

回復期リハビリテーション病棟専従管理栄養士は 栄養ケアの質的向上に寄与する

西岡 心大[†]

第70回国立病院総合医学会
(平成28年11月11日 於 沖縄)

IRYO Vol. 72 No. 4 (185-188) 2018

要 旨

病棟における管理栄養士の役割は、栄養評価・栄養学的診断・栄養ケア計画を立案・実施・モニタリングの総称である栄養ケアプロセスを展開することであり、回復期リハビリテーション（リハ）病棟でも同様である。低栄養や過栄養は死亡・疾患発症の危険因子であるのみならず、機能・活動・参加といった「その人らしい生活」に関わる領域にも悪影響を及ぼす。そのため回復期リハ病棟専従管理栄養士は、栄養ケアを通じて低栄養や過栄養の改善を図る一方、退院後も持続可能な栄養ケアプランを検討したり、在宅ケアスタッフとの調整、栄養指導や調理指導を行って「その人らしい生活」を構成するあらゆる領域を支援することが求められる。回復期リハ病棟のみを有する長崎リハビリテーション病院（当院）では、すべての専門職が臨床部に所属し病棟配属されている。管理栄養士は担当者チームの一員として、多職種と協働しながら栄養サポートの実務を担っている。すなわち臨床スキルやコミュニケーションスキルの高い管理栄養士が求められる。臨床スキルを担保するためには知識のみならず症例を通して実地指導することが重要で、教育担当者と病棟専従管理栄養士との定期的なミーティング、キャリアパスなどを用いている。また効果検証にはデータベースの構築が有用である。病棟専従管理栄養士の配置と教育体制の整備により、管理栄養士の臨床業務量は著明に増加し、モニタリング件数は3倍となった。また全国調査ではい痩患者が入院中に増加しているが、当院では有意差をもって減少した（入院時：21.0，退院時：17.3%）。体重が減少しないことは、低栄養脳卒中患者の日常生活動作の向上に寄与することが示されており、病棟専従管理栄養士は回復期リハ病棟における栄養ケアの質的向上、そして日常生活活動の改善に寄与する可能性が示唆された。

キーワード 回復期リハビリテーション病棟，病棟専従管理栄養士，日常生活活動，
栄養ケアプロセス

一般社団法人是真会長崎リハビリテーション病院 栄養管理室 [†]管理栄養士
著者連絡先：西岡心大 一般社団法人是真会長崎リハビリテーション病院 栄養管理室
〒850-0854 長崎県長崎市銀屋町4-11
e-mail: s-nishioka@zeshinkai.or.jp

(平成29年2月16日受付，平成29年7月14日受理)

Full-time Based Clinical Registered Dietitians Contribute to Qualitative Improvement of Nutrition Care in Convalescent Rehabilitation Ward

Shinta Nishioka, Nagasaki Rehabilitation Hospital

(Received Feb. 16, 2017, Accepted Jul. 14, 2017)

Key Words: convalescent rehabilitation wards, full-time clinical dietitian, rehabilitation outcome, nutrition care process

病棟専従管理栄養士の責務

管理栄養士の中で、自らの職種が病棟に常駐することを望む声は少なくない。一方、何のために病棟に常駐するのか、についての議論はそれほどなされていない印象がある。まず、われわれが何のために、どのような臨床業務を行うべきかを考えてみたい。栄養士法において、管理栄養士は高度の専門知識・技術を要する、傷病者の療養や健康保持増進のための「栄養の指導」、および特定多数人に対する給食管理などを行う職種として定義されている¹⁾。ここで用いられる「栄養の指導」という語は「個人及び集団を対象とし栄養の評価・診断・計画に基づいた栄養食事療法・情報提供・食環境整備・食育活動等により、生涯をとらしてその人らしく生を全うできるように支援すること」とされており（日本栄養士会、管理栄養士・栄養士倫理綱領注釈。http://www.dietitian.or.jp/career/guidelines/）、単に栄養食事指導のみを指すものではない。この栄養アセスメント・栄養診断・栄養介入・栄養モニタリングの一連の流れは、栄養ケアプロセス（nutrition care process: NCP）として近年米国を中心にまとめられ、本邦でも2014年より管理栄養士のコアスキルとして日本栄養士会で導入されている。つまり病棟において管理栄養士は、栄養評価・栄養学的診断を行い、それに基づく栄養ケア計画を立案し、実施・モニタリングするNCPを展開することで「その人らしい生を全うできるように支援する」ことが最低限必要な業務だといえる。これはすべての領域の管理栄養士にとって普遍的視点であり、回復期リハビリテーション（リハ）病棟に勤務する管理栄養士においても同様である。

