

## 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】在宅医療の需要増に伴い、地域の実情に応じた在宅栄養管理体制の整備が急務である。しかし、訪問栄養食事指導等の実績は乏しく、現場の管理栄養士の圧倒的な不足に加え、多機関や多職種と連携する仕組みが十分に機能していないことが体制整備の障壁となっている。本研究は、2年間にわたり在宅における栄養管理体制の実態を包括的に把握し、切れ目のない栄養管理システム構築に向けた現場向けの手引書の作成、および次期医療計画等への反映を見据えた提言・基礎資料を提示することを目的とした。

【方法】①文献等による訪問栄養食事指導の事例収集、および都道府県医療計画の記載状況の整理を行った。②在宅療養支援病院、同診療所、同歯科診療所、都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション等を対象に、栄養管理体制に関するWEB実態調査を実施した。③日本生活協同組合連合会等を対象に、配食サービス等の食支援に関する実態を把握した。④多職種連携が機能している先進的24施設に対し、訪問栄養食事指導のプロセスや体制に関するインタビュー調査を実施した。⑤①から④を統合し、実務的指針となる手引書の作成に向けた検討と、医療計画における体制整備に向けた提言等の整理を行った。

【結果】①文献調査では、訪問栄養食事指導等の多職種での介入は、栄養状態の改善だけでなくQOLの向上、介護負担軽減、再入院回避等に有効であることが示された。②実態調査では、訪問栄養食事指導が可能な体制を有する病院は36.6%、診療所は14.4%にとどまり、管理栄養士の圧倒的な不足と偏在が浮き彫りとなった。③本研究対象事業者の配食サービスは、食品へのアクセスの基盤として重要であるものの、利用者の継続的な栄養評価や医療的介入との接続が確立されていなかった。④インタビュー調査では、多職種連携が機能している施設において、早期の栄養介入により、体重増加、褥瘡の改善、経口摂取の維持・再開、再入院の回避等の効果が確認された一方で、管理栄養士の人的資源の不足等が課題として挙げられた。⑤課題解決に向け、退院支援から在宅定着期、看取りに至る各段階における多職種連携プロセスや情報共有の手法を体系化した実務指針となる手引書(概要版を含む)を作成し、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】在宅における栄養管理を充実させるには、管理栄養士を含む多機関・多職種による切れ目のない連携体制の構築と、それを裏付ける政策的アプローチが不可欠である。今後は、本手引書に基づく実務の標準化と連携の促進を図るとともに、作成した提言を活用し、各都道府県の医療計画において地域特性に応じた管理栄養士の具体的な確保目標数の明示や連携拠点の強化を図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）

