

在宅医療における栄養支援のシステム構築に向けた研究（24-20）

主任研究者 金子 康彦 国立長寿医療研究センター 栄養管理室長

研究要旨

在宅医療支援としての栄養管理は、まだまだ十分な対応に向け情報収集が出来ていない状況にある。当センターが立地する大府市・東浦町に地域を限定してみても、在宅医療としての栄養食事指導は皆無といえる状況である。同様に栄養の専門家による栄養管理が地域医療の支援として貢献できていない現状である。そこで、当センターの在宅医療支援病棟（以下：南3病棟）を中心としたモデル的な在宅医療支援の一環として栄養支援体制の構築を推進することが喫緊の課題となる。本研究では、在宅栄養支援を総合的観点より推進するため以下の5項目を研究課題とする。

- 1) 在宅での栄養支援の問題点の探究
- 2) 在宅栄養管理そのものの課題についての客観的評価
- 3) 在宅栄養支援に必要な地域共通ツールの策定
- 4) 地域栄養ケアを推進するための人材育成と研修システムの検討
- 5) 食生活サポート活動とその効果の検証

それぞれの項目の内容として1)では、南3病棟の入院患者（ご家族）及び連携する在宅登録医師へのアンケートを実施し、在宅での栄養管理の問題点の抽出を行う。2)では、南3病棟への入院患者の入・退院時の栄養状態等を比較し、在宅での栄養管理の必要性の検討を行う。3)では、病院食の物性測定を実施し、病院の食事の安全性を確認するとともに、その調理法をレシピ化・ビデオ化し食事サポートの共通ツールの作成を行う。4)では、在宅での栄養管理を目的とした、現場に近い症例検討会を中心とした研修を実践し、人材育成をすすめる。5)では、高齢者料理教室（疾病対応中心）を開催し、地域での啓発活動と関係機関との連携を強化し、在宅医療支援の基幹施設としてモデル的な在宅栄養支援への取り組みを行い、その効果を検証する。

これらを総合的にまとめることで、在宅での栄養支援のシステム構築に向けた具体的な方向性が確立できると考える。初年度の平成24年度は、主に南3病棟での在宅における栄養・食生活関連のアンケートを中心に実施した。それにより在宅での栄養管理における当センター地域での現状と問題点の傾向を把握し、平成25年度での具体的な活動への足掛かりとした。また、当センター栄養管理部での新たな取り組みである在宅患者・家族への栄養支援活動として、介護・嚥下食の料理教室が当センターの近隣施設を使用して実施できたことは、今後の在宅での支援活動及び地域との連携強化に大きく繋がると考える。

主任研究者

金子 康彦 国立長寿医療研究センター 栄養管理室長

分担研究者

今泉 良典 国立長寿医療研究センター 管理栄養士

A. 研究目的

在宅栄養管理の支援体制における問題点や現状について、南3病棟を中心に5項目の研究課題に取り組み、様々な視点から抽出する。

1) 在宅での栄養支援の問題点の探究

超高齢化の中、高齢者・家族が生活を楽しむことのできる社会システムの構築を目指すため、切れ目のない医療提供（入院時から地域ケア）の支援が必要である。そこで在宅栄養支援を実施するにあたり、当センター内・外での栄養・食事サポート分野における現状の実態把握と問題点や望まれていることの抽出を行い、具体的な対応を検討する。また、近隣のクリニックでの栄養管理の実態を把握する。

2) 在宅栄養管理そのものの課題についての客観的評価

高齢者の在宅における栄養管理の状態は、様々な特有のリスクや独居、老老介護などの生活背景などにより十分に管理されている状況ではない。そこで、当センター南3病棟への入院患者の入退院時の栄養状態を把握し、在宅における栄養管理の必要性について客観的な視点から課題を明確にする。

