

# 管理栄養士が在宅訪問を行う 「はじめの一步」 — 居宅療養管理指導 —



令和7年度老人保健健康増進等事業  
「在宅における栄養管理・口腔管理の充実に関する調査研究事業」

項目	ページ
はじめに	1
<b>第1章 管理栄養士による居宅療養管理指導の必要性</b>	2
1. なぜいま、管理栄養士による居宅療養管理指導なのか	2
2. 管理栄養士が居宅療養管理指導を行うことの効果	4
3. 管理栄養士が求められている場面は？	5
<b>第2章 居宅療養管理指導制度の整理(令和6年度介護報酬改定を中心に)</b>	7
1. 管理栄養士による居宅療養管理指導の制度	7
2. 居宅療養管理指導の目的と算定の仕組み	9
3. 管理栄養士が関わる居宅療養管理指導の契約方法	10
① 居宅療養管理指導(Ⅰ)の流れ:自施設の管理栄養士が行う(基本形)	12
② 居宅療養管理指導(Ⅱ)の流れ:外部の管理栄養士が行う(外部委託・連携型)	12
コラム 栄養ケア・ステーションとは？	14
コラム 居宅療養管理指導(Ⅱ)をスムーズに算定するための工夫	15
<b>第3章 管理栄養士が居宅療養管理指導を行うための基礎知識</b>	16
1. 訪問の準備	16
2. 初回訪問から記録までの流れ	16
3. 実践上の工夫と注意点	18
4. 感染対策	19
5. 時間管理	19
6. 記録の工夫	19
7. 他職種との連携	20
<b>第4章 先駆事例に学ぶ管理栄養士による居宅療養管理指導！</b>	23
事例① 栗山赤十字病院	26
事例② 相澤病院	30
事例③ 医療法人かがやき	34

項目	ページ
事例④ メディケアクリニック石神井公園	38
事例⑤ 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック	42
事例⑥ はみんぐ南河内・認定栄養ケア・ステーションからふる	46
事例⑦ 介護老人保健施設アイリス	50
事例⑧ 介護老人保健施設グリーン・ボイス	54
コラム① 介護老人保健施設 湯の里まとは	58
コラム② 長崎県栄養士会(ながさき栄養ケア・ステーション)	60
参考文献	62

## はじめに

わが国では急速な高齢化が進み、住み慣れた地域や自宅で療養生活を送る高齢者が年々増加しています。

病院から在宅への移行が加速する中、退院後の栄養管理を地域で支える専門職として、管理栄養士への期待はかつてないほど高まっています。

在宅療養者の生活の質を支える上で、「食」と「栄養」の果たす役割は極めて重要です。しかし、自宅では専門職が常に関与できる環境ではなく、低栄養や嚥下機能の低下、介護者の不安といった課題が見過ごされやすい現状があります。こうした課題に 대응することができるのが、管理栄養士による居宅療養管理指導です。

令和 6 年度の介護報酬改定では、居宅療養管理指導の対象要件が拡充され、制度面からも在宅栄養ケアの推進が後押しされています。社会的ニーズと制度整備が重なるいま、管理栄養士が在宅の現場に踏み出すタイミングが訪れています。

本書は、在宅分野への「はじめの一步」を踏み出そうとする管理栄養士の皆様に向けて作成しました。制度の理解から訪問の準備・実践方法、多職種連携、さらには全国の先駆事例まで、実践に必要なエッセンスをわかりやすく整理しています。これまでどの職場で培ってきた経験も、在宅では確かな力となります。ぜひ本書を片手に、地域の「食と生活」を支える新たな一步を踏み出していただければ幸いです。

令和 7 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業  
在宅における栄養管理・口腔管理の充実に関する調査研究事業 検討委員会

## 第1章 管理栄養士による居宅療養管理指導の必要性

### 1. なぜいま管理栄養士による居宅療養管理指導なのか

わが国では、高齢化の進行に伴い、住み慣れた地域や自宅で療養生活を送る高齢者が年々増加し、「住み慣れた地域で最期まで暮らせる社会」を目指す”地域包括ケアシステム”の構築が進んでいます。病院から在宅への移行が進む中、退院後の栄養管理を担う地域の専門職としての管理栄養士のニーズが高まっています。

在宅療養者の生活の質を支える上で、「食」と「栄養」の役割は極めて重要です。在宅では、病院のように専門職が常に関与できる環境ではなく、本人や家族が試行錯誤しながら食事を整えているケースも少なくありません。その結果、低栄養や体重減少、嚥下機能低下、褥瘡の発生のほか、呼吸苦や口腔乾燥などのつらい症状の増悪など、栄養に起因する問題が見過ごされやすい状況にあります。

また、介護者の多くが「何を、どのように食べさせればよいかわからない」「食べられなくなっていくことが不安である」といった悩みを抱えていることも、先行研究から明らかになっています<sup>1)</sup>(図1)。特に終末期や看取り期においては、食事をめぐる不安が家族の心理的負担となることが指摘されています<sup>2,3)</sup>。

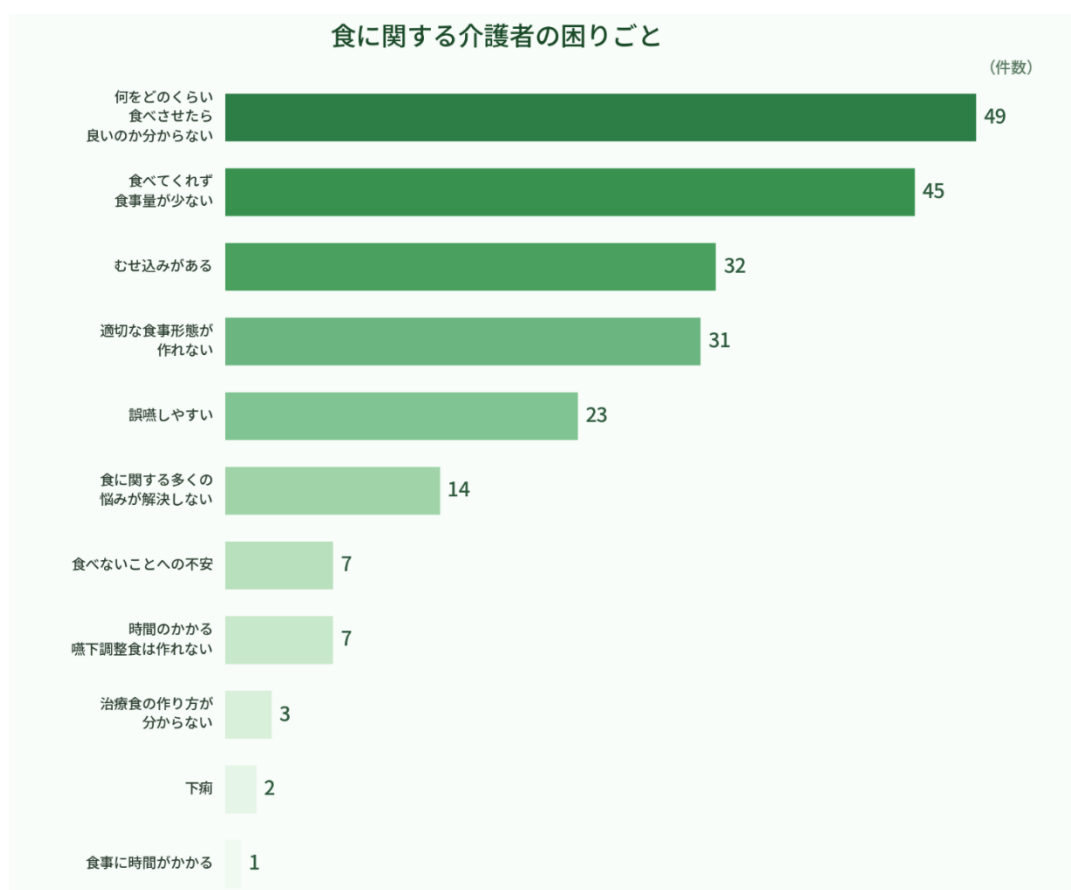


図1 食に関する介護者の困りごと

こうした課題に対して、管理栄養士による居宅療養管理指導は、専門的かつ実践的な支援として重要な役割を果たします。管理栄養士は、身体状況、疾患、生活環境、嗜好、調理能力など、多面的な情報を整理した上で、在宅で「実行可能な食事」を提案できる専門職です。単なる栄養指導にとどまらず、生活の質(QOL)の向上につながる、毎日の生活に寄り添った支援を行える点が大きな強みです。居宅療養管理指導を含めた訪問栄養指導の算定回数は年々増加しており、社会的ニーズが着実に高まっていることも示されています<sup>4)</sup>(図2)。

近年の介護報酬改定においても居宅療養管理指導の充実が図られ、制度面からも在宅栄養ケアの推進が後押しされています(詳細は第2章)。

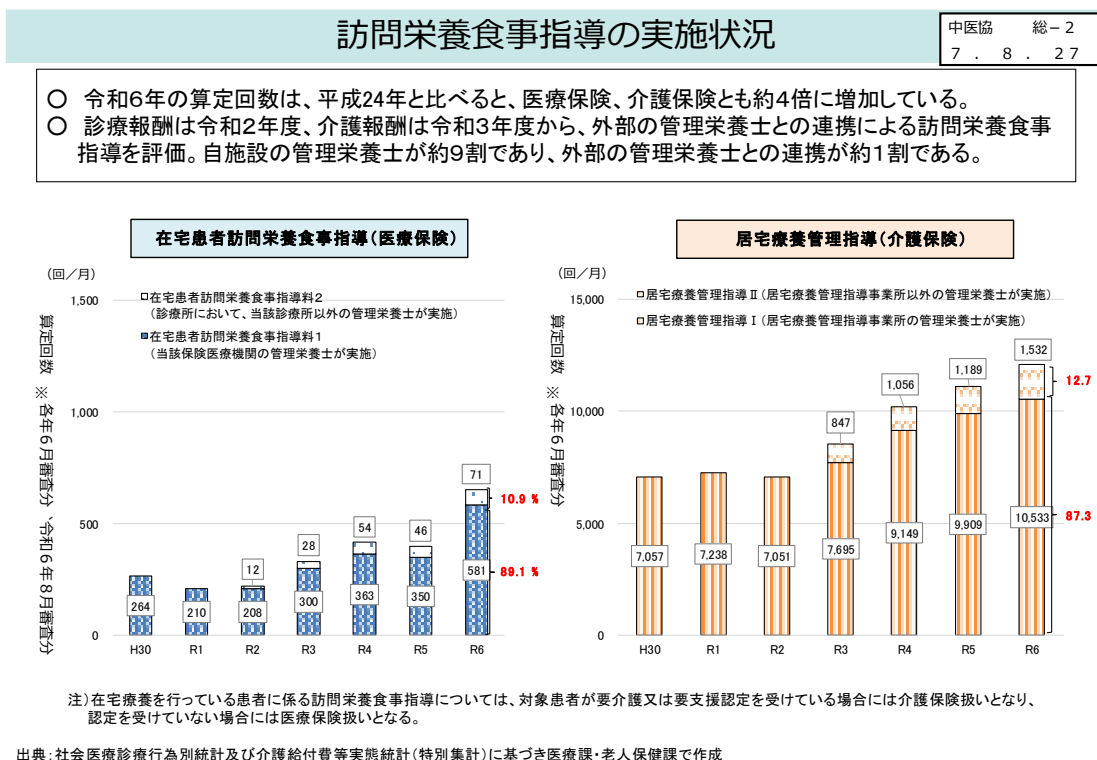


図2 訪問栄養食事指導の実施状況

以上のように、制度的背景、現場の課題、エビデンスの蓄積、社会的ニーズの高まりを踏まえると、いままさに管理栄養士による居宅療養管理指導が求められる時代に入っていると言えます。一方で、実施体制には地域などで差があり、十分に活用されていない地域も少なくありません。今後は、より多くの管理栄養士が在宅分野に関わることが求められています。

本書では、在宅分野に一步踏み出そうとする管理栄養士の皆様が、自信をもって実践に取り組めるよう、介護報酬における居宅養管理指導制度の理解から具体的な実践方法まで「はじめの一步」をわかりやすく整理していきます。

## 2. 管理栄養士が居宅療養管理指導を行うことの効果

これまでの研究により、管理栄養士が在宅訪問し、栄養指導を行うことは、在宅療養高齢者の栄養状態や生活機能の維持・改善に有効であることが示されています。

管理栄養士が在宅に訪問し、栄養指導を継続的に実施した高齢者を対象とした研究では、体重やBMIの維持、栄養状態指標(MNA)の改善、ADLの向上などが認められ、また、身体機能や精神的健康を含むQOLの一部指標においても、有意な改善がみられたことが報告されています<sup>5)</sup>(表1)。これらの結果から、管理栄養士による介入は、単に栄養状態を改善するだけでなく、日常生活の自立や生活の質の維持にも寄与することが示唆されています。

継続群の介入時と介入後の比較 (n=53)				継続群の介入時と介入後のQOLの比較 (n=53)			
項目	介入時	介入後	p値	QOL指標	介入時	介入後	p値
体重 (kg)	50.1±10.3	51.0±10.1	★ 0.01	PF 身体機能	32.7±13.7	35.5±13.0	★ 0.05
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	21.2±3.4	21.4±3.2	★ 0.01	RP 日常生活役割機能 (身体)	33.1±13.5	34.5±12.7	ns
訪問栄養指導回数 (回/月)	1.6±0.7	1.5±0.5	ns	BP 体の痛み	48.3±6.7	48.3±7.9	ns
アルブミン値 (mg/dL)	3.9±0.4	3.9±0.4	ns	GH 全体的健康感	45.4±6.7	46.3±6.5	ns
MNA <sup>®</sup> (点)	20.1±4.4	21.1±3.6	★ 0.05	VT 活力	45.7±6.5	45.6±5.9	ns
SF-8 PCS (点)	36.1±9.8	37.1±9.5	ns	SF 社会的生活機能	39.0±11.7	40.3±10.8	ns
SF-8 MCS (点)	46.3±7.1	47.7±8.5	ns	RE 日常的役割機能 (精神)	43.2±10.9	44.9±9.6	ns
ADL (点)	52.4±32.7	54.7±32.2	★ 0.01	MH 心の健康	44.8±7.2	46.7±6.7	★ 0.05

表1 管理栄養士による在宅訪問における栄養介入とその効果

さらに、管理栄養士が看取り期にある在宅療養者に積極的に在宅支援を行うことで、食事摂取の維持につながり、特にベースライン時の食事摂取割合等の因子を統計学的に調整しても副食摂取量の維持につながることが報告されています<sup>6)</sup>(図3)。これは、継続的な関わりを通じて、食事内容の調整や環境改善、介護者への助言が適切に行われている結果と考えられます。

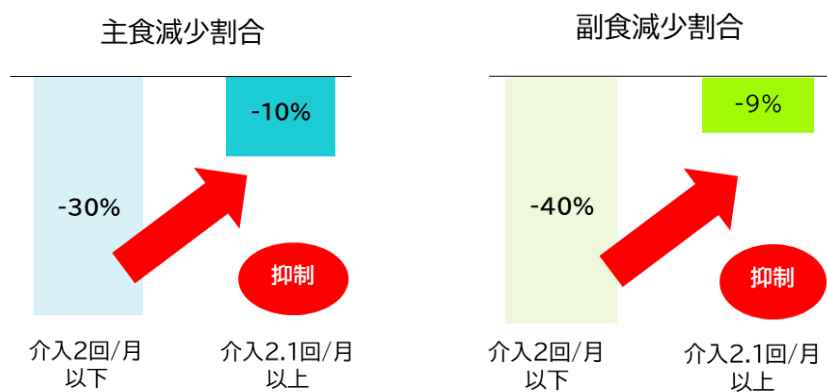


図3 訪問頻度別の食事摂取量の変化

このように、管理栄養士による居宅療養管理指導を始めとした在宅栄養ケアは、栄養状態の改善にとどまらず、生活機能の維持、QOLの向上、介護負担の軽減、さらには尊厳ある生活の支援にもつながる包括的な効果がある可能性を有しています。在宅療養を支える多職種チームの中に管理栄養士が参画することは、質の高い在宅ケアを実現する上で、極めて重要であると言えます。