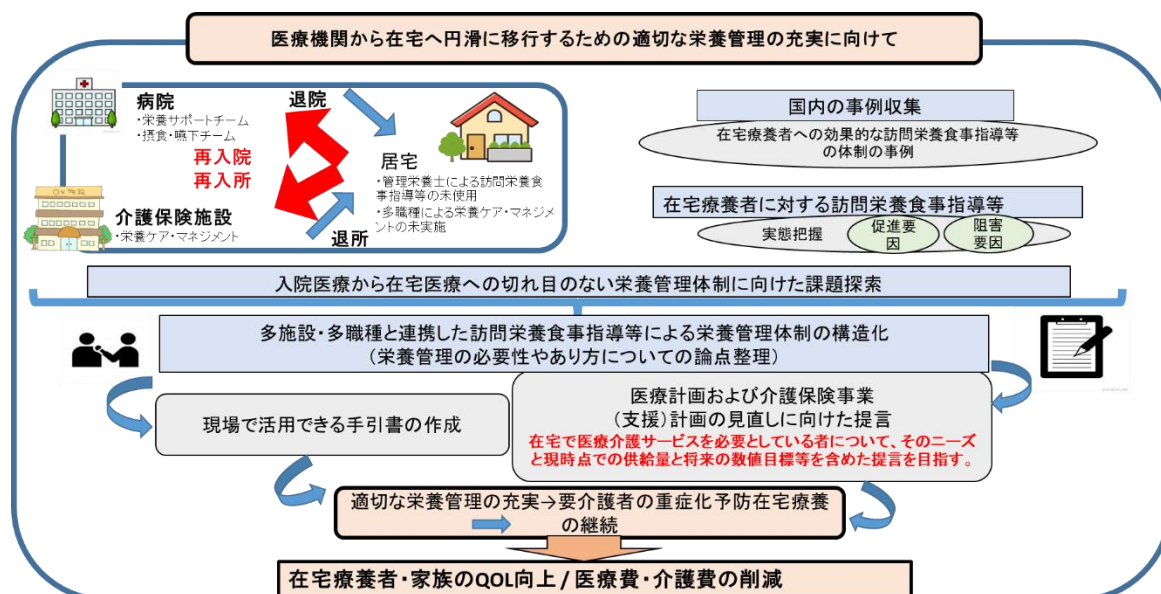
矢野諭（日本慢性期医療協会）

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

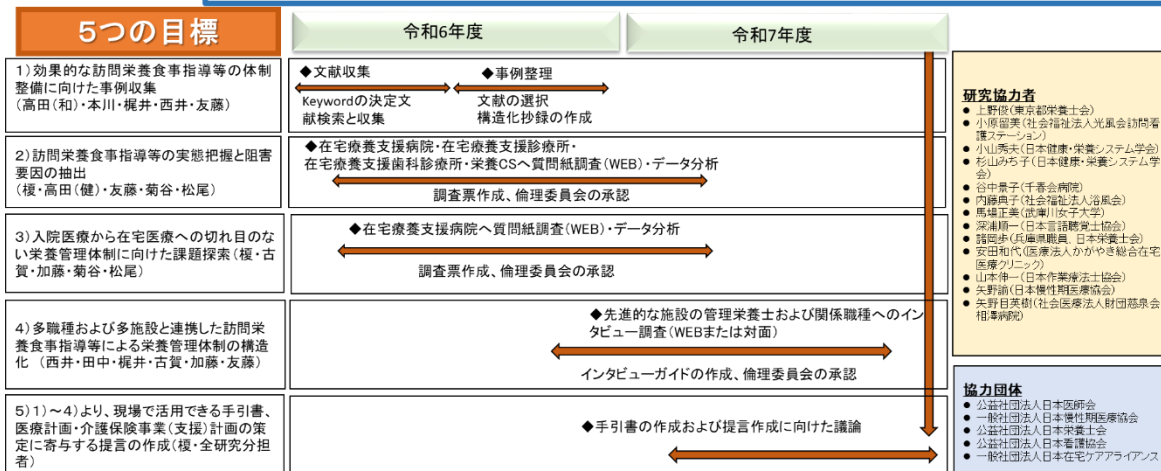
今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備は早急に着手すべき課題であり、特に栄養の観点からのアプローチは必須である。

近年、介護保険施設や病院における多職種による栄養管理体制は充実してきているが、在宅での「在宅患者訪問栄養食事指導」および「管理栄養士による居宅療養管理指導」の算定回数は依然として著しく少なく、多職種連携についても十分に推進されているとは言い難い状況である。さらに、在



## めざす姿

訪問栄養食事指導等に係る事例収集、質問紙調査、関係職種へのヒアリング等を通じた実態把握及び体制整備に向けた課題探索を実施し、第8次医療計画の中間見直し(令和8年度開始)に向けて、在宅療養者に対する適切な栄養管理の充実にに向けたシステム構築の基礎資料として、在宅で医療介護サービスを必要としている者について、そのニーズと現時点での供給量と将来の数値目標等を含めた提言を示すことを目的とする。



在宅療養者の生活実態を踏まえると、適切な栄養管理は医療的介入のみならず、食材の確保や調理といった生活基盤と密接に関連している。

本研究は、こうした現状を踏まえ、2年間にわたり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」の両側面から統合的に捉え直し、その実態と課題を多角的に把握することで、医療計画および介護保険事業(支援)計画の見直しに向けたシステム構築の基礎資料を示すことを目的とした。あわせて、地域における包括的かつ切れ目のない栄養管理体制の実装に向けて、実務的指針となる現場向け手引書を作成するとともに、次期医療計画等への反映を見据えた実装可能な提言の方向性を提示することを目指した。

具体的には、上記目的を達成するために以下のプロセスに沿って研究を実施した。

1. 文献等による効果的な訪問栄養食事指導等の体制整備に向けた事例収集、および都道府県医療計画における管理栄養士の人材確保や体制整備に関する記載状況の整理。

2. 医療機関等(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)を対象とした実態調査による、入院医療から在宅療養への切れ目のない栄養管理体制の課題探索と、訪問栄養食事指導等における促進・阻害要因の抽出。

3. 配食サービス関連団体に対する実態調査を通じた、在宅療養者への食支援の実態と、医療・介護との連携に関する課題の整理。

4. 多職種・多施設連携が機能している先進的施設に対するインタビュー調査を通じた、訪問栄養食事指導等のプロセスと栄養管理体制の構造化。

5. 実態調査・インタビュー調査等の結果を統合した、現場で活用できる「手引書」の作成、および医療計画等の策定に寄与する「提言(テンプレートを含む)」の作成。



科診療所は 190 施設、都道府県栄養士会栄養 CS は 32 施設であった。なお、参考値として調査を実施した日本在宅ケアアライアンスからは、在宅療養支援診療所 4 施設、在宅療養歯科診療所 4 施設を回収した。