3) 在宅栄養支援に必要な地域共通ツールの策定

栄養支援を実施する中で医療から在宅や各施設へ、また、逆の連携においても、地域的な問題や連携する施設の特徴、高齢者個々の複雑な対応の必要性などにより、食事情報を共有するツールがなかなか機能していない現状がある。そこで、栄養管理を中心とした在宅医療支援を実施するにあたり、嚥下食の物性測定を行い、より安全で具体的な食事サポートに向けて、ゲル化剤の検討や調理マニュアルの作成など在宅栄養管理の支援に取り組む。

4) 地域栄養ケアを推進するための人材育成、研修システムの検討

在宅栄養支援では他職種間による情報共有は可能であるが、チームでの活動となると難しい現状にある。そこで、栄養管理を中心とした総合サポートができる人材育成が必要となる。そのため地域栄養ケアを推進するため、管理栄養士のみならず他職種による栄養管理を中心とした現場に近い研修を実践し人材育成をすすめるためのシステムを検討する。

5) 食生活サポート活動とその効果の検証

当センターの地域での在宅医療支援としての栄養管理の状況は、まだまだ不十分であり十分な情報収集も出来ていない状況にある。そこで、当センター主催の高齢者料理教室（疾病対応中心）を開催し、地域の栄養改善に向けた啓蒙活動と自治体関係者との連携強化など、在宅医療支援の機関施設としてモデル的な在宅栄養支援への取り組みを実施すること

は重要であり、料理教室をとおして様々な現状を把握する。

以上の5項目より得られた結果を基に栄養の専門家による栄養管理をシステム化し、在宅連携拠点病院としての必要な地域医療での栄養の支援体制を確立することを第一の目的とする。併せて、継続的な支援体制確保のため人材育成システムについても検討する。

B. 研究方法

1) 在宅での栄養支援の問題点の探究

南3病棟を中心に在宅医療連携のシステムとして実施している、在宅登録医師（以下：登録医）及び在宅登録患者（以下：登録患者）制度のもと、双方を対象に在宅での栄養及び食事サポートの現状と問題点を把握する調査を実施した。

- ① 登録医（平成24年10月時点：79名）を対象とし、郵送調査法によるアンケート（10項目）を実施する。
- ② 南3病棟に入院する登録患者の家族（研究同意書取得）を対象に平成24年12月よりアンケートを実施とする。

調査結果は、それぞれの項目ごとに単純集計し比較する。

（倫理面への配慮）

南3病棟入院中で今回の研究に同意された登録患者の診療情報及びデータなどの患者情報については連結可能匿名化する。また、研究計画は当センター倫理利益相反委員会の承認を得た。

2) 在宅栄養管理そのものの課題についての客観的評価

南3病棟に入院される患者の入退院時の栄養状態を把握する目的で、食事に制限のない一般食を摂取され、かつ研究に同意がいただけた方を対象に実施する。調査項目は、食事状況の把握するため、入院時には食品摂取頻度調査を実施する。入院中の食事摂取状況は、電子カルテによる食事摂取量で把握する。栄養状態を把握する項目として、身体計測を体組成計（InBody720）にて実施する。生化学血液検査として RTP（リノール結合タンパク・プレイルグミン・トランスファリン）と通常採血、栄養スクリーニングとして MNA[®]-SF（MNA[®]）を実施し把握する。それぞれを入退院時に実施し比較検討する。

（倫理面への配慮）

南3病棟入院中で今回の研究に同意された在宅登録患者の診療情報及びデータなどの患者情報については連結可能匿名化する。また、研究計画は当センター倫理利益相反委員会の承認を得た。

3) 在宅栄養支援に必要な地域共通ツールの策定

安全な食事サポートに向け、当センターの嚥下食（2週間サイクル分：140種程度（各種10検体））の物性測定を実施する。消費者庁の特別用途食品えん下困難者用食品の基準（表3-1）に沿った項目で測定を実施するため、測定は、調理した検体を指定測定容器に検体毎に5個用意し、冷蔵された状態で検査担当機関（ニュートリー株式会社）へ送付し測定す

