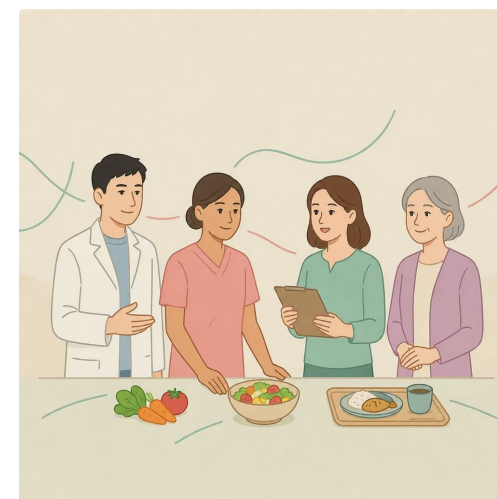


在宅医療における栄養管理 実践ガイド



本資料は、「在宅医療における栄養管理 実践ガイドー退院支援から看取りまでをつなぐ多職種連携ー」の概要版である。在宅医療・介護の現場において、栄養管理に関わる多職種が「誰が」「いつ」「何を確認し」「どこにつなぐか」を短時間で共有し、適切な連携を実践するための資料である。

【本ガイド14から16について】在宅医療における適切な栄養管理の実施に向けて、各職種が連携する際のポイントを示した。本研究を通じて、在宅での栄養管理を実現するには管理栄養士が各職種と具体的な役割分担を共有することが不可欠であることが明らかになった。また、必要時に病院等に勤務する管理栄養士や都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションへつなぐことが重要であり、「栄養課題を管理栄養士へつなぐ」場合は、サービス担当者会議等の既存の連携手順と整合する形で行う。

目次

在宅医療における栄養管理 実践ガイド



P.2 この概要版で伝えたいこと



P.3 見逃されやすいサインと対応



P.4 退院支援から看取りまでの全体像



P.5 管理栄養士の役割



P.6 訪問栄養食事指導の進め方



P.7-8 都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション



P.9 情報共有の方法



P.10 退院支援フロー



P.11 日常の療養支援フロー



P.12 看取り期支援フロー



P.13 事例から見える実践のポイント



P.14-16 専門職種別に見た連携のポイント
①②③



P.17 作成者・協力者

この概要版で伝えたいこと

在宅療養では、疾患の管理だけでなく、食事・嚥下・口腔機能・身体機能・介護力・買い物や調理環境等が療養生活を左右する。栄養管理は、退院支援から日常の療養支援、急変時対応、看取りまでをつなぐ**生活支援の基盤**である。



対象

管理栄養士、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、介護支援専門員、介護職等



目的

多職種が栄養課題に気づき、必要時に管理栄養士（訪問栄養食事指導等）へつなぐための共通の理解をつくる



活用場面

退院支援カンファレンス、在宅医療チーム内研修、サービス担当者会議、都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションの実務研修、連携会議等



