

## 生活習慣病患者への栄養指導実施可能性から見た、 一般診療所における管理栄養士配置状況の現状と課題

堀川千嘉<sup>1\*</sup>

生活習慣病は日本を含む世界的な課題であり、日本では、2020年現在、高血圧・糖尿病・脂質異常症の罹患者は、成人の27%・15%・18%を占める。生活習慣病の継続的な治療において食事療法は治療の要であり、栄養指導の導入により医療費削減につながる事が報告されている。しかし、栄養指導を実施する管理栄養士の配置は、病床数が100以上の病院以外では必置義務はない。よって、本報告では、病床数20床未満または無床である一般診療所（以下、診療所）における生活習慣病（糖尿病・脂質異常症・高血圧性疾患）患者において、管理栄養士による栄養指導が実施可能な状況にあるか、厚生労働省が作成した、平成29年医療施設（静態・動態）調査・病院報告および平成29年患者調査を用い、病床を有する病院との比較を行いながら検討を行った。結果、2017年現在、日本における診療所数は、病院の12倍にのぼり、うち無床診療所は全診療所の92.9%を占めていた。生活習慣病患者数は、外来患者および入院患者を合算した総患者数の14.6%を占め（104.4万人/715.6万人）、生活習慣病患者のうち79.0%は、診療所を受診し、診療所受診者の99.8%が外来患者であった。医師一人当たりが診察する生活習慣病患者は病院医師と比較して診療所では6倍であった。しかし、病院および診療所における管理栄養士の平均配置人数は、常勤換算でそれぞれ2.7名、0.04名と、診療所での管理栄養士の配置は非常に少ない状況にあった。以上より、生活習慣病患者の多数を診る役割を担う診療所において管理栄養士が十分に配置されておらず、診療所に通院する生活習慣病患者への栄養指導が困難な状況であり、対策が必要であることが明らかとなった。

**キーワード：** 管理栄養士、栄養指導、一般診療所、病院、生活習慣病

### はじめに

生活習慣病は日本を含む世界的な課題である。厚生労働省からの国民健康・栄養調査の報告によれば、日本では、2020年現在、高血圧・糖尿病・脂質異常症の罹患者は、成人の27%・15%・18%を占めることが報告されている<sup>1)</sup>。生活習慣病の疾病コントロールが不良である場合、心血管疾患やがんの発症リスク、および死亡リスクの増加につながる<sup>2)</sup>ことが知られている。

生活習慣病の多くは、継続的な治療が必要であり、生活習慣の是正が重要な治療方法の1つ

となる。中でも食事療法は生活習慣病の療養において基本かつ重要とされ<sup>3-5)</sup>、食習慣や食事内容を通じた疾病コントロールの改善には、管理栄養士による栄養指導が重要であることが示されている<sup>6-8)</sup>。しかも、栄養指導を糖尿病患者や脂質異常症患者に実施した場合、糖尿病患者は年間一人当たり平均39万円、脂質異常症患者は年間一人当たり年間18万円の医療費の削減が可能であることが報告されている<sup>9,10)</sup>。

しかし、医療施設における管理栄養士の配置義務は、当該医療施設の規模により大きく異なる。実際、管理栄養士の必置義務としては、病

<sup>1</sup> 新潟県立大学人間生活学部健康栄養学科

\* 責任著者 堀川千嘉 連絡先：horikawa@unii.ac.jp

利益相反：なし

床数 100 未満の病院や一般診療所（以下、診療所）では求められていない<sup>11)</sup>。ただし、入院患者の対応として、給食経営管理を含む栄養管理や栄養指導が必要であることから、100 床未満であっても病床を有する医療施設では、そのニーズに応える専門性を有する管理栄養士が配置されるといえる。

これらの現状を踏まえると、日本全体に多くの患者が存在する生活習慣病の治療において、管理栄養士による栄養指導の実施可能性が、病床を有する病院と病床数 20 床未満または無床である診療所<sup>12)</sup>において異なる状況にあるか、検証する必要がある。

よって、診療所における生活習慣病患者において、管理栄養士による栄養指導が実施可能な状況にあるか、国から公表された報告書等の既存資料を活用しながら、検討を行ったので、ここに報告する。

## 方法

病院と診療所それぞれにおいて、生活習慣病患者が管理栄養士による栄養指導を受けることが可能か検証するため、以下の事項を国から公表された報告書等の既存資料を用いて調査した。