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

調査項目は、施設の基本情報や管理栄養士の配置・雇用状況に加え、退院カンファレンスにおける多職種連携状況、訪問栄養食事指導の算定実績、管理栄養士が1日に担当可能な訪問人数、他機関への依頼・指示の障壁、さらに医師や看護師など他職種が管理栄養士に期待する役割等、多岐にわたる項目を設定し、施設別に基本集計を行った(IBM SPSS ver.29 を使用)。

### 3. 「生活支援としての食」を担う配食サービス等の実態把握(令和 7 年度)

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。

### 4. 令和 6 年度の実態調査で協力を得た施設等の中から、多職種・多施設連携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(令和 6~7 年度)

訪問栄養食事指導の実績が豊富で多施設・多職種連携が機能している先進的施設(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、WEB 方式による半構造化インタビューを実施した。インタビューガイドを用い、栄養ケア・マネジメントの構造、早期介入の契機とプロセス(退院支援から看取りまで)、実施内容、臨床的アウトカム、および制度的・構造的な課題(指示書発行に至るまでの情報共有・連携上の課題や人材確保の問題等)について聴取し、逐語録をもとに質的分析を行った。

### 5. 現場向け手引書の開発および医療計画等への政策提言の作成(令和 7 年度)

2 年間にわたる量的・質的調査の結果を統合し、在宅栄養管理の実装に向けた具体的なアウトプットを作成した。① 手引書の作成: 退院支援、在宅療養の定着期、看取り期の各段階における介入フローや、管理栄養士と多職種間の情報共有手段、記録様

式等を体系的に整理した実務指針となる手引書の作成に向けた検討委員会を設置した。

② 政策提言およびテンプレートの作成：研究成果を次期医療計画等の政策に反映させるため、二次医療圏単位での管理栄養士の必要数推計と確保目標の設定方法、ICT を活用した情報共有体制の整備などを盛り込んだ提言を整理するための検討委員会を設置した。

なお、本研究における実態調査およびインタビュー調査は、日本健康・栄養システム学会倫理審査委員会の承認（承認番号2024B:令和6年10月9日承認、2025A1:令和7年2月6日承認、変更届 令和7年4月16日承認）を得て、対象者および対象施設の倫理的配慮を十分に遵守したうえで実施された。

#### 【研究班会議開催状況】

##### 1. 令和6年度

###### 研究班全体会議

- 第1回班会議:令和6年5月8日
- 第2回班会議:令和7年3月13日

###### 研究分担班の会議

- 事例収集班会議:令和6年6月3日
- 実態把握班、課題探索班合同会議:令和6年6月12日
- 課題探索班会議:令和6年6月28日
- 実態把握班、課題探索班合同会議:令和6年7月11日
- 実態把握班、課題探索班合同会議:令和6年7月25日
- 実態把握班、課題探索班合同会議:令和6年8月7日
- インタビュー班会議:令和7年1月14日

##### 在宅訪問栄養食事指導実施の先進的施設の視察およびヒアリング

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

##### 2. 令和7年度

###### 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. 効果的な体制整備に向けた事例収集および都道府県医療計画の現状分析(令和6年度分担研究報告書参照)

文献等による事例収集の結果、訪問栄養食事指導は、体重増加や栄養指標の改善といった栄養面の効果にとどまらず、意欲の向上や外出頻度の増加、介護者の負担軽減など、QOL向上にも有効であることが示された。一方で、制度上の「月2回」という訪問制限では不足するケースや、多職種および患者・家族の管理栄養士に対する役割理解が不十分であることが課題として指摘された。また、各都道府県の第8次医療計画の分析では、訪問栄養指導を受けた患者数等の記載がある自治体は少なく、他の訪問事業に比べて認知度が低いことがうかがえた。管理栄養士の現状値の記載は多いものの、配置率の向上など具体的な数値目標を掲げている都道府県は少数にとどまった。

#### 2. 在宅療養者に対する栄養管理体制の実態調査

医療機関等を対象とした調査の回収率は、在宅療養支援病院で約6%(回答者により6.2~6.5%)、同診療所で8.1%、同歯科診療所で7.2%であったのに対し、都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションでは68.1%であった。医療機関の低い回収率については、これまでの報酬算定実績が低迷している現状に鑑み、訪問指導の実績がな

