

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7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 榎 裕美

令和8（2026）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

(資料)

表1 インタビュー実施施設

資料1 『在宅医療における栄養管理 実践ガイド

—退院から看取りまでをつなぐ多職種連携推進—』

資料2 【都道府県名】医療計画：在宅医療における栄養管理の推進

(テンプレート)

II. 分担研究報告

1. 在宅療養者・独居高齢者等を対象とした地域の配食サービスの実態	15
---	----

榎 裕美、三浦 公嗣、加藤 昌彦、高田 和子、杉山 みち子

2. 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	20
---	----

西井 穂、梶井 文子、加藤 昌彦、古賀 奈保子、田中 和美、友藤 孝明、

上野 俊、杉山 みち子、谷中 景子、馬場 正美、矢野目 英樹

(資料)

表1 インタビューガイド

表2 インタビュー実施施設

表3 好事例に関するインタビュー結果整理表

表4～26 インタビュー結果（在宅療養支援病院、その他医療機関）

表27～44 インタビュー結果（在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科
診療所）

表45～52 インタビュー結果（都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション）

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	112
---------------------------	-----

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

【背景と目的】在宅医療の需要増加に伴い、在宅療養者に対する栄養管理の重要性は一層高まっている。しかしながら、訪問栄養食事指導の実施体制は十分に整備されているとはいえず、配食等の食支援と医療における栄養管理との連携も十分に構築されていない。本研究は、在宅栄養管理体制の実態を把握し、包括的な栄養管理体制の構築に向けた手引書および政策的提言を作成することを目的とした。

【方法】①日本生活協同組合連合会等を対象とした配食サービスの実態を調査し、在宅療養者への食支援の現状と課題を整理した。②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、都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション等計 24 施設の管理栄養士および関係職種を対象としたインタビュー調査を実施し、多職種および多施設が連携した訪問栄養食事指導等の構造およびプロセスを明らかにした。さらに、これらの研究成果を踏まえ、③退院支援から在宅定着期、看取りに至るまでの一貫した栄養管理の実務的指針となる手引書の作成に向けた検討と、④二次医療圏域単位での管理栄養士の必要数の推計および確保目標の設定等、医療計画への反映を見据えた提言の整理を行った。

【結果】①本研究対象の事業者における配食・宅配サービスは、在宅療養者の食品へのアクセスや見守りを支える重要な地域資源であったが、栄養管理の視点や医療・介護との連携は十分ではなかった。②インタビュー調査では、多職種連携が機能している施設の好事例では、早期の栄養介入が行われ、体重増加、褥瘡の改善、経口摂取の維持・再開、再入院の回避、介護者負担の軽減等の臨床的に意義のある成果が報告された。一方、管理栄養士の役割に関する理解・周知の不足に加え、人材確保を促進する上で十分とはいえない報酬体系などが課題として挙げられた。③令和 6 年度実施の実態調査とインタビュー調査の結果を統合し実務指針となる手引書(概要版含む)を作成するとともに、④医療計画における二次医療圏域単位での管理栄養士の確保目標設定、連携拠点機能の強化等を示す提言とテンプレートを作成した。

【結論】本研究を通じて、退院支援から看取りまでをつなぐ実務的指針となる手引書および医療計画への反映を見据えた提言を作成した。今後は、食支援と医療の連携強化、多職種連携の推進および人材確保を通じて、地域特性に応じた包括的な在宅栄養管理体制の整備を進めることが求められる。

【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（相山女学園大学）
菊谷武（日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック）
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（兵庫県伊丹健康福祉事務所）
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

令和6年度の研究においては、訪問栄養食事指導の実施体制が十分に整備されていないこと、ならびに管理栄養士の人的資源の不足が、在宅療養者に対する適切な栄養管理の提供を阻害する主要な要因であることが明らかとなった。これらの課題は、医療提供体制の中での問題として整理されてきたが、在宅療養者の生活実態を踏まえると、栄養管理は医療のみならず、食材の確保や調理、介護負担といった生活基盤と密接に関連している。

実際、在宅療養者や独居高齢者においては、食材の入手困難や調理能力の低下、嚥下機能の低下などにより、適切な食事摂取が困難となる状況が多く認められる。このような状況に対し、配食サービスは、食品へのアクセスを支える重要な地域資源として機能している。また、訪問栄養食事指導においては、多職種連携のもとで早期に栄養課題を把握し介入することにより、臨床的に有効なアウトカムが得られることが示唆されているものの、その実施は地域や施設により大きく異なっている。

このような背景を踏まえ、本研究では在宅における栄養管理体制を「生活支援としての食」と「医療としての栄養管理」の両側面から捉え直し、配食サービスの実態および多職種連携に関するインタビュー調査を統合的に分析することにより、在宅栄養管理の構造的課題を明らかにすることを目的とした。さらに、令和6年度の実態調査を踏まえ、現場で活用可能な手引書の作成および医療計画への反映を見据えた提言を整理し、実装可能な体制整備の方向性を提示することを目指した。

B. 研究方法

①配食サービスの実態を把握するため、日本生活協同組合連合会および関連団体(以下、生協)による取り組みを対象とした質的調査を実施した。インタビュー対象者は在宅高齢者や買い物困難者に対する食支援活動を俯瞰的に把握できる立場にある関係者として、生協事業企画・デジタル推進本部職員2名および(一社)全国コープ福祉事業連帯機構職員1名に協力を得た。なお、対象地域は、事業拠点の全てとした。半構造化インタビューを実施し、在宅療養者に対する食支援の内容、利用者像、栄養への配慮、見守り機能、地域差、医療・介護との連携状況等について整理した。本調査は個人を特定する情報を収集するものではなく、調査対象者には調査の目的および研究利用について説明し、口頭で同意を得たうえで実施した。

②多職種および多施設が連携した訪問栄養食事指導の実態を明らかにするため、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、都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション等、計24施設の管理栄養士および関係職種を対象とした半構造化インタビュー調査を実施した。インタビューでは、栄養ケア・マネジメントの構造、介入の契機およびプロセス、実施内容、アウトカム、課題等について聴取し、逐語録をもとに分析を行った。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 2025A1、令和7年2月6日承認 変更届 令和7年4月16日承認)。

③令和6年度と令和7年度の調査結果を踏まえ、在宅医療における栄養管理の実践を

支援するための手引書の作成に向けた検討会委員会を設置した。手引書は、退院支援から在宅療養の定着期、看取りに至るまでの各段階における栄養管理の考え方と具体的手法を、多職種連携の視点から体系的に整理し、概要版の作成も視野に入れ検討した。

④令和6年度と令和7年度の研究成果を医療政策に反映させることを目的として、都道府県医療計画における在宅医療の枠組みの中で栄養管理を推進するための提言を整理した。提言では、地域の実情に応じた人材確保、多職種連携の推進、ICTを活用した情報共有体制の整備、数値目標の設定等について具体的な方向性を示した。

【研究班会議開催状況】

研究班全体会議

- 第1回班会議:令和7年5月13日
- 第2回班会議:令和7年11月20日
- 第3回班会議:令和8年2月20日

研究分担班の会議

- 実態調査報告、インタビュー調査打合せ:令和7年4月3日
- 第1回インタビュー班会議:令和7年5月13日
- 第2回インタビュー班会議:令和7年5月14日
- 令和7年度の研究実施に向けた打合せ(厚生労働省):令和7年6月2日
- 第1回提言および手引書作成に向けた検討委員会:令和7年6月14日
- 第2回提言および手引書作成に向けた検討委員会:令和7年7月2日
- 今後の研究の進め方について打合せ(厚生労働省):令和7年7月4日

- 現場向け手引書に関する意見交換(厚生労働省):令和7年10月30日
- 第3回提言および手引書作成に向けた検討委員会:令和7年11月5日
- 第4回提言および手引書作成に向けた検討委員会:令和7年11月27日
- 第5回提言および手引書作成に向けた検討委員会:令和8年3月23日

地域の食支援活動の実態把握

- 日本生活協同組合連合会(東京都)ヒアリング(対面):令和7年12月15日

C. 結果

①本研究対象の事業者における配食・宅配サービスは、在宅療養者や独居高齢者に対して食品へのアクセスを確保する基盤的役割を担っていることが確認された。特に、買い物困難者への食材供給や、配達時の見守り機能など、生活支援としての意義は大きい。一方で、配食は「1日1食」の補完的利用が中心であり、配食後の喫食状況や残食を体系的に把握する仕組みはなく、実際の栄養摂取状況を評価することが難しい状況であった。また、食形態や栄養内容に関する専門的判断が必要な場面においても、医療・介護専門職との連携は必ずしも体系化されていなかった。さらに、中山間地域等における配送コストや人材確保などの地域差があり、支援ニーズが利用につながらない「アンメットニーズ」の存在も課題として確認された。

②インタビューを実施した24施設の対象特性は表1の通りである。訪問栄養食事指導等に関するインタビュー調査の結果、訪問栄養食事指導等を促進する構造的要因として、医療機関・施設として、在宅療養におけ

る栄養ケア・マネジメントの必要性を共有し、その実施を組織的な取組として明確に位置づけることにより、管理栄養士が院外で活動できる体制が整備され、栄養ケア・マネジメントが体系的に実施されていることが確認された。入院早期から在宅療養を見据えた栄養評価が行われ、退院支援を契機として訪問栄養食事指導へと円滑に移行していた。また、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、医療ソーシャルワーカー、介護職、介護支援専門員等との日常的な情報共有が行われている場合、栄養課題の早期把握と適切な介入が可能となり、体重増加、褥瘡の治癒、経口摂取の維持・再開、再入院の回避、介護者負担の軽減といった臨床的に意義のある成果が確認された。

一方で、こうした取組が十分に展開されていない施設においては、いくつかの構造的課題が明らかとなった。第一に、訪問栄養食事指導の実施に必要な医師の指示書の発行に至らない事例がみられ、その背景として、制度に関する情報共有や連携体制の不足、多職種における制度内容・活用意義の理解不足等が挙げられた。第二に、報酬水準の制約や業務負担の問題から、管理栄養士が在宅分野に継続的に関与することが困難であり、人材確保および配置の問題が大きな制約となっていた。第三に、地域における連携ルートが明確でないことから、管理栄養士不在の医療機関から栄養ケア・ステーション等につなぐ連携ルートや役割分担が十分に明確化されていない状況が認められた。

③令和6年度に実施した実態調査と令和7年度に実施したインタビュー調査を踏まえ、

本研究では在宅栄養管理の実装に向けた具体的枠組みとして手引書を作成した(資料1)。本手引書では、退院支援、在宅療養の定着期、看取り期の各段階における栄養管理のプロセスを明確化するとともに、多職種連携の具体的方法、情報共有の手段、介入フロー、記録様式等を体系的に整理した。特に、管理栄養士が多職種の中で果たす役割を明確にし、医療機関から在宅への移行を起点とした切れ目のない栄養管理の実践モデルを提示した点に特徴がある。さらに、栄養管理に関わる多職種が、「誰が」「いつ」「何を確認し」「どこにつなぐか」を短時間で共有し、適切な連携を実践するための資料として手引書・概要版も作成した。

④さらに、これらの研究成果を政策的に展開するため、医療計画への反映を想定した提言を整理した(資料2)。その中では、在宅療養者の栄養管理ニーズの増加と地域差を踏まえ、二次医療圏域単位での管理栄養士の必要数の推計および確保目標の設定、多職種連携を推進するための拠点機能の強化、ICTを活用した情報共有体制の整備、ならびに退院支援、在宅療養の定着期、看取り期の各段階において、多職種が共通して確認すべき栄養リスク、介入・連携の時期、情報共有項目および評価・記録方法等の基本的な栄養介入を進めるための手順・プロセスを明確化する必要性を示した。

D. 考察

本研究により、在宅療養者に対する栄養管理体制の課題は、訪問栄養食事指導の実施率の低さや管理栄養士の不足といった個別要因に加え、退院時の施設間連携、口腔・摂食嚥下機能を含む情報共有、管理栄

養士等への連携ルートおよび役割分担が十分に整備されていないこと、さらに、配食等の生活支援で把握された栄養上の課題が医療・介護における栄養管理につながりにくいことが、相互に関連している可能性が示唆された。

配食サービスは、在宅療養者の食品へのアクセスを確保するという点において極めて重要な役割を担っており、特に独居高齢者や買い物困難者にとっては、日常生活を支える不可欠な基盤である。しかしながら、その機能は主として「食の供給」にとどまっており、喫食状況や栄養状態の評価、さらには医療・介護との連携による継続的な栄養管理には十分に接続されていない。このことは、在宅療養者の低栄養リスクが顕在化するまで介入が遅れる要因となり得る。今後は、複数事業者を対象とした実態を調査していく必要がある。

一方、インタビュー調査により明らかとなったように、本調査で把握した好事例では、多職種連携のもとで訪問栄養食事指導等が実施され、体重増加、褥瘡の改善、経口摂取量の維持・再開、再入院の回避等の臨床的に意義のある成果が報告された。すなわち、在宅における栄養管理は、適切なタイミングで介入されれば、在宅療養の継続および生活の質の維持・向上に寄与する可能性のある重要な支援であることが示唆された。

しかしながら、こうした介入が広く展開されていない背景には、複数の構造的課題が存在する。訪問栄養食事指導等の制度内容や管理栄養士が在宅で担う役割、栄養ケア・マネジメントの必要性について、多職種への周知が十分でないことに加え、指示書発行に至るまでの情報共有や連携体制が

十分に整備されていないことが、介入開始の遅れにつながっている可能性がある。また、人材確保を促進する上で十分とはいえない報酬体系、地域における連携ルートや役割分担が明確でないため、医療機関、栄養ケア・ステーション等の資源が十分に活用されていない等である。

これらの課題を踏まえると、在宅栄養管理の推進においては、個別の制度やサービスの改善に加え、それらを接続する「構造の再設計」が必要であると考えられる。具体的には、医師による包括的な医学的管理の下で栄養食事指導を実施する基本的枠組みを維持しつつ、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、医療ソーシャルワーカー、介護職、介護支援専門員、管理栄養士等が把握した栄養リスクを医師に円滑に情報提供できる仕組みや、指示書作成に係る事務的負担の軽減策を検討することなどが求められる。

本研究において作成した手引書は、このような構造を実務として実装するための具体的指針を示したものであり、退院支援から在宅定着期、看取り期に至るまでの一貫した栄養管理のプロセスを、多職種連携のもとで実践可能な形で提示している。また、提言においては、医療計画の枠組みの中で管理栄養士の必要数の考え方を明示し、地域単位での人材確保と体制整備を推進する必要性を示した。

さらに、今後の体制整備においては、ICTを活用した情報共有の仕組みが重要な役割を果たすと考えられる。在宅療養においては、患者の状態変化をリアルタイムで把握し、多職種間で迅速に共有することが、適切な栄養介入の実施に不可欠である。配食サ

ービスを含む地域資源も含めた情報共有基盤の整備は、在宅栄養管理の質を向上させるうえで重要な要素となる。

E. 結論

本研究では、在宅療養者に対する栄養管理体制の課題を明らかにした。退院支援から看取りまでをつなぐ実務的指針となる手引書を作成するとともに、医療計画への反映を見据えた提言を整理した。今後は、食支援と医療の連携強化、多職種連携の推進および人材確保を通じて、地域特性に応じた包括的な在宅栄養管理体制の整備を進める必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 大田圭要, 高田健人, 谷中景子, 榎裕美, 田中和美, 杉山みち子, 三浦公嗣, 遠又靖丈 他: 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントのプロセス指標の評価 2021 年度実態調査に基づく横断研究. 日本健康・栄養システム学会誌, 24(2): 1-11, 2025.
- 2) 榎裕美: 医療・介護連携・在宅サービスと一体的取組. 地域ケアリング, 27(8): 42-47, 2025.
- 3) 榎裕美: 歯科医療と栄養管理の統合的アプローチ ―高齢者の低栄養・フレイル予防に向けて―. 日本歯科医師会雑誌, 78(11): 20-29, 2026.
- 4) 榎裕美: フレイル予防における栄養の基盤的役割 ―日本人の食事摂取基準

- 2025 年版を踏まえて一. JOHNS, 42(7): 727-730, 2026.
- 5) Hiroyasu Furuya, Takeshi Kikutani, Yukie Ishiguro, Yuko Kuboyama, Keiko Motokawa, Yutaka Watanabe, Fumiyo Tamura. Interprofessional nutrition and dysphagia management for care-dependent older adults in day-care services: a non-randomized controlled trial. *Eur Geriatr.* 2026, in press.
 - 6) Hiroyasu Furuya, Takeshi Kikutani, Tomohito Sakazume, Yujiro Nakazawa, Kumi Tanaka, Yoko Kato, Yoko Ichikawa, Akari Hatano, Maiko Ozeki, Takashi Tohara, Noriaki Takahashi, Fumiyo Tamura. Risk Factors for Home Care Discontinuation Among Older People With Dysphagia: A Two-Year Retrospective Cohort Study. *J Oral Rehabil.* 52(9): 1360-1368, 2025.
 - 7) Hiroyasu Furuya, Takeshi Kikutani, Yuri Yokota, Maiko Ozeki, Fumiyo Tamura. Temporal relationship between malnutrition and oral function impairment in older adults with dysphagia: A cross-lagged panel model. *J Nutr Health Aging.* 29(7), 2025.
 - 8) 石田幸枝, 遠又靖丈, 田中和美: KDB システムより把握した健康状態不明者該当の有無とフレイルの関連 大和市の悉皆調査による横断研究. *日本公衆衛生雑誌*, 72(8): 521-529, 2025.
 - 9) 加藤昌彦, 田中和美, 矢野目英樹: 栄養ケア・マネジメントの実践強化のための組織戦略に関する調査研究-中間報告. *日本健康・栄養システム学会誌*, 25(1): 70, 2025.
 - 10) 長谷川未帆子, 長瀬香織, 田中和美: 低栄養に該当する後期高齢者に対する栄養介入の効果検証～栄養相談により体重維持・改善した者の行動変容の把握～. *栄養学雑誌*, 83(5): 253, 2025.
 - 11) Miyai H, Tomofuji T, Mizuno H, Morita M, Nakahara M, Kataoka K, Sumita I, Uchida Y, Toyama N, Yokoi A, Yamanaka-Kohno R, Takeuchi N, Maruyama T, Ekuni D. Effects of trehalose on halitosis: a randomized cross-over clinical trial. *Healthcare (Basel).* 13(6): 619, 2025.
 - 12) Sato S, Irie K, Mochida Y, Hirata T, Azuma T, Iwai K, Yonenaga T, Sasai Y, Tomofuji T, Kamata Y, Komaki M, Yamamoto T. Compatibility of salivary lactate dehydrogenase level using a test kit with the community periodontal index in Japanese adults. *Odontology.* 113(3): 1232-1238, 2025.
 - 13) Iwai K, Ekuni D, Azuma T, Yonenaga T, Tabata K, Toyama N, Kataoka K, Maruyama T, Tomofuji T. Association between chewing status and fatty liver in Japanese people aged ≥ 50 years: A cohort study. *Healthcare (Basel).* 13(12): 1399, 2025.
 - 14) Iwai K, Hiroshimaya T, Azuma T, Yonenaga T, Tabata K, Watanabe K, Deguchi F, Obora A, Kojima T, Tamaki N, Tomofuji T. Association between a body shape index (ABSI) and periodontal disease: a cross-sectional study. *Sci Rep.* 16(1): 1703, 2025.

- 15) 菅野義彦,佐藤由美,原純也,宮澤 靖,槇枝亮子,山口めぐみ,本川佳子,遠藤陽子,西岡心大,斎藤恵子: 病棟専従・専任管理栄養士の配置による患者・スタッフに対する影響と課題. 学会誌 JSPEN, 7: 9-15, 2025.

2. 学会発表

- 1) 榎裕美:在宅支援の実態と課題 管理栄養士に求められるもの 日本健康・栄養システム学会(東京),2025.7

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) 厚生労働省ホームページ 平成29年地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158814.html>(令和8年3月28日閲覧)
- 2) 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8年2月10日閲覧)
- 3) 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

8年 2月10日閲覧)

- 4) 野村総合研究所 令和6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 在宅医療・介護連携推進事業の有効的なあり方にかかる調査研究事業-報告書-
<https://www.nri.com/jp/knowledge/report/files/000045087.pdf>(令和8年2月10日閲覧)
- 5) 榎裕美ほか:在宅療養要介護高齢者における摂食・嚥下障害と栄養障害に関する調査研究 the KANAGAWA-AICHI Disabled Elderly Cohort (KAIDEC) study より 日本臨床栄養学会 36(2):124-130 (2014).

表1 インタビュー実施施設

No.	呼称	所在地	種別	法人	インタビュー対象職種	実施日	(診療報酬)在宅患者 訪問栄養食事指導料	(介護報酬)居宅療養 管理指導
1-1	A病院	神奈川県	在宅療養支援病院	社会福祉法人	管理栄養士	令和7年7月15日	○	○
1-2	B病院	長野県	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士	令和7年7月1日		○
1-3	C病院	愛知県	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士	令和7年6月19日	○	○
1-4	D病院	愛知県	在宅療養支援病院	社会福祉法人	管理栄養士	令和7年7月7日	○	○
1-5	E病院	京都府	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士	令和7年5月28日	○	○
1-6	F病院	大阪府	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士	令和7年6月16日		○
1-7	G病院	兵庫県	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士	令和7年6月11日		○
1-8	H病院	和歌山県	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士、看護師	令和7年7月8日	○	○
1-9	I病院	岡山県	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士	令和7年6月30日	○	○
1-10	J病院	福岡県	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士	令和7年6月17日		○
1-11	Kセンター	東京都	その他医療施設	医療法人	管理栄養士	令和7年7月15日	○	○
2-1	L診療所	茨城県	在宅療養支援診療所	医療法人	管理栄養士	令和7年6月16日	○	○
2-2	M診療所	茨城県	在宅療養支援診療所	医療法人	管理栄養士	令和7年6月24日	○	○
2-3	N診療所	愛知県	在宅療養支援診療所	医療法人	管理栄養士	令和7年6月24日	○	○
2-4	O診療所	愛知県	在宅療養支援診療所	医療生活 協同組合	管理栄養士	令和7年7月7日	○	○
2-5	P診療所	兵庫県	在宅療養支援診療所	医療法人	管理栄養士	令和7年6月11日	○	○
2-6	Q歯科診療所	宮城県	在宅療養支援歯科診療所	個人	管理栄養士	令和7年7月10日		
2-7	R歯科診療所	茨城県	在宅療養支援歯科診療所	医療法人	管理栄養士	令和7年6月27日	○	○
2-8	S歯科診療所	神奈川県	在宅療養支援歯科診療所	医療法人	管理栄養士	令和7年7月4日		○
2-9	T歯科診療所	三重県	在宅療養支援歯科診療所	医療法人	管理栄養士	令和7年7月8日		○
3-1	U栄養CS	-	栄養CS	公益社団法人	管理栄養士、事務局員	令和7年7月1日	○	○
3-2	V栄養CS	-	栄養CS	公益社団法人	管理栄養士	令和7年6月23日		○
3-3	W栄養CS	-	栄養CS	公益社団法人	管理栄養士	令和7年7月11日		○
3-4	X栄養CS	-	栄養CS	公益社団法人	管理栄養士	令和7年6月24日		○

資料1 『在宅医療における栄養管理 実践ガイド
—退院から看取りまでをつなぐ多職種連携推進—』

在宅医療における栄養管理 実践ガイド —退院支援から看取りまでをつなぐ多職種連携—

—令和7年度版—



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7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）

目次

第1章 作成にあたって

1. 在宅医療・介護の動向と栄養支援の重要性
2. 本マニュアルの目的
3. 対象と活用場面（病院・診療所・栄養ケア・ステーション・介護事業所）
4. マニュアルの構成と読み方

第2章 在宅医療の提供体制と管理栄養士の役割

1. 在宅医療の提供体制に求められる医療機能と栄養支援の位置づけ
2. 退院支援における管理栄養士の役割
3. 日常の療養支援における管理栄養士の役割と課題
4. 「人生の最終段階」・「看取り期」の栄養支援における倫理的配慮

第3章 訪問栄養食事指導の意義と実践

1. 訪問栄養食事指導の目的と対象
2. 栄養ケア・マネジメントに基づく訪問栄養食事指導の進め方
3. 訪問栄養食事指導の算定要件と制度的根拠
4. 指導計画書・記録書の作成例

第4章 栄養ケア・ステーションの位置づけと活用

1. 地域包括ケアにおける栄養ケア・ステーションの役割
2. 都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションと認定栄養ケア・ステーションの概要
3. 診療報酬・介護報酬等における関連制度と実務上の留意点
4. 栄養ケア・ステーションが果たす「地域のハブ」としての機能

第5章 在宅医療における多職種連携と栄養支援の実践

1. 連携の基本原則とチーム形成の流れ
2. 管理栄養士間の連携（病院－診療所・都道府県栄養士会など）
3. 医師との連携（診療方針と栄養評価共有）
4. 薬剤師との連携（栄養剤・薬物療法の調整）
5. 歯科医師・歯科衛生士との連携（口腔機能の評価・食事形態の調整）
6. 看護師・介護職との連携（食支援・生活支援）
7. リハビリテーション専門職との連携（ADL改善・嚥下訓練）
8. 医療ソーシャルワーカーとの連携（社会資源・制度支援）
9. 介護支援専門員との連携（ケアプランへの反映）
10. 情報共有の手段（ICT・カンファレンス・連絡帳等）
11. 連携を阻害する要因と改善の工夫

第6章 医療施設から在宅への移行支援の実際

1. 移行プロセスと退院支援の役割
2. 情報連携・初回訪問の流れ
3. 事例1：急性期病院から在宅への円滑な移行
4. 事例2：療養病床から在宅移行における課題と対応
5. 事例3：歯科・栄養連携を伴う在宅復帰支援

第7章 在宅定着期の多職種連携事例集

1. 好事例1 「回復モデル」
訪問栄養食事指導と訪問看護の協働ー嚥下障害高齢者に対する在宅定着支援ー
2. 好事例2 「生活機能の統合モデル」
ー経口移行を可能にしたリハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組ー
3. 好事例3 「生活再構築モデル」
低栄養状態にある独居在宅療養者への生活支援型栄養介入ー行動変容と生活再構築を軸とした在宅栄養支援ー
4. 好事例4 「人生支援モデル」
ALS 終末期における価値・意味を支える在宅栄養支援ー「食べたい」という願いを多職種で形にした実践ー

第8章 退院支援・日常の療養支援・看取りにおける介入フローとツール

1. 退院支援フロー（情報共有・指導計画・初回訪問）
2. 日常の療養支援フロー（定期訪問・評価・再計画）
3. 看取り期支援フロー（食の意思決定支援・家族支援）
4. 記録様式例
5. フロー運用上の課題と改善策

第9章 在宅医療における栄養管理体制構築の課題と解決のポイント

1. 在宅医療における栄養管理体制の基本的な考え方
2. 在宅における栄養管理体制の課題
3. 課題ごとの解決のポイントと具体的な実装方法
4. 体制整備の進め方（実務フロー）
5. 今後の展望

資料 2【都道府県名】医療計画：在宅医療における栄養管理の推進（テンプレート）

1. 現状と課題

【現状】

- **2040 年を見据えた高い栄養管理ニーズと地域差** 高齢者人口は 2040 年に向けて増加し、医療と介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上人口や独居高齢者が急増する。一方で、高齢化や人口減少のスピードには地域差があり、「大都市型」「地方都市型」「人口の少ない地域」といった地域ごとの需要の変化に応じた体制整備が求められている。
- **在宅療養における栄養課題と人材不足** 要介護高齢者の多くが栄養障害（リスクを含む）や摂食・嚥下障害を抱えており、在宅における栄養管理のニーズは高い。しかし、「在宅患者訪問栄養食事指導」等の算定回数は著しく少なく、訪問指導を行う体制を有する在宅療養支援病院・診療所は一部にとどまり、管理栄養士の配置が進んでいない。
- **退院から在宅療養への移行における課題** 病院から在宅への移行において、食事形態の調整や家族の介護負担などが在宅療養継続の障壁となりやすい。入院中から退院後の生活を見据え、食支援を含めた多職種連携による退院支援が不可欠である。
- **生活支援(地域の食支援)と医療の分断** 配食や宅配事業は在宅療養者の食を支える基盤であるが、実際の喫食状況や栄養摂取量の把握は十分ではなく、医療的な「栄養管理」の視点が必ずしも組み込まれていない実態がある。