- ① 日本国内に存在する病院と診療所の施設数
- ② 1 日あたり病院と診療所に通院または入院する総患者数および生活習慣病患者数
- ③ 病院と診療所における常勤または常勤換算医師 1 人当たりが 1 日あたり受け持つ総患者数および生活習慣病患者数
- ④ 病院と診療所における常勤または常勤換算とした管理栄養士の人数

これらの事項は、厚生労働省から公表された平成 29 年 医療施設(静態・動態)調査・病院報告<sup>12)</sup> および平成 29 年患者調査<sup>13)</sup> を用いて、当該項目の抽出および算出を行った。本報告における生活習慣病患者の定義は、糖尿病・脂質異常症・高血圧性疾患のいずれかに罹患している者とした。

また、本報告は、厚生労働省が公開した個人情報のない報告書およびそれに関連するデータベースを用いたものであることから、倫理委員会等の審査は不要である。

## 結果

### ① 日本国内に存在する病院と診療所の施設数

平成 29 年 医療施設(静態・動態)調査・病院報告<sup>11)</sup>によると、2017 年現在、日本国内に存在する医療施設のうち病院は 8412 施設、診療所は 101471 施設であり、診療所は病院の 12 倍にのぼる施設数であった。さらに、診療所のうち有床診療所は 7202 施設にとどまり、無床診療所は 94269 施設と診療所数のうち 92.9%を占めていた(図 1)。

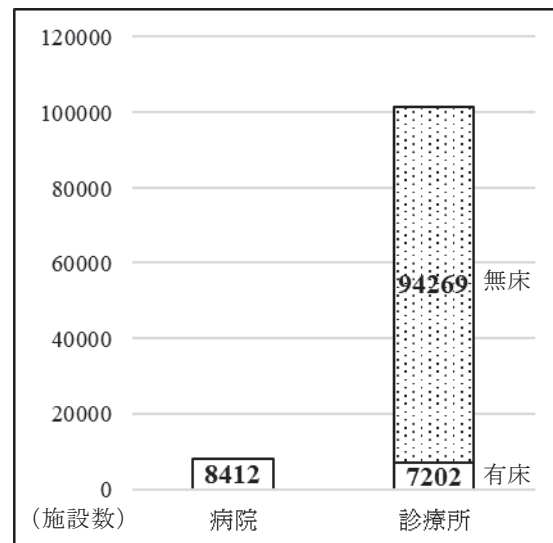


図 1. 日本国内の病院と診療所の施設数  
平成 29 年 医療施設(静態・動態)調査・病院報告<sup>11)</sup>を改変。

### ② 1 日あたり病院と診療所に通院または入院する総患者数および生活習慣病患者数

平成 29 年患者調査<sup>13)</sup>に記載された推計患者数によれば、外来患者および入院患者の総患者数は、それぞれ 1 日あたり 584.3 万人および 131.3 万人であった。このうち、診療所における外来患者数は 421.3 万人と、全外来患者の 72.1%を占めていた。なお、入院患者のうち 97.0%である 127.3 万人が病院に入院していた。

生活習慣病の患者数は、外来および入院患者をあわせて 104.4 万人であり、外来患者および入院患者を合算した総患者数(715.6 万人)の 14.6%を占めていた。疾患別にみると、糖尿病が外来患者 22.4 万人・入院患者 1.9 万人、脂質異常症が外来患者 14.8 万人・入院患者 0.02 万人、高血圧症疾患が外来患者 64.7 万人・入院患者 0.6 万人であり、生活習慣病患者のうち 97.6%が外来患者として治療を受けていた。

