±259.6 人、実数 82.9±141.6 人であった。

(2) 管理栄養士の雇用と業務内容

全体の 11.1% (21 施設) が管理栄養士を雇用しており、常勤職員および非常勤職員を合わせて 4.7±10.9 人を配置していた。管理栄養士を配置している施設における管理栄養士の主な業務は、「受付等管理業務」が全体の 52.4%を占め、一方で、「外来患者栄養食事指導」(19.0%)、「在宅患者訪問栄養食事指導」(14.3%)、「在宅療養管理指導」(19.0%)は少ない結果となった。その他の記述としては、診療報酬外の栄養食事指導、健康教室、介護予防教室等の業務、歯科助手等の回答があ

った。

管理栄養士が居宅を訪問しても、診療報酬、介護報酬を算定できない理由として、「訪問栄養食事指導が歯科医師の指示では算定できず、主治医である医師から指示が出ないため」が全体の 57.1%であった。

(3) 訪問栄養食事指導の体制および実績

訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有している施設は、全体の 10.0% (19 施設)、体制整備に向けて準備中が 7.9% (15 施設)、体制を有していないと回答した施設は 82.1% (156 施設)であった。訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有している施設かつ訪問栄養食事指導を実施している施設は全体の 6.8% (13 施設)であった。13 施設において、訪問栄養食事指導を行う管理栄養士の所属は、自院が 53.8%、栄養 CS 30.8% (n=4) で、他の病院 15.4%であった。その他として、薬局等の回答もあった。

訪問栄養食事指導を行う患者 1 人あたりの平均滞在時間は、30 分～60 分の回答が多かった。また、訪問に専任する1人の管理栄養士が1日に訪問栄養食事指導を担当できる人数は、1.5±1.3 人であった。

医療保険・介護保険における訪問栄養食事指導の算定実績は、表 4-3、表 4-4 に示した通りであり、居宅療養管理指導 I での算定が一番多い結果であった。なお、他の医療機関から依頼を受けて訪問した実績がある施設は、全体の 2.1%のみであった。

自院に管理栄養士がいない、または訪問栄養食事指導の体制が整っていない場

合、他の医療機関等の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁については、「依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関がわからない」が全体の62.1%、「他の医療機関との契約手続きが煩雑」は44.2%、「診療中に栄養管理まで手が回らない」は42.6%であった。

(4) 訪問栄養食事指導等の必要性

訪問診療の際に、管理栄養士が訪問する必要性を感じる疾病・状態について、複数回答の結果を、表 4-4 に示した。摂食・嚥下障害(63.2%)、食事摂取量の不足、食欲不振(60.5%)、日常の栄養・食支援の困難(56.8%)、低栄養状態(56.8%)の順に高い割合を示した。訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する役割については、全体の78.4%が「生きがい・食べる楽しみ等のQOLの向上」であると回答した。また、期待する役割を果たすために必要なこととしては、64.7%が「訪問栄養食事指導に従事する管理栄養士が増えること」と回答し、「診療報酬・介護報酬の算定対象の拡大」「管理栄養士の知識・技術の向上」が全体の46.3%の回答があった。

4) 都道府県栄養士会栄養CS

基本集計の結果を表 5-1 から表 5-6 に示した。

(1) 対象施設の特性

32 施設から有効回答が得られた。2024年9月1日時点の認定栄養CSの設置数は、 10.3 ± 17.5 施設、機能強化型認定栄養CSは、 1.8 ± 2.9 施設であった。

(2) 管理栄養士の雇用

都道府県栄養士会栄養CSに登録している管理栄養士は、 112.0 ± 109.0 人であった。また、登録している管理栄養士で、常勤職員または非常勤職員として雇用している施設は、全体の37.5%であった。雇用人数は、常勤職員 0.1 ± 0.4 人、非常勤職員 0.8 ± 0.7 人である。

(3) 訪問栄養食事指導の体制および実績

都道府県栄養士会栄養CSに登録者が都道府県内で勤務可能な地域を把握する方法について、二次医療圏別に把握しているのは、全体の46.9%である一方で、地域を把握していない施設も全体の21.9%に認められた。

医療機関からの管理栄養士の紹介依頼について、2024年9月1か月間の問合せ件数は、 0.5 ± 1.0 件であった。また、照会から訪問までの期間についての問いでは、1週間以内が最も多かった。

医療機関等からの管理栄養士の紹介依頼に対する管理栄養士の選定方法では、全体の34.4%が登録者全員に連絡して希望を募るとの回答であった。コーディネーターを介して選ぶ施設は28.1%に認められた。

訪問栄養食事指導の実績については、表 5-1 の通りであり、診療報酬、介護報酬ともに、算定していない都道府県栄養士会栄養CSが、全体の70%以上であった。

34 施設の2024年9月1か月間の延訪問回数数の平均値は、 1.4 ± 2.4 回であった。また、利用者(患者)への継続的な訪問を実施している施設は全体の34.4%であつ

た。

(4) 多施設連携・多職種連携

都道府県栄養士会栄養CS以外で、医療機関等から訪問栄養食事指導等を実施している病院または診療所を紹介してほしいとの問い合わせがあるのは、全体の25.0%に留まった。問合せは、居宅支援事業所、訪問看護ステーション等からである。

連携している機関・団体では、複数回答で、医師会 80.0%、介護支援専門員協会 80.0%、自治体 75.0%、歯科衛生士会 70.0%、看護協会 65.0%と連携していた。

訪問栄養食事指導において、管理栄養士と連携・協働が必要と考える職種では、医師、介護支援専門員、看護師、薬剤師、言語聴覚士の順に必要と考えられていた。

(5) 訪問栄養食事指導等の必要性

訪問診療の際に、管理栄養士が訪問する必要性を感じる疾病・状態について、複数回答の結果を、表 5-3 に示した。低栄養状態は全数が必要性を感じており、摂食・嚥下障害(90.6%)、食事摂取量の不足、食欲不振(90.6%)、日常の栄養・食支援上の困難(90.6%)は高い割合を示した。在宅医療において管理栄養士に期待する役割については、全体の 93.8%が「生きがい・食べる楽しみ等の QOL の向上」、「患者の新たな課題やニーズを早期に把握」と回答した。また、期待する役割を果たすために必要なこととしては、96.9%が「管理栄養士の知識・技術の向上」と回答し、次いで 93.8%が「訪問栄養食事指導に従事する管理栄養士が増えること」、「他職種との信頼関係の構築」との回答があった。

(6) 訪問栄養食事指導の推進

管理栄養士の登録者を増員するために実施していることとして、全体の 78.1%が研修会を実施しており、さらにホームページにも掲載していた。具体的に、医療・福祉分野で管理栄養士として勤務経験のある者の雇用に向けての取組は、全体の 53.1%が実施していた。

管理栄養士への経験年数に合わせた教育・研修を実施していない施設は、全体の 65.6%であり、実施している施設では、疾病に関する知識、コミュニケーションスキル、症例検討等であった。

地域における訪問栄養食事指導の取組に関する周知活動では、医師会 65.6%が高率であったが、周知活動を行っていない施設も全体の 34.4%に認められた。さらに、都道府県内の医療機関等への周知内容では、全体の 56.3%が回答し、主に栄養ケア・ステーションを活用した在宅訪問栄養食事指導利用に関すること、多職種対象の研修会の案内等であった。

D. 考察

本研究は、訪問栄養食事指導等の実態把握と入院医療から在宅療養への切れ目のない栄養管理体制に向けた課題探索を目的とした質問紙調査を実施した。調査結果を踏まえ、3つの視点から考察する。

・論点 1：在宅における栄養管理体制の現状と実態

・論点 2：多職種連携および多職種協働の課題

・論点 3：入院医療から在宅療養へ移行するための栄養管理体制の整備

なお、本調査では、サンプルサイズを計

算して調査を実施したが、回答を督促し調査期間を延長したにも関わらず、回収率が想定以上に低く、計算式により算出したサンプルサイズを満たしていない。しかしながら、令和4年度に実施された令和4年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「管理栄養士による居宅療養管理指導に関する調査研究事業」において、医師向けのアンケートの有効回答数282件、管理栄養士向けの病院診療所の有効回答数は郵送とメール調査を合わせて459件であるが、アンケート項目により回答数にばらつきがあり、項目によっては著しく少ない回答もあることから、本調査の回答数と差異がない項目もあり、本調査結果についても十分に価値があると考えられる。

さらに、診療報酬および介護報酬におけるこれまでの算定実績が低迷していることに鑑み、訪問栄養食事等への関心や意欲はあっても、自ら実施している実績を残してきた医療機関等が多いとは言えないことから、多くの調査対象医療機関等が今回の調査への回答に及ばなかったことも回答数が限られた背景にある可能性も否定できない。その場合、むしろ今回の調査結果は実態をよりの確に示しているとも言える。

1) 論点1：在宅における栄養管理体制の現状と実態

令和6年度の診療報酬改定により、在宅療養支援病院は、施設基準として、「当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していること」が新設された。また、在宅療養支援診療所におい

ても、「当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外(公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。)の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい」との基準が新設された。

まず、管理栄養士の雇用についてである。病院では、常勤職員と非常勤職員を合わせて 3.2 ± 2.0 人雇用しており、管理栄養士:入院患者は、1:42であった。病院の管理栄養士のうち、自宅を訪問する管理栄養士は、 0.8 ± 1.2 人であり、平均人員で1人を割っている現状であった。在宅療養支援診療所での管理栄養士の雇用は、常勤職員と非常勤職員を合わせて 0.3 ± 2.1 人、在宅療養支援歯科診療所では、 4.7 ± 10.9 人であった。

さらに、訪問栄養食事指導の業務を専任する1人の管理栄養士が1日に担当できる人数について調査し、病院では39施設の回答があり、 2.2 ± 1.6 人/日であった。在宅療養支援診療所では、22施設の回答があり、 2.7 ± 1.8 人/日、在宅療養支援歯科診療所では、10施設の回答があり、 1.5 ± 1.3 人/日であった。この結果から、病院では入院患者の栄養ケア・マネジメントが管理栄養士の主たる業務となり、在宅療養者までカバーする人的資源がないということが推察できる。そして、在宅療養支援診療所および歯科診療所では、管理栄養士を雇用しているが、在宅の栄養管理を担う資源として活用できていない状況が示された。

活用できていない理由としては、管理栄養士の専門外の業務である受付事務等が主たる業務となっている等が理由と考えられるが、特に、歯科診療所においては、訪問栄養食事指導が歯科医師の指示では、報酬上算定できないことが課題として挙げられた。医科・歯科の連携と訪問栄養食事指導への指示の流れを円滑化する等の方策が望まれる。

次に、栄養管理体制についてである。本調査において、在宅療養支援病院所属の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有しているのは、回答があった対象施設全体の40%弱であり、管理栄養士が訪問栄養食事指導を行っているのは、回答があった対象施設全体の30%程度の低率であった。また、在宅療養支援診療所では、訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有している施設は、回答があった対象施設全体の約15%であり、さらに訪問栄養食事指導を実施している施設は回答があった対象施設全体のわずか8.5%であった。管理栄養士を雇用していない在宅療養支援診療所が、栄養管理体制の整備に向けて、他の医療機関との連携や栄養CSを活用していないことが明らかとなった。

在宅で療養している高齢者に限っても、その約7割が低栄養状態またはそのリスクが高い状態にあるという実態がある一方で、それらの者に対する栄養管理の実施状況の実績は限られており、厚生労働省第5回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループの資料では、2020年に在宅患者訪問栄養食事指導を受けた患者は142.5人/月(実施している医療機関数

は114.7か所)、管理栄養士による在宅療養管理指導を受けた利用者数は4,960人/月(実施している医療機関数は1,116か所)である。2025年の日本の要介護高齢者(要支援も含む)を約700万人と推計した場合、低栄養または低栄養のリスク者が全体の7割存在する報告から算出すると、栄養介入が必要な在宅療養者は、約490万人となり、必要数と現状のレセプト件数では大きく乖離がある。また、今回の調査で判明したように一人の管理栄養士が1日に対応できる対象者数はごく少数であることを考慮すると、訪問栄養食事指導等に従事する管理栄養士の絶対的不足は否めない。

この問題の解決に向けて、地方自治体による積極的な取り組みとそれを支える国の技術的支援が不可欠である。

2) 論点2：多職種連携・多職種協働の課題

入院中の栄養管理における多職種連携は、医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職と協働している結果であった。一方、訪問栄養食事指導において管理栄養士と連携・協働が必要と考える職種は、医師、看護師、リハビリテーション専門職の他、生活を支援する専門職である介護支援専門員、訪問介護員、社会福祉士が挙げられた。入院医療からの移行の際に、これらの職種とどのように連携し協働していくのかは、今後の訪問栄養食事指導の推進に向けて大きな鍵となる。

訪問診療の際に管理栄養士の必要性を感じる状態・疾患としては、医師、歯科医師、看護師、管理栄養士の立場からのそ

それぞれの回答は、若干の差異があるものの、「低栄養状態」、「摂食・嚥下障害」、「食欲不振」、「糖尿病」、「腎臓病」が挙げられた。また、在宅医療において管理栄養士に期待する役割としては、病院の医師、看護師、歯科診療所の歯科医師等からの75%以上、診療所の医師等の60%以上から、「生きがい・食べる楽しみ等のQOL向上」との回答があった。これらの結果から、医師、看護師、リハビリテーション専門職の他、生活を支援する専門職との連携を密にする方策を検討し、在宅療養者の食べる楽しみ、QOLの維持・向上に繋げるための検討が必要である。

3) 論点3：入院医療から在宅療養へ移行するための栄養管理の体制整備

入院医療において、管理栄養士は、おおむね患者の在宅療養に向けてのシームレスな栄養管理を行うための役割を果たしており、次の医療機関への情報提供に関しても、寄与していることが示された。具体的には、入院患者の定期的なカンファレンスでは、管理栄養士は必ず参加、または必要な場合に参加しているのは、回答施設全体の約90%であり、さらに在宅療養に移行する患者の入院中の栄養状態および食事内容に関する情報は、約80%の病院が退院後の医療機関に提供、または必要に応じて提供している状況であった。病院退院前カンファレンスにおいても、70%以上の病院が、毎回参加する職種、または必要に応じて参加する職種として管理栄養士を挙げていた。さらに、退院支援計画の内容としてリハビリテーション・栄養・口腔管理を一体的に盛り込んでいる施設の割

合は、必要に応じて盛り込んでいると回答した施設を含め、約50%程度に留まっているが、令和6年度診療報酬改定で位置付けられたこれらの一体的取組については、今後、推進されていくことに期待したい。

このように入院医療から在宅療養への移行期の手続き等のプロセスを明確化することが多施設協働の推進に繋げる方策の1つとなる。

入院医療から在宅療養への移行期の手続き等のプロセスの一助となるのが、訪問栄養食事指導の周知である。病院が、他の施設、団体へ訪問栄養食事指導実施についての周知、つまり情報発信しているかについては、情報発信がなされている病院はわずかであったが、周知先として挙げられたのは、医師会、他の病院・診療所等の医療機関、訪問看護ステーション、地域包括センター等であり、これらへの周知がその地域での多施設連携に繋がる可能性があり、周知の方法やその後のプロセスを明確化し、体制整備をすることが必要と考えられる。

一方、他の医療機関等の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁について、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の医師等、在宅療養支援歯科診療所の歯科医師等からは、全体の50%以上が「他の医療機関との契約手続きが煩雑」、「依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関がわからない」と回答しており、手続きの明確化と可能な限り簡略化することと、地域の在宅の栄養管理を担う医療機関の見える化が望まれている。

