

令和7年11月9日

訪問栄養食事指導育成研修会

訪問栄養指導との協働



埼玉県訪問看護ステーション協会 理事
白岡訪問看護ステーション 管理者
訪問看護認定看護師 中村 由美子

本日の内容

- 事業所の概要
- 訪問看護を利用する対象者の特徴
- 訪問看護の業務内容、役割
- 事例紹介



事業所の概要

白岡市の特徴



- ・ 埼玉県の東部 総面積24.92km²
- ・ 都心から約40km圏内のベッドタウン
- ・ 高齢化率28.3%
- ・ 要支援、要介護認定率15%
- ・ 介護保険利用状況
訪問看護9.4% 訪問介護14.4%

特産品は梨
「白岡美人」



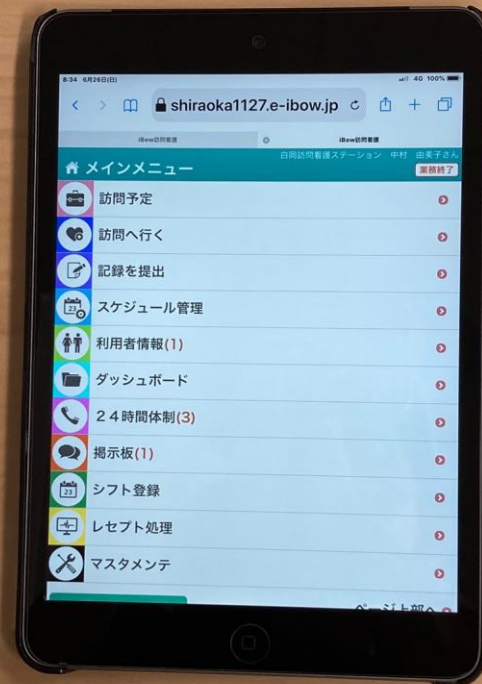
25nd

白岡訪問看護ステーションの概要

(埼玉県訪問看護教育ステーション)

- 管理者 常勤1人
- 看護師 常勤4人 非常勤3人 (1.9)
- 理学療法士 常勤兼務3人 (2.4)
- 作業療法士 常勤兼務1人 (0.8)
- 言語聴覚士 常勤兼務2人 (0.1)
- 事務 常勤2人
- 医療法人社団哺育会 白岡中央総合病院の付帯事業所
居宅療養管理指導 (訪問診療、訪問薬剤、訪問栄養)
訪問リハビリテーション、指定居宅介護支援事業所 白岡







医療法人社団哺育会

白岡中央総合病院

【場所】白岡市（白岡中学校東）

【敷地面積】24,413.75㎡（約7,385坪）
（既存病院6,832㎡、駐車場等5,270㎡）

【延べ床面積】15,619㎡（既存病院9,487㎡）

【階数】地上6階建て 【高さ】約25m程度

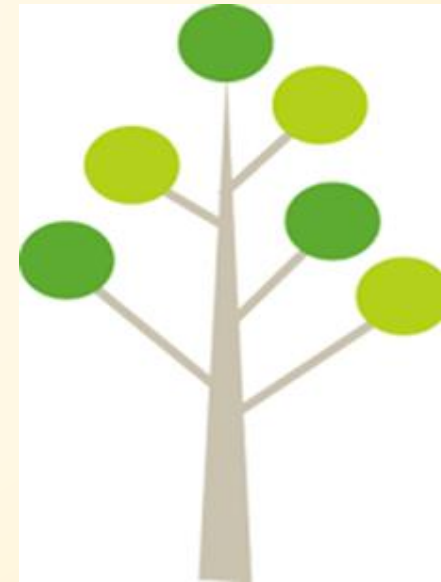


訪問看護を利用する対象者の特徴

訪問看護の対象者

疾病又は負傷により居宅（自宅や多様な居住系施設）において継続して療養を受ける状態にある者で、**主治医の診療により訪問看護が必要であると認められた者**（訪問看護指示書が必要）

- 乳幼児から高齢者までの全年齢層
- 対象者に関係するすべての疾患
- 療養者だけでなく、その家族も対象



訪問看護の検討が必要な状態

- 悪性腫瘍、認知症、誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症
- 緊急入院
- 要介護認定が未申請
- 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- 排泄に介助を要する
- 介護を十分に提供できる状況にない
- 退院後に医療処置が必要
- 入退院を繰り返している