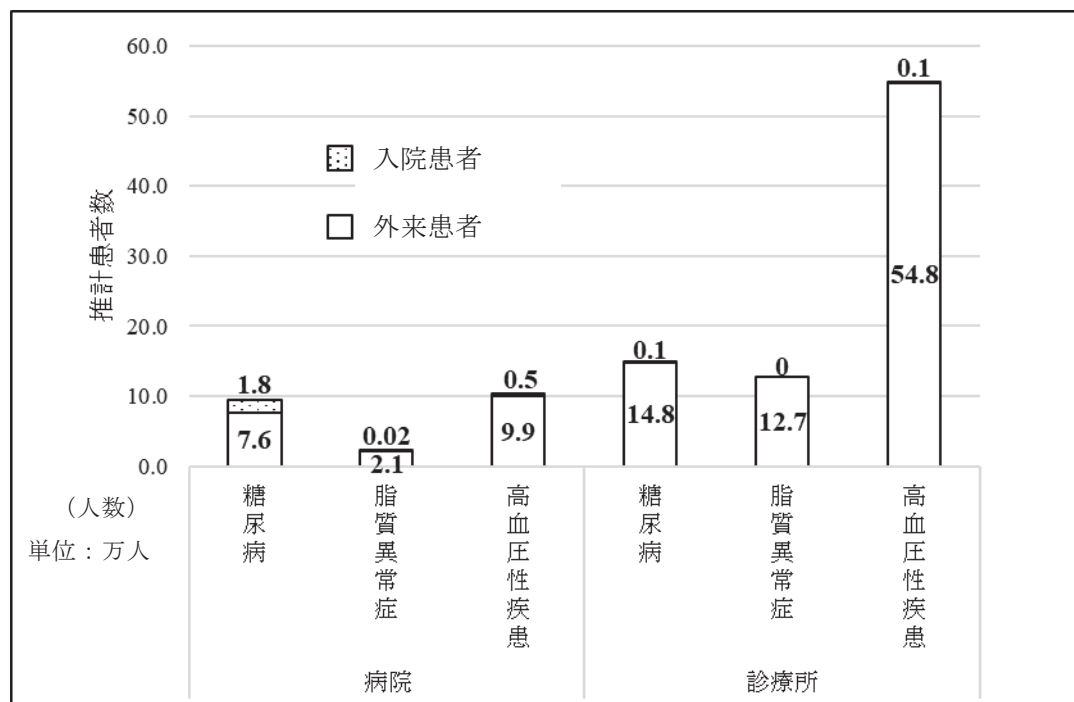


図 2. 日本国内の病院と診療所別にみた、生活習慣病（糖尿病・脂質異常症・高血圧性疾患）患者数  
平成 29 年患者調査<sup>13)</sup>を改変。

さらに、病院と診療所に分け、生活習慣病患者を外来および入院患者数別に整理したものを図 2 に示す。病院において、糖尿病は外来患者 7.6 万人・入院患者 1.8 万人、脂質異常症は外来患者 2.1 万人・入院患者 0.02 万人、高血圧症疾患は外来患者 9.9 万人・入院患者 0.5 万人であった。診療所において、糖尿病は外来患者 14.8 万人・入院患者 0.18 万人、脂質異常症は外来患者 12.7 万人・入院患者 0 万人、高血圧症疾患は外来患者 54.8 万人・入院患者 0.1 万人であった。生活習慣病患者のうち 79.0%が診療所で治療を受けており、診療所で治療を受ける生活習慣病患者は、99.8%が外来患者であった。

### ③ 病院と診療所における常勤または常勤換算医師 1 人当たりが 1 日あたり受け持つ総患者数および生活習慣病患者数

平成 29 年 医療施設(静態・動態)調査・病院報告<sup>12)</sup>における病院および診療所の常勤または常勤換算医師数は、病院および診療所で、それぞれ、217567.4 人、135605.7 人であった。本人数を用いて、平成 29 年患者調査<sup>12)</sup>にて報告された推計患者数を除し、病院と診療所における常勤または常勤換算医師 1 人当たりが 1 日あたり受け持つ総患者数および生活習慣病患者数を算出した結果を表 1 に示す。

医師一人当たりが診る患者数は、総数としては

表 1. 医師一人当たりが診る患者数および総数に対する生活習慣病患者数の占める割合

	医師一人当たりが診る患者数 (人)						総数に対する生活習慣病患者数の占める割合 (%)					
	病院			診療所			病院			一般診療所		
	外来患者	入院患者	合計	外来患者	入院患者	合計	外来患者	入院患者	合計	外来患者	入院患者	合計
総数	7.49	5.85	13.34	31.07	0.29	31.36	-	-	-	-	-	-
糖尿病	0.35	0.08	0.43	1.09	0.01	1.10	4.7%	1.4%	6.1%	3.5%	2.3%	5.8%
脂質異常症	0.10	0.00	0.10	0.94	0.00	0.94	1.3%	0.0%	1.3%	3.0%	0.0%	3.0%
高血圧性疾患	0.46	0.02	0.48	4.04	0.01	4.05	6.1%	0.4%	6.4%	13.0%	2.8%	15.8%
生活習慣病合計	0.90	0.10	1.01	6.07	0.01	6.08	12.0%	1.8%	13.8%	19.5%	5.0%	24.5%