【課題】

- **地域の実情に応じた人材確保と育成** 訪問栄養食事指導を担える管理栄養士が圧倒的に不足しており、常勤配置の促進と、地域（二次医療圏域や市町村単位）における計画的な人材育成が急務である。
- **多職種連携と ICT を活用した情報共有の不足** 在宅療養患者の低栄養状態への対応には、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション専門職等との連携が不可欠であるが、多職種間でのリアルタイムな情報共有ツール（ICT 等）の導入や運用ルールの一貫が不十分である。
- **「退院支援」「日常の療養」「看取り」の各フェーズにおける栄養介入の遅れ** 制度や管理栄養士の役割に対する理解不足から、必要な患者への介入が遅れるケースがある。適切な時期に栄養的介入を行うための、多職種間での共通の価値基準の構築が必要である。

2. 推進方策

- **医療機関等における体制整備と役割強化** 在宅医療において積極的役割を担う医療機関（在宅療養支援病院等）において、入院初期からの退院困難者のスクリーニングや、退院後の訪問栄養食事指導を行う体制整備を推進する。また、地域の医療機関や介護保険施設等と連携し、訪問栄養食事指導体制の強化を図る。
- **管理栄養士の確保と二次医療圏域ごとの推計** 専従の管理栄養士 1 人あたりの訪問対応人数（平均約 2 人（件）/日）等の実態に基づき、二次医療圏域（または市町村単位）ごとに栄養管理が必要な患者数を推計し、地域の実態に応じた管理栄養士の確保を推進する。
- **「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を通じた多職種連携** 地域における在宅医療の提供体制に関する協議の場として「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を活用し、医療・介護・障害福祉関係者が参画する「顔の見える関係」を構築し、多職種協働による包括的な在宅医療提供体制を推進する。

- **地域類型に応じた柔軟なサービス提供体制の構築** 人口の少ない地域では、既存資源の有効活用や事業者間の連携・協働化によるサービスの維持を図る。大都市部では急増する需要に対応するため、民間の活力や ICT 技術を活用した効率的なサービス基盤を整備する。

3. 数値目標(設定例)

事後に定量的な比較評価を行えるよう、二次医療圏域（または市町村単位）ごとに、地域資源の特性に見合った訪問栄養食事指導等の推進方針と、それを支える管理栄養士の確保目標数を明示する。

(1) 訪問栄養食事指導等を担う管理栄養士の確保目標の算出ステップ

1. **対象者数の推計:** 地域の要介護（要支援）認定者数に対し、低栄養またはそのリスクがある者の割合（50～70%）※を乗じ、適切な栄養管理が必要な対象者数を推計する。 ※榎裕美ほか：日本臨床栄養学会 36（2）：124-130（2014）
2. **年間訪問対応件数の算出:** 全ての対象者に対し、例えば「月 2 回」の訪問指導を行うと仮定し、圏域全体で必要な年間対応件数を算出する。
3. **管理栄養士の必要数の算出:** 専従の管理栄養士 1 人が 1 日に対応できる平均訪問数（約 2 人）に基づき、1 人あたりの年間対応件数を「480 件（1 日 2 件×週 5 日×4 週×12 ヶ月）」と設定する。圏域全体の年間訪問対応件数をこの 480 件で除することで、必要な管理栄養士の規模感を算出する。

なお、上記により算出する人数は、地域における潜在的な栄養管理ニーズに対応するための必要規模を検討する際の参考値であり、計画期間中に確保すべき目標数と必ずしも一致するものではない。確保目標は、最終的な目標達成時期を設定したうえで、基準年における常勤換算の管理栄養士数、訪問栄養食事指導等の実施状況、計画期間中の採用・育成・配置転換の見込み、ならびに栄養ケア・ステーション等との連携により確保可能な体制を踏まえて、段階的に設定する。

(2) 各圏域別の目標設定フォーマット【〇〇二次医療圏】

- **訪問栄養食事指導を担う管理栄養士の確保数**
現状値：〇〇人（令和 X 年） ⇒ 目標値：〇〇人（令和 Y 年）
- **在宅患者訪問栄養食事指導(医療保険)を実施している診療所・病院数**
現状値：〇〇箇所（令和 X 年） ⇒ 目標値：〇〇箇所（令和 Y 年）
- **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数**
現状値：〇〇箇所（令和 X 年） ⇒ 目標値：〇〇箇所（令和 Y 年）

在宅療養者・独居高齢者等を対象とした地域の配食サービスの実態

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 高田 和子 東洋大学 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

我が国では高齢化の進展に伴い、在宅療養者や独居高齢者が増加し、食材の確保や調理の困難化が顕在化している。地域包括ケアシステムの構築が進む中で、在宅療養者の「食」を支える仕組みは一定の整理が進んでいるものの、食材の確保を含めた栄養管理や食支援の体制には課題が残る。本研究は、日本生活協同組合連合会による配食サービスに着目し、在宅療養者・独居高齢者等を対象とした地域の食支援の実態と課題を明らかにすることを目的として、関連職員 3 名への半構造化インタビューを実施した。

本研究対象の事業者における配食・宅配サービスは、食材・食事の安定供給と見守りを通じて在宅生活を下支えする重要な地域資源であることが示された。一方で、配食は「1 日 1 食」の補完的利用が中心であり、喫食状況や栄養摂取量の把握、食形態の適切性の評価といった栄養管理の視点は十分に組み込まれていなかった。また、提供形態や事業規模には地域差が大きく、中山間地域や豪雪地域では配送コストや人材確保が大きな制約となっていた。さらに、食材確保に関する支援ニーズが存在するにもかかわらず、制度や情報不足により利用につながらない「アンメットニーズ」が潜在していた。

配食サービスは医療・介護では代替しにくい生活基盤として機能する一方、在宅の栄養管理を地域全体で支える仕組みが未整備であることが課題である。在宅療養者の「食」を中心とした生活支援が強化され、地域包括ケアシステムの中で栄養管理を含む包括的な支援体制が発展することが期待される。

A. 背景と目的

我が国では高齢化の進展に伴い、在宅療養者や独居高齢者が増加している。こうした状況を踏まえ、医療・介護、住まい、生活支援等を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築が進められており、その中で医療・介護提供体制の充実が図られ

ている。可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を継続できることが求められる一方で、在宅療養者の日常生活を支える食支援の体制については、一定の整理が進んでいるものの¹⁾、なお課題が残る。

独居高齢者あるいは老々世帯においては、食材の入手や調理が困難な状況に置

かれることが想定される。特に人口の少ない地域では、商店の減少や交通手段の制約により、食材そのものの確保が難しい状況が生じている。さらに、生産年齢層を含む主介護者にとっても、調理、とりわけ嚥下困難な療養者に向けた特別な食事の準備は大きな負担となることが、これまでの研究においても明らかにされている²⁾。こうした背景から、在宅療養者の食事量の低下や栄養バランスの偏りを通じて、低栄養やフレイルの進行につながるリスクが指摘されている³⁾。しかし、在宅では医療職が日常的に食事場면을把握することが難しく、低栄養リスクが顕在化しにくいという構造的課題がある。

一方、日本生活協同組合連合会(以下、生協)をはじめとする宅配事業や配食事業は、在宅療養者や独居高齢者の食へのアクセスを確保する地域資源として重要な役割を担ってきた。生協は、食材・食事の安定供給に加え、配達時の見守りや地域との接点としての機能も有しており、地域包括ケアシステムにおける生活支援の一端を担う存在である⁴⁾。これらの食支援活動が在宅の栄養管理や医療・介護との連携の中でどのように位置づけられているかについては、今後検討すべき課題である。

本研究は、配食サービス業界の主要事業所である生協へのインタビューを通じて、在宅療養者・独居高齢者等を対象とした地域の配食サービスの実態を把握し、支援活動の課題を明らかにするとともに、在宅での栄養管理を推進するための今後の展開可能性を検討することを目的とする。

B. 方法

本研究では、生協による取り組みを対象とした質的調査を実施した。調査対象は、生協および関連団体とし、インタビュー対象者は在宅高齢者や買い物困難者に対する食支援活動を俯瞰的に把握できる立場にある関係者として、生協事業企画・デジタル推進本部職員2名および(一社)全国コープ福祉事業連帯機構職員1名に協力を得た。なお、対象地域は、事業拠点の全てとした。

調査は、事前に作成したヒアリング項目に基づく半構造化インタビュー形式で行い、生協における食支援事業の概要、利用者像、栄養や食形態への配慮、見守り機能、地域差、医療・介護・行政との連携、課題および今後の展開可能性について聴取した。ヒアリングは令和7年12月15日に研究分担者3名で実施した。得られた内容は記録を作成・整理し、項目別に内容を分類・要約した。分析にあたっては、複数の調査者で内容を確認し、生協による食支援活動の共通点および課題を抽出した。

なお、本調査は個人を特定する情報を収集するものではなく、調査対象者には調査の目的および研究利用について説明し、口頭で同意を得たうえで実施した。

C. 結果

1. 食支援事業の概要と実施体制

インタビューから、生協における高齢者・独居高齢者等への配食サービスは、宅配事業、配食事業、店舗事業および移動店舗等を組み合わせて展開されていることが示された。基本となるのは週1回の食材宅

配であり、地域や利用者ニーズに応じて弁当配食事業が付加されている。配食事業は全国一律ではなく、地域ごとのニーズや自治体との関係性を背景に段階的に導入されてきた経緯が示された。配食の提供形態には地域差が大きく、冷蔵弁当を毎日配送する事例から、週数回の配送にとどまる事例まで幅があった。献立作成や調理は、生協直営、子会社、提携事業者など多様であり、地域によっては1日数千食から1万食規模の供給体制が構築されていた。

2. 利用者像と配食・宅配の利用実態

主な利用者は、高齢者、独居高齢者、買い物困難者であった。配食サービスは「1日1食分」として利用されるケースが多く、残りの食事は自炊や簡易食品、家族支援等で補われている実態が示された。一方で、弁当1食分を複数回に分けて摂取する利用者もあり、1日の摂取量が十分であるか判断が難しい状況が共有された。

利用開始の契機としては、身体機能の低下、買い物や調理の困難化、家族の勧め等が挙げられ、介護保険サービスの利用有無にかかわらず導入されている点が特徴であった。

3. 栄養および食形態に関する配慮の現状

配食サービスでは、やわらか食やムース食等の複数の食形態が用意されているが、その選択は利用者本人や家族、介護支援専門員の判断に委ねられている場合が多く、医学的・栄養学的評価に基づく医学的・栄養学的評価に基づく選定プロセスは十分に整備されていない。

また、味付けや量については「薄味でおいしくない」「量が少ない」といった意見が寄せられることがあり、管理栄養士による説明や情報提供の機会が十分に確保されていないことが指摘された。配食後の喫食状況や残食を体系的に把握する仕組みはなく、実際の栄養摂取状況を評価することが難しい状況であった。

4. 見守り機能および社会的役割

配食や宅配は、食事提供に加えて見守り機能を有していることが確認された。配達時の声かけや安否確認は、福祉的・予防的な意味合いを持つ取り組みとして位置づけられていた。ただし、必ずしも全てのケースで手渡しが行われているわけではなく、見守りの深さには限界があることも示された。一方で、「生活協同組合コープこうべ」では、買い物同行支援や送迎支援等の取り組みが実施されており、利用者の外出機会の創出や社会参加の促進といった効果が報告された。地域によっては、デイサービス等の送迎と組み合わせた柔軟な運用も行われており、地域差があることが明らかとなった。

5. 地域差および制度的課題に関する認識

配食サービス事業の実施状況には地域差が大きく、中山間地域や豪雪地域では、配送コストや人材確保、特にドライバー不足が大きな制約となっていた。自治体によっては配食サービス事業に補助制度が設けられている一方、行政の関与の程度には差があり、事業の持続可能性に影響を与えていることが示された。

また、食材の確保に向けた支援ニーズ

は存在するものの、制度や情報の不足により利用につながっていないケースが多く、「アンメットニーズ」が地域に潜在していると認識が共有された。

6. 情報不足およびプロモーションの課題

事業の多様な支援サービスが地域住民に十分知られていない現状が指摘された。生協の組合員であっても、利用可能なサービスを認識していないケースが多かった。行政等によるニーズ把握と可視化が進めば、民間業者や生協が参入しやすくなるとの意見が示された。

D. 考察

本研究により、今回対象とした配食サービス事業者は、在宅療養者や独居高齢者に対し、食材・食事を安定的に提供する地域基盤として重要な役割を果たしていることが明らかとなった。特に、宅配や配食を通じて在宅生活の継続を下支えしている点は、医療・介護サービスでは代替しにくい機能であり、地域包括ケアシステムにおける生活支援の一端を担うものである。

しかしながら、課題として、配食サービスは「届ける支援」にとどまり、実際の栄養摂取量や喫食状況の把握、食形態の適切性の評価といった栄養管理の視点が十分に組み込まれていない実態が明らかとなった。これは生協単独の課題というよりも、在宅における栄養管理を地域全体で支える仕組みが未整備であることに起因すると考えられる。

さらに、地域差や事業の持続可能性の課題を踏まえると、配食サービス事業者による食材の確保を介護予防や生活支援の

一環として位置づけ、配食事業者、医療・介護専門職が役割分担しながら連携できる支援体制を構築する必要がある。

E. 結論

本研究により、今回対象とした配食サービス事業者は、在宅療養者や独居高齢者に対し、食材・食事の安定供給と見守りを通じて在宅生活を支える重要な地域資源であることが明らかとなった。一方で、栄養摂取量や喫食状況の把握、食形態の適切性の評価といった栄養管理の視点は十分に組み込まれておらず、在宅における栄養支援の仕組みが地域全体として未整備であるという課題が示された。在宅療養者の「食」を中心とした生活支援が強化され、地域包括ケアシステムの中で栄養管理を含む包括的な支援体制が発展することが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文発表

1) 榎裕美: 医療・介護連携・在宅サービスと一体的取組. 地域ケアリング, 27(8): 42-47, 2025.

2. 学会発表

1) 榎裕美: 在宅支援の実態と課題 管理栄養士に求められるもの 日本健康・栄養システム学会(東京), 2025.7

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

該当なし

参考文献

1) 厚生労働省ホームページ 平成29年
地域高齢者等の健康支援を推進する配食
事業の栄養管理「地域高齢者等の健康支
援を推進する配食事業の栄養管理に関す
るガイドライン」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158814.html> (令和8年3月28
日閲覧)

2) Enoki H, Hirakawa Y, Masuda Y, Iwata
M, Hasegawa J, Izawa S, Iguchi A, Kuzuya
M.: Association between feeding via
percutaneous endoscopic gastrostomy and
low level of caregiver burden. J Am
Geriatr Soc. 2007;55(9):1484-6.

3) 熊谷修、渡辺修一郎、柴田博、天野秀
紀、藤原佳、新開省二、吉田英世、鈴木隆
雄、湯川晴美、安村誠司、芳賀博: 地域在
宅高齢者における食品摂取の多様性と高
次生活機能低下の関連. 日本公衆衛生雑
誌. 2003;50(12):1117-1124.

4) 日本生活協同組合連合会ホームページ
<https://jccu.coop/> (令和8年5月31日閱
覧)

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 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栄養課 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 上野 俊 公益社団法人東京都栄養士会 常務理事

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 医療法人社団千春会千春会病院 栄養科統括主任

研究協力者 馬場 正美 東海学園大学 准教授

研究協力者 矢野目 英樹 社会医療法人財団慈泉会相澤病院 栄養科長

研究要旨

本研究は、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と、地域において多職種および多施設が連携して実施される訪問栄養食事指導等を提供する栄養管理の在り方を明確にすることを目的とした。その上で、訪問栄養食事指導等における栄養ケア・マネジメントの構造とプロセスを明らかにし、課題について論点整理を行った。調査は、全国の在宅療養支援病院 10 施設、その他医療機関 1 施設、在宅療養支援診療所 5 施設、在宅療養支援歯科診療所 4 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)4 施設の計 24 施設の管理栄養士および関係職種等を対象に、半構造化インタビュー調査を実施し、回答を得た。

調査では、訪問栄養食事指導等の好事例を通じて、管理栄養士が在宅療養における栄養ケア・マネジメントを促進する「構造」、介入の契機や手続きおよび栄養ケア・マネジメントのプロセス、介入による「効果」を整理・分析した。その結果、経営層が在宅療養における栄養ケア・マネジメントの重要性を認識し、制度や多職種連携に対する理解が共有されている施設では、多職種の視点によって早期に栄養課題が抽出され、適切な介入へとつながっていた。その結果、質の高い栄養ケア・マネジメントが展開され、体重増加、褥瘡の治癒、経口摂取の再開・維持、再入院の回避、介護者負担の軽減など、臨床的に意義のある効果が確認された。

一方、栄養ケア・マネジメントの重要性の浸透不足にて、多職種に対して訪問栄養食事指導等の必要性や管理栄養士の役割に関する周知不足、業務実態と報酬の乖離による管理栄養士の配置・継続的関与の困難さ、介入開始の遅延等の構造的課題が存在する場合、栄養ケア・マ

ネジメントが十分に機能せず、その効果が発揮されにくい状況が示された。今後、入院から在宅への移行期における栄養管理を実効性のあるものとするためには、訪問栄養食事指導等の導入にいたる連携スキームの整理、報酬体系の見直し、多職種による早期スクリーニングの制度化、ならびに研修制度の充実や栄養 CS を活用した広域的支援体制の構築が重要な課題として示唆された。

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。これに向け、管理栄養士が地域における在宅療養者の栄養ケア・マネジメントを推進する制度として、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)等の活用も含めた訪問栄養食事指導等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際しては、退院後に直接自宅に戻る場合や、介護保険施設等を経由する場合など、その経路は様々であり、それに伴い栄養ケア・マネジメントに関与する機関の形態も多岐にわたる。栄養ケア・マネジメント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、栄養CS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、連携体制について

も地域毎の特性がある。

そこで本分担研究では、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、地域における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を明確にすることを目的とした。その上で、訪問栄養食事指導等における栄養ケア・マネジメントの構造とプロセスを明らかにし、課題について論点整理を行った。

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 CS 5 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 施設を抽出した。

そのうち、本研究のインタビュー調査の協力依頼に対し、文書により同意が得られた在宅療養支援病院 10 施設、その他医療機関 1 施設、在宅療養支援診療所 5 施設、在宅療養支援歯科診療所 4 施設、栄養 CS 4 施設の 24 施設の管理栄養士、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、主インタビュアーと副インタビュアーの 2 名で実施した。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、録音を行った。

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(表1)。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の順に聴取した。

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(患者や家族等の生活の質(QOL: quality of life)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

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アーに対し、事前に説明会を行った。

調査期間は、令和7年5月から令和7年11月末までで、インタビュー時間は、1回あたり約60分間で実施した。

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した。結果の信頼性を確保するために、概要表は対象者と分担研究者によるメンバーチェックを実施し、対象者の同意を得たのち考察を行った。

3.倫理的配慮について

対象者には、研究の目的および意義、方法の他、研究への参加は自由意志であり、研究に参加せずとも不利益は生じないこと等を口頭で説明し、説明文書でも提示した。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 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

対象となった24施設について、インタビュー調査を実施した（表2）。インタビュー内容について、各施設の概要表を整理し、訪問栄養食事指導等における栄養管理体制の構造、栄養ケア・マネジメントの内容、効果、課題を抽出した。好事例に関するインタビュー結果は表3に示した。

また、在宅療養支援病院およびその他

医療機関は、表4～表26、在宅療養支援診療所および在宅療養支援歯科診療所は表27～表44、栄養CSは表45～表52に、施設ごとに詳述した。なお、施設概要については、前述の令和6年度における実態調査で回答された基準日の情報を記載した。

1.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

(1)在宅療養支援病院およびその他医療機関

在宅療養支援病院およびその他医療機関における訪問栄養食事指導等の好事例では、対象者は脳血管疾患後遺症や神経難病、慢性心不全、慢性閉塞性肺疾患、がんなど、多疾患を併存する高齢者が中心であり、嚥下障害、低栄養、経腸栄養管理といった複合的な栄養課題を有していた。また、独居や老老介護など、生活・介護面の制約を抱える症例が多くみられた。小児では、溺水後に嚥下障害を残した医療的ケア児の事例が含まれていた。

訪問栄養食事指導等を促進する構造的要因として、経営者および医師をはじめとする院内関係者が、在宅療養における栄養ケア・マネジメントの必要性を共有し、その実施を組織としての取組に位置づけることにより、医療機関の管理栄養士が訪問栄養食事指導をより一層実施できる体制が整備されていることがわかった。また、院外調理やDX化等により、管理栄養士の業務分担がなされ、訪問栄養食事指導等へ充てる時間が確保されていた。多職種連携では、医師や歯科医師、看護師、リハビリテーション専門職、介護支援専門員等との連携が日常的に行われ、療養手帳や ICT

を活用した情報共有体制が構築されていた。

訪問栄養食事指導等の介入は、地域連携室兼栄養サポートチームの看護師が、入院早期から在宅療養における栄養ケア・マネジメントの必要性を見据えて関与した事例や、退院支援を起点とした課題把握、在宅での状態変化、家族の不安、多職種からの提案や、過去の成功事例の想起、地域への周知・啓発、情報共有等を契機として開始されていた。これらを踏まえ、主治医の指示を経て、多職種連携のもと段階的に訪問栄養食事指導の支援内容の調整が実施されていた。

栄養ケア・マネジメントの内容は、栄養状態および摂食嚥下機能の評価、嚥下機能に応じた食形態調整、経腸栄養および栄養補助食品の管理、家族・介護者への調理指導を含めた患者に対する栄養支援、病態に応じた個別の栄養管理、人生の最終段階における食事の楽しみを支える等であった。

効果として、身体的側面では体重やBMIの改善が複数症例で確認された。摂食・嚥下面では、経口摂取不可から常食摂取へ移行した症例、経鼻栄養チューブ抜去を達成した症例、嚥下調整食から常食への段階的移行が可能となった症例が報告された。機能面では、日常生活動作（ADL：activities of daily living）や要介護度の改善、発声機能の回復がみられた。生活・QOL面では、食事満足度や食べる意欲の向上、家族の調理・介護負担の軽減が確認された。さらに、人生の最終段階の症例では、誤嚥に配慮しつつ経口摂取を継続し、在宅での看取りに至った事例も

認められた。

(2)在宅療養支援診療所および在宅療養支援歯科診療所

在宅療養支援診療所および在宅療養支援歯科診療所における訪問栄養食事指導等の好事例では、対象者は脳血管疾患後遺症、認知症、神経難病、慢性心不全、がん、人生の最終段階における患者等、多くの症例で嚥下機能低下や食事摂取量の低下がみられ、独居や老老介護など家族支援の制約を伴う事例も含まれていた。歯科領域では、口腔機能低下や摂食嚥下障害を背景に、栄養状態の悪化が課題となっていた症例が多く認められた。

介入に至った契機としては、主治医や歯科医師が診療・往診時に栄養・摂食嚥下の問題を認識したこと、訪問看護師や介護支援専門員からの相談、家族からの食事管理に対する不安の訴えが挙げられた。特に歯科では、口腔ケアや往診時に食事摂取状況の変化に気づいた歯科医師・歯科衛生士から管理栄養士への依頼が行われていた。

訪問栄養食事指導等の促進要因として、診療所・歯科診療所の院長が栄養ケア・マネジメントを重視する方針を持ち、管理栄養士の雇用・配置や、同行訪問を含む運用を可能とする体制を整備していた。さらに、依頼受付の流れや指導開始までの手順が院内で共有され、案内資料の整備などにより、訪問栄養食事指導等が組織的に実施されていた。また、地域においては、訪問看護師や介護支援専門員との顔の見える関係が構築され、報告書の共有や研修会への参加、ホームページ等を用いた情報発信が行われており、相談や依頼の

増加につながっていた。歯科領域では、口腔ケアや摂食嚥下評価と栄養ケア・マネジメントを一体的に提供できる体制が構築され、院内外の関係職種との連携が継続的な訪問栄養食事指導等の実施を支えていた。

介入開始までの過程は、栄養課題の共有、主治医による指示書発行を経て、訪問栄養食事指導等が開始される流れが多く確認された。

栄養ケア・マネジメントの内容は、摂食嚥下機能評価に基づく食形態調整、栄養補助食品の活用、家族・介護者への調理指導を含めた患者に対する栄養支援等であった。歯科症例では、口腔ケアや義歯調整、摂食姿勢の調整と並行して栄養指導が行われその結果、食事摂取量や体重の改善、食事不安の軽減、在宅生活の安定が効果として確認された。人生の最終段階における患者に対しては、嗜好を尊重した患者への栄養支援を行うことで、誤嚥に配慮しながら経口摂取を継続できた事例が認められた。

(3) 栄養 CS

栄養 CS における訪問栄養食事指導等の事例では、低栄養、摂食嚥下障害、慢性疾患、経管栄養管理、人生の最終段階における栄養支援など、在宅療養期において多様かつ複合的な栄養課題を有する患者に介入した症例であった。

好事例については、医療機関、歯科診療所、介護事業所、介護支援専門員、行政等からの依頼を契機として介入が開始されていた。なお、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

げる方法については、ホームページでの制度の周知、医師会等へのパンフレットの配布や、依頼を得るために、訪問栄養食事指導等の事例紹介と、介入方法、具体的な活動内容の紹介や、管理栄養士が介入する患者例の説明を実施していた。また、診療所の依頼に対し、栄養 CS のコーディネーターが担当管理栄養士と診療所へ同行し、管理栄養士の紹介と、契約締結に向けた一連の手続きの伴走支援を実施していた。

管理栄養士は、主治医の指示のもと、多職種と連携しながら栄養評価を実施し、摂食嚥下機能に応じた食形態調整、栄養補助食品の活用、栄養量・内容の調整を行っていた。また、家族・介護者に対する調理指導を含めた患者に対する栄養支援など、生活に即した支援が行われていた。

介入の結果、体重や摂取量の改善、栄養状態の安定、経口摂取の維持または拡大が認められ、療養者の在宅生活の継続や生活の安定につながっていた。

訪問栄養食事指導等を担う管理栄養士の能力・行動特性については、臨床経験に裏打ちされた包括的アセスメント能力と、それらの課題を多職種へ適切につなぐ調整役としての能力が抽出された。また、患者・家族との関係構築を支えるコミュニケーション能力、アドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）の理解と価値観を尊重した支援姿勢及び、生活に根ざした実践的提案力を備えていることが求められていた。

2. 訪問栄養食事指導等の困難事例からの課題

訪問栄養食事指導等に関する困難事

例から、介入に至らない、あるいは十分な支援が実施できない要因として、多職種間の制度に対する認識の差、制度の制約、介入時期の遅れ、患者・家族側の受け止めの問題が複合的に存在することが明らかとなった。

まず、管理栄養士の役割に対する理解不足が、介入困難の主要因として抽出された。管理栄養士の役割が「食べさせる職種」「制限を課す職種」と誤解され、人生の最終段階や重度事例では適応外と捉えられる傾向が確認された。

また、介入時期の遅れが課題として挙げられた。人生の最終段階の患者において、栄養ケア・マネジメントの必要性が認識されながらも、依頼が人生の最終段階直前となる事例が多く、十分な関係構築や段階的支援が困難であった。結果、ACP の視点を踏まえた「食べること」に関する意思の確認や支援が不十分となるケースがみられた。

さらに、患者・家族側の拒否や負担感も介入継続を妨げる要因であった。「自宅に入られることへの抵抗」「キッチンを見られたくない」といったプライバシーに関する意識や、生活スタイルと乖離した指導内容への抵抗感、食事制限に対する心理的負担が挙げられた。

加えて、制度的・事務的制約が困難事例の背景として存在していた。訪問栄養食事指導等の委託契約や保険請求手続きの煩雑さにより、介入時期が遅れる状況がみられた。さらに、報酬体系上の不採算や人材不足により、訪問継続や件数拡大が困難な状況もインタビューから示された。

3. 訪問栄養食事指導等の制度に対する課題・要望

(1) 課題

訪問栄養食事指導等の実施・継続を阻害する課題は、報酬体系、人材・体制整備、制度運用、認知・理解の不足の 4 点に要約された。

まず、報酬体系と業務実態との乖離が、最も頻出する課題として抽出された。訪問 1 回あたりの準備・移動・訪問・記録に要する時間は長時間に及ぶにもかかわらず、報酬単価は低く、栄養 CS や診療所において赤字構造となる事例が確認された。特に、都道府県栄養士会栄養 CS ではない認定栄養 CS が直接保険請求できない点や、訪問回数の制限(月 2 回)が、継続的・重点的介入を困難にしている意見があった。

次に、人材不足および体制整備の困難さが明らかとなった。在宅対応可能な管理栄養士が不足しており、病院では配置基準上、病棟業務と在宅支援の両立が困難な状況が示された。また、1 症例のために管理栄養士と雇用契約を結ぶことの非現実性、管理栄養士養成施設における訪問栄養食事指導等の経験を有する教員が不足しているなど、人材育成から配置に至るまでの構造的課題が認められた。