読み方

制度・算定・様式・事例の詳細は本体版を参照し、本概要版では実践の流れと連携の要点を確認する

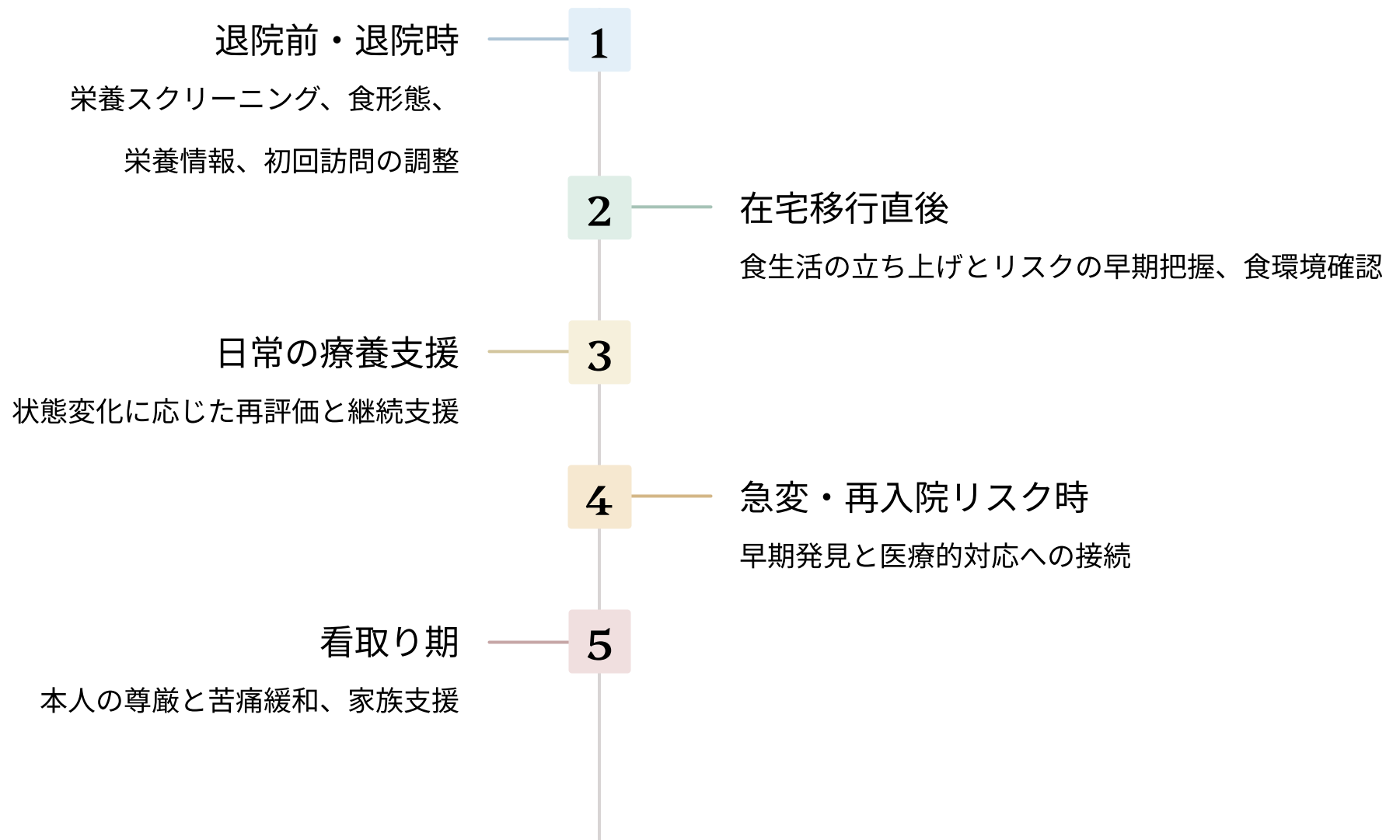
見逃されやすいサインと対応

見逃されやすいサイン	確認する視点	つなぐ先・対応例
体重減少・食事摂取量の低下	体重、食事摂取量、食事回数、補食、脱水、下痢、発熱	管理栄養士へ相談、多職種による原因の把握、食事・補食計画
むせ・食べこぼし・食事時間の延長	摂食・嚥下機能、認知機能、食形態、食べる姿勢、食具	歯科専門職・看護師・言語聴覚士・管理栄養士で評価を共有
買い物・調理が困難	独居等の家族構成、介護力、経済状況、配食・宅配の利用	介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー、地域資源につなぐ
治療として食事の調整が必要	糖尿病、腎疾患、肝疾患、がん、心不全、便秘、食欲不振、薬剤の影響	医師・薬剤師と方針共有、管理栄養士による生活に合う食事提案
看取り期の食への希望	本人の意思、家族の不安、苦痛、食べる楽しみ	多職種で合意形成し、無理のない支援を検討、管理栄養士による食の楽しみの実現

- ❏ 栄養課題は「食べていない」ことだけではなく、「食べられない理由」「続けられない理由」「支援につながらない理由」を多職種で見つけることが重要である。

退院支援から看取りまでの全体像

栄養管理は、退院時だけ、訪問時だけ、看取り期だけに切り分けて考えるものではない。入院中から在宅生活を見据え、在宅移行後も状態変化に応じて再評価し、人生の最終段階では本人・家族の価値観に沿った支援へ重心を移す。