### 3. 管理栄養士が求められている場面は？

令和7年度老人保健健康増進等事業「在宅における栄養管理・口腔管理の充実に関する調査研究事業」の居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、通所介護、通所リハビリテーション、看護小規模多機能型施設、短期入所生活介護を対象としたアンケート調査を行いました(7)。食事・栄養に関する課題は高い割合で把握されており、多くの事業所で「食事摂取量の低下」「体重減少」「食欲低下」といった変化が日常的に確認されていましたが、低栄養の評価については、「評価を行っていない」「評価方法がわからない」と回答した事業所が多数でした。

つまり、多くの事業所では、体重減少や食事量の低下といった変化には気づいているものの、それを低栄養リスクとしてどのように判断すればよいのか、どの指標を用いればよいのか、また、飲み込みにくさや息苦しいなどの症状や病態、治療や薬剤などと食生活との関連について、十分な知識や経験がない状況にあります。この現状は、在宅分野に関わる管理栄養士にとって大きな役割を發揮する余地があることを示しており、現場では専門的な評価(アセスメント)と判断の「よりどころ」となる存在が強く求められています。

これらの結果から、管理栄養士が特に求められている場面は、主に次の4つに整理することができます(表2)。

第一に、「食事量が減ってきた」「体重が減少している」といった変化がみられた初期段階です。この要因や原因を栄養面から評価(アセスメント)し、低栄養リスクを適切に判断することが、重症化の予防につながります。日常的な観察と専門的評価をつなぐ役割として、管理栄養士の関与が重要となります。

第二に、「課題把握後に具体的な支援へつなげる場面」です。調査では、把握された課題がケアプランや支援内容に十分に反映されていない事例も多くみられました。管理栄養士が関与することで、情報を整理し、実行可能な支援方針として現場に提示することが可能となります。

第三に、「日常的な相談や助言が必要となる場面」です。「このまま様子を見てよいのか」「食事内容をどう工夫すればよいか」「栄養補助食品を使うべきか」「生活に支障が生じている原因や要因に、食生活上の問題が潜んでいないか」といった迷いは、現場で頻繁に生じています。こうした場面において、気軽に相談でき、現場の状況に即した助言を行える存在として、管理栄養士が強く求められています。

第四に、「多職種連携を調整する場面」です。在宅ケアの現場では、医師、看護師、リハビリ職、介護職、ケアマネジャーなど、多くの職種が関わっています。その中で、栄養の視点を整理し、共有し、支援全体に反映させる役割を担うことも、管理栄養士に期待されています。

場面	こんな場面(現場の声)	管理栄養士の視点・知識	これにより
①初期評価(アセスメント)	「食事量が減った」「体重が落ちた」	客観的指標による低栄養リスク確認 栄養アセスメントにより原因や要因の把握	重症化予防・早期介入
②支援立案	課題がケアプランに反映されない	情報整理→実行可能な支援方針の提示	多職種が動ける形に落とし込む
③日常相談	「このまま様子を見ていいのか」	食形態・補助食品・症状と食に関する助言	現場の迷いを解消する判断軸の提供
④多職種連携	職種間で栄養情報が共有されない	栄養の視点の整理・共有・ケアへの反映	チーム全体の支援の質向上

表 2 管理栄養士が求められる場面とその対応等

管理栄養士による居宅療養管理指導を始めるにあたっては、最初から高度な評価(アセスメント)や複雑な介入を行う必要はありません。これまでの管理栄養士としての経験を活かし、体重変化、食事摂取量、食欲、食事形態といった基本的な情報を整理し、簡便な栄養スクリーニングを用いてリスクを可視化することが重要です。その上で、必要に応じて詳細な評価(アセスメント)や支援につなげていくという、段階的な関わり方が現場にも受け入れられやすい方法と言えます。

どんなに完璧な栄養計画でも、利用者やご家族等が実行できなければ意味がありません。指導内容は、経済状況、調理環境、ご家族等の介護力を考慮し、「これならできる」という視点から提案します。目標は段階的に設定し、体重の維持や食事摂取量の微増など、小さな改善を具体的に評価(アセスメント)し、利用者様とご家族のモチベーション維持に努めます。治療食であっても、利用者の嗜好や食文化を尊重し、食事がQOL(生活の質)の低下につながらないように配慮し、食事の「楽しみ」の維持への配慮も大切です。また、適切な栄養食事指導を実施するためには、栄養ケアプロセスの手順に沿って介入することをお勧めします(詳細は第3章)。

他にも、定期的な相談窓口の設置や、多職種カンファレンスへの参加などを通じて、顔の見える関係を構築することも、地域での連携を円滑に進める上で有効です。こうした取り組みを積み重ねることで、管理栄養士の専門性が地域の中で自然に活かされる体制が形成されていくと考えられます。

このように、管理栄養士は「栄養指導を行う専門職」にとどまらず、地域において「課題を評価(アセスメント)し、支援につなぎ、現場を支えるコーディネーター」としての役割を担っています。今後は、管理栄養士自身が積極的に在宅の現場と関わり、「いつ」「どのような場面で」「どのように関与できるのか」を具体的に示していくことが、在宅栄養ケアの質の向上につながると期待されます。



## 2. (1) ⑭ 居宅療養管理指導における管理栄養士及び歯科衛生士等の通所サービス利用者に対する介入の充実

概要	【居宅療養管理指導★】																			
○ 居宅療養管理指導費について、通所サービス利用者に対する管理栄養士による栄養食事指導及び歯科衛生士等による歯科衛生指導を充実させる観点から、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す。 【告示改正】																				
算定要件等																				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>&lt;現行&gt;</p> <p>ニ 管理栄養士が行う場合 注1 在宅の利用者であって<b>通院又は通所</b>が困難なものに対して、(中略)1月に2回を限度として、所定単位数を算定する。</p> <p>ホ 歯科衛生士等が行う場合 注1 在宅の利用者であって<b>通院又は通所</b>が困難なものに対して、(中略)1月に4回を限度として、所定単位数を算定する。</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>&lt;改定後&gt;</p> <p>ニ 管理栄養士が行う場合 注1 在宅の利用者であって<b>通院</b>が困難なものに対して、(中略)1月に2回を限度として、所定単位数を算定する。</p> <p>ホ 歯科衛生士等が行う場合 注1 在宅の利用者であって<b>通院</b>が困難なものに対して、(中略)1月に4回を限度として、所定単位数を算定する。</p> </div> </div>																				
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px dashed orange; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">&lt;現行&gt;</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr> <th>利用者の状況</th> <th>通所可</th> <th>通所不可</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>通院可</td> <td style="text-align: center;">×</td> <td style="text-align: center;">×</td> </tr> <tr> <td>通院不可</td> <td style="text-align: center;">×</td> <td style="text-align: center;">○</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">➡</div> <div style="border: 1px dashed orange; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">&lt;改定後&gt;</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr> <th>利用者の状況</th> <th>通所可</th> <th>通所不可</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>通院可</td> <td style="text-align: center;">×</td> <td style="text-align: center;">×</td> </tr> <tr> <td>通院不可</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div> <p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">(厚生労働省)令和6年度介護報酬改定における改定事項について</p>			利用者の状況	通所可	通所不可	通院可	×	×	通院不可	×	○	利用者の状況	通所可	通所不可	通院可	×	×	通院不可	○	○
利用者の状況	通所可	通所不可																		
通院可	×	×																		
通院不可	×	○																		
利用者の状況	通所可	通所不可																		
通院可	×	×																		
通院不可	○	○																		

図5 令和6年度介護報酬改定における管理栄養士による居宅療養管理指導の充実

## 2. (1) ⑳ 管理栄養士による居宅療養管理指導の算定回数の見直し

概要	【居宅療養管理指導★】	
○ 終末期等における、きめ細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利用者について期間を設定したうえで追加訪問することを可能とする見直しを行う。【告示改正】		
算定要件等		
<p>○算定要件(追加内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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う。</li> <li>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う。</li> <li>特別の指示に基づく管理栄養士による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。</li> </ul>		
算定の例		
<p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">(厚生労働省)令和6年度介護報酬改定における改定事項について</p>		

図6 令和6年度介護報酬改定における管理栄養士による居宅療養管理指導算定回数の見直し

## 2. 居宅療養管理指導の制度の目的・管理栄養士による居宅療養管理指導算定の仕組み

### 居宅療養管理指導の目的:

在宅で療養する要介護者・要支援者(通院が困難な方)に対し、医師の指示に基づき、専門職が居宅を訪問して療養上の管理・指導・助言を行い、自立支援と重度化防止を図り、療養生活の質の向上を目指すことを目的に制度化されています。

### 管理栄養士による居宅療養管理指導算定の仕組み:

介護保険の「居宅療養管理指導」として算定されます。

※医療保険に加入していて介護保険認定も受けている者は、介護保険の居宅療養管理指導が優先されます。なお、交通費は実費となります。

**対象:介護保険対象者:** 要介護 1～5、要支援 1～2 の認定を受けている方で、**通院が困難な方。**

### 管理栄養士による居宅療養管理指導の対象:

- ・糖尿病食、腎臓病食、心臓疾患などに対する減塩食など特別食(図 7)を必要とする方。
- ・栄養管理が必要である(摂食機能又は嚥下機能の低下、低栄養状態)と医師が判断した方。

**回数制限:** 月 2 回までが限度です。一方で、前述の通り、利用者の急性増悪などにより一時的に頻回な対応が必要な場合、医師からの特別の指示を受けた日から 30 日間に限り、通常の月 2 回を超えて、さらに 2 回を限度として追加訪問が可能です。

**単位数および負担割合:** 同一建物に居住する利用者の人数(単一建物居住者)によって単位数が異なります(図 8)。また、介護保険の場合には、『介護保険負担割合証』を確認し、利用者の負担割合(1割～3割)を確認し、徴収します。



#### 特別食

→厚生労働大臣が定め、疾病治療のために、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する食事

腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、心臓疾患などに対する減塩食、特別な場合の検査食(単なる流動食および軟食は除く)、十二指腸潰瘍に対する潰瘍食、消化管術後に対する潰瘍食、クローン病および潰瘍性大腸炎による腸管機能の低下に対する低残渣食、高度肥満症に対する治療食、高血圧に対する減塩食、経管栄養のための流動食、嚥下困難者(そのために摂食不良となったものも含む)のための流動食

図 7 対象となる特別食

### 3. 管理栄養士が関わる居宅療養管理指導の契約方法

管理栄養士が関わる居宅療養管理指導は、制度上、(Ⅰ)と(Ⅱ)の2区分に整理され、両者の最も大きな違いは、「誰が訪問を実施するか(自施設の管理栄養士か、外部の管理栄養士か)」という点にあります(図8)。なお、いずれの区分においても、医師が作成する指示書(様式4)(図9)、および必要に応じて発行される特別追加訪問指示書(図10)に基づいて訪問を行う点は共通です。

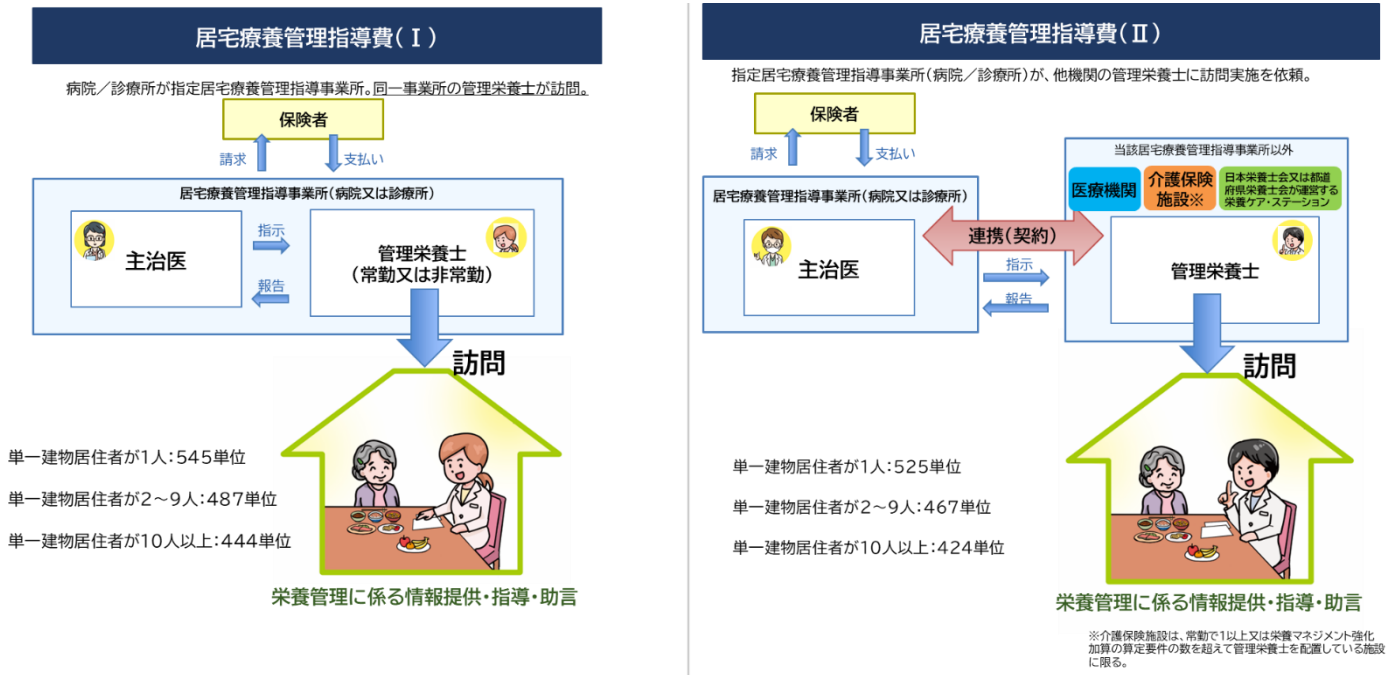


図8 居宅療養管理指導(Ⅰ)(Ⅱ)の契約方法の違い

居宅療養管理指導(管理栄養士) 指示書(様式例)										別紙様式4	
指示日										年 月 日	
ふりがな								男・女	生年月日		
氏名								様	年 月 日 ( 歳)		
身長		体重		BMI		検査値・服薬内容		□ 別紙添付有り			
cm		kg		kg/m <sup>2</sup>							
<疾患名>											
<対象となる特別食等>											
<input type="checkbox"/> 腎臓病食			<input type="checkbox"/> 肝臓病食			<input type="checkbox"/> 糖尿病食			<input type="checkbox"/> 胃潰瘍食		
<input type="checkbox"/> 貧血食			<input type="checkbox"/> 膵臓病食			<input type="checkbox"/> 脂質異常症食			<input type="checkbox"/> 痛風食		
<input type="checkbox"/> 高血圧・心臓食			<input type="checkbox"/> 経管栄養のための濃厚流動食			<input type="checkbox"/> 嚥下困難のための流動食					
<input type="checkbox"/> 特別な場合の検査食 <input type="checkbox"/> 低栄養状態											
<input type="checkbox"/> その他( )											
<指導内容>											
<input type="checkbox"/> 食形態の調整			<input type="checkbox"/> エネルギー摂取量の調整			<input type="checkbox"/> たんぱく質摂取量の調整					
<input type="checkbox"/> 脂質摂取量の調整			<input type="checkbox"/> ビタミン摂取量の調整			<input type="checkbox"/> ミネラル摂取量の調整					
<input type="checkbox"/> その他											
<上記詳細・その他の内容・目標>											
<留意事項>											
<指示栄養量>											
エネルギー		kcal/日		その他		g/日		g/日		g/日	
たんぱく質											
脂質											
※記載例: カリウム 1500mg以下/日											
医療機関・施設名										医師名:	
御中										医療機関・施設名:	
上記の通り、栄養管理を依頼します。										電話番号:	
										FAX:	