令和6年度の診療報酬改定で、連携先として示されたのが、都道府県栄養士会が

運営する栄養 CS である。本調査結果では、栄養 CS に登録している管理栄養士は、1施設平均で約 100 人程度いるものの、実際に医療機関からの管理栄養士の紹介依頼は、1か月間で平均 1 件以内であり、訪問栄養食事指導の実績については、診療報酬、介護報酬ともに、算定していない栄養 CS が多く見受けられ、栄養管理の拠点として十分に機能を発揮しているとは言い難い状況であった。栄養 CS が、今後、地域の栄養管理体制を整備していくためには、管理栄養士登録者の増員に向けての工夫、管理栄養士が勤務可能な地域の把握の徹底、連携する団体とのさらに強固な関係づくり、医療機関等への周知活動は喫緊の課題である。さらには、都道府県栄養士会として、地域の医療機関等と協働し、管理栄養士の経験年数に合わせた教育・研修プログラムの立案と実施が望まれ、地域の栄養管理を担う一翼になる強い意志を持ち、診療報酬上の記載に見合った施設としての栄養 CS の体制整備を願う。

E. 結論

管理栄養士は、多職種から、在宅療養者の生きがいと QOL 向上の担い手となる専門職であることが認められているものの、本実態調査において、在宅療養者の適切な栄養管理を行う体制が整備できているとは言い難い結果であった。体制整備に向けた最も大きな課題は、管理栄養士の数の不足であり、さらには、人的資源の有効活用が成されていない点である。

このため、人的資源の確保に向けては、まずは都道府県の医療計画におい

て、地域の特性に見合った訪問栄養食事指導等の具体的な推進方針とそれを支える管理栄養士の適切な確保目標数が明示されることが望まれる。

一方で、訪問栄養食事指導等の現場からは、在宅療養における栄養管理の明確なエビデンスを積極的に発信していくことも望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

該当なし

I. 参考文献

1)野村総合研究所 令和4年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 管理栄養士による居宅療養管理指導に関する調査研究事業-報告書

<https://www.nri.com/content/900032522.pdf> (令和7年3月31日閲覧)

2)株式会社エヌ・ティ・ティ・データ研究所 令和4年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 在宅で療養する要介護高齢者に対する多職種連携と適切なサービス提供に係る調査研究事業-報告書

https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r04_6_01jigyohokokusho.pdf(令和7年3月31日閲覧)

3) 厚生労働省: 第5回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ資料 在宅医療の基盤整備について(その2)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000969974.pdf>

表1-1 在宅療養支援病院（回答者：医師・看護師）（n=101）

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
2. 在宅医療に従事している回答者の職種						
医師	43	42.6				
看護師	58	57.4				
4. 開設主体						
国等						
地方公共団体	17	16.8				
公的医療機関	8	7.9				
社会保険関係団体	3	3.0				
医療法人	65	64.4				
個人	1	1.0				
その他	7	0.7				
5. 在宅機能						
機能強化型（単独型）	24	23.8				
機能強化型（連携型）	29	28.7				
一般	44	43.6				
その他	4	4.0				
6. 届出病床数（床）						
急性期一般入院料			101	37.7	28.0	42.8
地域一般入院料			101	6.5	0.0	16.2
療養病棟入院料			101	12.0	0.0	21.5
回復期リハビリテーション病棟入院料			101	14.3	0.0	30.3
地域包括ケア病棟入院料			101	28.6	26.0	27.4
地域包括医療病棟入院料			101	1.7	0.0	7.9
その他			101	12.9	0.0	27.3
総数			101	102.6	106.0	55.5
7. 訪問診療で主に関与している診療科【複数回答】						
内科	85	84.2				
皮膚科	10	9.9				
小児科	4	4.0				
精神科	6	5.9				
外科	37	36.6				
泌尿器科	11	10.9				
整形外科	16	15.8				
リハビリテーション科	15	14.9				
眼科	8	7.9				
耳鼻咽喉科	4	4.0				
産科・婦人科	3	3.0				
麻酔科	2	2.0				
歯科・口腔外科	1	1.0				
総合診療科	21	20.8				
その他	13	12.9				

表1-2 在宅療養支援病院（回答者：医師・看護師）（n=101）

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
8. 退院前カンファレンスに毎回参加する職種【複数回答】						
医師	68	67.3				
歯科医師	0	0.0				
薬剤師	19	18.8				
看護師	96	95.0				
理学療法士	60	59.4				
作業療法士	34	33.7				
言語聴覚士	21	20.8				
歯科衛生士	4	4.0				
管理栄養士	26	25.7				
栄養士	5	5.0				
社会福祉士	71	70.3				
介護支援専門員	3	3.0				
相談員	2	2.0				
その他	3	3.0				
9. 問8で選択した職種以外で、必要に応じて退院前カンファレンスに参加する職種【複数回答】						
医師	23	22.8				
歯科医師	6	5.9				
薬剤師	41	40.6				
看護師	4	4.0				
理学療法士	31	30.7				
作業療法士	29	28.7				
言語聴覚士	30	29.7				
歯科衛生士	5	5.0				
管理栄養士	47	46.5				
栄養士	9	8.9				
社会福祉士	11	10.9				
介護支援専門員	2	2.0				
相談員	1	1.0				
その他	8	7.9				
10. 患者の自宅（居宅系施設も含む）を訪問する職種【複数回答】						
医師	95	94.1				
歯科医師	1	1.0				
薬剤師	9	8.9				
看護師	94	93.1				
理学療法士	53	52.5				
作業療法士	37	36.6				
言語聴覚士	17	16.8				
歯科衛生士	3	3.0				
管理栄養士	17	16.8				
栄養士	1	1.0				
社会福祉士	26	25.7				
その他	5	5.0				

表1-3 在宅療養支援病院（回答者：医師・看護師）（n=101）

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
11. 同一法人または関連法人の施設・事業所・提供しているサービスの種類【複数回答】						
介護老人保健施設	38	37.6				
介護老人福祉施設	13	12.9				
介護医療院	0	0.0				
地域包括支援センター	21	20.8				
診療所	25	24.8				
歯科診療所	6	5.9				
通所リハビリテーション	47	46.5				
通所介護	17	16.8				
訪問リハビリテーション	59	58.4				
訪問介護	24	23.8				
訪問看護ステーション	56	55.4				
居宅介護支援	48	47.5				
居宅療養管理指導	37	36.6				
その他	16	15.8				
12. 2024年9月1か月間に貴院で退院前カンファレンスを受けた患者の人数						
			101	18.4	5.0	30.4
13. 訪問診療の延べ実施回数と実数（地方厚生局に報告した直近1か月間の実績から転記）						
延べ数（回）			92	140.6	29.5	389.9
実数（人）			92	68.5	25.0	160.3
実績はない	9	8.9				
14. 訪問歯科診療の延べ実施回数と実数（地方厚生局に報告した直近1か月間の実績から転記）						
延べ数（回）			2	10.5	10.5	13.4
実数（人）			2	10.5	10.5	13.4
実績はない	99	98.0				
15. 訪問診療の対象者で1年間に死亡した患者数（地方厚生局に報告した直近1年間の実績から転記）						
			101	17.8	6.0	31.9
16. 問15のうち看取り加算を算定した人数（居宅系施設も含む）（地方厚生局に報告した直近1年間の実績から転記）						
			101	11.1	1.0	26.4

表1-4 在宅療養支援病院（回答者：医師・看護師）（n=101）

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
17. 訪問診療の際にどのような疾病・状態の患者に管理栄養士が訪問する必要性を感じるか【複数回答】						
糖尿病	74	73.3				
腎臓病	61	60.4				
心臓疾患	53	52.5				
肝臓病	35	34.7				
膵臓病	26	25.7				
脂質異常症	37	36.6				
高血圧	45	44.6				
悪性腫瘍	37	36.6				
低栄養状態	79	78.2				
摂食・嚥下障害	68	67.3				
経管栄養、経口移行、経口維持	43	42.6				
日常の栄養・食支援上の困難	54	53.5				
食事摂取量の不足、食欲不振	68	67.3				
終末期ケア	42	41.6				
訪問診療の際に管理栄養士が訪問する必要性を感じない理由（自由記述）						
関係する事例がない、終末期の訪問が多く、管理栄養士の知識が活かせない、退院前に指導が入るから、ニーズがない、訪問までする必要がない等						
18. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する（期待されている）役割【複数回答】						
患者の新たな課題やニーズを早期に把握	61	60.4				
日常の職種間の情報連携促進	40	39.6				
ケアプランにおける共通した目標設定	41	40.6				
各専門職の専門用語への理解促進	15	14.9				
各専門職の業務フローへの理解促進	19	18.8				
職員の職務満足度向上	11	10.9				
ケアの充実（褥瘡・認知症・看取り・その他）	46	45.5				
外部の関連者との連携促進	26	25.7				
アウトカム向上（リハ・機能訓練・口腔・栄養・ADL/IADL）	48	47.5				
疾患の増悪・再発予防	48	47.5				
肺炎の予防	38	37.6				
転倒の予防	18	17.8				
生きがい・食べる楽しみ等のQOLの向上	79	78.2				
介護者の負担の軽減	49	48.5				
褥瘡・認知症・看取り以外のケアの充実内容（自由記述）						
栄養状態の改善のための食事の工夫や栄養補助食品の紹介、栄養面の改善によって本人の身体状況の悪化予防や改善に繋げて欲しい、食べやすい食事内容のアドバイス、摂取可能な形態、内容、摂取方法の計画、提案など、褥瘡に対しての栄養面からのサポートがあるとよい、褥瘡予防等。						

表1-5 在宅療養支援病院（回答者：医師・看護師）（n=101）

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
19. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する（期待されている）役割を果たすために必要と思うこと【複数回答】						
訪問栄養食事指導に従事する管理栄養士が増えること	70	69.3				
管理栄養士の研修・教育体制の整備	55	54.5				
管理栄養士の知識・技術の向上	61	60.4				
他職種との信頼関係の構築	52	51.5				
管理栄養士間の信頼関係の構築	24	23.8				
退院支援部門の体制強化	50	49.5				
事務手続きの効率化	21	20.8				
ICT・オンラインの活用	29	28.7				
移動手段の確保	24	23.8				
診療報酬・介護報酬の算定対象の拡大	63	62.4				
その他	2	2.0				
20. 自院に管理栄養士がいない、又は訪問栄養食事指導の体制が整っていない場合、他の医療機関等の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁は何か【複数回答】						
他の医療機関との契約手続きが煩雑	52	51.5				
依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関がわからない	43	42.6				
依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関が近隣にない	15	14.9				
訪問栄養食事指導の報酬が少ない	33	32.7				
訪問栄養食事指導の指示を出す医師への報酬がない	22	21.8				
訪問栄養食事指導の内容を共有することが困難	23	22.8				
訪問診療中に栄養管理まで手が回らない	28	27.7				
その他	11	10.9				

表2 在宅療養支援病院（回答職種別）

	全体 (n = 101)		医師 (n=43)		看護師 (n=58)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
17. 訪問診療の際にどのような疾病・状態の患者に管理栄養士が訪問する必要性を感じるか【複数回答】						
糖尿病	74	73.3	32	74.4	42	72.4
腎臓病	61	60.4	29	67.4	32	55.2
心臓疾患	53	52.5	21	48.8	32	55.2
肝臓病	35	34.7	14	32.6	21	36.2
膵臓病	26	25.7	8	18.6	18	31.0
脂質異常症	37	36.6	15	34.9	22	37.9
高血圧	45	44.6	19	44.2	26	44.8
悪性腫瘍	37	36.6	16	37.2	21	36.2
低栄養状態	79	78.2	30	69.8	49	84.5
摂食・嚥下障害	68	67.3	27	62.8	41	70.7
経管栄養、経口移行、経口維持	43	42.6	24	55.8	19	32.8
日常の栄養・食支援上の困難	54	53.5	21	48.8	33	56.9
食事摂取量の不足、食欲不振	68	67.3	27	62.8	41	70.7
終末期ケア	42	41.6	20	46.5	22	37.9
18. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する（期待されている）役割【複数回答】						
患者の新たな課題やニーズを早期に把握	61	60.4	27	62.8	34	58.6
日常の職種間の情報連携促進	40	39.6	19	44.2	21	36.2
ケアプランにおける共通した目標設定	41	40.6	20	46.5	21	36.2
各専門職の専門用語への理解促進	15	14.9	8	18.6	7	12.1
各専門職の業務フローへの理解促進	19	18.8	12	27.9	7	12.1
職員の職務満足度向上	11	10.9	5	11.6	6	10.3
ケアの充実（褥瘡・認知症・看取り・その他）	46	45.5	20	46.5	26	44.8
外部の関連者との連携促進	26	25.7	14	32.6	12	20.7
アウトカム向上（リハ・機能訓練・口腔・栄養・ADL/IADL）	48	47.5	22	51.2	26	44.8
疾患の増悪・再発予防	48	47.5	21	48.8	27	46.6
肺炎の予防	38	37.6	16	37.2	22	37.9
転倒の予防	18	17.8	10	23.3	8	13.8
生きがい・食べる楽しみ等のQOLの向上	79	78.2	34	79.1	45	77.6
介護者の負担の軽減	49	48.5	20	46.5	29	50.0
19. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する（期待されている）役割を果たすために必要と思うこと【複数回答】						
訪問栄養食事指導に従事する管理栄養士が増えること	70	69.3	31	72.1	39	67.2
管理栄養士の研修・教育体制の整備	55	54.5	22	51.2	33	56.9
管理栄養士の知識・技術の向上	61	60.4	23	53.5	38	65.5
他職種との信頼関係の構築	52	51.5	20	46.5	32	55.2
管理栄養士間の信頼関係の構築	24	23.8	10	23.3	14	24.1
退院支援部門の体制強化	50	49.5	20	46.5	30	51.7
事務手続きの効率化	21	20.8	11	25.6	10	17.2
ICT・オンラインの活用	29	28.7	12	27.9	17	29.3
移動手段の確保	24	23.8	14	32.6	10	17.2
診療報酬・介護報酬の算定対象の拡大	63	62.4	30	69.8	33	56.9
その他	2	2.0	1	2.3	1	1.7

表3-1 在宅療養支援病院（回答者：管理栄養士）（n=134）

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
総病床数（床）			134	117.7	111.0	53.4
3. 病院全体での管理栄養士の配置について（人）						
常勤職員			134	3.0	3.0	1.8
非常勤職員の常勤換算数			134	0.2	0.0	0.6
病院全体の管理栄養士の配置数			134	3.2	3.0	2.0
病床数/管理栄養士の配置数			134	42.4	39.9	18.6
4. 患者の自宅（居宅系施設も含む）を訪問する管理栄養士について（人）						
常勤職員			134	0.8	0.0	1.2
非常勤職員の常勤換算数			134	0.5	0.0	0.2
患者の自宅を訪問する管理栄養士の配置数			134	0.8	0.0	1.2
5. 入院中の栄養管理において算定している加算【複数回答】						
栄養サポートチーム加算	44	32.8				
入院栄養食事指導料	119	88.8				
経腸栄養管理加算	19	14.2				
入退院支援加算	56	41.8				
外来栄養食事指導料	123	91.8				
栄養情報連携料	72	53.7				
（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	4	3.0				
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	13	9.7				
その他	2	1.5				
6. 入院中の食事・栄養ケアについて、主に連携・協働している職種【複数回答】						
医師	126	94.0				
歯科医師	10	7.5				
薬剤師	86	64.2				
看護師	134	100.0				
理学療法士	82	61.2				
作業療法士	65	48.5				
言語聴覚士	92	68.7				
歯科衛生士	27	20.1				
管理栄養士	125	93.3				
栄養士	31	23.1				
社会福祉士	62	46.3				
介護支援専門員	23	17.2				
訪問介護員	4	3.0				
その他	3	2.2				
7. 患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスに管理栄養士が参加しているか						
必ず参加している	72	53.7				
必要な場合に参加している	49	36.6				
参加していない	13	9.7				