る。定機器は、グリープメータ（R E 3305-S：山電）を使用し、測定プランジャーはΦ20mmを使用、測定容器はΦ40mm、高さ15mmを使用、押し込み距離は10mm（クリアランス5mm）速度は100mm/s、測定時の温度は、温かい料理は、恒温機にて45℃、20℃に、冷たい料理は、恒温機・保冷庫にて20℃、10℃にて温度を調節し各検体5個ずつ測定する。

表 3-1 えん下困難者用食品許可基準

規 格 ^{*1}	許可基準Ⅰ ^{*2}	許可基準Ⅱ ^{*3}	許可基準Ⅲ ^{*4}
硬さ(N/m ²) (一定速度で圧縮したときの抵抗)	2.5×10 ³ ~1×10 ⁴	1×10 ³ ~1.5×10 ⁴	3×10 ² ~2×10 ⁴
付着性(J/m ³)	4×10 ² 以下	1×10 ³ 以下	1.5×10 ³ 以下
凝集性	0.2~0.6	0.2~0.9	—

- *1 常温及び喫食の目安となる温度のいずれの条件であっても規格基準の範囲内であること
- *2 均質なもの(例えば、ゼリー状の食品)
- *3 均質なもの(例えば、ゼリー状又はムース状等の食品)。ただし、許可基準Ⅰを満たすものを除く。
- *4 不均質なものを含む(例えば、まとまりのよいおかゆ、やわらかいペースト状又はゼリー寄せ等の食品)。ただし、許可基準Ⅰ又は許可基準Ⅱを満たすものを除く。

(倫理面への配慮)

患者情報は、取り扱わず個人情報管理問題になることは発生しない

4) 地域栄養ケアを推進するための人材育成、研修システムの検討

平成24年3月に発足した、当地域で展開されている在宅栄養支援の和・愛知の研修会の中で当センターを中心に開催(4回/期間中)する研修会への参加者(当センター職員も含む)にアンケート形式にて、在宅栄養支援の症例検討に関する勉強会の内容評価及び在宅での栄養支援の問題点等について調査を実施する。

(倫理面への配慮)

研修会での症例検討や同行体験研修などで、研究に使用される診療情報及びデータなどの患者情報については匿名化する。また、参加者へは研修会等の中で撮影やアンケートなどで得た個人情報が学会発表等での使用目的があることを事前に説明し、同意のもと実施した。アンケートについては、記入者氏名は未記入で実施した。

5) 食生活サポート活動とその効果の検証

入院患者の食生活サポートの一環として、退院後の在宅や施設での食形態で特に問題となる嚥下食について料理教室を実施する。その効果と今後の課題また在宅での栄養支援の問題点を直接的に把握する目的で、受講者を対象にアンケートを実施する。料理教室の施設としては、げんきの郷施設内料理教室を使用し、受講対象を大府・東浦地区の在住の高齢者又は医療又は介護施設職員等とする。また、院内での栄養食事指導の一環として嚥下食の体験(試食)教室を開催し、診療報酬上で算定が認められていない形態調整食について指導の効果と必要性についても検証する。

(倫理面への配慮)

固有の患者情報は特にない。また、受講者へは教室等の中で撮影やアンケートなどで得

た個人情報に関して学会等での使用目的があることを事前に説明し、同意のもと実施した。アンケートについては、記入者氏名を未記入で実施した。

C. 研究結果

1) 在宅での栄養支援の問題点の探究

①登録医 79 名への郵送による調査の結果、40 名 (50.6%) より回答が得られた。その結果として特徴的な内容は、栄養食事関連の問題への対応の必要性はあるが、それを誰がどのような制度のもと対応するかが不明確であることが示唆される結果が得られた。その一部として、患者・家族からの栄養・食事に関する問い合わせの現状については、あり 32 名、なし 8 名であり、その問い合わせ内容は、食事内容 (30 件)、食形態 (26 件) が多かった。(図 1-1) また、栄養や食事に関する指導の必要性については、必要あり 38