図9 医師からの指示書(様式4)

居宅療養管理指導(管理栄養士) 特別追加訪問指示書										別紙様式5	
指示期間:										年 月 日 から30日間	
ふりがな								男・女	生年月日		
氏名								様	年 月 日 ( 歳)		
<病状・主訴>											
<一時的に管理栄養士による居宅療養管理指導が頻回に必要な理由>											
<栄養に関する具体的な指示事項・留意事項等>											
上記の通り、指示いたします。											
医療機関・施設名						医師名:					
						医療機関・施設名:					
						電話番号:					
管理栄養士様						FAX:					

図10 医師からの特別追加訪問指示書

### ①居宅療養管理指導(Ⅰ)の流れ:自施設の管理栄養士が行う(基本形)

想定:病院/診療所が指定居宅療養管理指導事業所。自施設(同一事業所)の管理栄養士が訪問。

実施フロー:

(医師)対象者の確認(通院困難等)

(医師)医学的管理の一環として、指示書(様式4)を作成

(管理栄養士)訪問前に情報収集(疾患・治療、食事制限、検査値、服薬、生活状況、既存サービス等)

(管理栄養士)居宅訪問し、アセスメント→具体的な食事・栄養支援(献立・食形態・調理、摂取量確保、補助食品、家族支援等)

(管理栄養士)結果を医師へ報告、必要に応じてケアマネへ情報提供(ケアプランに資する内容)

(必要時)終末期等で頻回介入が必要なら、(医師)特別追加訪問指示書(様式5)を発行して追加訪問

### ②居宅療養管理指導(Ⅱ)の流れ“当該事業所以外”の管理栄養士が行う(外部委託・連携型)

想定:指定居宅療養管理指導事業所(病院/診療所)が、他機関の管理栄養士に訪問実施を依頼する形。

実施フロー(外部連携の標準形):

(病院/診療所の医師)対象者確認 →指示書(様式4)作成

※居宅療養管理指導(Ⅱ)を算定する場合、管理栄養士は、当該居宅療養管理指導に係る指示を行う医師と十分に連携を図り、判断が必要な場合などに速やかに連絡が取れる体制を構築すること。なお、所属が同一か否かに関わらず、医師から管理栄養士への指示は、居宅療養管理指導の一環として行われるものであることに留意が必要であること。

(病院/診療所)外部管理栄養士との連携、または栄養ケア・ステーションへの業務委託契約(守秘・個人情報・責任分界を明確化)

(外部管理栄養士)訪問実施

(外部管理栄養士)所定の報告様式または院内規定に沿って医師へ報告(必要ならケアマネへ情報提供案も作成)

(病院/診療所)医師が医学的管理として内容を統括(必要に応じ指示修正/追加訪問指示)

(病院/診療所)介護保険請求(請求主体はあくまで指定事業所)。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指定居宅療養管理指導事業所が算定することも可能。

外部の管理栄養士として関わることのできる施設:

医療機関や介護保険施設(※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えて管理栄養士を配置している施設に限る)の管理栄養士、または都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」の登録管理栄養士として、訪問を行います(栄養ケア・ステーションについてはコラム参照)。

## コラム:栄養ケア・ステーションとは？

栄養ケア・ステーション(日本栄養士会)は、公益社団法人 日本栄養士会 が 2018(平成 30)年に認定制度を開始した、地域密着型の栄養ケア提供拠点です。居宅療養管理指導に関わることが可能なのは、都道府県栄養士会が設置・運営する栄養ケア・ステーションとなっています。都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーションに登録した登録管理栄養士が居宅への訪問栄養指導を担うことができ、フリーランスや他施設に所属する管理栄養士も登録することで、居宅療養管理指導(Ⅱ)の実施者として活動することが可能です。

### <居宅療養管理指導において栄養ケア・ステーションができること>

- 医師の指示のもと、居宅療養者への訪問栄養指導の実施(都道府県栄養士会が設置・運営する栄養ケア・ステーションのみ)
- 地域の多職種連携における栄養の窓口としての機能

### <栄養ケア・ステーションへのつながり方>

- ① 都道府県栄養士会が設置・運営する栄養ケア・ステーションへ問い合わせ
- ② 登録管理栄養士の紹介・マッチングを依頼
- ③ 委託契約のサポートを受けながら、訪問体制を整備

### <栄養ケア・ステーションにおける居宅療養管理指導の契約・訪問>

基本的な流れは図 8(居宅療養管理指導Ⅱ)のとおりですが、都道府県栄養士会が設置・運営する栄養ケア・ステーションに登録する管理栄養士として居宅療養管理指導を行います。

### 【居宅療養管理指導(Ⅱ)をスムーズに算定するための工夫】

居宅療養管理指導費(Ⅱ)は外部連携という性質上、関係者間の役割・手順・情報共有を事前に整理しておくことが円滑な運用のカギです。

◆ 契約段階 業務委託契約書に、守秘義務・個人情報の取り扱い・報告期限・責任分界を明記します。あわせて報酬単価・支払いサイクル・交通費の扱いや、急変・トラブル時の緊急連絡フローも事前に確認・合意しておきましょう。

◆ 報告・連携段階 医師への報告様式と報告期限は、訪問開始前に病院側と統一しておきます。ケアマネジャーへの情報提供文は、「〇〇の観点から△△を提案します」のように、ケアプランに反映されやすい表現を意識すると伝わりやすくなります。

◆ 算定・請求段階 請求主体はあくまで指定事業所(病院・診療所)です。外部管理栄養士は訪問記録・報告書・指示書の写しを保存し、月2回の訪問上限と指示書の有効期限(原則6か月)を常に確認します。特別追加訪問が必要な場合は、特別追加訪問指示書(様式5)の有無と有効期間(指示から30日以内)も忘れずに確認しましょう。

## 第3章 管理栄養士が居宅療養管理指導を行うための基礎知識

### 1. 訪問の準備

管理栄養士による居宅療養管理指導は、通院困難で特別な食事管理が必要な患者に対し、医師の指示に基づき管理栄養士が居宅を訪問し、栄養食事指導を行うサービスです。在宅療養者の療養生活を支えるための専門的な医療サービスの一環となり、適切なサービス提供のためには、事前の情報収集と準備も重要となります。まず、ケアマネジャーや主治医などから居宅療養管理指導の依頼を受けたら、主治医からの具体的な指示を受け、訪問の準備を進めます。医師からの指示書やケアマネジャー等から情報を得る必要があります。

- ・**医学的情報:** 利用者様の氏名、病状(既往歴、現病歴、血液データ等)、主病名、主治医からの特別な食事の指示(例:糖尿病食、腎臓病食、エネルギー量など)等。
- ・**生活環境情報:** 家族構成、住居環境、調理環境、経済状況、ADL(日常生活動作)や認知機能の程度等。
- ・**介護情報:** ケアマネジャーが作成したケアプランを確認し、他職種(訪問看護、訪問介護など)のサービス内容と目標を把握します。これらの情報に基づき、訪問の目的と具体的な指導の方向性を事前に整理します。

#### ポイント！

- ・収集すべき情報は多岐にわたります！
- ・初回訪問前に、利用者またはご家族に対して、管理栄養士によるサービス内容、指導の目的、および訪問にかかる料金についてご理解いただき、了承を得た上で訪問を開始すると初回訪問がスムーズに進みます！

### 2. 初回訪問から記録までの流れ

ケアマネジャーや、利用者・ご家族と初回訪問の調整を行います。管理栄養士による居宅療養管理指導を活用したことがないケアマネジャーの場合には、初回訪問にケアマネジャーも同席いただくと、管理栄養士による居宅療養管理指導への理解が深まり、栄養支援の方向性などが共有できます。また、訪問日は他のサービスと被らないように調整するなどの配慮が必要です。初回訪問前に、契約だけ行う事前訪問をする事業所もありますが、管理栄養士が訪問すると栄養の相談をしたくなるものです。その

ため、初回訪問の際に契約を行う方法も考慮する必要があります。

① **契約・調整:**

- 利用者またはご家族と契約。
- 訪問日時を調整し、サービス内容と目的を説明し同意を得ます。
- ※初回訪問時に行う場合もあります。
- 在宅療養者の介護保険被保険者証を確認し、介護度や認定期間などを把握する。また、介護保険割合証を確認し、1割～3割のどれかを確認する(費用の徴収方法は各医療機関に従う)。どの情報もレセプト業務を行う際に必要な情報となるため、忘れずに情報収集する。

② **初回訪問・アセスメント:**

- **挨拶と環境確認:** ご本人、ご家族への丁寧な挨拶、プライバシーへの配慮、感染対策を行います。前情報を含め、栄養のアセスメントの前に、生活のアセスメント(金銭、住居の特徴、介護力等)を行う視点が大切です。
- **身体状況・栄養状態の確認:** 体重、浮腫、皮膚状態、食欲、摂食・嚥下機能、つらい症状、血液データなどを確認し、食生活との関連を含めアセスメントします。
- **食事状況の詳細な把握:** 実際に提供されている食事内容、調理方法、食形態、食事時間、介助の有無、嗜好などを確認し、栄養問題点を抽出します。

③ **栄養ケア計画の作成と説明:**

- アセスメントに基づき、栄養ケアの目標と具体的な指導内容を盛り込んだ「**栄養ケア計画書**」(図 11)を作成します。
- 計画書をご本人・ご家族に交付し、内容を分かりやすく説明し、同意を得ます。

④ **指導・助言:**

- 計画に基づき、具体的な食事メニューや調理方法、栄養補助食品の活用、介護用品の紹介、食べる姿勢や介助方法などを指導・助言します(指導時間は 30 分以上が目安)。

⑤ **情報共有と記録:**

- 訪問栄養食事指導の報告書などを作成し、指導内容、利用者の状態、次回の目標などを詳細に記録します。書式に決まりはないですが、多職種が分かりやすい書式とすることがお勧めです。
- **主治医・ケアマネジャーへの報告:** 栄養ケア計画と指導結果を速やかに報告し、情報共有を行います。

栄養ケア計画書（居宅療養管理指導）			
氏名:		様	初回作成日: 年 月 日 作成(変更)日: 年 月 日 作成者:
医師の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 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
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			
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	

図 11 栄養ケア計画書

### 3. 実践上の工夫と注意点

これらの実践にあたっては、管理栄養士としての専門性とこれまでの経験を活かすことが重要です。各現場で培われた知識や対応力を基盤として、在宅の生活環境に応じた柔軟な支援を行うことが求められます。

- **住んでいる環境への配慮:**
  - 利用者の生活の場であることを尊重し、立ち入る場所や時間に配慮します。
  - 冷蔵庫の中身や食器棚など、食事環境を丁寧に観察し、実行可能な指導内容を提案します。
- **指導の具体性:**
  - 栄養指導は、抽象的な内容ではなく、「今ある食材で」「誰でもできる」「簡単にできる」具体的な調理方法や献立例を提案することが成功の鍵です。
  - 嚥下調整食や治療食は、実際に調理して見せること(デモンストレーション)も有効です。

- 適した市販品を提案するのも、利用者や介護者の負担軽減に一躍買います。
- **モチベーションの維持:**
  - 成功体験を評価し、利用者の「できたこと」を褒め、モチベーションを維持します。
  - 指導目標は実施可能であり小さく、達成しやすいものから始めます。
- **栄養ケアプロセスによる介入:**
  - デジタル DX 推進背景もあり、在宅においても栄養ケアプロセスの活用が勧められます。
  - 栄養診断を含んだ栄養ケアプロセスに沿って介入することで、整理して適切な栄養食事指導に繋がる。

#### 4. 感染対策

利用者様の健康を守るため、訪問時の手洗い・アルコール消毒、マスクの着用を徹底します。自身の体調管理にも細心の注意を払い、訪問先に感染を持ち込まないよう配慮します。

- **基本の徹底:** 訪問前後の手洗い・アルコール消毒を徹底します。
- **マスクの着用:** 訪問中はマスクを着用します。
- **体調管理:** 自身の体調管理を徹底し、発熱などの症状がある場合は訪問を延期します。
- **物品の管理:** 使用する物品(筆記用具、指導資料など)は、清潔に保ち、必要に応じて消毒します。

#### 5. 時間管理

居宅療養管理指導は指導時間(30分以上が目安)を確保しつつ、限られた時間の中で最大の効果を出す必要があります。しかし、30分以上とはいえ、長い禁物です。良かれと思って長時間指導を行うことで利用者やご家族の負担となることもあります。また、1回の時間を延ばすよりは、回数を増加するなど1回の訪問を丁寧に行うことが大切です。1時間を目安とし、調理や買物指導などがある場合には、1時間30分を目安に。利用者の希望があっても、次の訪問があると伝え、時間で切り上げるなど工夫しましょう。

#### 6. 記録の工夫

記録は、迅速かつ正確に作成することが、他職種連携の要となります。訪問直後に、指導内容、利用

者様の訴えや状況、次回までの目標を整理し、SOAP+PESなどの形式を用いて要点をまとめて記録に残す工夫が必要です。また迅速に報告を行うためには、記録の取り方にも工夫が必要です。訪問時にノートにメモ書きで記載しても良いですが、訪問人数が増えるほど報告書の作成作業が増えるため、ノートパソコンを持参し、そこに書式を入れておき、訪問時に聞き取りをしながら記入していく方法もお勧めです。そのためにも、記載しやすい書式にしておく工夫が大切となります。

- ・情報共有の迅速化: 記録作成後、速やかに主治医やケアマネジャーへ報告し、連携の遅れを防ぎます。
- ・記入・理解しやすい書式: 記入しやすい書式にすることで、スピーディに報告書を書くことができ、PESを含むSOAP形式の書式(図12)とすることで、多職種への理解に繋がります。



<b>S</b>	(主観的データ: 患者の主訴)
<b>O</b>	(客観的データ)
<b>A</b>	(SとOの内容を元に評価)
	PES報告
	S(徴候、症状、栄養診断に導く栄養評価の指標)
	E(栄養状態を悪化させている原因や誘因)
	P(栄養問題や栄養診断の表示)
<b>P</b>	Mx(モニタリング計画)
	Rx(治療計画)
	Ex(教育計画)







図12 SOAP形式

## 7. 他職種との連携

在宅療養を支えるには、職種の垣根を越えたチームアプローチが不可欠です。管理栄養士の指導が効果を上げるためには、他職種との密な連携が鍵となります。

### 他職種連携のポイント

職種	連携のポイント
 医師(主治医)	指示元であり、連携の中心。栄養ケア計画に必要な具体的な指示を受け、指導結果を報告します。病状や治療方針を把握し、栄養指導に活かします。訪問後の記録や情報提供を迅速に行い、信頼関係を築きます。
 ケアマネジャー	サービス利用の調整役。利用者の心身の状態、生活背景、居宅サービス計画(ケアプラン)を共有し、管理栄養士の介入をケアプランに位置づけ