表3-2 在宅療養支援病院（回答者：管理栄養士）（n=134）

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
8. 入院中の栄養サポートチームと訪問栄養食事指導を担当する管理栄養士との情報共有・連携における課題はあるか						
ない	114	85.1				
ある	20	14.9				
課題がある場合、具体的な内容						
カンファレンスに参加する体制づくり、食形態の情報共有、管理栄養士が1人しかいない（人員不足）、情報共有連携の手段方法、退院時の栄養指導の件数が少なく、訪問栄養指導への連携がうまくできていない、当院以外から依頼の場合、その病院(急性期)から詳細な経過を直接聞くことがない、法人内栄養ケアステーションの管理栄養士の業務量が不明なため、相談しにくい、連携方法について職種毎に視点の違いによるズレが発生することがある、現状は訪問栄養指導に行っていないため、これから課題は発生すると思う。						
9. 管理栄養士は、在宅療養となる患者の入院中の栄養状態（身体計測、血液検査結果、GLIM基準等）・食事内容等に関する情報を退院後に関わる医療機関に提供しているか						
ほとんどの患者に関して提供している	18	13.4				
必要に応じて提供している	89	66.4				
提供していない	27	20.1				
10. 退院支援計画の内容として、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理を一体的に盛り込んでいるか						
ほとんどの患者に関して盛り込んでいる	18	13.4				
必要に応じて盛り込んでいる	54	40.3				
盛り込んでいない	62	46.3				
11. 医師からの訪問栄養食事指導の指示がでない場合の理由【複数回答】						
指示は出ている	26	19.4				
医師が栄養管理を必要と判断しない	27	20.1				
医師に低栄養状態にあることが伝えられていない	5	3.7				
訪問栄養食事指導の報酬があることが周知されていない	20	14.9				
管理栄養士の院内業務が多忙である	65	48.5				
管理栄養士の技量が不足している	11	8.2				
依頼の仕方が分からない	14	10.4				
対象患者がいない	26	19.4				
患者はいるが患者・家族が希望しない	20	14.9				
その他	20	14.9				
12. 病院所属の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有しているか						
有している	49	36.6				
準備中	85	63.4				
13. 病院所属の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行っているか						
はい	40	29.9				
いいえ	94	70.1				
14. 訪問栄養食事指導（診療報酬または介護報酬を算定）を行う患者1人あたりの平均滞在時間						
30分	6	4.5				
30分を超えて60分未満	33	24.6				
60分以上	0	0.0				
訪問栄養食事指導を行っていない	95	70.9				

表3-3 在宅療養支援病院（回答者：管理栄養士）（n=134）

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
15. 訪問栄養食事指導を担当している管理栄養士の1日の業務時間を100%としたときの各業務内容のおよその割合						
訪問栄養食事指導による在宅滞在			31	13.1	15.0	15.3
他職種とのミーティング、カンファレンス（フロア等でのスタンディングカンファレンスを含む）			31	11.5	10.0	7.6
栄養部内の報告・討議			31	9.0	7.0	7.4
記録（カルテ等記載・入力等）			31	24.3	20.0	18.1
訪問先と事業所間の移動			31	9.3	10.0	7.7
その他			31	24.2	12.0	28.4
16. 訪問に専任する1人の管理栄養士が1日に訪問栄養食事指導を担当できる人数			39	2.2	2.0	1.6
17. 診療報酬：在宅患者訪問栄養食事指導料1の2023年度（2023.4.1～2024.3.31）に算定した延べ算定数と実数						
延べ算定数（件）			9	21.1	13.0	30.8
実数（人）			9	6.3	2.0	9.4
算定していない	125	93.3				
18. 問17のうち対象者の年齢区分別の人数（人）						
18歳未満			9	2.1	0.0	6.3
18歳～65歳未満			9	1.6	0.0	2.5
65歳～75歳未満			9	1.0	0.0	2.0
75歳以上			9	13.1	2.0	32.7
19. 診療報酬：在宅患者訪問栄養食事指導料2の2023年度（2023.4.1～2024.3.31）に算定した延べ算定数と実数						
延べ算定数（件）			2	22.0	22.0	12.7
実数（人）			2	3.5	3.5	0.7
算定していない	132	98.5				
20. 問19のうち対象者の年齢区分別の人数（人）						
18歳未満			2	1.5	1.5	2.1
18歳～65歳未満			2	1.0	1.0	1.4
65歳～75歳未満			2	0.5	0.5	0.7
75歳以上			2	0.5	0.5	0.7
21. 介護報酬：居宅療養管理指導費Ⅰ（管理栄養士による）の2023年度（2023.4.1～2024.3.31）に算定した延べ算定数と実数						
延べ算定数（件）			25	274.5	45.0	568.4
実数（人）			25	63.4	5.0	151.8
算定していない	109	81.3				
22. 問21のうち対象者の年齢区分別の人数（人）						
65歳未満			25	1.0	0.0	2.5
65歳～75歳未満			25	2.9	1.0	8.2
75歳以上			25	29.0	4.0	57.1
23. 介護報酬：居宅療養管理指導費Ⅱ（管理栄養士による）の2023年度（2023.4.1～2024.3.31）に算定した延べ算定数と実数						
延べ算定数（件）			3	370.0	48.0	586.5
実数（人）			3	185.7	3.0	317.3
算定していない	131	97.8				

表3-4 在宅療養支援病院（回答者：管理栄養士）（n=134）

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
24. 問23のうち対象者の年齢区分別の人数（人）						
65歳未満			3	0.0	0.0	0.0
65歳～75歳未満			3	0.0	0.0	0.0
75歳以上			3	218.3	100.0	293.0
25. 管理栄養士による訪問栄養食事指導のうち、他の診療所等医療機関からの依頼を受けて訪問した患者の2023年度（2023.4.1～2024.3.31）の延べ数と実数						
延べ数（件）			14	37.9	10.0	57.1
実数（人）			14	18.6	3.0	42.5
26. 訪問診療の際に、どのような疾病・状態の患者に管理栄養士が訪問する必要性を感じるか【複数回答】						
糖尿病	99	73.9				
腎臓病	93	69.4				
心臓疾患	54	40.3				
肝臓病	83	61.9				
膵臓病	46	34.3				
脂質異常症	54	40.3				
高血圧	66	49.3				
悪性腫瘍	65	48.5				
低栄養状態	119	88.8				
摂食・嚥下障害	116	86.6				
経管栄養、経口移行、経口維持	70	52.2				
日常の栄養・食支援上の困難	87	64.9				
食事摂取量の不足、食欲不振	106	79.1				
終末期ケア	69	51.5				
訪問診療の際に管理栄養士が訪問する必要性を感じない理由（自由記述）						
1人体制なので対応できない、依頼がない、患者の状態に応じて主治医が判断しているから、通院可能な患者は病院での指導の方がコストがかからないため。						
27. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待されている役割【複数回答】						
患者の新たな課題やニーズを早期に把握	88	65.7				
日常の職種間の情報連携促進	72	53.7				
ケアプランにおける共通した目標設定	44	32.8				
各専門職の専門用語への理解促進	14	10.4				
各専門職の業務フローへの理解促進	21	15.7				
職員の職務満足度向上	16	11.9				
ケアの充実（褥瘡・認知症・看取り・その他）	55	41.0				
外部の関連者との連携促進	44	32.8				
アウトカム向上（リハ・機能訓練・口腔・栄養・ADL/IADL）	71	53.0				
疾患の増悪・再発予防	94	70.1				
肺炎の予防	68	50.7				
転倒の予防	32	23.9				
生きがい・食べる楽しみ等のQOLの向上	114	85.1				
介護者の負担の軽減	80	59.7				

表3-5 在宅療養支援病院（回答者：管理栄養士）（n=134）

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
28. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士が、期待されている役割を果たすために必要と思うこと【複数回答】						
訪問栄養食事指導に従事する管理栄養士が増えること	108	80.6				
管理栄養士の研修・教育体制の整備	98	73.1				
管理栄養士の知識・技術の向上	109	81.3				
他職種との信頼関係の構築	97	72.4				
管理栄養士間の信頼関係の構築	59	44.0				
退院支援部門の体制強化	86	64.2				
事務手続きの効率化	62	46.3				
ICT・オンラインの活用	56	41.8				
移動手段の確保	64	47.8				
診療報酬・介護報酬の算定対象の拡大	81	60.4				
その他	5	3.7				
29. 自院に管理栄養士がいない、又は訪問栄養食事指導の体制が整っていない場合、他の医療機関等の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁【複数回答】						
他の医療機関との契約手続きが煩雑	83	61.9				
依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関がわからない	81	60.4				
依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関が近隣にない	26	19.4				
訪問栄養食事指導の報酬が少ない	48	35.8				
訪問栄養食事指導の指示を出す医師への報酬がない	43	32.1				
訪問栄養食事指導の内容を共有することが困難	44	32.8				
訪問診療中に栄養管理まで手が回らない	49	36.6				
その他	8	6.0				
その他（自由記述）						
医師が必要を感じていない、管理栄養士の勉強不足、分からないことが多い、訪問栄養食事指導の報酬があること、仕組みが知られていない等。						
30. 訪問栄養食事指導を担当する管理栄養士への経験年数に合わせた教育・研修の実施について						
経験年数に合わせた教育・研修は行っていない	108	80.6				
経験年数に合わせた教育・研修は行っている	26	19.4				
訪問栄養食事指導を担当する管理栄養士への経験年数に合わせた教育・研修の内容【複数回答】(n=26)						
疾病に関する知識	19	73.0				
コミュニケーションスキル	10	38.5				
症例検討	13	50.0				
訪問診療・訪問看護・訪問リハビリ等に同行する実務研修	9	34.6				
管理栄養士に同行する実務研修	11	42.3				
その他	3	11.5				

表3-6 在宅療養支援病院（回答者：管理栄養士）（n=134）

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
31. 訪問栄養食事指導を実施している管理栄養士が、支援方法・支援内容等に関して相談できる相手がいるか						
相談できる相手はいない	68	50.7				
相談できる相手がいる	66	49.3				
訪問栄養食事指導を実施している管理栄養士が、支援方法・支援内容等に関して相談できる相手について【複数回答】（n=66）						
医療機関の栄養部門	39	59.1				
介護保険施設の栄養部門	15	22.7				
都道府県栄養士会	26	39.3				
知り合いの管理栄養士	42	63.6				
管理栄養士の養成施設	2	3.0				
栄養関係学会	12	18.2				
その他	2	3.0				
32. 訪問栄養食事指導において管理栄養士と連携・協働が必要と考える職種【複数回答】						
医師	130	97.0				
歯科医師	77	57.5				
薬剤師	90	67.2				
看護師	124	92.5				
理学療法士	88	65.7				
作業療法士	83	61.9				
言語聴覚士	119	88.8				
歯科衛生士	71	53.0				
社会福祉士	92	68.7				
介護支援専門員	98	73.1				
訪問介護員	95	70.9				
その他	6	4.5				
33. 地域における訪問栄養食事指導の取組みに関する周知活動の実施について						
周知活動は行っていない	110	82.1				
周知活動を行っている	24	17.9				
地域における訪問栄養食事指導の取組みに関する周知活動の対象施設・機関・団体【複数回答】（n=24）						
医師会	11	45.8				
歯科医師会	6	25.0				
薬剤師会	6	25.0				
他の病院・診療所	16	66.7				
訪問看護ステーション	12	50.0				
介護支援事業所	11	45.8				
地域包括支援センター	12	50.0				
患者・介護者	11	45.8				
その他	4	16.7				

表4-1 在宅療養支援診療所 (n=354) 在宅療養支援歯科診療所 (n=190)

	在宅療養支援診療所					在宅療養支援歯科診療所						
	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
2. 在宅医療に従事している回答者の職種												
医師	292	82.5					2	1.1				
歯科医師	1	0.3					183	96.3				
看護師	42	11.9					0	0.0				
管理栄養士	19	5.4					5	2.6				
4. 開設主体												
地方公共団体	2	0.6					1	0.5				
公的医療機関	5	1.4					2	1.1				
社会保険関係団体	0	0.0					1	0.5				
医療法人	226	63.8					74	38.9				
個人	116	32.8					109	57.4				
その他	5	1.4					3	1.6				
5. 在宅機能												
在宅療養支援診療所：機能強化型（単独型）	35	9.9										
在宅療養支援診療所：機能強化型（連携型）	130	36.7										
在宅療養支援診療所（その他）	189	53.4										
在宅療養支援歯科診療所							190	100.0				
6. 訪問診療または訪問歯科診療で主に関与している診療科【複数回答】												
内科	332	93.8					8	4.2				
皮膚科	36	10.2					0	0.0				
小児科	26	7.3					0	0.0				
精神科	32	9.0					5	2.6				
外科	48	13.6					2	1.1				
泌尿器科	32	9.0					1	0.5				
整形外科	31	8.8					5	2.6				
リハビリテーション科	20	5.6					2	1.1				
眼科	4	1.1					0	0.0				
耳鼻咽喉科	3	0.8					0	0.0				
産科・婦人科	1	0.3					0	0.0				
麻酔科	13	3.7					0	0.0				
歯科・口腔外科	2	0.6					186	97.9				
総合診療科	42	11.9					2	1.1				
その他	36	10.2					0	0.0				
7. 患者の自宅（居宅系施設も含む）を訪問する職種【複数回答】												
医師	353	99.7					2	1.1				
歯科医師	7	2.0					187	98.4				
薬剤師	13	3.7					1	0.5				
看護師	234	66.1					3	1.6				
理学療法士	30	8.5					1	0.5				
作業療法士	10	2.8					0	0.0				
言語聴覚士	8	2.3					1	0.5				
歯科衛生士	2	0.6					169	88.9				
管理栄養士	21	5.9					10	5.3				
栄養士	1	0.3					2	1.1				
社会福祉士	17	4.8					0	0.0				
その他	30	8.5					22	11.6				

表4-2 在宅療養支援診療所 (n=354) 在宅療養支援歯科診療所 (n=190)

	在宅療養支援診療所					在宅療養支援歯科診療所						
	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
8. 同一法人または関連法人の施設・事業所・提供しているサービスの種類【複数回答】												
介護老人保健施設	31	8.8					12	6.3				
介護老人福祉施設	15	4.2					14	7.4				
介護医療院	5	1.4					2	1.1				
地域包括支援センター	13	3.7					2	1.1				
診療所	262	74.0					3	1.6				
歯科診療所	10	2.8					151	79.5				
通所リハビリテーション	43	12.1					1	0.5				
通所介護	26	7.3					0	0.0				
訪問リハビリテーション	56	15.8					3	1.6				
訪問介護	24	6.8					3	1.6				
訪問看護ステーション	62	17.5					6	3.2				
居宅介護支援	53	15.0					6	3.2				
居宅療養管理指導	87	24.6					81	42.6				
その他	23	6.5					7	3.7				
9. 訪問診療の延べ実施回数と実数（地方厚生局に報告した直近1か月間の実績から転記）												
延べ数			327	224.5	41.0	576.1			1	1.0		
実数			327	87.7	29.0	170.2			1	9.0		
実績はない	27	7.6					189	99.5				
10. 訪問歯科診療の延べ実施回数と実数（地方厚生局に報告した直近1か月間の実績から転記）												
延べ数			8	67.5	22.0	126.1			181	137.2	17.0	259.6
実数			8	35.0	16.5	60.9			181	82.9	16.0	141.6
実績はない	346	97.7					9	4.7				
11. 訪問診療の対象者で、1年間に死亡した患者数（地方厚生局に報告した直近1年間の実績から転記）												
			327	24.2	5.0	49.0			1	10.0		
12. 問11のうち看取り加算を算定した人数（居宅系施設も含む）（地方厚生局に報告した直近1年間の実績から転記）												
			327	17.4	3.0	36.5			1	0.0		
13. 管理栄養士について、常勤職員、非常勤職員（常勤換算数：小数点第一位まで）の人数												
管理栄養士を雇用していない	302	85.3					169	88.9				
管理栄養士を雇用している	52	14.7					21	11.1				
常勤職員（人）			52	0.7	1.0	0.8			21	3.5	1.0	6.7
非常勤職員の常勤換算数（人）			52	0.7	0.1	2.1			21	1.2	0.0	4.4
管理栄養士の全配置数（人）			52	1.3	1.0	2.1			21	4.7	1.0	10.9
14. 管理栄養士の業務内容について【複数回答】												
外来患者栄養食事指導（診療報酬）	41	78.9					4	19.0				
集団栄養食事指導（診療報酬）	5	9.6					1	4.8				
在宅患者訪問栄養食事指導（診療報酬）	17	32.7					3	14.3				
居宅療養管理指導（介護報酬）	14	26.9					4	19.0				
受付等管理業務	3	5.8					11	52.4				
その他の業務	9	17.3					10	47.6				
その他業務（自由記述）												
			健康教室運転業務・物品管理業務、献立作成・食品発注及び管理・調理業務、講師、在宅医療物品管理・他事業所からの報告をカルテ記載、職員の弁当発注等、食数管理・献立作成・栄養相談、診療アシスタント、入院患者の献立チェック・栄養評価				栄養食事指導（診療報酬外）、診療報酬のない自費診療としての食事指導・健康教室、診療報酬外サービスである外来栄養相談(月15件前後)・介護予防教室(隔月)・フレイル予防食事会(月2)・職員の昼食調理・診療アシスト・院内のデータまとめ、歯科助手、口腔機能訓練時の問診・栄養指導等、講座・委託栄養指導・委託献立評価・認知症カフェの運営、地域で実施する無料の栄養教室					

