

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）



作成者一覧

作成代表者

榎 裕美（日本健康・栄養システム学会 理事 / 愛知淑徳大学食健康科学部 教授）

作成者

三浦 公嗣（日本健康・栄養システム学会 代表理事）

梶井 文子（東京慈恵会医科大学医学部看護学科 教授）

加藤 昌彦（椋山女学園大学生生活科学部管理栄養学科 教授）

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 教授（院長））

古賀 奈保子（医療法人社団いばらき会栄養課 管理栄養士）

高田 和子（東洋大学健康スポーツ科学部栄養科学科 教授）

高田 健人（十文字学園女子大学人間生活学部食物栄養学科 准教授）

田中 和美（公立大学法人神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科 教授）

友藤 孝明（朝日大学歯学部口腔感染医療学講座 教授）

西井 穂（神戸女子大学家政学部管理栄養士養成課程 講師）

松尾 浩一郎（東京科学大学大学院医歯学総合研究科 教授）

本川 佳子（東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム 専門
副部長）

上野 俊（公益社団法人東京都栄養士会 常務理事）

小原 留美（光風会訪問看護ステーション 管理者）

小山 秀夫（日本健康・栄養システム学会 事務局長）

杉山 みち子（日本健康・栄養システム学会 専務理事）

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）

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 客員研究員）

馬場 正美（東海学園大学健康栄養学部 准教授）

深浦 順一（日本言語聴覚士協会 理事）

諸岡 歩（兵庫県企画部計画課 交流推進班長）

安田 和代（医療法人かがやき総合在宅医療クリニック 管理栄養士）

山本 伸一（日本作業療法士協会 会長）

矢野 諭（日本慢性期医療協会 副会長）

矢野目 英樹（社会医療法人財団慈泉会 相澤病院 栄養科長）

協力者

加藤 すみ子（公益社団法人日本栄養士会 常任理事）

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）

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

班員一覧

○研究代表者

榎 裕美（日本健康・栄養システム学会 理事 / 愛知淑徳大学食健康科学部 教授）

○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）

梶井 文子（東京慈恵会医科大学医学部看護学科 教授）

加藤 昌彦（椙山女学園大学生生活科学部管理栄養学科 教授）

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 教授（院長））

古賀 奈保子（医療法人社団いばらき会栄養課 管理栄養士）

高田 和子（東洋大学健康スポーツ科学部栄養科学科 教授）

高田 健人（十文字学園女子大学人間生活学部食物栄養学科 准教授）

田中 和美（公立大学法人神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科 教授）

友藤 孝明（朝日大学歯学部口腔感染医療学講座 教授）

西井 穂（神戸女子大学家政学部管理栄養士養成課程 講師）

松尾 浩一郎（東京科学大学大学院医歯学総合研究科 教授）

本川 佳子（東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム 専門副部長）

○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）

小原 留美（光風会訪問看護ステーション 管理者）

小山 秀夫（日本健康・栄養システム学会 事務局長）

杉山 みち子（日本健康・栄養システム学会 専務理事）

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）

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 客員研究員）

馬場 正美（東海学園大学健康栄養学部 准教授）

深浦 順一（日本言語聴覚士協会 理事）

諸岡 歩（兵庫県企画部計画課 交流推進班長）

安田 和代（医療法人かがやき総合在宅医療クリニック 管理栄養士）

山本 伸一（日本作業療法士協会 会長）

矢野 諭（日本慢性期医療協会 副会長）

矢野目 英樹（社会医療法人財団慈泉会 相澤病院 栄養科長）

謝辞

本ガイドの作成にあたり、ご協力いただいた関係者の皆様に深く感謝申し上げます。本研究では、在宅医療および訪問栄養食事指導の実態把握を目的として、医療機関、歯科医療機関、栄養ケア・ステーション等を対象に実態調査およびインタビュー調査を実施いたしました。ご多忙の中、調査にご協力いただき、現場の実情と課題、さらには今後の制度的あり方に関する貴重なご意見をお寄せいただいた皆様に、心より御礼申し上げます。

また、本ガイドの作成にあたり、研究班の構成員および関係する専門職の皆様より、多職種連携の推進や在宅における栄養管理体制の整備に関して多くの示唆をいただきましたことに、深く感謝申し上げます。本ガイドが、在宅医療・介護の現場における実践の一助となり、適切な栄養管理の推進に寄与することを願っております。



目 次

第1章 作成にあたって	6
1. 在宅医療・介護の動向と栄養支援の重要性	
2. 本ガイドの目的	
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. ガイドの構成と読み方	
第2章 在宅医療の提供体制と管理栄養士の役割	9
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	20
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	28
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	42
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（治療方針と栄養評価の共有）	
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・嚥下支援）	
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 医療機関から在宅への移行支援の実例・・・・・・・・・・60

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・・・・・・・・・・67

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－嚥下障害高齢者に対する在宅定着支援－
2. 好事例2 「生活機能の統合モデル」
－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－
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
－行動変容と生活再構築を軸とした在宅栄養支援－
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
－「食べたい」という願いを多職種で形にした実践－

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・・・・73

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・・・・86

1. 在宅医療における栄養管理体制の基本的な考え方
2. 在宅医療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

第1章 作成にあたって

要旨

我が国では高齢化の進展に伴い、医療機関から在宅へと療養の場を移行する高齢者が増加している。在宅療養では、疾患管理のみならず、食事や生活機能を含めた包括的な支援が求められ、とりわけ栄養管理は生活の質（QOL）や予後に大きな影響を及ぼす重要な要素である。しかしながら、在宅医療・介護の現場においては、管理栄養士の関与が十分ではない地域も多く、多職種間で栄養支援の役割や連携方法が確立されていないという課題がある。本ガイドは、在宅医療・介護に関わる管理栄養士および医師、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、介護支援専門員、介護職等の多職種を対象に、退院支援から日常の療養支援、看取りに至るまでの栄養管理の考え方と実践を整理し、訪問栄養食事指導および多職種連携を推進するための実務的指針を示すことを目的とする。

1. 在宅医療・介護の動向と栄養支援の重要性

我が国では、急速な高齢化と医療需要の増大を背景に、医療提供体制の機能分化と連携が進められてきた。急性期医療を担う病院から、回復期、慢性期、そして在宅医療へと療養の場を移行させることは、限られた医療資源を有効に活用しつつ、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するために不可欠である。こうした流れの中で、在宅医療・介護は地域包括ケアシステムの中核を担うものとして、その重要性が一層高まっている。

在宅療養においては、医療機関と異なり、医療職が常時患者の状態を把握できるわけではない。特に栄養状態については、食事摂取量や食形態、食環境といった要素が日常生活と密接に関係しており、低栄養や摂食嚥下障害が顕在化するまでに時間を要することが少なくない。その結果、体重減少や筋力低下、フレイルの進行、感染症の発症、再入院といった不利益が生じる可能性がある。

こうした課題に対応するためには、在宅医療・介護に関わる多職種が栄養支援の重要性を共有し、管理栄養士が各職種の専門性を活かせるように体制整備をすることが求められる。医師は診療方針や疾患管理の観点から、歯科医師・歯科衛生士は口腔機能や摂食嚥下の観点から、薬剤師は薬物療法と栄養との相互作用の観点から、看護師は医療的・健康管理の観点から、リハビリテーション専門職は **ADL**、活動量の観点から、介護支援専門員はケアプラン、サービス調整の観点から、介護職は生活支援の観点から、栄養状態に関与する。一方、管理栄養士は、これらの情報を統合し、科学的根拠に基づいた栄養評価と介入を行う専門職として重要な役割を担う。

在宅医療・介護の質を高めるためには、管理栄養士の専門性を十分に活用し、多職種連携の中で栄養支援を位置づけることが不可欠である。

2. 本ガイドの目的

本ガイドの目的は、在宅医療・介護における栄養管理を体系的に整理し、現場で実践可能な形で提示することにより、管理栄養士および多職種による協働を促進することである。

具体的には、医療施設から在宅への移行期における退院支援、在宅療養が定着した後の日常の療養支援、そして人生の最終段階における看取りの各場面において、管理栄養士がどのように関与し、多職種と連携すべきかを明確にすることを目指している。また、訪問栄養食事指導や栄養ケア・ステーションといった制度や仕組みについて、理解が難しい点を整理し、実務に即した形で解説することも重要な目的の一つである。

本ガイドは、単なる制度解説や理論書ではなく、事例やフロー、記録様式等を通じて、現場で「どのように動けばよいか」が具体的にイメージできる実務指針として位置づけられている。これにより、住んでいる地域や利用する施設の違いを超えて、在宅における適切な栄養管理が広く実践されることを期待する。

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）

本ガイドは、在宅医療・介護に関わる管理栄養士を主な対象とするが、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、介護支援専門員など、幅広い専門職の活用を想定している。

活用場面としては、病院における退院支援カンファレンス、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所でのチーム内研修、栄養ケア・ステーションにおける人材育成、介護事業所や地域包括支援センターでの多職種研修会などが挙げられる。また、行政が主催する在宅医療・介護連携推進事業や研修会においても、共通教材としての活用が期待される。活用場面としては、以下のような教育・研修の場を想定している。また、管理栄養士以外の職種にとっても、本ガイドを通じて管理栄養士による栄養支援の視点を共有することで、在宅療養者を中心としたチームアプローチの質を向上させることを目指している。

- 病院における退院支援カンファレンスや事業所における地域連携推進会議
- 診療所・在宅療養支援病院における在宅医療チーム内の研修
- 栄養ケア・ステーションに所属する管理栄養士の実務研修
- 介護事業所や地域包括支援センターでの多職種研修会
- 行政主催の在宅医療・介護連携推進研修

4. ガイドの構成と読み方

本ガイドは、上記の教育・研修での活用を念頭に、基礎的理解から実務、事例、体制整備へと段階的に学べる構成としている。



第2章から第4章では、在宅医療における栄養支援の基本的考え方、管理栄養士の役割、訪問栄養食事指導および栄養ケア・ステーションの仕組みを整理する。第5章では、多職種連携の具体的な方法を職種別に示し、情報共有や協働のポイントを明らかにする。第6章および第7章では、医療施設から在宅への移行期および在宅定着期の事例を通じて、実践の具体像を提示する。第8章では、退院支援、日常の療養支援、看取りの各場面における介入フローやツールを示し、第9章では体制整備にむけての課題とその解決案をまとめている。

研修での活用にあたっては、全体を通読するだけでなく、参加者の職種や経験年数に応じて該当章を重点的に活用するなど、柔軟な読み方が可能である。なお、本ガイドにおいて、用語の整理として、「栄養支援」は管理栄養士が行う支援とし、「食支援」は管理栄養士以外の職種等が行う支援とした。

第2章 在宅医療の提供体制と管理栄養士の役割

要旨

2040 年に向け在宅医療の需要が高まる中、第 8 次医療計画では「治し、支える医療」への転換と多職種連携が重視されている。管理栄養士には、入院から在宅への「切れ目のない支援」を担う役割が期待されているが、現状、訪問栄養指導の訪問実施までの流れの整備や多職種での連携などの実施体制は十分とは言えない。

具体的な役割として、退院支援では早期のスクリーニングの実施や栄養情報の共有（栄養情報連携料等）が重要であり、日常療養では生活環境に即した食支援が不可欠である。特に人生の最終段階においては、医学的妥当性だけでなく、患者の価値観や介護負担を考慮した「倫理的妥当性」の判断が求められる。管理栄養士は、多職種と合意形成を図りながら、尊厳ある最期を支える栄養ケアを提供することが求められている。

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

1) 在宅医療提供体制の概要

わが国では 2040 年頃にかけての人口動態および地域分布の変化（主として総人口の減少、生産年齢人口の急減、高齢者人口の増加、地域偏在〔都市部と過疎地域の二極化〕）が加速していく社会を見据え、医療提供体制の確保が継続的な政策課題となっている。二次医療圏域単位でみると、2025 年から 2040 年にかけては、地域により人口構成が変化し、65 歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれることが指摘されている¹⁾。65 歳以上人口が増加する地域では、急性期の医療需要が増加する一方で、65 歳以上人口が減少する地域では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれている¹⁾。このような中で、在宅患者数は 2040 年以降にピークを迎えることが見込まれている¹⁾。そのため、今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要性が指摘されている¹⁾。

医療法第 30 条の 4 および関連条文に基づき都道府県が地域の医療提供体制を総合的に設計する「医療計画」は 2024～2029 年度までを計画期間とする第 8 次医療計画として策定・推進されており、「在宅医療の提供体制」は重要な柱に位置付けられている^{1,2,3)}。さらに、第 8 次医療計画の推進にあたっては、在宅医療と介護の提供が一体的に行われるよう、介護保険事業（支援）計画との整合性を確保することが求められている³⁾。高齢者のうち、慢性疾患や複数の併存疾患を抱える者が増加しており、医療と介護の複合ニーズに対応する必要性が高まっている^{1,2,4)}。さらに医療的ケア児の数も増加しており、在宅での栄養管理を必要とする対象は増加していると考えられる^{3,7)}。在宅医療は「治す

医療」から「治し、支える医療」への転換のもとで、地域包括ケアシステムの構築に不可欠な要素である^{1,4)}。第8次医療計画では、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りの4機能を基盤として入院・外来・在宅医療および介護の切れ目のない提供を確保する役割が求められている（図2-1）^{2,3,6,7)}。

こうしたなか、医療計画における「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」の中核的な候補として、在宅療養支援病院（在支病）と在宅療養支援診療所（在支診）が診療報酬の施設基準に位置づけられている⁵⁾。在支病・在支診は、24時間の連絡・往診・訪問看護および緊急入院等の体制を備えること等を要件としている⁵⁾。また、自ら24時間対応の在宅医療を提供するだけでなく、他医療機関の支援や多職種連携の支援を担う医療機関として、医療計画上の「積極的役割」や地域の連携体制整備と接続して位置づけられる⁵⁾。さらに、令和6年度診療報酬改定において、訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備が新たに明記され、在宅医療における栄養支援の拠点としての役割が求められている⁵⁾。

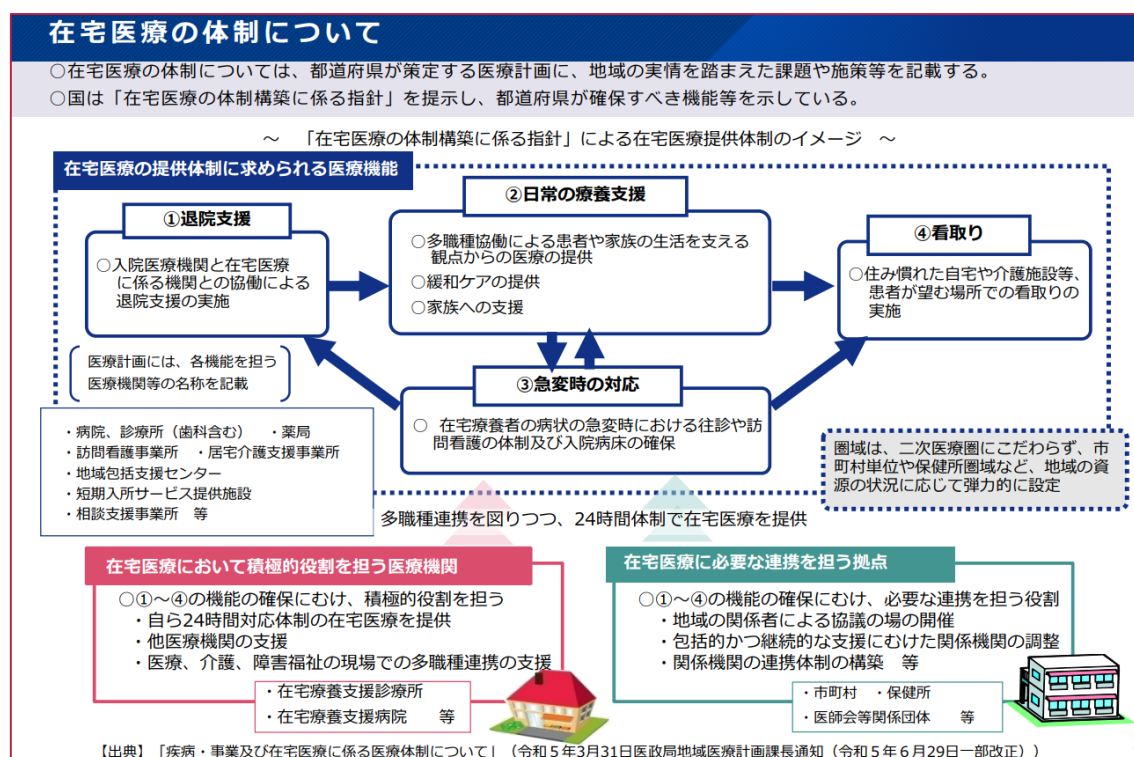


図2-1 厚生労働省医政局地域医療計画課 外来・在宅医療対策室

「第8次医療計画における在宅医療の体制整備について」⁶⁾

2) 在宅医療提供体制における栄養支援の位置づけ：管理栄養士の役割と多職種連携

第8次医療計画に基づく在宅医療提供体制における栄養支援の位置づけは主に2点ある。第一に、医療機関における退院支援（入院から在宅・施設への移行期）、第二に、



訪問栄養食事指導等による看取りを含む日常の療養支援（在宅医療による支援）である^{6,7,8,9)}。質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築していく中で、小児から高齢者まで多くの患者が在宅療養に移行していることが推測され、在宅での適切な栄養管理が必要となる⁷⁾。これらの患者においては、医療と介護の複合ニーズを抱える者が多く、地域における切れ目のない療養生活支援を実現するために、医療の専門性を踏まえつつ生活者の視点で支援し、介護サービス、看取りへ繋げることができる管理栄養士の役割は重要となっている^{2,3,5,6,7,9)}。退院支援、在宅医療による支援のそれぞれ具体的な内容は後述するが、退院支援においては、長期的な低栄養が見込まれる患者や病態・摂食機能に応じた栄養管理が必要な患者等に対し、入院早期からのスクリーニングとアセスメントに基づき、多職種および退院支援部門と連携した介入が求められる^{8,9)}。さらに退院時には退院先（在宅医療を提供する医療機関、介護保険施設等）で継続して栄養管理にかかわる職種宛てに栄養情報を提供することが令和6年度診療報酬改定で評価された（栄養情報連携料）¹⁰⁾。

一方、在宅医療における栄養支援では、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）を通じて、在宅の療養環境や介護力も踏まえた食支援を継続することが重要である⁸⁾。第8次医療計画策定に向けた検討会において、在宅医療における管理栄養士の役割が示されている^{6,7)}。在宅医療を受ける患者に対する管理栄養士による栄養食事指導の実施件数は増加傾向にあるものの、算定事業所数は横ばいである⁷⁾。本研究事業の調査の結果、管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有しているのは、在支病全体の40%弱、在支診の15%であり、実際に管理栄養士が訪問栄養食事指導を行っているのは、在支病の30%程度、在支診ではわずか8.5%であった¹¹⁾。特に居宅サービスを利用する要介護高齢者においては低栄養や疾患等による栄養ケア・食支援のニーズが相当数あることが報告されているにもかかわらず、その多くに支援が届いていない可能性が高い^{12,13,14,15,16)}。さらに小児特定慢性疾患や中高年者におけるがん・脳梗塞等発症後の在宅での栄養ケア・食支援のニーズは十分に明らかになっていない¹³⁾。したがって、在宅において、専門的知見に基づき、栄養状態や食事内容を適切に評価し、支援を行う管理栄養士の関与が不可欠であり、管理栄養士による訪問栄養食事指導のさらなる推進が求められる。

2. 退院支援における管理栄養士の役割

1) 退院支援の概要

退院支援（診療報酬等の制度上は入退院支援）は、入院中から退院後の生活を見据えて実施される支援の総体である（図 2-2）^{3,9,17)}。診療報酬上は、入退院支援加算の実施上の留意事項において、退院困難な要因を有する患者の抽出、患者・家族等との面談（退院後の生活も含めた話し合い）、退院支援計画の作成、多職種カンファレンス、退院支援

計画の内容説明・交付、退院後の療養上必要な事項の説明、退院・転院後の療養生活を担う医療機関等との連絡・調整、介護・福祉サービス導入に係る支援等が示されている^{9,17)}。

また、入退院支援加算の施設基準では、保険医療機関内に「入退院支援及び地域連携業務を担う部門」（入退院支援部門）を設置し、当該業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士等を配置することが求められている¹⁸⁾。入退院支援部門は、入退院支援および地域連携業務を担う院内横断部門として、病棟と協働して退院困難要因の早期抽出、退院支援計画の作成、カンファレンスの実施、退院後を担う医療・介護・福祉部門との連絡調整等を担う^{9,18)}。

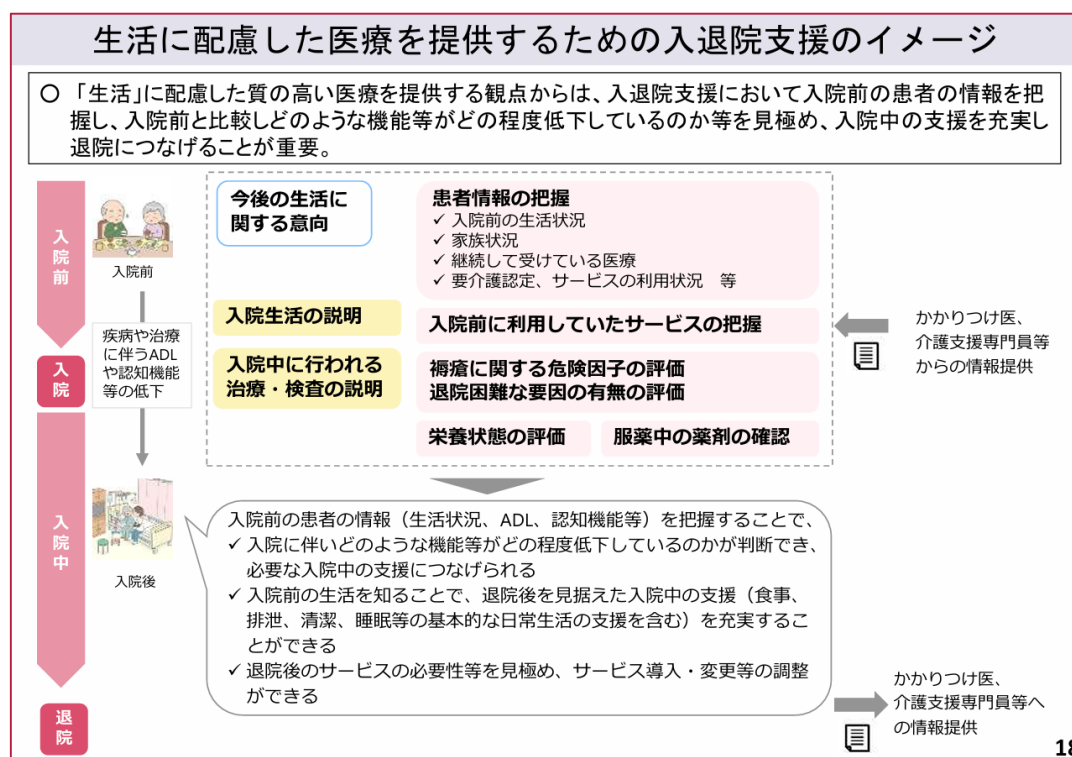


図 2-2 厚生労働省中央社会保険医療協議会 総会資料「入院（その 7）入退院支援・

栄養管理体制」⁹⁾

2) 退院支援における管理栄養士の役割

入退院支援加算における退院支援プロセスにおいて、管理栄養士は栄養管理の専門職として必要に応じて関与し、退院後の療養継続に必要な栄養情報の共有や、退院時共同指導料による共同指導等を通じて、医療機関から在宅・介護（福祉）施設への切れ目ない栄養支援を提供する役割が期待される⁹⁾。とりわけ、入院患者の栄養課題が退院後の療養生活の継続（再入院リスク・食形態の調整・看護や介護負担等）に影響する場合、管理栄養士は入退院支援部門と連携して介入することの意義は大きい。また、特定機能



病院においては、入院栄養管理体制加算の算定要件として、病棟管理栄養士による入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定を行うことが規定されている^{9,18)}。また、当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行うことも可能である。

実務上のポイントは次のとおりである¹⁹⁾。まず、入院早期から栄養支援の観点で退院を困難とする要因を抽出し、退院支援計画に反映することである¹⁹⁾。具体的には、低栄養、摂食嚥下困難、経腸栄養の継続可否といった医療面の評価に加え、特に在宅への退院においては独居、買い物や調理の困難、看護力・介護力、経済状況等の生活面の評価を統合し、退院後に実行可能な支援内容として整理する¹⁹⁾。次に、退院後の負担を見据えて、在宅や介護・福祉施設で継続可能な栄養管理へ調整することが求められる¹⁹⁾。患者・家族の不安や意向を踏まえつつ、手技や費用負担の少ない方法への変更・調整、退院後の食事に関する栄養食事指導の実施、退院後の配食サービスや訪問栄養食事指導等の利用可能なサービス等の選択肢の提示を通じて、患者・家族の意思決定を支援する¹⁹⁾。そして、退院前カンファレンス等に参加し、主治医に対して退院後の訪問栄養食事指導に係る指示書の依頼を行うこと、介護支援専門員や相談支援専門員等に対してケアプランへの反映を依頼すること、退院先の医療機関・介護保険施設・福祉施設等で栄養管理を担う職種へ栄養情報提供書を作成・共有することなど、院内外の多職種と連携することにより、退院後の支援へ確実につながることが求められる¹⁹⁾。

なお、令和8年度診療報酬改定では、入院中に栄養管理の必要性が高い患者が安心・安全に在宅療養へ移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後の一定期間に、入院保険医療機関の管理栄養士が患者宅等を訪問し、患者又はその家族等（退院後に患者の在宅療養支援に当たる者）に対して、退院後の在宅における栄養管理や食生活に関する指導を行った場合の新たな評価（退院後訪問栄養食事指導料）が示されている²⁰⁾。これにより、特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者において、ニーズの大きい退院直後の在宅療養支援に管理栄養士が関与する機会の増加が見込まれる（第9章 図9-2 参照）²⁰⁾。このように、入院中の早期スクリーニングと退院支援計画への反映、退院時の栄養情報共有に加えて、退院後早期の訪問指導が位置づけられることで、管理栄養士による栄養支援は「入院—退院—在宅」の連続した支援として制度的にも一層明確化され、退院から切れ目なく日常の療養支援へ接続することが期待される。

3. 日常の療養支援における管理栄養士の役割と課題

在宅患者に対する日常の療養支援は、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士、介護支援専門員等による在宅訪問サービス



を基盤として、多職種連携のもとに支えられている^{7,13)}。加えて、介護や福祉の通所サービス、配食や買い物支援等を含む地域資源を組み合わせ、療養支援は重層的に展開され、患者の在宅療養の継続を支える。このような体制の下で、管理栄養士は、在宅患者訪問栄養食事指導や管理栄養士による居宅療養管理指導等を通じて、療養環境や介護力等の生活面も踏まえた栄養管理の評価・計画・実施・モニタリングを行うことで、患者の在宅療養の継続と QOL の維持・向上に寄与する⁸⁾。したがって、日常の療養支援は、退院支援による入院から在宅への移行期を経た後、生活の場での療養を無理なく継続できるように支援を組み立てることが要点となる。そのため、管理栄養士には栄養管理と QOL の両立を目標に、患者・家族の意思決定を支えながら、多職種により日常療養支援を切れ目なく提供することが求められる。

一方で課題も挙げられる。先に示した通り、管理栄養士による在宅患者訪問栄養食事指導料、管理栄養士による居宅療養管理指導の算定回数は極めて低いことが指摘されており^{7,11,12,17)}、在支病・在支診において訪問栄養食事指導の実施可能な体制整備を促す方向性も示されているものの、在宅領域における栄養支援の基盤は十分とはいえない⁵⁾。介護保険の通所サービスにおいても、管理栄養士の居宅訪問を含む栄養ケアの提供を評価する栄養改善加算の算定事業所割合は通所介護で 5%、通所リハビリテーションで 10%程度と低調であり、栄養ケアの最も基本的な評価項目である Body Mass Index (BMI) 18.5 kg/m²未満を把握していない事業所が通所介護の 44.0%、通所リハビリテーションの 31.7%という調査結果もある^{21,22)}。