職種	連携のポイント
	てもらいます。訪問後の記録や情報提供を迅速に行い、信頼関係を築きます。
訪問看護師 	バイタルサイン、全身状態、褥瘡、服薬状況など医学的な情報を共有します。経管栄養や胃ろう管理、水分補給、嚥下調整食の提供方法などについて、具体的に認識を共有したサービス提供も有効です。
歯科医師 歯科衛生士 	摂食嚥下機能、口腔内の状態、義歯の状況などについて連携します。食事の形態や、食べる姿勢、口腔ケアと栄養摂取は密接に関わるため、専門的な知見を共有します。
薬剤師 	薬の副作用による食欲不振や味覚変化の有無を共有します。また、嚥下状態に合わせた服薬方法(服薬補助ゼリーの活用や簡易懸濁法)の検討、医薬品である経腸栄養剤の導入や風味調整について連携します。
理学療法士・作業療法士・ 言語聴覚士(セラピスト) 	リハビリによる消費エネルギー量の増分を考慮した栄養設定や、食事摂取時の「姿勢保持」、食器・自助具の選定について情報を共有します。特に言語聴覚士(ST)とは、嚥下訓練と食形態のステップアップを並行して検討します。
訪問介護員(ヘルパー) 	毎日の食事準備や介助を担うため、重要な連携相手の一つ。計画書に基づき、具体的な調理方法、食形態、食事介助の方法を伝達・指導し、現場での実践をサポートしてもらいます。
福祉用具専門相談員 	自力で食べるための「自助具(スプーン、箸、皿)」の選定や、誤嚥を防ぐための適切な「介護ベッド」「車椅子のクッション」など、摂食環境の整備について連携します。

また、在宅療養を地域でより強固に支えていくためには、所属を超えた管理栄養士同士の同職種連携も重要です。令和8年度診療報酬改定では、退院後1か月以内に入院先の管理栄養士が患者の自宅を訪問し、栄養指導を行うことができる仕組みが新設されました。退院直後から在宅での栄養管理を切れ目なく支援し、継続した支援が必要な場合には、居宅療養管理指導を行っている施設の管理栄養士へつなぐなど、地域の管理栄養士同士が連携して支援を継続していくことが期待されます。

地域の中で管理栄養士がつながり、切れ目のない栄養支援を実現していくことが、これからの在宅療養を支える重要な鍵となります。

## 第4章 先駆事例に学ぶ管理栄養士による居宅療養管理指導！

### 事例①栗山赤十字病院：

少人数体制ながら、訪問看護師と連携しながら在宅支援を25年以上継続してきた事例

### 事例②相澤病院：

病棟経験を基盤とした院内資格制度を設け、組織として居宅療養管理指導を継続的に展開している事例

### 事例③医療法人かがやき：

在宅専門クリニックで、自ら動きながら居宅療養管理指導を実践している事例

### 事例④メディケアクリニック石神井公園：

ICTを活用した多職種間の情報連携を行いながらチームの一員として居宅療養管理指導を担っている事例

### 事例⑤日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック：

歯科訪問診療への同行を起点に、摂食嚥下支援と一体で居宅療養管理指導を届けている事例

### 事例⑥はみんぐ南河内・認定栄養ケア・ステーションからふる：

複数の診療所と非常勤契約を結び、居宅療養管理指導を地域全体に広げた事例

### 事例⑦介護老人保健施設アイリス：

グループ内クリニックと連携し、居宅療養管理指導の仕組みを自ら立ち上げた事例

### 事例⑧介護老人保健施設グリーン・ボイス：

栄養マネジメント強化加算の人員配置を活かして、居宅療養管理指導を実現した事例

## コラム

### コラム① 介護老人保健施設 湯の里まとは

退所後の生活を見据えてケアマネと連携し在宅訪問を続けているコラム

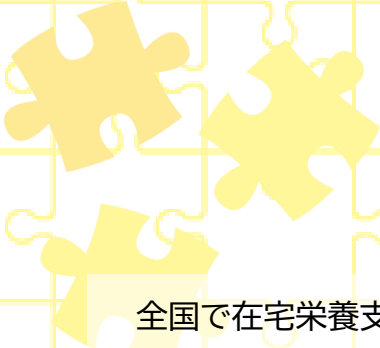
### コラム② 長崎県栄養士会(ながさき栄養ケア・ステーション)

県栄養士会が主体となり、居宅療養管理指導を地域の仕組みとして広げているコラム

# Case study

先行事例から学ぶ  
踏み出す一歩





全国で在宅栄養支援に取り組む先駆者たちの事例をケーススタディとして見ていきましょう。

8つの事例とコラムに共通しているのは、出発点が「**在宅の方の食を支えたい**」というシンプルな思いだったということです。再入院を繰り返す患者の姿に心を痛めた管理栄養士、退院後の食生活が「見えない」ことへの問題意識を持った管理栄養士、地域に必要な支援が届いていないと感じたケアマネジャーの声に応えた管理栄養士——。きっかけはさまざまですが、「必要だから動く」「待っていては始まらない」という姿勢が、在宅栄養支援の扉を開いていました。

また他にも共通していたのは、**これまでの管理栄養士としての経験が在宅支援にそのまま生きる**ということです。病院・診療所での臨床経験は、疾患の理解や医師・多職種との連携力として発揮されます。介護老人保健施設・特別養護老人ホームでのミールラウンド、摂食状況の観察、嚥下調整食・療養食の対応、栄養スクリーニング、看取り期の栄養ケアは、生活の場でこそ力を発揮します。どこで積んだ経験も、在宅では確かな武器になります。

はじめから整った体制の施設はありませんでした。仕組みをゼロから作り上げた管理栄養士も、多職種との関係を少しずつ築いてきた管理栄養士も、最初の一步は小さなもので、その一步が、今の在宅支援につながっています。

管理栄養士としてのこれまでの経験と知識は、地域の食と生活を支える力になります。まずは他職種との同行訪問、月に1回からの訪問など、はじめの一步を踏み出してみましょう。

### 事例①栗山赤十字病院：

少人数体制ながら訪問看護師と連携し、宅支援を25年以上継続してきた事例

### 事例②相澤病院：

病棟経験を基盤とした院内資格制度を設け、組織として居宅療養管理指導を継続的に展開している事例

### 事例③医療法人かがやき：

在宅専門クリニックで、自ら動きながら居宅療養管理指導を実践している事例

### 事例④メディケアクリニック石神井公園：

ICTを活用した多職種間の情報連携を行いながらチームの一員として居宅療養管理指導を担っている事例

### 事例⑤日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック：

歯科訪問診療への同行を起点に、摂食嚥下支援と一体で居宅療養管理指導を届けている事例

### 事例⑥はみんぐ南河内・認定栄養ケア・ステーションからふる：

複数の診療所と非常勤契約を結び、居宅療養管理指導を地域全体に広げた事例

### 事例⑦介護老人保健施設アイリス：

グループ内クリニックと連携し、居宅療養管理指導の仕組みを自ら立ち上げた事例

### 事例⑧介護老人保健施設グリーン・ボイス：

栄養マネジメント強化加算の人員配置を活かして、居宅療養管理指導を実現した事例

### コラム①介護老人保健施設 湯の里まとは

退所後の生活を見据えてケアマネと連携し在宅訪問を続けているコラム

### コラム②長崎県栄養士会(ながさき栄養ケア・ステーション)

県栄養士会が主体となり、居宅療養管理指導を地域の仕組みとして広げているコラム

# 1

## 少人数体制ながら訪問看護師と連携し、在宅支援を25年以上継続してきた事例

### 1 | 施設の概要

栗山赤十字病院(北海道・栗山町、96床)。外来・入院の栄養管理とNSTを行い、3年前に訪問看護ステーションが再立ち上げとなった(常勤3名＋一部外来看護師が訪問兼務)。長らく管理栄養士は実質1名運用だったが、2025年9月より新規採用で2名体制へ移行。院内では看護師によるMNA-SFによるスクリーニングを起点にNSTへつなぐ仕組みを整備し、病棟・外来・在宅を横断して支援する基盤が形成されている。

### 2 | 居宅療養管理指導等の実施状況

2000年の介護保険開始を機に院内方針が「在宅重視」へ転換。併設の訪問看護ステーションは一度閉鎖(2005年頃)したが、管理栄養士は個別訪問を継続。3年前の再立ち上げ後は共同訪問が常態化。現在は通常業務と並行して月5件程度を運用。初期は月2回×約3か月、その後は状態に応じ月1回等に調整。外来では生活習慣病療養計画書のプロセスで低栄養疑いを拾い上げ、在宅・外来栄養指導へ接続している。

### 3 | 在宅訪問の依頼ルート

主な入口は院内医師の指示。加えて、外来看護師の気づきから医師依頼へ“逆指名”で接続するケース、訪問看護ステーションからの同行要請、ヘルパーからの相談など多経路。介護認定のない対象でも、医療保険での介入が可能な場合は外来で抽出し医療ルートで開始している。

### 4 | 地域で連携している職種

訪問看護師とは目標共有のもと共同訪問(例:栄養補助食品に日付記載→次訪問者が摂取確認)。ヘルパーとは買い物・調理・在庫状況など生活情報を密に往復。必要に応じリハ職・薬局とも直接連絡。地域の管理栄養士や施設管理栄養士とも顔の見える関係を能動的に構築し、共同資料作成や相談に発展している。

## 5 | 居宅療養管理指導等による在宅訪問の効果(実感)

多職種が同一目標を“見える形”で回すことで、体重増加等の栄養アウトカムが改善。本人の食欲・意欲、生きる意欲が高まり、家族のストレス対処(コーピング)も進む。認知症例でも、置き手紙や日付管理など小さな仕掛けを各職種が継続確認することで摂取行動が変化する。

## 6 | 加算に関連しない地域での栄養ケア

社協・町事業の講演、地域食堂・子ども食堂への関与など、住民主体の活動を後押し。地元農家・商店との連携では、地場食材を活かした商品の企画・販促支援など「食」を軸にした地域活性の横断連携がみられる(個人ベースの働きかけを起点に広がる)。

## 7 | 居宅療養管理指導を行うに至った経緯

2000年の制度転換と院内の「在宅へ」の意思決定が出発点。訪問看護ステーション閉鎖後も、現場の必要性を見て管理栄養士が在宅支援を継続。外来では療養計画書作成時の対話から低栄養等を能動的に拾い上げ、在宅につなげる“攻めの抽出”を実践している。

## 8 | 自施設の居宅療養管理指導の特徴

“待たない”運用が中核。外来・病棟・地域のあらゆる接点で対象者を拾い上げる。計画書はチェック式で効率化し、看護が見て動ける栄養記録に要点を集約。朝の食事場面で実態を直視し即時微修正。栄養補助食品の“日付→次職種確認”など具体作法を共有。外来ナース・医師・訪看・ヘルパーと“電話一本で動ける関係”を平時から育てる(院内のカジュアルな交流も機能している)。

## 9 | 居宅療養管理指導実施の課題

介護保険請求の初期セットアップ(届け出・番号取得、請求ソフト整備)が壁。事務部門の合意形成と投資判断が鍵。地域全体では、体制整備後も実績ゼロの機関があり、病院発の在宅展開を阻む制度・文化の弱さも。長期に実質1名運用であったため、今後は新任の育成と役割分担で持続可能性を高める必要がある。

## 10 | これから在宅訪問を行いたい管理栄養士への一言

「待っていては始まらない」。外来・病棟・地域で“自分から連携を取りに行く”。完璧な計画書づくりより、現場で人を見て微修正を重ねる。外来と仲良く(療養計画書で拾い上げ/即相談)。顔の見える関係を日常的に育てる。介護未認定でも医療ルートを理解して対象を逃さない。小さな成功で“やればできる”を示し、理解者を増やす。

## この事例から得られる学び

本事例から最も大きく学べる点は、「**待たない在宅栄養ケア**」が成果につながるということである。外来・病棟・地域のあらゆる接点で対象者を積極的に拾い上げ、支援につなげる仕組みは、地方の中小病院でも実現可能なモデルである。特に、外来での生活習慣病療養計画書や看護師によるMNA-SFのスクリーニングを入り口として、低栄養疑いを確実に拾い、外来・在宅栄養指導に接続する流れは、地域における「栄養の入口」を形成している。

また、多職種チームが“**共通言語**”をもって支援を行っている点も重要である。栄養補助食品の日付記入や在庫把握など、誰が確認しても同じ判断ができる仕掛けを整え、看護・訪問看護・栄養が同じ目標に向かって動ける協働体制を築いている。認知症のある対象者であっても、置き手紙の工夫や摂取状況の継続確認など、小さな行動変容を促す“仕掛け”を各職種が共有することで、食欲・意欲の改善へとつなげている点は、在宅現場での実用性が極めて高い。

居宅療養管理指導の**依頼ルートが多岐**にわたり、医師だけでなく外来看護師、訪問看護、ヘルパー、薬局からの情報や逆指名によって栄養支援が開始される点も特徴的である。管理栄養士が能動的に動き、生活情報を起点とした“気づき”を地域の中で共有することで、自然と多職種連携が育つ。さらに、地域食堂・子ども食堂、地場産品の企画など、加算に直結しない取り組みにも関わることで、“地域の食を支える専門職”としての役割を拡張していることも印象的である。

制度面の壁として、介護保険請求の初期セットアップや事務部門との調整は、多くの医療機関で共通する課題であるが、本事例では先に運用を整え、**関係部署に理解者を増やす**ことで乗り越えている。長らく管理栄養士1名体制であったにもかかわらず在宅支援を継続できた背景には、看護師が自走できる記録様式、電話一本で相談できる関係、外来との密な連携など、“仕組みと関係性”による補完が大きく貢献している。

総じて、本事例は「完璧な準備より、**まず動くこと**」が在宅栄養ケアの推進に不可欠であることを示している。小さく始めて成功体験を積み上げ、多職種と日常的につながり、地域の生活情報を共有していくことが、結果として地域全体の栄養ケア力を底上げする。どの地域でも応用可能な、多くの示唆に富んだ事例である。

## 病棟経験を基盤とした院内資格制度を設け、組織として居宅療養管理指導を継続的に展開している事例

### 1 | 施設の概要

相澤病院(長野県・松本市 456床)は地域の中核病院として、外来・入院・在宅医療を包括的に提供している。管理栄養士の病棟配置に加え、困難症例にはNSTが対応している。NSTは栄養管理にとどまらず、医師・看護師・薬剤師への教育的役割も担う。日常的に病態変化や摂食状況を多職種で評価する体制が、在宅支援につながる実践力の基盤となっている。さらには在宅支援や災害時対応など、食と栄養を軸にした先進的な取り組みを展開している。

### 2 | 居宅療養管理指導等の実施状況

病棟での臨床経験を基盤に、「相澤居宅療養支援管理栄養士」という院内資格を設けることで、管理栄養士による在宅訪問を組織的かつ積極的に展開している。本資格は、病棟で培ったアセスメント力や判断力を在宅という環境で安全に発揮するため、在宅訪問を担う管理栄養士に求められる知識・技術・倫理観を明確化し、業務の質と安全性を確保することを目的とした院内認定制度である。

資格取得者は、患者の生活環境や疾患・症状に応じて、食事内容や摂食状況を踏まえたきめ細かな栄養支援を在宅で実施しており、病棟での観察や介入経験をもとに、在宅で起こりうるリスクを予測しながら支援を行っている。あわせて、地域の医師、薬剤師、看護師、リハセラピスト、ケアマネジャー等の医療・福祉職との連携や、地域に向けた啓発活動にも積極的に関与し、在宅における栄養管理体制の構築に寄与している。