表4-3 在宅療養支援診療所 (n=354) 在宅療養支援歯科診療所 (n=190)

	在宅療養支援診療所					在宅療養支援歯科診療所						
	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
15. 管理栄養士が患者の居宅を訪問して、食事指導を行っても、診療報酬または介護報酬を算定できない理由	(n=52)					(n=21)						
算定できている	18	34.6				4	19.0					
栄養管理以外の業務が忙しいため	15	28.8				4	19.0					
訪問栄養食事指導が歯科医師の指示では算定できず、主治医である医師から指示が出ないため	4	7.7				12	57.1					
その他	15	28.8				1	4.8					
その他（自由記述）	オンラインの外來栄養指導のため、医師の指示がないので、訪問栄養指導業務ができていない、管理栄養士による訪問指導を行っていない、対象者がいない、実績がない、人員不足、訪問栄養指導に手がまわらない、体制が不十分					訪問診療に管理栄養士は介入していない						
16. 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有しているか												
有している	50	14.1				19	10.0					
有していない	261	73.7				156	82.1					
準備中	43	12.1				15	7.9					
17. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士の所属												
訪問栄養食事指導を実施していない	324	91.5				177	93.2					
訪問栄養食事指導を実施している	30	8.5				13	6.8					
訪問栄養食事指導を行う管理栄養士の所属【複数回答】	(n=30)					(n=13)						
自院	13	43.3				7	53.8					
他の病院	6	20.0				2	15.4					
他の診療所	7	23.3				0	0.0					
都道府県栄養ケア・ステーション	5	16.7				4	30.8					
その他	4	13.3				3	23.1					
その他（自由記述）	企業、大学、同一法人の施設、薬局					薬局、施設						
18. 訪問栄養食事指導（診療報酬または介護報酬を算定）を行う患者1人あたりの平均滞在時間	(n=22)					(n=10)						
30分	6	27.3				2	20.0					
30分を超えて60分未満	15	68.2				8	80.0					
60分以上	1	4.5				0	0.0					
19. 訪問栄養食事指導を担当している管理栄養士の1日の業務時間を100%としたときの各業務内容のおよその割合												
訪問栄養食事指導による在宅滞在			22	29.4	30.0	22.9			10	19.4	10.0	20.9
他職種とのミーティング、カンファレンス（フロア等でのスタンディングカンファレンスを含む）			22	8.9	10.0	7.9			10	8.0	8.0	5.3
栄養部内の報告・討議			22	8.7	5.0	9.7			10	6.6	7.5	4.0
記録（カルテ等記載・入力等）			22	16.3	14.0	11.5			10	9.0	10.0	8.5
訪問先と事業所間の移動			22	11.0	10.0	9.9			10	13.1	10.0	12.9
その他			22	17.9	0.0	27.6			10	31.6	26.0	32.2
20. 訪問に専任する1人の管理栄養士が1日に訪問栄養食事指導を担当できる人数												
			22	2.7	2.5	1.8			10	1.5	1.0	1.3
21. 診療報酬：在宅患者訪問栄養食事指導料1の2023年度（2023.4.1～2024.3.31）に算定した延べ算定数と実数												
延べ算定数（件）			14	29.7	11.0	48.0						
実数（人）			14	13.2	2.5	33.9						
算定していない	340	96							190	100.0		

表4-4 在宅療養支援診療所 (n=354) 在宅療養支援歯科診療所 (n=190)

	在宅療養支援診療所						在宅療養支援歯科診療所					
	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
22. 問21のうち対象者の年齢区分別の人数 (人)												
18歳未満			14	1.9	0.0	6.7						
18歳～65歳未満			14	1.4	1.0	1.4						
65歳～75歳未満			14	4.1	0.0	9.2						
75歳以上			14	7.5	0.5	24.9						
23. 診療報酬：在宅患者訪問栄養食事指導料2の2023年度(2023.4.1～2024.3.31)に算定した延べ算定数と実数												
延べ算定数 (件)			4	19.0	13.0	23.7	1	14.0				
実数 (人)			4	7.3	2.0	11.9	1	2.0				
算定していない	350	98.9					189	99.5				
24. 問23のうち、対象者の年齢区分別の人数 (人)												
18歳未満			4	6.5	0.5	12.3						
18歳～65歳未満			4	0.8	0.5	1.0						
65歳～75歳未満			4	0.0	0.0	0.0	1	1.0				
75歳以上			4	0.0	0.0	0.0	1	1.0				
25. 介護報酬：居宅療養管理指導費Ⅰ(管理栄養士による)の2023年度(2023.4.1～2024.3.31)に算定した延べ算定数と実数												
延べ算定数 (件)			23	104.7	48.0	159.9	10	24.4	8.0	28.8		
実数 (人)			23	23.3	15.0	30.8	10	3.3	1.5	6.0		
算定していない	331	93.5					180	94.7				
26. 問25のうち、対象者の年齢区分別の人数 (人)												
65歳未満			23	1.1	0.0	3.5	10	0.0	0.0	0.0		
65歳～75歳未満			23	5.2	2.0	86.7	10	0.6	0.0	1.6		
75歳以上			23	16.6	8.0	23.9	10	2.7	1.5	4.5		
27. 介護報酬：居宅療養管理指導費Ⅱ(管理栄養士による)の2023年度(2023.4.1～2024.3.31)に算定した延べ算定数と実数												
延べ算定数 (件)			7	63.4	22.0	92.7	3	98.0	64.0	93.7		
実数 (人)			7	9.7	4.0	10.5	3	14.0	7.0	13.0		
算定していない	347	98.0					187	98.4				
28. 問27のうち、対象者の年齢区分別の人数 (人)												
65歳未満			7	0.7	0.0	1.1	3	1.0	0.0	1.7		
65歳～75歳未満			7	3.6	0.0	6.2	3	2.0	1.0	2.6		
75歳以上			7	5.4	1.0	7.7	3	11.0	7.0	8.7		
29. 管理栄養士による訪問栄養食事指導のうち、他の診療所等医療機関からの依頼を受けて訪問した患者の2023年度(2023.4.1～2024.3.31)の延べ数と実数												
延べ算定数 (件)			4	37.0	11.5	54.7	4	19.3	14.0	14.0		
実数 (人)			4	5.8	2.0	8.2	4	3.0	3.0	0.8		
依頼を受けていない	350	98.9					186	97.9				
30. 訪問診療の際に、どのような疾病・状態の患者に管理栄養士が訪問する必要性を感じるか【複数回答】												
糖尿病	214	60.5					93	48.9				
腎臓病	177	50.0					68	35.8				
心臓疾患	131	37.0					45	23.7				
肝臓病	83	23.4					37	19.5				
膵臓病	52	14.7					35	18.4				
脂質異常症	91	25.7					42	22.1				
高血圧	112	31.6					61	32.1				
悪性腫瘍	82	23.2					35	18.4				
低栄養状態	225	63.6					108	56.8				
摂食・嚥下障害	202	57.1					120	63.2				
経管栄養、経口移行、経口維持	136	38.4					96	50.5				
日常の栄養・食支援上の困難	127	35.9					108	56.8				
食事摂取量の不足、食欲不振	170	48.0					115	60.5				
終末期ケア	114	32.2					53	27.9				

表4-5 在宅療養支援診療所 (n=354) 在宅療養支援歯科診療所 (n=190)

	在宅療養支援診療所					在宅療養支援歯科診療所						
	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
31. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する（期待されている）役割【複数回答】												
患者の新たな課題やニーズを早期に把握	178	50.3				92	48.4					
日常の職種間の情報連携促進	119	33.6				84	44.2					
ケアプランにおける共通した目標設定	109	30.8				71	37.4					
各専門職の専門用語への理解促進	28	7.9				32	16.8					
各専門職の業務フローへの理解促進	32	9.0				34	17.9					
職員の職務満足度向上	24	6.8				30	15.8					
ケアの充実（褥瘡・認知症・看取り・その他）	102	28.8				36	18.9					
外部の関連者との連携促進	43	12.1				52	27.4					
アウトカム向上（リハ・機能訓練・口腔・栄養・ADL/IADL）	145	41.0				78	41.1					
疾患の増悪・再発予防	147	41.5				51	26.8					
肺炎の予防	131	37.0				91	47.9					
転倒の予防	46	13.0				33	17.4					
生きがい・食べる楽しみ等のQOLの向上	220	62.1				149	78.4					
介護者の負担の軽減	138	39.0				70	36.8					
32. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士が、期待する（期待されている）役割を果たすために必要と思うこと【複数回答】												
訪問栄養食事指導に従事する管理栄養士が増えること	202	57.1				123	64.7					
管理栄養士の研修・教育体制の整備	136	38.4				80	42.1					
管理栄養士の知識・技術の向上	146	41.2				81	42.6					
他職種との信頼関係の構築	146	41.2				105	55.3					
管理栄養士間の信頼関係の構築	52	14.7				39	20.5					
退院支援部門の体制強化	58	16.4				38	20.0					
事務手続きの効率化	72	20.3				40	21.1					
ICT・オンラインの活用	73	20.6				48	25.3					
移動手段の確保	36	10.2				20	10.5					
診療報酬・介護報酬の算定対象の拡大	132	37.3				88	46.3					
その他	14	4.0				7	3.7					
33. 自院に管理栄養士がいない、又は訪問栄養食事指導の体制が整っていない場合、他の医療機関等の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁【複数回答】												
他の医療機関との契約手続きが煩雑	176	49.7				84	44.2					
依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関がわからない	202	57.1				118	62.1					
依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関が近隣にない	84	23.7				46	24.2					
訪問栄養食事指導の報酬が少ない	68	19.2				39	20.5					
訪問栄養食事指導の指示を出す医師への報酬がない	80	22.6				34	17.9					
訪問栄養食事指導の内容を共有することが困難	46	13.0				48	25.3					
訪問診療中に栄養管理まで手が回らない	100	28.2				81	42.6					
その他	12	3.4				12	6.3					

表5-1 都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション (n=32)

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
2. 2024年9月1日時点の認定栄養CSの設置数(施設)			32	10.3	4.5	17.5
3. 2024年9月1日時点の機能強化型認定栄養CS設置数(施設)			32	1.8	1.0	2.9
4. 2024年9月1日時点の都道府県栄養士会栄養CSの管理栄養士登録者数(人)			32	112.0	97.5	109.0
5. 貴都道府県栄養士会栄養CSの管理栄養士登録者が勤務できる地域を把握する方法						
把握していない	7	21.9				
二次医療圏別	15	46.9				
市町村別	3	9.4				
その他	7	21.9				
6. 貴都道府県栄養士会栄養CSに管理栄養士登録している人で、貴都道府県栄養士会栄養CSで雇用している常勤職員または非常勤職員の人数						
雇用している	12	37.5				
雇用していない	20	63.5				
雇用している常勤職員または非常勤職員の人数(n=12)						
常勤職員(人)			12	0.1	0.0	0.4
非常勤職員の常勤換算数(人)			12	0.8	0.8	0.7
7. 診療報酬：在宅患者訪問栄養食事指導料2を2023年度(2023.4.1~2024.3.31)に算定した延べ算定数と実数						
延べ算定数(件)			6	24.3	17.5	26.5
実数(人)			6	20.0	9.5	28.9
算定していない	26	81.3				
8. 介護報酬：居宅療養管理指導費2を2023年度(2023.4.1~2024.3.31)に算定した延べ算定数と実数						
延べ算定数(件)			9	26.1	10.0	26.3
実数(人)			9	14.7	4.0	20.9
算定していない	23	71.9				
9. 介護報酬：栄養アセスメント加算、栄養改善加算を2023年度(2023.4.1~2024.3.31)に算定した延べ算定数と実数						
延べ算定数(件)			2	77.5	77.5	92.6
実数(人)			2	11.5	11.5	0.7
算定していない	30	93.8				
10. 介護報酬：栄養管理体制加算を2023年度(2023.4.1~2024.3.31)に算定した延べ算定数と実数						
延べ算定数(件)			4	18.0	18.0	6.9
実数(人)			4	1.5	1.5	0.6
算定していない	28	87.5				
11. 2024年9月1か月間の延べ訪問回数			34	1.4	0.0	2.4
12. 2024年9月1日時点の1人の利用者(患者)に対する継続的な訪問を実施している実数						
継続的な訪問を実施している	11	34.4				
継続的な訪問を実施していない	21	65.6				
在宅患者訪問栄養食事指導料2(人)			11	0.7	0.0	0.9
居宅療養管理指導費2(人)			11	1.6	2.0	1.5

表5-2 都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション (n=32)

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
13. 医療機関等から管理栄養士の紹介依頼について、2024年9月1か月間の問い合わせ件数			32	0.5	0.0	1.0
14. 紹介依頼から訪問までの期間						
3日以内	2	6.3				
1週間以内	10	31.3				
1か月以内	2	6.3				
1か月以上	1	3.1				
紹介依頼がない	17	53.1				
15. 医療機関等からの管理栄養士の紹介依頼に対し、どのような方法で管理栄養士を選んでいるか						
登録者全員に連絡して希望者を募る	11	34.4				
医療機関等の地域（市町村、二次医療圏）に合わせて選ぶ	5	15.6				
コーディネーターが依頼内容と管理栄養士の経験等を考慮して選ぶ	9	28.1				
その他	7	21.9				
16. 都道府県栄養士会栄養CS以外で、医療機関等からの訪問栄養食事指導等を実施している病院または診療所を紹介してほしい等の問合せ件数						
問い合わせがある	8	25.0	8	1.4	1.5	0.7
問い合わせはない	24	75.0				
17. 問い合わせがある場合、どこからの問い合わせか【複数回答】(n=8)						
病院	2	25.0				
診療所	3	37.5				
訪問看護ステーション	4	50.0				
介護保険施設	1	12.5				
居宅介護支援事業所	5	62.5				
その他	5	62.5				
その他（自由記述）						
介護支援専門員、地域ケアプラザ、医師会、個人						

表5-3 都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション (n=32)

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
18. 連携している機関・団体						
連携している機関・団体がある	20	62.5				
連携している機関・団体がない	12	37.5				
連携している機関・団体【複数回答】(n=20)						
自治体	15	75.0				
医師会	16	80.0				
歯科医師会	11	55.0				
薬剤師会	12	60.0				
看護協会	13	65.0				
理学療法士会	11	55.0				
作業療法士会	11	55.0				
言語聴覚士会	11	55.0				
歯科衛生士会	14	70.0				
社会福祉協議会	9	45.0				
介護支援専門員協会	16	80.0				
その他	2	10.0				
19. 問18で自治体を選択した場合のみ回答。自治体は、都道府県栄養士会栄養CSの活動について、地域に周知（見える化）することに対し協力的か (n=15)						
とても協力的である	4	26.7				
協力的である	9	60.0				
あまり協力的ではない	3	20.0				
協力的ではない	0	0.0				
20. 訪問診療の際に、どのような疾病・状態の患者に管理栄養士が訪問する必要性を感じるか【複数回答】						
糖尿病	28	87.5				
腎臓病	27	84.4				
心臓疾患	26	81.3				
肝臓病	19	59.4				
膵臓病	20	62.5				
脂質異常症	20	62.5				
高血圧	20	62.5				
悪性腫瘍	24	75.0				
低栄養状態	32	100.0				
摂食・嚥下障害	29	90.6				
経管栄養、経口移行、経口維持	25	78.1				
日常の栄養・食支援上の困難	29	90.6				
食事摂取量の不足、食欲不振	29	90.6				
終末期ケア	24	75.0				