在宅療養者にとって自宅は生活の場であり、食支援においては自宅で何をどのように食べているかに加え、買い物、食材管理、調理、配膳、摂取、食後の片づけに至る生活過程のどこに困難が生じているかを把握することが不可欠である²³⁾。通所サービス利用時の聞き取り・観察のみでは、これらを十分にアセスメントすることは難しい²³⁾。このため、管理栄養士による在宅訪問を後押しする制度面のさらなる整備と、多職種連携のもとで医療と日常の療養支援を切れ目なく接続する視点を持った実務者の育成が重要な課題である。

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

1) 「人生の最終段階」と「看取り期」をどうとらえるか

本章における人生の最終段階は、日本老年医学会「高齢者の人生の最終段階における医療・ケアに関する立場表明 2025」²⁴⁾の定義に基づいて示す。立場表明 2025 では、人生の最終段階を「①〔医学的見込み〕病状や老衰が不可逆的で、更なる治療によっても状態の好転や進行の阻止は見込めず、遅かれ早かれ死に至ることが避けられない。」「②〔人生についての見方〕①を踏まえ、医療・ケアチームが本人の人生全体を眺める視点で、本人は人生の物語の最終章を生きていると考えられ、本人が表明してきた人生に関



する意向を尊重したうえでも、そう考えることができる。」の二条件が満たされた時期と示されている²⁴⁾。また、人生の最終段階における医療・ケアの実践にあたっては、従来の生命予後を根拠とした医学的判断を土台として踏まえ、本人の生き方という視点を重視する取り組みが求められる²⁴⁾。

一方「看取り期」は、制度および実務上、「死が差し迫り看取りの具体的支援（24時間対応、対応方針の説明・同意等）が必要となる時期」を指すと理解される^{25,26)}。すなわち、人生の最終段階における最終盤の実務的局面ととらえることができる。なお本稿では、一般に用いられる「終末期」という語は、原則として「人生の最終段階」と同義（またはその最終盤）として扱う。

2) 在宅という場に特有の倫理的配慮

在宅は医療の場である以前に生活の場であり、患者本人の生活習慣・家族関係・経済状況・住宅環境といった要素を含む総合的視点に基づく介入の設計が、病院よりも一層求められる²⁷⁾。したがって、人生の最終段階における介入の判断は医学的妥当性にとどまらず、実行可能性（feasibility）と持続可能性（sustainability）を含めて行う必要がある。

また、医療者にとっても、病院（診療業務として医療提供者が環境を統制しやすい場）と、在宅（患者の生活が優位にある場）では、患者に相対する際の支援者としての立ち位置が変化し、関係性の組み立て方が異なるといえる。すなわち、患者・家族が「ホスト」として営んできた生活に、医療者が「ゲスト」として招かれ、「受け入れられる」ことで支援が成立する²⁸⁾。この立ち位置の反転を踏まえると、在宅医療におけるホスピタリティは単なる接遇ではなく、ホストとゲストが相互に尊重しあいながら共同でケアを組み立てるための倫理的要請として位置づけられる²⁸⁾。このため、在宅療養における人生の最終段階の介入判断は、医学的妥当性に加え、本人の価値・生活史・生活条件のもとで介入がもたらす利益と負担の均衡（相応性／proportionality）を検討し、患者・家族を含む多職種で合意形成を行うという点で、臨床倫理の実践上の課題として位置づけられる²⁵⁾。とりわけ実行可能性（feasibility）および持続可能性（sustainability）は、ケアの継続性や介護負担を通じて本人の最善利益に直結するため、倫理的判断枠組みに組み込んで評価する必要がある。

3) 在宅医療提供体制における臨床倫理を踏まえた栄養支援のあり方

上記の倫理的判断の枠組みは、栄養支援において極めて重要である。栄養支援における倫理的判断は、単に「医学的に正しい」介入を選ぶことなく、本人・家族の文脈の中で、介入の適応と目的、そして意思決定の正当性を点検しながら支援を組み立てる営みである。



ESPEN の人工的栄養・水分（artificial nutrition and hydration; ANH）に関する倫理ガイドラインは、ANH を医療介入として位置づけ、その前提条件を(1)治療適応、(2)達成すべき治療目標、(3)患者の意思（インフォームド・コンセント）の三点に整理している²⁹⁾。さらに、便益が見込めない／負担が釣り合い（disproportionate）となった治療は、差し控え（withholding）と中止（withdrawing）が倫理的・法的に同等であり、いずれの場合も標準的ケア／緩和ケア（快適さの確保）は継続されるべきことが明記されている²⁹⁾。加えて、合併症や負担が便益を上回る状況では、ANH を開始しないことや中止されることが正当化されることを含意している²⁹⁾。

この点を Cardenas (2021) は、栄養療法をめぐる問いは「技術的に可能か（*can we*）」ではなく「倫理的に正当化できるか（*should we*）」へと転換されるべきだと述べ、人生の最終段階などの場面では「栄養を満たすこと」そのものよりも、苦痛の回避と快適さ、価値・信念に沿ったケアの優先を促している³⁰⁾。さらに人生の最終段階には、少量でも象徴的に食を分かち合うことが他者とのつながりを支えるため、患者・家族への説明とカウンセリング、そして意味のある対話がケアの質を左右する、という視点が ESPEN のがん領域のガイドラインにも示されている³¹⁾。

以上を踏まえ、在宅医療提供体制における栄養支援は、目的の明確化、相応性の評価、実行可能性・持続可能性の確認を行い、本人・家族と多職種連携による合意形成のプロセスを中核に据えて提供されることが望まれる。在宅領域にかかわる管理栄養士は、「食べること」の意味と快適さを尊重し、必要に応じて栄養支援の内容を見直し続けることで、在宅での尊厳ある最期に寄与しうると考えられる。

引用文献

- 1) 厚生労働省保険局医療課「医療提供体制等について」（中央社会保険医療協議会 総会（第610回）令和7年6月25日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001508722.pdf>（令和8年2月10日最終閲覧）
- 2) 厚生労働省医政局地域医療計画課「第8次医療計画、地域医療構想等について」（第7回 第8次医療計画等に関する検討会 令和4年3月4日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000911302.pdf>（令和8年2月10日最終閲覧）
- 3) 厚生労働省医政局地域医療計画課「在宅医療の提供体制の整備に関する検討等について」（第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ 令和7年10月29日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001587879.pdf>（令和8年2月10日最終閲覧）

- 
- 4) 厚生労働省医政局地域医療計画課「新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について」（第7回新たな地域医療構想等に関する検討会 令和6年8月26日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001294917.pdf>（令和8年2月10日最終閲覧）
 - 5) 厚生労働省保険局医療課「令和6年度診療報酬改定の概要 【在宅（在宅医療、訪問看護）】」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001479591.pdf>（令和8年2月10日最終閲覧）
 - 6) 厚生労働省医政局地域医療計画課 外来・在宅医療対策室「第8次医療計画における在宅医療の体制整備について」（第171回市町村職員を対象とするセミナー 令和6年1月26日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/001195364.pdf>（令和8年2月10日最終閲覧）
 - 7) 厚生労働省「在宅医療の基盤整備について」（第5回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ 令和4年7月28日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000969974.pdf>（令和8年2月10日最終閲覧）
 - 8) 矢野目英樹「管理栄養士による在宅医療における栄養食事管理」（第5回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ 令和4年7月28日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000969935.pdf>（令和8年2月10日最終閲覧）
 - 9) 厚生労働省「入院（その7） 入退院支援・栄養管理体制」（中央社会保険医療協議会 総会（第573回） 令和5年12月15日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001178970.pdf>（令和8年2月10日最終閲覧）
 - 10) 厚生労働省保険局医療課「令和6年度診療報酬改定の概要 【同時報酬改定における対応】」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001252073.pdf>（令和8年2月10日最終閲覧）
 - 11) 令和6年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「医療機関から在宅へ円滑に移行するための適切な栄養管理に関する実態把握及び体制整備へ向けた課題探索のための研究(研究代表者 榎裕美)」統括研究報告書
<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2025/06/r7-ncm-sokatsu.pdf>
（令和8年2月10日最終閲覧）
 - 12) 厚生労働省「資料4 居宅療養管理指導（改定の方角性）」（社会保障審議会 介護

- 
- 給付費分科会（第230回）令和5年11月6日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001164128.pdf>（令和8年2月10日最終閲覧）
- 13) 厚生労働省「令和6年度在宅医療関連講師人材養成事業」研修会資料
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_57153.html（令和8年2月17日最終閲覧）
- 14) 古明地夕佳、杉山みち子、榎裕美、川久保清、葛谷雅文. 在宅サービス利用高齢者における低栄養状態の実態および要因分析. 日本健康・栄養システム学会誌、16巻2号、20-27(2017.05).
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jncm/16/2/16_20/_pdf/-char/ja（令和8年2月10日最終閲覧）
- 15) 古明地夕佳、杉山みち子、榎裕美、川久保清、葛谷雅文. 在宅サービス利用高齢者における低栄養状態と2年間の予後. 日本健康・栄養システム学会誌、16巻2号、28-35(2017.05).
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jncm/16/2/16_28/_pdf/-char/ja（令和8年2月10日最終閲覧）
- 16) 大塚理加、齋藤京子、葛谷雅文、前田佳予子、太田秀樹他. 在宅療養高齢者の栄養状態・摂食状況について. 日本在宅栄養管理学会誌、3巻1号、3-11(2016.05).
https://mol.medicalonline.jp/library/journal/download?GoodsID=fl6eiyok/2016/000301/001&name=0003-0011j&UserID=210.151.80.132&base=jamas_pdf（令和8年2月10日最終閲覧）
- 17) 厚生労働省「在宅医療の体制構築に係る指針」（第3回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ 令和7年11月19日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001596926.pdf>（令和8年2月10日最終閲覧）
- 18) 厚生労働省「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和6年3月5日保医発0305第5号）」
<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/000306323.pdf>（令和8年2月10日最終閲覧）
- 19) 一般社団法人日本在宅栄養管理学会「訪問栄養食事指導実践テキストブック」
- 20) 厚生労働省「個別改定項目について」（中央社会保険医療協議会 総会（第647回）令和8年2月13日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001655176.pdf>（令和8年2月14日最終閲覧）
- 21) 厚生労働省老健局「口腔・栄養（自立支援・重度化防止を重視した質の高い介護

- 
- サービスの推進)」(社会保障審議会－介護給付費分科会(第224回)令和5年9月15日)
- <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001163105.pdf> (令和8年2月10日最終閲覧)
- 22) 一般社団法人日本健康・栄養システム学会「令和4年度老人保健健康推進費等補助金事業「通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業」報告書」
- <https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2023/04/r4-rouken-52houkousyo.pdf> (令和8年2月10日最終閲覧)
- 23) 高田健人、堤亮介. 口腔および栄養ケア・マネジメントに対する科学的介護の取り組み. 理学療法ジャーナル 59巻3号. pp.294-300.
- 24) 一般社団法人 日本老年医学会「高齢者の人生の最終段階における医療・ケアに関する立場表明2025」
- <https://jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/tachiba2025.pdf> (令和8年2月10日最終閲覧)
- 25) 厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン(平成30年版)」
- <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (令和8年2月10日最終閲覧)
- 26) 厚生労働省「【テーマ1】 看取り 参考資料」(医療と介護の連携に関する意見交換(第1回 平成29年3月22日))
- <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000156003.pdf> (令和8年2月10日最終閲覧)
- 27) 高橋晶, 李錦純. 訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防の概念分析. 日本在宅ケア学会誌, 28(2): 50-61 (2025)
- 28) Öresland S, Lützén K, Norberg A, Rasmussen BH, Määttä S. Nurses as 'guests'—a study of a concept in light of Jacques Derrida's philosophy of hospitality. *Nursing Philosophy*. 2013;14(2):117-126. doi:10.1111/j.1466-769X.2012.00557.x
- 29) Christiane Druml, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr*. 2016 Jun;35(3):545-56.
- 30) Diana Cardenas. Ethical issues and dilemmas in artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr ESPEN* 2021 Feb: 41:23-29.
- 31) Arends J, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer related malnutrition. *Clin Nutr* 2017 Oct;36(5):1187-1196.

第3章 訪問栄養食事指導の意義と実践

要旨

在宅療養高齢者に対して、管理栄養士が療養場所に訪問して提供される栄養ケア・マネジメントは、医療保険下では「在宅患者訪問栄養食事指導」、介護保険下では「居宅療養管理指導」（以下、これらを併せて訪問栄養食事指導という）と称される。対象となるのは、主治医が食や栄養の支援が必要と認め、管理栄養士に指示書を出した通院が困難な者である。腎臓病や肝臓病等といった治療食が必要な場合に加えて、摂食嚥下機能が低下した者、低栄養状態や終末期にある者等が対象となる。この支援は、在宅療養高齢者が住み慣れた生活の場で自分らしい生活が続けられるとともに、さらに、彼らの介護者の食や栄養に関する介護負担を軽減するために実施されるものである。

1. 訪問栄養食事指導の目的と対象

高齢者が疾病を抱えても自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活が続けられるためには、「食べること」を効果的に支援するとともに、家族や介護者の QOL の向上に寄与することが求められる。在宅介護における介護負担を増大させる因子について調査した研究¹⁾では、認知機能、食形態、食事時間、着替え介助、排尿介助が介護負担の独立した関連因子であったことから、食事に関する支援が、介護負担の改善に寄与する可能性が示された。

訪問栄養食事指導の対象となるのは、「通院が困難で、自宅での療養生活において特別な栄養管理が必要であると医師が判断した方」である。具体的には、以下のような状況にある者が対象となる。

まず、医学的な管理が必要なケースとして、厚生労働省が定める「特別食」の摂取が必要な方が挙げられる。これには一部診療報酬と介護報酬で異なる場合もあるが、腎臓病、糖尿病、肝臓病、胃潰瘍、高度肥満症、脂質異常症などの疾患を持つ方が含まれる。また、がんや消耗性疾患により、積極的な栄養補給が必要な場合も対象となる。次に、低栄養状態にある方や摂食嚥下機能が低下している方である。BMI の低下や急激な体重減少が見られるフレイル（虚弱）の状態にある方、また脳血管障害の後遺症や加齢に伴い、摂食嚥下機能の低下が生じている方に対し、誤嚥性肺炎を予防し安全な食事環境を整えることが求められる（表 3-1）。

さらに、在宅での生活環境に課題がある方も重要な対象となる。独居や老老介護などの理由で適切な食事の準備が困難な場合や、認知症によって食事摂取がスムーズにいかない場合、また褥瘡（床ずれ）の予防・改善のために、栄養状態の底上げが必要な方など、多岐にわたる在宅療養者が対象となる。

これらの方々に対し、管理栄養士が直接居宅を訪問し、身体状況や生活環境に合わせた具体的な助言を行うことで、療養生活の質の維持・向上を図る。

表 3-1 対象となる特別食

算定	診療報酬	介護報酬
	【在宅訪問栄養食事指導】	【居宅療養管理指導】
対象食	腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓病食、脂質異常症食、痛風食、低栄養状態	
	がん、摂食機能又は嚥下機能低下、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く)	心臓疾患等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食、高度肥満症(肥満度が+40%以上またはBMIが30以上)の患者に対する治療食、高血圧の患者に対する減塩食(食塩相当量の総量が6.0g未満のものに限る)、嚥下困難者(そのために摂食不良となった者も含む)のための流動食

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

訪問栄養食事指導は、病院や施設と同様に栄養管理サービスの基本構造(図 3-1)に沿って実施される。厚生労働省老健局より「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)(様式例)」(第8章 表 8-3)、「栄養ケア計画書(通所・居宅)(様式例)」(第8章 表 8-4)が公式資料として公開されているので、その項目を参照するとよい。

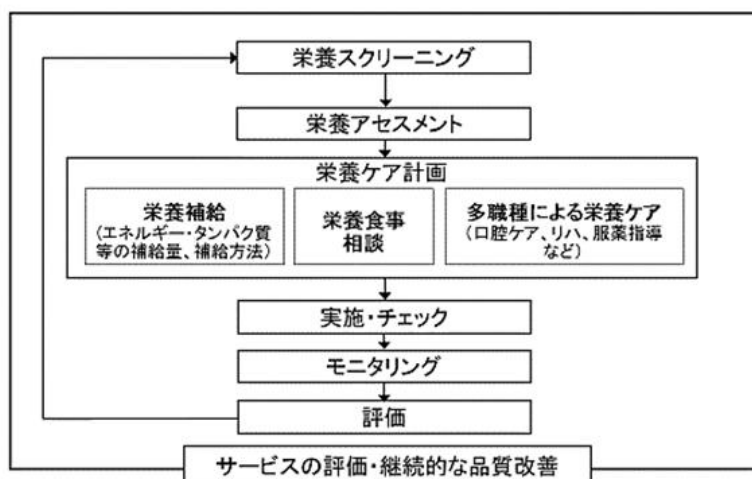


図 3-1 栄養管理サービス（Nutrition Care and Management：NCM）の基本構造²⁾

1) スクリーニング

訪問栄養食事指導の対象の選定方法には以下のとおりである。

- 
- ① 主治医が、自宅での療養生活において特別な栄養管理が必要であると判断した場合
 - ② 介護支援専門員が、アセスメント結果より栄養問題がある利用者について、主治医に報告し、主治医が栄養管理の必要性を認めた場合
 - ③ 患者および利用者やその介護者が、訪問栄養食事指導を希望し、主治医が必要であると判断した場合
 - ④ 患者および利用者やその介護者に関わる医療ならびに介護専門職種が、栄養管理の必要性を主治医や介護支援専門員に報告し、主治医が必要と判断した場合

スクリーニングによって対象となっても受け入れが難しい場合がある。主治医が管理栄養士に指示書を出す前に、対象となった患者および利用者やその介護者に対して、現在の栄養状態ならびに栄養管理の必要性、訪問栄養食事指導の導入について説明されていることが重要である。

2) 栄養アセスメント

アセスメントにおいて特徴的なのは、食生活状況全体をアセスメントすることである。病院や施設で実施されるアセスメント項目は、身体計測や血液検査データ、栄養補給量、治療食種ならびに療養食種、食形態、摂取方法、喫食率等が挙げられる。管理栄養士らによって適切な食事が調理、配膳、下膳されるため、患者ならびに利用者の病状の進行や体調の変化によって、通常の食種や食形態が不適切な食事となった場合は、管理栄養士らによって提供量や提供方法を再検討し調整することができる。一方、在宅では、病院や施設と同様に身体計測、診療カルテや血液検査データ等から患者および利用者の栄養状態を評価する。食事摂取状況に関するアセスメントについては、在宅では食事の過程の多くを、患者ならびに利用者や介護者らに任せることになる。そのため、訪問栄養食事指導では、食料調達方法、調理者、調理環境といった食事が配膳されるまでの食事提供方法、さらには食事場所、食事の姿勢、食器用具、共食者、食事回数および時刻、1食にかかる時間等といった食環境や食事摂取状況についてもアセスメントすべき項目となる。

3) 栄養ケア計画

栄養アセスメントで問題と思われた項目について整理し、目標を立案し、目標を達成するための栄養ケア内容を計画する。訪問栄養食事指導においては、食事提供方法や食環境、食事摂取状況について考慮した方法で、患者ならびに利用者とその介護者らが、継続的实施が可能と思われる方法でなければならない。そのためには、十分にアセスメントを行った上で、個々人にあったケア計画を立案する。その際、現在関わっている他職種にも協力してもらう必要がある場合は、その職種に相談、



依頼を行い、新たなサービスが必要と思われる場合は、介護支援専門員等に利用可能か相談する。指導するのではなく、対象者の気持ちや意見を尊重し、相談によって決定する。

4) 実施・チェック、モニタリング

ケア計画に沿った訪問栄養食事指導を実施する。算定可能な回数が原則月 2 回までであり、次回の訪問日まで日にちが空いてしまうため、次回までに対象者の症状や生活状況等が変わってしまうことも多い。また、患者ならびに利用者や介護者は、アセスメントだけで 1 回の訪問が終了するのではなく、その場でケア方法を知りたい、相談したいと思っている場合が多い。そのため、各訪問時にアセスメント、栄養評価、栄養食事相談を行い、ケア内容を調整、変更してくることが実際は多くある。その場合は、訪問後に主治医や訪問看護師等の関連職種に報告し、了解を得ることが必要である。もし、そのケア計画の実施が困難な場合や、早急な調整が必要な場合は、栄養・食事内容やケア方法の変更の必要性について関係職種と共有・相談し、次回の訪問を待たずに電話等で速やかに必要な対応を行うことが望ましい。

モニタリングは、対象者によって月 1 または 2 回で行うが、主治医と患者ならびに利用者らと相談して決定する。

5) 評価、サービスの評価・継続的な品質改善

定期的に患者および利用者の身体計測結果や血液検査データ、食事摂取状況、ADL、要介護度等の変化からの栄養状態や食事に関連する事項の評価を行い、介入実施当初との比較を行う。その結果、現在実施している栄養ケア計画について、このまま、または修正が必要等の検討を行い、より個々人に適した栄養ケア方法を患者および利用者とその介護者や関連職種と相談、決定し、実施する。

さらに、サービス介入時に訪問回数や期間が限定されていない場合は、期間を決めてサービス全体の評価を行う。継続的に管理栄養士が訪問しサービス提供を行うことにより、患者および利用者の栄養改善・維持、介護者の食介護負担軽減に効果が期待できると認められる場合は、サービスの継続的な提供が行われる。また、栄養状態が改善され目標達成となった場合には、継続が必要かどうかを患者および利用者とその介護者、関連職種と相談し、サービス継続の必要性について検討する。

3. 訪問栄養食事指導の算定要件と制度的根拠

訪問栄養食事指導の算定要件は、診療報酬と介護報酬で異なる。医療保険の診療報酬では「在宅患者訪問栄養食事指導料」、介護保険の介護報酬では、要介護者に対する管理栄養士による「居宅療養管理指導費」ならびに要支援者に対する「介護予防居宅療養

管理指導費」に該当する。いずれにおいても、表 3-1 に示した通り医師が当該利用者に厚生労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めた場合又は当該利用者が低栄養状態にあると医師が判断した場合であって、当該医師の指示に基づき、対象者の居住する自宅や施設に管理栄養士が訪問し、栄養管理に関する指導や、食や栄養に関する情報提供及び助言を行う仕組みである。実施する管理栄養士が、訪問の指示を出した医師と同じ保険医療機関または指定居宅療養管理指導事業所の所属かそれ以外か、また、対象者が単一建物に何名いるかにより区分され、報酬が異なる。診療報酬では 1 点 = 10 円、介護報酬では 1 単位 = 10 円と設定されている（表 3-2）。

表 3-2 訪問栄養食事指導の算定要件、報酬

2026年1月現在					
	名称	実施者		点、単位*	算定要件
診療報酬	在宅訪問栄養食事指導料1	当該保険医療機関の管理栄養士	イ 単一建物診療患者が1人の場合	530	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、患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立等を示した栄養食事指導箋を患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導箋に従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を 30 分以上行った場合、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
			ロ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	480	
			ハ イ及びロ以外の場合	440	
	在宅訪問栄養食事指導料2	当該保険医療機関以外の管理栄養士	イ 単一建物診療患者が1人の場合	510	
			ロ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	460	
			ハ イ及びロ以外の場合	420	
介護報酬	居宅療養管理指導（Ⅰ）	指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士	一 単一建物居住者1人に対して行う場合	545	在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行った場合に、単一建物居住者***の人数に従い、1月に2回を限度として算定
			二 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	487	
			三 （一）及び（二）以外の場合	444	
	居宅療養管理指導（Ⅱ）	指定居宅療養管理指導事業所以外の医療機関、介護保険施設****又は栄養士会が運営する栄養ケア・ステーションとの連携により確保した管理栄養士	一 単一建物居住者1人に対して行う場合	525	
			二 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	467	
			三 （一）及び（二）以外の場合	424	

* 診療報酬においては点、介護報酬は単位で請求する（1点及び1単位＝10円）

** 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

*** 単一建物居住者：当該利用者が居住する建物に居住する者のうち、同一月に指定居宅療養管理指導を行っているものをいう

**** 介護保険施設は、常勤で1以上または栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超過して管理栄養士が配置している施設に限る

4. 指導計画書・記録書の作成例

訪問栄養食事指導における計画書は、利用者の栄養状況を継続的に管理し、低栄養の改善や疾病の悪化予防など、生活の質の向上を目指す上で重要なツールとなる。

計画書は、栄養スクリーニング、栄養アセスメントより、利用者や家族の意向、解決すべき課題、長期目標と期間、具体的な栄養ケアの内容、評価・見直し時期などが含まれるようにする。厚生労働省が示す様式例「栄養ケア計画書（通所・居宅）」をベースに事業所のサービス内容や利用者の特性に合わせて項目を記載できるようにする。

- **利用者及び家族の意向:** 利用者や家族がどのような食生活を送りたいか、どのような目標があるかなどを記載する。
- **解決すべき課題:** スクリーニングやアセスメントの結果から見えてきた、栄養状態、摂食・嚥下機能、生活機能に関する具体的な問題点や解決すべき課題を記載する。
- **長期目標と期間:** 概ね数ヶ月から3カ月程度の期間で達成したい最終的な目標を記載する。
- **短期目標と期間:** 栄養ケアの具体的内容を記載する。
 - ◆ **栄養補給・食事**…どのような栄養と食事内容を提案するか（栄養補給方法、栄養補給内容、治療食（療養食）や食事形態の調整など）。
 - ◆ **栄養食事相談**…具体的な食事指導の内容（調理方法、食品の選び方、外食時の注意点など）。
 - ◆ **多職種による課題の解決など**…他の専門職との連携を通じて行うこと（嚥下訓練、口腔ケア、食環境の調整など）。
- **担当者・頻度・期間:** 各ケアを誰が、いつ、どのくらいの頻度で行うかを記載する。
- **特記事項:** その他、利用者の状況やケアに関する特記事項を記載する。
- **計画作成者・作成（変更）日:** 管理栄養士名や計画の作成日、変更日を記載する。
- **説明日:** 利用者や家族に計画書の内容を説明した日を記載する。

表 3-3 (例) 栄養ケア計画書 (居宅) 3)

氏名		計画作成者：管理栄養士 所属：	初回作成日： 年 月 日 作成(変更)日： 年 月 日
医師の指示		☐ なし ☐ あり (要点：)	
利用者及び家族の意向		説明日 年 月 日	
解決すべき課題 (ニーズ)		低栄養状態のリスク (低 ・ 中 ・ 高) ☐ 栄養状態 ☐ 摂食・嚥下機能 ☐ 生活機能	
長期目標 (ゴール) と期間		☐ 栄養状態の維持・改善 ☐ 1ヶ月 ☐ 摂食・嚥下機能の維持・改善 ☐ 3ヶ月 ☐ 生活機能の維持・向上	

短期目標と期間		栄養ケアの具体的内容	担当者	頻度	期間
① 栄養補給・食事	☐ 食事摂取量の維持・改善	☐ 栄養補給方法 ☐ 栄養補給内容 ☐ 摂食・嚥下機能に合わせた食事の調整 1日の目標栄養量は、 エネルギー _____kcal、タンパク質 _____gです。	☐ 本人	☐ 毎日	☐ 1ヶ月
	☐ 栄養状態の維持・改善		☐ 家族	☐ 利用時	☐ 3ヶ月
	☐ 摂食・嚥下機能の維持・改善		☐ 栄養士	☐ 随時	
			☐ 介護職		
② 栄養食事相談	☐ 食事療法の理解	☐ 療養食について ☐ 調理方法 ☐ 栄養補助食品	☐ 本人	☐ 毎日	☐ 1ヶ月
	☐ 食事形態の調整		☐ 家族	☐ 利用時	☐ 3ヶ月
	☐ 食事・食品の選択		☐ 栄養士	☐ 随時	
			☐ 介護職		
③ 多職種解決による課題の	☐ スキンケア	☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問介護 ☐ 通所リハビリ ☐ 通所介護 ☐ ()	☐ 本人	☐ 毎日	☐ 1ヶ月
	☐ 口腔および摂食・嚥下		☐ 家族	☐ 利用時	☐ 3ヶ月
	☐ 消化器症状		☐ 栄養士	☐ 随時	
	☐ 生活機能		☐ 介護職		
	☐ メンタルヘルス		☐ 医師		
	☐ その他		☐ 看護師		
			☐ リハビリ職		
特記事項					