本資格は3年ごとの更新制とし、学会発表や地域の医療・福祉従事者を対象とした研修・啓発活動などの実績を更新要件に位置づけている。これにより、病棟・在宅の双方で求められる専門性を継続的に磨く仕組みを整えるとともに、活動の継続性を担保している。

また、県栄養士会と連携した研修会の開催や人材育成にも取り組んでおり、院内資格制度を核として、在宅訪問を担う管理栄養士の知識・技術・実践力を一定水準以上に担保する仕組みを構築している点が特徴である。

在宅という医療・介護リスクを伴う場において、病棟での経験を有する管理栄養士が組織的に関与し、専門性と安全性を確保したうえで在宅訪問を展開している点は、全国的にも先駆的な取り組みである。

### 3 | 在宅訪問の依頼ルート

病棟の管理栄養士が入院中から退院後を見据えて支援をつなぐ体制が整っており、入院中の栄養課題や生活上の留意点を把握したうえで在宅訪問へ移行できる仕組みが構築されている。院内での調整を経て訪問が実施されるほか、地域のケアマネジャーからの直接依頼にも対応し、6か所の在宅支援センターを通じた調整も行っている。

### 4 | 地域で連携している職種

ケアマネジャー、訪問看護師、医師、薬剤師、訪問介護職員、地域包括支援センター職員などと連携し、患者の生活や症状に応じた支援を実施している。災害時にも対応できるよう、日頃から多職種との情報共有や連携体制の強化に努めている。

### 5 | 居宅療養管理指導等による在宅訪問の効果(実感)

入院中から管理栄養士が関わることで、退院後も切れ目のない栄養支援を継続し、再入院の予防や生活の質の向上につながっている。さらに、医師や看護師、地域のケアマネジャーなど多職種と連携することで、患者の生活環境や病状に応じた個別対応が可能となり、在宅での安心感や生活の質の向上に貢献している。訪問を通じて患者の変化に早く気づく力が養われ、災害時にも対応できる人材育成にもつながっている。また、地域の専門職と協力して行う研修会や啓発活動によって在宅栄養支援の重要性が広まり、支援が必要な人々へのアプローチの機会も増えている。

### 6 | 加算に関連しない地域での栄養ケア

地域のニーズに応えるために、医療・福祉職と連携し、研修会や啓発活動を継続して実施している。管理栄養士が地域に出向き、症状や生活背景に応じた支援を行うなど、制度にとらわれず、必要な人に必要な栄養ケアを届けている。

### 7 | 居宅療養管理指導を行うに至った経緯

病棟での経験を通じて、患者の生活背景や退院後の課題に気づき、在宅での継続的な栄養支援の必要性を実感した。また、患者から在宅訪問を希望する声が高まったことを受け、まずは院内体制を整備し、管理栄養士の増員(2023年4月1日時点、22名が在籍2015年には20床に1名の管理栄養士在籍)や病棟配置(2013年1病棟1名の管理栄養士配置)を進めた。そのうえで地域との連携を深めながら、在宅訪問を本格化させていった。

## 8 | 自施設の居宅療養管理指導の特徴

NSTや病棟配置で培った観察力と実践力を活かし、患者の症状や生活環境に即したきめ細やかな栄養支援を行っている。地域活動に携わる医師・看護師・ケアマネジャーなど多職種との密な連携により、在宅でも質の高いケアを実現している。さらに、地域啓発や研修活動を通じて、地域全体の栄養支援体制の向上にも貢献しているのが大きな特徴である。

## 9 | 居宅療養管理指導実施の課題

在宅訪問を担う人材の確保と育成が課題であり、院内資格制度や病棟配置を通じて、実践力の強化を図っている。加算対象外の支援や地域啓発活動も多く、限られた人員での継続が求められる。将来的には、食べやすさと衛生面に配慮した真空調理を、在宅支援の一環として活用する構想もある。

## 10 | これから在宅訪問を行いたい管理栄養士への一言

在宅訪問では、患者の生活そのものにかかわることになる。病気だけでなく、その人の背景や思いをくみ取り、必要な支援を届ける力が求められる。病棟で培った観察力や判断力は、医療資源や情報が限られる在宅という環境においてこそ、大きな力となる。病棟での経験や多職種との連携を通じて観察力や実践力を磨き、地域の一員として信頼を築いていくことが重要である。制度にないからやらないのではなく、「必要だからやる」という姿勢を大切にしてほしい。

## この事例から得られる学び

この事例から得られる最も大きな学びは、**病院・病棟で培われた経験は在宅に生かされるべきもの**であり、その延長線上に在宅訪問栄養支援が位置づけられている点が明確であることである。病棟での経験を通じて患者の生活背景や退院後の課題に気づき、在宅での栄養支援の必要性を実感したことが、在宅訪問の出発点となっている。

**現場での気づき**を起点に、管理栄養士の増員や病棟配置、院内資格制度の導入などを段階的に進めながら体制を整備し、取り組みを本格化させてきた点は重要である。これは、在宅訪問を新たな業務として切り離すのではなく、病棟実践の延長として位置づけた結果であるといえる。

特に注目すべきは、独自の資格制度である「相澤居宅療養支援管理栄養士」を設けている点である。この資格は、学会発表や地域啓発活動を更新要件とすることで、専門性の維持と地域貢献を両立させており、単なる院内資格にとどまらず、病棟で培った専門性を地域へと還元する仕組みとして機能している。

また、病棟配置で培った観察力や実践力を在宅支援に活かし、医師、薬剤師、看護師、リハビリセラピスト、ケアマネジャー等、多職種と密に連携しながら、患者の症状や生活環境に応じたきめ細かな支援を行っている点も重要である。さらに、災害時にも対応できる人材育成を視野に入れている点は、病院機能と地域機能をつなぐ役割として評価でき、地域全体のレジリエンス向上にもつながっている。加えて、加算対象外であっても地域の医療・福祉職と連携し、研修会や啓発活動を継続している姿勢からは、制度に依存せず、必要な支援を確実に届けようとする姿勢がうかがえる。これは、病院で培われた専門性を地域に還元するという明確な価値観に基づくものであり、在宅栄養支援の今後の在り方に重要な示唆を与える。

本事例は、**病院・病棟での実践を地域・在宅へとつなげていくことの重要性**を具体的に示した先駆的な事例であり、今後の在宅栄養支援を考えるうえで示唆に富むものである。

# 3

## 在宅専門クリニックで、自ら動きながら居宅療養管理指導を実践している事例

### 1 | 施設の概要

医療法人かがやき(岐阜県・羽島郡)は2009年4月に在宅医療専門クリニックとしてスタートした。2022年に名古屋市に、2024年に岐阜県・美濃市に拠点を増やし、現在は3拠点での活動となっている。2021年春には就学前の医療的ケア児や重症心身障害児を対象とした医療型短期入所施設「かがやきキャンプ」を開設。0歳から100歳を超える方々の在宅での生活を支えている。管理栄養士は常勤3名(但し、1名は育休取得中)、非常勤1名で栄養支援を実施している。

### 2 | 居宅療養管理指導等の実施状況

開設当初は、患者1名に対し月2回の訪問を基本としていたが、現在はマンパワー不足の影響で月1回の訪問が中心となっている。管理栄養士1名あたり月40件前後、2人で毎月80~90件ほど訪問している。(3人体制だった頃は120~130件)退院カンファレンスや初診同行等の算定外活動も含めて患者支援を行っているため、算定対象と算定外がほぼ半々である。他には、外来栄養食事指導、医療型短期入所施設でのサポート、デイサービスサポート事業なども行っている。

### 3 | 在宅訪問の依頼ルート

主に、初診時または2回目訪問時に管理栄養士が同行し、栄養・口腔スクリーニングを実施している。その際にGoogleフォームを活用して口腔写真や栄養情報を記録し、多職種と共有している。これらの情報をもとに、食支援チームでのカンファレンスで栄養介入優先順位を検討する。

また、医師や看護師が「栄養・口腔支援依頼フォーム」に記入し、患者の食に関する困りごとをカルテに記載、口腔内写真を添付したうえで、食支援チームへ照会する仕組みを構築した。いずれも医師の指示を待つのではなく、管理栄養士が根拠を示して医師に指示を得る体制となっている。

## 4 | 地域で連携している職種

退院時カンファレンスへの参加、初診同行、担当者会議への参加を通して、医師・看護師・歯科衛生士、ケアマネージャー、訪問介護員等の多職種と積極的に情報共有を行っている。病院管理栄養士とは、退院時栄養情報連携加算等を活用して連携を強化しているが、入院中の食事内容・食形態などについて、家族が十分情報を得ていないままの退院となるなど、課題は多い。またデイサービスサポート事業においては、デイサービス職員とは栄養アセスメント加算の対応で得られた情報や口腔内写真を共有し、具体的なケア改善や利用者のQOL向上につなげている。

## 5 | 居宅療養管理指導等による在宅訪問の効果(実感)

在宅に訪問することで患者の生活環境が確認できる。また昼食時に訪問すると、食事の実態を直接確認でき、よりの確な支援が可能となる。退院直後や急性増悪時等の変化の多い時期に早期介入することで、状態の悪化を防ぎ、患者・家族に安心感を与えることができた。また、多職種との連携も深まり患者のQOL向上を実感している。

## 6 | 加算に関連しない地域での栄養ケア

退院直後や急性増悪時の早期介入、初診同行、カンファレンス参加等を通じて、患者の生活を支えるケアを実施している。地域の多職種と連携し、必要な支援を見逃さずに提供することで、制度にとらわれず、柔軟かつ実効性のある支援を大切にしている。

## 7 | 居宅療養管理指導を行うに至った経緯

開設当初から管理栄養士による在宅栄養訪問を実施していた。退院直後や体調が急変した時期に生活が整わずに困っている患者を多く見てきた。特に退院直後の2週間は支援が届きにくく、その間に食べることで問題が生じるケースが多くあった。こうした状況を受けて、管理栄養士を増員し、初診時や状態変化時に積極的に関わり、必要に応じて訪問につなげる体制を整えていった。また、終末期にも対応できる体制を整え、必要な人に必要な支援が届くよう工夫をしている。

## 8 | 自施設の居宅療養管理指導の特徴

歯科を含んだ多職種連携と積極的な初期介入が特徴である。初診時に同行してのスクリーニングは、管理栄養士・言語聴覚士・歯科衛生士が同じフォーマットで実施。「Googleフォーム」で作成した「依頼フォーム」を活用し、情報共有と連携体制を強化している。制度上の報酬対象とならない活動も含め、患者の生活全体に寄り添う支援を行い、「自分から主治医に指示をもらいにいく」姿勢が特徴である。口腔ケアにも力を入れて、QOL向上を目指している。

## 9 | 居宅療養管理指導実施の課題

患者数の増加や管理栄養士のマンパワー不足により、一人の患者に対し月2回の訪問が難しく、1回で様子を見るケースが増加している。退院時カンファレンスや初診同行への参加も十分にできない状況が出てきた。また、スクリーニング後に保留となった患者のフォローの継続が難しく、支援のタイミングを逃すことも課題となっている。他職種との連携や情報共有のさらなる強化が求められている。

## 10 | これから在宅訪問を行いたい管理栄養士への一言

在宅訪問では、患者の状態にあわせた食事形態や栄養の提案だけでなく、患者の生活や口腔内を丁寧に観察し、必要な支援を自ら見つけに行く姿勢が大切である。チームで情報を共有し、他職種との連携を強化することで、よりよい支援が可能になる。迷いや不安があっても、一歩踏み出して関わることで、患者・家族の喜びや生活の質の変化に出会えるやりがいのある仕事である。

## この事例から得られる学び

本事例から学べるのは、居宅療養管理指導実施における管理栄養士の重要な役割が、単なる栄養指導にとどまらず、**患者の生活全体に寄り添う支援者**としての重要な役割を果たしているという点である。特に、初診時や退院直後など、生活が不安定になりやすいタイミングでの早期介入は、患者の安心感や状態の安定につながり重要となる。

また、**医師の指示を待つのではなく**、管理栄養士自身が根拠を持って介入の必要性を判断し、チームに働きかける姿勢からは、専門職としての主体性と責任感がうかがえる。Googleを活用した情報共有の仕組みも、他職種との連携を円滑にし、支援の質を高める工夫として参考になる。

さらに、**口腔内環境を整えることの重要性**に着目し、歯科衛生士との協働を通じて、食支援の幅を広げている点も印象的である。口腔内の写真を用いた評価や、食事の困りごとを丁寧に把握し、支援につなげる仕組みは、患者のQOL向上に直結する実践であり、管理栄養士の専門性が活かされる場面といえる。

一方で、マンパワー不足による訪問頻度の制限や、スクリーニング後の継続的なフォローが難しい現状は、今後の課題として捉える必要がある。

制度にとらわれず、柔軟に支援を届ける姿勢と、チームで支え合う文化が、この施設の強みであり、在宅医療に関わる多職種にとって大きな学びとなる事例である。

# 4

## ICTを活用した多職種間の情報連携を行いながら チームの一員として居宅療養管理指導を担っている事例

### 1 | 施設の概要

メディケアクリニック石神井公園は2014年に開院し、2018年に認定栄養ケア・ステーションを開設した。現在は、常勤管理栄養士2名(うち1名は時短勤務)と非常勤1名の計3名が在籍し、外来業務と在宅訪問を兼務している。外来は限定的な枠で実施されており、業務の中心は在宅訪問である。

開院当初から在宅医療を主軸としていたものの、当初より管理栄養士が十分に配置されていたわけではない。若手管理栄養士が在宅という新たなフィールドで活動を開始する中で、栄養ケア・ステーションの立ち上げを契機に、経営側が「食と栄養」の重要性を強く認識し、組織として栄養分野を支える体制が徐々に整備されていった。

### 2 | 居宅療養管理指導等の実施状況

在宅訪問は主として居宅療養管理指導として実施されており、低栄養、体重減少、入院後の体力低下、在宅移行直後の虚弱状態などを呈する高齢者を主な対象としている。管理栄養士は、栄養摂取量や体重変化といった指標だけでなく、食事が取れなくなった背景や心理的要因、生活環境、介護者の状況などを含めて包括的に評価し、支援につなげている。

支援にあたっては、栄養指導にとどまらず、食事が「楽しめない」状態にある高齢者への傾聴や、介護者の負担を軽減するための市販介護食品や簡便な調理方法の提案など、生活に寄り添った関わりを重視している。「制限を課す専門職」ではなく、「介護や生活を楽にするために関わる存在」であることを丁寧に伝える姿勢が特徴である。

### 3 | 在宅訪問の依頼ルート

依頼は主にケアマネジャーを通じて行われているが、主治医との連携が特に密であり、医師の診療と並走する形で栄養支援が位置づけられている。また、訪問看護師からの相談や依頼も徐々に増えてきている。

特徴的なのは、初回訪問を医師・看護師・ケアマネジャーと合同で実施している点である。初回訪問の段階で患者本人を含めた多職種が顔を合わせ、治療・支援の方向性を共有することで、早期にチームとしての共通認識が形成され、その後の連携が円滑になる体制が構築されている。

## 4 | 地域で連携している職種

在宅支援は、医師、看護師、ケアマネジャー、訪問看護師など多職種との連携のもとで行われている。初回の合同訪問を起点として、在宅における栄養サポートチームのような関係性が自然に形成されている点が本事例の特徴である。

また、ICTを活用した情報共有により、栄養状態や経時的变化を多職種が共通認識として把握できる環境が整えられている。これにより、栄養に関する情報が特定の職種に閉じることなく、チーム全体で共有され、支援の方向性を検討する材料として活用されている。