チェック！



白岡訪問看護ステーションの利用者の特徴

- 疾病では、循環器、癌が多く、神経難病、骨格・結合組織、呼吸器系と続く
認知症は5%で老衰の場合が多い
- 年齢は、20歳代～100歳代 80歳代、70歳代が最も多く、90歳代と続く
- 介護保険の利用者では、要介護 1、3、4、5 がほぼ同数で、要介護 2、
要支援 2 と続く
- 相談依頼は、母体病院、併設のケアマネのほか、多くの病院から受けている
- 訪問看護指示書の割合は、開業医からが最も多くなった
- 医療保険の利用者の割合は約40%、介護保険では医療的な機器管理・処置
がある者26%に対して、24時間緊急対応を希望する者が80%を超える
- 自宅看取りは、年間20～30件

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

【医療保険】

小児等40歳未満の者、
要介護者・要支援者
以外

(原則週3日以内)

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第7※1)

特別訪問看護指示書^{注)}の交付を受けた者
有効期間：14日間 (一部、2回交付可※2)

厚生労働大臣が
定める者
(特掲診療料・
別表第8※3)

認知症以外の精神疾患

【介護保険】

要支援者・要介護者

〔 限度基準額内で
ケアプランで定める 〕

(※1) 別表第7

- | | |
|--------------|----------------|
| 末期の悪性腫瘍 | プリオン病 |
| 多発性硬化症 | 亜急性硬化性全脳炎 |
| 重症筋無力症 | ライソゾーム病 |
| スモン | 副腎白質ジストロフィー |
| 筋萎縮性側索硬化症 | 脊髄性筋萎縮症 |
| 脊髄小脳変性症 | 球脊髄性筋萎縮症 |
| ハンチントン病 | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 進行性筋ジストロフィー症 | 後天性免疫不全症候群 |
| パーキンソン病関連疾患 | 頭髄損傷 |
| 多系統萎縮症 | 人工呼吸器を使用している状態 |

(※2) 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間：28日間)

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

注) 特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

(※3) 別表第8

- 1 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

週4日以上
の訪問看護
が可能

介護保険の対象者

第1号被保険者： 65歳以上要支援・要介護と認定された人

第2号被保険者： 40歳以上65歳未満の医療保険加入者

1 6特定疾病に該当し要支援・要介護と認定された人

《16特定疾病》

1. **がん末期**
2. 関節リウマチ
3. **筋萎縮性側索硬化症**
4. 後縦靱帯骨化症
5. 骨折を伴う骨粗鬆症
6. 初老期における認知症
7. **パーキンソン病関連疾患**
8. **脊髄小脳変性症**
9. 脊柱管狭窄症
10. 早老症
11. **多系統萎縮症**
12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
13. 脳血管疾患
14. 閉塞性動脈硬化症
15. 慢性閉塞性肺疾患
16. 両側の膝疾患または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

医療保険の利用者

- 40歳未満の方
- 40歳以上65歳未満の16特定疾病患者以外の者
- 65歳以上で要支援・要介護に該当しない者
- 要支援・要介護者のうち以下の場合
厚生労働大臣が定める疾病等 「特掲診療料の施設基準」別表7
- 特別訪問看護指示期間
- 外泊中の入院患者に対する訪問看護
- 精神科訪問看護
要介護（要支援）者の場合は認知症を除く
ただし、精神科在宅患者支援管理料を算定する場合は医療保険

訪問看護の業務内容、役割

その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話、又は診療の補助

訪問看護とは、病気や障害を持った人が住み慣れた地域で、
その人らしく療養生活を送れるように看護師が生活の場へ訪問し
医師の指示書のもとに看護ケアを提供し、自立した生活を送れる
ように支援するサービス



在宅療養を取り巻く状況

- 在院日数の短縮 → 不安定な状態でも退院
- 中重度者、医療処置のある方が多い
- 24時間連絡（対応）体制希望
- 依頼から退院までの調整機関が短い
- 退院後のできるだけ早い初回訪問が必要
- 頻回な訪問看護
- 自宅看取り希望の増加