い施設の多くが回答に至らなかった可能性があり、この結果自体が現場の実態を的確に反映していると推察された。

有効回答施設における分析の結果、訪問栄養食事指導等を行うことが可能な体制を有している施設は、在宅療養支援病院で36.6%、在宅療養支援診療所では14.4%にとどまり(図1)、管理栄養士の圧倒的な不足と偏在が明らかとなった(表1)。また、管理栄養士1人が1日に訪問可能な人数は、病院で平均2.2人(件)、診療所で平均2.7人(件)と少数であった(表2)。他職種からのニーズとして、医師や看護師等は管理栄養士に対し「生きがい・食べる楽しみ等のQOL向上」の役割を強く期待していることが示された(図2)。しかし、他の機関に訪問指導を依頼する際の障壁として、全体の50%以上が「他機関との契約手続きが煩雑」「依頼先の管理栄養士がいる医療機関がわからない」と回答した(表3)。さらに、地域の連携拠点となるべき都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションにおいても算定実績が低く、十分に機能を発揮していない実態が確認された。

#### 3. 「生活支援としての食」を担う配食サービス等の実態把握

本調査対象とした事業者は、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。

#### 4. 多職種・多施設連携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 (令和7年度分担研究報告書掲載:24事例参照)

訪問栄養食事指導の実績が豊富な先進的施設に対するインタビュー調査の結果、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位置づけている施設では、退院支援等の早期段階から円滑な栄養介入が行われていた。これにより、体重増加、褥瘡の治癒、経口摂取の維持・再開、再入院の回避、介護負担軽減といった臨床的に有意義なアウトカムが確認された。一方で、体制が不十分な施設が直面する構造的課題として、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、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の不明確さが挙げられた。

#### 5. 実務指針となる手引書の開発および医療計画等への政策提言の作成

実態調査およびインタビュー調査の結果を統合し、実務的な実装モデルとして手引書(『在宅医療における栄養管理実践ガイドー

退院支援から看取りまでをつなぐ多職種連携』:資料1)を作成した。本手引書では、退院支援から在宅定着期、看取り期に至る各段階の介入フローや、多職種間の情報共有手段、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。また、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。

さらに、研究成果を政策へと展開するため、都道府県の次期医療計画等に活用できる提言とテンプレートを作成した(資料2)。なお、提言では、二次医療圏単位での管理栄養士の必要数推計と確保目標の設定、ICTを活用した情報共有体制の整備、連携拠点機能の強化の重要性を提示した。

#### D. 考察

##### 1. 訪問栄養食事指導の有効性とニーズの乖離

文献や事例収集、ならびに多職種連携が機能している先進施設のインタビュー調査から、訪問栄養食事指導は極めて有効な医療行為であることが確認された。適切なタイミングで介入が行われれば、体重増加や褥瘡の治癒、経口摂取の維持・再開といった臨床的効果に加え、意欲の向上、外出頻度の増加、介護者の負担軽減などQOL向上に直結する。実際に、医師や看護師等からも管理栄養士に対し「生きがい・食べる楽しみ等のQOL向上」への貢献が強く期待されている。しかしながら、我が国には低栄養ま

たはそのリスクを抱える在宅療養者が多数（要介護・要支援高齢者から推計して約 490 万人）存在すると見込まれるにもかかわらず、実際の訪問指導のレセプト件数は著しく少なく、必要不可欠なケアが届いていないという大きな乖離がある。

## 2. 体制整備を阻む構造的課題

この乖離の背景には、医療提供体制および生活基盤の両面にまたがる複数の構造的障壁が存在する。

第一に、圧倒的な人材不足と配置の偏在である。訪問指導を行う体制を有する病院や診療所は依然として少なく、管理栄養士 1 人が 1 日に訪問できる人数も平均約 2 名と限られているため、絶対的なマンパワー不足が明白である。さらに、報酬水準の制約や業務負担の問題から、在宅分野に継続的に関与する人材の確保が難航している。

第二に、多機関・多職種連携の壁である。他機関へ訪問指導を依頼・指示する際、「契約手続きの煩雑さ」や「依頼できる管理栄養士がいる医療機関がわからない」といった障壁があり、訪問栄養食事指導等の制度内容や管理栄養士の役割に関する多職種への周知不足、ならびに指示書発行に至るまでの情報共有・連携体制の不足が、介入開始の遅れにつながっている可能性がある。ただし、指示書が発行されない理由を本調査で直接検証したものではなく、因果関係については慎重な解釈を要する。地域の受け皿・ハブとして期待される都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションにおいても、対応可能な人材や医療機関との連携ルート等の制約により、地域の支援ニーズに十分対応できていない可能性が示された。また、状態が