平成 29 年 医療施設(静態・動態)調査・病院報告<sup>12)</sup> および平成 29 年患者調査<sup>13)</sup>を用いて算出。

表 2. 病院と診療所における、常勤または常勤換算管理栄養士の平均配置人数

病院 (人)						
総数	20～29 床	30～39 床	40～49 床	50～99 床	100～149 床	150～199 床
2.7	1.0	1.2	1.3	1.5	2.0	2.5
	200～299 床	300～399 床	400～499 床	500～599 床	600～699 床	700～799 床
	3.0	4.2	5.6	6.9	7.6	9.5
	800～899 床	900 床以上				
	10.5	13.9				
診療所 (人)						
総数	有床(1～19 床)	無床				
0.04	0.19	0.03				

平成 29 年 医療施設(静態・動態)調査・病院報告<sup>12)</sup> から算出、改変。

病院で 13.34 人、診療所で 31.36 人であった。このうち、生活習慣病患者数は、病院で 1.01 人、診療所で 6.08 人であり、患者総数に対する生活習慣病患者数の占める割合は、病院で 13.8%、診療所で 24.5%と、特に診療所では総患者数の約 4 分の 1 を占めていた。

#### ④ 病院と診療所における常勤または常勤換算とした管理栄養士の人数

平成 29 年 医療施設(静態・動態)調査・病院報告<sup>12)</sup> を用い、常勤または常勤換算管理栄養士の平均配置人数を抽出および算出した。病床数別の病院および有床無床別の診療所ごとに見た常勤または常勤換算管理栄養士の平均配置人数を、表 2 に示す。常勤または常勤換算管理栄養士の平均配置人数は、病院・診療所において、それぞれ 2.7 名・0.04 人であった。病院の管理栄養士の配置人数は、その規模により平均配置人数が異なり、800 床以上では平均配置人数は 10 名を超えていた。病床数が 20～29 床の病院では、常勤または常勤換算管理栄養士の平均配置人数は 1 人が確保されていた。しかし、診療所においては、1～19 床の病床を有する有床診療所では、平均配置人数は 0.19 人、無床診療所では 0.03 人と少なく、管理栄養士の配置はほとんどなされていなかった。

### 考察

本報告では、病床数 20 床未満または無床である診療所における生活習慣病(糖尿病・脂質異常症・高血圧性疾患)患者において、管理栄養士による栄養指導が実施可能な状況にあるか、

厚生労働省から公表された平成 29 年 医療施設(静態・動態)調査・病院報告<sup>12)</sup> および平成 29 年患者調査<sup>13)</sup> を用いて、検討を行った。

結果、2019 年現在、日本における診療所数は、病院の 12 倍にのぼり、うち無床診療所は全診療所の 92.9%を占めていた。生活習慣病患者数は、外来患者および入院患者を合算した総患者数の 14.6%を占め(104.4 万人/715.6 万人)、生活習慣病患者のうち 79.0%は、診療所を受診し、診療所受診者の 99.8%が外来患者であった。医師一人当たりが診察する生活習慣病患者は病院医師と比較して診療所では 6 倍であった。しかし、病院および診療所における管理栄養士の平均配置人数は、常勤換算でそれぞれ 2.7 人、0.04 人であり、病院では病床数が 20～29 床である場合も平均 1 人の配置がなされていたが、有床診療所では、平均配置人数は 0.19 人と少なく、無床診療所では 0.03 人と配置がほとんどなされていなかった。

以上より、生活習慣病患者の多数を診る役割を担う診療所において管理栄養士が十分に配置されておらず、診療所に通院する生活習慣病患者への栄養指導が困難な状況であり、対策が必要であることが明らかとなった。

診療所における管理栄養士の配置がほとんどなされていない理由としては、まず、法律上の課題があると考えられる。医療法施行規則 第 19 条の 2 によれば、管理栄養士の必置義務は病床数が 100 床以上の病院に求められている<sup>11)</sup>。ただし、病床を有する場合は、患者対応として、給食経営管理を含む栄養管理や栄養指導が必要



であることから、100床未満であっても病床を有する医療施設では、栄養士法にあるように「傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、個人の身体の状態、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導並びに特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状態、栄養状態、利用の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食管理及びこれらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする」管理栄養士<sup>14)</sup>が配置されるといえる。一方で、診療所は、92.9%が無床診療所から成ることから、医療法施行規則 第19条の2に該当しないほか、栄養士法に記載された管理栄養士の定義のうち、「傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、個人の身体の状態、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導」のみがほとんどの診療所において管理栄養士に求められることから、管理栄養士の配置が少なくなったと推察される。