栄養ケア提供経過記録

月 日	サービス提供項目



引用文献

- 1) 岡澤仁志、菊谷武、高橋賢晃、田村文誉：在宅要介護高齢者家族の介護負担と食事との関連,老年歯科医学 31(3),354-362,2016.
- 2) 杉山みち子他：入院高齢者におけるタンパク質・エネルギー低栄養状態の栄養スクリーニングと栄養アセスメント、平成 8 年度老人保健事業推進等補助金研究 高齢者の栄養管理サービスに関する研究報告書（主任研究者 松田朗）、11-46（1997）
- 3) 厚生労働省老健局老人保健課：介護保険最新情報 Vol.1217 令和 6 年 3 月 15 日；p82-83；<https://www.mhlw.go.jp/content/001227728.pdf>

第4章 栄養ケア・ステーションの位置づけと活用

要旨

栄養ケア・ステーションとは、管理栄養士・栄養士が地域において栄養・食生活支援を担う拠点であり、平成30年度より日本栄養士会による認定制度が開始されている。栄養ケア・ステーションに期待されている役割は、低栄養やフレイル等の栄養課題を早期に把握し、適切な支援へと「気づき」「つなぐ」機能を果たすとともに、外来・訪問栄養食事指導による個別支援および多職種連携を通じて、在宅生活の継続およびQOLの向上を支援することにある。また今後は、地域における栄養支援の中核的基盤として、ハブ機能のさらなる強化が求められると考えられる。本章では、都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションおよび認定栄養ケア・ステーションの機能、診療・介護・障害報酬制度との関連、実務上の留意点を整理し、管理栄養士の専門性の可視化および地域連携体制の強化に向けた課題と展望を示す。

1. 地域包括ケアにおける栄養ケア・ステーションの役割

1) 地域包括ケアにおける栄養・食生活支援の必然性

地域包括ケア¹⁾が推進される背景には、急速な高齢化と医療・介護需要の増大、家族介護力の低下、入院・施設偏重から在宅重視への転換、社会保障の持続可能性確保といった、構造的な社会問題が根底にある。

地域包括ケアの構成要素である医療・介護・予防・生活支援のすべてに「栄養」の視点は関わり、特に、高齢者の低栄養やフレイルなどの栄養問題は、転倒や要介護化、感染症リスクの増大、入院期間の延長などのほか、呼吸苦や浮腫、褥瘡などの“つらさ”の要因にもなることから、QOLの低下につながり、在宅療養の継続を難しくする。一方、栄養状態の改善は、筋力や活動性を底上げし、生活の幅を広げQOLの向上にもつながる。地域包括ケアの目的は「住み慣れた地域で、最期まで“その人らしく”暮らし続けられるようにすること」であることから、栄養・食生活支援は周辺的なサービスではなく、システムの中核に位置づけるべき領域である。

しかし、地域では栄養の課題が医療・介護の現場で共有されにくい現状もある。特に、呼吸苦や浮腫み、褥瘡などのつらい症状の原因や要因に栄養問題が潜んでいる場合や、こうした“つらい”症状を有するがゆえ、食事が十分に摂取できず、また、必要栄養量の亢進などから、体重減少に陥る場合など、栄養状態に関するアセスメントを適切に行わなければ、栄養に関する課題や問題が埋没してしまうことも課題の一つである。さらに、体重減少や食欲低下があっても、この原因や要因に関するアセスメントが不十分なまま「経過観察」となり、受診や入院を契機に初めて栄養不良が顕在化



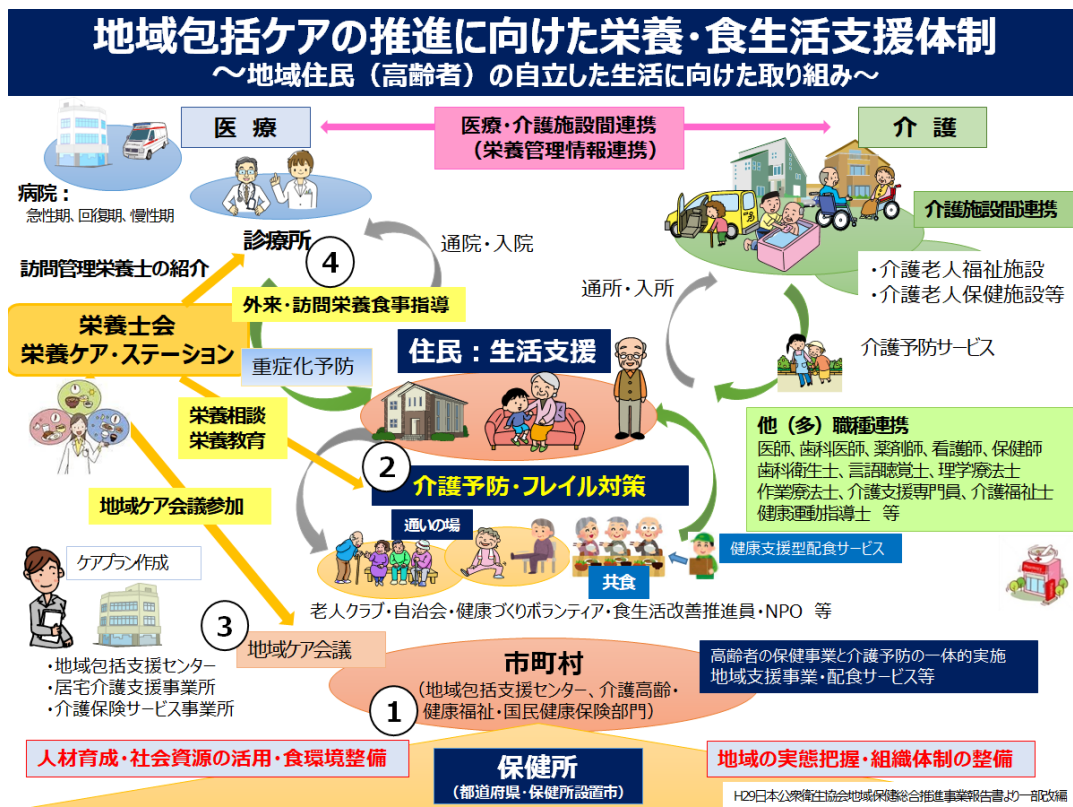
することが少なくない。低栄養が進行してから介入するより、体重減少や食事摂取量低下の初期に介入した方が効果的、かつ本人負担も少ないことから、健診・保健事業や配食サービス、低栄養の状態に住民の通いの場などを通じて、早期に気づき、適切な支援につなぐ仕組みも必要となる。

そこで、地域包括ケアの各場面に「栄養の視点」を実装し、“気づき”、“つなぐ”担い手と期待されているのが、食・栄養の専門職である管理栄養士・栄養士が所属する地域密着型の拠点「栄養ケア・ステーション」である。栄養ケア・ステーションの価値は、管理栄養士・栄養士が地域において、栄養相談、栄養教育、普及啓発、関係職種との橋渡しを行う点にあり、言い換えれば、①栄養課題に関するアセスメントやこの解決につながる専門性の提供と、②多職種連携の調整を同時に担う「地域の栄養支援のハブ」である点である。

2) 地域包括ケアの推進に向けた栄養・食生活支援と栄養ケア・ステーションの役割

地域包括ケアの効果的な推進に向けて、管理栄養士・栄養士は“専門性”と“生活支援”の両面を担える強みを持つことから、地域の特性や実情から優先すべき栄養・食生活の課題を抽出し、医療・介護関係者や地域団体等にも分かりやすい形で課題を“見える化”し、連携と協働による推進体制の整備が求められている。

「地域包括ケアの推進に向けた栄養・食生活支援（図 4-1）」は、厚生労働省が示す「地域包括ケアシステムの姿」を踏まえ、住民（住まい）を中心に栄養・食生活支援の視点から整理したものであり、栄養ケア・ステーションを地域包括ケアの中核として位置付けることが、今後の地域づくりに不可欠である。



4-1 地域包括ケアの推進に向けた栄養・食生活支援体制

次からの①～④は、(図 4-1) 内の番号 ①～④の説明記述に該当する

① 自治体の役割

都道府県は広域自治体として、市区町村は住民主体の取組等を積極的に活用しながら、地域の実態把握や組織体制の整備、社会資源の活用など柔軟かつ効率的なサービスを提供できるよう支援体制を整備する。特に、医療計画に代表されるように都道府県・市町村がそれぞれ策定・実施するものなどがあることから、地域の実情に応じつつも、同職種間、関連する部局や団体との連携体制の構築を図ることが重要である。また、医療介護総合確保基金等を活用するなど、地域包括ケアの推進に資する専門職の育成に努める。

② 介護予防・フレイル対策：リスクスクリーニングと「気づきの共有」

栄養ケア・ステーションの管理栄養士・栄養士は、高齢者の通いの場やサロン等を活用した栄養教育や共食機会の提供、配食事業者と連携した健康支援型配食サービス²⁾など、身近な場での“気づき”を活かし、低栄養・フレイルリスクをスクリーニングする。例えば、最近の体重減少や浮腫み、むせ、呼吸苦、口腔乾燥、食欲低下、外出頻度の低下、膝や腰などの痛み、買い物困難、配食の食べ残し等



の様々なサインを、後期高齢者の質問票や基本チェックリストなどの項目から把握し、必要に応じて個別栄養相談に応じる。管理栄養士単独では対応が困難なケースは、医療・介護専門職からの支援や行政サービスにつなぐ。また、買い物弱者や独居高齢者の“食品のアクセス”を支えるため、配食事業者や巡回販売者、商店などの地域資源に関する情報を発信し、社会福祉協議会、民生委員、地域包括支援センターとも連携した上で、必要な人に必要なサービスが届く動線を整えることにより、地域包括ケアにおける「生活支援」の質が高まる。

③ ケアマネジメント支援：ケアプランへの栄養の実装

ケアプランには ADL (Activities of Daily Living) ・ IADL (Instrumental Activities of Daily Living)、介護サービス量が反映される一方、呼吸苦・浮腫・痛みなどのつらい症状の原因や要因に栄養問題が潜んでいる場合や、こうした“つらい”症状を有するがゆえ、食事が十分に摂取できず、また、必要栄養量の亢進などから、体重減少に陥る場合など、栄養状態に関するアセスメントが適切に行わなければ栄養課題は表面化されない。また、食事の課題は「食事は家族が用意する」などの考えに陥りやすく埋もれがちである。栄養ケア・ステーションの管理栄養士・栄養士は、市区町村や地域包括支援センターが主体となって開催する地域ケア会議（多職種による話し合いの場）等へ参画し、介護支援専門員に対し病態や治療・症状などから栄養リスクの見立て方や目標設定の視点、サービス選択方法（通所施設での食支援、配食、買い物支援、口腔ケア、リハビリテーション栄養の視点等）など、対象者の自立に向けた栄養・食生活支援方法を助言し、ケアプランの質を底上げする。また、地域ケア会議において、栄養状態の改善目標を多職種と共有し、モニタリング指標（体重（浮腫み）、食事摂取状況、活動量、口腔状態など）を定めることで、支援が“点”ではなく“プロセス”として継続的に機能する。

④ 個別支援：外来・訪問栄養食事指導と生活課題への伴走

在宅療養者や要介護者に対しては、病態や治療・症状などが栄養状態に及ぼすリスク、呼吸苦・痛み・浮腫や摂食嚥下状態・口腔状態・食事摂取量・服薬状況等をアセスメントし、これを踏まえ、調理環境を含めた食環境や嗜好、本人及び家族の負担や日常生活に即した栄養食事指導が求められる。主治医、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、言語聴覚士、介護支援専門員等と情報を共有し、栄養だけでなく口腔・嚥下、疼痛、抑うつ、社会的孤立など全人的な視点から支援をすることで、「高齢者（すべての人）が、住み慣れた地域で、最期まで“その人らしく”暮らし続けられる」、地域包括ケアにつながる。

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

1) 栄養ケア・ステーションの種類と機能

栄養ケア・ステーションには、担う機能に応じたいくつかの種類が存在する³⁾。

都道府県栄養士会に設置されている栄養ケア・ステーションは、栄養ケア・センターとしての機能を有し、地域における栄養支援の窓口および調整機能を担っている。一方、地域で展開されている認定栄養ケア・ステーションは、主として地域住民の健康支援や介護予防等に関する事業を行う拠点として位置づけられている。また、認定栄養ケア・ステーションの機能の一類型として、日本栄養士会で令和5年度より新たに機能強化型認定栄養ケア・ステーションが制度化された。機能強化型認定栄養ケア・ステーションは、傷病者の療養や介護・支援が必要な者に対する低栄養状態等の改善を含む、より複雑な栄養管理を担うことを目的としている。

また近年では、栄養ケア・ステーションを活用した報酬制度も示されるなど、その役割や期待は高まっている（詳細は4章3-1）「診療報酬・介護報酬等における栄養ケア・ステーションの位置づけ」参照）。なお、診療報酬・介護報酬における栄養ケア・ステーションは、現時点では都道府県栄養士会が設置・運営するものを指す。

2) 栄養ケア・ステーションの概要

栄養ケア・ステーションとは、食・栄養の専門職である管理栄養士・栄養士が所属する地域密着型の拠点であり、地域住民、医療機関、自治体、健康保険組合、民間企業等を対象として、管理栄養士・栄養士を紹介し、用途に応じた多様なサービスを提供するものである³⁾。栄養・食に関する相談、健診後の食事指導、レシピや献立の考案、スポーツ栄養に関する指導・相談、栄養・食に関する相談（訪問型）、セミナー研修会への講師紹介、料理教室の企画運営、診療報酬・介護報酬にかかる業務、医療機関と連携した栄養食事指導、食品・栄養成分表示に関する指導・相談、地域包括ケアシステムにかかる事業関連業務等が挙げられる（図4-2）。

3) 今後の展望

今後は、地域包括ケアシステムの推進や在宅医療・介護ニーズの増大に伴い、栄養ケア・ステーションの活用が、地域における栄養支援体制の構築において一層求められると考えられる。

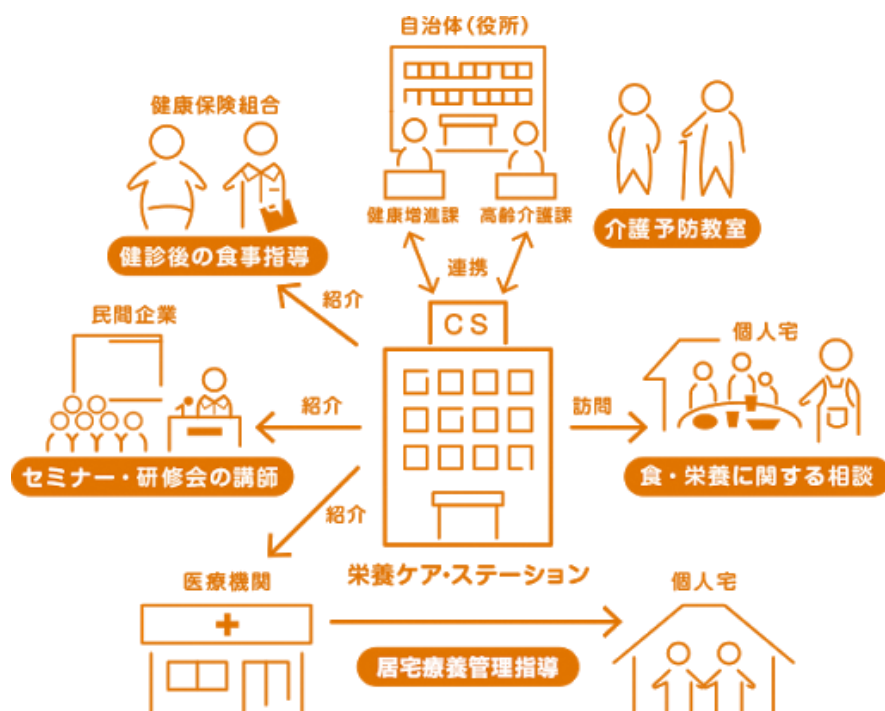


図 4-2 栄養ケア・ステーションの概要（参考文献 3 より）

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

1) 診療報酬・介護報酬等における栄養ケア・ステーションの位置づけ（表 4-1）

平成 26 年度診療報酬の改定において⁴⁾、有床診療所の機能に着目した評価(栄養管理)の中で「入院栄養食事指導料 2」が新設され、「診療所において、入院中の患者であって、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外（栄養ケア・ステーション又は他の医療機関に限る）」が算定要件となり、栄養ケア・ステーションが明記された（栄養ケア・ステーション認定制度は、その後平成 30 年より開始）。

平成 30 年度の介護報酬改定では⁵⁾、栄養改善の取組の推進の中で、通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養改善加算について、算定要件に「当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション）との連携により、管理栄養士を 1 名以上配置していること」と明記されている。

その後の令和 2 年度診療報酬改定においては⁶⁾、地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価の中で栄養食事指導の見直しが行われた。診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、当該保険医療機関以外（他の保険医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価するとして、外来栄養食事指導料 2、在宅患者訪問栄養食事指導料 2 が新設された。そのほか在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直しで在宅褥瘡対策チームの構成員の中で当該保険医療機関以外の管理栄養士も可能となっている。



令和３年度介護報酬改定では⁷⁾、医療と介護の連携の推進において外部の管理栄養士による居宅療養管理指導の評価がされ、当該指定居宅療養管理指導事業所以外の管理栄養士が行った場合に居宅療養管理指導費Ⅱが算定できるようになった⁷⁾。また、通所系サービス等における栄養ケア・マネジメントの充実の中で栄養アセスメント加算が新設され、栄養改善加算はサービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問することを新たに求めるものとして単位数が上がった。さらに、認知症グループホームにおいて、栄養改善の取組を進める観点から、管理栄養士が介護職員等へ利用者の栄養・食生活に関する助言や指導を行う体制づくりを進めることを評価する加算として栄養管理体制加算が新設された。これらの加算には外部の管理栄養士として栄養ケア・ステーションと連携することが明記されており、栄養ケア・ステーションの活躍の場が続々と広がっている。

令和４年度診療報酬改定では⁸⁾、外来栄養食事指導料２の中で、当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に情報通信機器による栄養食事指導の算定が可能となった。

令和６年度のトリプル改定では、同時報酬改定における対応で介護報酬改定と連携、障害福祉サービス等（報酬）改定との連携が謳われている。

診療報酬改定の中で⁹⁾、在宅療養支援診療所・病院における評価の見直しの中、訪問栄養食事指導に係る要件見直しで、在宅療養支援診療所では管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましいことが施設基準に明記されている。介護報酬改定では¹⁰⁾、居宅療養管理指導の算定対象を通院又は通所が困難な者から通院困難な者に見直されたほか、居宅療養管理指導の算定回数の見直しがされた。これにより計画的な医学的管理を行っている医師が利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別の指示を行い、管理栄養士は特別の指示に基づき居宅療養管理指導は、その指示の日から３０日間に限り、従来の居宅療養管理指導の限度回数（１月に２回）を超えて、２回を限度として行うことができるようになり、終末期等における栄養管理のニーズに応じることが可能になった。また障害福祉サービス等（報酬）改定では¹¹⁾、生活介護（通所系サービス）における栄養ケア・マネジメントが導入された。「栄養スクリーニング加算」「栄養改善加算」が新設、「食事提供体制加算」の見直しがされており、外部の管理栄養士として栄養ケア・ステーションが明記された。

このように多くの場で栄養ケア・ステーションが関わり、これらの制度を活用して地域住民への栄養ケアを推進していくことが期待される。

表 4-1 栄養ケア・ステーションの制度的位置づけ

年度	制度改定	主な内容
平成 26 年度 (2014)	診療報酬 改定	「入院栄養食事指導料 2」が新設。有床診療所における栄養管理評価の中で、外部機関として「栄養ケア・ステーション」が明記された。
平成 30 年度 (2018)	介護報酬 改定	通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・通所リハビリテーションの「栄養改善加算」において、外部連携先として「栄養ケア・ステーション」が明記された。
令和 2 年度 (2020)	診療報酬 改定	外来栄養食事指導料 2、在宅患者訪問栄養食事指導料 2 が新設。他医療機関や栄養ケア・ステーション所属の管理栄養士による栄養指導が評価対象となった。
令和 2 年度 (2020)	診療報酬 改定	在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直しにより、在宅褥瘡対策チームに外部管理栄養士の参加が可能となった。
令和 3 年度 (2021)	介護報酬 改定	外部管理栄養士による「居宅療養管理指導費Ⅱ」が新設され、他事業所や栄養ケア・ステーションとの連携が評価対象となった。
令和 3 年度 (2021)	介護報酬 改定	通所系サービスに「栄養アセスメント加算」が新設。栄養改善加算では居宅訪問を含む栄養ケア・マネジメントが強化された。
令和 3 年度 (2021)	介護報酬 改定	認知症グループホームで「栄養管理体制加算」が新設。外部管理栄養士として栄養ケア・ステーションとの連携が明記された。
令和 4 年度 (2022)	診療報酬 改定	外来栄養食事指導料 2 において、電話・情報通信機器を用いた栄養食事指導が算定可能となった。
令和 6 年度 (2024)	診療報酬 改定	在宅療養支援診療所・病院において、管理栄養士と連携した訪問栄養食事指導体制の整備が望ましい基準として明記された。
令和 6 年度 (2024)	介護報酬 改定	居宅療養管理指導の対象や算定回数が見直され、急性増悪時には 30 日間に限り追加的な栄養管理が可能となった。終末期等の栄養管理ニーズへの対応が強化された。
令和 6 年度 (2024)	障害福祉 サービス 等報酬改 定	生活介護（通所系サービス）に栄養ケア・マネジメントが導入。「栄養スクリーニング加算」「栄養改善加算」が新設され、外部管理栄養士として栄養ケア・ステーションが明記された。

2) 診療報酬・介護報酬等における都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションとの連携

栄養ケア・ステーションの活用にあたっては日本栄養士会栄養ケア・ステーションを参考にされたい（図 4-3）³⁾。

* ここで示される栄養ケア・ステーションは、日本栄養士会も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」とされている。診療所や事業所等が都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションと業務委託契約等で連携し対応することができる。なお、診療報酬・介護報酬等について、問い合わせは全国の都道府県栄養士会が設置する栄養ケア・ステーションで対応している¹²⁾。

① 診療報酬：外来栄養食事指導料 2、在宅患者訪問栄養食事指導料 2 等（図 4-4）

[診療所が行うこと]

- 栄養ケア・ステーションとの業務委託契約（事前に行う）
- 栄養食事指導の依頼票発行（対象者ごと）
- 契約料（外来の場合は管理栄養士の交通費含む）の支払い
（料金は都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションごとに異なる）
- レセプト業務

[栄養ケア・ステーションが行うこと]

- 診療所からの依頼を受理し担当管理栄養士を選定
- 担当管理栄養士は医師からの依頼票（指示書）に従い栄養食事指導を実施
- 報告書の提出
- 診療所へ契約料の請求書を発行

栄養ケア・ステーション活用の流れ

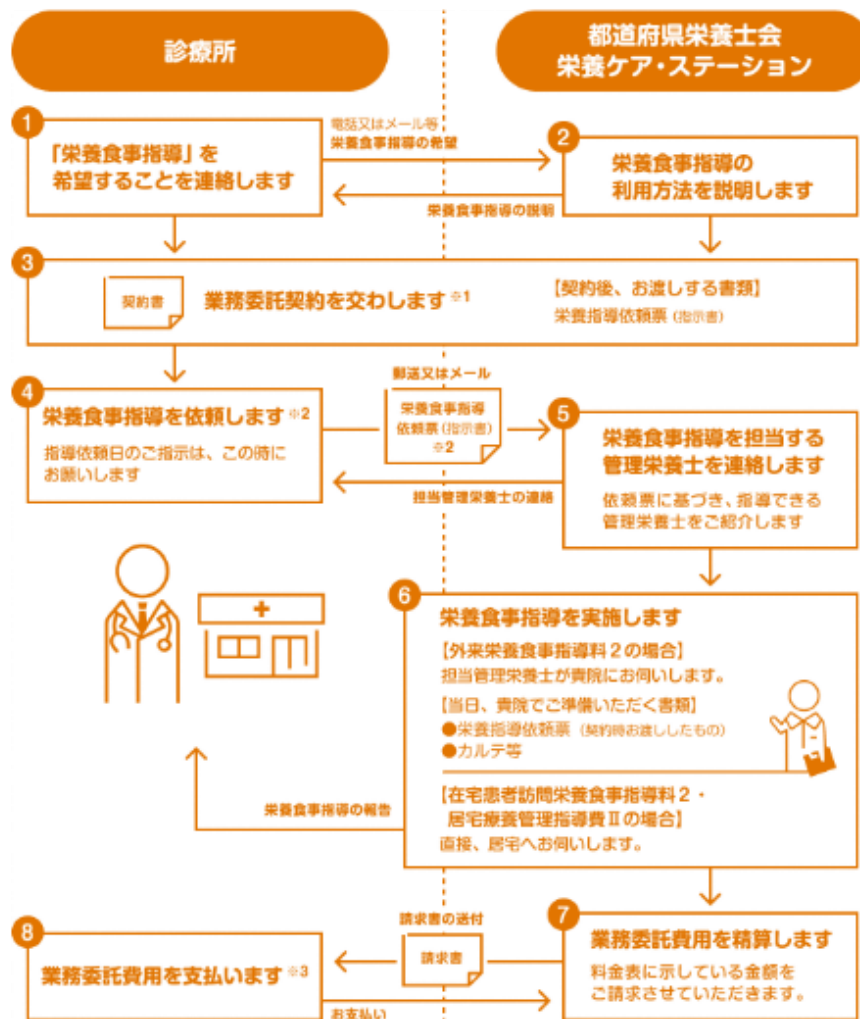


図 4-3 栄養ケア・ステーション活用の流れ³⁾

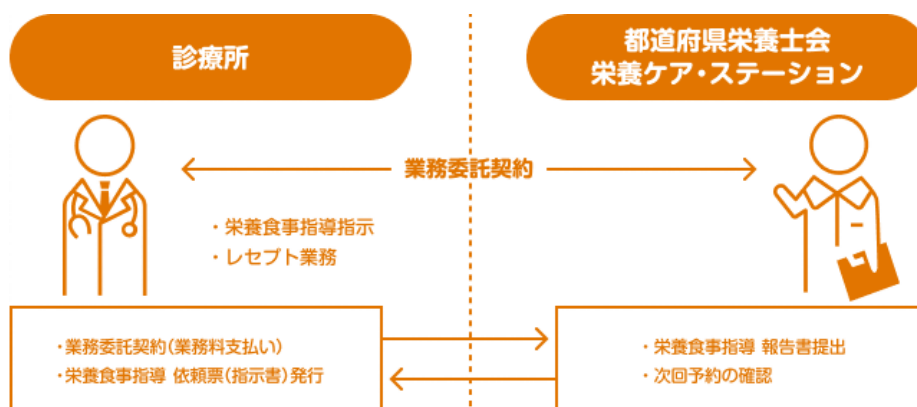
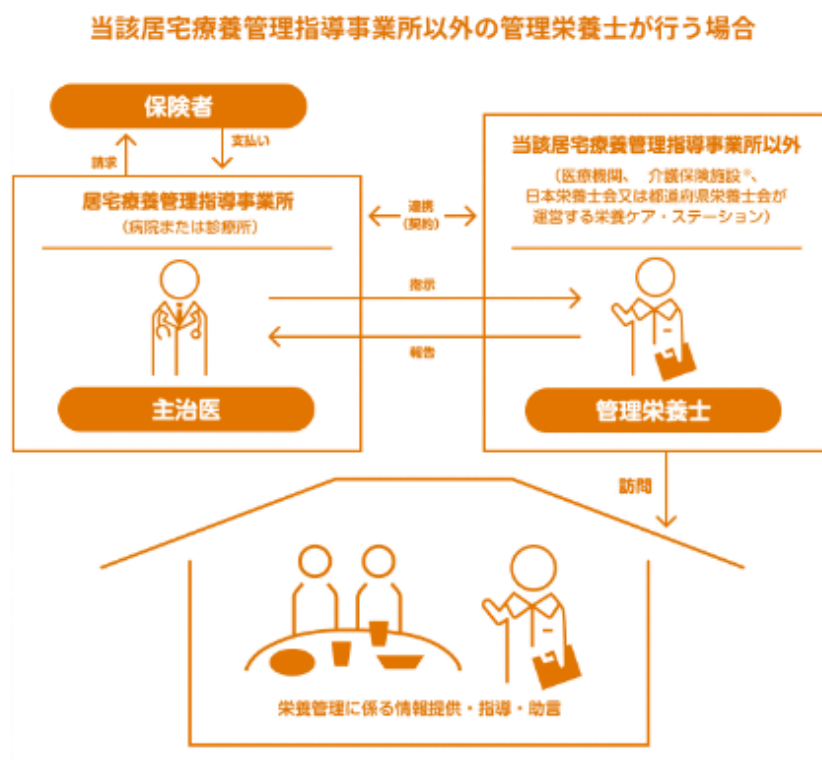