不安定な介入初期や看取り期においては、制度上の「月 2 回」の訪問制限では不十分な事例もみられ、柔軟な対応の難しさも課題である。

第三に、「食支援」と「医療」の分断である。独居高齢者等の生活を支える配食サービス等の地域資源は、食品へのアクセス確保という重要な役割を担っている。しかし、現時点では利用者の喫食状況や栄養状態の継続的な評価が十分に行われておらず、医療・介護職との連携が体系化されていない。このため、低栄養リスクが顕在化するまで専門的な介入が遅れる要因となっている可能性もあり、今後、複数事業者の調査が必要である。

## 3. 在宅栄養管理システム構築に向けた解決策と今後の展望

これらの課題を克服するためには、個別のサービス改善だけでなく、地域全体での「構造の再設計」が必要である。具体的には、医師による包括的な医学的管理の下で実施する基本的枠組みを維持しつつ、多職種が把握した栄養リスクを医師へ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の検討や実際の業務内容を踏まえた報酬体系の在り方の検討と、多職種による栄養リスクの早期把握および管理栄養士への円滑な連携を支える仕組みの整備などが求められる。

次に、実務における構造化である。本研究で開発した手引書（『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—』）および概要版を広く普及・実装させることが求められる。退院支援、在宅定着期、看取り期に至るまでの

切れ目のない栄養介入プロセスを多職種連携のもとで標準化し、医療機関から在宅、さらに必要に応じて栄養ケア・ステーション等の地域資源へつなぐ情報共有・連携の手順と役割分担を明確にすることが、現場レベルでの課題解決に直結する。そして、これらを支える政策的な後押しである。各都道府県の第8次医療計画において、訪問栄養指導の認知度は他の訪問事業に比べて低く、管理栄養士の配置や指導件数に関する具体的な目標値の記載は不十分であった。第8次医療計画後期においては、本研究が作成した医療計画用テンプレートの活用を通じて、二次医療圏単位での栄養管理ニーズに基づく管理栄養士の必要数の推計・可視化を進めることが期待される。また、こうした取組を通じて、都道府県による計画的な人材確保や地域における連携拠点の機能強化が促進されることが期待される。

## E. 結論

本研究は、2年間にわたる事例収集、実態調査、およびインタビュー調査を通じて、在宅療養者に対する栄養管理体制の現状と構造的課題を明らかにした。研究結果に基づく5つの構造的課題と対応の方向性、成果を図3に示した。

在宅療養者の栄養管理を充実させるには、地域資源の活用と医療・介護連携により退院支援から看取りに至るまで「切れ目のない栄養管理体制」を構築することが不可欠である。その実現に向け、以下の2点を強力に推進することが求められる。

1点目に、本研究で作成した手引書『在宅医療における栄養管理実践ガイドー退院支援から看取りまでをつなぐ多職種連携

ー』に基づく実務の手順・プロセスの明確化と、多職種連携の促進である。

2点目に、各都道府県の次期医療計画等において、地域特性に応じた訪問栄養食事指導の推進方針と、管理栄養士の具体的な確保目標数を明示し、政策として明確に位置づけることである。

今後は、本研究で示した手引書と提言(テンプレート)を基盤に、地域に即した体制整備を進めるとともに、その効果を評価し、持続可能なシステム構築へつなげることが望まれる。あわせて、現場からは栄養管理の明確なエビデンスを継続的に発信していくことが重要である。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Ichikawa Y, Kikutani T, Sumi M, Iwata H, Takahashi N, Tohara T, Ozeki M, Tamura F. Intramuscular condition of swallowing-related muscles using shear-wave elastography: A preliminary study in healthy adults. J Oral Rehabil. 51(11): 2405-2414, 2024.
- 2) Tanaka K, Kikutani T, Takahashi N, Tohara T, Furuya H, Ichikawa Y, Komagata Y, Mizukoshi A, Ozeki M, Tamura F, Tominaga T. A prospective cohort study on factors related to dental care and continuation of care for older adults receiving home medical care. Odontology. 113(2): 776-787, 2024.
- 3) Tanaka Y, Matsuyama M, Tamura F,