## 5 | 居宅療養管理指導等による在宅訪問の効果(実感)

管理栄養士が在宅に関与することで、体重減少や低栄養への早期の気づきが得られ、入院後や在宅移行直後の栄養低下に対する対応が可能となっている。また、食事量低下の防止やフレイル進行の予防といった観点からも、一定の効果が期待されている。さらに、食事を切り口とした関わりを通じて、高齢者が再び「食べること」を楽しめるようになるケースも多い。介護者に対しても、無理をしなくてよいこと、負担を軽減してよいことを伝えることで、心理的な負担の軽減につながっている。

## 6 | 加算に関連しない地域での栄養ケア

在宅訪問業務に加え、地域の医療・介護・多職種が集まる連携の場を定期的に主催している。多職種が講師となる勉強会や試食会等を通じて、地域内での顔の見える関係づくりを進めてきた。

また、住民を対象としたフレイル予防に関する取組にも関与しており、加算の有無に左右されず、地域全体の栄養・健康意識の向上に寄与している。

## 7 | 居宅療養管理指導を行うに至った経緯

地域で関わった高齢者が「自宅でどのような食生活を送っているのか分からない」「その後が気になる」といった問題意識があった。十分な臨床経験がなくとも、生活の場に関心を持ち、その人の暮らしを支えたいという思いが、在宅栄養支援への一歩となっている。

## 8 | 自施設の居宅療養管理指導の特徴

本事例の特徴は、管理栄養士が複数名体制で在宅訪問を担っている点、初回合同訪問による早期のチーム形成、ICTを活用した栄養状態の見える化と 情報共有、そして栄養支援を「指導」ではなく「生活や介護の負担を軽減する支援」として位置づけている点にある。

ICTの活用は、直接的な業務負担の軽減には必ずしも直結していないものの、栄養課題を整理し、チームで立ち止まって考えるための共通基盤として機能している。

## 9 | 居宅療養管理指導実施の課題

課題としては、栄養状態が著しく悪化してから依頼されるケースが多く、改善が難しい状況での介入になりやすい点が挙げられた。また、在宅においては管理栄養士の役割が明確になりにくく、ヘルパーや言語聴覚士、看護師など他職種との役割の重なりが生じやすいことも課題である。医療行為ができないことによる介入の限界や、家庭環境・生活背景による支援内容の制約もある。

## 10 | これから在宅訪問を行いたい管理栄養士への一言

在宅での食事や生活が気になるという思いを持っている管理栄養士は、その時点で在宅栄養支援に向いている。必要な知識や技術は現場に入ることによって身につけることができるため、恐れずに一歩踏み出してほしい。

## この事例から得られる学び

本事例から得られる最大の学びは、在宅栄養支援が「個人の専門性」だけで成立するものではなく、**多職種との関係性と情報共有の仕組みを基盤**として成り立っているという点である。特に、初回合同訪問によって支援の方向性を早期に共有し、患者本人を含めたチームを形成している点は、在宅における栄養支援を安定して継続するうえで極めて重要である。

また、**ICTの活用**は、業務効率化の手段というよりも、栄養状態や課題を「見える化」し、多職種が同じ視点で対象者を捉えるための媒介として機能していることが示された。ICTを導入すること自体が目的ではなく、チームで考えるための共通言語として位置づけることの重要性が示唆される。

さらに、管理栄養士が在宅で果たしている役割は、栄養指導にとどまらず、食を通じた傾聴や心理的支援、介護者の負担軽減といった**「生活支援」の側面**が大きいことが明らかとなった。これは、在宅における栄養支援が、医学的管理と生活支援の接点に位置する専門性であることを示している。

本事例は、都市部に限らず、在宅医療を展開するあらゆる地域において、管理栄養士がどのように関与し、役割を発揮しうるのかを具体的に示す実践例である。制度や加算に依存するのではなく、人と人との関係性を丁寧に積み重ねながら、ICTを補助的に活用することで、在宅栄養支援の質と持続性を高められることを示唆している。

## 歯科訪問診療への同行を起点に、摂食嚥下支援と一体で 居宅療養管理指導を届けている事例

### 1 | 施設の概要

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック(東京都・小金井市)は2012年に開院した歯科診療所であり、開院当初から摂食嚥下障害患者への支援に管理栄養士が関与する体制を構築してきた。院長が施設・在宅での管理栄養士との協働経験を有していたことから、在宅でも管理栄養士が関われる体制を当然のこととして整備した点が大きな特徴である。管理栄養士は1名体制で、居宅療養管理指導に加え、外来栄養食事指導、神経難病や小児の摂食嚥下障害への支援など、幅広い栄養管理業務を担っている。地域の在宅医療機関との連携を基盤に、多職種と情報共有しながら在宅栄養支援を実践している。

### 2 | 居宅療養管理指導等の実施状況

居宅療養管理指導として、月10~20件、年間140~150件程度の訪問を実施している。対象は多摩クリニックの患者に限定しており、他機関からの依頼は受けない方針としている。外来栄養食事指導も並行して実施しており、年間260~270件程度の実績がある。訪問スケジュールは在宅患者を優先し、外来患者との調整を柔軟に行っている。指示書は在宅の主治医から取得しており、管理栄養士が栄養アセスメントに基づいた栄養情報提供書や栄養ケア計画書とともに、指示書のひな形を準備して主治医へ積極的に提案することで、スムーズな連携体制を構築している。

### 3 | 在宅訪問の依頼ルート

歯科訪問診療が先行するケースが多く、歯科医師が患者の低栄養や患者・家族の食事に関する困りごとを把握した際に、管理栄養士の訪問を提案する流れとなっている。歯科訪問診療に管理栄養士が同時訪問を行い、その場で栄養アセスメントを実施することで、迅速に支援を開始できる体制を整えている。

指示書の準備から主治医への送付まで、管理栄養士が主体的に動くことで、スムーズに居宅療養管理指導へとつなげている。地域の在宅医療機関との信頼関係が構築されていることも、依頼ルートの円滑化に寄与している。

## 4 | 地域で連携している職種

在宅主治医、ケアマネジャー、訪問看護師などと連携している。情報共有は主にMCS(メディカルケアステーション)を活用しており、訪問後の報告や多職種への情報提供を効率的に行っている。対面での連携機会は限定的だが、MCS上でケアマネジャーや在宅医など関係職種全員が情報を閲覧できる環境を整えることで、連携の質を担保している。歯科医師との同時訪問の機会も活用し、口腔機能評価と栄養評価を同時に行うことで、支援の精度を高めている。

## 5 | 居宅療養管理指導等による在宅訪問の効果(実感)

家族の不安軽減と相談窓口としての役割が大きい。食事の準備に対する悩みや日々の困りごとを聞き、専門的な視点から摂取エネルギー量やたんぱく質量などを把握することで、家族に安心感を提供できる。他職種も食事について尋ねるが、管理栄養士ほど詳しく定量的に評価できる職種はいないため、その専門性が在宅の場で求められている。また、退院後1週間で食形態や摂取状況が変化する実態に対し、迅速にフォローできる点も重要である。患者本人だけでなく、家族を支える存在として、管理栄養士が在宅で果たす役割は大きい。

## 6 | 高齢者以外の取り組み

外来では、摂食嚥下障害患者に加え、神経難病(ALS、パーキンソン病等)や小児(ダウン症、脳性麻痺、発達障害等)への栄養支援も実施している。小児については、非常勤の小児科医が在勤する時間帯には外来栄養食事指導料を算定しているが、それ以外は加算対象外の栄養指導として対応している。近年、発達障害の患者が増加傾向にあり、幅広い年齢層・疾患への対応が求められている。

## 7 | 自施設の居宅療養管理指導の特徴

歯科医師が嚥下内視鏡検査などで口腔・嚥下機能を評価する場面に立ち会うことで、管理栄養士自身が患者の状態を直接把握でき、より安全で適切な栄養計画を立案できる。文字だけの情報ではなく、実際の評価場面を共有することで、「どの程度噛めるのか」「どのような食形態が適切か」といった判断の精度が高まる。また、患者・家族も同じ場で説明を受けることで理解が深まり、後から個別に質問された際にも一貫した説明が可能となる。多職種との同時訪問は、単なる効率化ではなく、支援の質と安全性を高める重要な手段である。

## 8 | 在宅訪問を実現するための工夫と課題

管理栄養士が主体的に動く姿勢が、在宅訪問の実現に不可欠である。指示書のひな形とともに栄養ケア計画書を準備し、在宅主治医に対して積極的に提案することで、指示書の取得をスムーズに進めている。

当初は医師から驚かれることもあったが、繰り返しやり取りを重ねることで、現在では協力が得られるようになった。

また、地域でのクリニックの認知度向上も重要であり、院長をはじめとする歯科医師が地域で医療機関との信頼関係を築いてきたことが、管理栄養士の活動を後押ししている。一方で、制度上の課題として、多職種が同時訪問する際の算定ルールが実態に合わないという指摘もあり、今後の改善が期待される。

## 9 | これから居宅療養管理指導実施を行いたい管理栄養士への一言

診療報酬改定により、退院後の管理栄養士訪問が月4回まで認められ、より手厚い支援が可能になった。退院時から継続して同一の管理栄養士が関わることは、患者・家族に大きな安心をもたらす。病態だけでなく、生活面への支援を意識した管理栄養士の訪問が、今後ますます求められる。

「月1件でもいいから在宅に出てほしい」という声は、現場の実感から生まれたものである。まずは一步を踏み出し、患者・家族のもとへ足を運ぶことが、在宅栄養支援の第一歩となる。

## この事例から得られる学び

本事例は、**管理栄養士が主体的に動く**ことで在宅訪問が実現できることを明確に示している。指示書の準備から主治医への提案まで、自ら道を切り開く姿勢が、制度を活用した支援につながっている。「指示を待つ」のではなく、「**自ら提案する**」というスタンスが、在宅訪問の扉を開く鍵となる。指示書のひな形を準備し、栄養ケア計画書とともに主治医へ提案することで、医師側の負担を軽減しながら協力を得やすくする工夫は、他の施設でも応用可能なアプローチである。

また、多職種との連携は、**摂食嚥下障害患者への支援**において安全性と質を高める重要な要素である。同時訪問によって情報を共有し、その場でアセスメントを行うことで、迅速かつ的確な支援が可能になる。管理栄養士単独での訪問に不安を感じる場合は、多職種との同時訪問から始めることで、安全性を担保しながら経験を積むことができる。

さらに、**家族の不安に寄り添う存在**として、管理栄養士が果たす役割の大きさも見逃せない。退院後すぐに食事の状況が変化する中で、専門的な視点から相談に応じることは、家族にとって大きな支えとなる。摂取エネルギー量やたんぱく質量を定量的に評価し、具体的な食事内容を提案できるのは管理栄養士ならではの強みである。加えて、MCSなどのICTツールを活用した情報共有は、限られた人員で効率的に多職種連携を行うための現実的な手段である。訪問後の報告をMCS上で共有することで、ケアマネジャーや在宅医など関係職種全員が情報を把握でき、連携の質を保ちながら管理栄養士の負担を軽減することが可能となる。

これから在宅訪問を始めようと考えている管理栄養士にとって、この事例は「まず一步を踏み出すこと」の大切さを教えてくれる。完璧な体制がなくても、できることから始め、地域の医療機関と信頼関係を築いていくことが、在宅栄養支援の道を開く鍵となるのである。月1件からでも構わない。患者・家族のもとへ足を運び、その生活を知り、寄り添うことから、在宅栄養支援は始まる。

# 6

## 地域で顔の見える管理栄養士の取り組みとともに、 居宅療養管理指導を地域全体に広げた事例

### 1 | 施設の概要

はみんぐ南河内(大阪府・羽曳野市)はNPO法人として運営されており、機能強化型認定栄養ケア・ステーションからふる(以下認定CSからふる)はその一部門として位置づけられている。法人組織によって行政との委託契約など、地域に根ざした活動を展開し、在宅栄養支援については、南河内地域を中心に、認定CSからふる所属の管理栄養士が個々に診療所と非常勤契約を結び、在宅栄養支援を実施している。また病院勤務経験を有する管理栄養士が多数在籍し、高い専門性と実践力を備えている点も大きな特徴であり、認定CSからふるが少数雇用の多い管理栄養士をつなげ、在宅栄養支援を充実して展開できるようサポートを行っている。

法人を地域資源とすることで、地域住民が気軽に相談でき、ケアマネジャーが支援につなげやすいよう「栄養士の見える化」を進め、医療・介護・福祉の垣根を越えた包括的な支援体制を構築している。

### 2 | 居宅療養管理指導等の実施状況

現在医療保険では、主治医の非常勤雇用を通じて月1回の訪問を行い、介護保険では、居宅療養管理指導として月20回以上の訪問を行っている。

4名の管理栄養士が複数の医療機関と契約し、地域全体をカバーする体制を築いている。法人事業の地域活動や行政受託事業の介護予防から看取り期まで継続的に関わられるよう、状況に応じて柔軟に動ける仕組みを整えている。制度に関わる煩雑な書類作成業務やサービス担当者会議への参加も、NPO法人として支援体制を整えて対応している。

### 3 | 在宅訪問の依頼ルート

地域内での認知度は高く、「栄養士の見える化」が相談の起点となっている。

主な依頼元はケアマネジャーであり、相談内容に応じて、該当地域の非常勤契約医療機関の紹介、市町村の介護予防事業や地域リハビリテーション事業の訪問や無料相談などにつなげ、患者や利用者のニーズに応じて制度を利用できるよう対応している。

## 4 | 地域で連携している職種

非常勤先医療機関の医師、看護師、事務担当者、患者主治医、ケアマネジャー、訪問看護師、歯科医師、言語聴覚士などと日常的に情報共有を行い、連携している。とくに大阪府理学療法士会と委託契約を結び、理学療法士会が受託する介護予防事業にも参画している。地域の薬局やヘルパーステーションとも情報共有を行い、多職種がそれぞれの専門性を活かし、利用者の食支援に取り組み、支援の精度を高めている。また、サービス担当者会議にも積極的に参加し、支援方針の共有と調整を図っている。

## 5 | 居宅療養管理指導等による在宅訪問の効果(実感)

利用者のQOL向上や栄養状態の改善も確認されている。具体的には、食事形態を適切に調整することで、誤嚥や食事故のリスクの低減や、低栄養の早期発見と対応により、重症化予防が可能となり、ケアマネジャーやヘルパーの業務負担軽減にもつながっている。また、在宅療養を支えている家族などのケアの充実と不安軽減、満足な支援ができたとの声もあり、地域全体の栄養支援体制の強化に貢献していると評価されている。

## 6 | 加算に関連しない地域での栄養ケア

介護予防事業や地域リハビリテーション事業での単発訪問や相談対応に加え、こども食堂や世代間交流イベント、料理教室などにも関わり、地域住民が日常的に管理栄養士と接点を持てる環境を整えている。「おいしくたべてねカード」「ごちそうさまカード」などのツールを活用し、食への気づきやコミュニケーションを促す取り組みも行っている。さらに、介護予防講座や外来栄養指導で健康支援型配食サービスを活用し、在宅療養に入る前から栄養状態のボトムアップを図っている。世代間の交流と、世代をつなぐ関わりを双方を意識し、地域全体で食と健康を支える土台づくりを進めている。また、制度外の活動はNPO法人が時間給で補填し、所属の管理栄養士が無理なく継続的に関与できる体制を確立している。