また、退院時の病院間・病院と診療所間・病院と介護施設間の連携の弱さ、簡便な依頼システムの不在、人生の最終段階における栄養ケア・マネジメントに関する教育やスキル習得機会の不足が、円滑な在宅移行を妨げる一因となっていると考えられた。

また、制度の社会的認知の低さが、早期

介入や予防的活用を妨げているといった意見があった。

(2) 本調査結果から得られた要望

制度に対する要望では、報酬・算定要件の見直し、制度運用の柔軟化、人材育成と配置、多職種・社会への認知向上等に関する要望が示された。

まず、報酬体系および算定方法の見直しに関する要望として、訪問栄養食事指導料の点数引き上げ、主治医による指示書作成に対する評価(指示箋料)の新設、交通費の制度化、在宅療養支援病院や栄養CSへの加算評価の改善、重症心身障害児の指導料を高く設定する要望があった。

また、制度運用の柔軟化に対する要望が抽出された。指示書発行の簡便化、訪問回数制限の緩和、生活状況に応じた柔軟な加算設計をはじめ、歯科医師から管理栄養士への直接指示の実現、医師と歯科医師の連携に加算制度を設ける、居宅療養管理指導を行うことができる事業所の設置を推進し、事業所の直接算定が可能となる体制の要望といった指示の改善に関する意見が多くあった。月2回に限定された訪問回数制限の緩和、要介護認定のない障がい者への適用拡大、重点的な介入が必要な症例への集中的対応を可能とする仕組みの整備、在宅療養者の自己負担額の軽減が求められていた。さらに、情報通信機器または電話による補完的指導の実施を含め、柔軟な介入方法を認める制度の必要性が意見として示された。

人材育成および人材確保に関する要望も多く挙げられた。在宅における栄養ケア・マネジメントの対応が可能な管理栄養士の

育成を目的とした研修制度の充実、訪問栄養食事指導等の運用開始時の支援、契約手続き等、サポート体制支援、管理栄養士養成施設での傷病者、要支援者・要介護者の栄養ケア・マネジメントにおける在宅ケアの教育強化、ACPや人生の最終段階における栄養ケア・マネジメントに関する継続教育の拡充が求められていた。また、退職・潜在管理栄養士の活用支援や、制度を理解し調整機能を担えるマネジメント人材の配置を望む意見がみられた。

加えて、多職種および社会全体への認知・理解促進に関する要望が示された。医師、訪問看護師、介護支援専門員、訪問介護員、地域のキーパーソン等に対し、訪問栄養食事指導等の役割や効果を周知する取り組みの強化、地域ケア会議や多職種研修会への管理栄養士の参画を制度的に位置づけることが求められていた。また、訪問栄養食事指導の時間を捻出するために、給食システムのDX化の推進の必要性が示された。

D. 考察

本調査により、在宅療養期における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は、低栄養、褥瘡、嚥下障害、心不全増悪等の予防・改善に寄与し、小児から要介護高齢者の在宅療養の継続およびQOLの維持・向上に資することが、多職種連携の具体的事例を通じて示された。一方で、制度上および運用上の課題により、栄養管理を必要とする対象者に十分なサービスが提供されていない実態も明らかとなった。

在宅療養支援病院、その他の医療機関、

在宅療養支援診療所および在宅療養支援歯科診療所、栄養 CS のインタビュー調査結果から得られた、訪問栄養食事指導等に関する栄養ケア・マネジメントの構造とプロセスの特徴について、考察する。

1. 継続的な訪問栄養食事指導等に関する構造

(1)在宅支援病院およびその他医療機関

①多職種・他機関連携を前提とした構造

好事例に共通していたのは、医師、歯科医師、看護師、リハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）、歯科衛生士、介護支援専門員、行政・地域支援機関が、組織や法人を超えて連携できる体制を形成した点である。特に「顔の見える関係」「共通書式」「定期カンファレンス」「ICT 活用」は、栄養ケアを単発に終わらせずに、継続的介入を可能にしていると考えられる。

②医師の理解と組織トップの方針

訪問栄養食事指導等が機能している施設では、医師が栄養ケア・マネジメントの必要性を十分に認識し、理事長・院長といったトップマネジメントレベルで在宅療養、予防重視の方針がスタッフへ共有されており、それに基づく組織風土の醸成が特徴的であるとみられた。

一方、困難事例では、栄養ケア・マネジメントの重要性が十分に浸透しておらず、指示書発行に関わる医師との連携体制の未確立といった構造が、訪問栄養食事指導等の機会を制限していたと考えられる。

③制度・報酬構造の脆弱性

業務実態と報酬水準の乖離、算定要件の複雑さ、医師指示を要する点など、制度

構造が現場の実践に十分対応できていないことが課題として挙げられた。このため、体制整備が進んでいない地域では、職能団体や関係機関による報酬制度・算定方法の周知、先進事例の共有、医師や多職種への訪問栄養食事指導の理解促進、地域における連携体制構築支援等を進めることにより、現行制度下においても実施体制の拡充を図る余地があると考えられる。

(2)在宅療養支援診療所および在宅療養支援歯科診療所

①制度は整備されているが実装されにくい構造

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は、制度としては既に整備されているものの、実際の活用は限定的であった。インタビューでは、訪問栄養食事指導の実施に必要な医師指示書の発行に至らない事例が複数報告された。また、その背景として、制度に関する情報共有や連携体制の不足、それに伴う多職種における制度内容や活用意義の理解不足、報酬水準や人員配置上の制約などが課題として挙げられた。

しかしながら、本調査は関係者へのインタビューに基づくものであり、医師指示書が発行されない理由を直接検証したものではないことから、その因果関係については慎重に解釈する必要がある。

②歯科を含む多職種の「気づき」が制度に反映しにくい構造

医療に関する情報は医師や看護師が、生活に関する情報は介護支援専門員や多職種等が把握している。口腔機能や嚥下機能に関する情報は歯科医師および歯

科衛生士が把握している。医療・介護情報は共有が進んでいるものの、医療情報の中でも、口腔内の状態や摂食嚥下機能に関する情報(歯科的所見、口腔ケアの実施状況等)については、現状、多職種・多施設間で十分に情報連携がされていない。

歯科医師や歯科衛生士は、嚥下障害、義歯不適合、食事摂取量低下など、低栄養の兆候に比較的早期に気づく機会が多い職種である。しかし現行制度では、歯科医師が直接訪問栄養食事指導等を指示できないため、主治医を介した手続きが必要となり、結果として介入開始までに時間を要する構造となっている。

このような仕組みは、「栄養問題への気づき」があっても、制度上の手続きにより迅速な対応が困難となる状況を生み出している。嚥下障害や低栄養は、時間経過とともに不可逆的に進行する場合が多い。在宅療養生活を送る高齢者は口腔機能や嚥下機能が低下している恐れがあり、介入の遅れが全身状態の悪化や医療・介護負担の増大につながる可能性が懸念される。従って、歯科からの情報提供は極めて重要となる。令和6年度介護報酬改定において、口腔の健康状態を評価した情報を歯科医療機関と介護支援専門員等で共有した場合に算定できる口腔連携強化加算が新設され、口腔関連情報の共有を評価する仕組みが導入された。このように、口腔関連情報を多職種で共有し活用することを制度的に評価する動きが進んでおり、口腔関連情報を起点とした栄養ケア・マネジメントについても同様の制度的評価の仕組みが望まれる。

(3) 栄養 CS

① 人材基盤の脆弱性

人材面では、在宅療養における栄養ケア・マネジメントを担える管理栄養士が絶対的に不足していることが、需要に対応できない主因となっているとの意見があった。栄養 CS におけるマンパワーが充足しておらず、派遣する管理栄養士の調整が困難であること、人材が充足している地域と不足している地域の格差、さらに栄養士会会員数の地域差により、取組の推進が困難となっていることが認められた。このような人材不足に加えて、訪問栄養食事指導等に求められる、療養者の生活環境に即した栄養食事指導、多職種との連携、病状の進行に伴い治療方針や食支援の目標が変化する中で療養者・家族の意思決定を支える ACP の実施等の対応力を養う継続教育や、実践的スキル、重症心身障害児等の複雑なニーズを要する患者に対する対応を習得する機会が限られていることが、人材育成の停滞を招いている可能性が示唆された。

また、管理栄養士から介護支援専門員をはじめとする多職種に対して、管理栄養士が在宅で担える役割や専門性が十分に周知されておらず、訪問栄養食事指導等の理解不足と相まって、導入や活用の阻害要因となっている。一方で、栄養 CS のコーディネーターが、管理栄養士と共に診療所へ同行し、契約締結に向けた手続きを伴走支援する取組は、在宅訪問をする管理栄養士の初動の障壁を下げるうえで、極めて重要な支援であると考えられた。

② 報酬体系の課題

栄養 CS は、医療機関や在宅療養支援

診療所等では十分に担いきれない、在宅療養者の生活環境に即した継続的かつ実行可能な栄養管理を補完する専門的拠点である。しかしながら、対応可能な人材が不足している現状においては、制度の効果が十分に発揮されていない可能性が示唆される。特に、人材不足の中で、現行の訪問回数が限られる報酬設計では、事業の持続可能性を阻害することが考えられる。

2. 訪問栄養食事指導等の栄養ケア・マネジメントのプロセスの特徴

(1) 栄養評価・計画・実施・再評価を繰り返す循環型の栄養ケア・マネジメントのプロセス

好事例では、多職種の視点によって早期に生活状況を踏まえた栄養課題が抽出され、栄養評価、栄養ケア・マネジメントが段階的かつ継続的に行われていた。これは循環型の栄養ケア・マネジメントのプロセスそのものが在宅でも有効に機能していたことが示唆された。

(2) 医療と生活をつなぐ栄養ケア・マネジメントのプロセス

入院医療機関での栄養管理と異なり、在宅における介入の特徴は、医学的妥当性のみならず、生活実行可能性を重視している点にある。家族の調理力、介護負担、生活動線、嗜好や価値観を踏まえた生活に適応した介入が中心となっていた。特に「家族と同じメニューで対応できる工夫」「栄養の密度を高める献立の工夫」「調理実演」など、自宅で実行可能性を重視した介入が成果につながっていたことが特徴的であり、患者・家族の受容性を高め、介

入効果の持続につながるものと考えられた。

(3) 包括的ケアを支える栄養ケア・マネジメントのプロセス

好事例で示されたアウトカムは、BMI・体重の改善、経口摂取の再獲得、要介護度の改善、ADL・QOLの向上、社会参加の回復につながっていたなど、医療・介護・生活機能をまたぐ成果が示されたことは、訪問栄養食事指導等による栄養ケア・マネジメントのプロセスが、単なる「食事指導」ではなく、包括的ケアを支える基盤として機能していることが示唆された。

3. 栄養ケア・マネジメントの構造とプロセスの相互作用に関する考察

本調査結果から、栄養ケア・マネジメントの構造とプロセスは相互補完的な関係にあることが示された。

まず、多職種連携や制度の理解などがあることで良好な栄養ケア・マネジメントの構造が構築され、質の高い栄養ケア・マネジメントが可能となり、評価と介入が循環すると考えられた。さらに、医師及び経営陣の栄養管理への理解が高いほど、栄養ケア・マネジメントの実施がより一層活発になることが明らかになった。

一方で、構造が不十分な場合には、栄養ケア・マネジメントのプロセスが十分に展開されず、その効果が発揮されにくい状況が生じていた。つまり、多職種の連携体制の不備や制度が活用されないことは、栄養ケア・マネジメントの介入が途中で中断となり、十分な効果が得られにくいと示唆された。

さらに、本調査において確認された好事

例においては、適切な栄養ケア・マネジメントのプロセスにより、体重増加、褥瘡の治癒、経口摂取の再開・維持、再入院の回避、介護者負担の軽減など、客観的かつ臨床的に意義のあるアウトカムが確認されている。このような優れた栄養ケア・マネジメントのプロセスによって得られた成果事例は、訪問栄養食事指導等が、在宅療養期において実効性の高い介入であることを示すものであり、医師をはじめとした多職種、行政、組織の理解を促進するとともに、構造改善につながる根拠となり得ると考えられた。先進的に在宅医療・介護連携を推進する地域では、こうした実効性を支える取組として、地域の多機能・多職種が集い、情報共有や協議を行う場づくりや訪問診療の同行研修等の学習機会の提供が進められている³⁾。本調査においても、行政の後押し、医師会の支援が訪問栄養食事指導等の促進要因であるという意見が挙げられており、これらは体制構築上、構造的に重要な要因であると考えられた。

また、明確なアウトカムの改善が示されているにもかかわらず、訪問栄養食事指導等の実施には、初回アセスメント、多職種との調整、本人・家族への説明・合意形成、記録作成、移動等、多くの時間と専門的対応を要する。現場からは、これらの業務負担に対して十分な実施体制を確保することが難しいとの意見が聞かれた。

その結果、管理栄養士の常勤配置や継続的な介入体制の構築が困難となり、先進的な取組が一部地域や事業所に集中することで地域差が生じている可能性が示唆された。

以上を踏まえると、在宅療養期における

栄養ケア・マネジメントを実効性のあるものとするためには、以下のような制度的対応が求められる。

第一に、訪問栄養食事指導等の導入にいたるための連携スキームの整理である。医師による包括的な医学的管理の下で栄養食事指導等を実施するという基本的枠組みを維持しつつ、歯科医師、訪問看護師、介護支援専門員、管理栄養士等が栄養リスクを把握した際に、医師へ情報提供しやすい仕組みや、指示書作成に係る事務的負担の軽減策について検討することが望まれる。

第二に、報酬体系の柔軟化である。回数制限を前提とした出来高評価に加え、月額包括評価や、初回アセスメントおよび重点介入期を適切に評価する加算の創設など、実際の業務内容を反映した評価体系が求められる。これには、医療モデルではなく「生活支援」としての介入を制度上明確にすることが望まれる。

第三に、スクリーニング体制の制度化である。介護支援専門員等による低栄養および摂食嚥下障害の標準化されたスクリーニングを導入し、栄養問題が確認された場合には、管理栄養士の関与を促す仕組みや、口腔関連情報の連携共有を強化することが重要である。そのためにも、多職種連携の仕組み支援として ICT を利活用した情報共有への支援が必要である。

第四に、人材育成および地域格差への対応である。既存の研修事業等により在宅の栄養管理に関する知識・技術を習得した管理栄養士が、地域において継続的に実践経験を積み、多職種と連携しながら活動できる環境整備が求められる。そのため、

医療機関や栄養ケア・ステーションを活用した地域の支援ネットワークを構築し、実践支援や事例共有を行う仕組みが必要である。

E. 結論

本研究では、インタビュー調査にて多職種および多施設と連携した訪問栄養食事指導等における栄養ケア・マネジメントの構造とプロセスを明らかにし、課題を整理した。その結果、訪問栄養食事指導等は、障がい児から、要介護高齢者の低栄養や褥瘡、嚥下障害の改善、在宅療養の継続およびQOLの維持・向上に寄与することが示された。このような好事例を有する施設においては、訪問栄養食事指導を適時・適切に実施することが医療機関・施設の方針として明確に位置づけられており、その方針のもと、円滑な多職種連携や情報共有体制が整備されていることが、実施体制上の特徴であった。

一方で、訪問栄養食事指導等を担う人材不足、地域格差、赤字構造となりやすい報酬体系、制度理解や多職種への周知不足といった構造的課題が、在宅療養期の栄養ケア・マネジメントの普及を阻害している実態が明らかとなった。今後は、栄養CS等を含む地域の資源を有効に活用し、人材育成と連携体制の強化を図るとともに、制度と実践の乖離を是正する体制整備が求められる。

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) 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8年2月10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8年2月10日閲覧)
- 3) 野村総合研究所 令和6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 在宅医療・介護連携推進事業の有効的なあり方にかかる調査研究事業-報告書-
<https://www.nri.com/jp/knowledge/report/files/000045087.pdf>
(令和8年2月10日閲覧)

表 1 インタビューガイド

【1】 インタビュアーの紹介	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い致します。
【2】 協力施設の管理栄養士等の確認	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、ご返事をお願いいたします。 管理栄養士の A 様、同の 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」のインタビュー協力者欄を確認し、欠席者または追加者の氏名をメモしてください。)
【3】 目的の説明	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頂きます。
【4】 倫理的配慮	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。インタビュー時間は 60 分程度です。個人情報 that 特定される情報や施設・事業所の機密性の高い情報は、ご回答のないようお願いいたします。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頂きます。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い致します。話した内容に万が一、個人名等の配慮すべき個人情報が含まれた場合には、インタビュアーが作成された逐語録確認時に全て削除いたします。 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

【5】インタビュー実施 ●重点的にヒアリングをする事項について	ることができますので、その場合にはお知らせください。 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。 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つなげる。） ・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。 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お聞かせください。 ・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。 5. 制度に対する課題・要望について ・在宅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？
--	---

●最後に	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及び復元できないように処分します。令和7年11月に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、逐語録から作成した概要書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いたします。ありがとうございました。
-------------	---

表2 インタビュー実施施設

No.	呼称	所在地	種別	法人	インタビュー対象職種	実施日	(診療報酬)在宅患者 訪問栄養食事指導料	(介護報酬)居宅療養 管理指導
1-1	A病院	神奈川県	在宅療養支援病院	社会福祉法人	管理栄養士	令和7年7月15日	○	○
1-2	B病院	長野県	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士	令和7年7月1日		○
1-3	C病院	愛知県	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士	令和7年6月19日	○	○
1-4	D病院	愛知県	在宅療養支援病院	社会福祉法人	管理栄養士	令和7年7月7日	○	○
1-5	E病院	京都府	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士	令和7年5月28日	○	○
1-6	F病院	大阪府	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士	令和7年6月16日		○
1-7	G病院	兵庫県	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士	令和7年6月11日		○
1-8	H病院	和歌山県	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士、看護師	令和7年7月8日	○	○
1-9	I病院	岡山県	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士	令和7年6月30日	○	○
1-10	J病院	福岡県	在宅療養支援病院	医療法人	管理栄養士	令和7年6月17日		○
1-11	Kセンター	東京都	その他医療施設	医療法人	管理栄養士	令和7年7月15日	○	○
2-1	L診療所	茨城県	在宅療養支援診療所	医療法人	管理栄養士	令和7年6月16日	○	○
2-2	M診療所	茨城県	在宅療養支援診療所	医療法人	管理栄養士	令和7年6月24日	○	○
2-3	N診療所	愛知県	在宅療養支援診療所	医療法人	管理栄養士	令和7年6月24日	○	○
2-4	O診療所	愛知県	在宅療養支援診療所	医療生活 協同組合	管理栄養士	令和7年7月7日	○	○
2-5	P診療所	兵庫県	在宅療養支援診療所	医療法人	管理栄養士	令和7年6月11日	○	○
2-6	Q歯科診療所	宮城県	在宅療養支援歯科診療所	個人	管理栄養士	令和7年7月10日		
2-7	R歯科診療所	茨城県	在宅療養支援歯科診療所	医療法人	管理栄養士	令和7年6月27日	○	○
2-8	S歯科診療所	神奈川県	在宅療養支援歯科診療所	医療法人	管理栄養士	令和7年7月4日		○
2-9	T歯科診療所	三重県	在宅療養支援歯科診療所	医療法人	管理栄養士	令和7年7月8日		○
3-1	U栄養CS	-	栄養CS	公益社団法人	管理栄養士、事務局員	令和7年7月1日	○	○
3-2	V栄養CS	-	栄養CS	公益社団法人	管理栄養士	令和7年6月23日		○
3-3	W栄養CS	-	栄養CS	公益社団法人	管理栄養士	令和7年7月11日		○
3-4	X栄養CS	-	栄養CS	公益社団法人	管理栄養士	令和7年6月24日		○

表3 好事例に関するインタビュー結果整理表

患者像	・高齢(70～90歳代)で要介護度4～5の重度要介護者が中心 ・小児の重症心身障害児や若年の脳障害例 ・脳血管障害、神経疾患(パーキンソン病、脳梗塞後遺症、神経系疾患、脊髄空洞症)、呼吸・心不全、糖尿病、認知症など ・がん、COPD末期、看取り期 ・嚥下障害を伴う症例が多数で、胃瘻造設や中心静脈栄養を要するケース、経口摂取困難例 ・重度褥瘡や浮腫、電解質異常など、栄養管理上の合併問題を有する事例 ・全介助・車いすまたはベッド上中心の生活で、活動量が著しく増大している例 ・家族介護(老老介護を含む)や独居、施設入居といった生活基盤の制約を抱えているケース ・通所介護や歯科往診などの在宅サービスを併用しながら生活しているケース
ゴール設定	・食事摂取量の改善と栄養不足の是正 ・経腸栄養を含めた安定した栄養管理の確立(ビタミン・微量元素補給を含む) ・嚥下機能改善後に経口摂取へ移行 ・窒息・誤嚥性肺炎・脱水の予防 ・嚥下調整食の調理支援、介護者の不安軽減と、安心して食事介助・栄養管理が行える体制づくり ・食べる楽しみの回復(嗜好食品や手作り食の摂取)によるQOL向上 ・体重減少の抑制および体重増加・体重維持・回復 ・血糖値の改善、心不全や慢性疾患に配慮した食事管理による病状悪化・再入院の防止 ・食事・体重・血圧等のセルフモニタリングおよびセルフマネジメント能力の向上 ・褥瘡の改善および悪化防止、皮膚トラブルの予防 ・在宅生活・社会参加の維持・回復
介入経緯	【介入の起点】 ・退院前に管理栄養士が患者・家族に訪問栄養食事指導等の必要性を説明 ・看護師や地域連携室が医師への提案を起点に介入 ・家族要望やリハビリテーション導入に伴う栄養評価の必要性から医師が指示 ・退院後の体調改善や経口摂取可能状態になった時点で依頼 ・過去の訪問栄養食事指導等の経験や家族の希望に基づき介入決定 ・介護支援専門員の制度理解や紹介 ・在宅療養移行後に褥瘡悪化や栄養管理上の課題が顕在化し、訪問診療医が訪問栄養食事指導等の必要性を判断 ・高齢介護者による不適切な食事提供や介護負担が明らかとなり、医師・看護師・歯科職種から介入提案 ・歯科医師・歯科衛生士による口腔・嚥下評価を契機に管理栄養士へ連携 ・管理栄養士・歯科医師が評価内容を整理し、主治医・訪問診療医へ指示書作成を依頼し発行に至った ・介護者からの直接依頼、市の無料訪問栄養指導事業の活用 ・診療報酬改定を契機に、在宅療養支援診療所が体制構築のため栄養CSへ依頼・契約 ・栄養士会による働きかけを契機とした診療所との契約成立 【介入システム】 ・地域の歯科医師や介護支援専門員から管理栄養士へ相談 ・患者情報はFAXで栄養科に提供、管理栄養士が主治医・介護支援専門員に連絡 ・管理栄養士が主治医の了承を得て訪問診療医や耳鼻科医師へ繋ぐ ・認定栄養ケア・ステーションと連携のある診療所・介護支援専門員からの相談 ・入院中に居宅療養管理指導の契約や連携体制を構築 ・初回指示書は入院中の主治医から、継続指示書は訪問診療医から取得
医師の指示内容	・胃瘻からの栄養管理(逆流・漏れの改善)に関する助言(介護者への指導) ・摂食嚥下機能障害への対応と経口移行の支援 ・食事形態調整、とろみ付け、水分摂取、調理方法・食事準備の指導 ・全身状態・褥瘡の改善、褥瘡悪化防止のための栄養・水分量確保 ・適正な栄養管理、エネルギー・たんぱく質・水分量の具体的な数値に基づく調整(週単位の投与計画を含む) ・栄養状態の改善・維持と食事摂取量の増加 ・体重増加・体重減少抑制 ・病態に応じた食事内容の調整(糖尿病食、減塩食等)
訪問頻度	・月1回:最も多い頻度(経済的理由による調整例あり) ・月2回:経口移行期に多い頻度 ・段階的に間隔を調整:初期は月1回、状態安定後に2か月1回、半年1回へ移行、安定期は月1回の定期訪問 ・臨時訪問、必要に応じて電話相談や訪問診療への同行を実施 ・初回のプレ訪問、歯科同行時、状態変化時に随時実施 ・保険区分:主に介護保険・医療保険から介護保険へ切り替えながら継続事例あり ・介入期間:数回の短期介入から、1～2年以上の長期継続介入まで幅がある

表3 好事例に関するインタビュー結果整理表(つづき)

栄養ケア・ マネジメントの内容	・胃瘻管理の最適化(栄養剤変更、注入方法・回数調整、経口摂取を含めた必要栄養量の充足状況確認、手作り胃瘻食の提案) ・嚥下調整食の調理指導・レシピ提供(家族の負担に配慮) ・食形態評価と選定(VF・VE活用、歯科医師・歯科衛生士、言語聴覚士等と連携) ・段階的な食形態アップ・経口移行の食事支援 ・栄養量・水分量の調整(体重変化・活動量・リハビリテーション負荷に応じて)、水・電解質異常の予防評価 ・経口摂取支援、少量高カロリー化の工夫と提案(ペースト調理、栄養補助食品・栄養剤活用) ・家族・介護者への具体的な食事・調理指導(とろみ付け・ミキサー調理の実技指導)、買い物に関する助言・指導 ・嗜好への配慮(味・形態・食品選択、バリエーション拡大) ・姿勢・ポジショニング指導(安全な摂取方法の調整) ・家族・多職種との情報共有と身体状況・食事状況の継続的モニタリング(体重、摂取量、排便、浮腫等)
好事例における 連携した多職種	・医師(主治医、訪問診療医、耳鼻科医) ・歯科医師 ・薬剤師 ・看護師(訪問看護、専門看護師、診療所所属) ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士(訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション) ・歯科衛生士 ・医療・福祉関係者(医療ソーシャルワーカー、相談員) ・介護・生活支援職(通所介護、通所リハビリテーション職員、訪問介護員、施設職員) ・介護支援専門員 ・調理師 ・家族(主介護者) ・その他関係者(学校・児童発達支援事業所、宅配事業者、事務職)
連携の特徴	・顔の見える多職種連携:行政支援や研修会を通じ、法人外も含めた日常的な連携体制を構築 ・定期・随時カンファレンス:状態変化に応じた迅速な情報共有と意思決定 ・訪問時の玄関先や終了時など、対面でのリアルタイムな情報交換 ・サービス担当者会議への参加、初回や必要時に同行訪問を行い、評価・方針を共有 ・同行訪問・合同評価:歯科・看護・リハビリテーション職と同行し、嚥下・食形態を共同評価 ・言語聴覚士との同行訪問と、管理栄養士単独訪問を目的別に使い分け ・明確な役割分担とコーディネート機能:介護支援専門員・看護師・医療ソーシャルワーカーがハブ(調整役)として機能 ・歯科職種を起点とした多職種連携 ・訪問介護員と密に連携し、必要時は薬剤師とも協働して指導 ・退院前からの切れ目ない連携:入院中カンファレンスから在宅移行まで継続支援 ・多様な情報共有ツールの活用:紙カルテ・電子カルテ・電話、FAX、LINE、MCS、連絡ノート、療養手帳等を併用 ・共通目標の共有:「安全に口から食べる」など価値観を揃えた支援 ・家族・環境への配慮:介護力や生活環境を踏まえた柔軟な支援
連携が必要と される多職種と 期待する役割	・医師(訪問診療医・主治医):栄養・食事に関心を持ち、迅速に指示できる体制 ・歯科医師・歯科衛生士:嚥下機能評価、口腔管理、定期的訪問歯科診療 ・薬剤師(訪問薬剤師):栄養剤と薬剤の相互作用管理、便秘・消化器症状対策 ・看護師(訪問看護):日常の食事・体調変化の把握と情報共有 ・言語聴覚士・理学療法士・作業療法士:嚥下評価、食形態・姿勢調整 ・医療ソーシャルワーカー:院内外連携、支援体制構築 ・介護支援専門員:多職種調整・情報共有の窓口 ・行政・地域包括支援センター職員:制度調整・地域資源活用
構造的課題	・医師が指導の必要性を認めていても、手続きの煩雑さが「後回し」を生む構造的な問題が存在 ・現行の診療報酬では、移動時間や多職種連携会議のコストが十分にカバーされておらず、持続可能な運営が困難 ・歯科医師の指示では訪問栄養食事指導が算定できないという制度的課題(医科・歯科の壁)が連携を阻んでいる ・栄養CSでは、「どこに頼めるか」の見える化が不十分で、在宅訪問に向けた教育・研修プログラムも不足している