表5-4 都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション (n=32)

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
21. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する（期待されている）役割【複数回答】						
患者の新たな課題やニーズを早期に把握	30	93.8				
日常の職種間の情報連携促進	23	71.9				
ケアプランにおける共通した目標設定	25	78.1				
各専門職の専門用語への理解促進	9	28.1				
各専門職の業務フローへの理解促進	11	34.4				
職員の職務満足度向上	5	15.6				
ケアの充実（褥瘡・認知症・看取り・その他）	16	50.0				
外部の関連者との連携促進	17	53.1				
アウトカム向上（リハ・機能訓練・口腔・栄養・ADL/IADL）	17	53.1				
疾患の増悪・再発予防	28	87.5				
肺炎の予防	17	53.1				
転倒の予防	9	28.1				
生きがい・食べる楽しみ等のQOLの向上	30	93.8				
介護者の負担の軽減	25	78.1				
22. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する（期待されている）役割を果たすために必要と思うこと【複数回答】						
訪問栄養食事指導に従事する管理栄養士が増えること	30	93.8				
管理栄養士の研修・教育体制の整備	29	90.6				
管理栄養士の知識・技術の向上	31	96.9				
他職種との信頼関係の構築	30	93.8				
管理栄養士間の信頼関係の構築	22	68.8				
退院支援部門の体制強化	21	65.6				
事務手続きの効率化	27	84.4				
ICT・オンラインの活用	18	56.3				
移動手段の確保	16	50.0				
診療報酬・介護報酬の算定対象の拡大	24	75.0				
その他	2	6.3				
23. 貴都道府県栄養士会栄養CSにおける管理栄養士の登録者を増員するために行っていること【複数回答】						
管理栄養士の登録者を増員するための活動は行っていない	3	9.4				
広報誌等へのちらし封入	19	59.4				
ホームページに掲載	21	65.6				
Instagram等のSNSに掲載	4	12.5				
研修会	25	78.1				
その他	1	3.1				
24. 医療・福祉分野で管理栄養士として勤務経験のある者（妊娠・出産による退職者、定年退職者等）の雇用に向けての取り組み						
実施している	17	53.1				
実施していない	15	46.9				

表5-5 都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション (n=32)

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
25. 訪問栄養食事指導を担当する管理栄養士への経験年数に合わせた教育・研修の内容【複数回答】						
経験年数に合わせた教育・研修は行っていない	21	65.6				
疾病に関する知識	8	25.0				
コミュニケーションスキル	8	25.0				
症例検討	8	25.0				
訪問診療・訪問看護・訪問リハビリ等に同行する	3	9.4				
実務研修	4	12.5				
管理栄養士に同行する実務研修	4	12.5				
その他	1	3.1				
26. 訪問栄養食事指導を実施している管理栄養士が、支援方法・支援内容等に関して相談できる相手について【複数回答】						
相談相手はいない	5	15.6				
医療機関の栄養部門	16	50.0				
介護保険施設の栄養部門	15	46.9				
都道府県栄養士会	23	71.9				
知り合いの管理栄養士	11	34.4				
管理栄養士の養成施設	1	3.1				
栄養関係学会	3	9.4				
その他	3	9.4				
27. 訪問栄養食事指導において管理栄養士と連携・協働が必要と考える職種【複数回答】						
医師	32	100.0				
歯科医師	28	87.5				
薬剤師	29	90.6				
看護師	30	93.8				
理学療法士	27	84.4				
作業療法士	25	78.1				
言語聴覚士	29	90.6				
歯科衛生士	27	84.4				
社会福祉士	19	59.4				
介護支援専門員	31	96.9				
訪問介護員	25	78.1				
その他	1	3.1				

表5-6 都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション (n=32)

	n	(%)	度数	平均値	中央値	標準偏差
28. 地域における訪問栄養食事指導の取組みに関する周知活動の対象施設・機関・団体【複数回答】						
周知活動は行っていない	11	34.4				
医師会	21	65.6				
歯科医師会	15	46.9				
薬剤師会	12	37.5				
他の病院・診療所	13	40.6				
訪問看護ステーション	13	40.6				
介護支援事業所	12	37.5				
地域包括支援センター	14	43.8				
患者・介護者	5	15.6				
自治体	2	6.3				
介護支援専門協議会	1	3.1				
29. 貴都道府県栄養士会栄養CSによる訪問栄養食事指導の実施について、都道府県内の医療機関等への周知内容						
周知している	18	56.3				
周知していない	14	43.8				
周知内容（自由記述）						
<p>日本栄養士会、各栄養士会の案内の配布、医療職・介護職向け「栄養ケア・ステーションを活用した在宅訪問栄養食事指導ご利用ガイド」リーフレット、相談窓口設置案内、診療報酬・介護報酬による訪問栄養食事指導ができること、栄養ケア・ステーションの活用方法、多職種対象の研修会の開催地域医療構想・包括ケアシステム研究会、在宅栄養サポートミーティング、多職種対象の研修会</p>						

令和6年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた
課題探索のための研究（24IA1011）」

2024年度訪問栄養食事指導等の実態把握と阻害要因の抽出【在宅病（回答者：医師・歯科医師または看護師）】

★ご協力頂ける場合には、＜調査票記載要項＞をご参照のうえ、日本健康・栄養システム学会ホームページに掲載しているWEB調査票（当該記載要項のURL及びQRコードからリンクしています。）を用いて、2024年11月末日までにご回答頂きますようお願い致します。

<p>【同意確認】</p> <p>研究概要をお読みにになり、研究協力に同意する場合には、「同意する」を選択して、質問にお答えください。</p> <ul style="list-style-type: none">・本研究は、日本健康・栄養システム学会の研究倫理委員会に承認されていることを理解しました。・本研究の概要・目的・方法・倫理面への配慮について理解しました。・本研究は、在宅訪問栄養指導の体制や取組みの実態調査であり、個人情報をお問うものではないことを理解しました。・調査への回答は自由意志であり、不利益を受けることなく撤回できることを理解しました。・結果については、報告書及び学術論文として取りまとめ、公表されることを理解しました。	<input type="checkbox"/> 同意する
--	--------------------------------------

※院長が依頼した訪問医療に従事している医師・歯科医師または看護師がお答えください。

- 全部で質問は【20問】あります。
- 該当する選択肢をクリックしてください。
- 人数および件数を問う質問で、無い場合は、「0」を入力してください。

1. 貴院の名称を教えてください。

（個人・団体名が特定される可能性があります、外部に公表されることはありません）

自由記述（ ）

2. 在宅医療に従事している回答者の職種を教えてください。（該当するもの1つを選択）

（個人・団体名が特定される可能性があります、外部に公表されることはありません）

医師 歯科医師 看護師

3. 都道府県名を教えてください。

都道府県名プルダウン（ ）

4. 開設主体を教えてください。（該当するもの1つを選択）

国等 地方公共団体 公的医療機関 社会保険関係団体
 医療法人 個人 その他（ ）

5. 在宅機能について教えてください。（該当するもの1つを選択）

機能強化型（単独型） 機能強化型（連携型） 一般 その他（ ）

6. 届出病床数を教えてください。

- 急性期一般入院料（ ）床 地域一般入院料（ ）床
療養病棟入院料（ ）床 回復期リハビリテーション病棟入院料（ ）床
地域包括ケア病棟入院料（ ）床 地域包括医療病棟入院料（ ）床
その他（ ）床

7. 訪問診療で主に関与している診療科を教えてください。（該当するものすべてを選択）

- 内科 皮膚科 小児科 精神科 外科
泌尿器科 整形外科 リハビリテーション科
眼科 耳鼻咽喉科 産科・婦人科 麻酔科 歯科・口腔外科
総合診療科 その他（ ）

8. 退院前カンファレンスに毎回参加する職種を教えてください。（該当するものすべてを選択）

- 医師 歯科医師 薬剤師 看護師
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 歯科衛生士
管理栄養士 栄養士 社会福祉士 その他（ ）

9. 問8で選択した職種以外で、必要に応じて退院前カンファレンスに参加する職種を教えてください。（該当するものすべてを選択）

- 医師 歯科医師 薬剤師 看護師
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 歯科衛生士
管理栄養士 栄養士 社会福祉士 その他（ ）

10. 患者の自宅（居宅系施設も含む）を訪問する職種を教えてください。（該当するものすべてを選択）

- 医師 歯科医師 薬剤師 看護師
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 歯科衛生士
管理栄養士 栄養士 社会福祉士 その他（ ）

11. 同一法人または関連法人の施設・事業所・提供しているサービスの種類について教えてください。（該当するものすべてを選択）

- 介護老人保健施設 介護老人福祉施設 介護医療院
地域包括支援センター 診療所 歯科診療所
通所リハビリテーション 通所介護 訪問リハビリテーション
訪問介護 訪問看護ステーション 居宅介護支援
居宅療養管理指導 その他（ ）

12. 2024年9月1か月間に貴院で退院前カンファレンスを受けた患者の人数を教えてください。（実績がない場合は0を入力してください）

・（ ）人

19. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する（期待されている）役割を果たすために必要と思うことは何ですか。（該当するものすべてを選択）

- 訪問栄養食事指導に従事する管理栄養士が増えること
- 管理栄養士の研修・教育体制の整備
- 管理栄養士の知識・技術の向上
- 他職種との信頼関係の構築
- 管理栄養士間の信頼関係の構築
- 退院支援部門の体制強化
- 事務手続きの効率化
- ICT・オンラインの活用
- 移動手段の確保
- 診療報酬・介護報酬の算定対象の拡大
- その他（ ）

20. 自院に管理栄養士がない、又は訪問栄養食事指導の体制が整っていない場合、他の医療機関等の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁は何だと思えますか。（該当するものすべてを選択）

- 他の医療機関との契約手続きが煩雑
- 依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関がわからない
- 依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関が近隣にない
- 訪問栄養食事指導の報酬が少ない
- 訪問栄養食事指導の指示を出す医師への報酬がない
- 訪問栄養食事指導の内容を共有することが困難
- 訪問診療中に栄養管理まで手が回らない
- その他（ ）

【今後の調査協力について】

2024年度または2025年度に、在宅訪問栄養食事指導等を先進的に行っている調査対象施設に対し、連携の体制、連携の拠点、多職種による栄養介入の例等についてインタビュー調査（WEB または対面）を予定しています。ご協力いただけるでしょうか。

- 協力できる 協力は難しい

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

令和6年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた
課題探索のための研究（24IA1011）」

2024年度入院医療から在宅医療への切れ目のない栄養管理体制に向けた課題探索【在支病（回答者：管理栄養士）】

★ご協力頂ける場合には、＜調査票記載要項＞をご参照のうえ、日本健康・栄養システム学会ホームページに掲載しているWEB調査票（当該記載要項のURL及びQRコードからリンクしています。）を用いて、2024年11月末日までにご回答頂きますようお願い致します。

<p>【同意確認】</p> <p>研究概要をお読みになり、研究協力に同意する場合には、「同意する」を選択して、質問にお答えください。</p> <ul style="list-style-type: none">・本研究は、日本健康・栄養システム学会の研究倫理委員会に承認されていることを理解しました。・本研究の概要・目的・方法・倫理面への配慮について理解しました。・本研究は、在宅訪問栄養指導の体制や取組みの実態調査であり、個人情報を問うものではないことを理解しました。・調査への回答は自由意志であり、不利益を受けることなく撤回できることを理解しました。・結果については、報告書及び学術論文として取りまとめ、公表されることを理解しました。	<input type="checkbox"/> 同意する
--	--------------------------------------

※院長が依頼した訪問医療に従事している管理栄養士がお答えください。

- 全部で質問は【33問】あります。
- 該当する選択肢をクリックしてください。
- 人数および件数を問う質問で、無い場合は、「0」を入力してください。

●常勤換算方法

当該事業所の従業員の勤務延時間数（※）を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本）で除することにより、当該事業所の従業員の員数を常勤の従業員の員数に換算する。

※ 勤務延時間数：

勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む）として明確に位置づけられている時間の合計数。なお、従業員1人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき勤務時間数が上限となる。

1. 貴院の名称を教えてください。

（個人・団体名が特定される可能性があります、外部に公表されることはありません）

自由記述（ ）

2. 役職を教えてください。

（個人・団体名が特定される可能性があります、外部に公表されることはありません）

自由記載（ ）

資料2 在宅療養支援病院調査票（管理栄養士用）

容等に関する情報を退院後に関わる医療機関に提供していますか。（該当するもの1つを選択）

- ほとんどの患者に関して提供している
- 必要に応じて提供している
- 提供していない

10. 退院支援計画の内容として、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理を一体的に盛り込んでいますか。（該当するもの1つを選択）

- ほとんどの患者に関して盛り込んでいる
- 必要に応じて盛り込んでいる
- 盛り込んでいない

11. 医師からの訪問栄養食事指導の指示がでない場合の理由を教えてください。（該当するものすべてを選択。「指示は出ている」を選択すると他の項目は選択できません）

- 指示は出ている
- 医師が栄養管理を必要と判断しない
- 医師に低栄養状態にあることが伝えられていない
- 訪問栄養食事指導の報酬があることが周知されていない
- 管理栄養士の院内業務が多忙である
- 管理栄養士の技量が不足している
- 依頼の仕方が分からない
- 対象患者がいない
- 患者はいるが患者・家族が希望しない
- その他（ ）

12. 病院所属の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していますか。（該当するもの1つを選択）

- 有している 準備中

13. 病院所属の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行っていますか。（該当するもの1つを選択）

- はい いいえ

14. 訪問栄養食事指導（診療報酬または介護報酬を算定）を行う患者1人あたりの平均滞在時間を教えてください。（該当するもの1つを選択）

- 30分
- 30分を超えて60分未満
- 60分以上
- 訪問栄養食事指導を行っていない

15. 訪問栄養食事指導を担当している管理栄養士の1日の業務時間を100%としたときの、各業務内容のおよその割合を教えてください（整数でお答えください）。

- ・訪問栄養食事指導による在宅滞在（ ）%

資料2 在宅療養支援病院調査票（管理栄養士用）

- ・他職種とのミーティング、カンファレンス（フロア等でのスタンディングカンファレンスを含む）（ ）%
 - ・栄養部内の報告・討議（ ）%
 - ・記録（カルテ等記載・入力等）（ ）%
 - ・訪問先と事業所間の移動（ ）%
 - ・その他（ ）（ ）%
- 訪問栄養食事指導を行っていない

16. 訪問に専任する1人の管理栄養士が1日に訪問栄養食事指導を担当できる人数（整数）を教えてください。

- ・約（ ）人/日
- 訪問栄養食事指導を行っていない

17. 診療報酬：在宅患者訪問栄養食事指導料1の2023年度（2023.4.1～2024.3.31）に算定した延べ算定数（件）と実数（人）を教えてください。

- ・延べ算定数（ ）件
 - ・実数（ ）人
- 算定していない

18. 問17のうち、対象者の年齢区分別の人数を教えてください。

- ・18歳未満（ ）人
 - ・18歳～65歳未満（ ）人
 - ・65歳～75歳未満（ ）人
 - ・75歳以上（ ）人
- 算定していない

19. 診療報酬：在宅患者訪問栄養食事指導料2の2023年度（2023.4.1～2024.3.31）に算定した延べ算定数（件）と実数（人）を教えてください。

- ・延べ算定数（ ）件
 - ・実数（ ）人
- 算定していない

20. 問19のうち、対象者の年齢区分別の人数を教えてください。

- ・18歳未満（ ）人
 - ・18歳～65歳未満（ ）人
 - ・65歳～75歳未満（ ）人
 - ・75歳以上（ ）人
- 算定していない

21. 介護報酬：居宅療養管理指導費I（管理栄養士による）の2023年度（2023.4.1～2024.3.31）に算定した延べ算定数（件）と実数（人）を教えてください。