患者・家族からの栄養・食事に関する問い合わせ			
・ 栄養・食事に関する問い合わせはありますか			
ある	32 名		
ない	8 名		
わからない	0 名		
・ 問い合わせ内容はどのようなものでしたか (複数可)			
生活習慣病	16 件		
食事内容	30 件		
食形態	26 件	食習慣	10 件
運動	13 件	その他	1 件

図 1-1

栄養・食事に関する指導について	
・ 栄養や食事に関する指導は必要だと思いますか	
必要	38 名
必要でない	1 名
わからない	0 名
・ 栄養や食事に関する指導の場所はどこが適切だと思いますか	
自施設	17 件
患者自宅	22 件
他施設	8 件
その他	3 件

図 1-2

栄養食事指導の実施状況について	
・ 栄養食事指導を依頼したことがありますか	
ある	13 名
ない	27 名
・ 在宅訪問栄養食事指導制度をご存知ですか	
知っている	17 名
知らない	23 名
・ 在宅訪問栄養食事指導を依頼したことがありますか	
ある	5 名
ない	35 名

図 1-3

管理栄養士・栄養士の配置状況について	
・ 管理栄養士の配置状況について	
配置している	6 名
配置していない	34 名
・ 栄養士に配置状況について	
配置している	1 名
配置していない	39 名
・ 施設に管理栄養士は必要と考えますか	
必要ある	15 名
必要ない	10 名
どちらともいえない	13 名

図 1-4

名、必要でない 1 名、無回答 1 名であった。指導・相談に適する場所としては、自施設 (17 件) と患者自宅 (22 件) の割合が多かった。(図 1-2) 栄養食事指導の依頼状況としては、訪問栄養食事指導の制度について、知っているとの回答が 17 名 (42.5%)、依頼したことがあるかでは、5 名 (12.5%) の結果となった。(図 1-3) 管理栄養士・栄養士の配置状況については、管理栄養士の配置が 6 名 (15%) 栄養士は 1 名 (2.5%) であった。施設と

しての必要かの設問では、必要である（15名：37.5%）必要ない（10名：25%）わからない（13名：32.5%）無回答が2名であった。（図 1-4）現在、食事形態についての相談に対応している職種では、医師（56%）・看護師（22%）の割合が高かった。（図 1-5）それに対し、食生活サポートで期待を寄せる職種では、管理栄養士（46%）が多かった。（図 1-6）

②南3病棟に入院した登録患者・家族への調査は、平成25年3月末までに42名の回答をいただいている。平成25年度も継続的に行うため報告は回答状況のみとする。

2) 在宅栄養管理そのものの課題についての客観的評価

南3病棟入院する対象となる登録患者の入退院時の栄養状態を把握する研究においては、病棟スタッフ及び臨床検査部の協力いただいたが、対象の抽出同意には至らず、実施件数は、0件であった。そのため、平成24年に入院した登録患者の状態を電子カルテ上より抽出し、把握する結果となった。

南3病棟入院時の栄養スクリーニング(MNA®-SF)での評価

が、平成24年4月から平成24年11月の期間で電子カルテ上にデータ入力されていた72名に対し、“栄養状態良好”：12点以上、“低栄養のリスクあり”：8点から11点、“低栄養”：7点以下の3段階で評価した結果、43名（59.72%）が低栄養、23名（31.94%）が低栄養のリスクあり、6名（8.33%）が栄養状態良好であった。

3) 在宅栄養支援に必要な地域共通ツールの策定

期間中の測定サンプルは、嚥下食169検体中144検体がゲル化され測定可能であった。全体（表3-2）では、基準Iが2.8%（4種）、基準IIが56.9%（82種）、基準IIIが20.1%（29種）、基準外が20.1%（29種）であった。主食（表3-4）、副菜&汁物（表3-5）は全体