管理栄養士の役割

管理栄養士は、食事摂取量・栄養状態・疾患・口腔嚥下機能・ADL・生活環境・介護力を統合し、本人の生活に即した栄養ケアを提案する。多職種が把握している情報をつなぎ、具体的な食事・栄養の実践に落とし込む役割を担う。医師の医学的判断や栄養ケア・マネジメントの流れと整合させながら支援することが基本姿勢である。

退院支援

退院後の食事内容・食形態・栄養補給方法を在宅生活に合わせて整理する。必要時、訪問栄養食事指導の実施や地域資源につなぐ。

初回訪問

食事摂取状況、栄養状態、生活環境、調理・買い物、介護力、本人の希望を確認し、実行可能な食事方法を提案する。

継続支援

体重・食事摂取量・症状・生活変化を再評価し、栄養ケア計画を更新する。変化の有無、次回目標、他職種への依頼事項を共有する。

看取り期

必要栄養量の確保、本人の希望・苦痛・家族の不安を踏まえて支援する。

訪問栄養食事指導の進め方

訪問栄養食事指導では、栄養ケア・マネジメントの流れに沿って、評価・計画・実施・再評価を行う。重要なのは、本人の生活に合う実行可能な支援にすることである。「在宅で実行できる方法に置き換える」「誰が次に確認するかを決める」という視点が他職種にも伝わりやすい。

01	02	03
依頼・情報収集	初回訪問・評価	計画作成
主治医の方針、疾患、検査値、食形態、サービスの利用状況、家族状況を確認し、依頼目的と優先課題を明確にする。	体重、食事摂取量、摂食・嚥下機能、口腔、排便、服薬、台所（冷蔵庫・調理機器・器具）・配食利用を確認。生活場面から「続けられる方法」を確認する。	食事内容、補食、栄養剤、調理、食材の購入方法、支援者の役割を本人・家族が理解できる言葉で具体化する。
04	05	
実施・助言	再評価・再計画	
食事形態、献立、補食、食具、食べ方、介護者の負担等について助言し、関係職種へ次の行動を共有する。	体重、食事摂取量、症状、生活変化、実行可能性を確認。「食べられたか」だけでなく「続けられるか」を確認する。	



都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションの位置づけ

都道府県栄養士会が運営する栄養ケア・ステーションは、地域における栄養支援の相談・連携拠点としての窓口である。医療機関に管理栄養士が十分配置されていない場合でも、地域の管理栄養士とつながることで、在宅療養者の栄養課題を適切な支援につなげることが可能となる。

【日本栄養士会または各都道府県栄養士会のホームページを参照】



相談窓口

在宅療養者の栄養課題について、相談先を明確にする役割を担う。退院支援やサービス担当者会議、地域包括支援センターからの相談に対応し適切な支援につなげる。



専門職派遣・連携

地域の管理栄養士と医療・介護チームをつなぐ役割を担う。訪問栄養食事指導や個別相談、研修等での活用が可能。



地域のハブ

個別支援だけでなく、医療機関・介護事業所・行政・関係団体との連携を支える。多職種研修や連携会議の開催、地域課題の共有を担う。



人材育成

在宅の栄養管理に関わる管理栄養士の実務力向上を支援する。実務研修、事例検討、同行支援・現場で求められる専門性の向上を図る相談体制の整備を通じて提供する。

都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションの活用場面

都道府県栄養士会が運営する栄養ケア・ステーションの活用は、個別支援にとどまらず地域の栄養支援体制の整備にも関係する。地域の実情に応じて、医療機関・介護事業所・地域包括支援センター・行政等との接続を検討することが重要である。「管理栄養士に相談できること」を医療・介護職が認識しているだけで、栄養課題の早期発見と早期介入につながりやすくなる。