- ・延べ算定数（ ）件
- ・実数（ ）人

資料2 在宅療養支援病院調査票（管理栄養士用）

算定していない

22. 問 21 のうち、対象者の年齢区分別の人数を教えてください。

・ 65 歳未満 () 人

・ 65 歳～75 歳未満 () 人

・ 75 歳以上 () 人

算定していない

23. 介護報酬：居宅療養管理指導費Ⅱ（管理栄養士による）の 2023 年度（2023.4.1～2024.3.31）に算定した延べ算定数（件）と実数（人）を教えてください。

・ 延べ算定数 () 件

・ 実数 () 人

算定していない

24. 問 23 のうち、対象者の年齢区分別の人数を教えてください。

・ 65 歳未満 () 人

・ 65 歳～75 歳未満 () 人

・ 75 歳以上 () 人

算定していない

25. 管理栄養士による訪問栄養食事指導のうち、他の診療所等医療機関からの依頼を受けて、訪問した患者の 2023 年度（2023.4.1～2024.3.31）の延べ数（件）と実数（人）を教えてください。（0 件 0 人の場合は、「依頼を受けていない」を選択してください）

・ 延べ数 () 件

・ 実数 () 人

依頼を受けていない

26. 訪問診療の際に、どのような疾病・状態の患者に管理栄養士が訪問する必要性を感じますか。（該当するものすべてを選択）「管理栄養士の必要性を感じない」を選択した場合、理由を教えてください。

糖尿病

腎臓病

心臓疾患

肝臓病

脾臓病

脂質異常症

高血圧

悪性腫瘍

低栄養状態

摂食・嚥下障害

経管栄養、経口移行、経口維持

日常の栄養・食支援上の困難

食事摂取量の不足、食欲不振

終末期ケア

管理栄養士の必要性を感じない（理由は自由記述：)

27. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待されている役割について教えてください。（該当するものすべてを選択）

患者の新たな課題やニーズを早期に把握

日常の職種間の情報連携促進

ケアプランにおける共通した目標設定

各専門職の専門用語への理解促進

各専門職の業務フローへの理解促進

職員の職務満足度向上

資料2 在宅療養支援病院調査票（管理栄養士用）

- ケアの充実（褥瘡・認知症・看取り・その他（具体的に： ））
- 外部の関連者との連携促進
- アウトカム向上（リハ・機能訓練・口腔・栄養・ADL/IADL）
- 疾患の増悪・再発予防
- 肺炎の予防
- 転倒の予防
- 生きがい・食べる楽しみ等の QOL の向上
- 介護者の負担の軽減

28. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士が、期待されている役割を果たすために必要と思うことは何ですか。

（該当するものすべてを選択）

- 訪問栄養食事指導に従事する管理栄養士が増えること
- 管理栄養士の研修・教育体制の整備
- 管理栄養士の知識・技術の向上
- 他職種との信頼関係の構築
- 管理栄養士間の信頼関係の構築
- 退院支援部門の体制強化
- 事務手続きの効率化
- ICT・オンラインの活用
- 移動手段の確保
- 診療報酬・介護報酬の算定対象の拡大
- その他（ ）

29. 自院に管理栄養士がない、又は訪問栄養食事指導の体制が整っていない場合、他の医療機関等の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁は何だと思えますか。（該当するものすべてを選択）

- 他の医療機関との契約手続きが煩雑
- 依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関がわからない
- 依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関が近隣にない
- 訪問栄養食事指導の報酬が少ない
- 訪問栄養食事指導の指示を出す医師への報酬がない
- 訪問栄養食事指導の内容を共有することが困難
- 訪問診療中に栄養管理まで手が回らない
- その他（ ）

30. 訪問栄養食事指導を担当する管理栄養士への経験年数に合わせた教育・研修の内容を教えてください。（該当するものすべてを選択）

- 疾病に関する知識
- コミュニケーションスキル
- 症例検討
- 訪問診療・訪問看護・訪問リハビリ等に同行する実務研修
- 管理栄養士に同行する実務研修
- その他（ ）
- 経験年数に合わせた教育・研修は行っていない

31. 訪問栄養食事指導を実施している管理栄養士が、支援方法・支援内容等に関して、相談できる相手を教えてください（対面のほか、メール、電話も含む）。（該当するものすべてを選択）

- 医療機関の栄養部門
- 介護保険施設の栄養部門

資料2 在宅療養支援病院調査票（管理栄養士用）

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 都道府県栄養士会 | <input type="checkbox"/> 知り合いの管理栄養士 |
| <input type="checkbox"/> 管理栄養士の養成施設 | <input type="checkbox"/> 栄養関係学会 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> ない |

32. 訪問栄養食事指導において、管理栄養士と連携・協働が必要と考える職種を教えてください。（該当するものすべてを選択）

- | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 | <input type="checkbox"/> 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 看護師 |
| <input type="checkbox"/> 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉士 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 訪問介護員 | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

33. 地域における訪問栄養食事指導の取組みに関する周知活動の対象施設・機関・団体を教えてください。（該当するものすべてを選択）※該当がない場合は、「行っていない」を選択してください。

- | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医師会 | <input type="checkbox"/> 歯科医師会 | <input type="checkbox"/> 薬剤師会 | <input type="checkbox"/> 他の病院・診療所 |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション | <input type="checkbox"/> 介護支援事業所 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> 患者・介護者 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> 行っていない | | |

【今後の調査協力について】

2024年度または2025年度に、在宅訪問栄養食事指導等を先進的に行っている調査対象施設に対し、連携の体制、連携の拠点、多職種による栄養介入の例等についてインタビュー調査（WEB または対面）を予定しています。ご協力いただけるでしょうか。

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 協力できる | <input type="checkbox"/> 協力は難しい |
|--------------------------------|---------------------------------|

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

令和6年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた
課題探索のための研究（24IA1011）」

2024年度訪問栄養食事指導等の実態把握と阻害要因の抽出【在支診、在支歯診（回答者：医師・歯科医師、看護師または管理栄養士（雇用されている場合））】

★ご協力頂ける場合には、＜調査票記載要項＞をご参照のうえ、日本健康・栄養システム学会ホームページに掲載しているWEB調査票（当該記載要項のURL及びQRコードからリンクしています。）を用いて、2024年11月末日までにご回答頂きますようお願い致します。

【同意確認】

研究概要をお読みになり、研究協力に同意する場合には、「同意する」を選択して、質問にお答えください。

- ・本研究は、日本健康・栄養システム学会の研究倫理委員会に承認されていることを理解しました。
- ・本研究の概要・目的・方法・倫理面への配慮について理解しました。
- ・本研究は、在宅訪問栄養指導の体制や取組みの実態調査であり、個人情報を問うものではないことを理解しました。
- ・調査への回答は自由意志であり、不利益を受けることなく撤回できることを理解しました。
- ・結果については、報告書及び学術論文として取りまとめ、公表されることを理解しました。

同意する

※診療所長が依頼した訪問医療に従事している医師・歯科医師、看護師または管理栄養士（雇用されている場合）がお答えください。

- 全部で質問は【33問】あります。
- 該当する選択肢をクリックしてください。
- 人数および件数を問う質問で、無い場合は、「0」を入力してください。

●常勤換算方法

当該事業所の従業員の勤務延時間数（※）を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本）で除することにより、当該事業所の従業員の員数を常勤の従業員の員数に換算する。

※ 勤務延時間数：

勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む）として明確に位置づけられている時間の合計数。なお、従業員1人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき勤務時間数が上限となる。

1. 貴診療所の名称を教えてください。

（個人・団体名が特定される可能性があります、外部に公表されることはありません）

自由記述（ ）

2. 在宅医療に従事している回答者の職種を教えてください。（該当するもの1つを選択）

（個人・団体名が特定される可能性があります、外部に公表されることはありません）

資料3 在宅療養支援診療所/在宅療養支援歯科診療所調査票 (医師・歯科医師・看護師用)

- ・実数 () 人
- 実績はない

11. 訪問診療の対象者で、1年間に死亡した患者数を教えてください。(地方厚生局に報告した直近1年間の実績から転記してください。実績がない場合は0を入力してください。)

- ・() 人

12. 問11のうち、看取り加算を算定した人数(居宅系施設も含む)を教えてください。(地方厚生局に報告した直近1年間の実績から転記してください。実績がない場合は0を入力してください。)

- ・() 人

13. 管理栄養士について、常勤職員、非常勤職員(常勤換算数:小数点第一位まで)の人数を教えてください。(雇用していない場合は、0を入力してください)

- ・常勤職員 () 人
- ・非常勤職員の常勤換算数 () 人

14. 管理栄養士の業務内容について教えてください。(該当するものすべてを選択)(管理栄養士を雇用していない場合は、「管理栄養士は雇用していない」を選択してください)

- 外来患者栄養食事指導(診療報酬)
- 集団栄養食事指導(診療報酬)
- 在宅患者訪問栄養食事指導(診療報酬)
- 居宅療養管理指導(介護報酬)
- 受付等管理業務
- その他の業務()
- 管理栄養士は雇用していない

15. 管理栄養士が患者の居宅を訪問して、食事指導を行っても、診療報酬または介護報酬を算定できない理由を教えてください。(管理栄養士を雇用していない場合は、「管理栄養士は雇用していない」を選択してください)(該当するもの1つを選択)

- 栄養管理以外の業務が忙しいため
- 訪問栄養食事指導が歯科医師の指示では算定できず、主治医である医師から指示が出ないため
- その他()
- 算定できている
- 管理栄養士は雇用していない

16. 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していますか。(該当するもの1つを選択)

- 有している
- 有していない
- 準備中

17. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士の所属を教えてください。(該当するものすべてを選択)

- 自院
- 他の病院
- 他の診療所
- 都道府県栄養ケア・ステーション
- その他()
- 訪問栄養食事指導を実施していない

18. 訪問栄養食事指導(診療報酬または介護報酬を算定)を行う患者1人あたりの平均滞在時間を教えてください

さい。（該当するもの1つを選択）

- 行っていない
- 30分
- 30分を超えて60分未満
- 60分以上
- 管理栄養士を自院で雇用していない

19. 訪問栄養食事指導を担当している管理栄養士の1日の業務時間を100%としたときの、各業務内容のおよその割合を教えてください（整数でお答えください）。

- ・訪問栄養食事指導による在宅滞在（ ）%
 - ・他職種とのミーティング、カンファレンス（フロア等でのスタンディングカンファレンスを含む）（ ）%
 - ・栄養部内の報告・討議（ ）%
 - ・記録（カルテ等記載・入力等）（ ）%
 - ・訪問先と事業所間の移動（ ）%
 - ・その他（ ）（ ）%
- 管理栄養士を自院で雇用していない

20. 訪問に専任する1人の管理栄養士が1日に訪問栄養食事指導を担当できる人数（整数）を教えてください。

- ・約（ ）人/日
- 管理栄養士を自院で雇用していない

21. 診療報酬：在宅患者訪問栄養食事指導料1の2023年度（2023.4.1～2024.3.31）に算定した延べ算定数（件）と実数（人）を教えてください。

- ・延べ算定数（ ）件
 - ・実数（ ）人
- 算定していない

22. 問21のうち、対象者の年齢区分別の人数を教えてください。

- ・18歳未満（ ）人
 - ・18歳～65歳未満（ ）人
 - ・65歳～75歳未満（ ）人
 - ・75歳以上（ ）人
- 算定していない

23. 診療報酬：在宅患者訪問栄養食事指導料2の2023年度（2023.4.1～2024.3.31）に算定した延べ算定数（件）と実数（人）を教えてください。

- ・延べ算定数（ ）件
 - ・実数（ ）人
- 算定していない

24. 問23のうち、対象者の年齢区分別の人数を教えてください。

資料3 在宅療養支援診療所/在宅療養支援歯科診療所調査票（医師・歯科医師・看護師用）

- ・18歳未満 ()人
 - ・18歳～65歳未満 ()人
 - ・65歳～75歳未満 ()人
 - ・75歳以上 ()人
- 算定していない

25. 介護報酬：居宅療養管理指導費Ⅰ（管理栄養士による）の2023年度（2023.4.1～2024.3.31）に算定した延べ算定数（件）と実数（人）を教えてください。

- ・延べ算定数 ()件
 - ・実数 ()人
- 算定していない

26. 問25のうち、対象者の年齢区分別の人数を教えてください。

- ・65歳未満 ()人
 - ・65歳～75歳未満 ()人
 - ・75歳以上 ()人
- 算定していない

27. 介護報酬：居宅療養管理指導費Ⅱ（管理栄養士による）の2023年度（2023.4.1～2024.3.31）に算定した延べ算定数（件）と実数（人）を教えてください。

- ・延べ算定数 ()件
 - ・実数 ()人
- 算定していない

28. 問27のうち、対象者の年齢区分別の人数を教えてください。

- ・65歳未満 ()人
 - ・65歳～75歳未満 ()人
 - ・75歳以上 ()人
- 算定していない

29. 管理栄養士による訪問栄養食事指導のうち、他の診療所等医療機関からの依頼を受けて、訪問した患者の2023年度（2023.4.1～2024.3.31）の延べ数（件）と実数（人）を教えてください。 ※0件0人の場合は、「受けていない」を選択してください。

- ・延べ数 ()件
 - ・実数 ()人
- 受けていない

30. 訪問診療の際に、どのような疾病・状態の患者に管理栄養士が訪問する必要性を感じますか。（該当するものすべてを選択）「管理栄養士の必要性を感じない」を選択した場合、理由を教えてください。

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 脾臓病 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 |

資料3 在宅療養支援診療所/在宅療養支援歯科診療所調査票（医師・歯科医師・看護師用）

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 | <input type="checkbox"/> 低栄養状態 |
| <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 | <input type="checkbox"/> 経管栄養、経口移行、経口維持 | <input type="checkbox"/> 日常の栄養・食支援上の困難 |
| <input type="checkbox"/> 食事摂取量の不足、食欲不振 | <input type="checkbox"/> 終末期ケア | |
| <input type="checkbox"/> 管理栄養士の必要性を感じない（理由は自由記述： _____） | | |

31. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する（期待されている）役割について教えてください。（該当するものすべてを選択）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 患者の新たな課題やニーズを早期に把握 | <input type="checkbox"/> 日常の職種間の情報連携促進 |
| <input type="checkbox"/> ケアプランにおける共通した目標設定 | <input type="checkbox"/> 各専門職の専門用語への理解促進 |
| <input type="checkbox"/> 各専門職の業務フローへの理解促進 | <input type="checkbox"/> 職員の職務満足度向上 |
| <input type="checkbox"/> ケアの充実（褥瘡・認知症・看取り・その他（具体的に： _____）） | |
| <input type="checkbox"/> 外部の関連者との連携促進 | <input type="checkbox"/> アウトカム向上（リハ・機能訓練・口腔・栄養・ADL/IADL） |
| <input type="checkbox"/> 疾患の増悪・再発予防 | <input type="checkbox"/> 肺炎の予防 |
| <input type="checkbox"/> 転倒の予防 | <input type="checkbox"/> 生きがい・食べる楽しみ等の QOL の向上 |
| <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 | |

32. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士が、期待する（期待されている）役割を果たすために必要と思うことは何ですか。（該当するものすべてを選択）

- 訪問栄養食事指導に従事する管理栄養士が増えること
- 管理栄養士の研修・教育体制の整備
- 管理栄養士の知識・技術の向上
- 他職種との信頼関係の構築
- 管理栄養士間の信頼関係の構築
- 退院支援部門の体制強化
- 事務手続きの効率化
- ICT・オンラインの活用
- 移動手段の確保
- 診療報酬・介護報酬の算定対象の拡大
- その他（ _____ ）

33. 自院に管理栄養士がない、又は訪問栄養食事指導の体制が整っていない場合、他の医療機関等の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁は何だと思えますか。（該当するものすべてを選択）