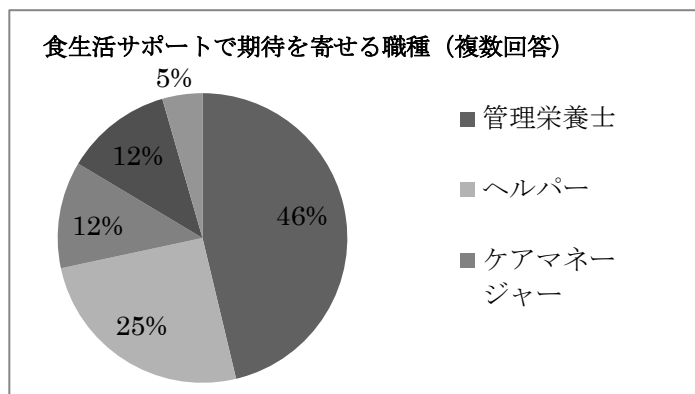


図 1-5 食生活サポートで期待を寄せる職種（複数回答）

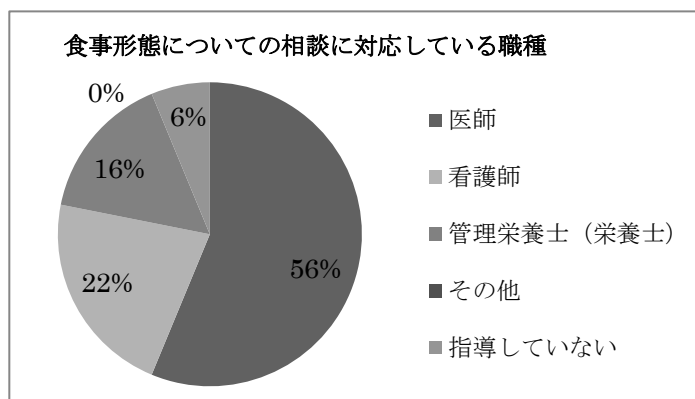


図 1-6 食事形態についての相談に対応している職種（複数回答）

表 3-2 物性測定結果（全体）

温度帯 基準	10℃ (種類)	20℃ (種類)	45℃ (種類)	相当評価 (種類)
可基準 I	2	20	17	4
許可基準 II	7	72	96	82
許可基準 III	1	26	15	29
基準外	3	26	3	29

と同様の傾向であった。主菜（表 3-3）は 45℃で基準 I と II の合計割合が 86.4%（57 種、I：7 種、II：）であったのに 対し、20℃では 39.4%（26 種）と低下した。そこで、たんぱく質の割合を減らす又は脂質により食材をなめらかにする目的で油脂の添加を行い、それぞれの物性値（硬さ N/m^2 ）を比較した（図 3-1）。2 サンプルではあるが、油脂添加（まとめアップ）による 20℃での硬さ変化を抑える結果が得られた。（サンプル 1：添加無 14770 N/m^3 ・添加有 11542 N/m^3 、サンプル 2：添加無 27114 N/m^3 ・添加有 15094 N/m^3 ）

表 3-3 物性測定結果（主食）

温度帯 基準	10℃ (種類)	20℃ (種類)	45℃ (種類)	相当評価 (種類)
許可基準 I	2	7	1	2
許可基準 II	2	8	8	11
許可基準 III	0	0	2	2
基準外	0	0	0	0

表 3-4 物性測定結果（主菜）

温度帯 基準	10℃ (種類)	20℃ (種類)	45℃ (種類)	相当評価 (種類)
許可基準 I	0	2	7	0
許可基準 II	0	24	50	25
許可基準 III	1	21	8	22
基準外	0	20	1	20

表 3-5 物性測定結果（副菜&汁物）

温度帯 基準	10℃ (種類)	20℃ (種類)	45℃ (種類)	相当評価 (種類)
許可基準 I	0	11	9	2
許可基準 II	5	40	38	46
許可基準 III	0	5	5	5
基準外	3	6	2	9