図 4-4 診療報酬業務委託契約³⁾

② 介護報酬：居宅療養管理指導費Ⅱ（図 4-5）

診療報酬在宅患者訪問栄養食事指導料Ⅱに準ずる

* 栄養ケア・ステーションは指定居宅量療養管理事業所の診療所と業務委託契約を行う



※介護保険施設は、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超過して管理栄養士を配置している施設に限る

なお、他の指定居宅療養管理指導事業所との連携により管理栄養士を確保し、居宅療養管理指導を実施する場合、主治医が認めた場合は、管理栄養士が所属する居宅療養管理指導事業所が算定することも可能

出典：令和3年度介護報酬改定（栄養関連）の概要について厚生労働省老健局 老人保健課資料

図 4-5 居宅療養管理指導費Ⅱ連携（契約）³⁾

③ 介護報酬：栄養アセスメント加算、栄養改善加算、栄養管理体制加算
〔事業所が行うこと〕

- 栄養ケア・ステーションとの業務委託契約（事前に行う）
- 必要に応じて利用者の介護支援専門員と連携する
- 契約料（管理栄養士の交通費含む）の支払い
- （料金は都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションごとに異なる）
- レセプト業務、必要に応じて LIFE 報告

[栄養ケア・ステーションが行うこと]

- 診療所からの依頼を受理し担当管理栄養士を選定
- 担当管理栄養士は医師からの依頼票（指示書）に従い栄養食事指導を実施
- 報告書の提出
- 診療所へ契約料の請求書を発行

④ 障害福祉サービス等：食事提供体制加算

- 流れや料金は都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションごとに異なるため、事業所は、直接栄養ケア・ステーションに問い合わせる

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

超高齢社会が進行する我が国において、低栄養やフレイル、サルコペニアといった栄養課題は、医療や介護の現場のみならず、地域生活の中で生じる重要な健康課題である。しかしながら、これらの課題は在宅生活の中では顕在化しにくく、専門職による支援につながらないまま進行することも少なくない。こうした背景のもと、管理栄養士・栄養士が地域で専門性を発揮する拠点として整備されてきた栄養ケア・ステーションは、今後の地域包括ケアシステムにおける地域の栄養支援の拠点としての機能強化が期待される。

1) 地域における栄養課題と支援の見えにくさ

地域在住高齢者における栄養課題は、特に在宅の場において「年齢のせい」「食が細くなっただけ」と捉えられやすく、支援の必要性が本人・家族のみならず、支援者間でも共有されにくいという特徴がある。居宅介護支援事業所を対象とした調査では、ケアプラン作成時に把握された食事・栄養に関する課題のうち、実際にプランの実施につながった割合は平均 5 割に留まることや、食事・栄養の課題が認識された場合であっても、管理栄養士に相談すると回答した割合は約 5 割に留まることが報告されている¹³⁾。

その背景として、管理栄養士が「どこにいるのか分からない」という状況があることが指摘されている。同調査においても、管理栄養士に相談していない理由として、「相談できる管理栄養士の所在が分からない」（約 6 割）、「管理栄養士との連携方法が分からない」（約 4 割）といった回答が多く挙げられている。すなわち、栄養課題は認識されていても、具体的な支援につなげるための仕組みが十分に整備されていない現状がうかがえる。一方で、呼吸苦・痛み・浮腫など病態や治療（内服薬を含む）・症状などが栄養状態に及ぼすリスクについて、適切に評価されない例もある。

このように、栄養課題そのものが見えにくく、加えて専門職につながる支援の入口が明確でない状況において、地域全体を俯瞰し、栄養の視点から課題を拾い上げ、適切な

支援へとつなぐ仕組みの構築が求められている。

2) 栄養ケア・ステーションの特徴および「地域のハブ」として期待される機能

このような課題解決を目的の1つとして、食・栄養の専門職である管理栄養士・栄養士が所属する、地域密着型の拠点で、地域住民、医療機関、介護保険事業所、自治体、健康保険組合、民間企業、保険薬局などを対象に管理栄養士・栄養士を紹介し、用途に応じたさまざまなサービスを提供するものが栄養ケア・ステーションである³⁾。

栄養ケア・ステーションは、今後、地域における「栄養支援のハブ」としての機能強化が求められる。「栄養支援のハブ」としての機能は大きく2つに整理できる。

一つ目は、住民や家族、介護支援専門員、医療・介護職からの相談を受け止める「入口機能」である。栄養状態の評価を行い、必要に応じて訪問栄養食事指導、医療機関受診、歯科受診、介護サービス利用などにつなぐ役割を担う。

二つ目は、多職種連携を促進する「接続機能」である。管理栄養士単独では対応が困難なケースにおいて、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション専門職、歯科衛生士などとの連携を調整し、包括的な支援を可能にする。また、地域で活動する管理栄養士の情報共有や研修、事例検討の場を提供することで、同職種間の連携が促進され、地域全体としての栄養支援体制の強化に寄与する。

引用文献

- 1) 厚生労働省, 地域包括ケアシステム, (2026/2/1 アクセス)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kourei_sha/chiiiki-houkatsu/index.html
- 2) 厚生労働省, 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, (2026/2/1 アクセス) <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158814.html>
- 3) 日本栄養士会, 栄養ケア・ステーション, (2026/1/26 アクセス)
<https://www.dietitian.or.jp/carestation/index.html>
- 4) 平成26年度診療報酬改定の概要：厚生労働省保険局医療課 (2026/01/26 アクセス) P49
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039891.pdf>
- 5) 厚生労働省：平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について (2026/1/26 アクセス) P279
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001622862.pdf>
- 6) 令和2年度診療報酬改定の概要：厚生労働省保険局医療課 (2026/1/26 アクセス) P203、204、210

- 
- <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691038.pdf>
- 7) 厚生労働省：令和 3 年度介護報酬改定における改定事項について（2026/1/26 アクセス）P25、90、91
- <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf>
- 8) 令和 4 年度診療報酬改定の概要：厚生労働省保険局医療課（2026/1/26 アクセス）P226
- <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001079187.pdf>
- 9) 令和 6 年度診療報酬改定【全体概要版】：厚生労働省保険局医療課（2026/1/26 アクセス）P8、83
- <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251533.pdf>
- 10) 令和 6 年度介護報酬改定における改定事項について：厚生労働省老健局（2026/1/26 アクセス）P81、86
- <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001230329.pdf>
- 11) 令和 6 年度障害福祉サービス等報酬改定の概要：障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（2026/1/26 アクセス）P19
- <https://www.mhlw.go.jp/content/001216035.pdf>
- 12) 全国の都道府県栄養ケア・ステーション
- <https://www.dietitian.or.jp/carestation/search/>
- 13) 東京都健康長寿医療センター，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 通所系サービスにおける管理栄養士及び歯科衛生士等の介入状況の調査及び多職種連携の効果的・効率的な在り方の検討 報告書

第5章 在宅医療における多職種連携と栄養支援の実際

要旨

在宅医療における栄養支援は、患者の生活背景を踏まえた多職種連携により実効性が高まる。本章では、管理栄養士による、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、リハビリテーション専門職、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員らとの連携の具体像を示し、退院前カンファレンスやケア会議、ICT等を活用した情報共有の重要性を整理した。特に、栄養評価と治療方針の共有、生活環境を踏まえた栄養支援、薬物療法や口腔・嚥下機能との連携、ケアプランへの栄養課題の反映が重要である。また、制度の理解不足や介入時期の遅れなど連携を阻害する要因とその改善策を示し、管理栄養士が多職種協働の中核として在宅における栄養管理を推進する必要性を示した。

1. 連携の基本原則とチーム形成の流れ

要介護認定率は年齢が上がるにつれて上昇し、特に85歳以上で上昇する。2025年以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、医療と介護の複合ニーズをもつ者が一層多くなることが見込まれる。病気の診療だけでなく、生活の支援を必要とする患者（すでに要介護状態）が増える。

高齢者のフレイルによる生活機能障害を予防することが重要である。複合的医療課題をもつ高齢者を総合的に診療する総合医との連携が必要であり、治し支える医療に繋げることが肝要である。フレイルの多面性は、閉じこもり・孤食、意欲・判断力・認知機能の低下、うつ、ならびに低栄養・転倒の増加・口腔機能の低下が考えられる。これらは、適切な介入・支援により、生活機能に維持向上が可能となる。今後の取組として医療・介護が連携したフレイルの多面性に応じた総合的な対策が必要であり、効果的・効率的な介入・支援のあり方を考え、多職種連携・地域包括ケアを推進することが重要となる。

入院医療から在宅医療への円滑な移行も重要であり、医療の目標/生活支援の目標（Common Ground）の共有がチーム形成には大切である。患者の円滑・適切な引き継ぎには地域密着型の病院の入院医療チームと在宅療養に係わる在宅医療チームの専門職連携・情報の共有が必要となる。両チーム共通の価値基準・判断基準により信頼関係のある協働チームが形成され则认为。入院医療チームでは職種間の壁を取り除くことが鍵であることに對し、在宅医療チームでは場所と時間の共有が鍵となる。

訪問栄養食事指導の支援内容について啓発活動することもチーム形成には有効である。実際の活動として、在宅医療介護連携推進協議会、訪問看護協会、地域包括ケア病棟をもつ医療機関、日本訪問リハビリテーション協会、日本デイケア協会、日本介護支

援専門員協会、薬剤師会それぞれに啓発活動することで依頼件数は 1.5 倍に増加した。これは、在宅医療チーム専門職と双方向に意見交換することで職種間共通の価値基準・判断基準を把握できたことに起因していると実感している。

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）

在宅での「在宅患者訪問栄養食事指導」および「管理栄養士による居宅療養管理指導」の算定回数は著しく少ない。また、訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有している在宅療養支援診療所は 14.4% となっている。都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションによる訪問栄養食事指導の実績は低調である¹⁾。

令和 4 年 7 月 28 日開催された第 5 回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループでは、在宅医療における栄養食事管理の目指すべき方向性イメージとして下記の通り明記されている（図 5-1）。

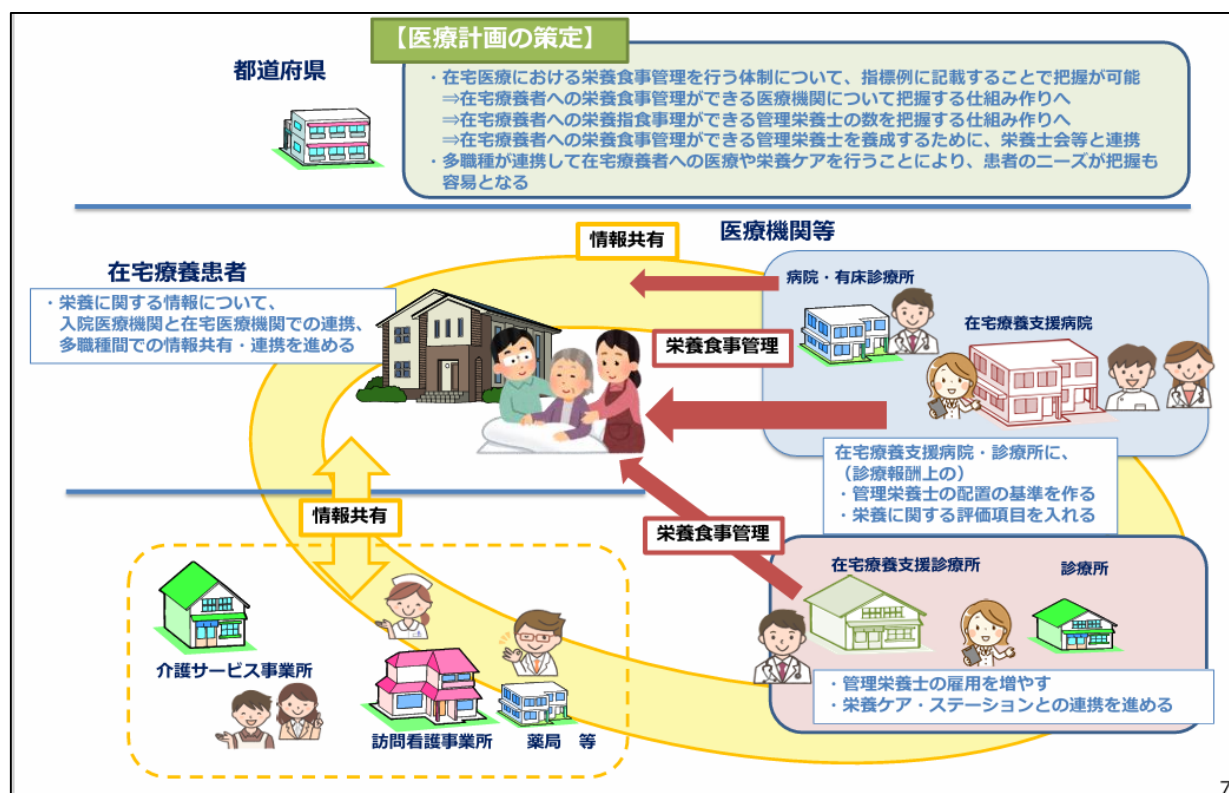


図 5-1 在宅医療における栄養食事管理の目指すべき方向性【イメージ】²⁾

■ 【医療計画の策定（第 5 回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ：令和 4 年 7 月 28 日開催時における提案）】

◎在宅医療における栄養食事管理を行う体制について、指標例に記載することで把握が可能となる。

- 
- ⇒在宅療養者への栄養食事指導ができる医療機関について把握する仕組み作りへ
 - ⇒在宅療養者への栄養食事指導管理ができる管理栄養士の数把握する仕組み作りへ
 - ⇒在宅療養者への栄養食事管理ができる管理栄養士を養成するために、栄養士会等と連携

◎多職種が連携して在宅療養者への医療や栄養ケアを行うことにより、患者のニーズの把握も容易となる

栄養ケア・マネジメントに係る医療・介護連携の具体的提案

■ **医療機関等の栄養食事管理**

- ☆ 在宅療養支援病院・診療所に、(診療報酬上の)管理栄養士の配置の基準を作る、栄養に関する評価項目を入れる
- ☆ 在宅療養支援診療所、診療所における管理栄養士の雇用を増やす、栄養ケア・ステーションとの連携を進める

■ **在宅療養患者の情報共有（医療機関/介護サービス事業所・訪問看護事業所・薬局等）**

- ☆ 栄養に関する情報について、入院医療機関と在宅医療機関での連携、多職種間での情報共有・連携を進める。

その後、令和6年度診療報酬改定において、質の高い在宅医療・訪問看護の確保として、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問食事指導の推進として、基本的な考え方・具体的な内容が明記された。

基本的な考え方

- ☆ 訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

具体的な内容

- ☆ 医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備を推進する

上記の背景・経緯を経て、例えば、長野県栄養士会栄養ケア・ステーションにおいて、令和7年度在宅患者訪問栄養食事指導実施委託契約書を交わした診療所は、長野市2、佐久市1、上田市1、安曇野市4、飯田市1、合計9箇所である。病院所属の管理栄養士が訪問栄養食事指導を実施している施設も増加してきており、連携体制は拡がりつつある(図5-2)。日常的に顔の見える関係性をつくっておくことで、都道府県栄養士会と連携し、在宅支援が必要な方に手が届くようになると思う。

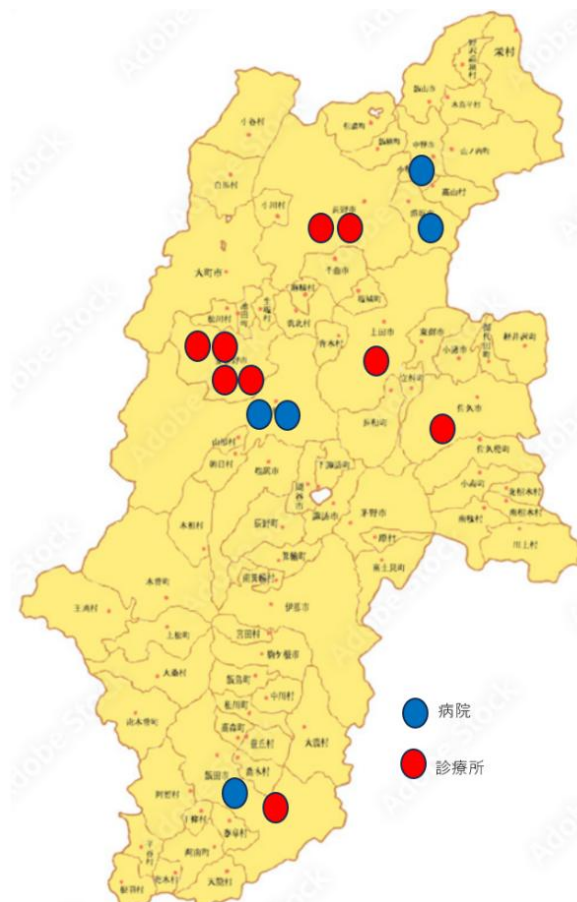


図 5-2 訪問栄養食事指導連携施設（長野県）

3. 医師との連携（治療方針と栄養評価の共有）

治療方針と栄養評価共有方法として、退院前カンファレンスやサービス担当者会議等が挙げられる。限られた時間の中では、医師のみならずそれぞれの専門職からの評価・報告とならざるを得ない時もあると思われる。医師不在となることも少なくないかもしれない。

「在宅患者訪問栄養食事指導」「管理栄養士による居宅療養管理指導」に対する医師の認知は、十分とは言えず、病院でよくある制限食の指導（在宅の生活をよくみるようにして、病院栄養士によくある厳しい制限指導をしないでほしい）³⁾ ではないことを説明する必要がある。そこで、かかりつけ医と、当該指導介入前に在宅療養者の対面にて one on one でカンファレンスすることは、治療方針と価値基準を共有でき、訪問栄養食事指導の質を担保するための確実な方法の一つである。

one on one カンファレンスの意義

- 在宅療養者の治療方針の解像度が上がる
- かかりつけ医の価値観が分かる

■ 優先順位の共有

『「居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業」居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態把握とその体制に関する研究』において、管理栄養士への他職種からの要望として、在宅の生活をよくみるようにして、病院栄養士によくある厳しい制限指導をしないでほしい明記されており、在宅患者訪問栄養食事指導・管理栄養士による居宅療養管理指導を拡げるためには、かかりつけ医に対して、生活を継続するための支援や環境調整も含めた支える医療サービスということを説明する必要があると実感している。

共通の価値基準（Common Ground）として、単にエネルギー、たんぱく質、食塩ではなく、何を優先しどこまで実施するか、何を許容するかといった価値判断を共有することが、訪問栄養食事指導の継続には重要となる。医師のみならず歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護支援専門員等の関係者、家族、本人との価値がずれないように、最初に共有することの意味は大きい。かかりつけ医が忙しい、時間が必要、制度の理解不足が原因となり one on one カンファレンス開催の障壁となる。しかし、医師との関係性が構築できれば、その後は ICT 等の利用による情報共有が有効と考えている。

栄養評価は介入毎に実施し、情報共有は訪問栄養食事指導報告書の場合は医師、居宅療養管理指導の場合は介護支援専門員へ報告書を提出することで情報共有する。下記の表 5-1 に示す通り、思考のプロセスに対する観察（確認）項目を考慮している。

表 5-1 患者・利用者へのアプローチ かかりつけ医と情報共有する栄養評価・観察項目

思考のプロセス	観察（確認）項目（19項目）
i) 相手の考えや感情を抽出する。	・望んでいる生活 ・望まぬ生活 ・不安、心配なこと ・困っていること ・大切にしていること ・生活習慣・宗教・文化 ・昔よく食べていたもの ・今食べたい物 ・いつかまた食べたい物 ・好きな食べ物や嗜好品 ・家族の想い (11項目)
ii) 栄養介入の方法に対して望ましいと思う点と望ましくないと思う点を明らかにし、情報の提供によってそのバランスを変える。	・納得できる栄養介入 ・納得出来ない(納得できても実践できない)栄養介入 ・待てる栄養評価(問題点) ・待てない栄養評価(問題点) ・希望する栄養介入 (5項目)
iii) 上記 ii) の栄養介入を優先順位づけし、達成目標を段階的に設定する。	・栄養評価(栄養に関する問題点)の抽出ならびに優先順位づけ (1項目)
iv) 望ましい行動が始まれば、それを強化する。(自己管理できるように支援)	・自己管理できる栄養介入 ・支援が必要な栄養介入 (2項目)

4. 薬剤師との連携（栄養剤・薬物療法の調整）

在宅療養者は、多剤併用者、食事摂取量や食形態の変動しやすい者、嚥下機能が低下している者、栄養補助食品・経腸栄養・サプリメントの使用頻度が高い者などの療養上の特徴が多くあり、「食べること」と「薬を使うこと」が強く影響している環境である。管理栄養士は、食事・栄養の視点から、薬の使われ方を共有・調整する役割である薬剤師と連携することによって、在宅療養の安全性・継続性・QOL に影響する⁴⁾。

1) 薬剤師の専門性^{5,6)}

薬剤師は、生活の場も含め、薬物療法を安全かつ継続可能にするために、療養者の生活習慣、服薬行動、家族・介護環境などから薬物療法を適切に把握し、関係する医療従事者等と調整する多様な役割がある。①生活環境を踏まえた薬物療法の最適化として、薬剤の保管状況、療養者の認知機能・視力・手指の巧緻性の機能、服薬を支援する家族・介護者の有無などを確認し、剤形変更、服薬支援方法、薬剤整理（配薬・一包化）を調整する。②多剤併用・ポリファーマシーへの対応として、生活状況・食事・ADL を踏まえた不要薬の抽出、副作用の早期発見、医師への減薬・整理の提案を行う。さらに③食事時間と食形態を踏まえた服薬支援の検討、嚥下機能低下時の安全な投薬方法の検討、経腸栄養・栄養補助食品との相互作用の確認も行。④副作用・効果を生活の変化（食欲低下、ふらつき、便秘・下痢、日中の傾眠）から評価を行い、医師へフィードバックする。

2) 薬剤師との具体的な連携

①剤形変更、服薬タイミングの調整、配合変化・誤嚥リスクの検討のためには、食事内容・食事摂取状況の情報提供を行う。具体的には食事量、食形態、栄養補助食品・経腸栄養の使用状況、食事時間の実際、嚥下の問題について、情報を共有する。

②薬と栄養の相互作用について相談方法は、「このような食事状況ですが、薬の面で注意点がありますか」など、「判断をせず」に気づいた点や疑問点をそのまま伝えることが望ましい。例えば、

「食事量低下時に血糖降下薬が強く効いていないか」

「ワルファリンの服用者で、最近食欲が増し、野菜の摂取量が増えた。服薬上の注意点はあるか」

「下剤・制酸薬・抗菌薬で食欲不振や下痢が続いている」

「高タンパク食や栄養補助食品が腎機能・電解質に影響しないか」

などである。

③服薬のしやすさと栄養摂取の両立を一緒に検討するためには、例えば、

「食前薬・食後薬が多く、食事回数が減っている」

「粉碎薬で食事がまずくなり食事摂取量が低下している」

「経腸栄養中の投薬方法」

を相談することで、服薬のタイミングや、剤形変更や混ぜ方の工夫、経腸栄養剤の投与中に発生する可能性のある問題や事故、フラッシュ量、配合変化の確認などの解決につながる。

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）^{7,8)}

1) 対象と活用場面

歯科医師、歯科衛生士は咀嚼そして嚥下に関わる口腔機能の専門家である。そして、全国に5万件以上の歯科医院が存在する。通所サービスを利用する高齢者の一部は、外来診療で歯科医院を受診し、施設入所や在宅療養高齢者は歯科訪問診療を受診している場合が多い。

2) 咀嚼がつなぐ歯科医師、歯科衛生士との連携

摂食機能の低下に伴い患者（利用者）は、嚥下調整食を摂取する場合が多くなる⁹⁻¹¹⁾。日本の嚥下調整食のガイドラインである“日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食学会分類 2021”には、それぞれの嚥下調整食を摂取する際の“必要な咀嚼能力”が記述されており¹²⁾、咀嚼能力の重要性が示されている。咀嚼能力は、歯や義歯の存在から形作られる咬合支持領域（どのくらい広い領域で噛む場所があるのか）と口の運動機能（舌や頬の動き、下顎の動き）から決定づけられる。これらの評価、診断は歯科医師、歯科衛生士が業務とするところであり、安全かつおいしく食事をするために必要な食形態を提案するために重要な因子となる。嚥下調整食のメリットは、かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさがないように配慮しているため、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず、嚥下しやすいために、誤嚥や窒息の予防になることは言うまでもない。一方で、嚥下調整食は、患者には嫌われる傾向にあるために、食事摂取量の低下を招く。さらには、加水して得られる物性であることが多いことから、栄養量の低下も危惧される。食思を奪わない、さらには、安全でおいしい食事の提供のために歯科医師、歯科衛生士との連携が望まれる。

3) 歯科医師、歯科衛生士との具体的な連携例

近年、歯科医院に直接雇用される管理栄養士が増加している。歯科医院での保健指導や栄養指導に活躍している。また、歯周病と糖尿病との関連が大きくクローズアップされていることからその役割は大きい。一方で、管理栄養士として栄養食事指導を行おう



としたときに、医師からの指示が必要となるために、歯科医院では困難な場合が多い。しかし、在宅療養高齢者を対象としたときには、介護保険サービス事業としてのみなし指定事業所である歯科医院に勤務している管理栄養士に対して、居宅療養管理指導の指示を主治医から得ることで、歯科医院勤務の管理栄養士が栄養食事指導を実施することができる。低栄養のほか、他の疾患に基づく病態を考慮した指示が得られれば、そこに、歯科医師からの咀嚼機能や嚥下機能の情報を加えて、管理栄養士は的確な栄養食事指導が可能となる。

6. 看護師・介護職との連携（食支援・生活支援）

看護師は、日常の療養支援において、全身状態や疾患の変化を踏まえて食事・栄養状態を継続的に観察し、安全に食べ続けられるよう支援を行っている。摂食嚥下機能の評価、誤嚥や脱水の予防、症状緩和、本人・家族の意思決定支援を行いながら、多職種との連携の要となる役割を担う。

一方、介護職は、日々の食事場面に最も近い立場で利用者を支援する専門職である。食事介助や見守りを通じて食欲や摂食状況の変化を把握し、その人らしい食生活の継続を支援する。また、食事の異変や生活機能の変化を早期に発見し、多職種へ情報共有する重要な役割を担う。在宅では、看護師が「医療的・健康管理の視点」から、介護職が「生活支援の視点」から、利用者の食生活・食支援に密接にかかわる職種として、管理栄養士とともに連携を行うことが望まれる。看護師と介護職の役割の違いを踏まえて連携のあり方を述べる。

1) 看護師との連携

① 看護師の専門性と連携上の重要な視点

看護師との連携において重要な視点として、① 栄養リスクアセスメントと、② 共有と継続的な情報の伝達と計画に参加することの2つがある。前者は、退院前からの標準化された栄養リスク評価の実施・共有が重要である。入院中に医師、看護師・管理栄養士が共通のツール（例：MNA、NRS-2002）を用いて、栄養状態や栄養関連の病態を評価し、その情報を訪問看護師や訪問介護職と共有する必要がある¹¹⁾。後者では、退院計画（Discharge Planning）に栄養目標・実施計画を含め、訪問看護師・介護支援専門員、家族らとともに、共通理解を持つことが不可欠である。多職種連携会議や退院前カンファレンスを通して、管理栄養士が栄養目標を含むケアプランを説明し、他職種へ調整することが望まれる¹³⁾。

② 看護師の実践的なアプローチと看護師との具体的な連携方法

- a. 訪問看護における栄養管理の強化：在宅では¹⁴⁾、訪問看護ステーションにおける訪問看護師が、患者個々の生活様式・希望を踏まえた栄養アセスメントと継続的なモ