栄養障害とリハビリテーション

栄養状態や食習慣は疾患の治療・予防のみならず、障害者・高齢者の生活機能にも影響する。生活機能は障害を抱える方の包括的評価として用いられる国際生活機能分類（international classification of functioning, disability and health: ICF）に定義されている用語で、心身機能・身体構造、活動、参加の三階層の総称である。低栄養は感染症や創傷治癒遅延、死亡率増加と関連することはよく知られているが、活動や参加にも同様に影響することは過少評価されている。たとえばKeysらは栄養必要量の50%の食

事を与えられた被験者は、体重・筋肉量・脂肪量が大きく減少したのみならず、疲労感や無気力といった身体症状や異常行動などの精神症状を呈したことを報告している²⁾。リハの観点からは、低栄養が日常生活動作（activities of daily living: ADL）や社会参加を制約し得ることはより強調されるべきであろう。

一方、肥満は冠動脈疾患など多様な疾患の危険因子であるが、同時に変形性膝関節症や心肺機能低下を介して歩行困難・外出制限などADLを妨げる原因ともなる。さらに、体組成が正常から逸脱するとADLに悪影響を及ぼす。たとえば、骨格筋量が少ないサルコペニア肥満患者は、非サルコペニアの肥満患者と比較して、歩行・階段昇降等の移動能力が制限される割合が高い³⁾。たとえ減量したとしても、骨格筋量も共に減少してしまうとADLが低下する恐れがある。肥満者に対しては骨格筋量増加、体脂肪量減少を目指した栄養ケアが望ましい。

ICFに基づき回復期リハ病棟専従管理栄養士の役割を整理すると、栄養ケアを通じて低栄養の予防・改善（健康状態）を行う一方、退院後の生活で継続可能な栄養・食事プランを検討したり、在宅ケアスタッフと栄養関連の情報共有や調整（環境因子）も日常的に行っている（図1）。また対象者の食事・栄養に対する考えを汲み取り、健康的で豊かな生活に繋げるための助言・支援を行うこともあろう（個人因子）。このように、回復期における管理栄養士の役割は、疾患の予防・治療への貢献のみならず「その人らしい生活」を構成するあらゆる要素にまたがる。

長崎リハビリテーション病院における 病棟専従管理栄養士の役割と効果

長崎リハビリテーション病院（当院）は長崎市の中心部に位置する、回復期リハ病棟3つを有するリハ専門病院である。開院当初からチーム医療の徹底による集中的リハサービスの提供を基本方針に据え、職種ごとの部署を廃した組織づくりを行った。医師、看護師、セラピスト、管理栄養士を含むすべての専門職は臨床部に所属し、病棟専従となっている。患者1名につき全専門職による担当者チームを結成し、退院後の生活に戻るためのあらゆる課題は患者・家族と担当者チームで議論する。管理栄養士は5名勤務しており、3名が臨床部、1名が栄養管理室と法