しかし、食事療法が治療の要となる生活習慣

病患者 79.0%が、診療所を受診しており、診療所受診者の 99.8%が外来患者である現状を鑑みると、管理栄養士が行う栄養指導のニーズは、本来診療所にこそあるものであるといえる。たとえば、井尻らの報告によれば、東大阪市在住する生活習慣病患者のうち 53.1%が「無床診療所に管理栄養士が必要」と回答し、その理由として 34.6%が「身近に食生活の相談ができる人がいると嬉しい」、19.2%が「食の専門家である管理栄養士の意見を聞きたい」、と挙げている<sup>15)</sup>。一方で、同市の無床診療所 207 施設における質問紙調査では、栄養指導を「実施している」と回答した施設は 43.0%であったが、このうち栄養指導を「管理栄養士が実施している」と回答した施設は 19%にとどまった<sup>16)</sup>。すなわち、全施設のうち栄養指導を管理栄養士が実施している割合は 8.2%のみと算出できる。くわえて、医師が必要と考える栄養指導の時間は 49%が 5分未満と回答された<sup>16)</sup>。これは管理栄養士が行う栄養指導が診療報酬に算定される時間に該当する 20-30分<sup>17)</sup>の 4分の1未満の時間であり、診療所、特に無床診療所における生活習慣病患

表 3. 令和 2 年における、外来栄養食事指導料の診療報酬の詳細<sup>19)</sup>

<p>診療報酬の算定方法の一部を改正する件（告示）（令和 2 年厚生労働省告示第 57 号）                  別表第 1（医科点数表）：＜第 2 章＞ 特掲診療料 第 1 部 医学管理等 B001 特定疾患治療管理料 9 外来栄養食事指導料                  9 外来栄養食事指導料                  イ 外来栄養食事指導料 1                  (1) 初回 260 点                  (2) 2 回目以降                  ① 対面で行った場合 200 点                  ② 情報通信機器を用いた場合 180 点                  ロ 外来栄養食事指導料 2                  (1) 初回 250 点                  (2) 2 回目以降 190 点                  注 1 イの(1)及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月 2 回に限り、その他の月にあっては月 1 回に限り算定する。                  2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって月 2 回以上の指導を行った場合に限り、月の 2 回目の指導時にイの(2)の①の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。                  3 イの(2)の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。                  4 ロについては、診療所において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月 2 回に限り、その他の月にあっては月 1 回に限り算定する。</p> <p>注) ロに該当する、当該保険医療機関以外の管理栄養士とは、日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の医療機関の管理栄養士に限られる。</p>
---

者の管理栄養士による栄養指導のニーズが大いにあるにもかかわらず、診療所側の栄養指導に対する認識により管理栄養士の適切な配置がなされていないことを裏付けるものである。

一方で、2002年の調査結果ではあるが、糖尿病に関心が高い448の診療所・開業医家に限定した質問紙調査では、78%が管理栄養士を常勤非常勤の雇用形態に関らず何らかの形で雇用し、84%が管理栄養士による個人指導、54%が集団指導を実施していることが報告されている<sup>18)</sup>。診療所で治療を受ける患者では病院と比較して生活習慣病の患者数が多いこと、生活習慣病における管理栄養士の食事療法による治療は疾病コントロールの改善に重要であること<sup>6-8)</sup>を念頭に置き、より多くの診療所が管理栄養士と常時連携し、受療する医療施設に関わらず、診療所においても生活習慣病患者が栄養指導を受けることのできる体制を整えることが求められる。

また、法律上の課題にくわえ、診療報酬上の課題も、診療所における管理栄養士の配置がほとんどなされていない理由となると考えられる。令和2年に厚生労働省が告示した外来栄養食事指導料の診療報酬<sup>19)</sup>を参照すると、表3に示した通りであり、管理栄養士による30分間の初回

指導、20分間の2回目以降の指導によって算定<sup>17)</sup>される。外来患者への栄養指導により算定される診療報酬は、他の医学管理等により算定される診療報酬と比較して高い点数とはいえない<sup>17,19)</sup>上、2012年にも有床診療所や中小病院への管理栄養士配置義務が議論されたが、管理栄養士の常勤配置化が管理栄養士の確保や報酬の支払いなどの点から困難である<sup>20)</sup>ことが問題視され、必置義務化はなくなった<sup>11)</sup>経緯がある。よって、経営規模が限定されている診療所においては、管理栄養士を常勤配置化が困難であることから、管理栄養士の栄養指導にかかる診療報酬の点数を上げることへの更なる検討のほか、現状のなかで、非常勤管理栄養士を効率的に診療所に配置し、生活習慣病患者の栄養指導実施を可能とする必要性がある。

