

令和7年 新潟県栄養士会 在宅栄養ケア総合研修会

地域の介護サービス提供における栄養情報連携について

居宅介護支援事業所 介護支援専門員の立場から

社会福祉法人 坂井輪会
老人介護支援センター穂波の里
笹川 桂子

社会福祉法人 坂井輪会

特別養護老人ホーム

地域密着型特別養護老人ホーム

地域包括支援センター 2 か所

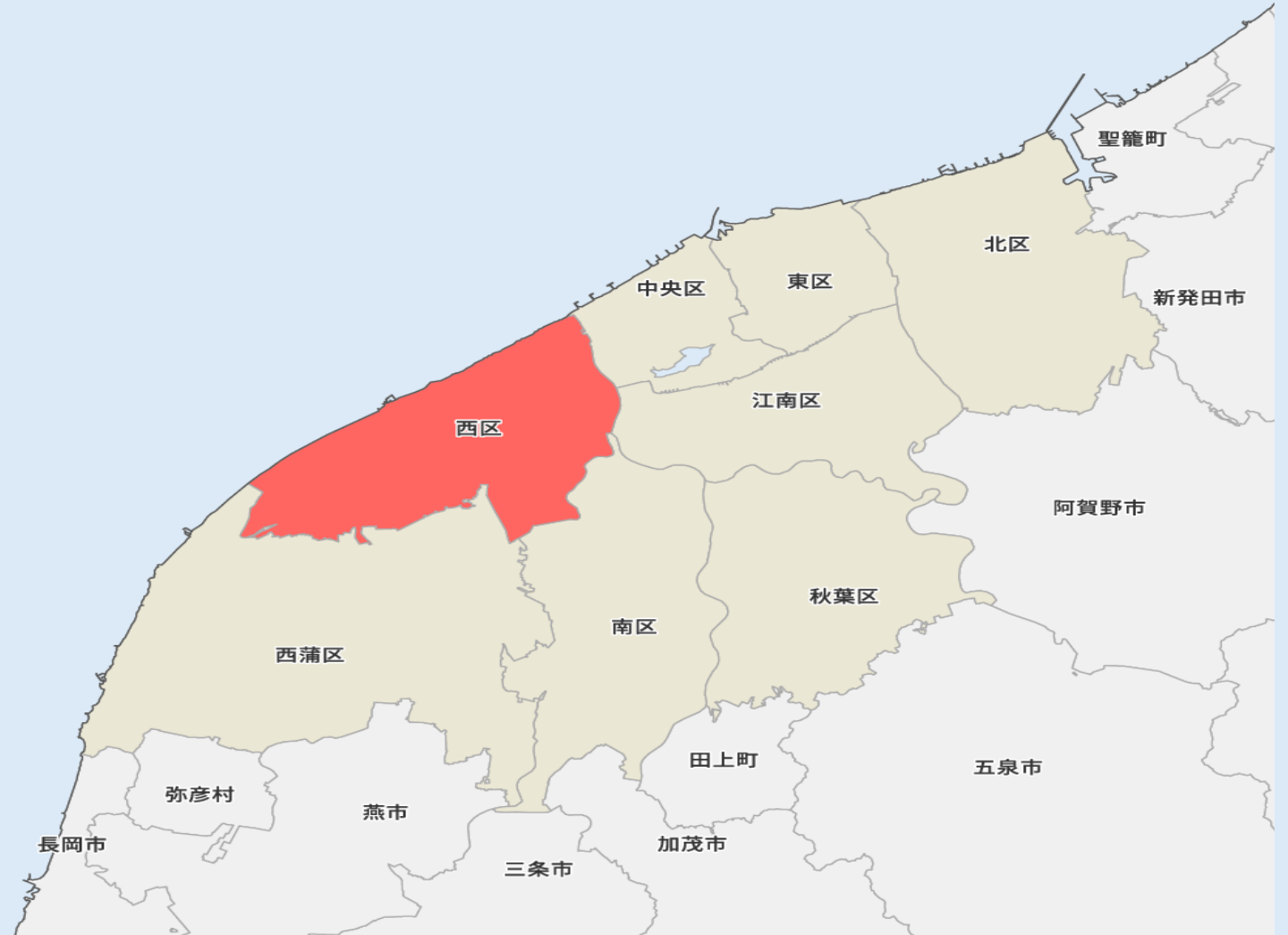