モニタリングを行い、医療・介護・福祉の各職種と連携することが有効とされる。訪問看護時に体重、摂取量、嚥下機能・消化症状を定期的に評価し、その結果を多職種で共有し、状況に応じて栄養プランを見直す PDCA サイクルが有用とされる¹⁵⁾。看護師と管理栄養士と連携した訪問栄養食事指導が推奨されるため、看護師から直接管理栄養士に相談・指示できる仕組みや、定期的な多職種連携会議などを設けることが効果的とされる¹⁶⁾。

b. 多職種での連携プロトコル作成：多職種間で合意された栄養ケアパス（care pathways）が、医療機関から在宅への栄養管理の継続に効果的である¹⁴⁾とされている。これには、標準化された栄養評価・計画・フォローアップスケジュールが含まれており、看護師・管理栄養士・介護支援専門員等が役割を明確にすることが重要である。患者・家族に対して、退院前に栄養の基本知識・食事管理法・リスクサインの見方を説明し、管理栄養士と看護師が協働指導を行うことが推奨される¹³⁾。

c. ICT 技術の活用：遠隔でのモニタリングシステム、双方向のコミュニケーションツール等は、在宅看護における情報共有や多職種連携、栄養管理の効率化に有用であることから¹⁷⁾、管理栄養士と看護師とのコミュニケーションを強化するツールとして活用できる。

2) 介護職との連携

① 介護職の専門性と連携上の重要な視点

在宅における介護職は、日常の食に関する支援において、食事準備（調理、配膳等）、食事介助（姿勢の調整、摂食ペースの調整）自立支援を意識した見守り・部分介助、食後の口腔ケアや体調観察など、食事・栄養ケアの細やかな観察や対応を行い、安全に「食べること」を継続的に支援する役割がある。利用者本人だけでなく家族の状況も把握している。これらから、在宅における栄養ケアチーム内の利用者の栄養情報のハブとしての機能を持っている。医師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、介護支援専門員などの栄養ケア専門職は、介護職が把握した利用者の食事・摂取状況をタイムリーに共有することによって、在宅栄養管理の質の向上につながる。介護支援専門員は、ケアプランの見直し、訪問看護師は栄養・嚥下評価や医師への連絡、管理栄養士は、食事内容・補食の調整、医師・歯科医師は、医学的評価・治療方針の検討が可能となる。

一方で、利用者の嚥下状態にあった食事の提供や、必要摂取量の把握など栄養学的知識や判断基準に不安を生じる場合には、看護師や他の医療職からサポートが欠かせないことから、多職種連携が求められる。

② 介護職の実践的な食支援と介護職との具体的な連携方法

a. 在宅の利用者の生活環境に応じた工夫の実践： 医師、歯科医師、リハビリテーシ



ョン専門職、看護師らからの、ベッド上や車椅子での姿勢調整、家庭にある食器や自助具の活用、利用者のペースに合わせた介助、嚥下調整食（刻み食・とろみ）の適切な提供方法や、誤嚥予防のための姿勢・スピード・量の調整に関する指示を受けて、介護職は、食支援を実践する。

b. 自立支援と尊厳への配慮：食支援は「すべて介助する」ことが最善ではなく、可能な動作は利用者に任せる、食具の工夫によって自立を促す、好みや食習慣を尊重するなどの利用者の食べる意欲や自己効力感を高めることが、食事摂取量を確保できることにつながるため、介護職の食支援の関わりが重要である。

c. 介護職との連携：介護職が食・栄養面で判断に迷った際に看護師、管理栄養士に速やかに相談できるよう、日頃から管理栄養士が主体となり、連携の輪を作っておく必要がある。そのためには、定期的なカンファレンスを開催し、栄養や介護上のリスクや課題、食支援内容についてタイムリーに調整することができるようしておくことが重要である。

7. リハビリテーション専門職との連携（ADL改善・嚥下支援）

多職種連携は、各職種の専門性を理解して協働することが重要である。地域での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）との連携においても、リハビリテーション専門職が実施している地域での活動と3職種の専門性について理解することが必要である。

1) リハビリテーション専門職の専門性と地域活動

理学療法士は、基本的動作能力の回復や維持、障害の悪化の予防を目的に、運動療法、物理療法などを用いて、自立した日常生活を送れるよう支援する専門職であり、食事の際の姿勢保持への評価や介入を行う。作業療法士は、基本的動作能力、応用的動作能力、社会的適応能力を維持・改善し、「その人らしい」生活の獲得を支援する専門職であり、食事の摂取動作の獲得と自助具の作成などを行う。言語聴覚士は、聴覚、音声、言語、摂食嚥下の各機能に障害のある方に検査、訓練・指導等を行う専門職であり、摂食嚥下機能の評価に基づいて、嚥下訓練の実施、食形態の提案、誤嚥性肺炎予防の取り組みなどを行う。

超高齢社会の到来の中で、地域におけるリハビリテーションの提供の重要性が増し、通所・訪問リハビリテーション、そして通所・訪問介護等の介護保険事業所に所属するリハビリテーション専門職が急増した。生活期リハビリテーションでは、身体機能に偏らない生活機能全般を向上させるためのバランスの取れたリハビリテーションの提供が必要とされている。また、介護予防・日常生活支援総合事業へ積極的に参画し、地域づくりのために地域ケア会議にも多くのリハビリテーション専門職が参加している。高



齢者は、入院時に既にサルコペニアが疑われる場合も多く、在宅高齢者の介護予防のためにフレイル予防、サルコペニア予防、認知症予防の取り組みが重視されている。栄養障害は嚥下障害と密接に関連しており、また、サルコペニアの嚥下障害の原因として低栄養も挙げられることから、高齢者では栄養障害、嚥下障害、サルコペニアは密接な関連があり、これらの予防は重要な課題である。

2) リハビリテーション専門職と栄養

リハビリテーションと栄養状態は相互に関係している。低栄養状態は、リハビリテーションの効果、特に運動機能や摂食嚥下機能、さらには日常生活動作（ADL）の改善に大きく影響する。従って、令和4年に改正された理学療法士・作業療法士の養成施設指導ガイドラインでは、高度化する医療ニーズに対応するため栄養学等の基礎を学ぶことが、言語聴覚士も令和6年の改正で言語聴覚療法に必要な栄養学を学び、言語聴覚領域の疾患との関連を系統的に理解することが明記された。

また、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理の推進を図るために、診療報酬や介護報酬で加算が設定され、医療、介護における一体的取り組みが強化されることとなった。回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰでは管理栄養士の配置が必須となり、入院料Ⅰ以外入院料においても配置が望ましいとされている。介護サービスにおいても介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービスCでは生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムが提供される。さらに、切れ目のないサービスを提供する目的で退所時栄養情報連携加算や再入所時栄養連携加算などが新設された。

通所、訪問によってリハビリテーションを提供している利用者・障害者は、低栄養の状態に陥りやすい。また、地域における高齢者のための予防事業を実施しているリハビリテーション専門職は、栄養状態に問題を抱えている高齢者の存在に気づくことが多い。その際に、体重減少（3か月で5%以上の減少）やBMI（20kg/m²未満）を目安にして低栄養状態が疑われた場合は、医師や管理栄養士に相談する。

3) リハビリテーション専門職との連携による栄養・食支援

医療機関から在宅へ円滑に移行するためには、医療機関における連携と介護サービス提供機関への情報提供と地域における連携体制構築と情報共有が必要である。

① 医療機関における連携と介護サービスへの情報提供

医療機関においてリハビリテーションを提供している入院患者の栄養状態の評価と栄養食事指導は、管理栄養士が関与しているが、退院後の栄養状態の管理は不十分な場合が多い。家族、介護支援専門員、通所・訪問事業所のリハビリテーション専門職への医療機関からの情報提供は重要である。特に摂食嚥下障害がある場合は、嚥下調整食等



で十分な栄養を確保できているかの評価は重要である。リハビリテーション専門職は、退院前の担当リハビリテーション専門職と管理栄養士が情報交換を行い、地域の管理栄養士と常時相談できる体制を構築する必要がある。

② 地域における連携体制構築と情報共有

地域在住の障害者、高齢者の在宅生活を支えるために、地域の栄養ケア・ステーションとリハビリテーション専門職が在籍する病院・診療所、介護保険事業所との日常的連携体制の構築が重要である。

8. 医療ソーシャルワーカーとの連携（社会資源・制度支援）

在宅医療では、患者・家族の生活の場で医療と介護が提供されるため、栄養支援においても医療的視点だけでなく、生活背景や社会資源を踏まえた対応が求められる。医療ソーシャルワーカー（MSW）と管理栄養士の連携は、こうした在宅療養を継続可能にする上で重要な役割を担う。

管理栄養士は、栄養状態の評価や食事内容・食形態の調整、嗜好や生活リズムを考慮した栄養ケア計画を立案する。一方、MSW は、経済的問題や介護力、家族関係などの心理社会的課題を把握し、医療保険・介護保険や社会資源の活用を調整する。

両者が連携することで、栄養ケア計画の実現可能性を高め、無理のない支援につなげることができる。特に退院支援や在宅移行時、終末期における栄養方針の検討では、早期から情報を共有し、本人・家族の価値観を尊重した意思決定支援を行うことが重要である。

MSW と管理栄養士が互いの専門性を理解し、定期的に情報交換を行うことで、患者がその人らしく在宅で生活を続けられる支援が可能となる。

MSW と連携する場面例を①～④について示す。

1) 退院支援・在宅移行時

- ・ 在宅で調理・食事介助が可能か
- ・ 配食・訪問サービス導入の調整

退院前カンファレンス、退院前在宅訪問で検討する。

2) 経済的課題がある場面

- ・ 食事や栄養補助食品、経管栄養剤等の費用負担
- ・ 医療保険・介護保険・公費の活用

管理栄養士が食事や栄養補給内容、MSW が制度面を支援する。

9. 介護支援専門員との連携（ケアプランへの反映）



介護支援専門員は、ケアプランを通じてサービス全体を調整・統括する役割がある。在宅での独居高齢者や認知症高齢者は、食事摂取量や内容の把握が困難であり、体重減少や食事摂取量低下があっても見逃されやすく、こうした高齢者の低栄養に関する医療介入が遅れる傾向にあることから栄養問題が潜在化されている。また、管理栄養士が上記のような対象者に対して直接在宅介入をする機会は十分とは言えないことから、生活全般をマネジメントする介護支援専門員を介した連携が不可欠である。

1) 介護支援専門員の専門性

介護支援専門員は、利用者や家族の生活課題の把握、ケアプランの作成、サービス担当者会議の開催、多職種連携の調整・情報共有である。栄養ケアに関しても生活支援の一部として具体化する役割がある。介護支援専門員との連携における重要な視点は、栄養課題を「ケアプラン上の生活課題」として位置づけることが重要である。介護支援専門員が栄養リスクを理解し、ケアプランに明示することで、管理栄養士による訪問、訪問看護や訪問介護による支援が具体化しやすくなる。これらによって低栄養リスクの早期発見につながり、食事摂取量の改善や、利用者・家族介護者の安心感の向上につながる。

2) 介護支援専門員と具体的な連携

介護支援専門員からの利用者の生活状況（経済状況、家族介護力、調理・介助の実際等）の情報や、サービスの利用実態などの状況を踏まえて、管理栄養士は栄養に関する専門的評価や実行可能な栄養改善案を具体的に提示することが重要である。そのプロセスとして、①退院時・在宅でのケア導入時には、退院時カンファレンスやサービス担当者会議において、栄養評価の結果、食形態・注意点、栄養目標を管理栄養士から介護支援専門員へ共有することで、在宅移行後の支援が円滑になる。②ケアプランへの栄養項目の反映には、「低栄養予防」「安全な摂食の確保」などをケアプランに明示し、訪問介護・看護の具体的支援内容に落とし込む。③定期的なモニタリングと見直しとして、管理栄養士の評価結果をもとに、介護支援専門員がケアプランを定期的に見直すことで、栄養状態の変化に応じた柔軟な対応が可能となる。

10. 情報共有の手段（ICT・カンファレンス・連絡帳等）

1) 共有すべき情報の整理

在宅医療における医療と介護の連携を機能させる鍵は「情報共有」である。いくら専門職が揃っても、情報が共有されていなければ連携は形だけとなる。情報の流れを整理し、正確かつ効率的に共有する仕組みを整える必要がある。情報は「誰に」「何を」「どのタイミングで」伝えるかが重要である。

2) 情報共有の手段

在宅医療では、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリ職・管理栄養士・介護職・医療ソーシャルワーカーなど多職種が関わるため、適切な情報共有が不可欠である。情報共有の手段は、患者の状態や緊急性、関与職種に応じて使い分けることが重要である。

① 共通の連絡帳による共有

訪問看護記録、ケア記録、指示書、患者宅に設置する連絡ノートなどが代表的であり、情報の確実性と継続性が保たれる利点がある。家族も内容を確認できる点の特徴である。

② ICT を活用した共有

電子カルテや地域医療連携システム、連携アプリ、メールやチャットツールを用いることで、迅速な情報伝達や経過の一元管理が可能となる。写真や数値データの共有にも有効である。この方法は、訪問看護記録や栄養評価表などを即時に共有でき、業務効率が大幅に向上するメリットがある。ただし、ICTを導入しても入力や確認のルールが曖昧だと情報が埋もれてしまうため、「誰が・どの頻度で・何を記録するか」を明確にすることも重要である。

③ カンファレンスによる共有

口頭での情報共有であり、対面・オンラインでのカンファレンス、サービス担当者会議は、緊急時対応や細かなニュアンスの共有、意思決定支援に欠かせない方法である。

これらの手段を組み合わせ、連絡ルールや緊急時の対応フローを明確にすることが、切れ目のない在宅医療の提供につながる。

3) 顔の見える関係づくり

「顔の見える関係性」とは、医療・介護の関係者が、お互いの専門性や人となりを理解して、気軽に連絡を取り合えるような良好な関係を築くことである。

たとえば、定例の合同カンファレンスや地域連携会議、研修会などを医療・介護関係者が集まる機会を設け、顔合わせや情報交換などを行うことにより、「この人に相談すればすぐ対応してくれる」「この人に聞けば早い」といった安心感が生まれ、連携がスムーズになる。情報共有の基本は、信頼関係である。

11. 連携を阻害する要因と改善の工夫

在宅医療における栄養支援は、多職種・多施設の連携により効果を発揮する。一方で、連携が十分に機能しない場合には、管理栄養士の介入が遅れる、あるいは導入されないといった課題が生じることがある。本節では、在宅医療の現場において想定される連携上の課題を整理するとともに、実務上有効と考えられる改善の工夫について示す。

1) 連携を阻害する主な要因

第一に、訪問栄養食事指導の制度および管理栄養士の役割に対する理解不足が挙げられる。訪問栄養食事指導の内容や効果、算定要件、管理栄養士の役割の周知不足によって、医師や介護支援専門員等からの理解が十分でない場合、管理栄養士の介入が検討されず、医師の指示書が発行されないことがある。また、管理栄養士の役割が「食事制限を行う職種」あるいは「看護職で代替可能な支援」と捉えられることがあり、終末期や重度事例における管理栄養士の関与が十分に認識されていない可能性もある。

第二に、低栄養や摂食嚥下障害が進行してから支援が検討されるケースである。このようなケースでは、医師、看護師、管理栄養士などの間で、十分な関係構築や段階的な栄養支援が困難となりやすく、支援効果が限定的となる可能性がある。

第三に、制度および運用上の制約が連携を妨げる要因となる。訪問栄養食事指導は医師の指示書を必要とする制度であり、契約手続きや保険請求などの事務的負担を伴う。また、契約手続きや保険請求の負担、報酬水準が実務量に見合わない点が、継続的な実施を困難にする場合がある。

第四に、利用者・家族側の心理的要因も、訪問栄養食事指導の導入や継続に影響を及ぼすことが考えられる。例えば、自宅訪問に対するプライバシー意識や、「栄養指導＝制限される」という先入観が、サービスの導入や継続が難しくすることがある。

2) 連携促進に向けた改善の工夫

連携を促進するためには、管理栄養士の関与による効果を多職種間で共有することが有効である。体重や摂取量の改善、経口摂取の維持・回復、家族介護負担の軽減等を具体的に示すことで、他職種の理解が得られやすくなる。

また、入院中から管理栄養士が継続して関与することで、患者・家族や多職種との情報共有が進み、退院後の訪問栄養食事指導の導入につながりやすくなる。介護支援専門員等が栄養リスクを把握し、連携の契機とすることも重要である。

さらに、患者・家族の生活背景や価値観を尊重し、「指導」ではなく「支援・協働」の姿勢で関わる伴走型支援は、サービスの受け入れと継続を促進する。段階的な目標設定や、家庭で実行可能な具体的提案が求められる。

加えて、定期的な多職種カンファレンス、共通書式の活用、ICTを用いた情報共有等

により、職種間の意思疎通を円滑にすることが、連携の質の向上につながる。

3) まとめ

在宅医療における栄養支援の連携を阻害する要因としては、制度・手続き上の制約に加え、役割理解の不足、介入時期の遅れ、運用上の課題、関係性の問題が考えられる。一方で、成果の可視化、早期介入、伴走型支援、情報共有の工夫により、連携はより実効性のあるものとなる。本節で示した内容は、第5章各節で述べた多職種連携を实践する上での共通の留意点を整理したものである。

引用文献

- 1) 令和6年度～令和7年度 厚生労働省科学研究費補助金（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 中間まとめ（令和8年度2月10日閲覧）
- 2) 第5回在宅医療および医療・介護連携に関するワーキンググループ（令和8年度2月10日閲覧）
- 3) 日本健康・栄養システム学会. 平成24年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）「居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業」居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理層の実態把握とその体制に関する研究 概要版 [<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2022/04/h24-rouken-houkousyo-gaiyou.pdf>]
- 4) 川出義浩. (2015). 地域包括ケアシステムにおける在宅栄養管理と薬剤師の役割について. 静脈経腸栄養学会雑誌, 30(3), 771-774.
- 5) 岩崎麻里, 鶴飼恵理子, 小口淳美, 前川和廣, & 松村達 (2018). 保険薬局における薬剤師と管理栄養士の連携に関わる事例報告. 日本医療マネジメント学会誌, 19(2), 69-73.
- 6) 孫尚孝 & 三橋清治. (2021). 地域包括ケアシステムにおける栄養薬学の重要性について. *Journal of JPH Education*, 5, 2021-011.
- 7) 菊谷武編著 歯科が活躍するミールラウンド&カンファレンス ―高齢者の「噛めない」「食べない」に訪問診療で取り組むためのガイドブッカー 医歯薬出版 2019年9月
- 8) 一般社団法人日本老年歯科医学会 『歯科医師と管理栄養士が一緒に仕事をするために』学会の立場表明 平成30年4月2日 guideline_20180402.pdf
- 9) Ortega O, Martin A, Clavé P. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. *J Am Med Dir Assoc* 2017; 1:

- 576–582.
- 10) Wright L, Cotter D, Hickson M, Frost G. Comparison of energy and protein intakes of older people consuming a texture modified diet with a normal hospital diet. *J Hum Nutr Diet* 2005; 18: 213–219.
 - 11) Shimizu A, Maeda K, Tanaka K, Ogawa M, Kayashita J. Texture-modified diets are associated with decreased muscle mass in older adults admitted to a rehabilitation ward. *Geriatr Gerontol Int*. 2018 May;18(5):698-704.
 - 12) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食委員会. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類 2021. (2021). 日摂食嚥下リハ会誌 25 (2) : 135–149. <https://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/doc/classification2021-manual.pdf?2025-0221>
 - 13) Holst, M., Rasmussen, H. H., & Laursen, B. S. (2014). Nutrition therapy in the transition between hospital and home: An investigation of barriers. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2014, Article 463751. (令和 8 年 2 月 7 日閲覧)
 - 14) 茨木あづさ. (2019).訪問看護ステーションにおける在宅 NST. 日本静脈経腸栄養学会雑誌, 34(4), 255–262.
 - 15) Keller H, Donnelly R, Laur C, Goharian L, Nasser R.(2022) . Consensus-based nutrition care pathways for hospital-to-community transitions and older adults in primary and community care. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. Jan;46(1):141-152. (令和 8 年 2 月 7 日閲覧)
 - 16) 田中弥生, & 佐藤直子. (2018).在宅療養者の栄養管理における看護職と管理栄養士の連携の現状と課題. 日本地域看護学会誌, 21(2), 45–53.
 - 17) 丸山純子, 大島由美, 栗本一美. (2021). 在宅看護における遠隔医療の有効性と課題に関する文献検討. 新見公立大学紀要. 42 (2), 77-86, 12-25.

参考文献

- 1) 清水恵, 河田萌生, 大橋由基, 原田祐輔, 鈴木優喜子, 久篠奈苗, 下田信明, 尾崎章子. (2021). 在宅療養および施設入居者要介護高齢者への栄養士の個別訪問を含む他職種による栄養サポートの効果 システマティックレビューとメタアナリシス. 日本在宅ケア学会誌. 24 (2), 42-51.
- 2) 東本恭幸, 長谷川拓也, 渡辺智之, & 岡田明子. (2020). 居宅患者の栄養管理向上に向けた管理栄養士と介護支援専門員との連携に関する研究. 千葉県立保健医療大学紀要. 11(1), 1–61.
- 3) 辻川敬裕, 椋代茂之, 平野滋. (2025). 嚥下障害と栄養管理・免疫栄養学. 京府医



大誌. 134 (6), 349—356.

4) 若林秀隆. (2022). 高齢者のサルコペニアと嚥下障害. 総合リハ. 50 (8), 923—929.

5) 長野文彦. (2025). リハ・栄養・口腔の三位一体と理学療法士のかかわり. 日本栄養・嚥下理学療法学会雑誌. 2 (1), 24—30.

6) 飯島勝矢. (2025). リハビリテーション栄養とフレイル予防. リハビリテーション栄養. 9 (2), 158—165.

7) 若林秀隆. (2025). GLIM 基準に基づくリハ栄養. 日本在宅栄養管理学会誌. 12 (2), 164—170.

8) 依祐一、藤島一郎. (2025). 栄養管理と摂食嚥下リハビリテーション. PT ジャーナル. 59 (11), 1307—1313.

9) 坂田理恵子、稲葉沙枝、今西祐子、大西環、柴本勇. (2025). 言語聴覚療法を実施した急性期患者の栄養評価. 総合リハ. 53 (11), 1157—1164.

10) 厚生労働省. (2024). 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版. 厚生労働省.

11) 小枝美由紀, & 大野かおり. (2022). 在宅ケアにおける医療・介護職連携の概念分析. 日本在宅ケア学会誌. 25(2), 134—142.

12) 厚生労働省. 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4.

https://www.mhlw.go.jp/content/0014_68173.pdf (アクセス日: 2026年2月4日)

13) 志田淳子, 他. 退院支援における在宅の視点のある病棟看護と多職種連携能力との関連. 日本在宅医療連合学会誌. 2024; 5(1): 9—17.

14) 清野富久江, 杉山みち子. 栄養ケア・マネジメントの進展—医療, 介護, 障害福祉サービス制度における展開. 保健医療科学. 2025; 74(1): 43—52.

15) 日本老年医学会, 日本在宅医学会, 国立長寿医療研究センター. 高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン 2019.

16) 日本老年医学会, 日本在宅医学会, 国立長寿医療研究センター. 高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン 2019.

<https://www.jahcm.org/assets/images/pdf/20191125guidelines.pdf> (アクセス日: 2026年2月4日)

第6章 医療機関から在宅への移行支援の実際

要旨

医療機関から在宅への移行支援は、患者が地域で生活を継続するための重要な過程であり、退院支援と在宅支援をつなぐ多職種連携が不可欠である。入院早期から栄養状態や摂食嚥下機能、生活環境、家族支援体制等を評価し、退院後の生活を見据えた栄養・食事支援計画を立案することが求められる。管理栄養士は、退院前カンファレンスやICTを活用した情報共有により、かかりつけ医、訪問看護師、介護支援専門員、歯科専門職等との連携を図り、訪問栄養食事指導や配食や買い物支援等の地域資源を活用した継続的支援体制を構築することが重要である。本章では、実際の事例を通じて、慢性疾患、嚥下障害、がん治療後など多様な病態に対応した栄養管理と多職種連携の実際を示し、医療から在宅への円滑な移行を支える実践のポイントを整理した。

1. 移行プロセスと退院支援の役割

医療機関から在宅への移行プロセスは、患者が地域で安全かつ自立した生活を再開するための重要な支援であり、その中心には多職種による退院支援がある。入院早期から、身体機能や認知機能、家族の支援体制、住環境に加えて、栄養状態や食事摂取状況のアセスメントが行われる。特に高齢者や慢性疾患患者では、低栄養や嚥下機能の低下が在宅生活の継続に大きく影響するため、栄養支援は退院支援の中でも重要な位置を占める。

退院支援では、医師、看護師、リハビリ専門職、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーなどが協働し、退院後の生活を見据えた支援計画を立案する。栄養面では、既往に応じた必要なエネルギー量やたんぱく質量の設定、食形態の調整、嚥下訓練の継続、食事介助の方法などを明確にし、患者・家族が在宅で無理のない食事療養が実践できるよう指導する。また、訪問栄養食事指導や配食サービスの活用、食事用自助具の導入、キッチン環境の調整など、在宅での食事を支える具体的な支援も検討される。

退院前カンファレンスでは、かかりつけ医、訪問看護師や介護支援専門員、訪問に関わる管理栄養士など、在宅側の支援者と情報共有し、栄養管理の方針や食事の注意点を共有することで、退院後の支援が途切れない体制を整える。退院後も継続的なフォローアップを行い、食事摂取量の変化、体重や筋肉量の推移、嚥下状態の変化などを確認し、必要に応じて支援内容を調整することが、再入院の予防や生活の質の維持につながる。

一方で、栄養・食事支援にはいくつかの課題も存在する。まず、在宅では医療施設のような手厚い管理が難しく、家族の負担が大きくなりやすい。糖尿病や高血圧等の生活習慣病の既往の管理に加え、特に嚥下障害がある場合、食事形態の調整や誤嚥予防のための介助には高度な知識が必要であり、特に高齢者夫婦等の場合は家族が不安を抱えることが多い。また、独居高齢者では食事の準備そのものが困難で、低栄養に陥りやすいという問題もある。さらに、地域によっては、訪問栄養食事指導や配食サービスの提供



体制が十分でない場合があり、食料店舗が遠い等の環境的な問題がある場合もあり、支援の質にばらつきが生じることも課題である。

医療機関から在宅への移行は、医療・介護・栄養の視点を統合した継続的なプロセスであり、栄養支援は患者の生活の質を維持し、再入院を防ぐための重要な役割を担っている。同時に、家族支援や地域資源の整備など、課題への対応も求められている。

2. 情報連携・初回訪問の流れ（社会医療法人財団慈泉会 相澤病院において）

松本医療圏の高齢化率は 29.1%、人口推移はすでに人口ピークを迎えており、ゆるやかに人口減少していくタイプで、日本の高齢化率、人口推移と類似している。当院において、当院管理栄養士が、居宅療養管理指導を行うためには、当院院内資格である【相澤居宅療養支援管理栄養士】の取得を必須条件としている。また、【相澤居宅療養支援管理栄養士】の更新要件には、院内職員・地域の医療介護福祉従事者を対象に居宅における栄養ケアに関する内容について、それぞれ 1 回以上研修会を開催する、と定めており、定期的な啓発活動を進めている。多職種との連携状況としては、院内においては、比較的情報共有しやすい状況である。例えば栄養サポートチームやリハビリテーション・栄養・口腔連携体制などのチーム医療がその役割を担っている。

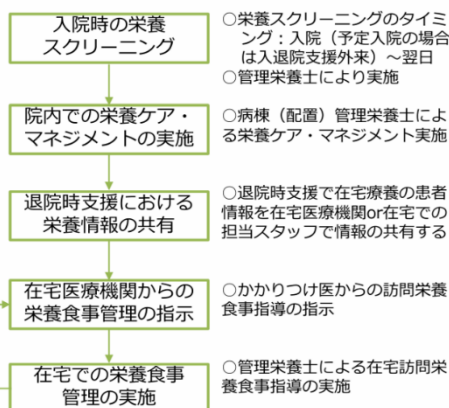
院外においては、具体例として歯科クリニックと定期的な研修会で情報共有しやすい環境にあり、ICT を利用することで速やかな情報共有が可能となっている。

居宅療養管理指導を実施する上で、課題となっているところは、かかりつけ医との契約が一つ考えられる。当院では在宅医療機関の主治医から栄養食事管理の指示を頂く際には、必ず当該クリニックへ管理栄養士が訪問しカンファレンス、療養生活を行う上での注意点を情報共有している。訪問する時には、介護支援専門員と主治医が当該指導を在宅療養者が希望していることについて情報共有している。