自宅には医療者が
すぐそばにはいない



訪問看護師に求められること

- 迅速な対応
- 入院中からの密な関わり（退院時共同指導、外出時の訪問、退院支援指導）
- 在宅医療チームとの密な連携（訪問診療、訪問歯科、訪問薬剤、訪問栄養、リハビリ等）
- ケアマネジャーとの密な連携
- 在宅支援チーム全体への役割強化
- 導入時の頻回な訪問
- より高度なアセスメント、医療処置、管理能力
- 緊急時の対応、24時間対応（連絡）体制

安心を支える訪問看護サービス

- 病状の観察
- 医師の指示による医療処置・医療機器の管理
- 療養上のお世話
- 傷や床ずれの予防・処置
- 認知症ケア
- 精神疾患のケア
- 重度心身障がい児・医療的ケア児のケア
- 在宅でのリハビリテーション
- ご家族への介護や療養上のご相談
- ターミナルケア



対応可能な医療的処置・機器の管理

- 経管栄養（胃瘻・腸瘻・経鼻経管）
- 在宅中心静脈栄養法(IVH・CVポート)
- 点滴・静脈注射 / ヴィアレブ持続皮下注射
- LVAD
- 在宅酸素 / 人工呼吸器/持続陽圧呼吸器
- 気管切開 / 気管カニューレ/吸引
- 膀胱留置カテーテル
- 人工肛門 / 人工膀胱/自己導尿
- 腎瘻・膀胱瘻 / PTCD
- 腹膜透析
- 麻薬を用いた疼痛管理 など

退院当日からの訪問看護



介護保険

- ・特別管理加算の対象者
- ・主治医が必要と指示

初回加算 350単位

(当日以外は300単位)

or

退院時共同指導料600単位

訪問看護費60分 823単位

医療保険

- ・別表 7・8 の対象者
- ・特別訪問看護指示書

退院支援指導料 6,000円

長時間の支援 + 2,000円

(訪問看護療養費の算定不可)

* 退院時共同指導料8,000円
特別な管理の上乗せ2,000円
→初回訪問時に算定

経済的負担を軽減できる制度

(医療保険の場合)



高額療養費制度

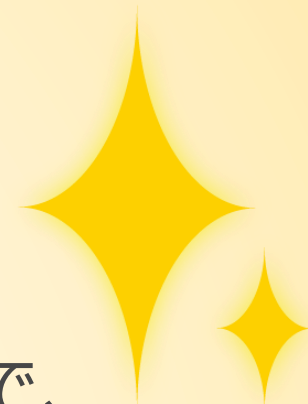
- 限度額適用認定証

指定難病医療受給者証

身体障害者手帳

- 重度心身障害者医療費受給者証

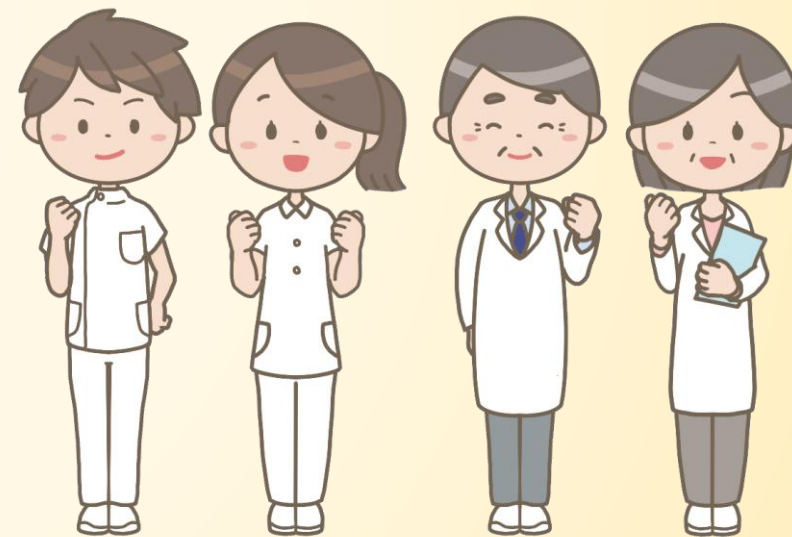
訪問看護の効果



- 療養者と家族で日常のセルフケアができるように教育、支援することで、自立した生活が送れるようになる
- 療養者と家族の意思決定を支援し、また決定したことが行えるように支援することで、Q O L、満足度が向上する
- 在宅ケアチームにおける、他職種の医療面での安全、安心が保障される
- 療養者の身体状況と生活の障害となっていることを結び付けて考えることができ、根拠に基づいたケアプラン作成に役立つ