- 他の医療機関との契約手続きが煩雑
- 依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関がわからない
- 依頼・指示できる管理栄養士がいる医療機関が近隣にない
- 訪問栄養食事指導の報酬が少ない
- 訪問栄養食事指導の指示を出す医師への報酬がない
- 訪問栄養食事指導の内容を共有することが困難
- 訪問診療中に栄養管理まで手が回らない
- その他（ _____ ）

資料3 在宅療養支援診療所/在宅療養支援歯科診療所調査票（医師・歯科医師・看護師用）

【今後の調査協力について】

2024年度または2025年度に、在宅訪問栄養食事指導等を先進的に行っている調査対象施設に対し、連携の体制、連携の拠点、多職種による栄養介入の例等についてインタビュー調査（WEB または対面）を予定しています。ご協力いただけるでしょうか。

協力できる 協力は難しい

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

資料4 都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション調査票

・() 施設

4. 2024年9月1日時点の都道府県栄養士会栄養CSの管理栄養士登録者数を教えてください。

・() 人

5. 貴都道府県栄養士会栄養CSの管理栄養士登録者が勤務できる地域を把握する方法を教えてください。(該当するもの1つを選択)

把握していない 二次医療圏別 市町村別 その他()

6. 貴都道府県栄養士会栄養CSに管理栄養士登録している人で、貴都道府県栄養士会栄養CSで雇用している常勤職員または非常勤職員(常勤換算数:小数点第一位まで)の人数を教えてください。雇用していない場合は、「雇用していない」を選択してください。

雇用していない 常勤職員()人 非常勤職員の常勤換算数()人

7. 診療報酬:在宅患者訪問栄養食事指導料2を2023年度(2023.4.1~2024.3.31)に算定した延べ算定数(件)と実数(人)を教えてください

・延べ算定数()件

・実数()人

算定していない

8. 介護報酬:居宅療養管理指導費2を2023年度(2023.4.1~2024.3.31)に算定した延べ算定数(件)と実数(人)を教えてください。

・延べ算定数()件

・実数()人

算定していない

9. 介護報酬:栄養ケア外加算、栄養改善加算を2023年度(2023.4.1~2024.3.31)に算定した延べ算定数(件)と実数(人)を教えてください。

・延べ算定数()件

・実数()人

算定していない

10. 介護報酬:栄養管理体制加算を2023年度(2023.4.1~2024.3.31)に算定した延べ算定数(件)と実数(施設)を教えてください。

・延べ算定数()件

・実数()施設

算定していない

11. 2024年9月1か月間の延べ訪問回数を教えてください。(ない場合は、0を入力してください)

・() 回

12. 2024年9月1日時点の1人の利用者（患者）に対する継続的な訪問を実施している実数（人）を教えてください。

- ・在宅患者訪問栄養食事指導料2（ ）人
- ・居宅療養管理指導費2（ ）人
- 算定していない

13. 医療機関等から管理栄養士の紹介依頼について、2024年9月1か月間の問い合わせ件数を教えてください。（ない場合は、0を入力してください）

- ・（ ）件

14. 紹介依頼から訪問までの期間を教えてください。（該当するもの1つを選択）

- 3日以内
- 1週間以内
- 1か月以内
- 1か月以上
- 紹介依頼がない

15. 医療機関等からの管理栄養士の紹介依頼に対し、どのような方法で管理栄養士を選んでいきますか。（該当するもの1つを選択）

- 登録者全員に連絡して希望者を募る
- 医療機関等の地域（市町村、二次医療圏）に合わせて選ぶ
- コーディネーターが、依頼内容と管理栄養士の経験等を考慮して選ぶ
- その他（ ）

16. 医療機関等からの都道府県栄養士会栄養CS以外で訪問栄養食事指導等を実施している病院または診療所を紹介してほしい等の問合せ件数を教えてください。（ない場合は、0を入力してください）

- ・（ ）件

17. 問い合わせがある場合、どこからの問い合わせですか。（該当するものすべてを選択）

- 病院
- 診療所
- 訪問看護ステーション
- 介護保険施設
- 居宅介護支援事業所
- その他（ ）
- 問い合わせはない

18. 連携している機関・団体を教えてください。（該当するものすべてを選択）

- 自治体
- 医師会
- 歯科医師会
- 薬剤師会
- 看護協会
- 理学療法士会
- 作業療法士会
- 言語聴覚士会
- 歯科衛生士会
- 社会福祉協議会
- 介護支援専門員協会
- その他（ ）

19. 問18で自治体を選択した場合のみご回答ください。

自治体は、都道府県栄養士会栄養CSの活動について、地域に周知（見える化）することに対し協力的でしょうか。

- とても協力的である
- 協力的である
- あまり協力的ではない
- 協力的ではない

20. 訪問診療の際に、どのような疾病・状態の患者に管理栄養士が訪問する必要性を感じますか。（該当するも

のすべてを選択)「管理栄養士の必要性を感じない」を選択した場合、理由を教えてください。

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 脾臓病 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 | <input type="checkbox"/> 低栄養状態 |
| <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 | <input type="checkbox"/> 経管栄養、経口移行、経口維持 | <input type="checkbox"/> 日常の栄養・食支援上の困難 |
| <input type="checkbox"/> 食事摂取量の不足、食欲不振 | <input type="checkbox"/> 終末期ケア | |
| <input type="checkbox"/> 管理栄養士の必要性を感じない（理由を自由記述： _____) | | |

21. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する（期待されている）役割について教えてください。（該当するものすべてを選択）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 患者の新たな課題やニーズを早期に把握 | <input type="checkbox"/> 日常の職種間の情報連携促進 |
| <input type="checkbox"/> ケアプランにおける共通した目標設定 | <input type="checkbox"/> 各専門職の専門用語への理解促進 |
| <input type="checkbox"/> 各専門職の業務フローへの理解促進 | <input type="checkbox"/> 職員の職務満足度向上 |
| <input type="checkbox"/> ケアの充実（褥瘡・認知症・看取り・その他（具体的に： _____）） | |
| <input type="checkbox"/> 外部の関連者との連携促進 | <input type="checkbox"/> アウトカム向上（リハ・機能訓練・口腔・栄養・ADL/IADL） |
| <input type="checkbox"/> 疾患の増悪・再発予防 | <input type="checkbox"/> 肺炎の予防 |
| <input type="checkbox"/> 転倒の予防 | <input type="checkbox"/> 生きがい・食べる楽しみ等の QOL の向上 |
| <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 | |

22. 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する（期待されている）役割を果たすために必要と思うことは何ですか。（該当するものすべてを選択）

- 訪問栄養食事指導に従事する管理栄養士が増えること
- 管理栄養士の研修・教育体制の整備
- 管理栄養士の知識・技術の向上
- 他職種との信頼関係の構築
- 管理栄養士間の信頼関係の構築
- 退院支援部門の体制強化
- 事務手続きの効率化
- ICT・オンラインの活用
- 移動手段の確保
- 診療報酬・介護報酬の算定対象の拡大
- その他（ _____ ）

23. 貴都道府県栄養士会栄養CSにおける管理栄養士の登録者を増員するために行っていることを教えてください。（該当するものすべてを選択）

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 広報誌等へのちらし封入 | <input type="checkbox"/> ホームページに掲載 |
| <input type="checkbox"/> Instagram 等の SNS に掲載 | <input type="checkbox"/> 研修会 |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | <input type="checkbox"/> 行っていない |

24. 医療・福祉分野で管理栄養士として勤務経験のある者（妊娠・出産による退職者、定年退職者等）の雇用に向けての取り組みを実施していますか。（該当するもの1つを選択）

資料4 都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション調査票

- 実施している 実施していない

25. 訪問栄養食事指導を担当する管理栄養士への経験年数に合わせた教育・研修の内容を教えてください。(該当するものすべてを選択)

- 疾病に関する知識 コミュニケーションスキル
症例検討 訪問診療・訪問看護・訪問リハビリ等に同行する実務研修
管理栄養士に同行する実務研修 その他()
経験年数に合わせた教育・研修は行っていない

26. 訪問栄養食事指導を実施している管理栄養士が、支援方法・支援内容等に関して、相談できる相手を教えてください(対面のほか、メール、電話も含む)。(該当するものすべてを選択)

- 医療機関の栄養部門 介護保険施設の栄養部門
都道府県栄養士会 知り合いの管理栄養士
管理栄養士の養成施設 栄養関係学会
その他() ない

27. 訪問栄養食事指導において、管理栄養士と連携・協働が必要と考える職種を教えてください。(該当するものすべてを選択)

- 医師 歯科医師 薬剤師 看護師
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 歯科衛生士
社会福祉士 介護支援専門員 訪問介護員 その他()

28. 地域における訪問栄養食事指導の取組みに関する周知活動の対象施設・機関・団体を教えてください。(該当するものすべてを選択) ※該当がない場合は、「行っていない」を選択してください。

- 医師会 歯科医師会 薬剤師会 他の病院・診療所
訪問看護ステーション 介護支援事業所 地域包括支援センター 患者・介護者
その他() 行っていない

29. 貴都道府県栄養士会栄養CSによる訪問栄養食事指導の実施について、県内の医療機関等への周知内容を教えてください。

- ・周知内容(自由記述:)
周知していない

【今後の調査協力をお願い】

2024年度または2025年度に、在宅訪問栄養食事指導等を先進的に行っている調査対象施設に対し、連携の体制、連携の拠点、多職種による栄養介入の例等についてインタビュー調査(WEB または対面)を予定しています。ご協力いただけるでしょうか。

- 協力できる 協力は難しい

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

多職種および多施設と連携した訪問栄養食事指導等による 栄養管理体制の構造化に向けたインタビュー調査

研究分担者 西井 穂 神戸女子大学家政学部 講師
研究分担者 梶井 文子 東京慈恵会医科大学 教授
研究分担者 加藤 昌彦 相山女学園大学 教授
研究分担者 古賀 奈保子 医療法人社団いばらき会 管理栄養士
研究分担者 田中 和美 神奈川県立保健福祉大学 教授
研究分担者 友藤 孝明 朝日大学 教授
研究協力者 杉山 みち子 日本健康・栄養システム学会 専務理事

研究要旨

本研究は、適切な訪問栄養食事指導等を提供する体制整備を進めるために、2 年間継続研究の 1 年目は、多職種で構成した研究分担者の協議により、半構造化インタビュー実施に向けたインタビューガイドを作成した。インタビューガイドは、好事例の聴取から、多職種連携を踏まえた訪問栄養食事指導等のプロセスと体制および取組の状況の論点整理を行う。インタビュー対象施設は、先に実施した訪問栄養食事指導等の実態調査で、インタビュー調査への協力が可能との回答を得た施設から、訪問栄養食事指導の実績、多施設および多職種との先進的な連携状況等の選択条件により、在宅療養支援病院 8 施設、在宅療養支援診療所 9 施設、在宅療養支援歯科診療所 5 施設、都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション 5 施設と令和 5 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)事業において先進的な取組として紹介されている 14 施設を含めた合計 41 施設を抽出した。令和 7 年度は、入院医療から在宅療養へ円滑に移行するための適切な栄養管理のプロセス、多職種連携の体制づくり等を明確にすることを目的に、令和 7 年 5 月から令和 7 年 11 月の期間に訪問栄養食事指導等を実施する関係職種を対象にインタビュー調査を実施する。

A. 背景と目的

高齢化の進展に伴い、疾病や障害を抱えながら地域で生活を送る者が増加することが予想される。在宅療養において、食べる楽しみの支援、生活の質の改善・維持、低栄養状態の悪化防止や感染症予防のためにも、栄養管理は極めて重要である。管理栄養士が地域における在宅療養者の

栄養管理を支援する制度として、在宅患者訪問栄養食事指導(医療保険)および居宅療養管理指導(介護保険)があるが、これらの算定件数は低調である。第 8 次医療計画¹⁾において、在宅療養患者の状態に応じた適切な栄養管理を充実させるためには、多職種や多施設の連携、在宅療養支援病院、都道府県栄養士会栄養ケ

ア・ステーション(以下、栄養 CS と略す)等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が求められている。

医療機関から在宅療養への移行には、様々なパターンがあり、栄養管理を担う管理栄養士は、病院、診療所等の医療機関、歯科診療所、介護保険施設、都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション等が雇用しているが、人的資源を有効に活用しているとは言い難い。地域によって、資源に差異があり、連携の拠点についても地域それぞれの特性がある。

そこで2年間継続研究の1年目は、入院医療から在宅療養へ円滑に移行するための適切な栄養管理のプロセスと体制および取組の状況の論点整理を行うことを目的とし、令和7年度からのインタビューの開始に向け、訪問栄養食事指導等の関係職種を対象としたインタビューガイドの作成と調査対象施設の選定を行った。

B. 方法

1. インタビュー対象施設およびインタビュー対象者の選定

令和6年度、本研究班で実施した訪問栄養食事指導等の実態調査(日本健康・栄養システム学会倫理審査委員会承認、承認番号2024B、令和6年10月9日)において、調査票を回収した在宅療養支援病院134施設、在宅療養支援診療所362施設、在宅療養支援歯科診療所182施設、栄養CS32施設、一般社団法人日本在宅ケア・アライアンスの会員施設8施設のうち、インタビュー調査への協力が可能との回答が得られたのは、在宅療養支援病院21施設、在宅療養支援診療所50施設、在宅療

養支援歯科診療所30施設、栄養CS11施設であった。これらの施設より、訪問栄養食事指導等の実績、多施設および多職種との先進的な連携状況を選択条件として、在宅療養支援病院8施設、在宅療養支援診療所9施設、在宅療養支援歯科診療所5施設、栄養CS5施設の計27施設を抽出した。さらに、令和5年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)事業「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業(日本健康・栄養システム学会)」における「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の『一体的取組』のための手引書」内の資料として掲載されている「訪問サービスにおける事例集」²⁾の執筆協力施設である14施設を加え、合計41施設の管理者、管理栄養士、および関係職種等をインタビュー対象とした。

2. 調査方法

インタビューは、インタビューガイドを用いた半構造化インタビューとし、WEB方式により、主インタビューアールと副インタビューアールの2名で実施する。対象施設のインタビュー対象者に対し、倫理的配慮に関する事前の説明と研究協力の同意の確認後に、インタビューガイドに沿ったインタビューを実施し、録音する。インタビュー終了後、個人情報保護管理規定に基づいて逐語録から概要表を作成する。インタビュー時間は、1回約60分間を予定している。なお、インタビュー内容の標準化に向け、担当するインタビューアールに対し、事前に説明会を行う。

調査期間は、令和7年5月から令和7年

11 月末までとする。

3. インタビューガイドの作成

インタビューガイドは、多職種で構成した研究分担者で協議し作成した。

インタビュー内容は、好事例の聴取から、多職種連携を踏まえた訪問栄養食事指導等のプロセスと体制および取組の状況を、以下の①から⑤の順に聴取する。

①訪問栄養食事指導の好事例について

- ・どのような患者像で指導のゴールは何だったのか。
- ・上記のゴールに達するためにどのようなことをしてきたのか。
- ・患者像、プロセス(指示書が出るまでの経緯、指示内容、ゴール設定、栄養ケアの内容・訪問頻度等)、アウトカム(効果判定はどのようにしたか等)について。
- ・好事例において、特に訪問栄養食事指導の効果がより期待できる(患者や介護者の QOL 向上に貢献できる、ニーズがある等)栄養問題や疾患があるか。

②好事例における多職種(医師、歯科医師、看護師、リハビリテーション専門職等)との連携について

- ・どの専門職との連携か、各専門職の役割(例:介護職が最初のスクリーニングをし、医師に情報を繋ぐ。看護職がアセスメントした情報を多職種に繋ぐのか)。
- ・どの専門職の介入や協働があるとさらによかったか。

③訪問栄養食事指導の取り組みが困難であった具体的な状況と解決方法について

④管理栄養士不在の診療所や在宅療養支援病院から栄養 CS へ繋げる方法について(栄養 CS を対象とした質問)