一方で、令和2年の診療報酬改正から、当該保険医療機関以外（日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」<sup>21-23)</sup>又は他の医療機関に限る）の管理栄養士が、当該保健医療機関の医師の指示にもとづき対面で必要な栄養指導を行った場合も、算定が可能となった<sup>19,24)</sup>（表3,4）。これは、診療所で治療を受ける生活習慣病患者に対

表4. 令和2年における、在宅患者訪問栄養食事指導料の診療報酬の詳細<sup>24)</sup>

<p>診療報酬の算定方法の一部を改正する件（告示）（令和2年厚生労働省告示第57号） 別表第1（医科点数表）：＜第2章＞特掲診療料 第2部 在宅医療 C009 在宅患者訪問栄養食事指導料 C009 在宅患者訪問栄養食事指導料 1 在宅患者訪問栄養食事指導料1 イ 単一建物診療患者が1人の場合 530点 ロ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 480点 ハ イ及びロ以外の場合 440点 2 在宅患者訪問栄養食事指導料2 イ 単一建物診療患者が1人の場合 510点 ロ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 460点 ハ イ及びロ以外の場合 420点 注1 1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。注2において同じ。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。 2 2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。 3 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>注) ロに該当する、当該保険医療機関以外の管理栄養士とは、日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の医療機関の管理栄養士に限られる。</p>
--

し、非常勤管理栄養士が栄養指導を実施可能とする診療報酬の重要な体系である。特に、在宅患者訪問栄養食事指導料は、栄養指導時間は1回30分以上<sup>17)</sup>となり、患家を訪問するまでの時間が生じるが、1回あたり420-510点の算定が可能となり、在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とすることが定義づけられている。この診療報酬改定の潮流に乗ることで、診療所の経営に負担をかけず、かつ、管理栄養士が適切な報酬を得ることを可能にしながら、診療所で受療する生活習慣病患者が栄養指導を受け、疾病コントロールを良好にすることができると考えられる。今後、更なる、日本栄養士会または都道府県栄養士会の設置する「栄養ケア・ステーション」体制の構築や、所属管理栄養士の十分な活用が望まれる。

また、ビデオチャット機能を用いた、管理栄養士によるリモートでの栄養指導も、一案として挙げられる。先行研究によれば、管理栄養士によるリモートでの栄養指導<sup>25, 26)</sup>を行うことで、減量を含む疾病コントロールに対する効果が得られたことが報告されている。令和2年の診療報酬の改訂では、2回目以降の栄養指導は、保険医療機関の医師の指示に基づいて当該保険医療機関の管理栄養士が、情報通信機器を用いて栄養指導を行った場合も診療報酬が算定可能となった(表3)<sup>19)</sup>。リモートでの栄養指導は、管理栄養士側と患者側で栄養指導媒体を共有する方法などに工夫が必要であるが、2回目以降は管理栄養士側が直接診療所に出向く必要はなく、交通費等の支給の必要性がなくなる利点があるほか、現在は、当該医療機関内の管理栄養士に限り診療報酬が得られるが、日本栄養士会または都道府県栄養士会が有する栄養ケア・ステーション<sup>21-23)</sup>といった臨床での栄養指導に対応可能な管理栄養士を派遣可能な拠点と連携可能となれば、離島などの僻地を含む管理栄養士の確保が難しい地域等の診療所へ遠隔で管理栄養士を充当することが可能となると考えられる。診療所の医師は病院医師よりも多くの生活習慣病患者を抱える傾向にある(表1)ことから、これらの提案は、管理栄養士とタスクシェアリングを可能とし、医療費削減という対費用効果上のメリットを有する<sup>9, 10)</sup>、有効な方法

であると考えられる。

## 結語

本報告では、診療所における生活習慣病患者に対して、管理栄養士による栄養指導が実施可能な状況にあるか、厚生労働省の平成29年医療施設(静態・動態)調査・病院報告<sup>11)</sup>および平成29年患者調査<sup>12)</sup>を用いて、検討を行った。