入院時から在宅での栄養食事管理に至る流れの中で、管理栄養士が関わるタイミングとしては、予定入院であれば、入退院支援（外来）がある。緊急入院であれば、可能な限り速やかな介入が重要と考えている。同タイミングにて退院支援看護師等、関係職種との栄養情報の共有も重要である。居宅療養管理指導を実施した在宅療養者 83 名を対象とし、摂食嚥下が困難な患者とそれ以外の患者で比較したところ、生活背景として、同居家族がいる世帯にも、退院後の介護負担や不安を考慮して積極的に関わる必要があること、当院が対象とする地域は認知症を持つ高齢者が全国平均よりも多く見られたことから、栄養スクリーニングの際、その有無を早期に確認すべきと考えている（図 6-1）。

- 入院患者の平均年齢は80歳と高齢者が多い。入院患者のうち、摂食・嚥下が困難な患者は約60%、認知症を有する患者は30%であり、世帯構成も約半数が「単独世帯」、「夫婦のみの世帯」となっていた。
- 摂食・嚥下が困難な患者は、それ以外の患者と比較し、BMIや血清アルブミン値が低く、早期かつ継続的に栄養介入する必要がある。

在宅医療における栄養食事管理の実施 (入院時からの支援の流れ)

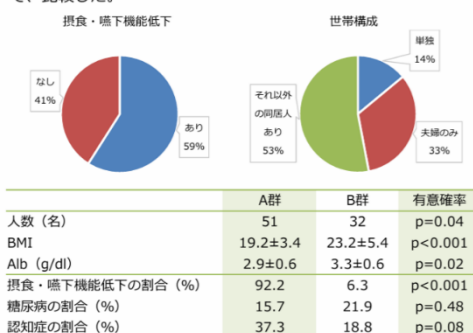


【対象者】

2015年1月～2017年2月の間に、当院に入院した患者のうち、退院後、居宅療養管理指導した在宅療養者 83名（80±9歳）

【方法】

入院時の栄養スクリーニングの結果を摂食・嚥下が困難な患者：51名をA群（栄養介入あり群）、それ以外の患者：32名をB群（栄養介入なし群）とし、栄養介入以前の栄養状態等について、比較した。



参照：厚生労働省、第5回在宅医療および医療・介護連携に関するワーキンググループ、<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000969935.pdf> (2026.3.3)

第17回日本健康・栄養システム学会大会にて発表

図 6-1 入院時から在宅での栄養食事管理に至る流れとその対象者の把握について

3. 事例 1：急性期病院から在宅への円滑な移行

訪問栄養食事指導 10 年間の実績を振り返ると脳卒中（食形態継続困難）、心不全（呼吸苦等の症状にて食べられず低栄養）治療中の自宅療養者が全体の 6 割近くを占めている。

88 歳女性

- 洞不全症候群に対し永久ペースメーカー植え込み術後、慢性心不全で治療中。心不全増悪による入退院を繰り返している。
- 食事をしている様子の確認、食事についての支援。体重増加（水分貯留）等に対する栄養相談を目的とした在宅管理の必要性を認め訪問栄養食事指導の依頼。
- かかりつけ医との Common Ground：減塩食継続にて再入院させず在宅生活を継続

既往歴）うっ血性心不全 洞不全症候群 慢性腎不全

内服薬）トルバプタン アゾセミド ビソプロロール トリクロルメチアジド

生活歴）A D L：食事、排泄、移動見守り、家族歴：配偶者と二人暮らし

身長:175cm 体重:64.3kg BMI:21.0 kg/m²

- 訪問栄養食事指導介入時には、退院後の体重は 7kg 増加（1 カ月）。本人は減塩を意識しているものの、食塩量が多い食品を好み 1 日の食塩摂取量は 15～20g 程度。

果汁飲料などを好み飲水量は 1500mL/日。

- 対策：簡単に準備できる減塩レシピ紹介し、家人へ調理方法について実演。
- 飲水減量方法：グラスの変更、購入する飲料のサイズ変更について家人へ協力依頼。
- 訪問看護師との連携：管理栄養士から提案した対策について情報共有し、訪問時に実施状況を確認。状況をフィードバック。現実的な対策となるように連携。

4. 事例 2：療養病床から在宅移行における課題と対応

介護・介助がどこまで必要になるかで家族の受け入れ（自宅退院）を左右しており、課題となっている印象。退院時栄養食事指導実施時に「やってみないと分からない」などの言葉がでる場合は退院後の生活に不安を抱えている可能性もある。精神科治療が必要な方の場合、理解範囲の評価が必要。金銭面の配慮も必要となる可能性も低くない。

78 歳女性

- 左下顎歯肉癌にて左下顎歯肉癌切除、リンパ節郭清施行。3 年後肺炎治療にて入院。
- 退院後は定期通院治療していたが徐々に歩行機能低下。
- 経腸栄養投与から経口摂取移行も目指したりハビリ目的にて入院となる。

既往歴）腸閉塞（腸瘻造設） 左下顎歯肉癌術後 胃癌 誤嚥性肺炎

生活歴）自宅にて配偶者同居、食事：腸瘻から栄養剤投与、イノラス 2-2-0 パック、白湯 300mLx3、嘔吐歴あり 流量 60mL/時間

- 脱水の徴候を認め、水分投与量増加。
- 言語聴覚士介入のもと、間接嚥下訓練から開始。嚥下訓練食品 0t を摂取。嚥下調整食 2-1 を目指してリハビリ継続。
- 歯科衛生士より：自宅退院後も継続的な嚥下訓練が必要な方。下顎歯肉癌術後でもあり、歯科衛生士による居宅療養管理指導も必要と考える。
- 配偶者（夫）への食形態を配慮した調理が必要であり、自宅退院受け入れを考慮した調理支援目的にて訪問栄養食事指導に繋げる。
- かかりつけ医、歯科医師、歯科衛生士、訪問言語聴覚士、管理栄養士の情報共有には、場所と時間の共有が鍵となる。

5. 事例 3：歯科・栄養連携を伴う在宅復帰支援

現在も当院で治療継続中の方、50 代で ADL 自立であるが、化学療法時の有害事象多数で化学療法を中止しても、口腔粘膜炎がなかなか改善なく、定期的に歯科口腔外科でもフォロー中である（歯科医師から、おそらく肝細胞癌による肝機能低下が粘膜の修復

を妨げていると)。もしもこの方が、終末期になり通院できなくなったら在宅でどのように歯科が介入できるか。

58 歳男性

- 2024 年 7 月健診で ALT114,GGT374,便潜血陽性、腹部超音波検査で脂肪肝や肝内低エコー腫瘤複数あり増大傾向、最大は右葉 62cm
- 同月当院紹介受診
- 超音波検査：肝硬変、脂肪肝、S5/6 53mm,S3 15mm は肝細胞癌疑い
- 造影 CT：S6 58mm HCC,娘結節を多数伴う。S2/3 も肝細胞癌。他にも早期濃染する小結節散在
- EOBR（肝臓専用の MRI）：両葉に 10 個以上の多発肝内転移
- 上部消化管内視鏡検査：食道静脈瘤は認めず
- 同年 9 月化学療法治療開始 Atezo+Bev(アテゾリズマブ+ベバシズマブ)分子標的薬→肝障害 ALT256 Grade2-3 中止
- 同年 10 月 LEN（レンバチニブ）分子標的薬→倦怠感 Grade2 中止
- 2025 年 2 月 Dur（デュルバルマブ）免疫療法薬→口内炎悪化 中止

既往歴）HCV（治療中断）多発 肝細胞癌 C 型肝硬変+アルコール 直腸腺腫 10mm 肩関節周囲炎・拘縮肩

内服薬）リーバクト ルネスタ ロゼレム カロナール ノベルジン 咳嗽用レバミピド

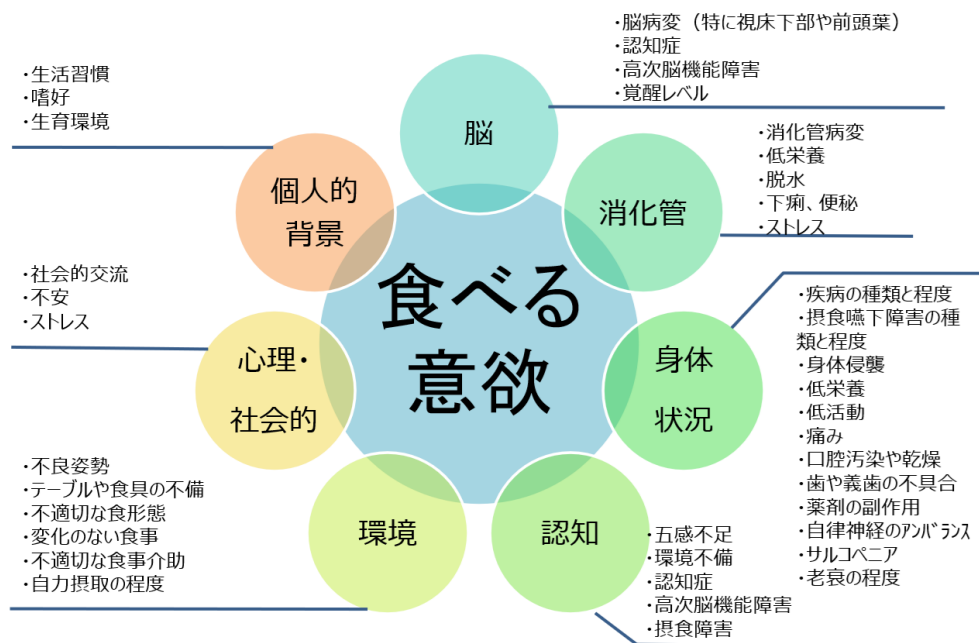
生活歴）飲酒ビール 1,050cc 毎日→禁酒 喫煙 20 本→禁煙、職業：立ち仕事

家族歴）妻・息子と 3 人暮らし

身長:168cm 体重:55.3kg BMI:19.6 kg/m²

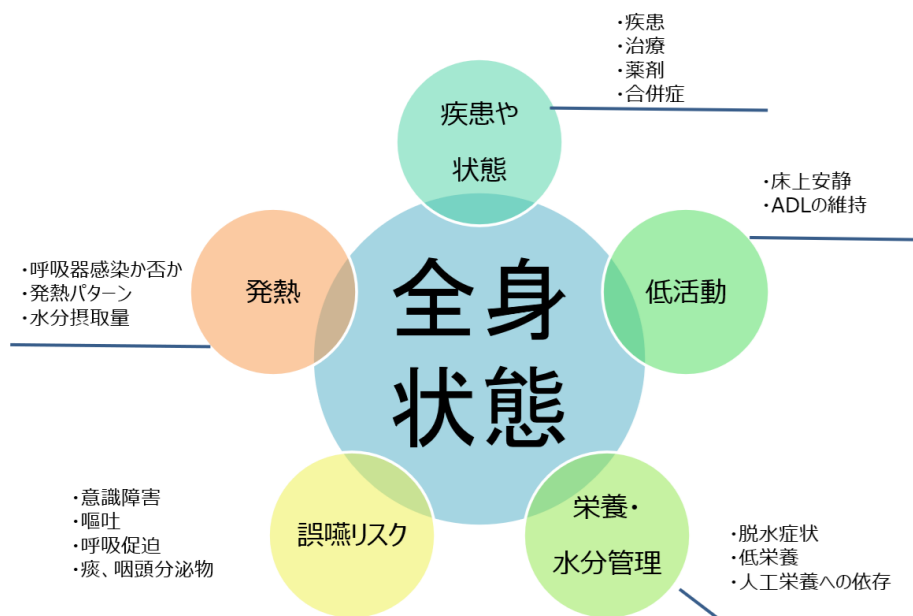
- GLIM criteria では低栄養非該当となるも、口内炎改善認めず食欲低下。1 年で 10kg の体重減少。口腔内の痛みが持続しており、食形態（嚥下調整食分類非該当）を調整して提供。
- ストループテスト（顕性肝性脳症への進行予測テスト）結果：異常あり→認知機能低下による窒息リスクについて早期予測。たんぱく不耐症へ移行した時のたんぱく質摂取量の調整を可能とする。
- 歯科衛生士からの情報提供：がん治療、口内炎に対しては、諦めに近い思いがあるが表出できず、心理的支援が必要。摂食嚥下障害に精通した歯科医師や歯科衛生士、言語聴覚士などに繋げて在宅復帰（生活継続）を支援する必要あり。
- かかりつけ歯科医師に問い合わせし困難にて近隣歯科医師会事務局へ問い合わせ。終末期にて通院できなくなる前に在宅支援体制を調整。

歯科衛生士との連携に必要と考える判断基準の一例を図 6-2～6-4 に示す。



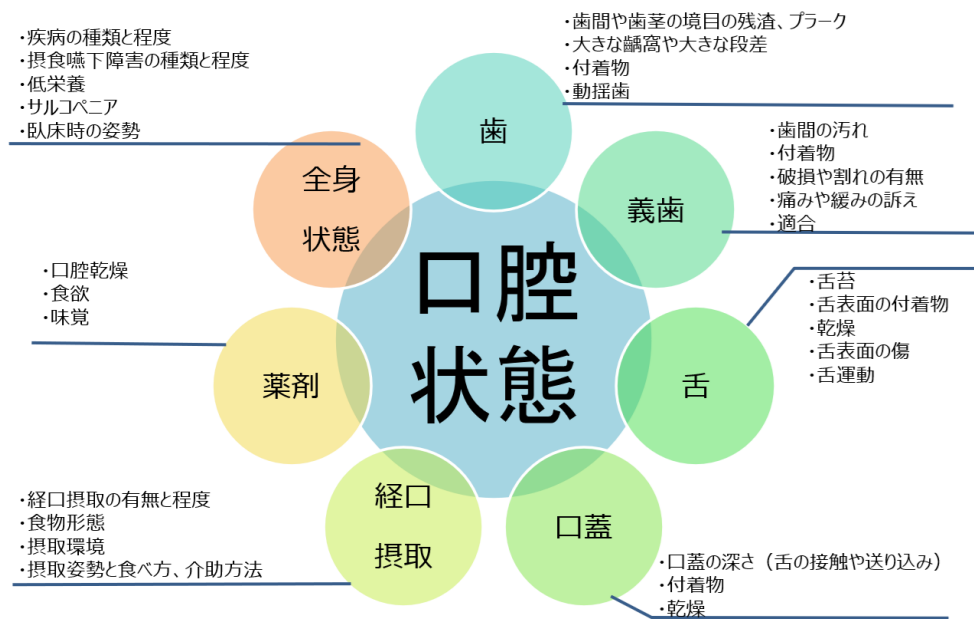
参照: KT/ バランスチャート エッセンスノートより

図 6-2 観察・アセスメントのポイント例 1



参照: KT/ バランスチャート エッセンスノートより

図 6-3 観察・アセスメントのポイント例 2



参照: KT/バランスチャート エッセンスノートより

図 6-4 観察・アセスメントのポイント例 3

第7章 在宅定着期の多職種連携事例集

要旨

在宅療養者に対する在宅患者訪問栄養食事指導料あるいは管理栄養士による居宅療養管理指導の実践として、多職種連携に主眼を置き、「回復モデル」、「生活機能統合モデル」、「生活再構築モデル」、「人生支援モデル」の4事例を報告する。事例1では、嚥下障害高齢者への段階的な食形態の調整により栄養状態と生活の質（QOL）が向上し、多職種連携の有効性が示された。事例2の胃瘻造設後の症例では、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理を一体的に行うことで安全な経口摂取再開が可能となり、在宅生活の安定化に寄与した。事例3の独居の低栄養の患者への生活支援型介入では、行動変容を軸とした支援により体重増加と生活機能の改善が得られた。事例4の終末期の筋萎縮性側索硬化症（ALS）症例では、「食べたい」という本人の希望を尊重した支援により人生の質を高める成果が示された。在宅における栄養支援は、患者あるいは要介護者の栄養改善にとどまらず、生活機能回復と尊厳ある在宅療養を支える重要な役割を担うことが明らかとなった。

1. 好事例1 「回復モデル」

I 病院（岡山県・在宅療養支援病院）

訪問栄養食事指導と訪問看護の協働 ―嚥下障害高齢者に対する在宅定着支援―

【アウトカムのポイント】

- ①栄養状態の改善：体重の安定、血清アルブミン値の改善、低栄養リスク軽減
- ②生活の質（QOL）の向上：食事量の増加による活動性の向上、日中の覚醒時間の延長
- ③精神面の安定：食事への不安や拒否感減少、表情や発言に明るさ
- ④多職種連携の強化：医師・訪問看護師・管理栄養士間の情報共有の円滑化
- ⑤施設スタッフの意識変容：食形態調整の重要性や段階的支援方法の共有

1) 事例の概要（患者像・生活背景）

対象は80歳代後半の女性。慢性呼吸不全、慢性心不全、精神疾患を併発していた。有料老人ホームに居住し、施設から食事提供を受けていたが、長期間にわたりペースト食中心の食生活が続いていたため、「食事がおいしくない」「食べることがつらい」と強い不満を訴えていた。義歯は無く歯肉で咀嚼されており、栄養状態の低下と食事満足度の低下が認められた。食生活の立て直しと段階的な食形態改善が支援目標として設定された。

2) 介入に至る経緯

訪問看護師より「低栄養傾向があり、食事への意欲が低下している」「食べてはいるが、生活の質が著しく低下している」との相談が管理栄養士に寄せられ、主治医の指示のもと訪問栄養食事指導が開始された。介入に際しては、介護支援専門員を含めた情報共有を行い、在宅療養における栄養支援の位置づけを多職種で共有した。

3) 多職種連携の体制

本事例では、訪問診療医、訪問看護師、管理栄養士、介護支援専門員を中心とした連携体制が構築された。訪問看護師は日常的な観察を通して摂食状況や体調変化を把握し、管理栄養士へ情報提供を行った。管理栄養士は訪問時の評価結果を主治医に報告し、医師の判断のもとで食形態調整が段階的に進められた。

4) 栄養ケアおよび支援内容

管理栄養士は嗜好調査、食事場面の直接観察、摂食動作の確認を行い、食べにくさや苦痛の要因を整理した。その上で、

- ①嗜好に配慮した献立調整
- ②提供量・提供方法の見直し
- ③嚥下体操、口腔・発声訓練、簡単な運動の導入
- ④音楽や動画を活用した動機づけ支援

を組み合わせて継続的に介入した。支援は一度に大きく変更せず、摂食状況を確認しながら、ペースト食 → 刻み食 → 軟菜食 → 常食へと約 1 年半かけて段階的に移行した。

5) 成果・アウトカム

段階的な支援の結果、常食の摂取が可能となり、食事満足度は大きく向上した。「食事が楽しみになった」「食べることが苦痛でなくなった」との発言が聞かれるようになり、食事の時間が生活の中で前向きな意味を持つようになった。

現在も介入を継続しており、在宅における食生活の安定と生活の質の維持が図られている。

2. 好事例 2 「生活機能統合モデル」

S 病院（京都府・在宅療養支援病院）

－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－

【アウトカムのポイント】

- ①経口摂取の再開：胃瘻造設後でも安全に経口摂取へ移行

- 
- ②栄養状態の改善：体重増加、栄養状態の安定
 - ③生活機能の向上：姿勢保持や動作能力の改善、食事の自立度向上
 - ④家族の負担軽減：無理のない調理方法の導入、在宅での栄養食事支援の継続
 - ⑤多職種連携の強化：口腔・嚥下・栄養・生活機能を一体的に調整できる体制の確立
 - ⑥在宅生活の安定：経口と経腸栄養法の併用による在宅療養の継続

1) 事例の概要（患者像・生活背景）

対象は 60 歳代男性、要介護 4。脳出血後の嚥下障害により胃瘻を造設し在宅療養へ移行した。在宅療養移行後も経腸栄養が中心であったが、本人・家族ともに「可能であれば口から食べたい」という強い希望を持っていた。嚥下障害に加え、姿勢保持の困難、日常動作能力の低下、食事環境の調整など生活機能面の課題も多く、単一職種では対応困難であったため、口腔・嚥下・栄養・生活機能を統合した支援が必要と判断された。

2) 介入に至る経緯

患者が入院中に、地域医療連携部門の看護師が中心となり、在宅療養を見据え、経口摂取再開の可能性について検討された。看護師から主治医へ提案が行われ、嚥下機能、口腔状態、栄養状態を専門的に評価する必要性が共有されたことを契機に、訪問栄養食事指導の導入が決定された。あわせて、経腸栄養剤変更後の消化管症状の観察、摂食・嚥下機能評価、生活機能への介入を目的として、多職種による支援体制が整備された。

3) 多職種連携の体制

訪問診療医、歯科医師、訪問看護師、管理栄養士、理学療法士（訪問リハビリテーション）、介護支援専門員が連携して支援を実施した。医師会発行の「療養手帳（ノート）」を情報共有ツールとして活用し、口腔・嚥下状態、食形態、栄養状態、体重変化、姿勢・動作能力、生活環境、介護状況を可視化し、全職種で共有した。管理栄養士の訪問がない期間も、訪問看護師や介護支援専門員を通じて情報が随時共有され、摂食・栄養・生活機能を一体的に調整できる体制が維持された。

4) 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

管理栄養士は月 2 回訪問し、栄養評価と摂食状況の確認を行いながら、経腸栄養と経口摂取のバランスを段階的に調整した。歯科医師は口腔内評価を担当し、経口摂取再開に向けた口腔環境の整備を行った。理学療法士は姿勢保持や体幹機能の改善を図り、安全に摂食できる身体条件を整えた。

経口移行の過程では、体重変化や摂取量をデイサービス等も含めて多職種で共有し、必要に応じて食形態や栄養量を調整した。家族には介護負担に配慮し、「特別食」では



なく家庭の献立を工夫して対応できる方法として、だしを用いた軟化調理や浸し調理など、在宅で無理なく継続できる調理法を指導した。

5) 成果・アウトカム

支援開始から約 5～6 か月で経口摂取への移行が達成され、体重の増加と食形態の向上（最終的に一口大程度まで）が認められた。その後も経口摂取は安定し、経腸栄養と併用しながら在宅生活が継続されている。摂食状況は多職種で継続的に共有され、病状や生活状況に応じた再調整が可能な体制が維持されている。

3. 好事例 3 「生活再構築モデル」

B 病院（長野県・在宅療養支援病院）

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

－行動変容と生活再構築を軸とした在宅栄養支援－

【アウトカムのポイント】

- ①栄養状態の改善：体重が約 10 k g 増加し、低栄養リスク軽減
- ②食行動の安定化：食事摂取量の増加、日中の活動量の増加
- ③生活リズムの改善：食事のリズムの安定と日常生活の自己管理能力の向上
- ④活動性の向上：生活全体の活動性の向上
- ⑤多職種連携の強化：医療、介護、リハビリテーションが連携し、生活全体の支援体制の確立

1) 事例の概要（患者像・生活背景）

対象は 50 歳代男性。脳血管疾患後の後遺症により在宅療養を継続しており、独居で生活していた。嚥下障害はなく普通食の摂取は可能であったが、退院後に食事量が減少し、約 10kg の体重減少を認めていた。本人は低栄養状態に対する自覚が乏しく、「困っていない」と認識しており、活動量の低下と食生活の乱れが進行していた。

2) 介入に至る経緯

訪問診療・訪問看護の中で体重減少が問題となり、医学的管理のみでは改善が困難と判断され、管理栄養士による訪問栄養食事指導が導入された。本症例では、嚥下機能ではなく生活行動と食環境への介入が必要と考えられた。

3) 多職種連携の体制

訪問診療医、管理栄養士、理学療法士、介護支援専門員が主に連携し、体重・食事摂取状況・生活リズム・調理環境を共有した。管理栄養士は栄養評価に加え、生活実態の

把握と支援調整を担った。

4) 支援内容（生活再構築型アプローチ）

管理栄養士は、訪問栄養食事指導に先立ち、本人の価値観、生活背景、調理能力、買い物行動を丁寧に把握し、信頼関係の構築を重視した。具体的な支援内容は以下の通り。

- ①無理のない調理方法の提案
- ②簡単にエネルギー・たんぱく質を確保できる食品選択
- ③食事の回数、食行動の調整
- ④生活リズムへの働きかけ

「栄養をとらせる」ことを目的とするのではなく、“**生活の中で自然に食べられる状態をつくること**”を重視した支援が行われた。

5) 成果・アウトカム

介入開始から約2年をかけて体重は約10kg増加し、低栄養状態は改善した。食事量・食行動が安定し、生活全体の活動性も向上した。本人の生活リズムが整い、食事を含む日常生活の自己管理能力が高まった。

4. 好事例4 「人生支援モデル」

A 病院（長野県・在宅療養支援病院）

筋委縮性側索硬化症（ALS）終末期における価値・意味を支える在宅栄養支援
－「食べたい」という願いを多職種で形にした実践－

【アウトカムのポイント】

- ①本人の希望の実現：終末期でありながら「食べたい」との思いを叶えられた
- ②QOL（生活の質）の向上：「生きる意味」「生きる楽しみ」としての食事の位置づけ
- ③家族の心理的支援：患者本人の喜びを家族が共有
- ④多職種連携の強化：医師、看護師、管理栄養士が協働し、終末期支援の実現
- ⑤地域への波及効果：「人生を支える食支援」への地域の理解と支援依頼の増加
- ⑥人生支援モデルの確立：栄養は、生命維持と、人生の価値・尊厳を支える役割

1) 事例の概要（患者像・生活背景）

対象は ALS の在宅療養者。病状は終末期に近く、嚥下機能は著しく低下し、ミキサー食での対応が必要な状態であった。栄養管理の主目的は生命維持であったが、本人には「軍艦巻きを食べたい」という強い希望があった。

2) 介入に至る経緯

訪問看護師から管理栄養士へ「何とか本人の希望を形にできないか」と相談があり、



多職種で検討が行われた。医学的安全性を前提としつつ、「食べることの意味」を支援目標として介入が開始された。

3) 多職種連携の体制

訪問診療医、訪問看護師、管理栄養士が中心となり、嚥下状況、全身状態、リスク評価を共有した上で支援方針を決定した。訪問看護師と管理栄養士が密に連携し、調理方法や提供形態の工夫を重ねた。

4) 支援内容（人生支援型アプローチ）

管理栄養士は、ミキサー形態でありながら軍艦巻きの外観と味を再現する調理を試作し、訪問看護師とともに提供した。支援当日は、本人・家族・訪問看護師が場を共有し、「軍艦巻きを食べる」という本人の願いが実現した。

5) 成果・アウトカム

本人は希望していた食事をとることができ、家族と医療者がその時間を共に過ごすことができた。本事例は訪問看護師の依頼により地域でも紹介され、同様の支援依頼の増加につながった。

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

要旨

在宅療養における管理栄養士の役割を、退院支援・日常の療養支援・看取りの各フローに沿って整理したものである。退院前から多職種で情報共有し、在宅生活を見据えた食・栄養支援を調整することが重要であり、特に在宅移行期には早期介入が在宅療養の安定に寄与する。定期訪問では栄養状態のみならず、介護者の負担や生活の質を評価し、必要に応じて再計画を行う。看取り期には栄養管理から意思決定支援・家族支援へ役割が変化し、「食」を通じて本人と家族の関係性を支える専門性が求められる。このように在宅療養者は様々な栄養・摂食に関する課題を有しているものの、医師による栄養アセスメントには限界がある。管理栄養士が初期段階から関与することが望まれる一方で、現行制度にはその役割を十分に位置づける仕組みが存在しない点が課題である。

1. 退院支援フロー（情報共有・指導計画・初回訪問）

1) 退院支援の意義― 病院側と在宅側に求められる役割 ―

退院支援とは、患者・家族が病状や退院後の生活を理解したうえで希望する退院先を選択し、退院後も安心して療養生活を継続できるよう、入院中から多職種が協働して行う一連の支援プロセスである。診療報酬においても「入退院支援加算」により、入院早期から退院困難な要因を有する患者を抽出し、計画的に支援を行うことの重要性が評価されている。

患者が入院医療機関を退院し在宅診療へ移行する際には、入院医療機関において退院前カンファレンスが開催されることが多い。退院前カンファレンスは、入院中の医療内容を単に引き継ぐ場ではなく、退院後の生活を具体的に見据え、多職種が情報と視点を持ち寄り調整する場である。入院医療機関の医師と退院後に在宅療養を担う医師が共同で説明や指導を行い、看護師、リハビリ専門職、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）、介護支援専門員などがそれぞれの立場から課題を共有する。こうした取り組みは診療報酬上、「退院時共同指導料」として評価されている。

この場では、退院後の在宅療養継続の鍵となる「食事」や「栄養管理」についても重要な検討事項となる。食形態の継続可否、家族による調理や介助の負担、在宅環境での実行可能性などは、退院後すぐに影響が表れやすく、管理栄養士による専門的視点からの情報提供や調整が求められている。