- Mizukami M, Tanaka K, Kikutani T. Factors involved in picky eating in children with disabilities visiting outpatient clinics to receive feeding therapy. *Spec Care Dentist*. 44(6): 1671–1679, 2024.
- 4) Tanaka K, Tominaga T, Kikutani T, Sakuda T, Tomida H, Tanaka Y, Mizukoshi A, Ichikawa Y, Ozeki M, Takahashi N, Tamura F. Oral status of older adults receiving home medical care: A cross-sectional study. *Geriatr Gerontol Int*. 24(7): 706–714, 2024.
  - 5) Watanabe D, Yoshida T, Watanabe Y, Yokoyama K, Yamada Y, Kikutani T, Yoshida M, Miyachi M, Kimura M. Oral frailty is associated with mortality independently of physical and psychological frailty among older adults. *Exp Gerontol*. 15;191:112446, 2024.
  - 6) Okubo M, Morishita M, Odani T, Sakaguchi H, Kikutani T, Kokabu S. The importance of taste on swallowing function. *Front Nutr*. 7:11:1356165, 2024.
  - 7) Takahashi I, Kodama M, Machida R, Tohara T, Tamura F. Factors associated with the maintenance in food texture for dependent older people with dysphagia living in nursing home – A retrospective cohort study. *Spec Care Dentist*. 44(3): 886–892, 2024.
  - 8) Tanaka K, Kikutani T, Tamura F, Sato S, Komagata Y, Shibasaki I, Tomioka K, Ichikawa Y, Shiobara Y, Sato T, Tohara. Problems experienced when swallowing solid oral dosage forms in older Japanese patients with dysphagia: A cross-sectional study. *Spec Care Dentist*. 44(1): 214–220, 2024.
  - 9) Iwai K, Azuma T, Yonenaga T, Sasai Y, Watanabe K, Obora A, Deguchi F, Kojima T, Tomofuji T. Association between failed eradication of 7-day triple therapy for *Helicobacter pylori* and untreated dental caries in Japanese adults. *Scientific Reports*. 14(1): 4043, 2024.
  - 10) Iwai K, Azuma T, Yonenaga T, Sasai Y, Nomura T, Sugiura I, Inagawa Y, Matsumoto Y, Nakashima S, Abe Y, Tomofuji T. Longitudinal association of oral function and dementia in Japanese elderly people. *Scientific Reports*. 14(1): 5858, 2024.
  - 11) Iwai K, Azuma T, Yonenaga T, Sasai Y, Komatsu Y, Tabata K, Nomura T, Sugiura I, Inagawa Y, Matsumoto Y, Nakashima S, Abe Y, Tomofuji T. Predictive factors associated with future decline in swallowing function among Japanese older people aged  $\geq 75$  years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 21(6): 674, 2024.
  - 12) Yamazaki R, Iwai K, Azuma T, Yonenaga T, Sasai Y, Watanabe K, Obora A, Deguchi F, Kojima T, Tome W, Kitai N, Tomofuji T. Association between poor chewing status and increased waist circumference: A one-year longitudinal study. *Healthcare (Basel)*. 12: 1341,

- 2024.
- 13) Iwai K, Azuma T, Yonenaga T, Sasai Y, Komatsu Y, Tabata K, Nomura T, Sugiura I, Inagawa Y, Matsumoto Y, Nakashima S, Abe Y, Tomofuji T. Relationship between swallowing function and serum albumin level in Japanese elderly people aged  $\geq 75$  years. *Healthcare (Basel)*. 12(21): 2197, 2024.
  - 14) 田中和美: 栄養ケア・マネジメントの実践 高齢者の QOL を支える「栄養」. *地域ケアリング*, 26(8): 6-11, 2024.
  - 15) 西井穂, 田中和美, 三浦公嗣 他: 通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関するインタビュー調査 口腔・栄養関連サービスの取組を実践する事業所の特徴. *日本健康・栄養システム学会誌*, 23(2): 9-19, 2024.
  - 16) 須永美幸, 田中和美, 三浦公嗣: 栄養ケア・マネジメントのための人材育成に関する研究・臨床栄養師研修の質の改善のためのアンケート調査及びインタビュー調査. *日本健康・栄養システム学会誌*, 24(1): 69, 2024.
  - 17) 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.
  - 18) 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.
  - 19) 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.
  - 20) 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): 727-730, 2026.
  - 21) 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.
  - 22) 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.
  - 23) 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.
  - 24) 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.

- 25) 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.
  - 26) 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.
  - 27) 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.
  - 28) 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.
  - 29) 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  $\geq 50$  years: A cohort study. Healthcare (Basel). 13(12): 1399, 2025.
  - 30) 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.
  - 31) 菅野義彦, 佐藤由美, 原純也, 宮澤 靖, 榎枝亮子, 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) 野村総合研究所 令和4年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 管理栄養士による居宅療養管理指導に関する調査研究事業-報告書 <https://www.nri.com/content/900032522.pdf> (令和7年3月31日閲覧)
  - 2) 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ研究所 令和4年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 在宅で療養する要介護高齢者に対する多職種連携と適切なサービス提供に係る調査研究事業-報告書 [https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r04\\_6\\_01jigyohokokusho.pdf](https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r04_6_01jigyohokokusho.pdf) (令和7年3月31日閲覧)
  - 3) 厚生労働省ホームページ 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)