通所介護

ケアハウス

グループホーム

訪問介護

居宅介護支援事業所



新潟市西区における医療・介護資源の状況

- 病院 9
- 診療所 100
- 歯科 105
- 薬局 89

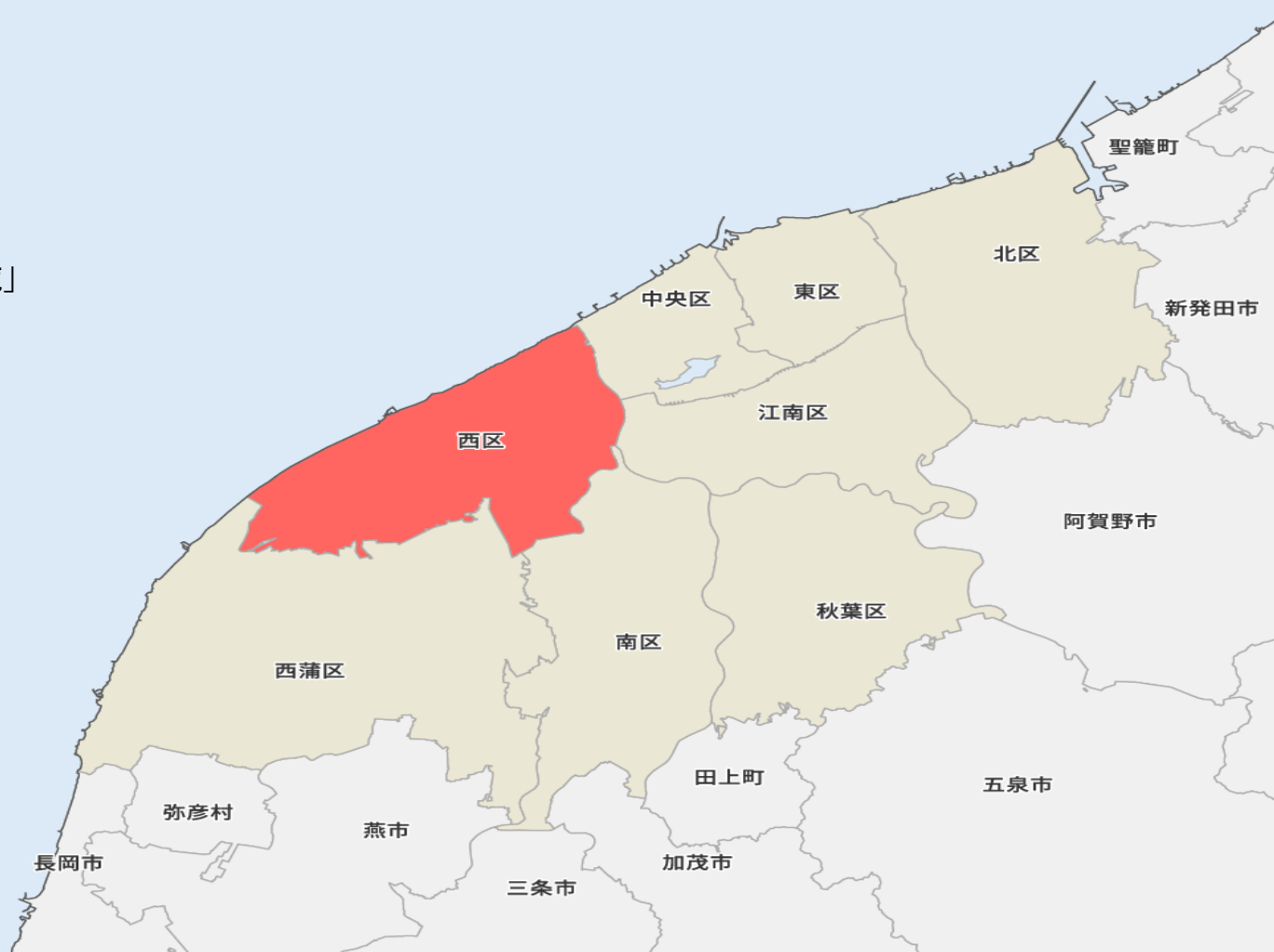
関東厚生局「保険医療機関・保険薬局の指定一覧」

(令和6年10月1日現在)