1-1. A 病院（神奈川県）

■施設概要

表 4 病院施設概要

所在地	神奈川県
種別（病床数）	在宅療養支援病院（198 床）
訪問栄養食事指導関連算定状況	在宅患者訪問栄養食事指導、 居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 5 名、非常勤 1 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 2012 年在宅療養支援を行うグループ内のクリニック所長が、訪問栄養食事指導の必要性を認識し、病院で訪問栄養食事指導を推進することを提言し開始した。
- 市内近隣に位置する歯科大学附属病院に全身管理高齢者歯科ができ、訪問での嚥下評価が出来る歯科医師との連携ができるようになった。
- 行政の後押しによる多職種連携体制の構築：市が在宅医療に力を入れている。連携ハンドブックや共通書式の作成、地域の多職種研修会開催（200 人規模）により顔の見える関係が構築され、法人外の専門職との日常的な連携が可能となっている。
- 市医師会の支援があること。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 栄養の問題：低栄養、体重減少、過栄養、食欲不振、生活習慣病の食事療法、摂食嚥下機能低下による経口摂取困難、経腸栄養管理など
- 対応：栄養価計算、レシピ作成、献立提案、調理指導、食形態の調整、ONS の紹介・提案、経腸栄養剤の紹介・提案、代替栄養の説明・提案、多職種介入の情報提供・提案など

■好事例による取組概要

- 構造
60 代男性（小脳梗塞等の既往、胃瘻造設・気管切開、要介護 5）。介入前は経口摂取不可で頻回吸引を要した。「顔の見える関係」を基盤に、医師、歯科医師、リハビリテーション職、看護師、管理栄養士、介護支援専門員が組織横断で連携した。
- 過程①嚥下機能改善手術以前
管理栄養士は、介護者への経腸栄養管理（経腸栄養剤の提案・胃瘻から注入するミキサー食の調理指導）、術前免疫栄養療法、評価、介入、再評価の循環を多職種で共有した。
- 過程②耳鼻科医師へ繋ぐ
嚥下機能改善手術の適応となり、在宅主治医の紹介状を介して耳鼻科医師へ繋ぐ調整を行った。

- 過程③嚥下機能改善手術後の経口移行
嚥下調整食の設計、VE（嚥下内視鏡検査）評価に連動した段階的な食形態調整、経口摂取量に合わせた経腸栄養の漸減を実施した。
- 効果
包括的介入により、要介護度は5から2へ改善、経口摂取は常食可能、発声再獲得、BMIは18.3kg/m²から23.6kg/m²へ上昇した。社会参加も回復し、園芸活動で受賞するまでに至った。多職種介入が医療・介護・生活機能の横断的改善をもたらすことが示された。

表5 好事例による取組概要

構造	
患者像	60代男性 小脳梗塞、脳ヘルニア、胃瘻造設、気管切開 経口摂取不可、1日30回以上の吸引が必要 認知機能良好、リハビリ意欲が高い 要介護度5
訪問頻度	月2回
連携職種	医師（訪問診療医）、歯科医師、歯科衛生士、耳鼻科医師（開業医・大学病院教授）、理学療法士（訪問リハビリテーション）、言語聴覚士（リハビリテーション専門病院）、摂食・嚥下障害看護認定看護師（特定機能病院）、介護支援専門員
連携が必要とされる専門職	今回のケースではほとんどの必要な職種が関わったため、追加で必要な職種は特になし
連携の特徴	・顔の見える関係による相互紹介：お互いに患者を紹介し合う関係であり、必要な職種を積極的に紹介 ・情報共有方法：主にFAX、LINEによる関係職種との情報共有
過程①嚥下機能改善手術以前	
指示書が出るまでの経緯	・地域の歯科医師が病院栄養科に電話で訪問栄養食事指導を相談 ・患者情報は直接栄養科にFAXで提供 ・管理栄養士から主治医と介護支援専門員に連絡し、指示書を依頼
ゴール設定	長期目標：リハビリテーションがしっかりできる体力をつける 中期目標：61kg（標準体重）を目指し体重増加 短期目標：必要栄養量の充足、経腸栄養管理（経腸栄養剤の検討）
過程②耳鼻科医師へ繋ぐ	
耳鼻科医師へ繋いだ経緯	・嚥下機能改善手術の適応に近と考え、直接相談し紹介の了承を得た ・在宅主治医に耳鼻科医師への紹介状を書いてもらい繋いだ
ゴール設定	長期目標：食べたいものが少しでも食べられるようになる 中期目標：周術期の栄養管理（術前の体重増加・術後の感染予防） 短期目標：必要栄養量の充足、経腸栄養管理（経腸栄養剤の検討）
指示内容	胃瘻からの経腸栄養管理について管理栄養士が患者の妻に指導
栄養ケアの内容	経腸栄養剤・胃瘻から注入するミキサー食の内容の調整（術前の免疫栄養療法）
過程③嚥下機能改善手術後の経口移行	
ゴール設定	長期目標：経腸栄養からの経口移行 中期目標：嚥下評価に合わせた段階的な食形態のステップアップ 短期目標：誤嚥に注意して経口摂取を進める・経口摂取量に合わせた経腸栄養剤の漸減
指示内容	VE検査をもとに、食形態の調整を患者の妻に指導
栄養ケアの内容	嚥下調整食の調理指導、レシピ提供、栄養価計算をおこない経腸栄養剤の漸減
効果	
・BMI改善：18.3kg/m²から23.6kg/m² ・要介護度変更：要介護5から要介護2 ・摂食機能改善：経口摂取不可から常食摂取可能 ・嚥下機能改善：兵頭スコア11から兵頭スコア4 ・機能改善：発声可能 ・QOL向上：趣味の園芸で数々の賞を受賞	

■困難事例からの課題

- 専門職間の認識差
医師が全身状態を理由に介入を適応外と判断し指示書を発行しない、介護支援専門員がプラン変更の負担や役割誤認（「栄養は看護で十分」）から導入を拒むなど、理解不足が介入機会を狭めている。解決方法として、家族が強く介入希望の表明を継続する。入院中に管理栄養士と家族の関係性を構築し、栄養介入の理解を促進している。
- 患者・家族の行動変容が困難なケース
「普通食への強い希望」と安全配慮を伴う指導内容との乖離により、行動変容が進まないケースがある。合意形成と継続支援の重要性が示唆される。根気強い関わりを継続し、完全な改善を目指さず、少しずつの変容を促進している。
- 要介護認定を受けていない若年の障害者
医療保険対象であるが、主治医と同じ医療機関でないと算定できない制約がある。自費での対応は現実的に困難。保険制度による介入がほぼいない状態。現状では解決策がなく、制度改正が必要である。
- 地理的な課題
道が狭い、階段・坂が多く、車が入れない場所がある。駐車場所の確保が困難。根本的な解決策がなく、地理的制約を受け入れて対応している。
一定の条件下で、訪問車両が駐車禁止の取締りを受けないように配慮された仕組みがあるとよい。

■制度に対する課題

- 制度の複雑化：報酬改定の度に複雑化し、理解・運用が困難である。
- 在宅患者訪問栄養食事指導料 2、居宅療養管理指導費Ⅱ：実働者側（管理栄養士）が報酬算定をできない点。主治医経由の 2（Ⅱ）の報酬において、訪問に関わる管理栄養士がいる事業所へ適切な報酬配分の規定整備がされていない。診療報酬、介護報酬ともに 1（Ⅰ）よりも 2（Ⅱ）の方が、単位数が低い報酬設定であるのは課題。
- 認定栄養ケア・ステーション自体が算定できない点。報酬に見合わず、認定栄養ケア・ステーションの運営コストが負担となる。
- 主治医指示の必要性：ケアプランの組込みにより訪問サービスもある一方、訪問栄養食事指導は医師の指示が必要。制度的格差。
- 制度の認知度の低さ：介護支援専門員、医師の理解不足。

■制度改善に向けた提言

- 実働側である管理栄養士が所属する事業所への適切な算定を可能にする。
- 主治医の指示書作成に対する別途点数設定。
- 医療機関等所属以外の管理栄養士、認定栄養ケア・ステーションも算定を拡大する。学会・栄養士会の認定制度を算定要件に反映し、資質の担保とする。
- 要介護認定のない障害者への適用拡大。
- 介護支援専門員の判断による実施等。

1-2. B 病院（長野県）

■施設概要

表 6 病院施設概要

所在地	長野県
種別（病床数）	在宅療養支援病院（54 床）
訪問栄養食事指導関連算定状況	居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 2 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

理事長の方針「在宅こそが必要」。組織全体で予防重視、共通理念の共有。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 独居高齢者、低栄養、褥瘡、左室駆出率の保たれた心不全（HFpEF：Heart failure with preserved ejection fraction）、認知症、神経難病。

■好事例による取組概要

- 構造
脳出血後右片麻痺のある 50 歳代男性に対し、介護支援専門員、主治医、理学療法士、医療ソーシャルワーカー、作業療法士が連携する支援体制。
- 過程
体重減少を課題とし、介護支援専門員の調整のもと管理栄養士が介入。信頼関係構築を重視し、食材選択や調理工夫、主食摂取促進などの訪問栄養食事指導を継続実施した。
- 効果
体重 10kg の回復を達成し、生活への意欲向上と行動変容が認められた。

表 7 好事例による取組概要

構造	
患者像	50代男性 独居 高血圧の既往 脳出血後の右片麻痺 左利きで、歩行・調理可能 嚥下機能正常 飲酒・喫煙歴あり(禁酒中) 家族、訪問介護員の買い物支援あり
訪問頻度	月1回・2年間継続中
連携職種	介護支援専門員、主治医、理学療法士、医療ソーシャルワーカー、言語聴覚士
連携が必要とされる専門職	看護師、薬剤師、作業療法士、言語聴覚士、行政職員、地域包括支援センター職員
連携の特徴	スクリーニングを全職種で共有（GLIM基準等）役割明確、柔軟な対応あり 調理動作の評価（作業療法士）、生活状況などの情報共有（介護支援専門員）、主治医との連携、窓口機能として医療ソーシャルワーカーとの連携
過程	
指示書が出るまでの経緯	介護支援専門員より管理栄養士に連絡→主治医へも情報共有→当院主治医より介護保険で訪問指示
ゴール設定	体重減少（10kg）への本人の意識を高め、行動変容を促し、元の体重に戻すこと
指示内容	介護保険にて訪問栄養食事指導を実施（当院主治医より指示あり）
栄養ケアの内容	信頼関係構築を優先 調理支援、食材選択・調理法の工夫、主食摂取の促し、体重・食事内容モニタリング
効果	
体重10kg回復達成 信頼関係構築により行動変容が見られた	

■好事例かつ困難事例であったケース

- 筋萎縮性側索硬化症（ALS：Amyotrophic lateral sclerosis）患者への介入
病状進行に伴い栄養管理が困難となる一方で、適切な時期からの訪問栄養食事指導により、予後を見据えたリスク回避やQOLの維持に寄与した。体重減少の防止を重要な目標として、多職種によるチーム介入が行われた。
終末期に近い段階で嚥下機能の低下が認められ、嚥下調整食が必要な状況であったが、「軍艦巻きを食べたい」といった本人および家族の希望を踏まえ、管理栄養士が訪問看護師と連携し、嚥下調整食の範囲内で嗜好性に配慮した食事形態を工夫し、摂食の継続と生活の質の維持が図られた。
本事例が地域内で共有された結果、訪問栄養食事指導への理解が促進され、訪問栄養食事指導の介入の拡大につながった。

■困難事例からの課題

- 高齢者の体調不良や介護負担大の家族によるショートステイ利用などによる中断した例。
訪問継続が困難。初回後の継続が経済面・家族の意欲の低さ等で困難。交通費の徴収はしていない。解決方法として、3年後を見据えた体制整備を予定している。病院として段階的に問題解決を図る。

■制度に対する課題

- 自己負担が1割でも月2,000円かかる。経済的な理由で継続困難になるケースあり。
- 一部の管理栄養士の「できない理由探し」が多く、覚悟や実行力不足である。
- 在宅訪問の経験・教育の不足。

■制度改善に向けた提言

- 利用者負担軽減策の検討。より柔軟で魅力的な制度運用。
- 卒後教育の強化。急性期から在宅医療を経験するキャリアパス制度の構築。自組織にて在宅訪問が可能な管理栄養士10名増員を目標としている。

1-3. C 病院（愛知県）

■施設概要

表 8 病院施設概要

所在地	愛知県
種別（病床数）	在宅療養支援病院（189 床）
訪問栄養食事指導関連算定状況	在宅患者訪問栄養食事指導、 居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 5 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

管理栄養士による積極的な営業と病院内の理解・支援体制。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 糖尿病の血糖コントロールや・心不全の体重管理指導等。

■好事例による取組概要

- 構造
脳梗塞後の嚥下障害を有する 70 歳代男性に対し、退院前から医師・看護師・言語聴覚士・管理栄養士・介護支援専門員が連携し、在宅介護を円滑に開始できる体制。
- 過程
入院中に管理栄養士が介入し、退院後も嚥下調整食を継続摂取できることを目標に、調理方法や買い物支援、生活支援を実施した。
- 効果
嚥下調整食を妻が調理できるようになり、在宅での安全な食事継続が可能となった。

表 9 好事例による取組概要

構造	
患者像	70代男性 脳梗塞後遺症 嚥下障害 介護者：妻
訪問頻度	月1回 保険区分(医療保険／介護保険)；介護保険
連携職種	医師・介護支援専門員・院内の言語聴覚士および摂食・嚥下障害看護認定看護師
連携が必要とされる専門職	医師・介護支援専門員・言語聴覚士・認定看護師など院内専門職
連携の特徴	入院中の院内専門職(言語聴覚士・認定看護師)からの助言や評価、指導内容の共有
過程	
指示書が出るまでの経緯	入院中に管理栄養士が患者に働きかけ、退院後に訪問指導の必要性を説明し、医師・介護支援専門員と連携して開始。患者自身または家族の同意を得て訪問栄養食事指導を開始した
ゴール設定	嚥下調整食が退院後も継続して摂取できるための調理支援
指示内容	嚥下困難、嚥下調整食の調理指導
栄養ケアの内容	ミキサー食の作り方、とろみのつけ方や買い物指導、調理支援、生活支援も兼ねる
効果	
・嚥下調整食を妻が調理ができるようになる	

■困難事例からの課題

- 高齢独居女性（糖尿病・HbA1c10%以上・宅配弁当利用）
患者の希望を受けて介護支援専門員経由で施設に連絡があり訪問を開始した。栄養状態の改善と血糖コントロール安定化を目的に月2回（うち1回は買い物同行）の介入をした。糖尿病の食事療法指導と冷蔵庫整理、嗜好に配慮した食事提供により食事摂取量が増加し、HbA1cの改善がみられた。一方で、訪問栄養食事指導への理解不足や台所・冷蔵庫への介入に対する抵抗が課題であった。解決方法として、買い物同行や具体的な食事支援による信頼形成と継続的な支援を行った。

■制度に対する課題

- 訪問栄養食事指導の認知度が低く、報酬が多職種と比較して著しく低い。
- 訪問対応可能な人員不足。
- 診療情報提供料の制度運用が不十分で医師の協力を得にくい。
- 月2回の訪問制限も課題である。
- 制度の広報強化、クリニックや介護支援専門員への情報提供、報酬改善。

■制度改善に向けた提言

- 退院時の一時的な訪問指示書制度の導入。
- 担当者会議への栄養士の必須参加。
- 入院時の医師による指示書をもとに、退院後一定期間の訪問を可能とする制度が必要。

1-4. D 病院（愛知県）

■施設概要

表 10 病院施設概要

所在地	愛知県
種別（病床数）	在宅療養支援病院 重心施設（64 床）
訪問栄養食事指導関連算定状況	在宅患者訪問栄養食事指導、 居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 2 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 医師の理解と支援
 - ・訪問栄養食事指導の必要性を医師が強く認識
 - ・患者への積極的な推奨
 - ・勉強会での栄養士の活動紹介

自施設が先進的に訪問栄養食事指導を推進できている理由は、施設の医師が、訪問栄養食事指導の必要性をととても感じていることが一番と考える。医師がいろいろな患者さんにすすめてくれたり、医師自身が勉強会の中で、栄養士さんの高評価を発言してくれたり、栄養士がどういうことをやってくれるかをいろんなところに伝えられるような勉強会も開いてくれているため、周知される機会が多く、指名されることになっていると思う。
- 口コミネットワーク
 - ・重症心身障害児の家族間の口コミによる依頼増加
 - ・家族ネットワークの活用

重心児、ご家族、特に母親のネットワークが結構広いため、口コミでの依頼が多い。このことにも影響があると思う。
- 個人的な啓発活動
 - ・医療的ケア児支援センターでの宣伝活動
 - ・外来食事指導での周知活動

医師の勉強会等の集まりの際に、訪問管理栄養士がいることのアピールを随時する。栄養士による食事外来を定期的にも行うことも宣伝している。宣伝が必要と思う。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 低栄養と摂食嚥下障害と経管栄養

特に呼吸器を装着の喉頭軟化症の子で、日中ご飯食べるときと寝るときは鼻マスクを装着している場合、口から食べるとき、匂いも感じなかったり、圧がかかったりとか、口も過敏になりやすい。そのため摂食が進まない子がいる。訪問 ST、訪問歯科衛生士さんの分野でもあるが、一緒に入り食形態の選定を行う。香りを感じるぐらいいに、一口二口くらいはマスクを外すことを指導する。

手間なく、調理加工ができるようなことを訪問時にアドバイスする。

■好事例による取組概要

● 構造

3歳時に溺水による心肺停止を経験し、嚥下機能障害が残存した小児（現在7歳）を対象としている。完全経口摂取は困難であるが、栄養補助食品を併用しながら体重管理を行っている。主治医、訪問医、同行看護師、訪問看護師、歯科医師、歯科衛生士、訪問リハビリテーション職、相談支援員、教育・福祉機関など多職種が関与し、病院の同行看護師を軸とした連携体制が構築されている。

● 過程

退院後、経過観察の中で嚥下機能の改善がみられたことを契機に訪問栄養食事指導が開始された。経鼻栄養から経口摂取への移行と体重維持を段階的な目標とし、VFやVEによる嚥下評価を行いながら、安全な食形態を選定した。歯科医師と連携してペースト食の調整や調理指導を実施し、少量高カロリー化の工夫や栄養剤の味・形状の調整を行った。

● 効果

経鼻栄養チューブの完全抜去が達成され、1食約200gの経口摂取および口からの水分摂取が可能となった。体重は概ね維持され、一時的な低下を認めたものの再度改善し、継続的な栄養管理が可能となった。

表 11 好事例による取組概要

構造	
患者像	現在は7歳の小児 3歳時に溺水によるCPA(心肺停止)で嚥下機能障害が残存した子ども 重症度:大島分類2 現在の状況:完全経口摂取は困難だが、食べられる量を栄養補助食品で補完しながら体重管理
訪問頻度	4歳までは、1か月に1回(1年くらい) その後は、2か月に1回、半年に1回と伸ばしていつている
連携職種	医療職:主治医、訪問医、同行看護師、訪問看護師 歯科関連:歯科医師、歯科衛生士 リハビリテーション:理学療法士(訪問リハビリテーション)、作業療法士(訪問リハビリテーション) 相談支援:相談員 教育・福祉:学校関係者、放課後児童発達デイサービスのスタッフ、児童発達支援事業所 その他:宅配事業者
連携が必要とされる専門職	訪問薬剤師 1. 便秘薬、てんかん薬との組み合わせ指導 栄養剤を使う子が多く、便秘薬を対応や、てんかん薬の使用など薬を使用している 2. 栄養剤と薬剤の相互作用管理 栄養・食事と栄養剤が一緒と医師も多いため、栄養剤の使用に関しては薬剤師さんの方が詳しい。訪問薬剤師が、組み合わせについて先に教えていただけるともっとうまくいくことがある 3. 漢方薬による消化器症状改善提案 食事だけでは便秘がコントロールできない子もいる 4. 胃瘻児の腹満対策 胃瘻がある子は、空気が結構溜まって腹満になる子がいるため、漢方のアドバイスを病院にいる 薬剤師に聞いて伝えることがあるので、訪問薬剤師と一緒に連携とれると良いと思う
連携の特徴	病院の同行看護師が中心となり、多職種と関係機関を調整しながら、食事形態・支援方法・環境を共有している 食事とリハビリテーションを連動させ、姿勢や環境を整えることで、安全な摂食と継続的な生活支援を実現している

表 11 好事例による取組概要（つづき）

過程	
指示書が出るまでの経緯	・退院時期: 11月に退院 ・訪問開始: 退院から半年後の7月に訪問栄養指導開始 ・きっかけ: 当初は予後をゆっくり過ごす状態と考えられていた ・半年間で徐々に改善の兆候が見られた(追視、寝返りなど) ・唾液の飲み込み、一口二口の誤嚥なしでの摂取が可能になった時点で依頼
ゴール設定	・第1段階: 経鼻栄養チューブを抜去し、経口摂取を可能にする ・第2段階: 栄養補助食品(経腸栄養剤 1缶300kcal)を含めた体重コントロール ・現在: 継続的な体重管理と栄養状態の維持
指示内容	・第1段階: 摂食嚥下機能障害に対する経口摂取への移行支援 ・第2段階: 摂食嚥下機能障害における体重増加支援(現在は外来対応)
栄養ケアの内容	・評価・検査: - VF(嚥下造影検査)実施で誤嚥リスク評価 - 病院でのVF、自宅でのVE(嚥下内視鏡検査) - ペーストの中のどの食形態が口にあっていのかを評価 ・食形態選定: - 歯科医師・歯科衛生士と連携してペースト形態を決定 - まともペースト状への食事調理指導 ・調理指導: - 少量高カロリーのみとペースト調理法 - 調理器具のアドバイス(小型ミキサーなど) - とろみ剤、添加剤の選定指導 - 水分代わりにご飯を使用した高カロリー化 ・栄養剤の工夫: - 経腸栄養剤(1.5kcal/mL)をアイス状へ加工 - ココアパウダー添加によるコーヒー味の改良 ・段階的移行: 経鼻栄養の滴下量を徐々に減量し、経口摂取量200g/食まで到達時にチューブ抜去、歯科医師に食べたものを評価してもらった
効果	
6歳時点の評価指標: 体重の変化(体重が減らないようにする)と便秘状態 達成結果: 経鼻栄養チューブの完全抜去達成 1食200g程度の経口摂取可能 口からの水分摂取可能 一時的な栄養剤飽きによる体重減少後、再び改善	

■困難事例からの課題

- 地理問題・距離

訪問往診の訪問範囲(16 km)外の遠方(約2倍)の県外のギリギリのところから、医師を通じて依頼がきた。医師に県の栄養ケア・ステーションに訪問管理栄養士を派遣してもらえるかを依頼したが、重心に対応した訪問ができる人がないとのことで断られたとのことで再度依頼がきた。
- 代替手段の限界

県の栄養ケア・ステーションに依頼するも、重症心身障害児対応可能な訪問管理栄養士がいないと断られた。栄養ケア・ステーションは重症心身障害児へのハードルが高い現状。派遣がしてもらえない現状があるということで困っている。

解決方法として、依頼元の大病院の栄養士に直接電話連絡をした。外来の栄養指導でのカバーを依頼した。どのような感じで指導すればいいのかをアドバイスしながら、外来で対応してもらった。

■制度に対する課題

- 経済的課題

訪問に要する時間（往復 3 時間）に対する報酬の低さ。

1 日 2 件程度しか訪問できない効率性の問題。

報告書作成時間も含めた総合的な時間コスト。

- 人材育成の課題

重症心身障害児対応可能な訪問管理栄養士の不足。

栄養ケア・ステーションでの対応困難。

専門性の高さによる参入障壁。

- 制度設計の課題

医師との同日算定制限による連携阻害。

医療保険と介護保険の報酬格差。

重症心身障害児の特殊性に対する制度的配慮不足。

- 情報共有の課題

共通書式の不備。

施設間での情報伝達の標準化不足。

■制度改善に向けた提言

- 算定制度の改善

医師との同日算定の解禁、医療保険の算定料を介護保険並みに引き上げ、重症心身障害児の指導料を高く設定。

医師の訪問と同日算定ができないこと。医師から一緒の時間帯に、どういう状況でどうしたらいいのかを見てほしいと言われるが、医師に算定できないと言うと、別々での訪問となる。別々だと意図がなかなか伝わりにくかったりとかするので、一緒に訪問すれば一番楽だと話すことがある。

医療保険での算定の方が介護保険での算定より低いこと。重心の子は、行わなければならないことが多いため、やればやるほど時間が結構かかる。重心の子に関する栄養指導の方が医療保険は高い方が良いと思っている。

- 交通費の制度化

交通費の確実な徴収を制度化、遠距離訪問への配慮の要望。

交通費も一応、在宅栄養指導のこの規約の中に、負担とは書かれているが、栄養指導の交通費をもらっていないため、交通費は絶対に取りれば、少しは利益にはなると思う。もしくは算定料を介護保険並みに引き上げしてもらおうかと思う。

病院の方でも訪問栄養食事指導を開始する動きになって、昨年から栄養科の中から 1 人 2 人出してやっていこうという話でなったが、名古屋市といえども、1 回の訪問の往復で 3 時間ぐらいかかり、1 日に 2 件ぐらいしか行けない、報告書も書くとも時間もかかるためとなると、金銭的に割に合わない判断になり、中止となった。普通の病院では、割に合わないと思う。

- 加算制度の充実

多職種連携加算の導入、カンファレンス参加時の加算。デイサービスや学校への指導加算。学校に栄養士がいないこともあって、訪問管理栄養士がデイサービスの食事を考えたりする機会もあるので、これの加算があると、やる気に繋がると思う。

- 回数制限の緩和

月 2 回以上の訪問を可能にする制度、終末期並みの回数制限緩和（最大 4 回/月）を希望する。

1-5. E 病院（京都府）

■施設概要

表 12 病院施設概要

所在地	京都府
種別（病床数）	在宅療養支援病院（60 床）
訪問栄養食事指導関連加算状況	在宅患者訪問栄養食事指導、 居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 4 名、非常勤 0.6 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 15 年以上前より、法人理事長より訪問診療と同様に「管理栄養士も病院の外に出る」という方針
- 同法人の訪問診療・訪問看護の同行訪問体制
- 入院中から在宅へのスムーズな連携体制構築
- 若手栄養士への段階的支援（成功体験を初期に持たせる）
- 地域連携室、介護部の積極的な関与
- 介護教室を通じた周知活動

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 脳血管疾患、摂食嚥下、糖尿病、慢性腎臓病、心不全患者

■好事例による取組概要

- 構造
脳出血後嚥下障害のある 60 歳代男性に対し、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーション等の多職種が療養手帳を用いて情報共有を行った。
- 過程
地域連携室の看護師の提案を起点に経口摂取移行を目標設定し、栄養管理と家族負担に配慮した嚥下食指導を段階的に実施した。
- 効果
5～6 か月で経口摂取が安定し、体重・食形態が改善、在宅生活の継続が可能となった。

表 13 好事例による取組概要

構造	
患者像	60歳代男性 脳出血後の嚥下障害、胃瘻造設 要介護度4
訪問頻度	月2回
連携職種	医師、看護師（訪問看護）、理学療法士（訪問リハビリテーション）、介護支援専門員、歯科医師
連携が必要とされる専門職	言語聴覚士、歯科衛生士
連携の特徴	・情報共有ツール：医師会発行の「療養手帳（ノート）」を全関係者が活用して情報を可視化・記録 ・臨機応変な連携：訪問時に不在でも看護師・介護支援専門員から情報が届く体制が整っており、問題対応が円滑
過程	
指示書が出るまでの経緯	地域連携室の看護師が起点となり医師へ提案
ゴール設定	経口摂取への移行
指示内容	・適正な栄養管理 ・経腸栄養剤変更による消化管の観察
栄養ケアの内容	・体重の変化をデイスサービス等でも測定 ・家族のケア負担感を考慮した嚥下調整食の調理指導 工夫例：家族と同じメニューで対応できるように、ご飯に出汁を足して漬すおじや風、パンを浸してフレンチトースト風にするなど、簡単な調整法を紹介
効果	
・5-6ヶ月で経口移行達成、体重増加、食形態向上（一口大まで）した ・最終的に経口摂取が安定し、在宅生活を維持。必要に応じて再介入も視野に入れた	

■困難事例からの課題

- 認知症グループホームの入所者における食事拒否例
認知面低下の為、食事拒否、経口摂取量の低下が問題であった。解決方法として、食事パターンの観察・分析を実施し、無理強いせず、食べられるものへのメニュー変更をした。環境整備の働きかけを行った。

■制度に対する課題

- 介護支援専門員への制度理解促進の必要性
1 症例からの経験積み重ねが必要である。
- 地域の医師会、訪問看護ステーション等との顔の見える関係づくりの重要性（同行訪問や連携イベントなど）