活用場面	相談・連携の入口	具体的な活用例
退院支援	病院の退院支援部門、病院管理栄養士	退院後の食事・食形態・栄養補給方法を在宅側に共有し、必要時に地域の管理栄養士へつなぐ
在宅医療チーム	主治医、看護師、介護支援専門員	食事内容、食事量低下、体重減少、むせ、調理困難などを確認し、栄養相談・訪問につなぐ
介護事業所・地域包括支援センター	介護職、生活支援担当者	食生活の変化や買い物困難を把握し、地域資源・配食サービス等と組み合わせる
自治体・関係団体	在宅医療・介護連携推進事業等	多職種研修、連携ルールづくり、相談窓口の周知を行う

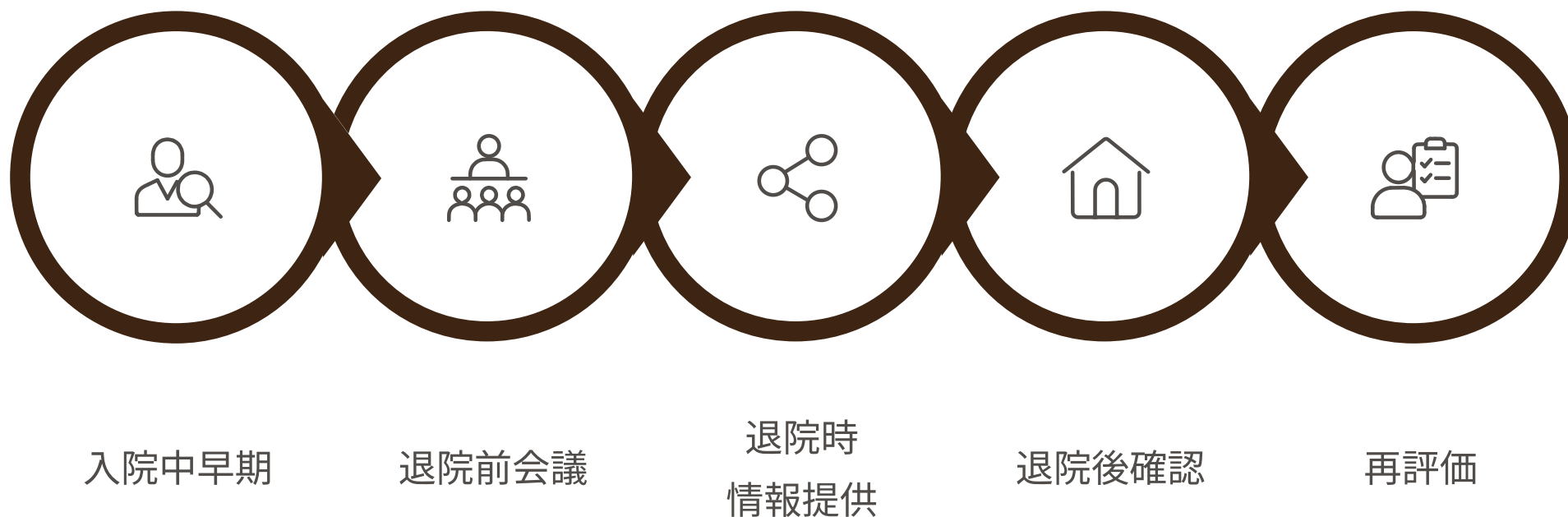
情報共有の方法

情報共有は、詳しさよりも「必要な人に、必要なタイミングで、次の行動が分かる形」で行うことが重要である。カンファレンス・ICT・連絡帳・報告書・電話等を組み合わせて活用する。ICTを使う場合も、守秘義務・記録の所在・閲覧権限・緊急時の連絡手段を確認することが必要である。

共有する情報	記載例	共有先
低栄養リスク	体重が1か月で減少、食事摂取量が半分程度、むせが増えた等	主治医、看護師、介護支援専門員、管理栄養士
食形態・食べ方	主食・副食の形態、飲水、とろみ、姿勢、食具、食事時間の延長	家族、介護職、歯科専門職、言語聴覚士、看護師
生活環境	買い物、調理、配食、冷蔵庫の状況、介護者の負担	介護支援専門員、MSW、介護職、行政・地域資源
計画と役割	次回までに誰が何を確認するか、どの指標で評価するか	関係職種全員
緊急時の連絡	発熱、脱水、摂取不能、急な嚥下悪化等の連絡先	主治医、看護師、家族