事例紹介

管理栄養士による居宅療養管理指導と
訪問看護との協働により
食生活における行動変容を促し
糖尿病の改善、維持につながったA氏



【プロフィール】

A氏50歳代女性、戸建てにて内職をする糖尿病の夫と引きこもりの子との3人暮らし

疾患名：30歳代 2型糖尿病、40歳代 右脳出血・左上下肢不全麻痺

50歳代 腰椎椎間板ヘルニア

介護度：要介護1

現病歴：6年間インスリン療法を行っていたが、足の痺れとHbA1cが12.3に上昇

20XX年〇月に糖尿病による教育入院（12日間）

入院中は1520Kcalの食事療法とインスリン量の調整が行われ、居宅サービスを調整し

自宅への退院が決定。退院前日にリハビリ希望にて当事業所に依頼あり。

血糖コントロール不良にて看護師も介入となる。

＜食事＞セッティングのみ介助

＜清潔＞清拭、シャワー浴

＜排泄＞トイレ

＜移動＞杖＋手引き歩行

【入院前の居宅サービス】

- **福祉用具貸与** 特殊寝台
 サイドテーブル 歩行器
 手すり設置
- **ショートステイ** 随時
- **紙おむつ給付** 随時
- **家族支援** 通院の付き添い
 買い物同行
 入浴介助