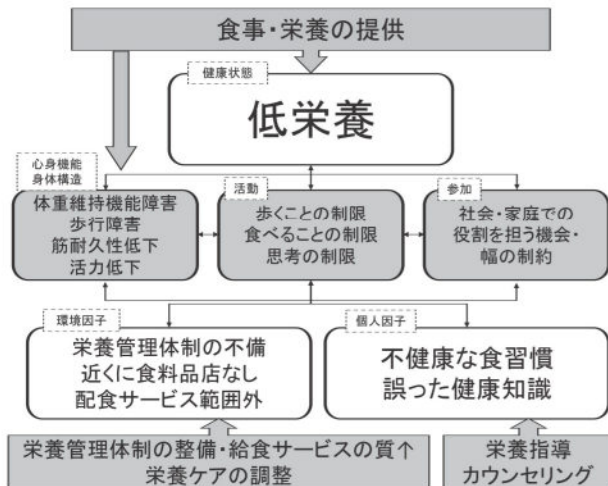


図1 国際生活機能分類に基づく低栄養患者に対する管理栄養士の関わり

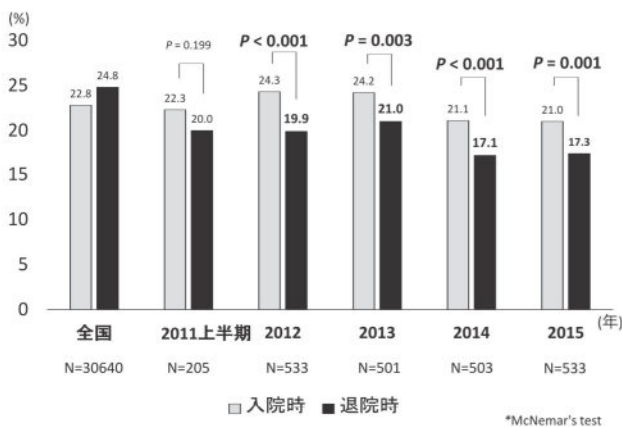


図3 回復期リハ病棟入院退院時のBMI<18.5kg/m²の割合：全国調査と長崎リハビリテーション病院との比較

※全国調査と長崎リハビリテーション病院（年別）における年次推移、入院時・退院時のBMI<18.5kg/m²の割合を示す。長崎リハビリテーション病院では2011年6月に教育体制等に関する業務改善を実施したため、2011年は上半期（1～6月）までのデータとし、他の年は1月～12月までのデータを表す。

人本部兼務、1名が在宅支援リハセンターに所属している（2017年1月時点）。このように管理栄養士を手厚く配置している理由は、栄養管理と「口から食べることを重視しているためである。栄養管理を重視しているとはいっても栄養サポートチームを設置しているわけではなく、代わりに担当者チームの一員である病棟専従管理栄養士が、多職種と共通のゴールのもとに栄養アセスメント、栄養プランニング、栄養モニタリングを行っている。これらの臨床業務は院内栄養管理実施フローに規定しており、

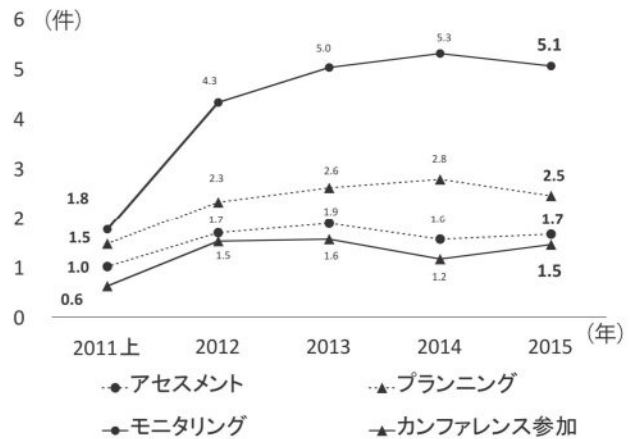


図2 長崎リハビリテーション病院における病棟専従管理栄養士の臨床業務量の年次推移

※病棟専従管理栄養士1名が1日あたりに行った平均件数を示す。2011年6月に教育体制等に関する業務改善を実施したため、2011年は上半期（1～6月）までのデータとし、他の年は1月～12月までのデータを表す。