結果、生活習慣病患者の多数を診る役割を担う診療所において、管理栄養士は常勤換算で0.04人と非常に少ない配置状況にあり、診療所に通院する生活習慣病患者への栄養指導が困難な状況であることが明らかとなった。生活習慣病患者への管理栄養士の栄養指導は、患者自身の疾病コントロールに重要であることから、診療所と日本栄養士会または都道府県栄養士会の設置する「栄養ケア・ステーション」との確実な連携体制の構築や、リモートでの栄養指導体制の実証・実装など、診療所に管理栄養士を配置可能とするための解決策を講じ、診療所に通院する生活習慣病患者が栄養指導を受けられることのできる環境を整える必要性が示された。

## 謝辞

本報告の作成にあたり、アイディアを捻出する機会をいただきました、にいがたヘルスケアアカデミー(運営:株式会社BSNアイネット・ハイズ株式会社、後援:新潟県)のご関係の皆様深く感謝申し上げます。また、考察をすすめるにあたり、新潟県立大学人間生活学部健康栄養学科 村山稔子先生に貴重なご助言を賜りましたこと、厚く御礼申し上げます。

## 文献

- 1) 国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所. 国民健康・栄養の現状 ―令和元年厚生労働省国民健康・栄養調査報告より―. 東京: 第一出版, 2021.
- 2) GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease



- Study 2015. Lancet 2016; 388: 1659-724.
- 3) 日本高血圧学会. 高血圧治療ガイドライン 2019. 東京: ライフサイエンス出版、2019.
  - 4) 日本糖尿病学会. 糖尿病診療ガイドライン 2019. 東京: 南江堂、2019.
  - 5) 日本動脈硬化学会. 動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症診療ガイド 2018 年版. 東京: 伸企画、2018.
  - 6) Pastors JG, Warshaw H, Daly A, et al. The Evidence for the Effectiveness of Medical Nutrition Therapy in Diabetes Management. *Diabetes Care* 2002; 25: 608-13.
  - 7) Early KB, Stanley K. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: The Role of Medical Nutrition Therapy and Registered Dietitian Nutritionists in the Prevention and Treatment of Prediabetes and Type 2 Diabetes. *J Acad Nutr Diet*. 2018; 118: 343-53.
  - 8) Rozga M, Burrowes JD, Byham-Gray LD, et al. Effects of Sodium-Specific Medical Nutrition Therapy from a Registered Dietitian Nutritionist in Individuals with Chronic Kidney Disease: An Evidence Analysis Center Systematic Review and Meta-Analysis. *J Acad Nutr Diet*. 2021: S2212-2672(21)00227-6. Online ahead of print.
  - 9) Graves N, Barnett AG, Halton KA, et al. Cost-Effectiveness of a Telephone-Delivered Intervention for Physical Activity and Diet. *PLoS One* 2009; 4: e7135.
  - 10) 足立香代子. 高脂血症における栄養指導のあり方と治療法別費用効果分析. *栄養学雑誌* 2002; 60: 223-30.
  - 11) 医療法施行規則. 昭和二十三年十一月五日. 厚生省令第五十号.
  - 12) 厚生労働統計協会. 平成 29 年 医療施設(静態・動態)調査・病院報告 上巻. 東京: 厚生労働統計協会、2017.
  - 13) 厚生労働省. 平成 29 年患者調査 閲覧(報告書非掲載表) 表 7.  
[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&cycle=7&toukei=00450022&tstat=000001031167&tclass1=000001124800&tclass2=000001124803&tclass3val=0&stat\\_infid=000031790736](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&cycle=7&toukei=00450022&tstat=000001031167&tclass1=000001124800&tclass2=000001124803&tclass3val=0&stat_infid=000031790736) (参照 2021 年 10 月 25 日)
  - 14) 栄養士法. 昭和二十二年十二月二十九日. 法律第二百四十五号.
  - 15) 井尻吉信、西條千知、稲垣春香、他. 無床診療所の管理栄養士配置に対する生活習慣病患者からの ニーズについて. *大阪樟蔭女子大学研究紀要* 2017; 7: 207-13.
  - 16) 井尻吉信、廣岡咲、西尾春花、他. 東大阪周辺 6 市の無床診療所における栄養指導の現状と課題. *大阪樟蔭女子大学研究紀要* 2020; 10: 225-32.
  - 17) 厚生労働省. 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)(令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 1 号). 別添 1 医科点数表<第 2 章>特掲診療料 第 1 部 医学管理等 B001 特定疾患治療管理料 9 外来栄養食事指導料. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666093.pdf> (参照 2021 年 10 月 25 日)
  - 18) 鈴木和枝、橋場直彦、藤田弘美、他. 過去 20 年間における推移からみた糖尿病栄養指導の実態. *糖尿病* 2009; 52: 55-7.
  - 19) 厚生労働省. 診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示)(令和 2 年厚生労働省告示第 57 号). 別表第 1 (医科点数表): <第 2 章> 特掲診療料 第 1 部 医学管理等 B001 特定疾患治療管理料 9 外来栄養食事指導料.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603749.pdf> (参照 2021 年 10 月 25 日)
  - 20) 住江憲勇(全国保険医団体連合会会長). 管理栄養士の配置義務化、撤回を. *医療維新. オピニオン* 2014 年 1 月 7 日(火)  
<https://www.m3.com/news/open/iryuishin/188520> (参照 2021 年 10 月 25 日)
  - 21) 日本栄養士会. 栄養ケア・ステーションに関する Q&A.  
<https://www.dietitian.or.jp/news/information/2020/237.html> (参照 2021 年 10 月 25 日)
  - 22) 公益社団法人新潟県栄養士会(2021). 公益社団法人新潟県栄養士会 組織図. <http://eiyou-niigata.jp/about/organigram/> (参照 2021 年 10 月 25 日)