- 4) 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)
- 5) 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)
- 6) 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)
- 7) 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 在宅療養支援病院の管理栄養士配置

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

表 2 訪問に専任する 1 人の管理栄養士が 1 日に訪問栄養食事指導を担当できる人数

|                 | n  | 平均 ± 標準偏差 |
|-----------------|----|-----------|
| 在宅療養支援病院 (人)    | 39 | 2.2 ± 1.6 |
| 在宅療養支援診療所 (人)   | 22 | 2.7 ± 1.8 |
| 在宅療養支援歯科診療所 (人) | 10 | 1.5 ± 1.3 |

表 3 他の医療機関の管理栄養士に訪問栄養食事指導の依頼・指示を行うことの障壁  
(複数回答, %)

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

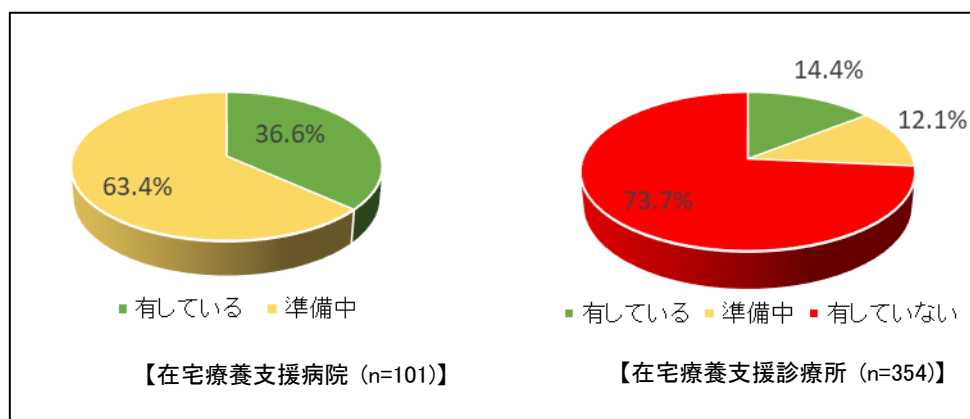
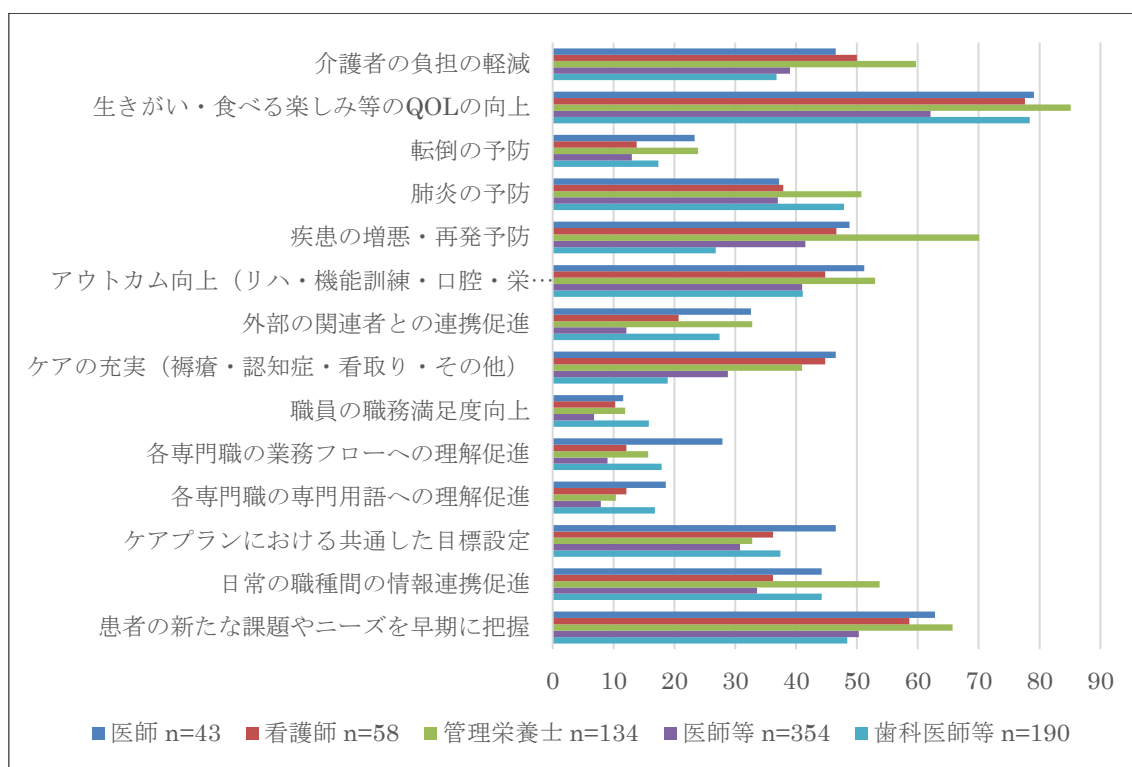