【追加された居宅サービス】

- **訪問看護** 看護師 1回/週
 理学療法士 2回/週
- **居宅療養指導
（訪問栄養）** 管理栄養士 2回/月



居宅療養管理指導導入時の主な身体所見と検査値

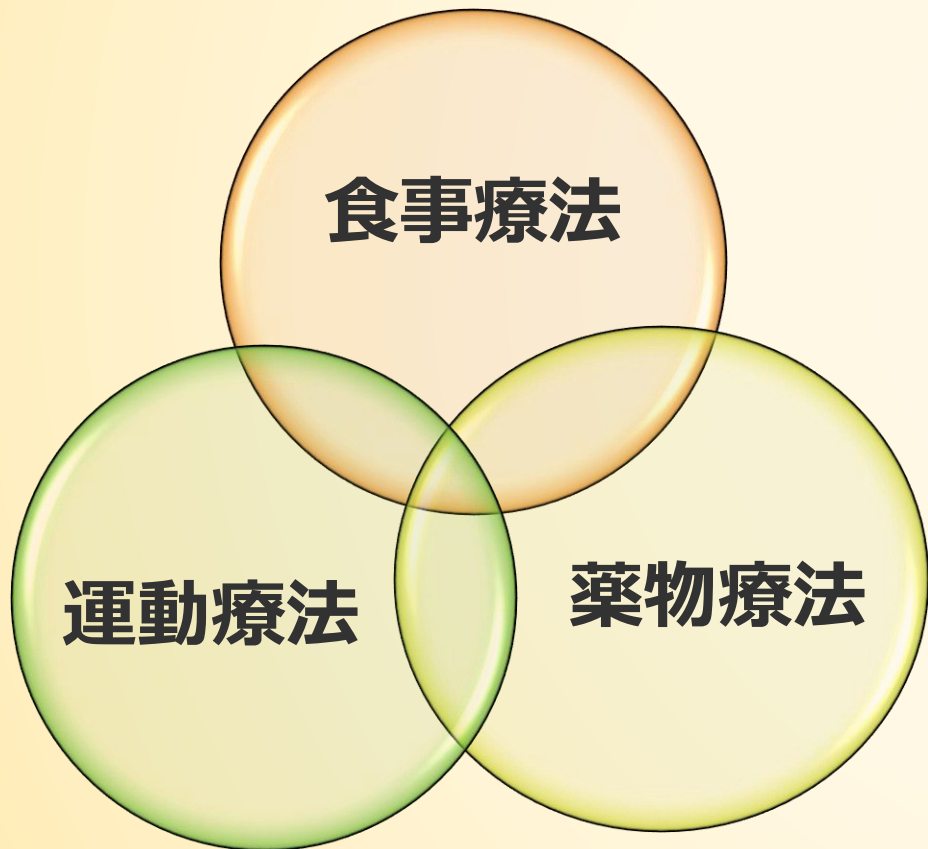
【体格】 身長 153cm、 体重 77.8kg、 BMI 33.2kg/m²

【血液生化学検査値】

WBC	(/μL)	10900	ALT	(U/L)	26	CRP	(mg/dl)	0.84
RBC	(/μL)	479	γ-GPT	(U/L)	40	BS	(mg/dl)	222
Hb	(g/dl)	14.2	BUN	(mg/dl)	22.8	HbA1c	(%)	10.2
Hct	(%)	42.7	Cre	(mg/dl)	0.71	T-Cho	(mg/dl)	107
Plt	(/μL)	31.1	eGFR	(ml/min)	65.0	TG	(mg/dl)	25.1
TP	(g/dl)	7.0	UA	(ml/dl)	7.1	HDL-Cho	(mg/dl)	35
Alb	(g/dl)	3.9	Na	(mEq/L)	136	HDL-Cho	(mg/dl)	142
T-Bill	(mg/dl)	0.3	K	(mEq/L)	4.8			
AST	(U/L)	17	Cl	(mEq/L)	103			

各専門職の取り組み

糖尿病の治療は. . .