① 病院側の役割

病院側の退院支援の役割は、退院後の生活を見据え、入院中の医療・ケア内容を整理し、在宅側へつなぐことにある。病状や治療経過に加え、栄養管理の内容、食形態、嚥



下状態、ADLなどを評価し、退院後に必要となる医療・介護・栄養支援を明確化することが求められる。

退院前カンファレンスは、その情報を多職種間で共有し、在宅療養に向けた方向性をすり合わせる重要な機会であり、病院側は「何ができているか」「何が在宅では困難になり得るか」を整理して提示する役割を担っている。

② 在宅側の役割

在宅側の役割は、病院で整理された情報を、実際の生活環境に即した支援へと具体化することである。患者・家族の生活環境、介護力、経済状況を踏まえ、医療的に望ましい支援内容を、無理なく継続できる形に調整していくことが求められる。

特に退院直後は、病院食の再現や食形態調整、家族の介護力に応じた対応の選択、医療・介護職間の役割整理と情報共有が同時に必要となる。これらが十分に整わないまま在宅療養が開始されると、摂取量低下、廃用の進行、家族の過負担につながるリスクが高まる。

③ 在宅移行期における管理栄養士の意義

在宅移行期は、食事や栄養といった生活に直結する支援の影響が最も大きく表れる時期であり、管理栄養士の関与が特に重要となる。管理栄養士は、「医学的に適切か」だけでなく、「在宅で続けられるか」という視点から食支援を再構成する役割を担っている。

しかし、訪問管理栄養士の評価は、在宅患者訪問栄養食事指導料や居宅療養管理指導に限定されており、退院前カンファレンスなど移行期における専門的関与は、現行制度では十分に評価されていない。それでも、退院支援において管理栄養士が病院側と在宅側をつなぎ、食事・栄養に関する情報を整理し、患者・家族の生活に即した調整を行うことは、在宅療養の円滑な開始と継続に大きく寄与する役割であると考えられる。

2) 在宅療養開始時における管理栄養士の役割

医療機関を退院し在宅療養が開始されできるだけ早い時期に管理栄養士が関与することは、在宅療養を安定して継続するうえで重要である。在宅移行期には、入院中に整えられていた栄養管理や食事環境が一度リセットされ、患者・家族は生活全体の再構築を迫られるためである。管理栄養士は、以下の役割を通して在宅療養開始時の食支援を担っている。

① 初診時におけるスクリーニング・アセスメント

初診時には、身長、現体重、体重変化などの基本情報に加え、病院での食形態や食事



摂取状況、口腔内環境（義歯の有無、歯や舌の汚れの程度、口腔ケアの実施状況）、かかりつけ歯科医師の有無を確認する。

また、入院前の食習慣や嗜好、在宅療養において「家に帰ってきてどのように食べたいか」といった本人・家族の希望を把握することも重要である。さらに、誰が調理・買い物・配膳を担うのか、食事場所や摂食時の姿勢などの生活導線・環境要因についても確認し、在宅での食事を支える条件を整理する。

初診同行の場面では、退院直後の疲労感や、多職種が同時に関わることによる患者・家族の負担を考慮し、こうした聞き取りや観察を限られた時間の中で簡潔に行う。得られた情報は持ち帰ってシートに記入(表 8-1)、評価し、訪問栄養食事指導の必要性が認められる場合には、管理栄養士から主治医へ情報提供および具体的な提案を行う。主治医の指示と家族の同意を得たうえで栄養訪問を開始する体制を構築することで、在宅療養開始直後からの早期介入につなげている。

表 8-1 初診時に使用するスクリーニングシート（例）

ID	氏名	診療予定		記載者
		事務説明	月 日	
		退院カンファ	月 日	
		初診日	月 日	

主疾患	
身長 <u> </u> cm	体重 <u> </u> kg（日付 <u> </u> ）

食事・栄養	経口摂取		経腸栄養	静脈栄養
	食形態： ☐ 普通 ☐ きざみ ☐ ペースト ☐ その他（ <u> </u> ） とろみ： ☐ なし ☐ あり 嚥下障害： ☐ なし ☐ あり		☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう	☐ 末梢静脈 ☐ 中心静脈
	介助	姿勢	種類：	
	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 寝たきり ☐ ベッドG-UP ☐ 座位（車いす等）		
	食事担当： ☐ 本人 ☐ 家族（ <u> </u> ） ☐ その他（ <u> </u> ）			
特記事項				

口腔	歯： ☐ あり ☐ なし かかりつけ： ☐ あり（ <u> </u> ） ☐ なし 義歯： ☐ あり（使用・未使用） ☐ なし
----	--

困りごと	<摂食> ☐ 味覚異常 ☐ 食欲 ☐ 量 ☐ 食事の内容・準備	<咀嚼・嚥下> ☐ 咀嚼障害（噛めない） ☐ 嚥下障害 （むせる・ 飲み込みづらい）	<口腔環境> ☐ 乾燥 ☐ 痛み（口内炎含む） ☐ 口臭 ☐ 歯の異常（ぐらつき・ 抜けた・虫歯） ☐ 歯茎の異常 （腫れ・出血）	☐ 義歯 （合わない・作りたい） ☐ 口腔ケア問題

備考	
----	--

口腔写真撮影	実施 未実施	「食支援写真」へ送信
		済 未

食支援の希望 ☐ 有 ☐ 無	介入必要性 栄養 歯科
--	-------------

② 患者・家族の希望に寄り添う支援

入院中の食事は、治療上の必要性や安全性を優先した制限下で提供されることが多い。一方、退院後の在宅療養においては、「在宅だからこそできること」への期待や希望が大きくなる。好きなものを食べたい、できるだけ制限なく食事を楽しみたいなど、その思いは患者・家族それぞれであり、多様である。



管理栄養士は、食事に伴うリスクについて十分に共有したうえで、「できること」と「したいこと」を整理し、現実的に実現可能な選択肢を共に検討する役割を担う。在宅療養ならではの工夫や楽しみを見いだす過程において、食事が重要な位置を占めることは少なくない。こうした食にまつわる楽しみは、患者・家族にとっての生きがいや生活の張りにつながり、在宅療養を前向きに継続するための支えとなる。

2. 日常の療養支援フロー（定期訪問・評価・再計画）

訪問栄養食事指導の実施においては、実施場所が個々人の療養先であるため、事前の情報収集や準備、ならびに栄養評価や栄養ケア計画の方法等は病院や施設と異なる場合が多い。第 3 章でも実施方法や計画書の作成例が記されているので参照頂きたい。また、下記に厚生労働省より示されている書式例も紹介している。効果的・効率的な支援につながるよう参考にして頂きたい。

1) 定期訪問

初回訪問日を決定する際は、対象者と連絡を取る前に、担当介護支援専門員や訪問看護師、MSW 等から、患者・利用者とその介護者の生活時間や家族環境、利用している医療・介護サービス等を情報収集しておく。対象者は、医師による訪問診療や訪問看護ステーションから看護師やリハビリ職種、訪問介護、通所施設サービス等といった他職種の訪問サービスを受けている場合が多い。それらのサービスは、毎週または隔週、曜日とおおよその訪問時間が決まっているケースが多い。他職種より訪問回数が少ない管理栄養士は、それらの訪問サービスの状況を確認して日程調整を行うことになる場合が多い。

1 回の訪問は 30 分～1 時間程度が目安となる。初回訪問では、事前に情報収集しておいても 1 時間以上かかる場合も多いため、時間に余裕を持って日程調整を行う。

他職種の支援方法を確認したい場合や協働でケアを行う場合は、他職種と訪問時間を合わせることもある（例：褥瘡の状況を確認したい場合に看護師の訪問時間に合わせる、言語聴覚士が嚥下評価を行う場合は、同席して食形態を相談する等）。また、食事摂取状況を確認したい場合は、対象者の食事時間に合わせて訪問する場合もある。

いずれの場合も、対象者の生活を考慮した日程調整を行い、了承を得ることが重要であり、継続支援の基本となる。

2) 評価

訪問実施後も定期的に評価し、必要に応じて支援方法の再検討をおこなう。評価する項目は、患者・利用者の栄養状態の改善や食事摂取量や食事摂取状況の変化とともに、

介護者の食介護負担の軽減、さらには両者の生活の質の向上についても行われる（表 8-2）。

栄養状態の改善は、患者・利用者の身体状況（体重、上腕周囲長、上腕三頭筋皮脂厚、下腿周囲長等）、食事摂取量、血液検査の変化を指す。

食事摂取状況の変化は、患者・利用者の食事摂取量や、食事摂取方法（経口摂取への移行、食事形態の変化、介助の方法、とろみ剤の使用等）といった、どのように栄養補給を行い、何をどのくらい摂取できたかを評価する。

訪問栄養食事指導においては、患者・利用者だけではなく、介護者もケア対象者となる。介護者が疲弊してしまうと、在宅療養生活が成り立たないため、介護者の食に関する介護負担についても評価することが大切である。調理時間や調理方法を含めた調理負担、摂食・嚥下機能の低下や自力摂取が困難な場合の摂取介助方法、食事時間、買い物の方法等の食料調達方法等を示す。

さらに総合的に対象者の生活の質が向上したか評価する。すなわち患者・利用者は、適切な栄養補給・方法による健康状態の維持・改善、食の嗜好や食形態による食べる楽しみが維持できているか、自分らしい生活が送れているか等を、さらに、介護者は適切な栄養補給方法で調理や食介護の負担が軽減できたか等を評価する。

それらをまとめて、訪問栄養食事指導のアセスメント、ケア計画、実施・モニタリング方法、評価方法ならびに多職種連携等といった栄養ケア・マネジメント全体を評価し、個々人により適した支援方法であるかを確認する。

表 8-2 評価項目

栄養状態の改善	体重、上腕周囲長、上腕三頭筋皮脂厚、下腿周囲長、血液検査
食事摂取状況の変化	食事摂取量、経口摂取への移行、食事形態の変化、栄養補助食品や介護食品、とろみ剤の使用
介護者の食介護負担	調理負担、摂取介助方法、食事にかかる時間、食料調達方法
生活の質の向上	【患者・利用者】健康状態の維持・改善、食の楽しみ、自立支援
	【介護者】食介護負担感の軽減
栄養ケア・マネジメントの総合評価	アセスメント、ケア計画、実施・モニタリング方法、評価方法、多職種連携

3) 再計画

評価の結果、現在のケア計画では対象者が望む目標達成が難しいと判断された場合や、新たな栄養問題が見つかった場合には、再計画を行う。再計画の内容を以下にまとめる。

- 
- ① 目標の再設定：患者・利用者の現在の状態やニーズに合わせて、より現実的な目標を設定する
 - ② ケア内容、方法の修正：栄養補給量や食品の選び方、調理方法、介助方法等といった具体的な支援内容・方法を調整する
 - ③ 実施頻度、期間の見直し：必要に応じて、訪問栄養食事指導の実施頻度や期間、評価時期を再検討する
 - ④ 多職種連携の強化：医師、訪問看護師、リハビリ職種、介護支援専門員など、関連職種と情報共有し、連携を見直す
- 再計画のタイミングは、設定時期に限らず、対象者の体調の急変やモニタリング結果、他職種との情報交換後等、再計画の時期は適宜行う。

3. 看取り期支援フロー（食の意思決定支援・家族支援）

看取り期における支援は、患者および利用者が人生の最期まで安心して自宅等で過ごせるよう、食事や栄養の面から支えることを目的とする。令和6年度の介護報酬改定では、終末期等におけるきめ細やかな栄養管理等のニーズに応じる観点から、一時的に頻回な介入が必要と医師が判断した場合、期間を設定して追加訪問が可能となった（図8-1）³⁾。

一方、この時期は家族などの介護者の介護負担が最大になっている。要介護者の状態も不穏状態であるため、介護者は不安で睡眠不足の日が続いていることが多くみられる。吸引や排泄、清拭等のケアで心身ともに余裕がなく、食事や栄養にまで考えが及ばない状況にある場合も少なくない。「毎日誰かが訪問してくれる」ことが安心である一方で、「誰も来ない日がほしい」という介護者も少なくない。そのような場合は、連日訪問することが多い訪問看護師を通じて間接的に支援したり、電話で状況を確認したりするなど、介護者の負担感に配慮した関わり方も一案である。

在宅療養の看取り期において、「食」の役割は大きく変化する。治療期や回復期において重視されてきた必要栄養量の確保や食事摂取量の増加から、終末期には身体的・精神的苦痛を和らげ、家族との関係性を支える「緩和」と「きずな」の役割へと移行していく。この変化を本人と家族が理解し、受け止めていく過程において、在宅管理栄養士の関わりは重要な意味を持つ。

終末期がんでは、食欲低下や嚥下困難が進行し、次第に「食べられなくなっていく」ことは病状の進行におけるやむを得ない経過である。しかし、家族にとって食事は「生きること」そのものと強く結びついており、「食べさせなければ死んでしまうのではないか」という強い不安や焦りを抱きやすい。その結果、本人の意思や身体状況に沿わない食事を勧めたり、食べられない現実を前にして家族が落胆するなど、患者と家族の気持がすれ違い、互いに穏やかになれない時間が多くなる。残された大切な時間だからこ

そ、このような行き違いが生じてしまうことは、本人にとっても家族にとっても辛いこととなる。

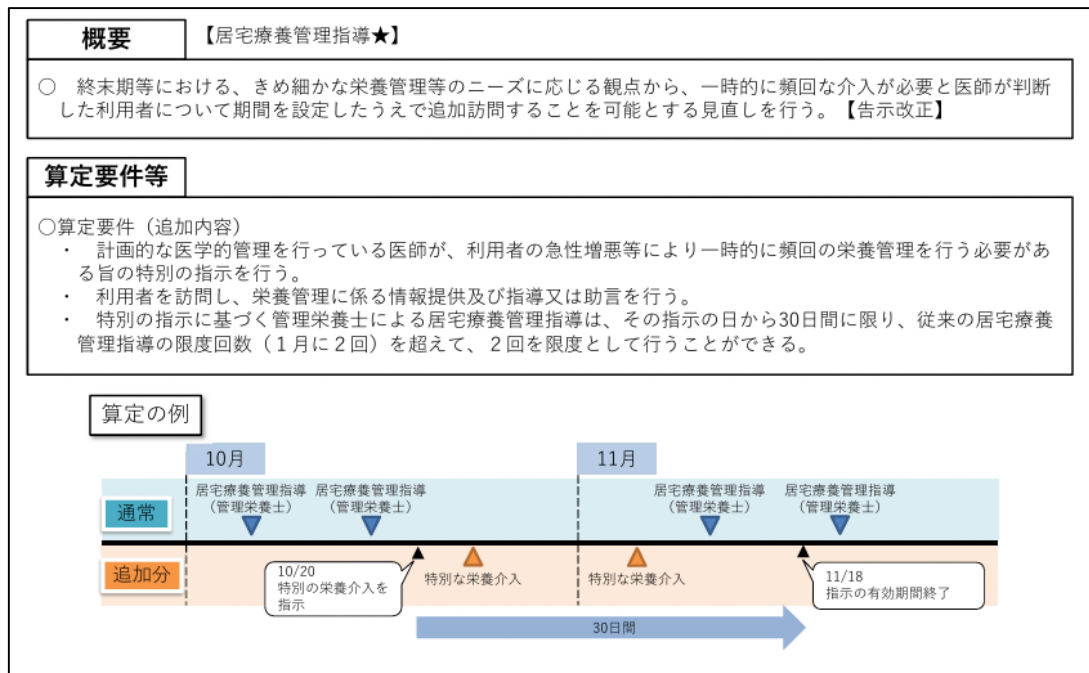


図 8-1 終末期等における管理栄養士による居宅療養管理指導の算定回数

こうした背景から、管理栄養士は「食べさせる」支援ではなく、「いま何が起きているのか」「これからどう変化していくのか」を丁寧に伝え、本人と家族が納得して選択できるよう意思決定支援を行う役割を担う。食欲低下が病状の進行による自然な変化であること、無理に食べさせることが必ずしも本人のためにならないこと、そして「できなくなったこと」ではなく、「いまでもできること」に目を向ける視点を伝えている。

また、「食」とは必ずしも「食べること」そのものに限定されるものではない。終末期には、食べられない本人を前にして、家族が食事することに罪悪感を抱き、別室で隠れるように食事をしているケースも見受けられる。しかし、本人が「みんなが楽しそうに食べている様子を見るのがうれしい」「いつもの食卓の雰囲気が安心する」と感じている場合も少なくない。食卓は、単なる栄養摂取の場ではなく、家族の歴史や文化、日常の積み重ねが息づく大切な空間である。本人が食べられなくなったとしても、同じ空間で、同じ時間を共有し、会話や雰囲気を分かち合うことは、残された時間を穏やかに豊かなものにする。管理栄養士は、食事形態の工夫や「ひと口だけ味わう」「香りを楽しむ」といった提案を通じて、食卓を囲む体験そのものを支援する。

このような「きずなの食支援」は家族のグリーフケアにもつながる重要な支援である。「あのとき、みんなで穏やかに過ごせた」「無理をさせずに本人の思いを尊重できた」という経験は、残された家族が悲嘆と向き合う際の支えとなる。



看取り期における管理栄養士の関わりは、食を通して生き方と家族の関係性を支える専門的実践である。食の意味をともに捉え直し、残された時間を大切に紡ぐ支援こそが、終末期在宅医療における管理栄養士の重要な役割である。また多職種連携の中で管理栄養士は、医療的判断と日常生活のあいだを「食」の視点からつなぎ、本人と家族の思いを調整・翻訳する役割を担っている。

4. 記録様式例

記録紙は、厚生労働省より「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）」（表 8-3）、「栄養ケア計画書（通所・居宅）（様式例）」（表 8-4）が公式資料として公開されている¹⁾。

表 8-3 栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）¹⁾
（様式例）

フリガナ		性別	☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日	生まれ	年齢	歳																												
氏名		要介護度		病名・特記事項等		記入者名																														
利用者 家族の意向				食事の準備状況 （調理機、食事の支援、地域特性等）		家族構成と キーパーソン （支援者）	本人	—																												
（以下は、入所（入居）看護等の状態に応じて作成。）																																				
実施日（記入者名）		年 月 日（ ）		年 月 日（ ）		年 月 日（ ）		年 月 日（ ）																												
プロセス	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹																												
低栄養状態のリスクレベル	☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	☐ 低 ☐ 中 ☐ 高																												
身長	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm																												
体重 / BMI	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²																												
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)																												
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)																												
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(☐ kg/ ☐ ヶ月)																												
血清アルブミン値	☐ 無 ☐ 有(☐ g/dl)	☐ 無 ☐ 有(☐ g/dl)	☐ 無 ☐ 有(☐ g/dl)	☐ 無 ☐ 有(☐ g/dl)	☐ 無 ☐ 有(☐ g/dl)	☐ 無 ☐ 有(☐ g/dl)	☐ 無 ☐ 有(☐ g/dl)	☐ 無 ☐ 有(☐ g/dl)																												
褥瘡	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有																												
口腔機能	☐ 経口のみ ☐ 一部経口	☐ 経口のみ ☐ 一部経口	☐ 経口のみ ☐ 一部経口	☐ 経口のみ ☐ 一部経口	☐ 経口のみ ☐ 一部経口	☐ 経口のみ ☐ 一部経口	☐ 経口のみ ☐ 一部経口	☐ 経口のみ ☐ 一部経口																												
栄養補給法	☐ 経腸栄養法 ☐ 経鼻栄養法	☐ 経腸栄養法 ☐ 経鼻栄養法	☐ 経腸栄養法 ☐ 経鼻栄養法	☐ 経腸栄養法 ☐ 経鼻栄養法	☐ 経腸栄養法 ☐ 経鼻栄養法	☐ 経腸栄養法 ☐ 経鼻栄養法	☐ 経腸栄養法 ☐ 経鼻栄養法	☐ 経腸栄養法 ☐ 経鼻栄養法																												
その他																																				
栄養摂取量（割合）	%	%	%	%	%	%	%	%																												
主食の摂取量（割合）	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %																												
主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %																												
その他（補助食品など）																																				
摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)																												
提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)																												
必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)																												
嚥下調整の必要性	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有																												
食事の形態（コード）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）																												
とろみ	☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い	☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い	☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い	☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い	☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い	☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い	☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い	☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い																												
食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態）	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有																												
嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど	()	()	()	()	()	()	()	()																												
本人の意欲	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³																												
食欲・食事の満足感	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴																												
食事に対する意識	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴																												
口腔関係	☐ 口腔衛生 ☐ 摂食・嚥下	☐ 口腔衛生 ☐ 摂食・嚥下	☐ 口腔衛生 ☐ 摂食・嚥下	☐ 口腔衛生 ☐ 摂食・嚥下	☐ 口腔衛生 ☐ 摂食・嚥下	☐ 口腔衛生 ☐ 摂食・嚥下	☐ 口腔衛生 ☐ 摂食・嚥下	☐ 口腔衛生 ☐ 摂食・嚥下																												
安定した正しい姿勢が自分で取れない	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																												
食事に集中することができない	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																												
食事中に嚥下や意識障害がある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																												
歯（義歯）のない状態で食事をしている	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																												
食べ物を口腔内に溜め込む	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																												
固形の食べ物を咀嚼しにくく中むせる	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																												
食後、残の内側や口腔内に残渣がある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																												
水分でむせる	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																												
食事中、食後に咳をすることがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																												
その他・気が付いた点																																				
褥瘡・生活機能関係	☐ 褥瘡（再発） ☐ 生活機能低下	☐ 褥瘡（再発） ☐ 生活機能低下	☐ 褥瘡（再発） ☐ 生活機能低下	☐ 褥瘡（再発） ☐ 生活機能低下	☐ 褥瘡（再発） ☐ 生活機能低下	☐ 褥瘡（再発） ☐ 生活機能低下	☐ 褥瘡（再発） ☐ 生活機能低下	☐ 褥瘡（再発） ☐ 生活機能低下																												
消化器関係	☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘	☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘	☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘	☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘	☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘	☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘	☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘	☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘																												
水分関係	☐ 浮腫 ☐ 脱水	☐ 浮腫 ☐ 脱水	☐ 浮腫 ☐ 脱水	☐ 浮腫 ☐ 脱水	☐ 浮腫 ☐ 脱水	☐ 浮腫 ☐ 脱水	☐ 浮腫 ☐ 脱水	☐ 浮腫 ☐ 脱水																												
代謝関係	☐ 感染 ☐ 発熱	☐ 感染 ☐ 発熱	☐ 感染 ☐ 発熱	☐ 感染 ☐ 発熱	☐ 感染 ☐ 発熱	☐ 感染 ☐ 発熱	☐ 感染 ☐ 発熱	☐ 感染 ☐ 発熱																												
心臓・精神・認知症関係	☐ 閉じこもり ☐ うつ ☐ 認知症	☐ 閉じこもり ☐ うつ ☐ 認知症	☐ 閉じこもり ☐ うつ ☐ 認知症	☐ 閉じこもり ☐ うつ ☐ 認知症	☐ 閉じこもり ☐ うつ ☐ 認知症	☐ 閉じこもり ☐ うつ ☐ 認知症	☐ 閉じこもり ☐ うつ ☐ 認知症	☐ 閉じこもり ☐ うつ ☐ 認知症																												
医薬品	☐ 薬の影響	☐ 薬の影響	☐ 薬の影響	☐ 薬の影響	☐ 薬の影響	☐ 薬の影響	☐ 薬の影響	☐ 薬の影響																												
特記事項																																				
総合評価	☐ 改善 ☐ 改善傾向 ☐ 維持	☐ 改善 ☐ 改善傾向 ☐ 維持	☐ 改善 ☐ 改善傾向 ☐ 維持	☐ 改善 ☐ 改善傾向 ☐ 維持	☐ 改善 ☐ 改善傾向 ☐ 維持	☐ 改善 ☐ 改善傾向 ☐ 維持	☐ 改善 ☐ 改善傾向 ☐ 維持	☐ 改善 ☐ 改善傾向 ☐ 維持																												
サービス継続の必要性 注）栄養改善加算算定の場合	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有																												
★ブルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング ★ブルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1、0t、0p） ★ブルダウン³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない ★ブルダウン⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない 注1） スクリーニングにおいては、把握可能な項目（BMI、体重減少率、血清アルブミン値（検査値がわかる場合に記入）等）により、低栄養状態のリスクを把握する。 注2） 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。 ＜低栄養状態のリスクの判断＞ 全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。 BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>リスク分類</th> <th>低リスク</th> <th>中リスク</th> <th>高リスク</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BMI</td> <td>18.5～29.9</td> <td>18.5未満</td> <td></td> </tr> <tr> <td>体重減少率</td> <td>変化なし (減少3%未満)</td> <td>1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満</td> <td>1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上</td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン値</td> <td>3.6g/dl 以上</td> <td>3.0～3.5g/dl</td> <td>3.0g/dl 未満</td> </tr> <tr> <td>食事摂取量</td> <td>76～100%</td> <td>75%以下</td> <td></td> </tr> <tr> <td>栄養補給法</td> <td></td> <td>経腸栄養法 静脈栄養法</td> <td></td> </tr> <tr> <td>褥瘡</td> <td></td> <td></td> <td>褥瘡</td> </tr> </tbody> </table>									リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク	BMI	18.5～29.9	18.5未満		体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上	血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl 未満	食事摂取量	76～100%	75%以下		栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法		褥瘡			褥瘡
リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク																																	
BMI	18.5～29.9	18.5未満																																		
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上																																	
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl 未満																																	
食事摂取量	76～100%	75%以下																																		
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法																																		
褥瘡			褥瘡																																	

表 8-4 栄養ケア計画書（通所・居宅）（様式例）¹⁾

氏名： 殿		初回作成日： 年 月 日	
		作成（変更）日： 年 月 日	
		作成者：	
医師の指示	☐ なし ☐ あり （要点 ） 指示日（ / ）		
利用者及び家族の意向			説明日 年 月 日
解決すべき課題 （ニーズ）	低栄養状態のリスク ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高		
長期目標と期間			
分類	短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容（頻度、期間）	担当者
★ ブル ダウ ン※			
特記事項			
※①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など			
栄養ケア提供経過記録			
月 日	サービス提供項目		

5. フロー運用上の課題と改善策²⁾

1) 患者・家族に関する課題

在宅移行期において、訪問栄養食事指導の役割や意義が、患者・家族に十分に理解されていない場合が少なくない。その結果、栄養支援の必要性が認識されにくく、介入につながらない状況が生じている。



一方、初診同行や退院前カンファレンスへの参加は、管理栄養士の存在や専門性を患者・家族に可視化し、在宅療養における栄養支援への心理的ハードルを下げる重要な機会である。しかし、これらの関与は現行では十分に評価されておらず、結果として、患者・家族への役割提示や関係構築の機会が制限されている。

2) 他職種との連携・コミュニケーションに関する課題

他職種との連携の中でも、特に医師との円滑なコミュニケーションは、訪問栄養食事指導の導入および継続において重要である。医師に対しては、患者の全身状態や治療方針を踏まえた上で、栄養面における課題を簡潔かつ具体的に共有し、訪問栄養食事指導による介入の必要性を的確に伝えることが求められる。その際、単に「栄養指導が必要である」と伝えるのではなく、管理栄養士が訪問栄養食事指導を通じて何を評価・調整できるのか、医師からどのような指示を受けることで介入が可能となるのかを明確に示すことが重要である。さらに、食形態や摂取量の調整、介護者の負担軽減といった具体的な支援内容に加え、栄養状態の安定、治療継続の支援、患者・家族の満足度向上といったアウトカムを提示することで、医師の理解と協力を得やすくなる。

このように、限られた時間の中で判断を求められる医師に対しては、要点を整理した情報提供と、介入による効果を可視化するコミュニケーションスキルが、訪問栄養食事指導の業務拡大の鍵を握ると考えられる。

3) 制度上の問題点と構造的課題

管理栄養士の在宅領域における算定可能な評価は、診療報酬では「在宅患者訪問栄養食事指導料 1・2」、介護報酬では「居宅療養管理指導 1・2」に限定されている。特に、入院から在宅へ移行する過程において重要となる移行期特有の関与に対する加算や評価は設けられていない。

退院前カンファレンスは、診療報酬上「退院時共同指導料」として医師の関与が評価されている一方で、在宅療養の質を左右する「食事・栄養」に関する専門職である管理栄養士の関与は、現行の制度では十分に評価されていない。このことは、在宅移行期における管理栄養士の専門的関与を制度上「不可視化」し、業務拡大を阻む構造的要因となっている。