■制度改善に向けた提言

- 医師のオーダーに対する診療報酬上のインセンティブ付与

1-6. F 病院（大阪府）

■施設概要

表 14 病院施設概要

所在地	大阪府
種別（病床数）	在宅療養支援病院（109 床）
訪問栄養食事指導関連加算状況	居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 5 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 法人が管理栄養士職への理解があり、人数を確保している。在宅医療に力を入れる方針があり、トップダウンでの推進がされている（15 年前から）。
- 患者の人生を見られる視点、生活を支えたいと思う管理栄養士を採用の方針としている。
- 訪問栄養食事指導を活用したことがない介護支援専門員に、退院時に制度と、内容、栄養問題を説明している。
- 介護支援専門員等からの相談時にホームページを活用した説明を実施している。
- 院外調理により厨房業務が軽減し、訪問に行く時間を創出できている。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 低栄養：特に独居高齢者で骨折リスクのある方
- 糖尿病：食事制限と楽しみのバランス調整が必要な方

■好事例による取組概要

- 構造
多系統萎縮症・糖尿病・嚥下障害のある 70 歳代女性に対し、介護支援専門員、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーション、歯科医師・歯科衛生士、管理栄養士が連携する体制。情報共有はメディカルケアステーション（MCS）や訪問ノート、LINE を活用している。
- 過程
主介護者の夫が退院後の食事に不安を感じていたところ、介護支援専門員が過去に別患者の訪問栄養食事指導で管理栄養士との繋がりを想起し依頼となる。経口摂取維持と在宅生活継続を目標に設定。嚥下機能評価に基づく食形態調整、血糖コントロールを考慮した食事指導、ポジショニング調整、家族・多職種との情報共有を重ねた。
- 効果
体重が 33kg から 35.8kg へ増加し、経口摂取エネルギー量を維持。食べる意欲と QOL を保ちながら在宅生活の継続が可能となった。

表 15 好事例による取組概要

構造	
患者像	70歳女性 多系統萎縮症、糖尿病、嚥下障害 歩行困難 要介護度3
訪問頻度	月2回 初回はブレ訪問(診療点数なし) 歯科との同行時は臨時訪問(無償) 必要に応じて臨時訪問を実施
連携職種	介護支援専門員、医師(訪問診療医)、歯科医師、歯科衛生士、看護師(訪問看護)、理学療法士(訪問リハビリテーション)、デイサービス職員、管理栄養士(ショートステイ)
連携が必要とされる専門職	言語聴覚士 単位数の制限で理学療法士の介入が優先され言語聴覚士が介入できないことが多い。代替策として、歯科医師が嚥下機能を評価
連携の特徴	・情報共有ツール: MCS(メディカルケアステーション)、訪問先ノートでの連携、LINE、電話での情報交換 ・同行訪問: 歯科医師・歯科衛生士との同行訪問 ・施設間連携: ショートステイ先の管理栄養士との電話連携 ・職種での目標共有: 各職種が同じ方向を向いた支援
過程	
指示書が出るまでの経緯	退院後の食事について主介護者の夫が不安を感じる。介護支援専門員が過去に当院の訪問栄養指導を依頼した経験を想起し訪問診療の医師へ相談があり介入
ゴール設定	・経口摂取の維持 ・在宅生活の継続
指示内容	嚥下機能を配慮した安全な食事摂取と、血糖コントロールにも配慮した食事内容の指導
栄養ケアの内容	・家族の調理スキルに配慮した食事の選択。歯科医師と歯科衛生士と協働し、レトルト食品、ゼリーからの食形態検討 ・ポジショニング指導: 歯科医師と連携したポジショニング調整。完全側臥位での栄養摂取 ・栄養摂取方法の工夫: 摂取できなくなった嚥下レベルの食品をミックスジュースへの加工提案 ・家族、多職種と情報共有をし、口から食べられる食品の探索
効果	
・体重の増加(33kg から35.8kg) ・経口摂取エネルギー量の維持(1200-1400kcal) ・QOLの維持: 食べる意欲の維持、在宅生活の継続	

■困難事例からの課題

- 患者の治療参加意欲の問題
介護支援専門員や家族は介入の必要性を感じているが、患者本人にやる気がなく必要性を感じていない場合。本人にやる気があってもサポート体制が整っていない、また、経済的制約がある場合。
- 訪問栄養食事指導、居宅療養管理指導などの制度利用・活用方法が知られていない
多職種に栄養サポートの重要性が十分浸透していない。介入中の職種が、既に食事の相談にも乗っている。
解決方法として、栄養介入の重要性の啓発や、退院時に家族・関係者に制度とメリットをプレゼンテーションしている。多職種へ管理栄養士の活用方法を理解してもらう。どこに連絡すればよいか相談先の明確化をする。

■制度に対する課題

- 個人契約での訪問栄養食事指導の金額設定が不明確
- 居宅介護支援事業所を持たない施設が介入しにくい
- 病院の人員不足で訪問に人が出せない
- 栄養問題の発見・判断ができる職種が少ない

■制度改善に向けた提言

- 多職種、地域のキーパーソンへの制度の周知
- 訪問栄養食事指導スタートアップ、契約手続き等、サポート体制支援整備
- 訪問栄養食事指導のエビデンスの蓄積と効果の証明
- 訪問栄養食事指導の試用やすぐに相談できる環境整備の仕組み

1-7. G 病院（兵庫県）

■施設概要

表 16 病院施設概要

所在地	兵庫県
種別（病床数）	在宅療養支援病院（88 床）
訪問栄養食事指導関連算定状況	居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 4 名、非常勤 0.5 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 理事長の「世のため人のため」の方針があり、ノルマを課されない。
- 法人が居宅療養管理事業所を設置している点。医師と栄養ケア・ステーションの契約時に「居宅療養管理指導事業所」であることを説明し、事務手続きの負担感を軽減している。
- 訪問初回は顔を繋げてくれた専門職となるべく一緒に介入する。
- 業務効率化：給食システムの DX 化、委員会の議事録作成は AI を活用し、時間の創出をしている。
- 地域でのネットワーク構築：栄養士会でのブロックリーダーや講演活動の継続している点。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 褥瘡、嚥下障害、低栄養、経腸栄養管理、終末期患者

■好事例による取組概要

（好事例 1）

- 構造
多発性褥瘡と嚥下障害を有する 70 歳代女性に対し、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーション等の多職種が介護支援専門員を軸に連携する体制。
- 過程
他院からの依頼を受け介入し、褥瘡・低栄養改善を目標に、栄養内容の見直し、食形態調整、経口摂取継続支援を実施した。
- 効果
褥瘡が改善し、必要栄養量が確保され、摂食時間の適正化により疲労感が軽減した。

表 17 好事例による取組概要（事例 1）

構造	
患者像	70歳代女性 多発性褥瘡、前頭側頭葉変性症、意味性認知症、失語症、嚥下障害 要介護5 老老介護
訪問頻度	月1回 経済的問題による
連携職種	医師、看護師（訪問看護）介護支援専門員、理学療法士・作業療法士（訪問リハビリテーション）
連携が必要とされる専門職	医師、看護師（訪問看護）、薬剤師、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、 歯科医師、歯科衛生士
連携の特徴	・介護支援専門員のコーディネーターとしての役割が的確 ・各職種が粘り強くアプローチすることで家族のケアに対する意識変化が生まれた
過程	
指示書が出るまでの経緯	当院の訪問看護師が介入しているところ、他法人のクリニックの訪問診療担当医師と介護支援専門員からの依頼があった
ゴール設定	褥瘡、低栄養の改善
指示内容	・褥瘡悪化の防止 ・適正栄養量・水分量の確保 ・食事形態の調整 ・体重減少、便秘、褥瘡の改善
栄養ケアの内容	・主介護者の思い込みで、1年間同じフレーバーの栄養剤が提供されていた問題点を抽出し、バリエーションを広げる ・栄養剤ゼリーの調理指導 ・適正栄養量・水分量の栄養計算に基づく経口摂取維持の支援 ・たんぱく質エネルギー比率の増加
効果	
・褥瘡改善 ・必要栄養量の充足 ・適正栄養量の確保 ・喫食時間の適正化による疲労感の軽減	

（好事例 2）

- 構造
皮膚筋炎と嚥下機能低下のある 70 歳代女性に対し、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーション等の多職種が関与し、本人・家族が「お食事ノート」を記録し、在宅でのモニタリングと情報共有を行う体制。
- 過程
栄養不良とリハビリテーションの停滞を受け、管理栄養士が介入し、経口摂取移行を目標に栄養量調整や摂食時間短縮などを段階的に実施した。
- 効果
血糖コントロールが改善し、経腸栄養から経口摂取へ移行、ADL が向上した。

表 18 好事例による取組概要（事例 2）

構造	
患者像	70歳代女性 皮膚筋炎 嚥下機能障害にて胃ろう増設 要介護5
訪問頻度	月1回
連携職種	医師、看護師（訪問看護）、作業療法士・言語聴覚士（訪問リハビリテーション）、介護支援専門員
連携が必要とされる専門職	医師、看護師（訪問看護）、薬剤師、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、 歯科医師、歯科衛生士
連携の特徴	・各専門職が異なる法人に属するが、顔の見える関係であることから多職種連携の実践ができた ・「お食事ノート」の活用。チェック記録表で食品のチェック、血圧、体重、体脂肪を本人・家族がモニタリングを記録し、専門職と情報共有
過程	
指示書が出るまでの経緯	急激なリハビリテーション負荷による栄養不足、体重減少によってリハビリテーションが進まず、 管理栄養士と顔見知りの訪問リハビリのSTと介護支援専門員から相談があり。管理栄養士が訪問診療医師に繋ぎ介入となる
ゴール設定	経口摂取への移行
指示内容	・エネルギー出納の均衡を図る ・体重減少の抑制 ・血糖コントロールの適正化
栄養ケアの内容	・リハビリテーション負荷に応じた栄養補給量の調整。 ・経腸栄養剤と経口摂取の栄養量バランスを図り、体重減少を抑制。 ・喫食時間の短縮（30分を目安）
効果	
・血糖コントロール改善 ・経腸栄養から経口摂取に移行 ・介護度要支援2へ改善 ・ADL改善 ・関節可動域の改善	

■困難事例からの課題

- 利用者と家族の意向が一致しない場合
終末期に患者が食事を拒否しても家族が強要するケースについて、利用者と家族への丁寧な説明および病態栄養に基づいた論理的な説得をしている。体調、精神面を考慮した対応や、食べられない気持ちへの配慮をしている。
- 医師の理解不足と制度認知度の低さ
訪問栄養食事指導の指示を出さない医師が存在する。管理栄養士の役割が専門職、利用者、家族に十分理解されていない。解決方法として、医師会、歯科医師会、看護師、介護支援専門員、訪問看護事業所等の講演依頼を積極的に受け、管理栄養士の業務理解の推進を10年以上継続している。

■制度に対する課題

- 専門職のマンパワー不足
- 訪問診療医師と歯科医師の連携不足
- 歯科医師が管理栄養士にオーダーを出せない点
- 栄養ケア・ステーションが算定できない仕組み

■制度改善に向けた提言

- 居宅療養管理事業所の設置推進：直接算定可能な体制構築となる。
- 調剤薬局や訪問看護事業所との連携推進。算定・事務手続きの軽減と、連携を図ることが可能となる。

- 歯科医師から管理栄養士への直接指示の実現。
- 医師と歯科医師の連携に加算制度を設ける。
- 利用者の状態と管理栄養士の技能レベルに応じた調整等人的資源管理、マネジメントができる管理栄養士の育成。
- まずは近所から、徒歩や自転車で行ける範囲から始めるとよい。
- 管理栄養士のマッチングシステムによる休眠資格者の活用、スキルレベルに応じた業務分担システムなど組織的な体制の構築を図る。

1-8. H 病院（和歌山県）

■施設概要

表 19 病院施設概要

所在地	和歌山県
種別（病床数）	在宅療養支援病院（54 床）
訪問栄養食事指導関連加算状況	在宅患者訪問栄養食事指導、 居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 2 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 人員体制
50 床弱の病院で管理栄養士 2 名体制。1 名が院内業務、1 名が在宅担当の役割分担。
- 過去の経験
20 年前から訪問栄養の経験あり。10 年間の中断期間を経て再開。
- 組織的サポート
週 1 回の多職種カンファレンスや訪問看護との院内連携が図れている。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 血糖コントロール不良：食事量過多の患者。
- 肝機能障害：アルコール摂取により在宅で ADL 低下。
- 筋肉量減少：訪問・通所リハビリテーション利用中で筋肉量が上がらない患者。
- 胃切除後症候群：残胃症状での再入院予防。
- 終末期がん患者：経口摂取維持希望。

■好事例による取組概要

- 構造
食道癌終末期の 70 代男性に対し、在宅で主治医・訪問看護師・管理栄養士を中心とした多職種連携体制が整備されていた。
- 過程
家族の「最期まで口から食べたい」という希望を受け、誤嚥に配慮した食事形態調整と家族への調理・とろみ指導を行い、嗜好を尊重した支援を継続した。
- 効果
安全な経口摂取を維持し、食の満足感を得ながら在宅で看取りを実現した。

表 20 好事例による取組概要

構造	
患者像	70代男性、高齢夫婦2人暮らし 食道癌終末期、手術適応なし 義歯なし、歯茎と残存歯での咀嚼、経口摂取困難 介護保険での訪問栄養指導実施
訪問頻度	月2回(2週間ごと)
連携職種	主治医(消化器専門医)、管理栄養士(院内所属)、訪問看護師(院内所属) 、介護支援専門員、デイサービスのリハビリテーション職種 間接的関わり: 訪問診療医(若手医師)、院長(カンファレンス参加)
連携が必要とされる専門職	現在不足している職種 ・歯科医師: 現在連携している歯科医師がいない、もっとフランクに相談できる歯科医師が必要 ・経験豊富な訪問診療医: 栄養状態や食事への関心を持って診療できる医師 連携強化が必要な領域 ・訪問診療でのタイムリーな情報収集と指示 (1週間1回の訪問からの情報をタイムリーに情報共有できるとよい) ・ICT活用による情報共有(MCS導入予定)
連携の特徴	情報共有体制 ・週1回の多職種カンファレンス(訪問看護・在宅病棟・栄養士) 訪問看護(毎日)での体重測定、食事量・水分量を、上記カンファレンスで共有している。 ・サービス担当者会議での定期的な情報共有 ・状態変化時の随時カンファレンス ・リハビリテーションスタッフからリハビリテーション内容(ポジショニング等)に応じて医師と必要栄養量を相談し、栄養補助食品の購入についての検討 タスクシェアの実践 ・職種の壁を越えた患者・家族への寄り添い ・他職種への質問内容も含めた総合的な対応 ・「患者に寄り添う」という共通価値観の共有 評価・モニタリング ・医師・家族・訪問看護師との連携による食事形態適正性の確認 ・その都度の状況に応じた調整
過程	
指示書が出るまでの経緯	元々当院のかかりつけではなかったが、在宅ケア対応病院として転院。入院中に経口摂取が進まず、点滴離脱困難となった 家族の「口から食べさせてあげたい」という強い希望があり、主治医と相談の上、訪問栄養指導の指示があった
ゴール設定	・家族の希望: 最後まで患者が食べたいものを食べさせてあげたい ・医療的目標: 誤嚥性肺炎を起こさずに安全に経口摂取を継続 ・具体的目標: 適切な食事形態の提供。とりみ付けの指導、好みの食材(お刺身等)の安全な摂取
指示内容	・食事形態の調整指導 ・水分・とりみ付け指導 ・家族への調理方法指導
栄養ケアの内容	・水分のとりみ付け方法の実技指導 ・必要水分量の説明 ・購入惣菜や手作り料理のミキサー方法指導 ・家族と一緒に調理実習 ・サイコロ状カット刺身の提供方法 ・漬けにして柔らかくする調理法指導
効果	
・体重測定、食事摂取量の変化 ・成功体験の獲得: お刺身をサイコロ状にカットして安全に摂取できるようになった ・患者・家族の満足度向上: 「またこんなお刺身食べれるなんて思わなかった」 ・最終的な経過: 自宅で看取り	

■困難事例からの課題

● 家族・患者の拒否要因

プライバシーへの配慮不足：「おうちに来られるのが嫌」、「キッチンを見に来られるのも困る」

生活スタイルとの乖離：「そんなにきっちりしたものを作っていない」「出来合いのものばかり食べている」「私達も生活があるので、よう取り組めない」

指導内容への負担感：タンパク制限やエネルギー調整への困難感、「そんな言われてもよう取り組めない」という反応がある。

解決方法として、多職種を通じた継続支援、医師の訪問診察は継続、訪問看護師によるバイタルチェックは継続、看護師が食事内容を記録して栄養士にフィードバックを行う。段階的アプローチとして、栄養士からのパンフレット提供（看護師経由）、外来受診時の栄養指導への誘導や、「何かあったら病院に連絡」という見守り体制をとる。直接的な栄養指導は中止しても、病院との繋がりは維持し、間接的な栄養アドバイスの継続を工夫している。

■制度に対する課題

● 人員確保の困難

・全国的な人員不足

200床未満の病院：多くが管理栄養士1名体制。院内業務だけで手一杯、在宅まで手が回らない状況。

・経営的な制約

訪問栄養の収益性が低い。病院経営者への人員増の説得が困難。

● 地域格差

・和歌山県の状況

訪問栄養実施施設が極めて少ない。栄養ケア・ステーションも1つ程度の稼働状況。

・ノウハウ共有の困難

近隣に相談できる施設がない。制度に詳しいスタッフが少ない。新規参入時のサポート体制不足。

・ICT活用の遅れ

現状は、紙ベースでの情報共有が中心で、タイムリーな情報連携に課題。今後の取り組みとして、メディカルケアステーション（MCS）を導入予定。iPadなどの機器整備中であり、訪問管理への携帯端末導入検討している。

■制度改善に向けた提言

● 制度の柔軟性向上

訪問頻度の制約緩和：患者の状態、終末期に応じた頻度調整。

訪問看護ステーションへの管理栄養士配置。栄養ケア・ステーションよりも訪問看護ステーションに配置する方が効率的である。

リハビリテーション職種と同様の体制構築。

● 診療報酬の改善

入院中の栄養指導について、より柔軟な算定要件へ改善。

管理栄養士の生産性評価：包括化により直接的な収益が見えにくい。入院基本料への貢献度を明確化する必要。

1-9. I 病院（岡山県）

■施設概要

表 21 病院施設概要

所在地	岡山県
種別（病床数）	在宅療養支援病院（196 床）
訪問栄養食事指導関連加算状況	在宅患者訪問栄養食事指導、 居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 5 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 法人の理解と人員確保。病院全体で途切れのない栄養支援を目指す体制構築。
- 年間 1900 件の訪問実績。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 嚥下機能低下（38%）、フレイル（20%）、食思不振（15%）の状態の患者は効果を期待できる。

■好事例による取組概要

- 構造
慢性呼吸不全、慢性心不全と栄養状態不良を有する有料老人ホーム入居中の 89 歳女性に対し、主治医、看護師、介護支援専門員と連携した支援を行った。
- 過程
在宅医療部門を通じて介入し、食形態改善と摂食機能向上を目標に、嚥下評価、段階的な食形態調整、嚥下体操・訓練を実施し主治医へ継続報告した。
- 効果
段階的調整により常食まで移行可能となり、食事満足度と QOL が向上、栄養状態も改善し継続的なモニタリングが可能となった。

表 22 好事例による取組概要

構造	
患者像	89歳女性 慢性呼吸不全・慢性心不全・統合失調症を併発 栄養状態不良 (Alb 2.5、Hb 9.3) ペースト食で義歯なし 有料老人ホーム入居中
訪問頻度	月2回(2週間に1回)／2023年7月継続中、介護保険
連携職種	主治医、看護師、介護支援専門員
連携が必要とされる専門職	医療ソーシャルワーカー、リハビリテーション職(理学療法士、言語聴覚士による食形態の評価支援)
連携の特徴	介護支援専門員:状況把握と相談・提案 看護師:食事摂取の問題の発見と連絡 主治医:最終指示
過程	
指示書が出るまでの経緯	看護師および主治医からの依頼。在宅医療部門を通じて介入開始。介護支援専門員へも共有した
ゴール設定	1栄養状態の改善 2食事満足度の向上 3食形態のアップ
指示内容	主治医栄養状態の改善を求める指示あり
栄養ケアの内容	嗜好調査、食事観察、嚥下体操・嚥下マッサージ、動画を活用した訓練、食形態の段階的調整、主治医への逐一報告した
効果	
・段階的な食形態調整を行い、2025年4月には常食へ食形態を上げることが可能となった ・嗜好や食事満足度も大きく改善され、患者本人の食生活の質が向上した ・栄養状態も改善傾向にあり、介入前後でQOLの明確な向上が確認された 現在も介入は継続中で、継続的なモニタリングと見守りを実施している	

■ 困難事例からの課題

● 多疾患併存患者

慢性心不全や慢性腎不全、加齢に伴う体力低下・廃用、摂食嚥下障害、嚥下機能低下が多く、糖尿病、高血圧、認知症などの併存疾患を有する患者、栄養状態不良となるリスクにある患者。病状悪化後に食思不振が深刻化してから栄養介入が開始されるケースが多く、1ヶ月以内の再入院に至る場合が多い。解決方法として、在宅における栄養訪問の社会的認知度の向上に取り組んでいる。また、現場での活動実績を積み重ねることで、管理栄養士の早期介入の必要性を広く周知し、「在宅における管理栄養士の介入は当たり前」という認識の定着を目指している。さらに、医療従事者や一般市民への啓発活動を通じて、途切れのない栄養支援の重要性を伝えている。

■ 制度に対する課題

- 管理栄養士の配置基準が実態と乖離
- 病棟以外への活動展開に人員不足
- 診療報酬等の評価が低い
- 在宅栄養介入の認知度不足
- 経験の蓄積機会が乏しい

■制度改善に向けた提言

- 医師の特別指示が無くとも、週 1 回の訪問可能とする制度設計報酬の引き上げが必要
- 管理栄養士の教育・スキルアップ推進
- 制度改革と社会的認知向上
- 多職種との信頼関係構築

1-10. J 病院（福岡県）

■施設概要

表 23 病院施設概要

所在地	福岡県
種別（病床数）	在宅療養支援病院（50 床）
訪問栄養食事指導関連加算状況	居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 2 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 在宅訪問管理栄養士認定資格による専門知識の習得。
- 管理栄養士が、医療、介護制度の双方の知識や理解を持っていること。
- 給食を院外調理方式にすることにより、調理負担が軽減し、調理員の離職率低下し、給食管理が円滑である点。
- 多職種に訪問栄養食事指導の効果、利益等を積極的なアピールを実践している。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 慢性心不全：低栄養が予後不良と関連するため。
- 摂食嚥下機能低下
- 管理栄養士不在の施設（グループホーム等）

■好事例による取組概要

- 構造
対象者は 70 歳男性で、慢性閉塞性肺疾患（COPD：chronic obstructive pulmonary disease）と低栄養を有し、介護付き有料老人ホームに入居していた。医師、介護支援専門員、看護師、介護士、管理栄養士など多職種が関与し、施設内外で連携しやすい体制。
- 過程
COPD 増悪による入院後、退院支援の一環として栄養介入が継続された。栄養状態の改善と QOL 向上を目標に、嗜好を重視した食事内容の調整や、食事温度・姿勢への配慮、栄養補助食品の活用が行われ、支援内容は施設職員と共有された。
- 効果
摂取エネルギー量が増加し、2 か月で体重が 1.3kg 増加した。施設での生活は最期まで継続でき、本人が希望していた食の楽しみが回復し、QOL の向上が得られた。

表 24 好事例による取組概要

構造	
患者像	70歳代男性 COPD、低栄養 身寄りなく、介護付き有料老人ホームに入居 在宅酸素療法食事・トイレ・入浴以外はベッド上臥床 意思疎通可能 左肺がほぼ機能せず、右側向きで食事摂取。無歯顎だが義歯なしで常食摂取可能であり、嚥下機能は良好 要介護度2
訪問頻度	月2回
連携職種	医師（訪問診療医）、有料老人ホーム：介護支援専門員、介護士、看護師、理学療法士、施設長、調理師、管理栄養士、病院：薬剤師、医事課事務員
連携が必要とされる専門職	歯科医師、歯科衛生士 定期的な歯科訪問診療との連携が必要
連携の特徴	・介護支援専門員が窓口機能を担当 ・グループ施設の既存に構築された関係性によるコミュニケーション
過程	
指示書が出るまでの経緯	・COPDが増悪し、病院の地域包括ケア病棟に再入院。入院中から管理栄養士が栄養介入をし、食事内容の調整をしていた ・退院月に管理栄養士から訪問診療医に働きかけ介入を提案した 入院時主治医が訪問診療を担当しているため指示が出やすかった ・患者担当の介護支援専門員が、過去の別患者の訪問栄養食事指導の介入の経験があり、コミュニケーションが容易であった
ゴール設定	・食欲の改善 ・摂取栄養量の増加 ・体重の維持 ・QOLの向上
指示内容	栄養状態の改善
栄養ケアの内容	・嗜好に配慮した食事提供。買い物代行を活用し嗜好品を購入。夕食にビール、冷凍焼き鳥を温め提供 ・姿勢に配慮し、主食をご飯から食パンに変更 少量で栄養価の高い栄養補助食品や牛乳を付加し提供 ・昼食時に個室訪問をし、食事内容の問題確認、嗜好の適合性を確認し調整
効果	
・食事摂取量増加（1割から5割程度へ） ・摂取エネルギー量の増加（1300kcal） ・QOLの維持：1年半にわたり再入院なく施設で過ごし、最終的に看取りまで実施 ・QOLの向上：本人の望む食習慣であるビールと焼き鳥の摂取により、食の楽しみを得る事ができた	

■困難事例からの課題

● 多職種の理解不足

医師、介護支援専門員に、管理栄養士による居宅療養管理指導の内容や具体的な流れが周知されていない。ケアプランへの組み込み方法がわからない。解決方法として、医師への積極的な挨拶・提案、多職種連携研修会での制度説明や成功事例の紹介を行い、アピールする事を検討している。栄養ケア・ステーションの紹介、居宅療養管理指導を実施している医療機関等のリスト作成が必要である。

■制度に対する課題

- 病院の1名配置基準では病院栄養管理業務と居宅療養管理指導の両立が困難
- 直営給食での調理員不足による管理栄養士の調理業務従事
- 医師の栄養管理に対する重要性の認識が不足している
- 医師からの積極的な指示が少ない（管理栄養士からの提案に依存）
- 介護支援専門員の制度理解不足。

- 医療保険従事者の介護保険制度理解不足。

■制度改善に向けた提言

- 医療従事者への介護保険制度教育
- 多職種への制度周知
- 居宅療養管理指導の専門担当部署の設置（病院在宅部等）による業務の集中化

1-11. K センター（東京都）

■施設概要

表 25 センター施設概要

所在地	東京都
種別（病床数）	その他医療施設（30 床）
訪問栄養食事指導関連加算状況	在宅患者訪問栄養食事指導、 居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 2 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 訪問リハビリテーションからの困難事例の相談が、訪問栄養食事指導の 1 例目の契機となった。
- 院内制度整備による実施体制構築がされている。
- 回復期からのフォローアップによる患者背景の把握が可能である。
- 指示書の取得が円滑である。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 低栄養、摂食嚥下障害
- 食事準備に不安がある場合、老老介護
- 患者・家族の理解に不安がある場合
- 基礎疾患を複数持つケース
- 体重減少した症例で家族等食事を準備する人との協力体制が得られる場合
- 回復期リハビリテーション病院の退院直後の生活混乱期にフォローアップでの介入

■好事例による取組概要

- 構造
70 歳代女性で、回復期リハビリテーション病院から退院後、夫と二人で在宅生活を再構築する状況にあった。摂食嚥下障害と低栄養リスクを有し、要介護 5 であった。医師、訪問管理栄養士、訪問看護師、訪問言語聴覚士、リハビリテーション職種、介護支援専門員が関与し、退院前カンファレンスを含む切れ目のない支援体制が整えられていた。
- 過程
退院前から訪問栄養食事指導の導入準備を行い、家族と契約手続きを済ませた上で、地域スタッフとのカンファレンスを実施した。摂食嚥下障害に対応した食事準備の安定化を目標に、活動量の低下に応じた栄養量の再設定と、家族の介護負担を考慮した嚥下調整食の段階的な指導が行われた。入院中から関わっていた ST との密な連携により、嚥下状況の変化に応じた調整が継続された。