- 介護老人福祉施設 12
- 介護老人保健施設 8
- 訪問看護ステーション 21
- 通所介護 31
- 訪問介護 27
- 短期入所生活介護 25

新潟県「介護保険制度事業者情報」

(令和7年9月21日現在)



在宅での栄養支援における現状

要介護高齢者の現状

- ・ 調理や買い物ができなくなってくる。
- ・ 食欲が落ちやせてくる。
- ・ 飲み込む力がおちて誤嚥しやすくなる。
- ・ 糖尿病、心臓食、腎臓食など食事制限の理解が難しい。
- ・ 退院後の食事がスムーズにいかない。

→ 高齢者は急な状態の変化もありうる。

嚥下機能の低下や食欲不振、持病による食事制限などで低栄養になりやすい。

在宅での栄養支援における現状

制度面での動き 栄養ケアマネジメントの重要性の高まり

2006年度の介護報酬改定で「栄養ケアマネジメント」の考え方が導入。

以後、介護報酬改定のたびに、栄養状態の改善や生活の質の向上を目指して栄養ケアの評価と多職種連携が段階的に強化され続けている。

在宅での栄養支援における現状

制度面での動き 栄養ケアマネジメントの重要性の高まり

公益社団法人 日本栄養士会

令和6年度 介護報酬改定 栄養関連の加算(概念図)

赤字はR6改定事項
*は加算の対象

施設

- 栄養マネジメント強化加算 *利用者全員 **LIFE活用**
- 退所時栄養情報連携加算 *退所利用者 (栄養マネジメント強化加算との併算定不可)
- 再入所時栄養連携加算 **ICT活用** *厚生労働大臣が定める特別食 又は嚥下調整食が必要な者
- 経口移行加算 *経口摂取困難者 経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ) *摂食嚥下障害者
- 療養食加算 *療養食が必要な者
- リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組 **LIFE活用**
〈老健〉リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)、〈特養・地域密着型〉個別機能訓練加算(Ⅲ)、
〈介護医療院〉理学療法 注7、作業療法 注7、言語聴覚療法 注5

通所

- 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ(口腔および栄養)
Ⅱ(口腔または栄養) *利用者全員
- 栄養アセスメント加算 *利用者全員 **LIFE活用**
- 栄養改善加算 *低栄養状態またはおそれのある者
- リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組 **LIFE活用**
〈通所リハ〉リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)

併算不可

居宅

- 口腔・栄養スクリーニング加算(口腔および栄養) *利用者全員
- 〈認知症GH〉栄養管理体制加算 *助言等を受ける事業所

居宅療養管理指導(Ⅰ)(Ⅱ)

*通院が困難で、特別食を必要とする者又は低栄養状態にある者。
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と医師が判断した者(限定条件の下、追加訪問可)。

在宅の栄養支援における現状

- ・ **ケアマネジャーの現状**

①医療、栄養の専門職でないケアマネジャーは多い。栄養状態の評価や支援に難しさがある。

- ・ 専門性の制約、多岐にわたる業務
- ・ 情報収集の困難さなど

→ケアマネだけで栄養対応をするには限界がある。

在宅の栄養支援における現状

適切なケアマネジメント手法

【概要版（項目一覧）】基本ケア 44項目

日本総合研究所編

基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容
I. 尊厳を重視した意思決定の支援	I-1. 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-1. 疾病や心身状態の理解	1. 疾患管理の理解の支援
			2. 併存疾患の把握の支援
			3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保
			4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認
		I-1-2. 現在の生活の全体像の把握	5. 望む生活・暮らしの意向の把握
			6. 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援
			7. 食事及び栄養の状態の確認
			8. 水分摂取状況の把握の支援
			9. コミュニケーション状況の把握の支援
			10. 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援
		I-1-3. 目指す生活を踏まえたりリスクの予測	11. 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測
			12. 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測
	I-2. 意思決定過程の支援	I-1-4. 緊急時の対応のための備え	13. 感染症の早期発見と治療
			14. 緊急時の対応
		I-2-1. 本人の意思を捉える支援	15. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握
			16. 日常生活における意向の尊重
		I-2-2. 意思の表明の支援と尊重	17. 意思決定支援の必要性の理解
			18. 意思決定支援体制の整備
		I-2-3. 意思決定支援体制の整備	
		I-2-4. 将来の生活の見通しを立てることの支援	19. 将来の生活の見通しを立てることの支援