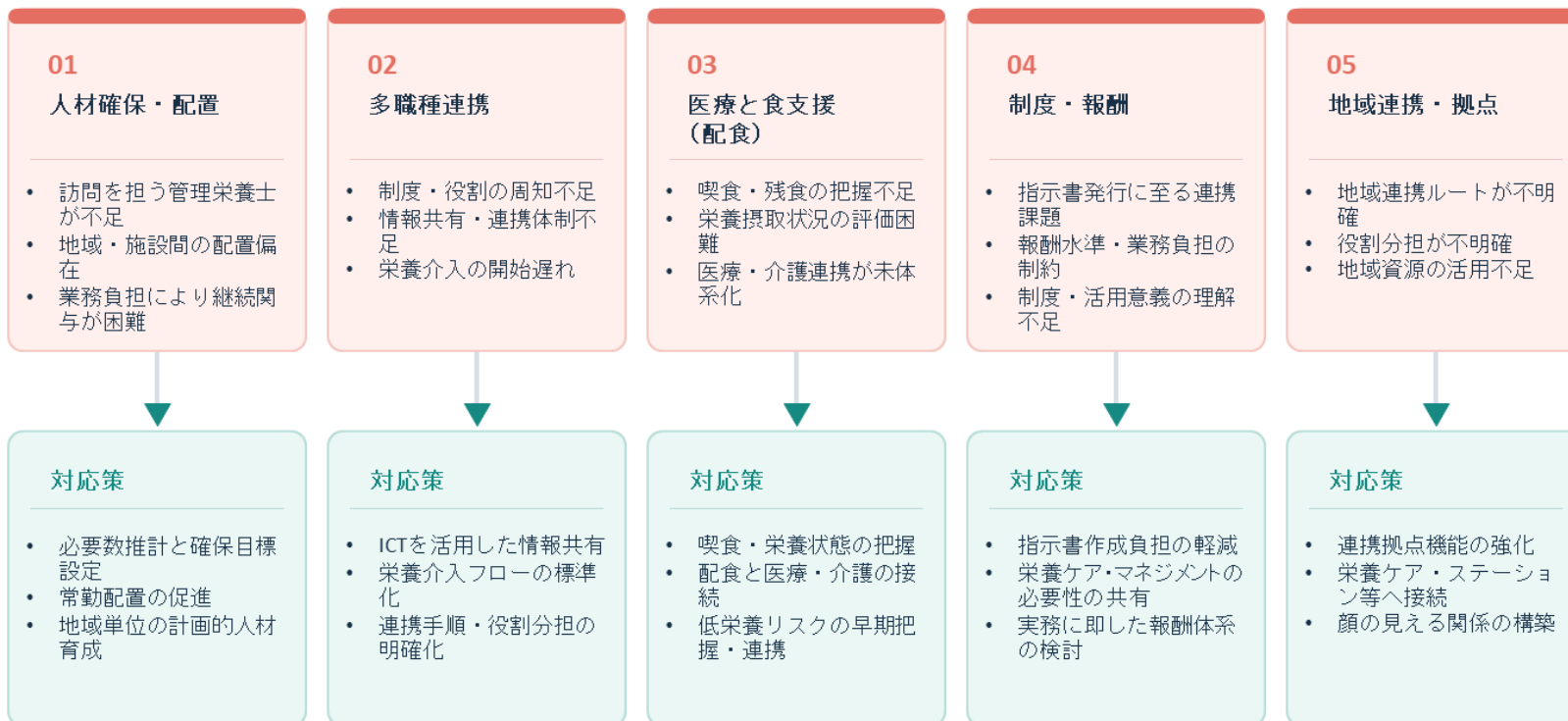
図1 管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有しているか (%)



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

図2 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士に期待する（期待されている）  
 役割について（複数回答、%）

## 5つの構造的課題



### 確認された主な成果

在宅療養の継続

重症化・再入院の回避

介護者負担軽減

QOL向上

図3 在宅医療における栄養管理体制の構築（研究結果に基づく5つの構造的課題と対応の方向性）

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—』

## 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
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統一が不十分である。
- **「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）