● 効果

食事の準備と摂取は安定し、体重は維持された。当初懸念されていた低栄養よりも、在宅生活への移行に伴う活動量低下による過栄養リスク管理の重要性が明確となった。

表 26 好事例による取組概要

構造	
患者像	70歳代女性、夫(80代前半)と2人暮らし 入院期間:約3ヶ月(回復期リハビリテーション病院) 要介護5 家族構成:近所に長女(50代)、次女(50代)が居住 長女が介護・食事準備を担当、次女がフォロー 病前状況:家事や買い物等は本人の役割だったが、退院後は生活の再構築が必要
訪問頻度	月1回 期間:4ヶ月間
連携職種	院内:医師、言語聴覚士(訪問リハビリテーション)、リハビリテーション専門職、訪問管理栄養士 院外:かかりつけ医、訪問看護師、介護支援専門員
連携が必要とされる専門職	訪問看護師:情報共有と役割が終了したときの引継ぎの申し送りが必要 連絡ノートでの情報交換に課題があり、よりリアルタイムな情報共有システムが必要
連携の特徴	・回復期からの継続:退院前カンファレンスを開始し、切れ目のない生活期への移行 ・情報共有の質:入院中に密な関わりがあったため、家族の能力や状況を把握 ・連携がスムーズなことで介入期間が短縮(4ヶ月) ・院内における言語聴覚士との連携:嚥下状況の変化や栄養指導の進捗を直接の話で共有
過程	
指示書が出るまでの経緯	入院中に訪問栄養指導の制度についてご家族に説明実施 居宅療養管理指導の契約を事前に完了した 地域スタッフとのケアカンファレンスに参加し、情報共有を実施した 退院前に訪問看護事業所との連携体制を構築した
ゴール設定	・主目標:摂食嚥下障害に適した食事の準備と摂取の安定化 ・栄養管理:低栄養の改善と適正な栄養量の調整 ・嚥下機能:摂食嚥下障害に対する調理指導 ・家族支援:ご家族の生活状況に合わせた段階的な手作り食への移行
指示内容	嚥下障害と低栄養に対する介入で、嚥下調整食の調理の指導の方はご家族の生活の状況に合わせる
栄養ケアの内容	・栄養量調整:入院中の9単位のリハビリテーションから在宅でのベッド上生活への活動量変化に対応した栄養量の見直し ・嚥下調整食指導:学会分類コード2-1から4まで対応可能だが、基本的には2-1、2-2を使用 介入初期は市販品使用、生活に慣れてから段階的に手作り食へ移行した 家族への指導は、介護に慣れるまでの段階的なアプローチとした
効果	
・食事の準備と摂取が安定化 ・体重維持の達成 ・当初心配していた低栄養から、実際には過栄養リスクの管理が重要であることが判明	

■困難事例からの課題

- 訪問受け入れ拒否

初回から5回目まで室内入室の拒否があった。多職種（訪問看護師、訪問介護員）は入室可能だが、管理栄養士のみ拒否される。疾患の再発予防に対する意識は低く、飲酒継続に対する医師の治療拒否があり関係性が悪化した。患者の医療機関との関係が断絶となった。医師の指示書の取得不可により訪問栄養食事指導は終了した。

解決方法として、関係構築のアプローチを実践した。1～3回目の訪問では、人となりの説明、患者の興味関心の把握、4回目は、台風をきっかけとした玄関での食事相談、5回目は患者からの買い物の同行を提案し、6回目で、ようやく室内での栄養指導が実現した。介護支援専門員との電話連絡による情報共有をした。算定の工夫として、立ち話しでの体重・血糖値確認、薬手帳確認により算定継続をした。振り返りとして、ケースワーカーとの連携不足、サービス終了後の情報共有の必要性があった。

■制度に対する課題

- マンパワー不足

回復期リハビリテーション病院でも業務が増加し、訪問までの余力不足である。急性期病院でのカンファレンス、回診増加による業務圧迫がある。

- 普及の阻害要因

認知度が低く、介護支援専門員でも制度を知らない場合がある。依頼側のハードルの高さがある。指導側が最初の一步を踏み出すことの困難さがある。

- 連携システムの課題

院外スタッフとの情報共有のタイムラグがある。連絡ノートでの情報交換の限界がある。急を要する場合のFAX・電話連絡の非効率性が課題である。

- 長期介入の課題

介入期間の適正化（最長9年の事例もあり）が課題である。在支病・在支診や栄養ケア・ステーションへのバトンタッチの必要性がある。

- 制度運用の課題

強化型栄養ケア・ステーションの活用方法の不明確さ。

■制度改善に向けた提言

- 地域資源の見える化

どこに相談できるかがわかる地域の管理栄養士の専門性マップ作成。
区などを巻き込んだ訪問栄養食事指導マップの整備。
ホームページでの積極的なアピール。

- 検索システムの改善

「居宅療養管理指導」より「栄養指導」での検索ヒット向上。
困ったときに相談できる窓口の明確化。

- 主治医からの提案が患者の受け入れに効果的

- DX化の推進

医療用SNS、LINEグループなどによる情報共有。
カンファレンスのDX化による時間効率化。
リアルタイムな情報共有システムの構築。

2-1. L 診療所（茨城県）

■施設概要

表 27 診療所概要

所在地	茨城県
種別	在宅療養支援診療所
訪問栄養食事指導関連加算状況	在宅患者訪問栄養食事指導、 居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 1 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 管理栄養士の常勤雇用
26～27 年前から管理栄養士を雇用する方針である。
訪問栄養食事指導のアウトカム等がない時期から人材を先行投資している。
管理栄養士が常勤雇用であることから、多職種が気軽に相談が可能である。
- 結果重視の姿勢
患者状態改善による医師の診療貢献をしている。
家族の安心感が向上し、「助かった」「役に立った」という効果を獲得している。
- 波及効果の創出
成功事例による他ケースへの展開がされている。
地域への情報発信活動を行っている。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 本人・家族が食事や栄養に不安を持っている場合。
- 低栄養リスク、褥瘡がある、経口摂取減少、家族が「食事が少なくなった」と訴える場合。
- 糖尿病性腎症：長年の指導を受けてきた食事療法と異なり、エネルギー補給、たんぱく質制限に患者や介護者は戸惑いやすい。
- 経口摂取困難者：栄養剤処方後の効果確認が不足である。
- 経管栄養患者：退院時設定のまま調整されていないケースに介入し、経鼻胃管および胃ろうからの栄養補給量が適正かを評価・観察する。
- 心不全患者：摂取量や塩分、水分の適正量判断、経過観察 ■ 好事例による取組

概要

- 構造
70 代女性で、進行したパーキンソン病と心不全を併存し、全介助・胃瘻造設後の在宅療養を行っていた。重度褥瘡を有し、要介護 5 で、主介護者は高齢の夫であった。医師、訪問看護師、言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員、医療ソー

シャルワーカーが関与し、共通カルテや日常的な情報交換により多職種連携体制が構築されている。

- 過程

訪問診療開始後、経管栄養量を増量しても胃瘻周囲の漏れや褥瘡が改善しなかったため、栄養食事指導が導入された。安静時エネルギー消費量測定を基に栄養適正量を再設定し、栄養剤を液体から半固形へ変更するとともに、段階的なエネルギー増量と注入方法の工夫により介護負担軽減と合併症改善を図った。あわせて、言語聴覚士と連携し経口摂取の評価と支援を行った。

- 効果

体重は 8kg/年増加し、褥瘡は完全治癒した。覚醒時間の延長や意思疎通の改善がみられ、好きな食品を少量でも口から楽しめるようになるなど QOL の向上が認められた。

表 28 好事例による取組概要

構造	
患者像	70代 女性 パーキンソン病(5年前から進行)、心不全(2年前に併発) 全介助状態、車いす移動、胃瘻造設(2年前)、重度褥瘡 要介護度5 主介護者は夫(80代)、2人暮らし 近所に息子夫婦、ほぼサービスで介護を賄う
訪問頻度	初期:月2回 安定期:月1回(経過観察) 介入期間:1年程度 継続中
連携職種	医師、看護師(訪問看護)、言語聴覚士(訪問リハビリテーション)、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー
連携が必要とされる専門職	・リハビリテーション職:拘縮改善、将来的な機能訓練再開 ・多職種の介入過剰による家族負担を避ける配慮、家族の休息日確保が必要
連携の特徴	情報共有システム ・共通カルテ:医師の紙カルテに管理栄養士のファイルを挿入する ・定期報告:看護師から医師報告への報告を管理栄養士も情報共有できる ・リアルタイム連携:玄関先での情報交換、終了時間での情報収集 専門職間調整 ・ドクターズクラークによる調整:指示書・患者情報・検査データのまとめ、医師との連絡調整 ・言語聴覚士との連携:メールでの食形態確認、摂食訓練状況の報告、サンプル食品提供 ・介護支援専門員:訪問前後の情報共有

表 28 好事例による取組概要（つづき）

過程	
指示書が出るまでの経緯	・入院中に胃瘻造設、経管栄養900kcal/日で退院 ・褥瘡発生、通院が困難となり、訪問診療開始 ・退院後も在宅で褥瘡の治療も継続するも褥瘡が悪化 ・訪問診療開始後、栄養補給として経管栄養1200kcal/日に増量するも胃瘻からの漏れが深刻 ・訪問診療医師が3ヶ月間調整するも改善せず、栄養食事指導の指示あり
ゴール設定	1. 栄養適正量の設定と褥瘡改善: 社会参加の回復: 施設サービス再開、顔見知りの人への挨拶 2. 経口摂取の楽しみ: 好きなもの（お酒、シュークリーム、スイカ等）を食べられるようになること 3. QOL向上: 手作りのものを食べる楽しみの回復
指示内容	胃瘻孔からの逆流、胃瘻周囲からの漏れの改善。褥瘡、全身状態の改善
栄養ケアの内容	・栄養剤の変更: 液体から半固形栄養剤 ・安静時エネルギー消費量測定: 専用機器で1000kcal測定、根拠に基づく栄養量設定 ・エネルギー量調整: 900kcal → 1200kcal → 1500kcalへ段階的に増量 ・注入方法: 加圧バッグ使用、介護負担軽減を目的に、5回から4回注入への調整 ・言語聴覚士と連携した食形態評価と適合食品紹介 ・経口摂取支援: エネルギー、タンパク質の多い食品選択の指導
効果	
・身体的改善 - 体重: 8kg増加 - 褥瘡: 完全治癒 - 身体計測: 上腕周囲長3-4cm増、下腿周囲長2cm弱増 ・機能的改善 - 意識レベル: 覚醒時間の延長、会話可能となった - 意思疎通: 食べたいものを表現、簡単な会話 ・QOL改善 - 経口摂取: プリン、アイス、手作り味噌汁等を楽しめるようになった	

■困難事例からの課題

- 医師からの説明不足による家族の消極的反応
担当医師から訪問指示書は出たものの、家族への十分な説明がされておらず、訪問日時の調整の連絡時に家族が消極的な反応を示す場合がある。医師との連携強化をし、医師からの事前説明の徹底をしている。連絡時に家族が消極的な場合は医師に報告、相談をする。
- 栄養指導への誤解を持つ家族
栄養指導への誤解がある。背景に、コロナ禍での接触への懸念があった。カタログや書類をもらうだけで十分で、身体測定に「そんなことまでするのか」という反応があった。解決方法として、訪問内容の事前説明において、身体測定や食事調査等実施内容についての説明や、段階的アプローチで無理のない範囲での支援であることを伝える。
- 多職種が栄養問題に消極的な態度を示すケース
訪問栄養食事指導より先に訪問看護師が介入し、患者や介護者との関係構築済みである場合が多い。そのため、訪問看護師より「訪問栄養食事指導が入ると手間がかかる」「今更栄養指導が必要なのか」等といった発言があると患者や介護者も消極的な態度になりやすい。
介護支援専門員より「なぜ栄養指導が必要なのか」「私たちが食事相談は可能」等といった発言がある。また、介護支援専門員が管理栄養士の居宅療養管理指導

の内容・単位・回数を知らない場合がある。解決方法として、多職種との関係構築のため、訪問栄養食事指導の必要性や介入効果を多職種に説明、報告している。「指導」ではなく「相談」「支援」「協働」の姿勢であることを示すようにしている。

■制度に対する課題

- 収益性の問題
管理栄養士雇用はコスト面でマイナスとなる。常勤雇用の継続には、理解ある経営層が必要である。
- 多職種理解不足
栄養問題に対する多職種の理解不足がある。患者が「高齢だから仕方ない」で済ませる傾向である。外来栄養指導のイメージによる偏見がある。
- スクリーニング体制不備
介護支援専門員に対するスクリーニング教育が必要である。また、医師の栄養問題への関心不足や家族の不安を適切に拾い上げる仕組みが不足している。
- 人材育成システムの不備
訪問栄養食事指導が実施できる管理栄養士の育成システムの構築が必要である。同行訪問等の研修体制の未整備等が挙げられる。一方で、実習・見学受け入れの限界（プライバシー、受入れ先の人手不足）もある。
- 地域格差
先進的取り組みを行う事業所の偏在がある。制度理解の地域格差、管理栄養士配置の地域格差がある。

■制度改善に向けた提言

- 研修の充実化
介護支援専門員向け：栄養問題のスクリーニング能力向上、居宅療養管理指導制度の理解促進、医師への適切な相談・上申スキル、医療的知識の向上となる継続研修。
医師向け：高齢者栄養に関する理解向上、適切な栄養指導対象者のスクリーニング（ターミナルケアとアクティブケアの区別）。
- インセンティブ制度
指示書作成への報酬：医師が栄養指導指示書を書くことへのインセンティブを設ける。
- 報酬体系の改善
現行制度の問題：1回ごとの報酬、2回まで等の制限。
3回目以降は自費またはサービスや、月額制導入：月1人あたり定額制の導入。
メリットとして、必要に応じて複数回訪問可能、不要な場合は最低1回によって、柔軟で適切な栄養ケア提供が可能となる。

2-2. M 診療所（茨城県）

■施設概要

表 29 診療所概要

所在地	茨城県
種別	在宅療養支援診療所
訪問栄養食事指導関連加算状況	在宅患者訪問栄養食事指導、 居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 1 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 組織的要因
院内で訪問栄養食事指導が浸透している。医師・看護師の理解と協力がある。
- 広報活動
報告書をなるべく届け、介護支援専門員との顔の見える関係を構築している。
居宅介護支援事業所への営業活動を実施している。地域の会やカフェへ出向き、
管理栄養士の存在をアピールしていた。ホームページでのわかりやすい情報発信
を行っている。リーフレットの作成をしている。
認定栄養ケア・ステーションの立ち上げ。地域に「管理栄養士がいる」ことの看
板的役割と、管理栄養士が訪問栄養食事指導業務のみにならないよう、心理的負
担軽減を考慮し、業務の幅を拡大することをねらいとしている。
- 訪問栄養食事指導体制の立ち上げ時の行動
在宅訪問管理栄養士の認定資格を取得した。院内プレゼンテーションにより、多
職種へ訪問栄養食事指導の理解を促進した。訪問診療に同行し、自ら患者を見つ
けて提案を行った。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 知識不足による低栄養
- 血糖コントロール不良
- 独居高齢者（特に男性）

■好事例による取組概要

- 構造
対象者は 60 歳代女性で、脊髄空洞症による四肢麻痺を有し、栄養状態不良、浮
腫、嚥下機能低下を伴う要介護 5 の在宅療養者であった。主介護者は高齢の夫と
母であり、適切な食事支援が困難な状況であった。医師、看護師、訪問看護師、
訪問介護員、相談支援専門員、管理栄養士が関与し、連絡ノートを活用した情報
共有体制が取られていた。

● 過程

在宅訪問診療を行う同クリニックの医師および看護師からの指示により、栄養および嚥下指導が開始された。嚥下機能への配慮として、とろみ剤使用の具体的指導を行い、訪問介護員への実践的助言や向精神薬調整の提案、食事形態の是正を進めた。あわせて、栄養補助食品や医薬品栄養剤の導入、家族への栄養指導を実施し、多職種と連携しながら支援を継続した。

● 効果

定期的な血液検査および体組成評価により栄養状態の改善が確認され、浮腫は軽減した。経口摂取は安全かつ安定して継続可能となった。

表 30 好事例による取組概要

構造	
患者像	60歳代 女性 脊髄空洞症 栄養状態不良、エネルギー・タンパク質不足、浮腫あり 四肢麻痺、向精神薬服用により嚥下機能低下、肥満、覚醒不良、傾眠がち 介護者 夫70歳代、母80歳代 要介護度5
訪問頻度	・介入初期：週1回程度（月2回を超えるとサービス対応） ・安定期：月2回 ・総期間：2年2ヶ月 （医療保険による介入を約2年実施し、その後、介護保険による介入へ切替）
連携職種	・医師、看護師（同所属のクリニック）、訪問看護ステーション所属の看護師、訪問介護員、相談支援専門員 ・役割分担： 医師：診療・薬剤調整 訪問看護師：家族指導・観察 訪問介護員：とろみ剤調整の実施 相談支援専門員：職種間の連絡・調整 管理栄養士：栄養・嚥下指導
連携が必要とされる専門職	言語聴覚士 介入当時は不在で管理栄養士が手探り状態の対応をしていた。現在、院内に言語聴覚士は配置され、相談環境は整備されている
連携の特徴	情報共有ツール：連絡ノートの活用
過程	
指示書が出るまでの経緯	・介護者である家族が高齢であり、食事支援の理解が乏しく、不適切な食形態が提供されていた（嚥下調整食Lv.2-3に対し、常食の提供） ・本人宅に訪問診療を行っていた同所属クリニックの医師ならびに看護師より指示当初、他所属の訪問看護師が安全な食事摂取の指導を家族にしていたが、栄養指導の必要性の声かけあり
ゴール設定	・安全な食事摂取の確立 ・栄養状態の改善
指示内容	・栄養状態の改善 ・嚥下に配慮した安全な食事指導
栄養ケアの内容	・嚥下機能改善への取り組み とろみ剤の使用指導、訪問介護員への指導 医師による向精神薬の調整提案、食事形態の調整 ・栄養改善への取り組み 補助食品の提案、医薬品栄養剤の利用提案、家族への栄養指導 ・多職種との連携 外部訪問看護師との協働、連絡ノートによる情報共有

表 30 好事例による取組概要（つづき）

効果
評価：血液検査（3ヶ月に1回定期実施） 体成分分析装置による評価 浮腫の軽減 経口摂取の継続・安定化 栄養状態の改善

■困難事例からの課題

- がん終末期で経口摂取困難な状態での介入
診療が主となり栄養指導の介入の余地がなくなるため、進行する前段階での介入をしている。
- サービス導入前の拒否
心疾患にて塩分制限が必要であり、医師の依頼で介入連絡するが、家族が「この年齢で制限したくない」と拒否をする。「栄養士＝あれ駄目これ駄目」のイメージを持つ患者、家族が多い。解決方法として、サービス開始前の丁寧な説明の実施（料金、サービス内容）、利用の可否に関わらず説明訪問を必須化、介護支援専門員と同行での説明をしている。
- 老老介護の場合
夫への調理指導が理解・実施できない。「指導されてもできません」で1～2回で終了することもある。解決困難である。
- 本人と家族の意向が不一致のケース
家族は「良くなって欲しい」が、本人は「もういい」と意見の相違で介入が無効となり、介入中止を選択することがあった。
- 専門職の理解不足
看護師が患者に、固定観念にとらわれた栄養指導内容のイメージを伝えている。解決方法として、専門職への栄養指導内容の理解を促進している。

■制度に対する課題

- 制度運用の実効性が乏しい
在宅療養支援診療所の体制整備要件追加後も、現状は連携体制構築のみで実際の指導に至らない。
- 人材の問題
管理栄養士の絶対数不足。栄養士の技量「あれ駄目これ駄目」といった栄養指導のイメージの払拭が課題である。

■制度改善に向けた提言

- 訪問栄養食事指導実施まで至る強制力のある方策を策定する
「訪問栄養食事指導をやらざるを得ない」仕組みの構築
在宅療養支援診療所の要件強化
- サービス認知度向上させる
サービス内容の正しい理解促進
依頼への敷居を下げる取り組み

2-3. N 診療所（愛知県）

■施設概要

表 31 診療所概要

所在地	愛知県
種別	在宅療養支援診療所
訪問栄養食事指導関連加算状況	在宅患者訪問栄養食事指導、 居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 1 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 医師の栄養管理に対する理解
「栄養士の在宅配置義務化」を見据え、在宅専門の管理栄養士配置とした。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

嚥下障害、脳梗塞後遺症、進行性核上性麻痺、筋萎縮症

■好事例による取組概要

- 構造
対象者は 81 歳男性で、S 状結腸癌と嚥下障害を有し、中心静脈栄養（TPN）管理下の低栄養状態で要介護 4 であった。医師（嚥下専門の訪問診療医）、言語聴覚士、訪問看護師、介護支援専門員が連携し、チャット形式の情報共有（MCS）や電話連絡により、多職種が迅速に連携できる体制が整えられている。
- 過程
主治医により経口摂取回復の可能性が判断され、本人の強い意向を踏まえて栄養食事指導が開始された。経口摂取への移行とエネルギー摂取量の増加を目標に、主介護者である妻へ食形態の選定や介護食品の提案を行い、医師と連携しながら摂食訓練の評価と食形態調整を段階的に進めた。
- 効果
中心静脈栄養（TPN：total parenteral nutrition）からの離脱を達成し、誤嚥を起こすことなく食形態のレベルは向上した。体重は 6 か月で 4.5kg 増加し、ADL の改善とともに、家庭内でのコミュニケーションの向上も認められた。

表 32 好事例による取組概要

構造	
患者像	81歳男性 S状結腸癌、嚥下障害 中心静脈栄養、低栄養状態 要介護度4
訪問頻度	月2回 状態が安定してからは月1回(家族の継続希望あり)
連携職種	医師、言語聴覚士、看護師(訪問看護)、介護支援専門員
連携が必要とされる専門職	言語聴覚士、口腔ケア専門職
連携の特徴	チャット形式のコミュニケーションツール(MCS)の利用 訪問時の状態や、家族の反応、今後の食事プランをより具体的にわかりやすいように伝えている 緊急時の口頭連絡(電話)
過程	
指示書が出るまでの経緯	同クリニックの主治医(訪問診療、嚥下専門医)による経口摂取の回復の見込みありとの判断があった。患者の経口摂取の意向があった
ゴール設定	経口摂取への移行 食形態が今までペースト食、嚥下調整食レベル1や2から、最後は形のある食事を安全に摂取すること
指示内容	経口摂取への移行 エネルギー摂取の増加
栄養ケアの内容	主介護者(妻)への適切な食形態のメニュー提案、介護食品の紹介、医師との食形態の相談・決定、摂食訓練の観察
効果	
TPN離脱 誤嚥なし、食形態向上(ペースト食→軟菜食・常食) 体重増加(+4.5kg/6ヶ月、BMI15.9kg/m ² →17.5kg/m ²) ADL改善 家族間コミュニケーションの向上	

■困難事例からの課題

- 誤嚥、発熱を繰り返す終末期となった患者
嚥下障害、食欲低下により、「食べたいものが言えない」「食べたいものがない」となる。多職種の連携が不足している。解決方法は、現在も模索中であり、多くの専門職が関われる環境整備が必要である。
- 認知症、摂食嚥下障害のある患者への対応
介護者の栄養支援に対する理解不足があり、2回の訪問で終了した。介護者への栄養支援の必要性を説明する方法の検討が必要。

■制度に対する課題

- 退院時における管理栄養士間の連携の脆弱性
- 職種間連携の限界
- 簡便な依頼システム
- 終末期栄養ケアの方法論不足

■制度改善に向けた提言

- 医師の理解とリーダーシップ
- 組織体制の整備
- 制度の柔軟性(訪問回数制限の緩和、重点的介入の必要性)
- 情報連携の強化(早期介入体制の構築)

2-4. 0 診療所（愛知県）

■施設概要

表 33 診療所概要

所在地	愛知県
種別（病床数）	在宅療養支援診療所
訪問栄養食事指導関連加算状況	在宅患者訪問栄養食事指導、 居宅療養管理指導
管理栄養士数	非常勤 0.1 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 情報連携体制の構築
法人内で電子カルテが統合されており、入院・在宅双方の情報を一元的に把握可能である。
医師・看護師・訪問看護・歯科・家族との連携体制が確立しており、情報共有がスムーズであること。管理栄養士が往診に同行し、医師との即時連携や助言が可能な体制があること。
- 栄養管理の信頼性が高い
病院から在宅診療所へ移行する患者に対し、継続的に同じ管理栄養士が関わっていること。家族からの信頼も厚いことが継続的な介入を可能にしていること。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

褥瘡、低栄養（体重減少）、経腸栄養管理、糖尿病、皮膚トラブル、難病（筋ジストロフィー）などの疾患や、十分な栄養摂取が困難な在宅患者に対して効果が期待される。

■好事例による取組概要

- 構造
摂食嚥下機能が著しく低下した要介護 5 の 60 代後半男性の在宅療養患者を対象としている。主治医、訪問看護師、訪問介護員、歯科医師、介護支援専門員、管理栄養士を中心に、薬剤師および言語聴覚士が専門的助言を行う多職種連携体制が構築されていた。
- 過程
主治医からの依頼と家族の強い希望を背景に、経腸栄養の適正化を目的とした栄養介入が開始された。週 1 回の訪問診療への同行を通じて、エネルギーおよび水分量の調整、栄養剤の選定を行い、1 週間単位の栄養投与スケジュール表を作成し、関係職種および家族と共有した。皮膚状態や体調変化に応じて内容を柔軟に調整し、訪問介護員や家族に対して具体的な指示と助言を継続した。

● 効果

体重は安定して推移し、褥瘡の悪化は認められなかった。また、定期的な血液検査においてもアルブミン値や糖尿病関連指標は維持され、家族の日誌および訪問看護からの情報により、栄養管理の有効性が継続的に確認された。

表 34 好事例による取組概要

構造	
患者像	60代後半 摂食嚥下機能が極端に低下した患者 要介護5 介護者の思いが強く、医師の方針と異なる食事提供を希望するケース
訪問頻度	季節ごとに年4回の定期介入 週1回の訪問診療には同行し、経過観察と情報共有を実施している 必要時には妻との電話相談にも応じている
連携職種	医師、訪問看護師、訪問介護員、歯科医師、介護支援専門員、家族(主に妻)
連携が必要とされる専門職	薬剤師(経腸栄養剤の選択と管理) 言語聴覚士(摂食嚥下機能の確認と助言)
連携の特徴	訪問看護師は状態変化を医師に伝達し、訪問介護員は栄養剤の管理と注意事項の実施を担当している 管理栄養士は栄養評価と具体的な調整、一覧表作成を実施し、医師や家族に報告・助言を行う
過程	
指示書が出るまでの経緯	主治医より、経腸栄養の内容が適切かをNST専門療法士でもある管理栄養士に確認依頼があった 妻の強い要望と主治医の信頼により開始となった 週1回の訪問診療に同行し、直接相談や提案を行える体制があることから介入となった
ゴール設定	経腸栄養を確実に投与し、栄養状態を維持すること 特に褥瘡を悪化させないことを主目的とし、ビタミンや微量元素の補給も重視 皮膚トラブル予防と医療的悪化を防ぐこと
指示内容	エネルギー・水分量の具体的調整指示 1週間の栄養投与スケジュール表を作成し、各曜日に応じた栄養剤の種類と量、水分摂取量を明記 全関係者に共有
栄養ケアの内容	栄養補助食品と薬価対象栄養剤を用いた調整 費用面も考慮した提案を実施。皮膚状態や体調、褥瘡の発生状況に応じて柔軟に対応 訪問介護員等への情報提供書も個別に作成
効果	
体重は安定し、褥瘡の悪化なく経過 3～4か月ごとの血液検査でアルブミンや糖尿病指標も維持 妻の作成する日誌と訪問看護からの情報により、継続的な効果を確認	

■困難事例からの課題

- がん終末期の高齢者や摂食嚥下機能が極端に低下した患者
介護者の思いが強く、医師の方針と異なる食事提供を希望するケース。栄養介入が遅れ、信頼関係を築けないまま終末期を迎えるケースがある。誤嚥リスクが高い患者に対して家族が食事を希望し、医師の方針と合わないこともある。解決方法として、主治医と連携し、リスクと希望の妥協点を提示。早期からの介入で信頼関係を構築し、家族の思いを尊重しつつ現実的な食事管理を提案している。

■制度に対する課題

- 介入の頻度や対象が限られている
契約上、法人外の訪問指導が困難。栄養士の配置が任意である。
管理栄養士の配置や関与が制度的に任意となっており、導入のハードルが高い。
- 医師や介護支援専門員に対して管理栄養士の役割が十分に周知されていない
- 人材不足
在宅介入に必要なスキルや経験を持つ栄養士が少なく、人材不足が深刻。
退院直後からの介入が理想であるが、病院内でのマンパワーが不足しており、早期の介入が困難である。
- 情報連携や報告様式が統一されていない点
他機関との連携が難しい。