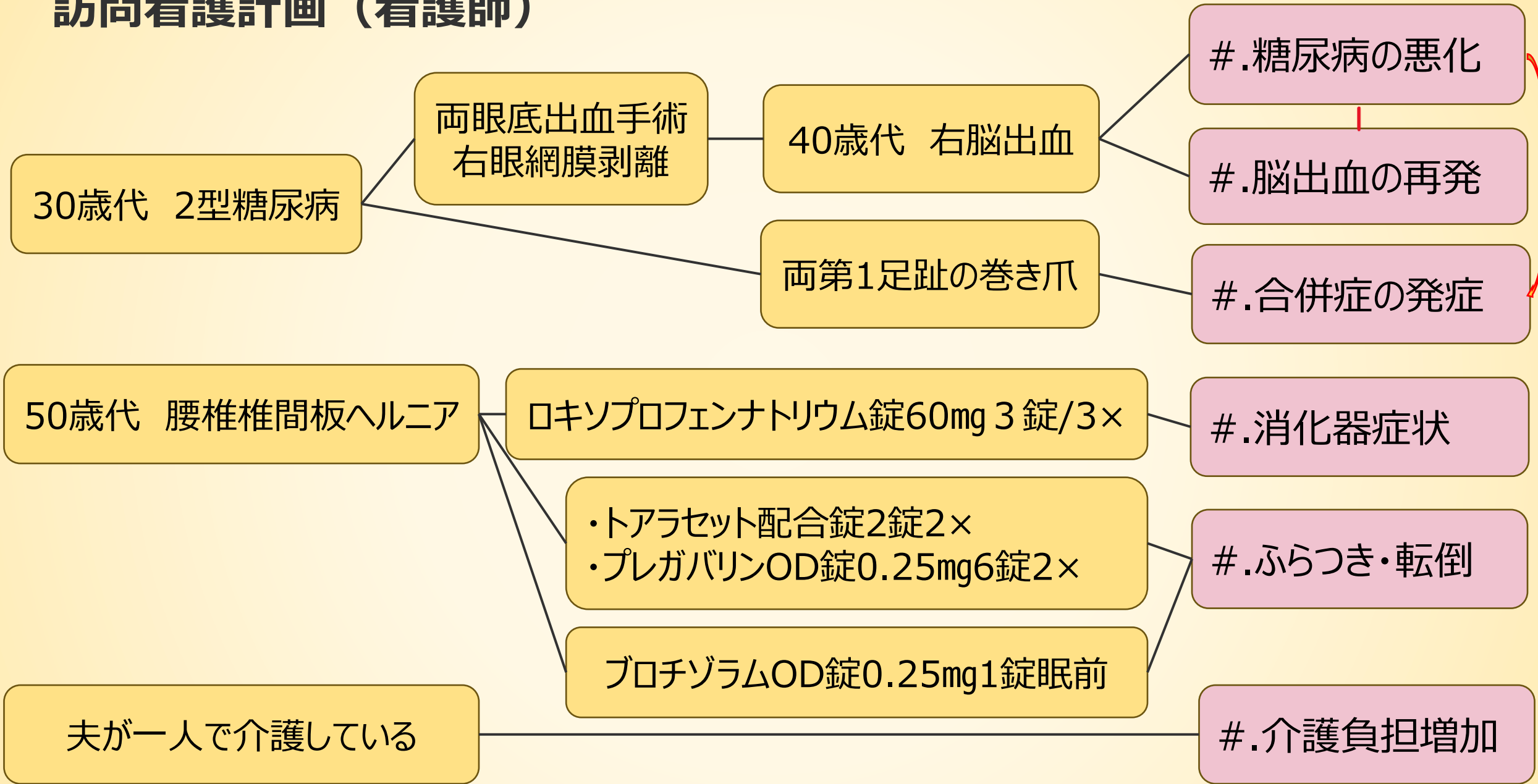


気がかりなことがいっぱいあるけど



- 視力の低下や手の痺れ、力の入りにくさ、体の痛み…
インスリンや血糖値測定は正しくできているのかな
- シックデイのことはわかっているかな
- 高血圧、脳出血後遺症… 再発リスクが高いけど…
薬の管理はできているのかな、怠薬はないかな
- 糖尿病による合併症はないかな、腎機能はどうだろう
- 臥床時間も長いし、やっとつかまり歩きだけど、効果的な
運動療法ってできるのかな
- 食事療法のとおり調理できるかな…

訪問看護計画（看護師）



訪問看護計画（看護師）

【長期目標】

1. 自身で異変に気づくことができ、早期に対応できる
2. 家族の介助を受けながら、食事の管理や低血糖の予防ができる

【問題点】

- #1. 糖尿病の合併症、脳出血後遺症、腰椎椎間板ヘルニアによる疼痛により日常生活に支障をきたしやすい
- #2. 糖尿病の管理のため、食事管理やインスリン注射の実施、内服管理が必要である
また、低血糖発作のリスクあり予防策や対応方法の理解が必要である
- #3. 糖尿病により、皮膚トラブルを起こしやすい
巻き爪もあり処置が必要
- #4. 療養生活に家族の介助が必要であり、本人・家族にとって不安や負担を生じる可能性がある



【解決策】

（観察）

1. バイタルサイン、酸素飽和度
2. 血糖値（朝食前、昼食前、夕食前）
3. インスリン接種状況、服薬状況
4. 食事内容・摂取状況
5. 水分摂取状況
6. 意識レベル（JCS）
7. 消化器症状、呼吸器症状、循環器症状
8. 排泄状況（回数、量、性状）
9. 全身皮膚状態
10. ADL・IADLの状況、睡眠状況、精神状態
11. 周囲の環境
12. 体重
13. シックデいの有無
14. 疼痛の有無、程度

（看護）

1. 食事内容の記録の意義を理解し、夫の支援を受けながら継続できるよう確認、助言、支援
2. 血糖値の変動要因を振り返り、療養行動の見直し、治療の効果を確認、助言、支援
3. インスリンの接種状況、服薬状況を確認、助言
4. 低血糖症状の認識、症状出現時の対応について確認、助言
5. シックデいの認識、対応について確認、助言
6. 本人の話を傾聴
7. 家族支援
8. 必要時、保清ケアの実施（入浴、シャワー浴、清拭、足浴等）
9. 必要時、皮膚トラブルの対応、処置
10. 24時間緊急対応
11. 医療機関、他職種との連携

訪問看護計画（理学療法士）

【長期目標】

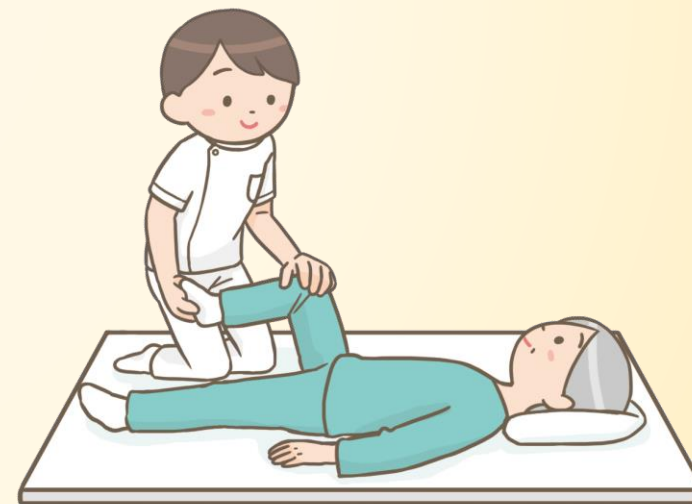
1. 疼痛軽減や心身機能向上を図り、歩行の安定性向上や家事動作の獲得、活動範囲の拡大を目指す