## 7 | 居宅療養管理指導を行うに至った経緯

関わりのあったケアマネジャーから、在宅での低栄養に悩む利用者への支援要請が寄せられた。これを受け、主治医に相談したところ、大学病院NSTの栄養支援を理解していた主治医と、管理栄養士が非常勤雇用契約を行うこととなり、訪問活動が始まった。この経験を通じて、制度の隙間に取り残される人々への支援の必要性を痛感し、NPO法人を設立。地域の実情と制度のギャップを埋める活動を継続的かつ実践的に展開している。「食べる喜びを暮らす喜びへ」という理念が活動の原動力となっている。

## 8 | 自施設の居宅療養管理指導の特徴

法人に所属する管理栄養士が個々に診療所と非常勤契約を結び、在宅栄養支援を行う体制を確立し、看取り期まで継続的に関与できる支援体制を整えてきた。さらに、地域住民とケアマネの双方が相談しやすいよう「栄養士の見える化」を進めており、地域の栄養に関する相談窓口としての機能を果たしている。また、少数雇用の多い管理栄養士をつなげ、在宅栄養支援を充実して展開できるようサポートを行っている。

## 9 | 居宅療養管理指導実施の課題

医療と介護の縦割り構造により、栄養士の介入が制度上制限される場面が多い。低栄養に対する医療的理解が不十分で、介入の遅れが生じやすい。報酬の低さや煩雑な書類業務が、栄養士の業務継続を困難にしていることも一要因となっている。地域の薬局などに勤務する若手栄養士の離職や定着の難しさも指摘されており、地域全体としての人材確保が大きな課題となっている。制度的支援の拡充と、職域の明確化、同職種連携による地域栄養支援体制の構築・評価体制の整備が急務と考えている。

## 10 | これから居宅療養管理指導実施を行いたい管理栄養士への一言

在宅の現場には、管理栄養士の専門性が真に求められる場面が数多く存在する。制度上の制約はあるものの、地域には支援を必要とする声が確実にある。一人での活動に不安があっても、仲間と連携すれば可能性は大きく広がる。まずは「ここに栄養士がいる」と地域に伝えることが第一歩となる。知識と思いを持つ管理栄養士が、誰かの暮らしを支える力となることを信じてほしい。

## この事例から得られる学び

この事例から得られる学びは、地域に根ざした柔軟な体制を構築し、介護予防から看取りまでの**ステージに応じた栄養ケア**を実現した点にある。はみんぐ南河内はNPO法人として運営されており、行政との委託契約を通じて地域に密着した活動を展開し、**地域の栄養支援のハブ**となっている点も重要である。特に在宅支援においては、複数の診療所と非常勤契約を結ぶことで南河内全域をカバーする訪問体制を整備し、病院勤務経験を有する管理栄養士が中心となって、看取り期まで継続的に関与できる支援を実現している。

また地域の栄養支援のハブに至った経緯である「**栄養士の見える化**」の活動により、地域住民やケアマネジャーが気軽に相談できる環境を整えている。これにより、低栄養の早期発見や食事形態の適正化が可能となり、誤嚥リスクの低減、QOLの向上、さらには医療・介護職の業務負担軽減にもつながっている。また、制度上の加算が発生しない活動に対しても、NPO法人として時間給で補填する仕組みを整備し、栄養士の継続的な関与を支えている。

一方で、医療と介護の縦割り構造や、低栄養に対する医療的理解の乏しさ、報酬の低さ、煩雑な書類業務といった制度的課題も浮き彫りとなっている。特に薬局に勤務する若手栄養士の離職や定着の難しさは、今後の人材確保において深刻な問題である。これらの課題に対しては、制度的支援の拡充、職域の明確化、評価体制の整備が急務である。

本事例は、「**必要な人に必要な支援を届ける**」という理念のもと、地域の実情に即した支援体制を構築し、制度の隙間にあるニーズに応える実践例である。管理栄養士が地域に根を張り、多職種と連携しながら柔軟に活動することで、在宅栄養支援の可能性は大きく広がる。今後の制度設計や地域支援の在り方を考える上で、極めて示唆に富む事例である。

## グループ内クリニックと連携し、居宅療養管理指導の仕組みを自ら立ち上げた事例

### 1 | 施設の概要

石川ヘルスケアグループ(愛媛県)は、病院・介護老人保健施設・特別養護老人ホーム・クリニックを擁する複合医療福祉グループである。

担当管理栄養士は介護老人保健施設「アイリス」に所属しながら石川クリニックにも兼務する形で在籍し、老健業務に加えてグループ内5施設の特別養護老人ホーム管理栄養士の教育・マネジメントも担う。

グループ内にはすでに訪問看護・ヘルパーの体制が整備されていたが、訪問栄養指導のみ未実施であった。病院勤務10年を経て介護老人保健施設・特別養護老人ホームに出向した管理栄養士が、「クリニックから居宅療養管理指導ができる」と知り、理事長に自らの思いを率直に伝えたところ、「地域のためになることであれば」と温かい理解と支援を得て、約3～4年前に自ら仕組みを作りながら訪問栄養指導を立ち上げた。

介護老人保健施設・特別養護老人ホーム所属の管理栄養士が居宅療養管理指導を実践するケースは全国的にも希少であり、施設経験の強みを在宅に活かした先進的な取り組みである。

### 2 | 居宅療養管理指導等の実施状況

居宅療養管理指導として、介護老人保健施設・特別養護老人ホームの管理業務と並行しながら訪問を実施している。訪問時間帯は昼食場面の観察を最優先とし、11時30分～13時を中心に調整する。「昼ご飯を見に行かないと訪問の意味がない」という信念のもと、実際に食べている場面・介助の様子をその場で確認しながら支援を行う。

提案は段階的に行い、初回から理想形を押しつけず、数か月かけて家庭のペースに合わせながら少しずつ改善を積み重ねる方針をとっている。

訪問対象はクリニックの患者に限らず、かかりつけが他院の患者であっても、必要な栄養情報を管理栄養士自身が作成して主治医に提案・確認してもらおう形で柔軟に対応している。

### 3 | 在宅訪問の依頼ルート

依頼の入口は複数のルートを組み合わせて確保している。

- ① 母体病院の退院カンファレンス: 地域包括入院・リハビリ入院患者を病院の管理栄養士が退院カンファレンスの場で拾い上げ、「自宅での調理に不安があれば在宅の栄養士を紹介できる」と家族に伝えて接続する流れを構築している。
- ② グループ内ケアマネジャーへの相談: 「食事で困っている人はいないか」と日常的に声をかけ、紹介を依頼している。
- ③ 地域の居宅介護支援事業所への訪問: 地域ケアマネジャーへの説明訪問も実施しているが、一度も利用のない事業所の開拓は容易ではないと感じている。
- ④ 指示書取得の工夫: 指示書の様式を自ら作成し、地域連携室を経由して医師に口頭で丁寧に説明した上でサインをもらう。書面だけでは同意を得にくいいため、できる限り対面・口頭での説明を重視している。

### 4 | 地域で連携している職種

在宅主治医(他院含む)、ケアマネジャー、訪問看護師、理学療法士、言語聴覚士、ヘルパー、地域連携室スタッフなど多職種と連携している。

特筆すべきはグループ内の同職種連携の仕組みである。iPhoneを活用した医療用SNS(LINEに近い形式)でグループ内の管理栄養士が常時つながっており、カルテは施設ごとに別管理であっても、血液検査データ・摂取状況・体重推移などを随時共有している。理学療法士等の他職種も同様のツールを活用しており、施設・病院・クリニックをまたいだ迅速な情報連携を実現している。

「多職種連携とともに同職種連携も重要」という視点が、この仕組みの背景にある。

### 5 | 居宅療養管理指導等による在宅訪問の効果(実感)

訪問栄養指導を始めたきっかけは、誤嚥性肺炎で退院した患者が1か月後に再入院するという病院勤務時代の経験だった。退院時に適切な食事形態を指示しても、自宅での継続的な評価がなければ形態が守られず、再び同じ状態で戻ってくる現実を目の当たりにしてきた。

在宅では「完璧な嚥下調整食」を求めることは現実的でないと割り切り、「危険なものを排除しながら、無理はさせない」という現場実態に即したアプローチをとっている。言語聴覚士が求める理想の形態と、家庭での実行可能性のギャップを埋める存在として、継続した評価と現実的な調整を行うことが再入院防止に貢献していると実感している。また、家族の不安軽減や「これで大丈夫」という安心感の提供にも大きな意義を感じている。

## 6 | 自施設の居宅療養管理指導の特徴

◎ 介護老人保健施設・特別養護老人ホームの経験こそ在宅の強みになる介護老人保健施設・特別養護老人ホームに勤務する管理栄養士は、「食べること・動くこと・排泄・睡眠」という生活全体を一体的に見る視点が日常業務の中で自然と培われている。

この「生活に根ざした視点」は、在宅支援において大きな強みを発揮する。

時間の使い方や支援計画を職種として自律的に設計する経験も多く、「介護老人保健施設・特別養護老人ホームの経験を持つ管理栄養士は、在宅支援に非常に適性がある」という確信を持っている。

◎ 昼食場面観察を軸にした訪問設計

訪問時間帯を11時30分～13時に絞り込み、実際の食事場面を観察することで栄養支援の質を高めている。

◎ 事務手続きの整備を事務長と協働

同意書・契約書・支払い(銀行振替)の仕組みなど、未経験の事務領域を事務長とともに一から構築した。ひとりで抱え込まず、周囲を巻き込んで整備することが重要であると強調している。

◎ 家族を巻き込む戦略

病院退院時に家族が「利用したい」と思えば、ケアマネジャーはプランに組み込みやすくなる。歯科・歯科衛生士との連携と同様に、家族の合意形成がプラン化の最短ルートであると考えている。

## 7 | 居宅療養管理指導実施の課題

現状は1名のみが訪問を担っており、人員確保と後継者育成が最大の課題である。

在宅に出るためには高齢者介護への理解・家族への伝え方・接遇など、臨床スキルとコミュニケーション能力の両面が必要であり、経験の浅い段階での参入は難しいと感じている。

制度上の課題としては、限度額内で家族が入浴介助などを優先するため、栄養改善が後回しになりやすい点が挙げられる。栄養改善加算のプラン化ハードルが高く、「栄養アセスメントと栄養改善加算の間に位置する、より低いハードルの枠組みがあれば活用できる」という制度上のニーズも感じている。

さらに、ケアマネジャーによって栄養の重要性への認識に大きな差があり、未利用の居宅介護支援事業所の開拓が難航している。

## 8 | これから居宅療養管理指導実施を行いたい管理栄養士への一言

思いを行動に移し、制度やルールをしっかりと学んでほしい。私も全く知らないところからスタートした。経営者が在宅・地域への関わりを大切にしている組織では、新しい取り組みへの挑戦がしやすい環境が生まれやすい。

今の仕事をしっかりと積み重ねながら、在宅に行く道筋を自分で作っていく姿勢が大切。

## この事例から得られる学び

訪問看護やヘルパーが整備されていても、**訪問栄養指導だけが空白**のまま残されている施設は少なくない。本事例はその空白を、管理栄養士自身が制度を学び、事務長を巻き込んで同意書・契約書・支払い手続きを整備し、指示書の様式を自ら作成して医師に口頭で説明しに行くという、能動的な仕組みづくりによって埋めた事例である。在宅栄養支援の導入において必要なのは特別なスキルではなく、**制度の理解・事務体制の整備・関係者との合意形成**という、再現性のある取り組みであることを示している。

**介護老人保健施設・特別養護老人ホームに勤務する管理栄養士が在宅支援に取り組む**本事例は、全国でも先駆けとなる取り組みである。食事・動作・排泄・睡眠を一体的に捉える生活視点、利用者のペースに合わせた支援計画の設計力、多職種と協働しながら自律的に動く経験は、在宅という「生活の場」での支援に直結する力であり、介護施設に勤務する管理栄養士が在宅支援の重要な担い手となり得ることを実証している。

昼食場面の観察を軸とした訪問設計、グループ内のモバイルSNSによる同職種連携、家族を巻き込むプラン化の戦略、組織のトップの理解を得ながら体制を整備するプロセスまで、本事例には在宅栄養支援を「点」から「仕組み」へと発展させるための具体的な手がかりが詰まっている。在宅栄養支援の裾野を広げていく上で、参照すべき先駆的事例といえる。

## 栄養マネジメント強化加算の人員配置を活かして、 居宅療養管理指導を実現した事例

### 1 | 施設の概要

介護老人保健施設グリーン・ボイス(東京都・東村山市)は、法人内に病院・介護老人保健施設・機能強化型認定栄養ケア・ステーションを擁する複合医療福祉施設である。法人内の緑風荘病院では1995年、介護保険制度が始まる5年前から訪問栄養指導を実践してきた、全国でも先駆的な施設であり、当初から院長がチーム医療の一員として関与したことで「必要時には訪問指導を行うことが当たり前」という組織文化が根づいている。

制度開始時から、栄養マネジメント強化加算を取得しており、配置基準(1.8人)に対して約0.2人分の余剰人員を確保することで、施設内の通所リハビリや在宅訪問にも管理栄養士が関与できる体制を整えている。

法人内には地域包括支援センターや居宅支援事業所、機能強化型認定栄養ケア・ステーションも設置されており、病院・老健・地域支援拠点が一体となった在宅栄養支援の仕組みが形成されている。

### 2 | 居宅療養管理指導等の実施状況

主として居宅療養管理指導として訪問を実施している。訪問対象は当院の患者に限らず、地域の他クリニックや在宅専門医の患者、ケアマネジャー経由の依頼にも対応しており、東村山エリアや隣接の他市をカバーする形で支援を展開している。

老健の管理栄養士も、施設業務と並行しながら在宅訪問に参加し、栄養マネジメント強化加算の人員配置における余剰分(約0.2人)を活用し、通所リハビリの口腔栄養スクリーニングや栄養アセスメント、栄養改善などの加算業務とともに、在宅訪問を組み込んだ業務体制を実現している。強化加算の創設以前から、老健の栄養ケア・マネジメントに取り組みながら、管理栄養士が在宅訪問に関わっており、加算によって「これまでの活動がきちんと評価された」という意識が強い。

### 3 | 在宅訪問の依頼ルート

依頼の入口は複数のルートを組み合わせて確保している。初回の問い合わせはケアマネジャーからが最も多く、訪問看護師からの相談も増えてきている。また、地域の他クリニックや在宅専門医から直接依頼が入るケースもあり、「管理栄養士の訪問が必要なときは緑風荘病院(グリーン・ボイス)に連絡する」という流れが東村山エリアで形成されつつある。

他に、東京都栄養士会、東久留米市医師会との連携で、医療DXを活用した訪問栄養指導の取り組みによる、訪問指導の依頼も受けており、高齢者宅の訪問以外にも、グループホームでの介入や年齢の若い障害のある方などへの対応もしている。

## 4 | 地域で連携している職種

日常的に情報共有・連携を行っている。主な連携先は、在宅医・かかりつけ医(他院含む)、ケアマネジャー(院内の地域包括支援センター含む)、訪問看護師、リハビリ職(訪問リハ・通所リハ)、薬剤師などである。法人内に包括支援センターが設置されていることが地域連携を円滑にする強みとなっており、複数の職種が自然に集まりやすい環境が整っている。

特に西東京の糖尿病連携ネットワークでは、医師・管理栄養士・看護師・薬剤師・ケアマネジャーなど多職種が参加する事例検討会を定期的に開催しており、顔の見える関係づくりを通じた連携強化に取り組んでいる。