管理栄養士だけでなく、医師や看護師、必要に応じてセラピストなど多職種が関与している。

単に病棟に管理栄養士を配置するだけでは適切な栄養ケアは実施できない。管理栄養士の臨床家としての思考やスキルを高めることが重要である。一人前の臨床家になるためには知識を教えるだけでは全く不十分で、症例をどのように評価し、どのような根拠を基にどんな栄養ケアプランを立案するのか、それを多職種にどのような方法で伝え（あるいは協議し）、医師に提案するのか、という具体的・実践的な指導を通じて繰り返すことが重要である。当院では、週1回病棟ごとに担当管理栄養士と教育担当者（筆者）が一对一で栄養管理状況に関するミーティングを行うほか、随時症例の栄養ケアに対して管理栄養士間で議論している。また当院では職種や部署ごとにキャリアパスを作成しており、管理栄養士も経験年数ごとの到達すべきスキル・資格を規定している。このような教育体制を2011年から少しずつ構築した結果、プロセス指標としての管理栄養士の臨床業務量は増加し、とくに管理栄養士1名が1日あたりに行う栄養モニタリング件数は約3倍に増加した（図2）。入院退院時のBMI<18.5kg/m²の割合をアウトカム指標とすると、全国平均では退院時にBMI<18.5kg/m²の割合が増加しているが⁴⁾、当院では有意差をもって減少していた（図3）。この結果の意味することは何か、われわれの調査では低栄養脳卒中患者において、退院時の栄養

改善度が高い群ほど ADL の向上効率を示す functional independence measure (FIM) 効率が高かった。さらに栄養指標の中では「体重が減らない」ことが FIM 効率の独立した説明因子であった⁵⁾。このことから、入院中にいる痩患者が増加しない（減少する）ことは、回復期リハ病棟におけるアウトカム指標のひとつである ADL 向上に寄与する可能性がある。管理栄養士の臨床業務とリハのアウトカムを直接比較した研究はほとんどなく、今後さらなる検証が求められる。

ま と め

回復期リハ病棟において、病棟専従管理栄養士が臨床業務をルーチンワークとして実施することで、栄養状態やリハのアウトカムを向上させる可能性があることを述べた。ただし、管理栄養士単独で行う栄養ケアのみで、リハのアウトカムが向上するわけではない。患者・家族・他職種とともに共有したゴールのもとに、多面的リハのアプローチの一環としての栄養ケアを、臨床管理栄養士としての倫理観と高度スキルに基づいて実践することが重要であることを忘れてはならない。

〈本論文は第70回国立病院総合医学会シンポジウム「管理栄養士の病棟業務で栄養管理はどう変わる？どう変える？」において「回復期リハ病棟専従管理栄養士は栄養ケアの質的向上に寄与する」として発表した内容に加筆したものである。

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

〔文献〕

- 1) 栄養士法。最終改定：平成19年6月27日法律第96号。
- 2) Kalm LM, Semba RD. They starved so that others be better fed: remembering Ancel Keys and the Minnesota experiment. *J Nutr* 2005 ; 135(6) : 1347-52.
- 3) Rolland Y, Lauwers-Cances V, Cristini C et al. Difficulties with physical function associated with obesity, sarcopenia, and sarcopenic-obesity in community-dwelling elderly women: the EPIDOS (EPIDemiologie de l'OSteoporose) Study. *Am J Clin Nutr* 2009 ; 89 : 1895-900.
- 4) 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会. 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書. 2016.
- 5) Nishioka S, Wakabayashi H, Nishioka E et al. Nutritional improvement correlates with recovery of activities of daily living among malnourished elderly stroke patients in the convalescent stage: a cross-sectional study. *J Acad Nutr Diet* 2016 ; 116 : 837-43.