管理栄養士は、栄養状態の評価にとどまらず、食形態、摂取量、介護者の調理負担、生活環境を踏まえた調整を行っているが、現行制度ではこうした実践的・包括的な関与が十分に評価されていない。制度が想定する業務範囲と、実際の在宅療養現場で求められている役割との乖離が、訪問栄養食事指導の展開を制度的に難しくしていると考えられる。

令和 8 年度の診療報酬改定において、退院直後に、入院保険医療機関の管理栄養士が患者等を訪問し、患者又はその家族等に対して、退院後の在宅における栄養管理や食生活に関する指導を行う「退院後訪問栄養食事指導料（1 回につき） 530 点」が新設された（図 8-2）⁴⁾。質の高い在宅医療のさらなる推進が期待される。

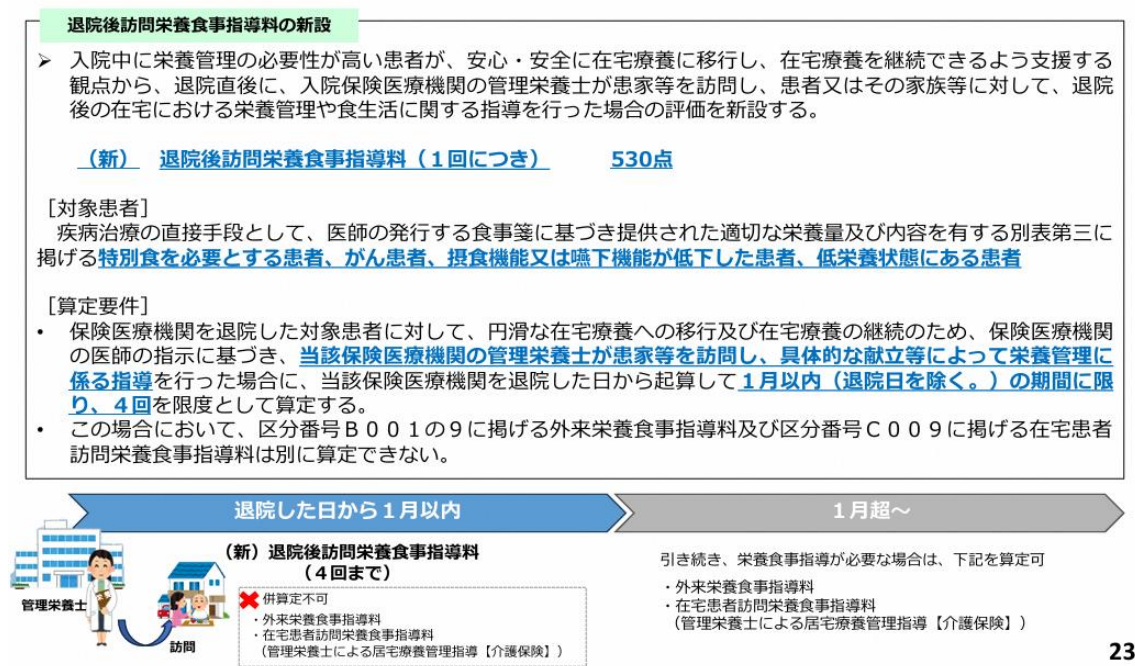


図 8-2 退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

参考文献

- 1) 厚生労働省老健局老人保健課：介護保険最新情報 Vol.1217 令和 6 年 3 月 15 日；p82-83 ；<https://www.mhlw.go.jp/content/001227728.pdf>。(令和 8 年 2 月 8 日閲覧)
- 2) 安田 和代 訪問管理栄養士による算定外初期介入活動の意義と実態，日本在宅栄養管理学会誌, 276-280, Vol.12 No.3 2025
- 3) 厚生労働省老健局：令和 6 年度介護報酬改定における改定事項について；p86；<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001213182.pdf>(令和 8 年 2 月 8 日閲覧)
- 4) 令和 8 年度診療報酬改定 8. 質の高い在宅医療の推進
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001669888.pdf>（令和 8 年 3 月 16 日閲覧）

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

要旨

在宅医療における栄養管理は、管理栄養士個別の実践にとどまらず、地域の医療・介護・生活支援を横断する体制の中で機能するものである。高齢化の進展や在宅移行の加速に伴い、退院後の栄養管理の継続、食品へのアクセスの確保、多職種連携の強化などが喫緊の課題となっている。本章では、「人材」、「連携構造」、「地域・食環境」、「制度・運営」、「連携拠点」の5つの視点から課題を整理し、具体的な解決のポイントを提示する。地域の特性に応じた体制整備の方向性を示し、現場で実際に活用可能な栄養管理体制の整備手順を明確化する。在宅医療の体制構築のために活用できる財源として、地域医療介護総合確保基金の活用についても言及し、体制整備の実効性を高める視点を提示する。

1. 在宅医療における栄養管理体制の基本的な考え方

在宅医療における栄養管理は、医療行為の一部としてだけでなく、生活支援の中核として位置づける必要がある。入院中とは異なり、在宅では食事内容、食形態、食環境、介護力などが個々に異なるため、画一的な対応ではなく、生活に即した個別支援が求められる。

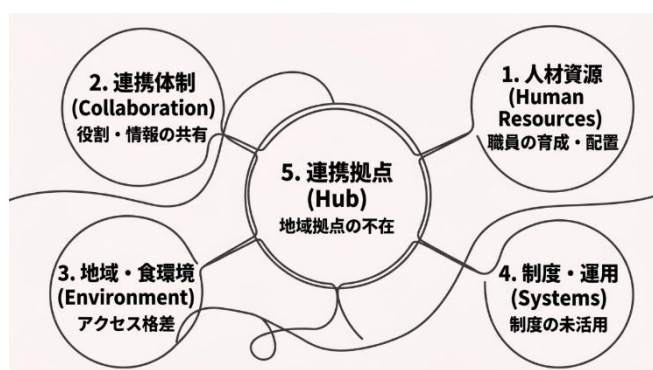
また、在宅療養は「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」といった連続したプロセスの中で成り立っている。栄養管理もこの流れの中で切れ目なく提供される必要があり、特に退院時から在宅への接続が重要である（第8章参照）。

管理栄養士は、医師の診療方針、歯科医師による口腔機能評価、薬剤師による薬物療法、看護師、リハビリテーション専門職、介護職による生活支援の情報を統合し、在宅療養者に最適な栄養介入を設計する役割を担う。そのためには、個別の専門性を超えた「チームとしての体制整備」が不可欠である。このような背景から、在宅医療における管理栄養士の役割は拡大しており、多職種と協働した栄養支援体制の構築が求められている。

2. 在宅医療における栄養管理体制の課題

在宅医療における栄養管理体制の課題は、個別の問題の集合ではなく、複数の要因が相互に関連する構造的課題として捉える必要がある。本研究（令和6年度・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）：「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」）におけるインタビュー調査および既存資料の分析を踏まえ、主な課題は以下の5つに整理される。

第一に、人材に関する課題である。訪問栄養食事指導に対応可能な管理栄養士の育成および配置体制が十分に整備されておらず、特に在宅領域における実践経験を有する人材が限られている。病院の管理栄養士が在宅支援に参与する仕組みも十分とは言えない。



第二に、連携構造に関する課題である。多職種が関与する在宅医療において、栄養支援の役割分担や情報共有の仕組みが標準化されておらず、必要なタイミングで適切な介入が行われない場合がある。特に退院時の情報連携や在宅移行後の継続的な情報共有に課題がある。

第三に、地域および食環境に関する課題である。地域によって医療・介護資源や食支援サービスの充実度に差があり、栄養支援の提供状況にばらつきが生じている。買い物困難や調理困難といった生活課題が栄養状態に直接影響するにもかかわらず、医療と生活支援の連携が十分に図られていない。

第四に、制度および運営に関する課題である。訪問栄養食事指導の制度は存在するものの、算定要件や運用方法の理解不足、医師からの指示体制の不明確さ等により、制度が十分に活用されていない。また、運営上の負担や収益構造の問題も普及の障壁となっている。

第五に、連携拠点に関する課題である。地域全体で栄養支援を調整・推進するハブ機能が十分に整備されておらず、個々の医療機関や事業所の取り組みに依存している状況が見られる。

3. 課題ごとの解決のポイントと具体的な実装方法

1) 人材に関する対応

人材確保の基本は「新規確保」ではなく「既存人材の活用と育成」である。実務上は、以下の段階的アプローチが有効である。

- 病院の管理栄養士が退院支援に関与
- 在宅患者へのフォローアップに関与
- 訪問栄養食事指導へ移行

医療機関の管理栄養士が退院直後に訪問する新たな制度である退院後訪問栄養食事指導料を活用し、院内と在宅の栄養管理を連続的に担う体制を整備する。これにより、在宅の栄養管理の経験を持つ管理栄養士を地域内で増やすことができ、人材の循環を実現させる。また、栄養ケア・ステーション（第4章参照）からの派遣を活用することで、



地域全体で人材を補完することも可能である。これにより、退院前から在宅移行後まで一貫した栄養管理が可能となり、介入の継続性が確保される。

実装のポイントは以下である。

- OJT（同行訪問）の実施
- 研修体系（初級～実践）の整備
- ICT を活用した遠隔指導

大都市型では施設内分業、人口の少ない地域では兼務・広域対応が有効である。

2) 連携構造に関する対応

連携の質を高めるためには、「誰が・いつ・どのように関与するか」を明確にする必要がある。栄養介入の必要性が認識されていても、依頼先が不明確であることにより介入に至らないケースが少なくない。退院前カンファレンスで栄養情報を共有し、在宅への接続を確実にする。医師および介護支援専門員等が栄養介入を必要と判断した際の依頼フローを二次医療圏域や市町村単位で標準化し、一覧表やフローチャートとして共有する。紹介先・相談窓口を明示することで、介入機会を拡大する。

実務上の具体策は以下である。

- 退院時栄養情報の標準様式化
- 依頼フローの標準化
- ICT による情報共有（電子連絡帳等）

ICT は特に有効であり、大都市型ではリアルタイム共有、人口の少ない地域では補完的活用が現実的である。

3) 地域・食環境に関する対応

栄養管理は、栄養食事指導だけでは課題は解決しない。食環境の整備が不可欠である。行政が中心となって、配食事業者への指導と二次医療圏域別の配食利用者への情報提供を推進していくことが求められる。その場合には、厚生労働省が平成 29 年に発表した「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」は参考となる²⁾。

実務で重要なのは以下である。

- 地域資源（配食・買い物支援）の把握（二次医療圏域別）
- ケアプランへの組み込み（表 9-1, 表 9-2）
- 多職種での生活課題の共有

大都市型ではサービス選択、人口の少ない地域では基盤整備が重要となる。

表 9-1³⁾

配食注文時のアセスメント及び継続時のフォローアップにおける確認項目例

【必須項目】

確認項目		注文時	継続時 初回（注文後 数週間以内）	継続時※ 年に1～2回 程度 ^{注1}
基本情報	居住形態	○		△
	要介護（要支援）認定	○		○
	日常生活動作（ADL）、手段的 日常生活動作（IADL）	○		△
身体状況・ 健康状況	身長、体重（過去6か月の体重 変化を含む。）、BMI ^{注2}	○		○ 過去6か月の 体重変化のみ でも可
	主な既往疾患、現疾患、食事療 法の要否・内容・程度 ^{注3} 、服薬 状況	○		○
	摂食嚥下機能（咀嚼、歯・義歯 等の状態を含む。）	○	○ 食形態の 適合性のみ	○
食に関する 状況	食欲の程度、食事回数、量（継 続時は配食の摂取量も確認）	○	○	○
	食品摂取の多様性 ^{注4}	○		○
	食物アレルギー	○		△
	買物・調理の状況	○		△

※ 自事業者の配食をおおむね週当たり2食以上かつ6か月以上継続して利用している者について実施

○：全ての利用者について実施、△：利用者によっては2回に1回程度でも可

注1：利用者の身体状況等に応じて設定する

注2：身長及び体重をもとに事業者でも算出できるようにしておく

注3：行事食等を提供する場合の栄養価の管理に係る留意点を含む

注4：主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日何回しているか 等

【推奨項目】

確認項目		注文時	継続時 初回（注文後 数週間以内）	継続時※ 年に1～2回 程度 ^注
社会参加の状況（外出頻度、閉じこもり傾向 等）		○		△
孤食・共食、ソーシャルサポートの状況		○		△
主観的な健康感		○		○

※ 自事業者の配食をおおむね週当たり2食以上かつ6か月以上継続して利用している者について実施

○：全ての利用者について実施、△：利用者によっては2回に1回程度でも可

注：利用者の身体状況等に応じて設定する

表 9-2³⁾

配食注文時のアセスメント及び継続時のフォローアップにおける確認項目例

【必須項目】

	確認項目	具体的確認事項	注文時	継続時 初回（注文後 数週間以内）	継続時 [※] 年に1～2回 程度 [※]
基本情報	居住形態	☐ 単身 ☐ 高齢者夫婦世帯 ☐ 高齢者世帯 ☐ その他（ ）	○		△
	要介護（要支援）認定	☐ なし ☐ 申請中 ☐ あり（申請したが非該当、要支援・要介護（ ））	○		○
	日常生活動作（ADL）、手段的日常生活動作（IADL）	☐ 自力 ☐ 部分介助が必要 ☐ 全介助が必要 ☐ その他（ ） （内容：（参考）食事、車椅子・ベッド間の移乗、整容動作、トイレ動作、入浴、水平面の歩行・車椅子の移動、階段昇降、更衣動作、排便コントロール、排尿コントロール） ☐ 自力 ☐ 部分介助が必要 ☐ 全介助が必要 ☐ その他（ ） （内容：（参考）電話、買物、食事の準備、家事、洗濯、移送の形式、自分の服薬管理、財産取扱い能力）	○		△
身体状況・健康状況	身長、体重（過去6か月の体重変化を含む。）、BMI	身長（ cm）、体重（ kg） BMI（ ）→BMI20以下（該当、非該当） 6か月間で2～3 kg以上の体重減少があった： ☐ なし ☐ あり	○		○ 過去6か月の体重変化のみでも可
	主な疾患、食事療法の要否・内容・程度、服薬状況	主な既往疾患： ☐ なし ☐ あり（ 年前）	○		○
		通院（南科医院も含む）： ☐ なし ☐ あり （内容： ）	○		○
		医師・管理栄養士等による食事療法の指示： ☐ なし ☐ あり （具体的内容： ）	○		○
		食物アレルギー： ☐ なし ☐ あり （食品名： ）	○		△
		服薬： ☐ なし ☐ あり （内容及び頻度： ）	○		○
	摂食嚥下機能（咀嚼、嚥・嚥嚥等の状態を含む。）	半年前に比べて固いものが食べにくくなった： ☐ はい ☐ いいえ	○	○ 食形態の適合性のみ	○
		口の渇きが気になる： ☐ はい ☐ いいえ			
		お茶や汁物等でむせることがある： ☐ はい ☐ いいえ			
食に関する状況	食欲の程度、食事回数、量（継続時は配食の摂取量も確認）	食欲： ☐ 全くない ☐ ない ☐ ふつうだ ☐ ある ☐ とてもある	○	○	○
		食事回数：（ 回/日）、外食頻度（ 回/週）、中食（総菜・弁当等）頻度（ 回/週）			
		量（継続時は配食の摂取量も）： ☐ ほとんど食べられない ☐ 3分の1は食べる ☐ 半分は食べる ☐ 8割程度は食べる ☐ 完食する			
	食品摂取の多様性	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の回数：（ 回/日）	○		○
	買物・調理の状況	買物や食事の準備上の支障： ☐ 支障なし ☐ 支障はないが困難 ☐ 支障あり 困難又は支障がある場合の内容（ ）	○		△
		調理関連で可能な行為： ☐ 火気管理 ☐ 電子レンジの使用 ☐ 食材や食器等の洗浄			

【推奨項目】

	確認項目	具体的確認事項	注文時	継続時 初回（注文後 数週間以内）	継続時 [※] 年に1～2回 程度 [※]
社会参加の状況（外出頻度、閉じこもり傾向等）		週に1回以上は外出している： ☐ はい ☐ いいえ	○		△
		昨年と比べて外出の回数が減っている： ☐ はい ☐ いいえ			
		就業又は何らかの地域活動をしている： ☐ はい ☐ いいえ			
孤食・共食、ソーシャルサポートの状況		一緒に食べる人：（朝） ☐ あり ☐ なし （昼） ☐ あり ☐ なし （夕） ☐ あり ☐ なし	○		△
		困り事や心配事があるとき、家族を含めた周りの人からサポートを受けることができる： ☐ はい ☐ いいえ			
主観的な健康感		健康だと思う： ☐ 全くそう思わない ☐ そう思わない ☐ 何ともいえない ☐ そう思う ☐ とてもそう思う	○		○

※ 自事業者の配食をおおむね週当たり2食以上かつ6か月以上継続して利用している者について実施

2018年1月作成

○：全ての利用者について実施、△：利用者によっては2回に1回程度でも可

注：利用者の身体状況等に応じてフォローアップの項目、頻度を設定する

4) 制度・運営に関する対応

制度は「知られていない」「使われていない」ことが最大の課題である。在宅療養支援病院では、退院直後から訪問栄養食事指導を導入することで、在宅移行を円滑にする（第6章参照）。

実務上のポイントは以下である。

- 算定要件の理解と周知
- 医師の指示体制の明確化
- 退院支援との一体運用

ICTによる記録・算定支援も有効である。

5) 連携拠点に関する対応

体制を持続させるためには「調整役」が必要である。地域の連携拠点として機能し、多職種の調整を担う拠点として市町村、保健所、医師会等関係団体等が想定され、栄養ケア・ステーション（第4章参照）も同様の役割を果たし得る。厚生労働省が令和8年3月に発表した「在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック第2版」（図9-1）を活用し、課題解決に向けた検討を進める。

実装のポイントは次の通りである。

	拠点の4機能を明確化 「調整」「育成」「相談」「情報集約」
	拠点の類型化 在宅療養支援病院型、栄養ケア・ステーション型、行政連携型など地域特性に応じた複数モデルの提示
	地域ケア会議との連動 拠点が地域課題を政策形成へつなぐ役割を担う
	持続可能性の確保 財源確保、人材育成、評価指標設定を組み合わせ、拠点機能を制度的に位置づける
	ICTハブ機能 遠隔相談、情報共有プラットフォームで物理的距離を超えた支援体制の構築

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に求められる役割

【在宅医療の体制構築に係る指針に位置付けた目標】多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図る。

地域の医療及び介護、障害福祉関係者等が参加する情報連携会議の開催

■地域における在宅医療の提供状況の把握と共有

在宅医療の各機能に沿って、以下のような情報の把握と共有を行う。

＜退院支援＞

・退院時調整に必要となる医療・介護資源の現状や、退院支援ルール等の導入状況

＜日常の療養支援＞

・訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問栄養食事指導等の利用状況

・医薬品等の提供体制の構築状況（相談応需・協議体制の整備状況を含む）

＜急変時の対応＞

・各医療機関の24時間対応として、自院による対応又は他の医療機関、薬局、訪問看護事業所等との連携による対応の構築状況（24時間対応の提供体制が構築できていない地域把握等）

＜看取りの状況＞

・訪問看護によるターミナルケアの利用状況

・ターミナルケアに必要な麻薬等の医薬品や医療機器（医療材料を含む）等の提供体制の構築状況

■把握・共有した情報等を通じた連携上の課題抽出

・地域で求められる在宅医療の機能（＜退院支援＞＜日常の療養支援＞＜急変時の対応＞＜看取り＞）の分析を行う。

・地域における連携ルールの導入、利用が進まない要因の分析

・急変時や24時間の対応を含む医薬品等の提供体制に係る課題の分析

■在宅医療の提供体制整備のための対応策の検討

・地域における退院支援、夜間、休日における在宅医療提供、急変時における患者受入れ等に関するルールの作成・整備

在宅医療の対応ができる医療機関等や在宅医療と連携する介護及び障害福祉サービス事業所について、所在地や有する機能の調査・把握と共有

各種サービスについて、所在地、在宅医療対応可否及び対応日時、施設規模、連絡先（窓口）等を把握するとともに、各サービスに応じた機能の把握と共有を行う。

医療機関：診療科、医療機関の種類、病床の有無、対応可能な医療処置、在宅患者（小児を含む）への対応可否

薬局：在宅患者（小児、開局時間外を含む）への対応可否、麻薬、無菌製剤処理等の在宅医療に係る薬局機能に関する対応可否、健康サポート薬局である旨の表示の有無、地域連携薬局・専門医療機関連携薬局の認定の有無

訪問看護事業所：対応可能な医療処置、24時間対応の可否、ターミナルケア対応の可否、在宅患者（小児含む）への対応可否

栄養ケア・ステーション：在宅患者（小児含む）への対応可否

介護サービスの提供施設（※）：施設種別、対応サービスの種類（訪問、入所、通所等）、配置職員の職種、対応可能な医療処置

障害福祉サービスの提供施設（※）：施設種別、対応サービスの種類（訪問、入所、通所等）

（※）各介護、障害福祉サービスの実施主体と連携した情報把握

質の高い在宅医療の提供体制の構築

・診療のバックアップ体制や夜間輪番制、診療連携、多職種連携、病診連携を進め、急変時の対応体制の構築や24時間体制を構築する。

・情報通信技術（ICT）を活用した診療情報の多職種間での共有体制を構築し、多職種による情報共有を進める。

・退院時（退院支援）や急変時の対応における関係機関間での患者情報等の円滑な共有ができるよう、連携ルールの整備等を進める。

（注）「在宅医療の体制構築に係る指針」では、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に求められる役割

【在宅医療の体制構築に係る指針に位置付けた目標】在宅医療に関する人材育成を行う。

在宅医療に係る医療、介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能の習得を目的に研修を行い、在宅医療を担う新たな人材の確保や既存の人材の専門性向上を図る。

■研修の実施

在宅医療の圏域内で把握された「連携上の課題」等を踏まえ、テーマを設定し、研修を行う。

【検討内容】テーマ、対象者（※）、開催形式、開催の周知方法、開催頻度等

（※）対象となる職種のみならず、想定する在宅医療の業務内容や経験年数、勤務地等も可能な限り具体的に検討

■知識・技能に関する情報共有

研修の開催以外にも、在宅医療の知識・技能についての情報共有を行い、人材育成を行う。

【在宅医療の体制構築に係る指針に位置付けた目標】在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行う。

現在在宅医療を利用している者のみならず、将来の潜在的な利用者も含め、それぞれの対象に即した周知内容及び周知方法を検討する。

■普及啓発の実施

【周知内容】地域の医療、介護、障害福祉サービスの所在地や有する機能、各在宅医療提供施設における関係機関との連携状況や住民への相談窓口（連絡先）等

【在宅医療の体制構築に係る指針に位置付けた目標】災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行う。

■業務継続計画（BCP）の策定支援（連携型・地域）

地域における在宅医療資源の把握、在宅医療に係る関係機関・関係職種等が参加する議論の場の提供等を通じて、連携型・地域の業務継続計画（BCP）の策定を支援する。

・機関型BCP：自機関のBCP

・連携型BCP：同業の支援派遣・応需、患者・利用者の受け入れ等の相互支援協定を含む、同業・類似事業所間の連携又は疾患別の診療科連携によるBCP

・地域BCP：地域全体の医療・ケア提供の継続と早期復旧を可能とすること、そして各機関のスタッフ・患者・利用者のみならず、多くの住民の「いのち」と「健康」と「暮らし」を守ることを目的とする、保健医療福祉の多職種・多機関によるBCP

■策定されたBCPの内容の関係機関・関係職種等での共有

策定された連携型・地域BCPの内容について、在宅医療に必要な連携を担う拠点を中心となって開催する会議等の機会を活用して、対象となる関係機関や関係者へ情報共有を行う。

■地域の抱える患者像や医療資源等の地域の実情を踏まえた災害時への備え

地域の実情に沿った災害への備えについて、地域の関係機関、関係者等で検討が行われるよう支援を行う。

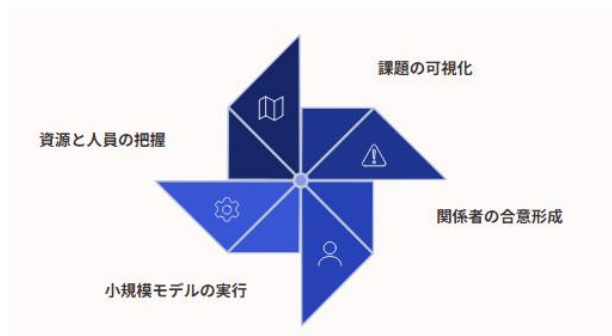
【検討内容】在宅医療において人工呼吸器等の医療機器を使用している患者、医療的ケア児、高度な薬学管理を必要とする患者などの患者像に照らし、災害時の治療継続/搬送等の体制、電源確保状況や在宅医療患者の安否情報の把握方法や共有方法等の事前整理と確認

図 9-1 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に求められる役割³⁾

4. 体制整備の進め方（実務フロー）

現場で体制を構築する際は、以下のステップで進めると効果的である。

- 地域の資源・人材の把握
- 課題の可視化（どこで止まっているか）
- 関係者間での合意形成
- 小規模モデルの実施
- 成果の共有と横展開



このプロセスを繰り返すことで、持続可能な体制が構築される。

5. 今後の展望

在宅の栄養管理体制の整備は、個別の専門職の努力ではなく、地域全体の仕組みとして設計されるべきものである。今後は、ICT の活用による情報連携の高度化、食支援との統合、地域特性に応じた柔軟な体制設計が重要となる。また、診療報酬・介護報酬制度との連動を強化し、実装可能な仕組みとして定着させる必要がある。

なお、在宅医療の体制構築のために活用できる財源として、地域医療介護総合確保基金（図 9-2）があることから、訪問栄養食事指導を担う管理栄養士の育成、訪問栄養食事指導の推進、人材確保を図るための研修会の実施等、各地域の実情に応じて適切に活用し、在宅療養者に対する切れ目のない栄養支援体制の構築につなげることが求められる。

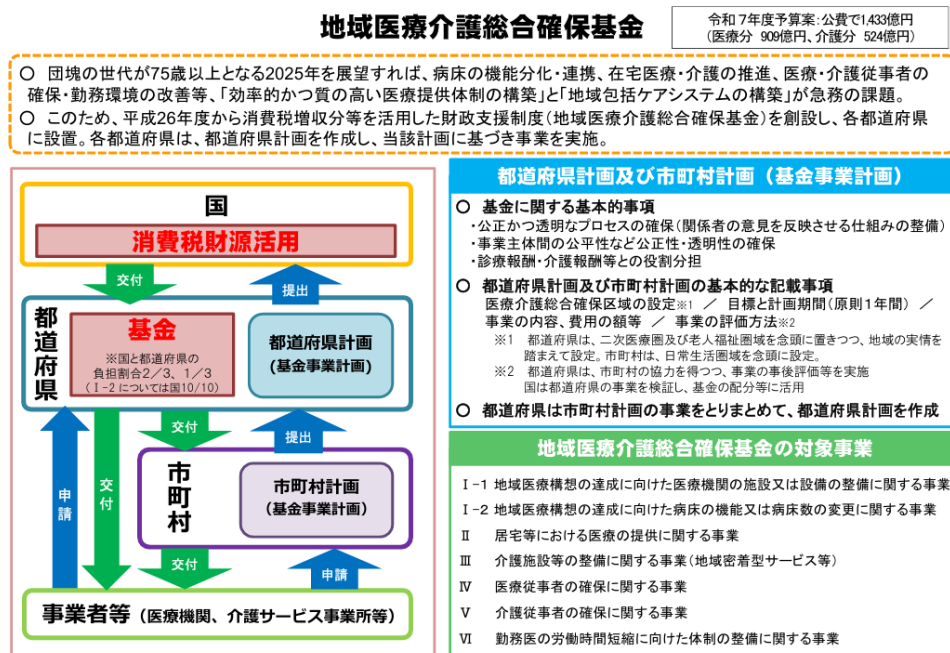


図 9-2 地域医療介護総合確保基金⁴⁾



参考文献

- 1) 令和 8 年度診療報酬改定 8. 質の高い在宅医療の推進
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001669888.pdf> (令和 8 年 3 月 16 日
閲覧)
- 2) 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)
- 3) 厚生労働省ホームページ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関
するガイドブック第 2 版」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001681861.pdf> (令和 8 年 3 月 31 日
閲覧)
- 4) 厚生労働省ホームページ 地域医療介護総合確保基金に関する通知
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713_00001.html
(令和 8 年 3 月 28 日閲覧)