- 23) 公益社団法人新潟県栄養士会(2021). 栄養ケア・ステーション 料金表.  
<http://eiyou-niigata.jp/care-station/price/> (参照 2021 年 10 月 25 日)
- 24) 厚生労働省. 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 (告示) (令和 2 年厚生労働省告示第 57 号). 別表第 1 (医科点数表): <第 2 章> 特掲診療料 第 2 部 在宅医療 C009 在宅患者訪問栄養食事指導料 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/00603750.pdf> (参照 2021 年 10 月 25 日)
- 25) Kodama S, Saito K, Tanaka S, et al. Effect of web-based lifestyle modification on weight control: a meta-analysis. *Int J Obes.* 2012; 36: 675-85.
- 26) Marra MV, Lilly CL, Nelson KR, et al. A Pilot Randomized Controlled Trial of a Telenutrition Weight Loss Intervention in Middle-Aged and Older Men with Multiple Risk Factors for Cardiovascular Disease. *Nutrients* 2019; 11: 229.

## ABSTRACT

### Availability of registered dietitians' guidance in general clinics for patients with diabetes, dyslipidemia, and hypertensive diseases: Current status and challenges

Chika Horikawa<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Department of Health and Nutrition, Faculty of Human Life Studies, University of Niigata Prefecture

\* Correspondence, [horikawa@unii.ac.jp](mailto:horikawa@unii.ac.jp)

Noncommunicable diseases (NCDs) are a global health issue. In 2020, the prevalence of hypertension, diabetes, and dyslipidemia of Japanese adults was 27%, 15%, and 18%, respectively. Medical nutrition therapy (MNT) is essential for the treatment of NCDs and related metabolic risk factors. Previous studies have been reported that MNT makes reduce medical costs for patients having metabolic risk factors. However, medical facilities with fewer than 100 beds are not legally required to have a registered dietitian (RD) for the implementation of MNT. The present study examined whether general clinics with no or fewer than 20 beds (hereafter referred to as clinics) have sufficient RD resources to provide MNT to their patients with diabetes, dyslipidemia, and hypertensive diseases, in comparison with hospitals with more beds. The data of 2017 Static/Dynamic Survey of Medical Institutions and Hospital Report and the 2017 Patient Survey by the Ministry of Health, Labour and Welfare were used for this study. The number of clinics was 12 times that of hospitals, and clinics without beds accounted for 92.9% of all clinics in Japan. Patients with diabetes, dyslipidemia, or hypertensive diseases comprised 14.6% (1.044 million/7.156million) of the total number of inpatients and outpatients. The majority (79.0%) of these patients attended clinics mostly (99.8%) for outpatient treatment. The number of patients with diabetes, dyslipidemia, or hypertensive diseases seen by a physician was 6 times higher in clinics than in hospitals. In contrast, hospitals and clinics employed on average 2.7 and 0.04 full-time equivalent RDs, respectively, demonstrating the extremely limited availability of RDs in clinics. These results clarified that scarce availability of RDs in clinics potentially results in difficulties in providing MNT to the outpatients having NCDs and related metabolic risk factors while clinics serve as the main source of treatment for patients with these diseases.

**Key Words:** registered dietitian, medical nutrition therapy, general clinic, hospital, noncommunicable diseases