- ・管理栄養士が不在である診療所や病院から栄養 CS へ繋げる仕組みがあるか(例:地域の管理栄養士が、診療所を訪問する仕組みがある)。
- ・訪問栄養食事指導を担う管理栄養士の能力・行動特性について、どのようなことが必要か。
- ・今後、訪問栄養食事指導をさらに拡大するための体制や取組に対しては、どのようなことが必要と考えるか。

⑤訪問栄養食事指導の制度に対する課題・要望について

4. 倫理的配慮について

本研究は、日本健康・栄養システム学会倫理審査委員会の承認を得ている(承認番号 2025A1、令和 7 年 2 月 6 日承認 変更届 令和 7 年 4 月 16 日承認)。

C. 結果

インタビューガイドの詳細は表に示した。インタビュー対象施設は、41 施設とし、インタビュー調査への研究協力の同意取得に向けて、研究説明書、研究同意書、研究撤回書等の書類送付の準備中である。

D. 考察

本研究は、病院退院後または介護保険施設退所後の在宅療養における栄養管理について、管理栄養士を人的資源として雇用している病院、診療所等の医療機関、歯科診療所、介護保険施設、都道府県栄

養士会栄養ケア・ステーションの多施設で実施されている訪問栄養食事指導等の好事例の聴取から栄養管理に至るまでのプロセスと体制を整理していく。特に医師から指示書が出るまでの経緯、指示内容、ゴール設定、栄養ケアの内容および訪問頻度等のプロセスと多職種連携や各職種の役割は、在宅での栄養ケア・マネジメントを推進していくうえで重要な項目である。管理栄養士不在の診療所から栄養 CS に繋げる仕組み、また受け入れ側である栄養 CS の体制も明らかにしておく計画である。さらに、地域により、多職種連携の拠点は異なると考えられ、連携の特色や効果、中心的な役割を担う職種や施設等についても、洗い出しが必要である。

本インタビュー調査を通じて、医療機関から在宅療養へ円滑に移行するための適切な栄養管理のプロセスと体制および取組状況の論点整理を行い、在宅における栄養管理体制の構造化を目指していく。

E. 結論

本研究は、在宅療養者に対して、適切な訪問栄養食事指導等を提供できる栄養管理体制の構造化を目指し、インタビュー調査実施に向けたインタビューガイドの作成とインタビュー対象施設の選定を行った。

F. 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

該当なし

I. 参考文献

1) 厚生労働省 医療計画関連通知 第8次医療計画「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(医政地発0629第3号)

<https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf>(令和7年4月13日閲覧)

2) 日本健康・栄養システム学会 令和5年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業 <https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2024/05/r5-25-zentai.pdf> (令和7年3月31日閲覧)

表 インタビューガイド

<p>【1】 インタビュアーの挨拶</p>	<p>本日はお忙しいなかご協力を頂きまして誠に有難うございます。私は、インタビュアーの〇〇〇です。 (必要に応じて、副インタビュアーの〇〇〇です)。 どうぞよろしくお願ひ致します。</p>
<p>【2】 協力施設の管理栄養士等の確認</p>	<p>はじめに、本日のご協力者についてご確認をさせて頂きます。お送り頂いている名簿を読み上げさせていただきますので、お返事をお願ひ致します。 管理栄養士のA様、〇〇のB様・・・と読み上げて、欠席や追加で参加される方はいらっしゃいますかと確認をしてください。 (インタビュアーは、資料2「承諾書」のインタビュアー協力者欄を確認し、欠席者または追加者の氏名を追記してください。)</p>
<p>【3】 目的の説明</p>	<p>まず、本インタビューの目的は、お手元の依頼書のとおりです。目的の部分を読み上げさせていただきます。</p>
<p>【4】 倫理的配慮</p>	<p>本インタビューは、訪問栄養食事指導等の体制や取組に関する内容です。研究倫理審査の承諾を得たものです。録画をとらせて頂いておりますが、録音から逐語録が作成された段階で録画データは消去させていただきます。逐語録から概要書を作成してお送り致しますので、この段階でご確認ご修正をお願ひ致します。なお、すでに承諾書を頂いておりますが、インタビュー後から令和7年11月末までは撤回をすることができますので、その場合にはお知らせください。</p>
<p>【5】 インタビュー実施</p>	<p>インタビューを始めさせていただきます。 ●いつ、どこで、だれが（職種でお話してください）、なにを、なぜ、どのようにと、できるだけ具体的にお話してください。</p>

●重点的にヒアリングをする事項について

それでは、最初の質問です。

1. 訪問栄養食事指導にて、非常に上手くいった事例についてお聞きします。

- ・どのような患者像で指導のゴールは何だったでしょうか？
- ・上記のゴールに達するためにどのようなことをされてきましたか？自由にお話してください。

患者像、プロセス（指示書が出るまでの経緯、指示内容、ゴール設定、栄養ケアの内容・訪問頻度等）、アウトカム（効果判定はどのようにしたか等）をお話してください。

- ・好事例を上げていただきましたが、特に訪問栄養食事指導の効果がより期待できる（患者や介護者のQOL向上に貢献できる、ニーズがある等）栄養問題や疾患があると感じますか？

2. 先ほどの好事例について、多職種（医師、歯科医師、看護師、リハビリテーション専門職等）との連携について掘り下げてお聞きします。

- ・（あらためてお聞きしますが）どの専門職と連携されましたか？
- ・各専門職の役割を教えてください。

（例：介護職が最初のスクリーニングを行い、医師に情報を繋ぐ。看護職がアセスメントした情報を多職種に繋げる。）

- ・今回は上手くいったということですが、どのような専門職の介入や協働があるとさらによかったと思いますか。

3. 訪問栄養食事指導の取り組みが困難であった具体的な状況とその解決方法についてお聞かせください。

- ・どのようなことが問題でしたか。お困りになった場面がございましたら、そのことについて教えてください。

<p>●最後に</p>	<p>4. (調査対象が栄養ケア・ステーションの場合、お聞きします) 管理栄養士不在の診療所や在宅療養支援病院から栄養ケア・ステーションへつなげる方法について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士が不在である診療所や病院から栄養ケア・ステーションへつなげる方法や仕組みがありましたら、ご意見を具体的にお話してください。 (例：地域の管理栄養士が、診療所を訪問する仕組みがある。) ・訪問栄養食事指導を担う管理栄養士の能力・行動特性について、どのようなことが必要でしょうか。 ・今後、訪問栄養食事指導をさらに拡大するための体制や取組に対しては、どのようなことが必要とお考えですか。 <p>5.制度に対する課題・要望について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問栄養食事指導の制度に対する課題・要望をご自由にお話してください。 ・なぜ、貴施設では訪問栄養食事指導を先進的に推進できているのでしょうか？ ・なぜ、訪問栄養食事指導は全国的に推進されないのでしょうか？ ・この状況を改善するにはどのようにしたらよいかなど(戦略等)ご提案いただけますか。 ・制度において、何か問題や、さらなる充実が必要とされるところがございますか？もしあれば、どのようなことでしょうか？ <p>それでは、本日は本当に貴重なお時間を頂戴しまして有難うございました。本日の協力について撤回されたいときにはお送りした撤回書を事務局にメールあるいは郵送によりお送りください。直ちに全データや資料を削除し復元できないように処分します。令和7年11月以降は、報告書作成を始めますので削除は困難となります。また、逐語録から作成し</p>
-------------	---

	<p>た概要表についてのご確認ご修正を依頼させていただきます。尚、メールでお問い合わせする場合がありますので、その際は、どうぞよろしくお願いたします。ありがとうございました。</p>
--	---

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
田中 和美	認知症に対応したミールラウンド	杉山 みち子	栄養ケア・マネジメントの実装2024年報酬改定版	日本ヘルスケアテクノロジー株式会社	東京都	2024	64-65
田中 和美	第4編 第11章 第1節「栄養と食生活」	介護支援専門員テキスト編集委員会	10訂 介護支援専門員基本テキスト 下巻	中央法規出版株式会社	東京都	2024	359-375
田中 和美	第3章 日本の健康・栄養政策 3.1 公衆栄養の施策と法規	株) 講談社サイエンディフィク	公衆栄養学概論第3版	講談社	東京都	2025	48-65

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Ichikawa Y, Kikutani T, Sumi M, Iwata H, Takahashi N, Tohara T, Ozeki M, Tamamura F.	Intramuscular condition of swallowing-related muscles using shear-wave elastography: A preliminary study in healthy adults.	J Oral Rehabilitation	51(11)	2405-2414.	2024
Tanaka K, Kikutani T, Takahashi N, Tohara T, Furuya H, Ichikawa Y, Komagata Y, Mizukoshi A, Ozeki M, Tamamura F, Tominaga T.	A prospective cohort study on factors related to dental care and continuation of care for older adults receiving home medical care.	Odontology.	113(2)	776-787.	2024
Tanaka Y, Matsuyama M, Tamura F, Mizukami M, Tanaka K, Kikutani T.	Factors involved in picky eating in children with disabilities visiting outpatient clinics to receive feeding therapy.	Spec Care Dentist.	44(6)	1671-1679.	2024

Tanaka K, Tominaga T, Kikutani T, Sakuda T, Tomida H, Tanaka Y, Mizukoshi A, Ichikawa Y, Ozeki M, Takahashi N, Tamura F.	Oral status of older adults receiving home medical care: A cross-sectional study.	Geriatr Gerontol Int.	Jul;24(7)	706-714.	2024
Watanabe D, Yoshida T, Watanabe Y, Yokoyama K, Yamada Y, Kikutani T, Yoshida M, Miyachi M, Kimura M.	Oral frailty is associated with mortality independently of physical and psychological frailty among older adults.	Exp Gerontol.	15;191:1124-46.	15;191:1124-46.	2024
Okubo M, Morishita M, Odani T, Sakaguchi H, Kikutani T, Kobayashi S.	The importance of taste on swallowing function.	Front Nutr.	7;11	1356165.	2024
Takahashi I, Kodama M, Machida R, Tohara T, Tamamura F.	Factors associated with the maintenance of food texture for dependent older people with dysphagia living in nursing home - A retrospective cohort study.	Spec Care Dentist.	May-Jun;44(3).	886-892.	2024
Tanaka K, Kikutani T, Tamura F, Sato S, Komagata Y, Shibasaki I, Tomioka K, Ichikawa Y, Shiobara Y, Satoh T, Tohara	Problems experienced when swallowing solid oral dosage forms in older Japanese patients with dysphagia: A cross-sectional study.	Spec Care Dentist.	44(1)4	214-220.	2024
Iwai K, Azuma T, Yonenaga T, Sasai Y, Watanabe K, Obora A, Deguchi F, Kojima T, Tomofuji T	Association between failed eradication of 7-day triple therapy for Helicobacter pylori and untreated dental caries in Japanese adults.	Scientific Reports	14	4043	2024
Iwai K, Azuma T, Yonenaga T, Sasai Y, Nomura T, Sugiura I, Inagawa Y, Matsumoto Y, Nakashima S, Abe Y, Tomofuji T	Longitudinal association of oral function and dementia in Japanese elderly people.	Scientific Reports	14	5858	2024

Iwai K, Azuma T, Yonenaga T, Sasai Y, Komatsu Y, Tabata K, Nomura T, Sugiuwara I, Inagawa Y, Matsumoto Y, Nakashima S, Abe Y, Tomofuji T	Predictive factors associated with future decline in swallowing function among Japanese older people aged ≥ 75 years.	International Journal of Environmental Research and Public Health	21	674	2024
Yamazaki R, Iwai K, Azuma T, Yonenaga T, Sasai Y, Watanabe K, Obora A, Deguchi F, Kojima T, Tome W, Kitai N, Tomofuji T	Association between poor chewing status and increased waist circumference: A one-year longitudinal study.	Healthcare (Basel)	12	1341	2024
Iwai K, Azuma T, Yonenaga T, Sasai Y, Komatsu Y, Tabata K, Nomura T, Sugiuwara I, Inagawa Y, Matsumoto Y, Nakashima S, Abe Y, Tomofuji T	Relationship between swallowing function and serum albumin level in Japanese elderly people aged ≥ 75 years.	Healthcare (Basel)	21	674	2024
田中 和美	栄養ケア・マネジメントの実践 高齢者のQOLを支える「栄養」	地域ケアリンク	26(8)	6-11	2024
西井穂, 榎裕美, 高田健人, 苅部康子, 谷中景子, 堤亮介, 新井英一, 宇田淳, 大田圭要, 大原里子, 梶井文子, 加藤昌彦, 古賀奈保子, 田中和美, 遠又靖丈, 長谷川未帆子, 小山秀夫, 杉山みち子, 三浦公嗣	通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関するインタビュー調査 口腔・栄養関連サービスの取組を実践する事業所の特徴	日本健康・栄養システム学会誌	23(2)	9-19	2024
須永美幸, 藤谷朝実, 矢野目英樹, 榎裕美, 合田敏尚, 西連地利己, 高田和子, 田中和美, 堤ちはる, 早瀬仁美, 深柄和彦, 杉山みち子, 小山秀夫, 加藤昌彦, 三浦公嗣.	栄養ケア・マネジメントのための人材育成に関する研究・臨床栄養師研修の質の改善のためのアンケート調査及びインタビュー調査	日本健康・栄養システム学会誌	24(1)	69	2024

令和7年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 一般社団法人日本健康・栄養システム学会

所属研究機関長 職名 代表理事

氏名 三浦 公嗣

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた課題探索のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 一般社団法人 日本健康・栄養システム学会 理事
(氏名・フリガナ) 榎 裕美 (エノキ ヒロミ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 東京慈恵会医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 松藤 千弥

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた課題探索のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 看護学科・教授
(氏名・フリガナ) 梶井 文子・カジイ フミコ
- 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 相山女学園大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 黒田 由彦

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた課題探索のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 相山女学園大学生生活科学部 教授
(氏名・フリガナ) 加藤 昌彦 (カトウ マサヒコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一般社団法人日本健康・栄養システム学会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2025年4月3日

厚生労働大臣 殿

機関名 日本歯科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 藤井 一維

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた課題探索のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 生命歯学部・教授
(氏名・フリガナ) 菊谷 武・キクタニタケシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 医療法人社団いばらき会

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 照沼 秀也



次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた課題探索のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療法人社団いばらき会 管理栄養士
(氏名・フリガナ) 古賀奈保子・コガナホコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一般社団法人日本健康・栄養システム学会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 東京農業大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 江口 文陽

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた課題探索のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 応用生物科学部 栄養科学科・教授
(氏名・フリガナ) 高田 和子 (タカタ カズコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一般社団法人日本健康・栄養システム学会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名 称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 十文字学園女子大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 安達 一寿

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた課題探索のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 人間生活学部 食物栄養学科
(氏名・フリガナ) 高田健人 (タカダケント)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一般社団法人日本健康・栄養システム学会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年 4 月 1 日

厚生労働大臣 殿

公立大学法人
機関名 神奈川県立保健福祉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 村上 明美

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた課題探索のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 保健福祉学部 栄養学科・教授
(氏名・フリガナ) 田中 和美 ・ タナカ カズミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一般社団法人日本健康・栄養システム学会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

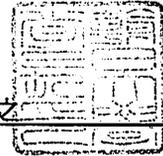
2025年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 朝日大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 大友 克之



次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた課題探索のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 歯学部・教授

(氏名・フリガナ) 友藤 孝明・トモフジ タカアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一般社団法人日本健康・栄養システム学会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 神戸女子大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 栗原 伸公



次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた課題探索のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 家政学部管理栄養士養成課程 講師
(氏名・フリガナ) 西井 穂 (ニシイ ミズホ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一般社団法人日本健康・栄養システム学会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2025年3月25日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京科学大学

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 大竹 尚登

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた課題探索のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 東京科学大学大学院 地域・福祉口腔機能管理学分野・教授
(氏名・フリガナ) 松尾浩一郎・マツオコウイチロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	一般社団法人日本健康・栄養システム学会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 鳥羽 研二

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた課題探索のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム・研究員
(氏名・フリガナ) 本川佳子・モトカワケイコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一般社団法人日本健康・栄養システム学会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。