【問題点】

- #1. 腰痛や左上・下肢を中心とした痺れと疼痛、可動域制限、筋力低下がみられ、日常生活動作能力の低下や歩行時の転倒リスクがある
- #2. 臥床時間の増加や活動範囲の狭小化がみられる

【リハビリ】

- | | |
|-------------|---------|
| 1. 関節可動域訓練 | 4. 座位訓練 |
| 2. 筋力トレーニング | 5. 歩行訓練 |
| 3. 日常生活動作訓練 | 6. 立位訓練 |



訪問看護計画（理学療法士）

本人の希望
外に行きたい
買い物に行きたい

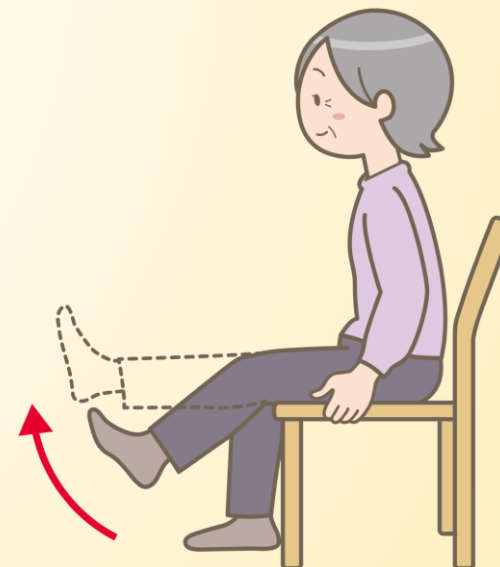
痛みがある、動きにくい、バランスが悪い



硬い筋肉のストレッチ
筋トレ、動作訓練など

リハビリは、低血糖を起こさないように実施！

- ・その日の摂取カロリーを確認して、低負荷の筋トレ等
- ・血糖値の変化でリハビリの内容を検討
- ・血糖値が低い日は、リハビリで下がったのか、食事量、食事をした時間
活動量などを聞き取り、メッツを用いてエネルギー消費量を推定
- ・栄養科の報告書や本人の記録から摂取カロリーが足りているか確認



栄養ケア計画

【指示栄養量】 糖尿病食 1600kcal、 塩分 6g未満

【利用者および家族の意向】

血糖値と体重を良好にコントロールすることができる
食生活を身につけたい

【栄養診断】 過剰栄養

【課題】 高血糖・低血糖の予防 体重コントロール 骨格筋の維持

【長期目標】 糖尿病悪化・合併症・肥満の予防に対する食事を身につける

【短期目標】 食事を楽しみながら1600kcalと減塩に調整した食事の組み合わせ方を身につける
スーパーやコンビニなどのお惣菜などを有効に活用した献立を考えられるようになる
不足のない食事量を確保し、減量と住居内歩行が可能となる骨格筋量の維持を目指す



介入経過

入院前の食生活

コンビニのパンやおにぎり、スーパーの総菜を食べただけ食べていた。夕食は欠食をするが多く、食べる時はパンかおにぎりを食べていた。水分補給にはゼロカロリー飲料を含むジュースを摂取していた。

入院時栄養指導

欠食せず、1日3食摂取をする、総菜等の食事の組み合わせ方、果物の適量、間食の指導、水分は無糖とし、ゼロカロリー飲料もひかえるように指導

初回介入

間食は一切せず、飲料は無糖のみ、ゼロカロリー飲料も摂取しなくなった。ご飯は100g/食と制限し、野菜サラダを毎食何もかけずに摂取していた。ベジタブルファーストと本人が食べたいものの適量と組み合わせ方を指導する。