## 5 | 居宅療養管理指導等による在宅訪問の効果(実感)

在宅訪問を通じて、さまざまな効果を実感している。低栄養状態にある方に対して食事改善のアドバイスを行うことで、栄養状態の改善につながった事例が多数ある。

また、退院後に家族が「どう作ればいいかわからない」と困っている嚥下調整食については、市販品の活用法(例:市販のかぼちゃの煮物に出し汁を合わせながらつぶして混ぜ合わせたり、ミキサーにかけると嚥下調整食になる等)や簡単な調理のコツを伝えることで、家庭での継続を可能にした事例もある。

糖尿病・腎臓病・心臓病・褥瘡など食事療法や栄養介入が必要な方に対しては、在宅で実践できる具体的な方法を指導することで病状の改善につながっており、入院を回避できたケースもある。1995年の取り組み開始当初から、訪問指導によって入院せずとも血糖値が改善した事例があり、在宅支援の有効性は学会発表や長年の実践によって裏づけられている。

さらに、看取り期など介護を担う家族にとっても「これで大丈夫」という安心感の提供と精神的ゆとりの創出という効果は大きく、家族が安心して介護に取り組めるよう支援することも管理栄養士の重要な役割であると実感している。

## 6 | 自施設の居宅療養管理指導の特徴

最大の特徴は、病院・老健のどちらに配属されていても管理栄養士が在宅訪問に関わるという、グループ全体に浸透した組織文化である。

老健では栄養マネジメント強化加算の配置基準(1.8人)に対して余剰の約0.2人分を確保することで、老健所属の管理栄養士も在宅訪問に参加できる体制を実現している。

問い合わせの窓口は病院栄養科と認定栄養ケア・ステーションの双方が担い、状況に応じて柔軟に対応する仕組みが整っている。東村山エリアでは「管理栄養士の訪問が必要ななら緑風荘病院」という認知が広がりつつあり、院内患者にとどまらず地域全体の在宅栄養支援拠点としての役割を担いつつある。

## 6 | 自施設の居宅療養管理指導の特徴-つづき

教育体制においても特徴がある。経験の浅い管理栄養士には、ベテランが自転車で2人並んで訪問し、現場でどう関われば良いかを直接指導している。こうして育った管理栄養士が在宅栄養の認定在宅訪問管理栄養士や在宅栄養専門管理栄養士を取得するケースも出ており、他院や他施設からの同行研修依頼や認定資格取得の相談などにも積極的に対応している。

他にも加算の有無にかかわらず、地域への「種まき」として多様な活動を継続している。ケアマネジャー向けには、栄養の重要性と早期連携の必要性を伝える研修会を随時開催し、「困った事例があれば管理栄養士が訪問します」と直接伝える場としても活用している。過去に参加してくれた方が、数年後に「まだやっていますか」と電話をくれて訪問につながるケースもあり、地道な活動の積み重ねが確実に実を結んでいる。また、一般市民向けのフレイル予防教室も開催しており、講座の最後に「家族や近所で食事に困っている方がいたら、管理栄養士が訪問できる制度がありますのでお声がけください」と必ず伝えている。地域ケア会議にも継続的に参加しており、現時点では訪問栄養指導が不要な事例に対しても、「将来、在宅療養が必要になったときには訪問栄養指導という選択肢があります」と伝え、先を見越した種まきを行っている。糖尿病連携においては、西東京の医師ネットワークと連携した多職種事例検討会が継続的に開催されているので、法人内の管理栄養士も積極的に参加しており、訪問栄養指導の紹介もしている。

## 7 | 居宅療養管理指導実施の課題

地道に宣伝活動を続けているものの、同じ市内でもまだ連携できていない地域があり、訪問栄養指導という制度を知らないケアマネジャーや医師が存在している。制度周知のさらなる拡大は継続的な課題であり、「広がりつつあるが、まだ十分ではない」というのが率直な実感である。

また、コロナ禍以降、オンラインの対応が増え、対面でのケアマネジャー向け研修会が実施できていないため、改めて開催の機会をつくることを課題と捉えている。

新卒・転職者を含め在宅訪問に興味を持つ管理栄養士が増えてきている中で、同行による教育体制をいかに継続・拡大していくかも今後の取り組みとして位置づけている。

## 8 | これから居宅療養管理指導実施を行いたい管理栄養士への一言

老健や特養で日々行っているミールラウンド、一人ひとりへのMNA-SFによるスクリーニング、療養食・嚥下調整食の調整、看取り期の栄養ケア—これらはすべて、在宅での支援にそのまま活かせるスキルである。毎日何十人もの方の食事ケアをしてきた経験は、在宅で「この方にはこのアプローチが合う」という豊富な引き出しになる。とろみの付け方ひとつとっても、施設で積み上げてきた何十パターンもの知識が、家庭ごとの事情に応じた個別支援の力になるのである。

施設でやっていることを、家庭の事情・介護の状況・家での食事の様子に落とし込む—それだけで役立つことがたくさんある。自分が持っているスキルが在宅でも通用すると、ぜひ自信を持って、一歩踏み出す勇気が、地域に暮らす方たちの食と生活を支える力になる。

## この事例から得られる学び

本事例の最大の学びは、「**制度と組織文化と地域連携の三位一体**」が在宅栄養支援を持続させる原動力になるという点である。栄養マネジメント強化加算の配置基準(1.8人)に対して約0.2人分の余剰人員を意図的に確保するという発想は、加算を”収益の手段”としてではなく、在宅訪問という社会的使命を果たすための人員投資として捉えた結果である。制度をいかに戦略的に活用するかという視点が、他施設との大きな差別化につながっている。次に、1995年という制度開始以前からの実践の蓄積が示すのは、「当たり前」に訪問するという組織文化の価値である。トップである院長がチーム医療の一員として関与し続けたことで、在宅訪問が一部の熱心な個人の活動に終わらず、法人全体の文化として根づいた。仕組みは人がつくるが、文化は時間がつくるという教訓がここにある。

地域連携においては、依頼を待つのではなく「**種まき**」を続ける能動的な姿勢が光る。ケアマネジャー向け研修会、フレイル予防教室、地域ケア会議への参加、糖尿病多職種ネットワークへの関与——これらは即座に訪問件数に結びつくものではないが、数年越しに依頼として実を結ぶ。顔の見える関係こそが、制度の認知を高め連携の入口となることを本事例は証明している。教育面では、自転車と並走しながら現場で指導するOJTという具体的な手法が、次世代の在宅栄養専門家を育てる有効なモデルとなっている。認定資格取得者を輩出し、他施設からの研修依頼を受けるまでに至ったことは、地域の人材育成拠点としての役割をも担い始めている証左である。

最後に、施設での日常業務——ミールラウンド、スクリーニング、嚥下調整食の対応、看取り期の栄養ケア——が**在宅支援の力に直結する**という気づきは、多くの管理栄養士に「自分にもできる」という自信を与えてくれる。施設経験を在宅へ橋渡しする意識を持つことが、地域全体の栄養支援の底上げに貢献するのである。

## 退所後の生活を見据えてケアマネと連携し 在宅訪問を続けている事例

### 1 | 施設の概要

湯の里まとはば(福岡県・福岡市 定員100名)は在宅復帰支援に重点を置く超強化型老健施設である。入所者は脳血管疾患、認知症、嚥下機能低下により経管栄養や嚥下調整食の対応を必要とするケースが多く、長期滞在を前提とせず、入所時から在宅復帰を見据えた支援体制を整えている。管理栄養士は3名体制で、入所・通所の栄養管理に加え、在宅支援にも積極的に関与している。

### 2 | 在宅訪問の実施状況

退所後の生活を安定して継続できるよう、必要に応じて管理栄養士がケアマネジャーに同行し、在宅訪問を行う。対象者は経口移行直後で嚥下機能に不安がある場合、調理者が高齢・未経験である場合、食具の適合に課題がある場合、配食依存が予想される場合など、生活上のリスクが高いケースに重点を置いている。訪問先では、調理環境の確認、食器・食具の選定、食形態調整の助言に加え、家族の実態に合わせて正しい方法に導く支援を行う。訪問頻度は月1～2件程度である。

退所前に施設ケアマネジャー、リハ職が訪問日程を調整し、管理栄養士が同行を申し出る形で実施している。継続的に同行希望を伝えてきたことで、近年はケアマネジャー側から同行依頼が来ることも増えた。訪問にはケアマネジャーとリハ職が必ず同行し、必要に応じて福祉用具業者や居宅ケアマネジャーも同席する。退所支援会議の段階から訪問の必要性を共有し、スムーズな連携につなげている。

### 3 | 地域で連携している職種

地域では、居宅ケアマネジャー、リハ職、福祉用具業者、看護師、介護士など多職種と連携している。地域ケア会議にも継続的に参加し、在宅生活の実情や支援ニーズを把握している。必要に応じて医師や訪問看護師とも情報共有を行い、誤嚥リスクや栄養状態の変化に迅速に対応している。

### 4 | 在宅訪問の効果(実感)

訪問により、調理器具や食器・食具の工夫で食事の自立が促進され、配食依存の回避にもつながった。家族との信頼関係が構築され、退所後の相談継続にも寄与している。また、施設での支援が在宅で再現されていない実態に気づくことで、施設内支援の見直しにもつながった。専門職が直接助言することで、ケアマネジャーや家族の理解が深まり、再入院の予防にも貢献している。

## 5 | 加算に関連しない地域での栄養ケア

地域ケア会議への参加を通じて、在宅生活の実情や支援ニーズを把握し、加算の有無にかかわらず助言を行っている。通所リハビリテーションでは栄養アセスメント加算を活用しつつ、在宅復帰後の様子を継続的に観察している。老健では在宅訪問栄養食事指導の算定ができない制度的制約があるため、加算外の支援も含めて生活に根差した支援を継続しているのが特徴である。

## 6 | 在宅訪問を行うに至った経緯

在宅訪問を始めたきっかけは、料理経験のない高齢の夫が退所後の食事を担うケースで、書面指導だけでは十分な支援にならないと感じたことである。実際の生活環境を確認し、具体的な支援を行う必要性を痛感したことから、以降は必要なケースに積極的に訪問を申し出るようになった。

## 7 | 自施設の在宅訪問の特徴

加算要件に左右されず、管理栄養士が自ら計画し、訪問を実施している点が特徴である。対象者は嚥下機能や調理環境に不安のあるケースに限定し、月1~2件の頻度で対応している。訪問は必ず多職種と連携して行い、実生活に即した助言を重視している。配食依存を避けつつ、家族の力を引き出す支援を心がけている。

## 8 | 課題

管理栄養士の配置数や時間的制約により、訪問の継続や拡大が難しい。老健の管理栄養士配置基準が最低1名であることや、訪問指導が算定対象外である制度的背景も、業務として位置づけにくい要因となっている。施設内では在宅生活の実情が見えにくく、支援の必要性が共有されにくい。情報提供のみで支援が完結してしまう風潮も根強く、訪問の必要性を継続的に発信する姿勢が求められる。

## 9 | これから在宅訪問を行いたい管理栄養士への一言

まずは「行きたい」と声を上げることが第一歩である。継続して伝えることで、周囲の理解や協力が得られ、現場での経験は自信と支援の幅の広がりにつながる。制度や加算にとらわれず、生活に寄り添う姿勢を持つことで、管理栄養士の役割が地域でさらに発揮される。



## 1 | 施設の概要

長崎県栄養士会は、県設置の「ながさき栄養ケア・ステーション」を運営し、医療機関や地域からの依頼に応じて管理栄養士・栄養士を派遣し、栄養支援を行っている。医療、福祉、地域活動等の分野で活動する管理栄養士・栄養士が登録し、組織的な体制のもとで外来および在宅における栄養支援を展開している。

## 2 | 在宅訪問の実施状況

長崎県栄養士会では、栄養ケア・ステーション登録者を中心に、医療機関との委託契約に基づき、外来栄養食事指導および居宅療養管理指導を実施している。地域で活動する管理栄養士が在宅栄養支援に関わることで、医療機関に管理栄養士が配置されていない場合でも、専門的な栄養支援を提供できる体制を地域偏在はあるものの整えている。医療機関から栄養ケア・ステーションへの委託契約を基本とし、外来栄養食事指導と在宅訪問の双方に対応している。県栄養士会の栄養ケア・ステーションという立場を活かし、医師会をはじめとする他の職能団体へ積極的に働きかけを行い、管理栄養士による居宅療養管理指導の活用を広く周知しているが、まだ十分と言えない。医師が管理栄養士に相談・依頼しやすい窓口は形成されているが、その活用は少ない。

## 3 | 地域で連携している職種

医師会との連携を軸に、医師、行政、関係団体と協力しながら、地域における栄養支援体制を構築している。都道府県レベルの職能団体としての立場を活かし、他職種との連携が円滑に進められつつある。

## 4 | 在宅訪問の効果(実感)

栄養ケア・ステーションを窓口とした体制により、医師が管理栄養士の専門性を活用しやすくなり、在宅における栄養支援の選択肢が地域に定着しつつある。管理栄養士による在宅栄養支援の存在が可視化され、医療現場からの相談や活用の機会が広がりを感じている。



## 5 | 加算に関連しない地域での栄養ケア

診療報酬・介護報酬の枠組みにとらわれず、地域住民向けの講演会や啓発活動、関係職種への情報提供などを継続的に実施している。  
制度と制度外の活動を組み合わせることで、地域全体の栄養支援力の向上に寄与している。

## 6 | 在宅訪問を行うに至った経緯

令和3年度の報酬改定を契機に、栄養ケア・ステーションが医療機関と契約し、在宅での栄養支援を行える環境が整備された。  
これを受け、長崎県栄養士会では体制整備と並行して、医師会等の他職能団体に対し、管理栄養士による在宅栄養支援の意義や活用方法を丁寧に説明し、理解促進を図ってきた。

## 7 | 自施設(栄養ケア・ステーション)の在宅訪問の特徴

本事例の最大の特徴は、都道府県の栄養士会という立場を活かし、他職能団体と連携しながら、管理栄養士による在宅支援を地域の仕組みとして展開している点にある。  
登録体制、料金表、委託契約書を整備したうえで、医師が安心して依頼できる環境を整え、在宅栄養支援を地域に浸透させている。

## 8 | 今後に向けて

今後は、在宅栄養支援に関わる管理栄養士の育成と、他職能団体との連携を基盤とした取り組みのさらなる発展が期待される。  
組織的な取り組みを継続することで、より多くの地域ニーズに応えることが可能になると考えられる。

## 9 | これから在宅訪問を行いたい管理栄養士への一言

在宅栄養支援は、栄養ケア・ステーションという仕組みと職能団体のネットワークを活用することで、個人では難しい連携や展開が可能となる。  
地域の一員として、組織の力を活かしながら関わることが、在宅訪問への第一歩となる。



## 参考文献

1)中村育子ほか,日本在宅医療連合学会誌 4(3), 19-27, 2023

2)Holden CM., Anorexia in the terminally ill cancer patient: the emotional impact on the patient and the family. Hosp J. 7, 73-84, 1991.

3)Amano K, et al., Eating-related distress and need for nutritional support of families of advanced cancer patients: a nationwide survey of bereaved family members. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 7, 527-534, 2016.

4)厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会(第 615 回)資料 総-2「在宅(その2)」令和 7 年 8 月 27 日

URL: <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001571795.pdf>

5)井上啓子ほか,日本栄養士会雑誌 55(8), 656-664, 2012

6)本川佳子ほか,日本臨床栄養学会雑誌 46(2), 131-136, 2024

7)東京都健康長寿医療センター, 令和 7 年度老人保健健康増進等健事業「在宅における栄養管理・口腔管理の充実に関する調査研究事業」報告書

8)厚生労働省 第 8 次医療計画について(報告)

URL:<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001096426.pdf>

9)厚生労働省 令和 6 年度介護報酬改定における改定事項について

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001213182.pdf>