退院支援フロー

退院支援では、入院中に整えた栄養管理を在宅生活にそのまま移すのではなく、在宅で実行可能な形に再設計する。低栄養リスクや食形態調整が必要な場合には、退院後の訪問栄養食事指導や栄養ケア・ステーションとの連携を退院前から検討する。



退院直後は、「実際に食べられているか」「家族が準備できているか」を早期に確認し、必要時は訪問栄養食事指導や都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションへ速やかにつなぐことが在宅移行後の安定につながる。

日常の療養支援フロー

在宅療養の定着後は、定期訪問やサービス担当者会議等を通じて、栄養状態と生活状況を継続的に確認する。状態が安定している場合でも、食欲低下・体重減少・嚥下機能低下・介護者負担の増大は早期に把握することが重要である。「体重が減った」だけでなく、なぜ減ったのかを多職種で確認する。生活環境が変わった時は、食事内容や食事準備の方法も変わりやすい。



日々の介護・看護

食事量、残食、むせ、食事時間、表情、体調変化を確認。変化があれば主治医・介護支援専門員・管理栄養士へ共有する。



定期訪問

体重、浮腫、脱水、排便、服薬、活動量、褥瘡を確認。必要に応じて食事内容・補食・栄養剤等を見直す。



サービス担当者会議

目標・役割分担・家族負担・地域資源を確認し、栄養課題をケアプランに反映する。



状態変化時

食欲低下、発熱、嚥下悪化、入退院、介護者不在があれば早期に医療的評価と栄養計画の再検討を行う。

看取り期支援フロー

看取り期には、本人の尊厳・苦痛の軽減・家族の納得・食べる楽しみを支える視点が重要となる。管理栄養士は、多職種とともに、医学的妥当性と本人・家族の価値観の両方を踏まえた食べることの支援を行う。多職種で同じ説明を行い、家族の納得を支えることが基本姿勢である。

1

意思・希望の確認

本人が何を望むか、家族が何を心配しているかを把握し、食べる・食べないを含め本人の価値観を尊重する

2

医学的状态の共有

嚥下、呼吸、意識、苦痛、脱水、薬剤、予後の見通しを主治医・看護師と共有する

3

食支援の調整

食形態、分量、嗜好品、口腔ケア、姿勢、介助方法を検討。無理なく楽しみや安心につながる方法を選ぶ

4

家族支援・振り返り

「食べさせたい」思いや不安に寄り添い、多職種で同じ説明を行う。状況に応じて目標を更新する

事例から見える実践のポイント

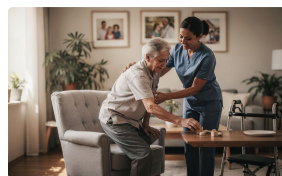
「どの職種が、どの局面で、何を支えたか」が一目で分かることが重要である。詳細事例・様式・具体的記録は本体版を参照すること。