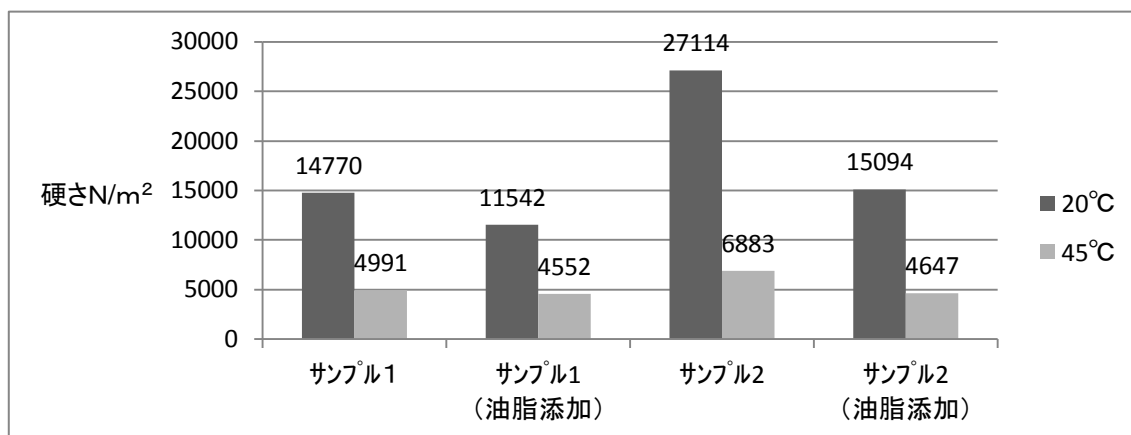


図 3-1 油脂添加による物性（硬さ N/m^2 ）変化

4) 地域栄養ケアを推進するための人材育成、研修システムの検討

在宅栄養支援の和・愛知の活動として、現在までに年 1 回の研修会（11 月 4 日開催で 55 名参加）と年 4 回の症例検討（8 月 27 日開催で 38 名参加、10 月 12 日開催で 21 名参加、12 月 14 日開催で 19 名参加、3 月 8 日開催で 30 名参加）を開催した。

11 月の研修会では“歯科と栄養の取り組みの最新情報”をテーマに、最前線で活躍の講師（2 名）を迎え、講演会を開催いたしました。

症例検討会では 8 月“病院での栄養管理 ～NST 介入から退院カンファレンスにかけて～” 10 月“病院から考えた在宅における問題点を考える” 12 月“退院支援の中で

の暮らしの再構築に向けた問題点を考える”と医療機関から在宅ケアに向かう中でのテーマより症例を用意し検討いたしました。毎回の症例検討会には、在宅栄養支援の和・愛知の会員以外に主治医をはじめ医療機関、在宅それぞれに関わったスタッフも参加し、症例の現状をより具体的に提示し、成功例や問題点を検討いたしました。また、12月の症例検討会には、患者ご家族の参加もあり、より具体的で視点の異なった検討会が開催されました。3月には視点を改めて、テーマを“痰が多い人にどうやって栄養管理をするか”として症例検討を行った。

5) 食生活サポート活動とその効果の検証

院内での嚥下食の体験教室1回と院外での嚥下食料理教室を平成25年3月29日に当センターに近隣する施設（げんきの郷内のあすなろ舎）にて1回開催した。参加者は、患者家族4名、介護系施設職員6名、医療系職員1名であった。また、院内での嚥下食体験教室を平成25年2月14日に、患者家族5名、医療系職員6名の参加にて開催した。嚥下食料理教室でのアンケートでは、内容について参加者（管理栄養士養成校の学生8名含む）19名全員が満足（やや満足3名）したと回答があった。嚥下食体験教室については、患者家族5名全員が内容にも満足し、退院に向けて不安の軽減につながったと回答されました。同時に研究テーマ3)で作成した嚥下食作り方ビデオ（試作）の上映も行い、好評であった。

D. 考察と結論

今年度は、2年間の研究計画の初年度であり、平成24年10月に研究が承認されたこともあり、それぞれの研究テーマが次年度に向けての準備が中心となった。テーマごとに今年度得られた傾向と2年目の平成25年度に向けた今後の課題についてまとめる。