食べたものを写真にとって記録するようにアドバイス。

2ヶ月～4ヶ月後

写真で食べたものを記録。時々、撮影を怠るが、介入時の声掛けで、継続的に実施できている。

夫とも相談し、エネルギー表示を確認して食べるものを決定するようになる。500kcal/食を目安として食べているとの発言あり。

マクドナルドが食べたいとの希望あり。食べるメニューを相談して決定。喫食後、血糖が乱れず、自信につながったとのこと。

5～6ヶ月後

誕生日やクリスマス、年末年始のイベントを経験。

誕生日にショートケーキを半量摂取。雑煮に切り餅1切だけ入れて摂取するなどセルフコントロールができるようになった。

夫からスナック菓子は一切たべなくなった、自分も頑張りたいとの発言が聞かれる。

7～12ヶ月後

自発的にノートに食事内容とエネルギー量の記録を始める。

血糖値と食事の関係に気がつくようになる。主食がご飯が続くと血糖が下がりにくいと感じ、主食にパンやグラタンなど洋食も組み込むようになる。

居宅療養管理指導

栄養ケア計画にのっとりた指導
食べたい料理のエネルギー量、糖質量の確認と献立の組み合わせ方を中心に指導

摂取エネルギー量

1800～2300kcal

1600kcal

1500～1600kcal

1500～1600kcal

1500kcal

臨床経過

インスリン投与量 (単位)

体重 (kg)

HbA1c (%)

退院時 初回介入 2ヶ月後 3ヶ月後 4ヶ月後 5ヶ月後 6ヶ月後 7ヶ月後 8ヶ月後 9ヶ月後 10ヶ月後 11ヶ月後 12ヶ月後

128

126

98

96

88

77.8

75.8

72.3

70.3

68.7

70.1

68.2

64.8

63.5

10.2

8

6.6

5.2

5.6

5.8

6

5.9

5.7

5.7

6

6.2

5.9

68

50

50

Aさんは専門職との会話も楽しみながら！

「ハンバーガーが食べたいな」
誕生日やクリスマス、お正月の相談も！
管理栄養士は、カロリーを調べ、どれくらいなら食べてもいいか、何と組み合わせるかを具体的に示してくれるので安心して食を楽しめるように！



リハビリでは、「体の痛みが減っている、もう少し動けるんじゃないかしら」と自主トレを希望！ 踵上げ、スクワットなどを指導。「血糖値が下がっちゃうから、この運動は5回にしておこう」など、自ら運動量も調整できるように！

看護師が、全身状態の観察、薬の管理、インスリンや血糖値の確認をしながら、体調の変化はないか本人・夫の話を聞いてくれるので体調面での相談ができて安心！ また、訪問栄養やリハビリの様子を聞くことで、本人のアウトプットが促され指導内容が定着！ 承認することで、やる気もUP！ そして、足浴をしながら巻き爪が感染を起こさないよう丁寧にケアする関わりは、心地よさや自分が大切にされているという感覚に！

A氏の行動変容

無関心期	関心期	準備期	実行期	維持期
行動変容の必要性について理解を促す	リスクやメリットを伝え、関心を高める	具体的な行動方法の選択と自己決定を促す	継続への自信をつけさせるための支援や、持続を妨げるストレスへの対処を考える	継続的な努力を称賛し、さらなる継続を奨励する
内職をする夫と引きこもりの息子の3人暮らしと社会的に孤立	入院を契機に居宅サービスが調整され、多職種が介入となる	管理栄養士から食事の写真を撮る事を提案され実施	自らノートに食事記録をとり始める	健康的な食習慣を継続
利用者は健康管理に対して無関心	訪問看護師、訪問リハビリテーションセラピスト、管理栄養士と家族が連携し、健康管理をサポートし、利用者が健康管理の必要性を理解する	管理栄養士の助言と血糖自己測定(SMBG)結果が視覚情報としてリンクし、食事の改善に取り組むようになる	総菜などの組み合わせを考え、食事療法を実践しはじめる	

まとめ

入院を契機に、居宅サービスの見直しが行われ、管理栄養士による居宅療養管理指導、訪問看護ステーションから看護師、理学療法士が介入することとなった。多職種による介入はそれぞれの専門的視点から生活指導や薬物療法、運動療法、食事療法について取り組むことができる。また、利用者にとっては、多方面からの支援によるポジティブ思考の問いかけによりモチベーションの維持が可能となる。そして、達成感、生理的・情緒的高揚といった体験が自己効力感を高めA氏の行動変容へと繋がった。特に、管理栄養士による居宅療養管理指導は食生活における行動変容を促し、糖尿病の改善に大きな役割を果たした。