回復モデル

訪問栄養食事指導と訪問看護等が協働し、嚥下障害や低栄養からの回復を支える。

要点：早期介入、再評価。看護・歯科・リハビリテーションとの情報共有。



生活機能の統合モデル

リハビリテーション・栄養・口腔管理を一体的に行い、経口摂取や生活機能の改善を目指す。

要点：食べる力、動く力、口腔機能を分けずに見る。



生活再構築モデル

独居・調理困難等を含め、食事を生活の中で続けられるよう、また介護者の食事準備に関する負担を軽減するよう支援する。

要点：配食・買い物・調理・介護サービスと組み合わせる。



人生支援モデル

ALS等の終末期で「食べたい」という願いを多職種で支える。

要点：医学的安全性、本人の価値観、家族の納得を調整する。

専門職種別にみた連携のポイント①



医師

 **接点**：疾患管理、治療方針、検査値、薬物療法、看取り方針

 **つなぐ目安**：食事制限や栄養補給の方針整理が必要な場合、体重減少・食事量低下が続く場合。管理栄養士と治療方針・栄養評価を共有。

 **管理栄養士ができること**：食事制限の方針整理・栄養補給方法の選択・体重減少や摂取不良が続く患者さんへの対応については医師の判断のもと、生活に見合った食事・栄養管理を具体的に提案。



歯科医師・歯科衛生士

 **接点**：口腔機能、義歯、咀嚼、摂食嚥下、口腔衛生

 **つなぐ目安**：むせ、食形態不一致、口腔機能低下により摂取量が落ちている場合。咀嚼・嚥下機能に応じた食事形態の調整を管理栄養士と連携して実施。

 **管理栄養士ができること**：口腔機能低下・義歯不適合・咀嚼困難・嚥下機能障害により食事摂取量が落ちている患者さんへの対応として、口腔機能の評価と栄養状態を連動させ、食形態の調整や食事計画を歯科専門職と連携して提案。



薬剤師

 **接点**：薬剤による食欲低下、便秘、味覚変化、栄養剤・食品との関係

 **つなぐ目安**：薬剤の影響が疑われる食欲低下、栄養剤利用時の調整が必要な場合。食欲低下や副作用を共有。

 **管理栄養士ができること**：薬剤による食欲低下・便秘・味覚変化が気になる際に、服薬状況を踏まえた食事の工夫や補食・栄養剤の調整を、医師の方針と整合しながら提案。

専門職種別にみた連携のポイント②



看護師

 **接点**：体重、脱水、褥瘡、全身状態、家族の介護力

 **つなぐ目安**：食事量低下、褥瘡、浮腫み、脱水、急な状態変化がある場合。食・栄養の観点から状態変化を共有。

 **管理栄養士ができること**：食事量低下・体重減少・褥瘡・脱水・急な状態変化を観察した際に、訪問の日々のケアで得た情報を共有していただくことで、栄養評価と食事計画の再検討を速やかに提案。



リハビリテーション専門職

 **接点**：ADL、姿勢、摂食動作、嚥下、むせ、活動量

 **つなぐ目安**：食事姿勢・食具・食事動作により摂取が妨げられている場合。低栄養やサルコペニアに留意し連携。

 **管理栄養士ができること**：食事姿勢・食事動作・嚥下・活動量が摂取に影響していると感じた際、食べる力・動く力・栄養状態を一体的に捉え、リハビリテーションの効果を栄養面から支える計画を提案。



介護職

 **接点**：日々の食事量、食べ方、残食、食事の様子、生活環境

 **つなぐ目安**：食事量低下、むせ、食べこぼし、調理困難、買い物困難に気づいた場合。情報共有。

 **管理栄養士ができること**：日々のケアの中で食事量の低下・むせ・食べこぼし・調理や買い物の困難に気づいた際には、栄養評価と食事支援の見直しを速やかに提案。

専門職種別にみた連携のポイント③



医療ソーシャルワーカー

 **接点**：退院支援、社会資源、経済面、家族支援

 **つなぐ目安**：食事確保・配食・買い物支援・制度利用の調整が必要な場合。社会資源・制度支援の観点から、経済状況、介護力、家族関係などの心理的課題を共有。

 **管理栄養士ができること**：食事確保・配食サービス・買い物支援・経済的な理由による食生活の困難がみられる際には、社会資源の活用と栄養支援を組み合わせ、生活の中で食事が継続できる方法を提案。



介護支援専門員

 **接点**：ケアプラン、サービス調整、生活課題の把握

 **つなぐ目安**：支援者の役割を調整する必要がある場合、介護者の食事準備に対する負担が大きい場合。ケアプランに栄養課題や栄養目標を反映。

 **管理栄養士ができること**：栄養課題をケアプランに反映する必要がある際・食事に関する支援者の役割調整が必要な際には、サービス担当者会議等を通じて、栄養管理の目標と役割分担を提案。



管理栄養士間の連携

 **接点**：病院から在宅、診療所、都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション間の情報継続

 **つなぐ目安**：退院時の栄養情報、在宅での実行可能性、再評価結果を共有する場合

作成者・協力者

作成者

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）

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）

（続き）

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）