■制度改善に向けた提言

- 訪問診療所への栄養士配置義務化、契約の簡素化、制度に管理栄養士の役割を明確に組み込む必要がある。
- 管理栄養士の複数人配置と業務分担を推進し、継続可能な訪問体制を構築する。
- 若手栄養士が在宅分野を経験できる仕組みを作り、人材育成を図る。
- 栄養ケアの重要性について多職種や法人内外に向けて継続的に情報発信する。
- 制度改正を見据え、先行して在宅栄養管理に対応できる体制を整える。
- 管理栄養士を含めたチーム医療の評価制度を確立し、多職種との連携を制度的に支援する。

2-5. P 診療所（兵庫県）

■施設概要

表 35 診療所概要

所在地	兵庫県
種別	在宅療養支援診療所
訪問栄養食事指導関連加算状況	在宅患者訪問栄養食事指導、 居宅療養管理指導
管理栄養士数	非常勤 1 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 組織要因
 トップの理解：理事長や院長の強い理解と支援がある。
 医師の協力：複数医師による積極的な指示書発行がされる。
 看護師、ソーシャルワーカーの理解：栄養指導効果への理解、管理栄養士の存在を周知している。多職種連携を通じ、訪問栄養食事指導の口コミが広がっている。
- システム要因
 明確な依頼手順の確立
 訪問栄養食事指導の案内用紙の作成
 他医療機関からの依頼受け入れ体制整備

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 神経系疾患：口からお楽しみ程度の経口摂取可能な方への対応、摂食嚥下障害、経管栄養管理、排便コントロール
- 小児：経鼻栄養から経口へ移行支援、成長曲線に添った発育の支援
- 生活習慣病：糖尿病、高血圧、脂質異常症、等
- 腎疾患：高カリウム血症、減塩・水分量の管理指導

■好事例による取組概要

- 構造
 対象者は 80 歳代男性で、神経系疾患により車椅子またはベッド上で生活し、要介護度は 2 から 4 へ移行していた。病状悪化により通院が困難となり在宅療養へ移行し、医師の指示のもと訪問栄養食事指導が導入された。医師・看護師・管理栄養士・介護支援専門員を中心に、訪問歯科医師、理学療法士、言語聴覚士など多職種が関与し、院内電子カルテや担当者会議を通じた情報共有体制が構築されている。
- 過程
 在宅往診開始後、現体重と栄養状態の維持を目標として栄養介入が行われた。経口摂取期には、本人の嗜好を尊重しつつ食形態を調整する調理実習を実施し、効

率よく栄養を摂取できる工夫や栄養補助食品の導入が行われた。その後、胃瘻造設後は経管栄養のエネルギー・栄養素調整、胃瘻食の提案、採血データを基にした栄養管理および排便コントロールが行われ、多職種と継続的に情報共有された。

● 効果

体重および栄養状態は概ね維持され、身体計測値・血液検査データ・排便コントロールの改善が認められた。低栄養リスクの低減と PFC バランスの是正が図られ、在宅療養下での安定した栄養管理が可能となった。

表 36 好事例による取組概要

構造	
患者像	80歳代 男性 神経系疾患 車椅子・ベッド上で過ごす状態 要介護度2から4へ変更
訪問頻度	月2回 介入期間: 約2年1か月間(経口摂取期間8ヶ月、のち胃瘻管理)
連携職種	同所属の医師ならびに看護師・ソーシャルワーカー、介護支援専門員、訪問の歯科医師・看護師、理学療法士、言語聴覚士
連携が必要とされる専門職	公認心理師(国家資格) 認知面の低下や感情コントロールできない、不安感が強いケース、家族が介護で疲弊している場合もあるのでメンタルを支えるために必要である
連携の特徴	情報共有: 院内電子カルテでの情報共有 対面、電話、FAX、担当者会議(年1-2回) 多職種の訪問と交代時に情報共有 同行訪問: 初回時に介護支援専門員と、必要時言語聴覚士等と時間調整をする 介護支援専門員が専門職の総括をし、中心的役割を担う
過程	
指示書が出るまでの経緯	病状悪化のため、通院困難となった 在宅往診となり、管理栄養士へ同クリニックの医師より指示あり
ゴール設定	現体重と栄養状態の維持
指示内容	現体重および栄養状態維持のために、適切な食形態の指導をしてサポートすること
栄養ケアの内容	経口摂取: 調理実習(5か月間は月1回): 本人の食べたいもの(ステーキ等)の食形態調整、摂取しやすく、効率よく栄養が摂れ、美味しく楽しい食事の工夫の提案 栄養評価、栄養補助食品の導入 胃瘻管理: 経管栄養の調整(エネルギー、たんぱく質、ナトリウム調整)、胃瘻食(卵スープ、豆乳等使用)の提案、採血結果に基づく栄養管理、乳酸菌飲料導入による排便コントロール
効果	
体重維持 上腕三頭筋皮下脂肪厚・上腕筋面積、下腿周囲長、上腕周囲長、 血液検査データ、低栄養リスク評価、PFCバランス の改善	

■困難事例からの課題

- 多職種の訪問栄養食事指導に対する知識ならびに理解不足
訪問看護師の「栄養指導は費用がかかる」等、必要性の理解不足の発言がある。
介護支援専門員の栄養支援の知識不足および必要性の理解不足により介入不可となることもあった。栄養指導後に、多職種から管理栄養士の指導とは矛盾する助言がある。解決方法として、多職種との相互理解の促進、多職種の栄養指導に関する利用者への助言の意図を確認する。
- 独居認知症の利用者への対応
多職種との連携強化が必要である。冷蔵庫へメッセージを掲示し、多職種と情報共有をしている。訪問頻度の増回を図る。

■制度に対する課題

- 訪問栄養食事指導の認知度向上のための取り組み
- 多職種・一般への栄養管理の重要性の理解促進

■制度改善に向けた提言

- 管理栄養士を名称独占資格から業務独占資格に変更
- 管理栄養士の担当者会議への必須参加

2-6. Q 歯科診療所（宮城県）

■施設概要

表 37 歯科診療所概要

所在地	宮城県
種別	在宅療養支援歯科診療所
訪問栄養食事指導関連加算状況	準備段階
管理栄養士数	常勤 1 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 組織的要因
院長に栄養管理の重要性に対する理解があり、管理栄養士の雇用がされている。歯科医に管理栄養士がいること、食事指導が可能であることを発信。SNS（インスタグラム等）を活用した管理栄養士業務の紹介により情報発信を強化している。地域の介護事業主が集う研修会での交流により、医療・介護従事者への認知度向上を図っている。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 認知症：食事摂取量減少の主要因
- 外出困難者：通院が出来ないケース
- 嚥下障害：食形態変更が必要な患者
- 歯科治療中の患者：治療により一時的に食事摂取が困難になる患者

■好事例による取組概要

- 構造
対象は 80 歳代女性で、認知症を有し要介護 4、息子と二人暮らしで在宅生活を送っていた。デイサービスを週 3 回利用し、歯科往診は月 1 回実施されていた。介護支援専門員、歯科医師、歯科衛生士、デイサービス職員が連携し、家族負担に配慮しながら、電話による栄養支援（月 2 回）を含む支援体制が構築されていた。
- 過程
歯科医師が口腔ケア往診時に認知症進行に伴う食事摂取量低下に気づき、管理栄養士への介入が指示された。食事摂取量および栄養状態の改善を目標に、主介護者である息子に対し、食事の工夫方法やエネルギー量の高い食品の選択、市販介護食や経済状況を考慮した栄養補助食品の活用について助言を行った。
- 効果
食事摂取量は改善し、体重増加が認められ、栄養状態の向上が得られた。家族の負担を最小限に抑えながら、在宅での栄養管理が安定して継続可能となった。

表 38 好事例による取組概要

構造	
患者像	80歳代女性 認知症 要介護4 息子と2人暮らし デイサービス週3回、歯科往診月1回
訪問頻度	電話による支援月2回(1回10-15分) 家族の負担にならないように配慮
連携職種	介護支援専門員、歯科医師、歯科衛生士、デイサービス職員
連携が必要とされる専門職	医師(往診医・歯科医) 全身疾患と口腔疾患の包括的管理が不十分 看護師(訪問看護) 全身状態の把握、医学的視点での評価
連携の特徴	介護支援専門員との連携：息子と管理栄養士間の橋渡し役 院内連携：歯科医師・歯科衛生士との情報共有は紙カルテ、電子記録、口頭で実施情報共有
過程	
指示書が出るまでの経緯	歯科医師が、月1回の口腔ケア往診時に、認知症進行による食事摂取量の減少の気づきがあり、管理栄養士へ介入を口頭で指示
ゴール設定	食事摂取量の改善 体重増加 栄養状態の改善
指示内容	食事摂取量の改善 栄養状態の向上
栄養ケアの内容	息子(主介護者)に食事の工夫方法について相談を対応 エネルギー量が高い食品や、経済状況を考慮した栄養剤、市販介護食の活用の提案
効果	
体重の増加 食事摂取量の改善	

■困難事例からの課題

- 食事内容・摂取量の把握が困難
何をどのくらい食べているかが分からない。現在、聞き取りのみ。解決方法として、歯科衛生士が往診時にスマートフォンやタブレットで食事内容を撮影し、把握をしている。管理栄養士の同行訪問が必要。

■制度に対する課題

- 医科歯科連携の体制不足
- 地域でのチーム医療としての体制構築の遅れ
- 算定要件の制約
- 人員体制の制約
管理栄養士1名体制での訪問対応の限界がある。院内業務との兼務による時間的制約がある。往診スケジュールのタイトさによる同行困難である。

■制度改善に向けた提言

- 管理栄養士養成施設での訪問栄養食事指導の教育を充実させる。
- 管理栄養士間のネットワーク強化
子供から高齢者まで、管理栄養士が全身疾患を包括的に診る視点の共有。
- 専門職が気軽に話せる場づくり

2-7. R 歯科診療所（茨城県）

■施設概要

表 39 歯科診療所概要

所在地	茨城県
種別	在宅療養支援歯科診療所
訪問栄養食事指導関連加算状況	在宅患者訪問栄養食事指導、 居宅療養管理指導
管理栄養士数	非常勤 13 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 組織的要因
院長の口腔と栄養の重要性に対する強い理念と法人による資金援助がある。
口と栄養の重要性を地域に広く周知するために、「歯科で認定栄養ケア・ステーション」を取得し掲げている。
障がい児歯科で、摂食機能訓練の経験を有し、准看護師として摂食機能訓練に 20 年従事した管理栄養士の存在。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 疾病予防の段階が最も効果が期待できる。
- 家族のニーズへの対応：何を食べていいかわからない、今の食事量が適切かわからないという不安の解消。

■好事例による取組概要

- 構造
対象者は 80 代女性で、慢性心不全（僧帽弁閉鎖不全症術後）、糖尿病、高血圧、高カリウム血症を有し、再入院リスクを抱えた在宅療養者であった。要介護 3 で、長男と同居していた。介護支援専門員と理学療法士を中心に、必要に応じて言語聴覚士や訪問看護師とも連携し、歯科で認定栄養ケア・ステーションを活用した体制が構築されていた。
- 過程
訪問栄養食事指導の理解がある介護支援専門員が、認定栄養ケア・ステーションのホームページを見て連絡があり、介入が開始された。心不全増悪予防と再入院防止を目的に、必要栄養量を設定し、減塩を基本とした食事指導を実施した。調理方法や食べ方の工夫、減塩食品の紹介・サンプル提供、近隣店舗で入手可能な商品情報の提供を行い、心不全手帳を用いた体重・血圧・自覚症状のセルフモニタリングを継続的に支援した。

- 効果

体重は適正に増加し、血圧、BNP、カリウム値は維持・改善した。また、体重や血圧を自ら管理するセルフマネジメント能力が向上し、減塩食品の活用や栄養バランスの改善など、食事療法に対する行動変容が確認された。

表 40 好事例による取組概要

構造	
患者像	80代女性 慢性心不全(僧帽弁閉鎖不全症に対する経皮的僧帽弁接合不全修復術後)、 糖尿病、高血圧 カリウム高値、胸水貯留歴 塩味の効いた食物を好む傾向 要介護3 独身の長男と同居
訪問頻度	月1回 計4回実施して終了
連携職種	介護支援専門員
連携が必要とされる専門職	言語聴覚士、看護師(訪問看護)
連携の特徴	介護支援専門員と密に指導前、指導報告、介入終了の相談ができた
過程	
指示書が出るまでの経緯	訪問栄養指導のサービスを理解している介護支援専門員が、認定栄養ケア・ステーションのホームページを見て訪問栄養食事指導を知り連絡した
ゴール設定	減塩食による心不全悪化防止 再入院防止 食事、体重、血圧のセルフモニタリング、セルフマネジメントが可能となること
指示内容	必要栄養量の確保と食事状況の確認 指示栄養量: エネルギー1300kcal、 タンパク質体重当たり1.2g、塩分: 6g未満
栄養ケアの内容	・食事状況の聞き取り ・食事指導: 調理方法、食べ方の指導、減塩食品の紹介、サンプル提供、近隣スーパーでの減塩商品情報提供、昼食時のタンパク質不足への対応 ・モニタリング: 心不全手帳を活用した体重、血圧、自覚症状の記録確認
効果	
データの維持・改善: 適正に体重増加、血圧、BNP、カリウム セルフマネジメント能力の向上 食事療法に対する行動変容: 減塩食品の利用、栄養バランスの良い食事摂取へ改善	

■困難事例からの課題

- スピード感のある対応ができない依頼システム

栄養士会から初めての依頼時に、「契約書」「報告書」などの基本的な書類がなく、依頼から訪問開始まで1~2ヶ月患者を待たせてしまった。院長の判断で自費での栄養指導を実施。患者負担は1割のみ、残り9割は歯科が負担をした。栄養士会へ報告をした。

- 医療従事者・介護従事者と家族のニーズの不一致

看取り期の介入のニーズは多いが、家族のニーズと専門職のニーズにギャップがある。

解決方法として、家族のニーズに対して、何ができるのか、具体的な提案を実施している。

■制度に対する課題

- 栄養ケア・ステーションによる訪問栄養食事指導の赤字構造
制度の枠組みを参考に運用した結果、年間 40 万円の赤字となった。
- 報酬と業務量、コストの乖離
1 回の訪問に 3 時間程度必要（準備、訪問、報告）である。一律 30 分以上、保険報酬の単価が 5,000 円ほどの設定の不適切さが課題である。
- 1 人の患者のために管理栄養士との雇用契約を結ぶことの非現実性
管理栄養士が副業となりやすい。
- フルタイム勤務者の副業制限
- 多職種の栄養指導の必要性に対する理解が不足している
- 栄養介入に関して、予防、治療、看取りの区分が不明確

■制度改善に向けた提言

- 制度の周知徹底
多職種への制度周知と退院後フォローの重要性の啓発
- 人材育成
訪問栄養食事指導ができる人材の育成
栄養士会、学会による研修会の充実
- 報酬体系の見直し
業務内容（調理指導、栄養価計算など）に応じた加算が必要である。
- 経済的支援
訪問栄養食事指導推進に対する助成金制度の創設、推進団体からの支援の充実
- 制度の細分化
医療と介護の明確な区分：介護分野では医師の「指示」ではなく、「同意」で実施可能にする。

2-8. S 歯科診療所（神奈川県）

■施設概要

表 41 歯科診療所概要

所在地	神奈川県
種別	在宅療養支援歯科診療所
訪問栄養食事指導関連加算状況	居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 8 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 組織的要因
歯科を起点とした早期の気づきによる介入、同行訪問による導入のしやすさ、生活全体を捉えた支援、多職種との信頼関係構築がされている。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- パーキンソン病、認知症、摂食嚥下機能低下、義歯不安定による食事摂取困難
- 介護者が食に不安を抱えている場合

■好事例による取組概要

（事例 1）

- 構造
対象者は 70 歳代男性で、パーキンソン病を有し要介護 5、BMI は約 18 と低栄養リスクを伴っていた。管理栄養士と同所属の訪問歯科医が中心となり、訪問診療医、歯科医師、歯科衛生士、リハビリテーション職種などが関与する多職種連携体制が構築されていた。
- 過程
管理栄養士と同所属の訪問歯科医が連携し、他施設の訪問診療の内科医に対診書を提出することで訪問栄養食事指導の指示書が発行された。安全な経口摂取の維持を目標に、食事摂取状況の観察、食形態や食事量・内容の評価、身体計測（皮下脂肪測定）、排便状況の確認、口腔機能および嚥下機能の評価を継続的に実施した。
- 効果
経口摂取を継続しながら体重および血清アルブミン値は維持され、口腔機能の改善が認められた。また、本人および家族の食事に対する意欲が高まった。

（事例 2）

- 構造
対象者は 90 歳代女性で、心不全、糖尿病、認知症を有し、軽度の摂食嚥下障害を伴う要介護 5 の在宅療養者であった。

- 過程
歯科医師および歯科衛生士、管理栄養士が介護者の不安を察知し、介護支援専門を通じて訪問診療医に対診書を提出し、訪問栄養食事指導が開始された。全身状態と安全な経口摂取の維持と、介護者の栄養食事面に対する負担などの軽減、不安の解消を目標に、食事摂取状況の観察を行い、糖尿病や嚥下機能に配慮した食事内容の検討、嚥下食の調理実習や具体的なメニュー提案を実施した。
- 効果
経口摂取および食欲は維持された。あわせて、介護者の栄養や食事に対する不安の軽減につながった。

表 42 好事例による取組概要

【事例①】

構造	
患者像	70歳代男性、パーキンソン病、要介護度5、BMI18kg/m ² 程度
訪問頻度	月1回
過程	
指示書が出るまでの経緯	管理栄養士と同所属の訪問歯科医が、他施設の訪問診療の内科医に対診書にて訪問栄養食事指導指示書作成を依頼した
ゴール設定	安全な経口摂取の維持
指示内容	安全な経口摂取の維持
栄養ケアの内容	食事摂取状況の観察、食形態の確認、食事量および食事内容の評価、身体計測（皮下脂肪測定）、排便状況の確認、口腔機能・嚥下評価
効果	
経口摂取との併用可、体重および血清アルブミン値の維持、口腔機能改善、本人および家族のモチベーション向上	

【事例②】

構造	
患者像	90歳代女性、要介護5、心不全、糖尿病、認知症、軽度摂食障害
訪問頻度	月1回
過程	
指示書が出るまでの経緯	管理栄養士と同所属の訪問歯科医および歯科衛生士が、介護者の不安を察知し介護支援専門員に報告。他施設の訪問診療医に対診書にて訪問栄養食事指導指示書作成を依頼
ゴール設定	全身状態の維持、安全な経口摂取の維持、介護者の栄養や食事に対する不安解消
指示内容	糖尿病食、摂食嚥下障害
栄養ケアの内容	食事摂取状況の観察、嚥下食の調理実習およびメニューの提案
効果	
経口摂取ならびに食欲の維持、介護者の不安解消ならびに満足度向上	

表 42 好事例による取組概要（つづき）

【事例①・②】

連携職種	歯科医師、歯科衛生士、医師、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護員、理学療法士、作業療法士
連携が必要とされる専門職	言語聴覚士、理学療法士、訪問介護員
連携の特徴	歯科が起点となり活動、多職種連携の会への参加、歯科医師と管理栄養士の同行訪問、サービス担当者会議への出席(デイサービスでは出席しているが在宅の居宅療養管理指導ではまだできていない)

■困難事例からの課題

- 介入拒否 男性介護者が女性を介護
介護者の受け入れ拒否、管理栄養士への偏見、サービス介入による介護負担増大の懸念、嚥下障害に対する問題意識の欠如が課題である。具体的な解決方法は、未解決である。
- 主治医から訪問栄養食事指導の指示書が得られない状況
往診医の栄養問題に対する無関心、訪問歯科からの対診書の確認不足の可能性あり。具体的な解決方法として、依頼して2週間後に電話で確認・催促をしている。

■制度に対する課題

- 経済的課題
管理栄養士の歯科診療所での雇用、連携力や収益向上への寄与が評価されていない。
- 人材
介護士の高離職率：ケア方法の継承が困難、職種間での栄養問題に対する関心度の差
- システム
大病院との連携困難、初回アセスメントに対する評価

■制度改善に向けた提言

- 初回アセスメントに対する点数化
- 施設基準の新設
糖尿病協会登録歯科医の施設基準化および管理栄養士への実施指導に対する点数付与
- 周知度の向上
介護支援事業所や訪問看護ステーションへの周知活動
退院時や在宅移行時での情報提供
- 職種に限らず訪問した者が生活を診ること

2-9. T 歯科診療所（三重県）

■施設概要

表 43 歯科診療所概要

所在地	三重県
種別	在宅療養支援歯科診療所
訪問栄養食事指導関連加算状況	居宅療養管理指導
管理栄養士数	常勤 2 名

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 歯科診療との連携：嚥下診療に同行することで患者発見・介入機会の創出が可能。
- 歯科医師の理解：管理栄養士の重要性を理解している歯科医師の存在。
- 栄養問題を理解している介護支援専門員からの紹介がある。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 嚥下障害：歯科医院併設の強みを活かせる領域
- 糖尿病・高血圧：在宅での実際の食事状況把握が可能
- 家族の協力が得られる、本人が意欲的に取り組めるといった条件

■好事例による取組概要

- 構造
対象者は 70 歳女性で、脳梗塞再発および心房細動を背景に嚥下障害を有し、胃瘻造設後に体重減少を認めた要介護 5 の在宅療養者であった。夫と娘と同居し、娘が主介護者として日常的な支援を担っていた。歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士が同一事業所内で連携し、介護支援専門員を含む支援体制が構築されていた。
- 過程
義歯の不適合と嚥下評価を契機に歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士が同行訪問を行い、嚥下内視鏡検査を含む評価を実施した。誤嚥性肺炎予防を前提に、胃瘻栄養から経口摂取への移行を目標とし、経口摂取量に応じた胃瘻注入量の調整、水分摂取量や食形態の段階的調整を行った。家族には一口量や食事ペース、水分管理の方法について指導し、デイサービスとも連携しながら支援を継続した。
- 効果
介入開始から約半年で胃瘻から完全経口摂取へ移行し、体重は 58kg から 70kg へ段階的に増加した。食形態は刻み食から常食へと改善し、むせはほぼ消失した。さらに、水分摂取の自立、発話機能の改善が認められ、家族とともに良好な在宅生活を維持することができた。

表 44 好事例による取組概要

構造	
患者像	70歳女性、要介護度5 脳梗塞(2度目)、心原性脳塞栓症、心房細動 身体状況: 体重: 66kg→60kg→58kg(入院中に減少)、BMI: 23.2kg/m ² 、胃瘻増設済み、嚥下障害あり、入れ歯が合わない状況 旦那・娘と同居(娘が主介護者)、デイサービス毎日利用 本人の特徴: 食べることが好き、歩行訓練に意欲的
訪問頻度	月1回(初回から継続) 約2年半介入
連携職種	歯科医師(同じ事業所)、歯科衛生士(同じ事業所)、介護支援専門員
連携が必要とされる専門職	言語聴覚士、作業療法士
連携の特徴	同行職種: 対面での情報共有が可能 医師との連携: 書面(レター・報告書)でのやり取りが中心 他職種との連携: 電話での情報交換、家族を介した情報共有 情報共有ツール: チャット機能やノートの活用はなし
過程	
指示書が出るまでの経緯	初回接触: 義歯と嚥下評価の依頼で歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士が同行 評価期間: 1ヶ月後に嚥下内視鏡検査に同行、食形態確認 指示書依頼: 歯科医師がレター作成、管理栄養士も評価内容を添えて病院の主治医に送付 主治医のレスポンス: 約2週間で指示書発行 →最初の関わりから半年後に正式な居宅療養管理指導開始
ゴール設定	誤嚥性肺炎を予防しながら胃瘻から経口摂取への移行
指示内容	栄養素: エネルギー量、たんぱく質、脂質、炭水化物 水分: 制限の有無 特別指示: 減塩食(心疾患のため塩分制限) 嚥下調整食コード: 指示なし(歯科医師、管理栄養士判断で嚥下調整食コード4から常食へ移行)
栄養ケアの内容	初期段階 ・食事摂取状況の聞き取り(刻み食摂取中) ・水分のとりみ評価 ・むせの状況確認 中期段階 ・経口摂取量に応じた胃瘻注入量調整 ・水分摂取量の評価と調整 ・デイサービスとの連携による注入量調整 後期段階 ・体重増加に伴う食事量調整指導 ・お菓子の摂取回数調整(2回→1回) ・嚥下体操の実施 ・むくみ対策としての足の体操指導 家族指導 ・一口量・食事ペースの調整の仕方 ・水分摂取量を把握する方法
効果	
栄養状態・摂食状況 ・経口摂取: 半年後に胃瘻から完全経口摂取に移行 ・体重変化: 58kg→60kg(1年後)→66kg(1年半後)→70kg(2年半後) ・水分摂取: 必要量を経口で確保可能 嚥下機能 ・食形態: 刻み食→常食へ段階的移行 ・症状: ほぼむせはなくなったが、軽度嚥下障害は残存 その他 ・発話機能: 単語レベルではあるがはっきりとした発話が可能 ・家族の状況: 元々明るい家族で最後まで良好な状態を維持	

■困難事例からの課題

- 情報収集の困難
月2回程度が限度で全体把握が困難である。情報共有の工夫として、ノートを活用し、全職種が情報の共有が可能。必要事項のみ記載してもらうための工夫が必要であり、記録システムの簡素化が望まれる。
- 老老介護のケース
- 仕事で忙しく協力が得られにくいケース
時間的余裕がなく、他のサービス利用で食事指導まで手が回らない。訪問時に家族がいない場合が多いと困難である。
- 認知機能の低下により食事内容の記憶が曖昧なケース
情報が不正確。同じ内容の繰り返し報告（2週間前と同じ内容を報告）。記憶力の低下により、何を食べたかの把握が困難である。簡易記録表を作成（○×で記入できる簡単な表）している。主治医への報告用データの収集。補助栄養剤処方依頼時の根拠資料として活用。
- 経済的負担：訪問費用の負担が大きい
- 多職種連携の課題
介護支援専門員の対応差がある。消極的な姿勢の場合、「伝えておきます」で終了し、会議に呼ばれない場合がある。多職種との連携強化として、定期的な電話連絡、担当者会議へ積極参加をしている。
主治医との連携にて、具体的な摂取状況を求められるが把握できていない。

■制度に対する課題

- 認知度の低さ
医師の理解不足：在宅での栄養管理の必要性に対する認識が低い。指示書を「とりあえず出しておく」程度の認識しかない。詳細な指示がなく、提案内容を「それをお願いします」で承認してしまう。
- 依頼システムの不備
医師からのアプローチ不足：管理栄養士側からの積極的なアピールが必要。
介護支援専門員の対応差：理解のある場合とそうでない場合の差が大きい。
訪問頻度の制限（月2回程度が限界）：十分な状況把握や指導継続が困難
緊急時対応：必要時の追加訪問は可能だが制約がある。
- 管理栄養士の能力向上に対するニーズ
臨床知識、病名から症状を推測し、適切な対応を行う能力が必要。嚥下障害への対応（専門的知識と技術の習得）、調理技術（実際の調理指導を行える技術）、コミュニケーション能力（患者・家族から必要な情報を引き出す技術）、多職種連携（限られた訪問時間で効率的に多職種と連携する能力）が求められる。
- ACPへの対応
食べさせない選択：がん終末期等で食事摂取が困難・不適切な場合の対応
本人・家族の意思尊重：医学的適応と本人・家族の希望のすり合わせ
管理栄養士の役割拡大：食事摂取支援だけでなく生活支援の視点
- 現行制度の問題点
医師、介護支援専門員など個人の理解度・価値観により対応が大きく異なる。
統一されたルールやガイドライン等の標準化が不備である。
令和6年改定で在宅療養支援病院・診療所での体制整備が謳われているが認知不足である。