1) 在宅での栄養支援の問題点の探究

診療所等で食事相談の機会は多く、内容も様々であることが示唆された。特に食事形態に関する指導や食事サポートは、管理栄養士が専門性を発揮できる分野と考えているが、当センター内での指導割合と比べても在宅での需要は多かった。現在では、食事サポートにおいて、ヘルパーやケアマネジャーの期待や貢献度は大きいですが、管理栄養士の期待も少なくない。登録医の意見にも多くあったが、管理栄養士の配置は採算性から進まないのが現状であるため、管理栄養士が関わっていくには、介入方法の検討が前提であり、今後の課題といえる。

2) 在宅栄養管理そのものの課題についての客観的評価

南3病棟に入院する在宅登録患者は、MNA[®]-SFでの栄養スクリーニングの結果で、入院時の栄養状態良好とされた患者は、6名（8.33%）と非常に少ないことが分かった。このことから、入院中の栄養管理の重要性と退院時の栄養状態の把握の必要性が大きいことは理解できる。研究面と日常臨床面の双方から介入を強化することが急務であることを再確認する結果となった。

3) 在宅栄養支援に必要な地域共通ツールの策定

当センター嚥下食の現状と測定結果によりみられた問題点について考察する。表3-2の結果の通り、全体では基準Ⅱ相当との評価が多く占めているが、一方で基準外との評価も多くあった。消費者庁の特別用途食品えん下困難者用食品の基準では、それぞれの温度帯で基準を満たしていない(表3-1*¹参照)と相当評価として認められないため、温度の違いで評価が異なる場合、低い評価が相当評価とされる。“主食”“副食&汁物”(表3-3、5)は基準外の割合は少なく、“主菜”(表3-4)は基準外の割合が多くあった。その結果をもとに行った油脂添加の測定では(図3-1)、温度帯45℃では大きな差は見られなかったが、20℃では硬さ(N/m²)に大きな差がみられた。油脂の添加により温度差による変化は改善される結果が得られた。このような計測を生かし、適正な食事づくりをサポートする必要性は高いと考える。嚥下障害のある方は食べる速度が健常者よりも遅いため、食品も時間に応じて常温へ温度変化していく。今回のように温度変化により物性変化が著しい場合には、油脂の添加などを行い、温度変化にも対応できる工夫が必要であると思われる。また対象者の状況次第ではあるが、油脂添加は通常よりもカロリーを高くできるため食事摂取が進まない対象者に対しては有効な手段ともいえる。今回の物性測定は、当センター嚥下食の現状把握とともに嚥下食における注意点も抽出することができた。当センター内での食事提供、在宅での食事管理をより簡便で安定したものとなるよう今後も検証を重ね、統計学的な解析も併せ行うこととする。

嚥下食体験教室での嚥下食作り方ビデオの上映では、参加者から分かりやすいとの評価が得られ、ビデオやレシピ作りなど具体的に提供できる媒体の必要性も明確となった。また、簡単に幅広く情報提供するため、当センターのホームページなどへのリンクの必要性も示唆された。

4) 地域栄養ケアを推進するための人材育成、研修システムの検討

4回の症例検討会を病院から在宅に向けた視点で栄養管理を中心とした症例検討会を実施した。その中で、同一職種間でも施設やかかわる立場により、求められることが異なり意見の違いを強く感じた。このことから相互理解は必須であり、症例検討会を継続し様々なケースでの意見交換が必要なことが示唆された。また、実際の現場での同行研修など実施し、人材育成のための教育システムやツールを作成する必要性も強く感じられた。

5) 食生活サポート活動とその効果の検証

今回、院外での料理教室と院内での体験教室を各1回開催することができた。参加者の反応も良好であり、継続的な開催を望む声が多かった。また、院外の施設を利用して実施することで、地域での活動が具体化し直接的に顔の見える関係づくりに適することを実感した。ニーズを確認しながら継続開催ができるよう準備する必要がある。