在宅の栄養支援における現状

適切なケアマネジメント手法

【概要版（項目一覧）】基本ケア 44項目

日本総合研究所編

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援	Ⅱ-1.予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	Ⅱ-1-1.水分と栄養を摂ることの支援	20.フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援
			21.水分の摂取の支援
		Ⅱ-1-2.継続的な受診と服薬の支援	22.口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
			23.継続的な受診・療養の支援
		Ⅱ-1-3.継続的な自己管理の支援	24.継続的な服薬管理の支援
	Ⅱ-2.日常的な生活の継続の支援		25.体調把握と変化を伝えることの支援
		Ⅱ-1-4.心身機能の維持・向上の支援	26.フレイルを予防するための活動機会の維持
		Ⅱ-1-5.感染予防の支援	27.継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施
		Ⅱ-2-1.生活リズムを整える支援	28.感染症の予防と対応の支援体制の構築
			29.一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援
	Ⅱ-3.家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	Ⅱ-2-2.食事の支援	30.休養・睡眠の支援
			31.口から食事を摂り続けることの支援
		Ⅱ-2-3.暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	32.フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援
		Ⅱ-3-1.喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	33.清潔を保つ支援
		Ⅱ-3-2.コミュニケーションの支援	34.排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援
Ⅲ.家族等への支援	Ⅲ-1.家族等への支援	Ⅱ-3-3.家庭内での役割を整えることの支援	35.喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
		Ⅱ-3-4.コミュニティでの役割を整えることの支援	36.コミュニケーションの支援
		Ⅲ-1-1.支援を必要とする家族等への対応	37.本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
		Ⅲ-1-2.家族等の理解者を増やす支援	38.持っている機能を発揮しやすい環境の整備
	Ⅲ-2.ケアに参画するひとへの支援	Ⅲ-2-1.本人をとりまく支援体制の整備	39.本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
			40.家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備
		Ⅲ-2-2.同意してケアに参画するひとへの支援	41.将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援
			42.本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援
			43.本人を取り巻く支援体制の整備
			44.同意してケアに参画するひとへの支援

適切なケアマネジメント手法

【概要版（項目一覧）】基本ケア

日本総合研究所編

I. 尊厳を重視した意思決定の支援		7. 食事及び栄養の状態の確認			
	I-1. 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え				
	I-1-2. 現在の生活の全体像の把握				
支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等				
支援の概要、必要性	主なアセスメント/モニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職	
・食欲の有無は身体 の健康や心の状態を図るうえで重要である。高齢者の身体 の異常や心の状態の変化にいち早く気づくために、日頃から観察して変化を見逃さないようにする。 ・体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソードを把握する等して状況を把握し、関連する他職種と共有する。 ・咀嚼、嚥下力の低下や薬の副作用で食欲が落ちて低栄養の状態に陥る場合もあることを考慮し、専門職と連携する体制を整える。	・嚥下障害に関係しうる病歴の有無（気管切開など）	○	—	医師、 歯科医師、 看護師、 薬剤師、 歯科衛生士、 管理栄養士、 介護職	
	・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果	○	○		
	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度	○	○		
	・本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）	○	○		
	・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況	○	○		
	・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）	○	○		
	・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）	○	○		
	・食欲の状況	○	○		
	・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）	○	○		

適切なケアマネジメント手法

【概要版（項目一覧）】基本ケア

日本総合研究所編

	• 食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）	○	○
	• 日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）	○	○
	• 食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）	○	○
	• 体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など）	○	○
	• 日常生活（活動内容、休養・休息、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など）	○	○
	• 日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	○	○
	• 医師への報告の必要性、方法、タイミング	○	○
	• 摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など）	○	○
	• 本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	○	○