■制度改善に向けた提言

- 指示書発行体制の改善
指示箋料の新設
 - ・現状：無料または診療情報提供書料で対応（医師により異なる）。
 - ・要望：「訪問栄養食事指導指示箋料」の新設。
 - ・効果：医師の認知向上、指示書発行の促進。
- 歯科医師からの直接指示
 - ・現状の課題：嚥下障害があっても歯科医師→主治医→管理栄養士の流れで時間がかかる。
 - ・要望：嚥下障害・食形態調整が必要な場合は歯科医師から直接指示可能にしてはどうか。
 - ・条件：内科医との連絡は継続。
- 栄養ケア・ステーションの算定体制
 - ・現状：介護保険は、歯科医院で算定する場合、栄養ケア・ステーションでの算定が不可。医療保険は、直接算定不可、クリニックとの契約が必要で複雑である。
 - ・要望：栄養ケア・ステーションが医療保険で直接算定できる体制
- 料金体系の明確化
 - ・現状：手探り状態で料金設定が困難。
 - ・要望：管理栄養士会による統一料金の設定。
 - ・効果：依頼者にとって分かりやすく依頼しやすい。
- 退院時連携の強化
 - 退院時カンファレンスへの参加。
 - 病院から在宅への移行時に管理栄養士介入の必要性を提示。
 - 病院管理栄養士との連携：入院中の栄養管理から在宅への継続的な連携体制。
 - 在宅医への情報提供：栄養指導が必要な患者であることの明確な伝達
 - 担当者会議への参加促進。
 - 制度化として、栄養問題がある場合の担当者会議への管理栄養士参加をルール化する。

3-1. U 栄養 CS

■施設概要

表 45 U 栄養 CS 概要

種別	栄養ケア・ステーション
訪問栄養食事指導関連加算状況	在宅患者訪問栄養食事指導料、 居宅療養管理指導
都道府県栄養士会栄養 CS 管理栄養士登録者数	38 名 (2024 年 9 月 1 日時点)

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 国の政策動向
国が在宅にシフトしている政策
患者の栄養管理、食事管理に対して多職種連携の必要性の認識の広がり

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 低栄養、摂食嚥下障害、生活習慣病全般、終末期の栄養管理

■好事例による取組概要

- 構造
対象者は 20 歳代男性で、小児麻痺による摂食嚥下障害を有する在宅療養者であった。管理栄養士が中心となり、医師、介護支援専門員、言語聴覚士（訪問リハビリテーション）等と連携する体制が構築されていた。
- 過程
訪問頻度は月 1 回程度で、在宅患者訪問栄養食事指導において言語聴覚士と同行訪問を実施した。介入の契機は、認定栄養ケア・ステーションと連携のある診療所や介護支援専門員からの相談であった。報告書を用いて多職種との協力内容を共有し、QOL 向上を重視した目標設定のもと、包括的な栄養ケアが提供された。
- 効果
具体的な数値指標は示されていないものの、報告書による継続的なモニタリングが実施された。

表 46 好事例による取組概要

構造	
患者像	20歳代、男性 小児麻痺 摂食嚥下障害
訪問頻度	月1回程度
連携職種	医師、介護支援専門員、言語聴覚士（訪問リハビリテーション）
連携が必要とされる専門職	医師、歯科医師、看護師（訪問看護）、言語聴覚士（訪問リハビリテーション）、その他全ての職種 疾患や状況に応じて柔軟に連携
連携の特徴	在宅患者栄養食事指導では言語聴覚士と一緒に訪問 多職種との協力体制を報告書に記載
過程	
指示書が出るまでの経緯	・認定栄養ケア・ステーションと繋がりがある診療所からの相談 ・介護支援専門員からの相談
ゴール設定	QOLを高めるようなゴール設定
指示内容	詳細は報告書レベルでの把握のため、具体的内容は言及なし
栄養ケアの内容	他職種との協力体制による包括的なケア
効果	
具体的な数値は言及されていないが、報告書で継続的なモニタリングを実施	

■管理栄養士不在の診療所から栄養ケア・ステーションへの連携方法

- 医師会向けの研修会等で栄養ケア・ステーションの活用をアピール

■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

- 管理栄養士は基本的に食事あつての話であるが、在宅の終末期にはなかなか入りにくい。管理栄養士・栄養士の教育現場で在宅に特化した授業があるわけではない。管理栄養士養成施設の教育過程の段階で在宅栄養管理を強化する必要がある。

■訪問栄養食事指導をさらに拡大するための体制・取り組み

- 居宅療養管理指導の依頼には、介護支援専門員の依頼やケアプランニングが鍵となるため、介護支援専門員の栄養管理に対する認識を強化する。

■困難事例からの課題

- 訪問栄養食事指導の委託契約締結から実施までの体制が整っていなかった派遣する管理栄養士の調整が困難。
栄養ケア・ステーションのマンパワーが充足していない。
地域格差：充足している地域とマンパワーが全くない地域の存在。
解決方法として、先行している他都県から、委託契約書の参考事例や情報の収集をした。人材の育成として、基金を使った研修を実施予定。対応できる人材の増員を目指す。

■制度に対する課題

- 現在の報酬体系では赤字運営
- 件数増加が見込めない中での持続可能性の問題
- 在宅対応可能な管理栄養士の絶対的不足
- 人材育成の観点から管理栄養士養成施設では現場経験豊富な教員の不足
- 管理栄養士の在宅分野での取り組みが「周回遅れ」状況
- 在宅支援病院の管理栄養士の意識付け不足

■制度改善に向けた提言

- 現在の 530 点を 1000 点（案）への引き上げを希望
- 栄養ケア・ステーション運営費に対する手当・補助
- 診療報酬・介護報酬を栄養ケア・ステーションから請求できる仕組みの構築
- 栄養ケア・ステーションへの制度を理解した、マネジメントができる人材の配置支援
- 管理栄養士養成施設での在宅栄養指導教育の強化

3-2. V 栄養 CS

■施設概要

表 47 V 栄養 CS 概要

種別	栄養ケア・ステーション
訪問栄養食事指導関連加算状況	居宅療養管理指導
都道府県栄養士会栄養 CS	590 名
管理栄養士登録者数	(2024 年 9 月 1 日時点)

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- コーディネーター体制：10 年以上前から地域特性、人口動態を踏まえて計画的に体制構築。専任コーディネーターは、実務ができるため柔軟に指示依頼の対応が可能。
指示依頼に対し、V 栄養士会全体での支援。約 4500 人の会員で全体的に人材探索が可能。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 慢性腎臓病、糖尿病、医療的ケア児の成人事例
持続型の血糖測定器、デジタルデバイスを活用したモニタリングで栄養課題を抽出し対応が可能。
心不全等の心疾患がない場合でも、塩分の過剰摂取による水分摂取過多で、尿量が少ない患者では、体液の貯留に伴う浮腫みによる体重増加、呼吸苦（起坐呼吸など）などの栄養アセスメントから、心不全が疑われることもあり、主治医や看護師にこうした栄養アセスメントで得られた問題や課題を伝えることで、適切な医療的ケアにつながる。

■好事例による取組概要

- 構造
対象者は 70 歳代の外国人男性で、若年性アルツハイマー型認知症、誤嚥性肺炎の反復、胃瘻造設を有し要介護 5 であった。医師、訪問看護師、言語聴覚士、介護支援専門員が関与し、口腔ケアが必要なため歯科医師・歯科衛生士とも連携。情報共有にはメディカルケアステーション（MCS）が活用され、多職種協働の体制が整備されていた。
- 過程
家族の要望とリハビリテーション導入に伴い、栄養状態の評価と今後の摂取量検討が必要と判断され、医師から指示が出された。胃瘻からの 1 日 1200kcal 補給に加え、安全な食形態による経口摂取を支援し、本人が好む味を楽しめるよう工夫した。褥瘡治癒に必要な栄養量の確保、胃瘻と経口を合わせた総摂取量の充足率評価、嚥下調整食の提案、脱水や低ナトリウム血症予防を含むアセスメントを継続的に実施した。サービス担当者会議での情報共有により、多職種でケアを調整した。

- 効果

本人の精神面が維持・改善され、胃瘻周囲や褥瘡の皮膚状態が改善した。また、栄養剤と経口摂取量が増加し、栄養管理の安定化が図られた。

表 48 好事例による取組概要

構造	
患者像	70歳代男性 外国人 若年性アルツハイマー型認知症、誤嚥性肺炎、胃瘻造設 要介護5
訪問頻度	月1回 クリニックとの連携が初回のため1回で様子をみた
連携職種	医師、看護師（訪問看護）、言語聴覚士（訪問リハビリテーション）、介護支援専門員
連携が必要とされる専門職	歯科医師、歯科衛生士 誤嚥性肺炎を繰り返すため、口腔ケアの介入が必要
連携の特徴	情報共有ツール：メディカルケアステーション（MCS）を活用。医師が中心に情報管理、管理栄養士は情報受信が中心 ・ケアプランは、栄養ケア・ステーションには直接共有されない。サービス担当者会議で情報共有
過程	
指示書が出るまでの経緯	令和6年の診療報酬改定にて、在宅支援診療所が訪問栄養指導を行う体制を構築するため、クリニック医師より栄養ケア・ステーションに依頼があり、業務委託契約の締結がされた 家族の要望、リハビリ導入にあたり現状の栄養状態評価と今後の栄養摂取量検討が必要となり、クリニック医師より指示が出された
ゴール設定	QOLの向上：胃瘻からの栄養補給と共に、経口摂取で食事を楽しむことを重視。安全な食形態で本人の好きな味を楽しんでもらう
指示内容	栄養量：1日 1200kcal 胃瘻からの濃厚流動食で補給 安全な食形態に配慮した経口摂取の支援
栄養ケアの内容	褥瘡の治癒を踏まえた目標（必要）栄養量に対して、胃瘻及び経口の総摂取栄養量の充足率の確認 嚥下調整食の提案 脱水や低ナトリウム血症等の予防とそのアセスメント
効果	
本人の精神面の維持、改善 胃瘻周囲や褥瘡の皮膚状態の改善 栄養剤と経口摂取量の改善	

■管理栄養士不在の診療所から栄養ケア・ステーションへの連携方法

- 介護支援専門員、クリニックの医師から、ホームページを介して「お問い合わせ」からメールや電話がある。
- パンフレットの配布
医師会を通じてパンフレットを配布し制度を周知。
介護支援専門員研究協議会の会員約 2500 人、区市町村高齢者部局の窓口、地域包括支援センター459 ヶ所にリーフレットを配布。
- 訪問栄養食事指導成功事例の波及
医師が二次医療圏の報告会で発表し、問い合わせが増加。

■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

- 臨床経験を有すること。全身的な栄養アセスメント、フィジカルアセスメントが可能であること。

- 栄養管理に関する問題点や課題を多職種に繋げられる。
- 家族に説明できる能力。ACP を理解し、QOL と人生観の視点を持ち、患者や家族と関りができること。

■訪問栄養食事指導をさらに拡大するための体制・取り組み

- 主治医、介護支援専門員等、多職種に対して、管理栄養士の役割を正しく発信していく。
- 栄養指導ができる人材を栄養ケア・ステーションとして整備していく。
- ACP の視点を踏まえた研修。

■困難事例からの課題

- 終末期患者事例
管理栄養士が介入を必要と考えるが、医師が必要性感じない。介入のタイミングの問題：終末期（2 週間前）になってからの依頼がある。
管理栄養士の役割の誤解がある。「食べさせる職種」という認識であり、管理栄養士の役割を適切に説明できていない。
解決方法
 - ・アドバンスケアプランニング（ACP）のなかで、「食べること」に対する思いを確認項目に含める。
 - ・ACP において、管理栄養士は、「食べること」に対する思いに対して、食べられる時はもちろん、食べられなくなる場合でも、患者の状態に応じて、食べることにに対する思いに寄り添い、その思いを実現するために存在する職種であることを示していく。
 - ・管理栄養士に対する ACP の研修の充実。
 - ・医師への働きかけ：早期段階からの介入の要請

■制度に対する課題

- 依頼のニーズに対して担い手が不足
- 地域格差：栄養士会会員数、財政基盤の地域間格差
- ACP 研修、在宅特有の継続教育、スキル習得機会の不足
- 介護支援専門員等多職種への管理栄養士ができることや役割の周知不足

■制度改善に向けた提言

- 指示箋料新設
在宅訪問栄養食事指導料及び居宅療養管理指導を指示する医師に対する指示箋料
- 在宅療養支援病院向け加算
在宅訪問栄養食事指導時の病院への評価
- 病院経営者が注目する訪問栄養食事指導のインセンティブや評価制度の充実
- 外来（情報通信機器を活用）と訪問栄養食事指導の住み分け、併用が認められること。
- 離島・僻地対策
訪問薬剤師指導を参考とした情報通信機器利用、訪問以外の方法も含めた対応策
- 退職管理栄養士の人材活用
プラチナ保健師制度を参考とした管理栄養士に対する政策・支援
- 地域ケア会議の場を含めた、多職種への啓発活動の推進

3-3. W 栄養 CS

■施設概要

表 49 W 栄養 CS 概要

種別（病床数）	栄養ケア・ステーション
訪問栄養食事指導関連加算状況	居宅療養管理指導
都道府県栄養士会栄養 CS	66 名
管理栄養士登録者数	(2024 年 9 月 1 日時点)

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 市独自の栄養指導のサービスがある（3 回無料システム）
導入のハードルを下げ、有料サービスへの橋渡し
- 制度の周知徹底および医師会・自治体との三位一体連携
- 栄養士会の組織的取り組み
会長のリーダーシップ
- 医師の栄養への理解

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 胃瘻からの経口摂取移行、心不全患者の水分・塩分管理、慢性腎臓病、終末期患者の経口摂取支援、退院後の口から食べたいという支援。

■好事例による取組概要

- 構造
対象者は 80 歳代男性で、COPD 末期による低体重状態にあり、要支援 2 で在宅療養を継続していた。介護者である妻も高齢であり、介護負担が大きい状況であった。医師および介護支援専門員と連携した体制であった。
- 過程
介護者からの依頼を契機に、市の 3 回無料訪問栄養食事指導を活用して介入が開始された。COPD 末期という疾患特性と低体重を踏まえ、介護者支援と在宅での安楽な生活の維持を目標に、少量で高たんぱくかつ摂取しやすい食事形態の提案を実施した。食形態の工夫、脂質を多く含む食品や栄養補助食品の紹介を行うとともに、栄養状態のモニタリングを継続した。
- 効果
体重は減少傾向にあったものの、窒息や誤嚥性肺炎、脱水を起こすことなく在宅生活を継続することができた。

表 50 好事例による取組概要

構造	
患者像	80歳代男性 COPD末期、低体重 介護者の妻が高齢 要支援2
訪問頻度	月2回
連携職種	医師、介護支援専門員
連携が必要とされる専門職	医師、看護師（訪問看護）、理学療法士、作業療法士（訪問リハビリテーション）
連携の特徴	良好な連携の要素：介護支援専門員の熱心さ、医師の理解、家族の協力 サービス担当者会議への参加 多職種での情報共有
過程	
指示書が出るまでの経緯	介護者からの依頼 市の3回無料訪問栄養指導を利用
ゴール設定	介護者支援 在宅で安楽に過ごす 窒息や誤嚥性肺炎の予防 脱水の予防
指示内容	高齢で低体重状態であり、できれば少量で高たんぱくな食べやすい食事形態の指導
栄養ケアの内容	食形態の工夫 栄養状態のモニタリング 脂質が多く含まれた食品の提案 栄養補助食品の提案
効果	
体重は減少傾向だが、在宅生活継続 肺炎や脱水なし	

■管理栄養士不在の診療所から栄養ケア・ステーションへの連携方法

- 市が独自で運営しているセンターがある。センター長が医師会の医師であり、医師会との連携で紹介がされるケースもある。

■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

- コミュニケーション能力
- 基本的なマナー（挨拶等）
- 調理能力（具体的で分かりやすい指導）
- 病態知識（特に高齢者の慢性疾患）
- 塩分制限・水分管理の専門知識
- 重要な経験 病院・施設、現場での実践経験
- 相手に分かりやすく伝える能力
- 具体的な提案ができる能力
- 家族・介護者への支援意識

■訪問栄養食事指導をさらに拡大するための体制・取り組み

- 若い管理栄養士の参入が少ないことから、管理栄養士養成施設に周知する。

■困難事例からの課題

- 介入に至らなかった事例
管理栄養士が、居宅療養管理指導に繋げる必要があると考えたが介入に至らなかった。栄養ケア・ステーションとの契約が煩雑である。クリニックの場合、介護保険であると国保連請求をする等、事務的な負担がある。現状、解決方法は特になく、事務手続きの簡素化が必要である。

■制度に対する課題

- 多職種は事業所から直接算定可能だが、管理栄養士はできない
- 医師が指示書を書いても対価が発生しない
- 医師の栄養指導への理解不足

■制度改善に向けた提言

- 管理栄養士の安定収入確保
- 居宅介護支援事業所での管理栄養士配置促進
- 栄養ケア・ステーションでの直接算定システム
- 制度改正
管理栄養士への指示書に対する対価設定
訪問栄養食事指導を行う病院の増加
病院での管理栄養士増員
医師会との連携強化
自治体との協働

3-4. X 栄養 CS

■施設概要

表 51 X 栄養 CS 概要

種別（病床数）	栄養ケア・ステーション
訪問栄養食事指導関連加算状況	居宅療養管理指導
都道府県栄養士会栄養 CS	95 名
管理栄養士登録者数	(2024 年 9 月 1 日時点)

■訪問栄養食事指導等の促進要因

- 依頼が来たらすぐに診療所に管理栄養士も同行し、説明と同時にその場で契約を締結。事務に契約書類を作成し持参している。
- 人材の確保：障害者施設等の新たな依頼に対して、その分野の経験者を即座に確保していること。
- 医師会・介護支援専員連絡協議会への働きかけをしている。

■訪問栄養食事指導等の効果がより期待できる栄養問題や疾患

- 嚥下機能障害、肝機能障害、腎機能障害

■好事例による取組概要

- 構造
対象者は 90 歳代男性で要介護 2。毎日訪問介護員が訪問する在宅生活者であり、医師、訪問看護師、訪問介護員、訪問リハビリテーションの理学療法士、歯科衛生士、薬剤師など多職種がすでに介入していた。
- 過程
高血糖や低栄養の課題に対し、食事内容・食事形態・調理方法・買い物状況までを訪問介護員と密に共有しながら栄養指導を実施した。また、血糖値が高い際には薬剤師と連携し、訪問介護員への食事対応方法を指導した。
- 効果
継続的な栄養介入の結果、血糖値の改善、体重増加、低栄養状態の改善、消化管機能の改善が見られた。

表 52 好事例による取組概要

構造	
患者像	90歳代男性 要介護2 訪問介護員が毎日訪問
訪問頻度	月2回
連携職種	医師、看護師（訪問看護）、訪問介護員、理学療法士（訪問リハビリテーション）、歯科衛生士、薬剤師
連携が必要とされる専門職	十分な専門職が既に介入済み
連携の特徴	訪問介護員との密接な連携 血糖高値時に薬剤師と連携し、訪問介護員に指導
過程	
指示書が出るまでの経緯	栄養ケア・ステーション立ち上げ前に、栄養士会として診療所に管理栄養士派遣を働きかけた結果、契約に至った
ゴール設定	血糖値の改善 体重増加 低栄養状態の改善
指示内容	高血糖に対し、食事内容の確認と指導 低栄養状態の改善
栄養ケアの内容	訪問介護員と食事内容、調理方法、食事形態、買い物について相談・指導
効果	
血糖値の改善 体重増加 消化管機能の改善	

■管理栄養士不在の診療所から栄養ケア・ステーションへの連携方法

- 医師会、介護支援専門員連絡協議会へ訪問栄養食事指導の事例紹介と、介入方法、具体的な活動内容を紹介。管理栄養士が介入する患者例の説明を実施。
- 診療所からの依頼に対して、栄養ケア・ステーションとして担当管理栄養士と診療所へ同行し、管理栄養士の紹介と、契約を結ぶ。

■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

- 患者自身、介護者に対し、状況を自然に聞き出せる能力。患者を見て、生活状況や調理の提案や会話、調理ができること。
- 終末期患者に対して、困っていることを聞きながら、具体的な食材を提案、介護者に伝達できること。
- 人間性があること。患者、家族の思いや願いを叶えてあげたいと感じられること。

■訪問栄養食事指導をさらに拡大するための体制・取り組み

- 人材育成・スキルの向上：研修会の開催や、在宅訪問管理栄養士の基礎研修の活用をしている。
- 各診療所の方へパンフレットの配布を継続している。

■困難事例からの課題

- 介入に至らなかった事例
介護支援専門員や看護師から栄養食事指導の要望があったが、主治医自身が指導すると言われ、管理栄養士の介入を拒否された。
介護支援専門員が栄養に関する専門知識が不足し、アセスメント不足や医師への説明の仕方に問題がある可能性が示唆された。
解決方法として、介護支援専門員の栄養に関するアセスメント能力の向上が求められる。

■制度に対する課題

- 管理栄養士・栄養士自身の制度理解向上
制度変更時の迅速な情報共有・理解。多職種に対する制度説明能力の向上。
- 栄養ケア・ステーションが直接保険請求できない。
- 令和6年診療報酬改定で在宅支援病院・診療所での訪問栄養食事指導体制整備が盛り込まれ依頼が増加しているが、対応できる人材が不足している。

■制度改善に向けた提言

- 多職種へ管理栄養士の役割をアピール：介護支援専門員、訪問介護員への理解促進
- 外来栄養食事指導とは異なる在宅栄養指導の特性の理解促進

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
菊谷武	リハビリテーションとは？	覚道健治、井上誠、菊谷武、阪井丘芳、松香	口腔リハビリテーション学	永末書店	東京	2025	6-9
菊谷武	介護のための口腔ケア	菊谷武	介護のための口腔ケア	講談社	東京	2025	1-99
田中和美	【事例編】Case2 認知症の症状がひどいケース 【Q&A】食費を抑えるための工夫		いますぐ役立つ！ケアマネージャーのための栄養ケア実践ガイドーアセスメントからケアプラン・医療連携まで	第一法規株式会社	東京都	2026	in print
田中和美	第9章 高齢者の栄養教育		カレント栄養教育論	株式会社建帛社	東京都	2026	in print
西井穂	第7章 シンポジウム3「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取り組みの展開」 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の展開ー通所事業所における口腔・栄養連携に焦点化した展開方策の検討ー	一般社団法人日本健康・栄養システム学会	現場で差がつく！栄養ケアの実力2025 未来を拓く、つなげる栄養ケア・マネジメント	日本ヘルスケアテクノロジー株式会社	東京	2025	137-142
西井穂	Foreword 一目でわかる多職種協働、3. 演習 演習の説明、4. 実践 看護必要度を利用した大学での多職種協働の教育の実践	筒井孝子・嶋森好子・徳田安春	ジェネラリスト教育コンソーシアム consortium vol. 20 看護必要度データが変える！多職種協働と地域連携の実践ガイド	株式会社カイ書林	埼玉	2025	3-9、53-62、92-97

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
大田圭要, 高田健人, 谷中景子, 榎裕美, 田中美美, 杉山みち子, 三浦公嗣, 遠又靖丈 他	介護保険施設における栄養ケア・マネジメントのプロセス指標の評価～2021年度実態調査に基づく横断研究～	日本健康・栄養システム学会誌	24(2)	1-11	2025
榎裕美	医療・介護連携・在宅サービスと一体的取組	地域ケアリンク	27(8)	42-47	2025
榎裕美	歯科医療と栄養管理の統合的アプローチ ―高齢者の低栄養・フレイル予防に向けて―	日本歯科医師会雑誌	78 (11)	20-29	2026
榎裕美	フレイル予防における栄養の基盤的役割 ―日本人の食事摂取基準2025年版を踏まえて―	JOHNS	42(7)	in press	2026
Hiroyasu Furuya, Takeshi Kikutani, Yukie Ishiguro, Yuko Kuboyama, Keiko Motokawa, Yutaka Watanabe, Fumiyo Tamura.	Interprofessional nutrition and dysphagia management for care-dependent older adults in day-care services: a non-randomized controlled trial.	Eur Geriatr	—	—	オンライン先行公開
Hiroyasu Furuya, Takeshi Kikutani, Tomohito Sakazume, Yujiro Nakazawa, Kumi Tanaka, Yoko Katano, Yoko Ichikawa, Akari Hatano, Maiko Ozeki, Takashi Tohara, Noriaki Takahashi, Fumiyo Tamura.	Risk Factors for Home Care Discontinuation Among Older People With Dysphagia: A Two-Year Retrospective Cohort Study.	J Oral Rehabil	52(9)	1360-1368	2025
Hiroyasu Furuya, Takeshi Kikutani, Yuri Yokota, Maiko Ozeki, Fumiyo Tamura.	Temporal relationship between malnutrition and oral function impairment in older adults with dysphagia: A cross-lagged panel model.	J Nutr Health Aging	29(7)	—	2025

石田幸枝, 遠又靖丈, 田中和美.	KDBシステムより把握 した健康状態不明者該 当の有無とフレイルの 関連 大和市の悉皆調 査による横断研究	日本公衆衛生 雑誌	72(8)	521-529	2025
加藤昌彦, 田中和美, 矢野目英樹.	栄養ケア・マネジメン トの実践強化のための 組織戦略に関する調査 研究-中間報告	日本健康・栄 養システム学 会誌	25(1)	70	2025
長谷川未帆子, 長瀬香織, 田中和美.	低栄養に該当する後期 高齢者に対する栄養介 入の効果検証～栄養相 談により体重維持・改 善した者の行動変容の 把握～	栄養学雑誌	83(5)	253	2025
Miyai H, Tomofu ji T, Mizuno H, Morita M, Naka hara M, Kataoka K, Sumita I, U chida Y, Toyama N, Yokoi A, Ya manaka-Kohno R, Takeuchi N, Ma ruyama T, Ekuni D.	Effects of trehalose on halitosis: a ran domized cross-over c linical trial.	Healthcare (Basel)	13(6)	619	2025
Sato S, Irie K, Mochida Y, Hir ata T, Azuma T, Iwai K, Yonenag a T, Sasai Y, Tomofuji T, Kam ata Y, Komaki M, Yamamoto T.	Compatibility of sal ivary lactate dehydr ogenase level using a test kit with the community periodont al index in Japanese adults.	Odontology	113(3)	1232-1238	2025
Iwai K, Ekuni D, Azuma T, Yon enaga T, Tabata K, Toyama N, K ataoka K, Maruy ama T, Tomofuji T.	Association between chewing status and f atty liver in Japane se people aged ≥ 50 years: A c ohort study.	Healthcare (Basel)	13(12)	1399	2025
Iwai K, Hiroshi maya T, Azuma T, Yonenaga T, Tabata K, Watan abe K, Deguchi F, Obora A, Koj ima T, Tamaki N, Tomofuji T.	Association between a body shape index (ABSI) and periodont al disease: a cross- sectional study.	Sci Rep	16(1)	1703	2025

菅野義彦, 佐藤由美, 原純也, 宮澤靖, 槇枝亮子, 山口めぐみ, 本川佳子, 遠藤陽子, 西岡心大, 斎藤恵子	病棟専従・専任管理栄養士の配置による患者・スタッフに対する影響と課題	学会誌JSPEN	7	9-15	2025
---	------------------------------------	----------	---	------	------

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7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) 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		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)	☒	☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 8 年 3 月 5 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 7 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) 代表理事
(氏名・フリガナ) 三浦公嗣 ミウラコウジ

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)	☒	☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養 システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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7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) 看護学科・教授
(氏名・フリガナ) 梶井 文子・カジイ フミコ

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)	☒ ☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養 システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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8年 3月 12日

厚生労働大臣 殿

機関名 梶山女学園大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 黒 田 由 彦

次の職員の令和7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) 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		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)	☒	☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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:)	☐	☒	☐		☐

(※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) 未審査に場合は、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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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。

2026年 4月 10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7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) 口腔リハビリテーション科 ・ 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		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)	☒	☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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:)	☐	☒	☐		☐

(※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) 未審査に場合は、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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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7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) 栄養課 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 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)	☒ ☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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:)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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。

機関名 東洋大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 矢口悦子

次の職員の令和7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) 健康スポーツ科学部 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		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)	☒	☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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:)	☐	☒	☐		☐

(※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) 未審査に場合は、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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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。

2026年 3月 31日

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 (公印省略)

次の職員の令和7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) 人間生活学部 食物栄養学科 准教授

(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		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)	☒	☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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:)	☐	☒	☐		☐

(※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) 未審査に場合は、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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 8 年 3 月 5 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 7 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) 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)	☒ ☐	☒	一般社団法人日本健康・栄養システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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:)	☐ ☒	☐		☐

(※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) 未審査に場合は、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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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。

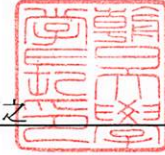
2026年3月23日

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7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) 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)	☒	☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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:)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 洪 愛子 (公印省略)

次の職員の令和7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)	☒ ☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養 システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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8年3月12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7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) 大学院医歯学総合研究科・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)	☒ ☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養 システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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:)	☐ ☒	☐		☐

(※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) 未審査に場合は、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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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8年 3月 6日

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 秋下 雅弘

次の職員の令和7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) 自立促進と精神保健研究チーム・専門副部長
(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		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)	☒	☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養 システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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:)	☐	☒	☐		☐

(※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) 未審査に場合は、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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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。