平成24年10月より半年間このテーマにおいて様々な活動を実施したことで、問題点は非常に多く存在することを実感した。また、在宅での栄養支援の必要性を示唆する結果として、厚生労働省が平成19年に実施した高齢者介護実態調査の報告では、“食事摂取”

と“嚥下”の項目において、調査対象の介護度4以上では、この2項目が“できる”の回答が50%以下になっている。全体（要支援1から要介護5）でも食事摂取については“できる”の回答が39%となっている。“栄養バランスのある食事をする”においては、自立：3%、見守り等：3%、一部介助：4%、全介助：90%と何らかの形での栄養・食事支援の介入の必要性は明らかに出されている。このような現状の中で、平成23年10月の厚生労働省の統計で居宅サービス事業所、1施設・事業所当たり常勤換算従事者数は、管理栄養士・栄養士合せても通所介護で0.0人、短期入所生活介護で0.6人であった。また、介護保険における居宅療養管理指導料での管理栄養士の関わりについては、平成24年8月の調査においても以前と大きな変化がない状況であり、在宅栄養支援について目に見えた改善には至っていない現状にある。

しかし、介護保険制度の見直しにより介護保険施設においては管理栄養士の配置の増加もあり、医療施設に近い栄養・食事支援が継続的に可能となっている施設も増加している。この事をみても、何らかの制度的な介入が必要な状況であるが、その具体的な方法について解明するにいたった研究はされていない。

これまでにおける本研究の中で、在宅医療支援を実施している様々な職種の方からのアンケートや意見の中で、どこに栄養支援を依頼するか“分からない”や“見つからない”などの意見が多く出されている。当センターでも、なかなか在宅栄養管理について連携の糸口が見つからなかったが、センター内での退院に向けた栄養支援の取り組み（調理指導や嚥下食の個別対応メニュー実施など）が、平成23年11月ごろより在宅訪問栄養士との継続的な連携をするきっかけとなった。件数はまだ少ないが、連携による効果はセンター内でも確実に認められるようになってきている。平成25年度には、この活動を軸とした、医療施設と在宅での継続的な栄養管理・支援の実施による有効性を見出すような研究を追加する。また、この連携により当センターを中心とした在宅栄養支援の和・愛知の活動も展開され在宅栄養支援のあり方・必要性和問題点がより具体的になりつつある。

本研究は、必要とされながら大きな改善が得られていない在宅栄養支援体制の構築に向け、幅広い活動の中でそれぞれの役割の明確化に繋がる研究であり、その成果に基づく具体的な提言が可能と考える。

E. 健康危険情報

「なし」

F. 研究発表

1. 論文発表

「なし」

2. 学会発表

1) 金子康彦・若松俊孝・鈴木笑美子・今泉良典・村崎明広・斎藤秀和・渡辺静香・嶋

田文子、栄養管理・栄養食事指導の実施状況に関するアンケートを実施して、第13回日本認知症ケア学会、平成24年5月19日（浜松）

- 2) 金子康彦・若松俊孝・鈴木笑美子・今泉良典・村崎明広・斎藤秀和・渡辺静香・嶋田文子、認知症患者における栄養管理・栄養食事指導の現状と今後の課題、第66回国立病院総合医学会、平成24年11月16日（神戸）
- 3) 今泉良典・金子康彦・鈴木笑美子・若松俊孝・山田麻世・三浦久幸、在宅療養支援として嚥下食等の調理指導の実施に向けた試み、第66回国立病院総合医学会、平成24年11月17日（神戸）
- 4) 今泉良典・金子康彦・鈴木笑美子・若松俊孝、在宅栄養管理のサポート体制構築に向けた研究 -在宅医へむけての栄養に関するアンケート集計-、第15回日本在宅医学会、平成25年3月30日（松山）

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
「なし」
2. 実用新案登録
「なし」
3. その他
「なし」