在宅の栄養支援における現状

- ・ **ケアマネジャーの現状**

②管理栄養士との連絡機会が少ない、栄養の課題が出たときの
つながり方が不明確。

管理栄養士との協同が十分ではない。

- ・ 相談できる管理栄養士の所在が不明
- ・ 管理栄養士に出来ること、役割の知識不足
- ・ 訪問看護師やヘルパーなどの介入で対応する事が多い

在宅の栄養支援における現状

管理栄養士との連携につながらなかった事例

- ・胃全摘術後、加齢に伴い食事への意欲低下。両下肢の浮腫をはじめ全身状態の悪化。
→担当した時点で上記状態だった。独居で住環境の整備も重要事項だった。
- ・摂食嚥下障害による、慢性誤嚥の状態。医師から栄養剤の処方うけ、意識して栄養剤、食事取るも体重減少続く。
→自立した方の施設で、こまやかな食形態が対応できなかった。
どこまで栄養士に相談できるのか不明だった。

在宅の栄養支援における現状

管理栄養士との連携につながらなかった事例

- ・慢性腎不全で服薬、食事療法。貧血進み全身の倦怠感。
→独居で長年にわたり、自身で管理してきたこだわり。

ケアマネージャーとして「栄養知識を一定に持つ」「管理栄養士や栄養サービスを理解しつなぐ」役割を強化していくことが必要。

在宅における栄養情報連携について

医療機関と在宅の栄養情報の実際

退院時の栄養情報に関して「看護サマリー」に記載欄があるが
限定的で適切な情報量でない場合が多い

退院時に栄養情報の活用について

①退院前に栄養状態の評価が確認できることで退院支援の調整に
活用できる。

- ・退院カンファレンスへの管理栄養士の参加

→ご本人の食べたいを尊重した食事内容のすり合わせ
調理する家族の不安や負担の軽減、役割の継続にも

在宅における栄養情報連携について

退院時の栄養情報の活用について

- ・ 本人や家族、支援者間で共通理解できる情報
「食形態一覧」「栄養情報提供書」など
→視覚で理解しやすく調理のイメージがつく
サービス事業所での安心な食事提供

嚥下機能の低下などは、歯科医師、訪問看護、言語聴覚士などとの連携

継続した栄養管理の必要性は訪問栄養指導の検討などのサービス調整につながる

在宅における栄養情報連携について

退院時の栄養情報の活用について

②ケアプラン作成に活用

ご本人や支援者で低栄養や誤嚥防止、等の具体的な目標が立てやすい。

③多職種間での情報共有に活用

主治医、訪問看護、デイサービス、ショートステイなどの多職種で共有し多角的なモニタリングに。

栄養情報連携は生活支援の重要な食支援を多職種とつなぐ役割！

事例 食べることは生きること、生きることは食べること

Oさん 80代後半 女性 要介護5

入院時の状況

小腸がん術後、高度食道裂孔ヘルニアがあり嘔気で経口摂取進まず腸痙増設

2回/日栄養剤持続投与

寝たきり自発的な動きなく 難聴のため筆談、ジェスチャー、耳元から話しかけでコミュニケーションも発語ほぼなし

【ご本人】 自宅に帰りたい

【家族】 話はしなくなったが、意思表示はできる。介護の不安はあるが、自宅にいったんは退院させて生活する音や匂いを感じ過ごしてほしい



事例 食べることは生きること、生きることは食べること

退院後の様子

- ・退院翌日から、ご自身の名前を言う、「苦しい」等の訴え。
一週間後は「友人のところに行きたい。」等の要望。
- ・どんどん豊かな表情がみられるように。
- ・経腸ライン詰まりのトラブル
 - 訪問看護の緊急対応
 - 訪問看護と管理栄養士の連携
 - トラブル解消にむけた経腸栄養製品の選定
- ・口腔スポンジに柿の汁を含ませると自身でスポンジを口の中に入れる

新たな意向の変化

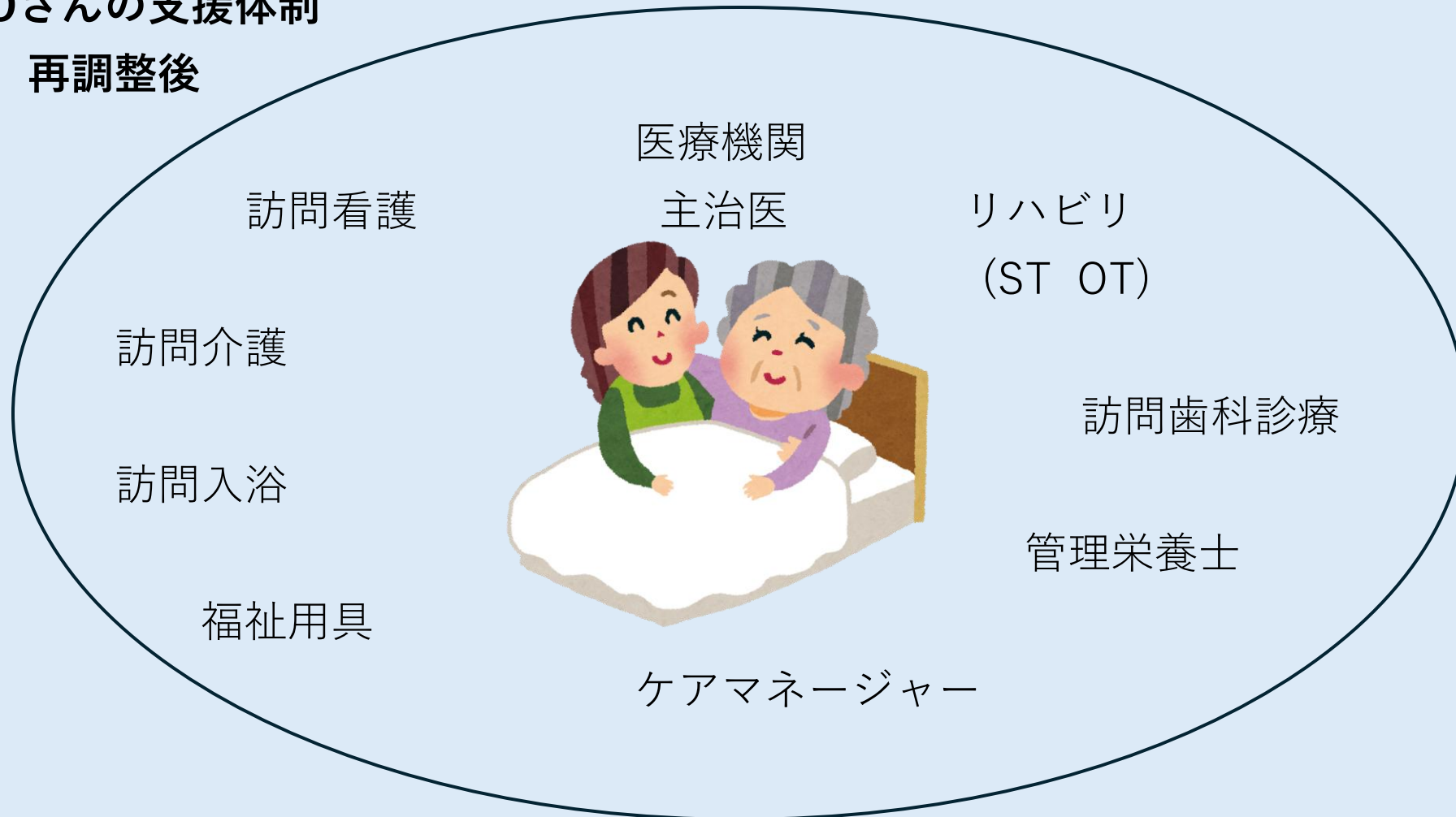
ベッド上だけでない生活をさせたい
少しでも食べ物を口から食べたい



事例 食べることは生きること、生きることは食べること

0さんの支援体制

再調整後



事例 食べることは生きること、生きることは食べること

現在の様子

- ・ 食べることを楽しみ、午前の経腸栄養分を食事でとれるようになった。
ときには、ウナギ弁当をぺろり。
- ・ 車椅子で離床して相撲中継を観賞できるようになった。

→経腸栄養の時間が短くなり、車椅子での離床時間も増えてきたことから
デイサービスに外出できるようになった。

現在は介護者の仕事復帰に向けて新たに支援体制を見直し
している。



今後期待すること

管理栄養士は在宅生活の継続につながる重要な役割

少しずつ顔の見える関係や情報連携がすすんでいる。
さらに管理栄養士との連携を強化していきたい。

- ・ 栄養指導時の同席
- ・ 退院後の相談
- ・ ケアマネへの栄養知識向上へのサポート
- ・ 栄養士の在宅支援の事例など情報提供

日常的な連絡、相談の仕組みへ。