

回復期リハビリテーション病棟における
重度栄養障害患者のための

栄養管理 Support Book



総監修：栗原 正紀 先生
監修：西岡 心大 管理栄養士
一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院



2020年10月発行



ネスレ日本株式会社
ネスレ ヘルスサイエンス カンパニー
〒140-0002 東京都品川区東品川 2-2-20
<https://www.nestlehealthscience.jp/>

©登録商標 C0384-01

西岡先生の
解説動画はこちら



栄養管理 Support Book

回復期リハビリテーション病棟に関わるあらゆるスタッフが
栄養管理に関心を持ち、関与することが求められます。



総監修
栗原 正紀 先生
一般社団法人是真会
長崎リハビリテーション病院 理事長

超高齢社会において地域医療のあり方が問われています。高齢者は加齢に伴う生理機能の変化によって、心身機能の低下や蛋白・エネルギー低栄養状態をきたしやすいことが知られています。このような状態の高齢者が何らかの原因で急性期病院に入院すると、起こしやすいのが寝たきりの原因である廃用症候群です。高度な臓器別専門治療の結果が「寝たきり」となり、生活に繋がらないことは地域医療における大きな問題です。故に、これからの地域医療の基盤として、適時・適切・継続的な栄養管理とリハビリテーションが多職種協働で展開されることが求められます。回復期リハビリテーション病棟は多職種協働で「障害の改善」・「生活の再建」を行い、「急性期医療を地域生活に繋げる」ことが大切な役割です。

管理栄養士が多くの専門職によるチームの一員として参画し、栄養管理がチーム全体の課題として捉えられるよう関わっていくことを期待しています。



監修
西岡 心大 管理栄養士
一般社団法人是真会
長崎リハビリテーション病院

低栄養は回復期リハビリテーション病棟入院患者の心身機能・活動・参加の回復を阻害する注意すべき状態です。最近の研究では、回復期脳卒中患者の30~40%に低栄養が認められることが明らかになっています。低栄養は短期的には疲労感や耐久性低下を引き起こし、長期的には日常生活動作 (Activities of daily living:ADL) 改善不良、自宅復帰困難、経口摂取再獲得の阻害をもたらすことが数多くの論文によって報告されています。これらの科学的知見が基盤となり、回復期リハビリテーション病棟入院料1の要件として専任管理栄養士の配置、栄養評価とそれに基づくリハビリテーション実施計画書の作成、定期的な栄養評価と栄養管理計画の見直し求められるようになったのは周知の通りです。管理栄養士や栄養サポートチームのメンバーだけが栄養管理に関わっていた時代はもはや過ぎ去り、回復期リハビリテーション病棟に関わるあらゆるスタッフが栄養管理に関心を持ち、関与することが求められる時代になったと言っても過言ではありません。

脳卒中患者における低栄養は、ともすると日常的に見過ごされやすいため、適切な栄養管理体制を構築しなければ改善しないどころか悪化することすらあります。回復期リハビリテーション病棟の全国調査では入院時よりも退院時の方がい瘦 (<18.5kg/m²) 患者の割合が増加していることが報告されていますが、これは正に低栄養患者に対して適切な栄養ケアが提供されていない可能性を示唆していると考えます。適切なリハビリテーションとともに、適切な栄養管理を提供することは我々の責務であると言えます。

回復期リハビリテーション病棟における低栄養患者に対する栄養管理は、適切な栄養評価、エネルギー蓄積量を考慮した必要栄養量の算出、リハビリテーションプログラムと同期した栄養管理計画の立案、モニタリングを繰り返すことが原則です。これから栄養管理に取り組もうと思われている方は、どこから手をつけてよいかわからないかもしれません。そのような場合、個々のステップを多数の方に実施するよりも、まずはひとりの対象者に対して全てのステップを実践する経験を積むことをお勧めします。何度も繰り返し栄養管理を実践し、施設の実情に応じた最適な栄養管理体制を構築して頂ければ幸いです。

栄養介入による リハビリテーション治療への効果

栄養状態とFIMの関連

脳卒中患者における入退棟時FIMは栄養障害群の方が有意に低かった。
また栄養障害が重度であるほど自宅復帰率は低い結果となった。

図1 栄養障害の有無とFIM

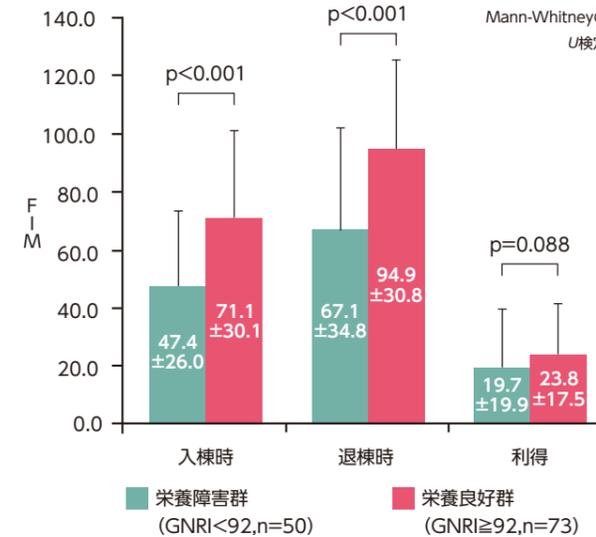
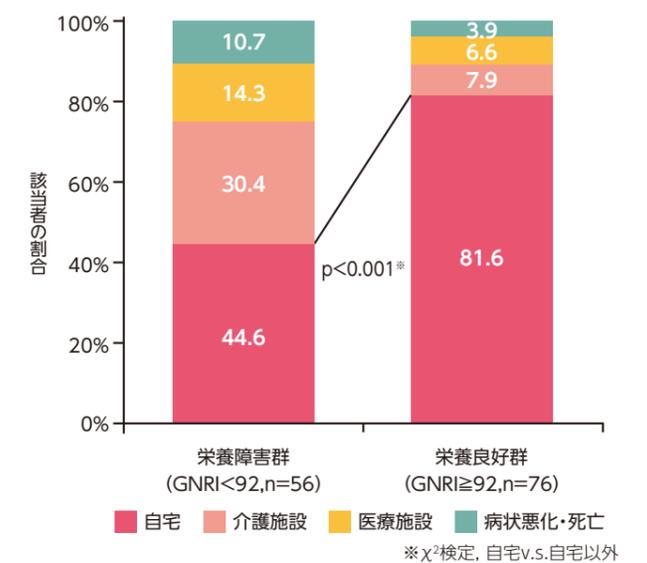


図2 栄養障害の有無と転帰先



対象: 2012年2月に調査協力施設の回復期リハビリテーション病棟を退棟した解析対象者132名 (図1はそのうち病状悪化のために転院した9名を除いた123名)
方法: 栄養障害群 (GNRI<92)、栄養良好群 (GNRI≥92) の2群に分類し、入棟時FIM、退棟時FIM、および入退棟時FIMの差であるFIM利得、転帰先を比較した
日本静脈経腸栄養学会雑誌 2015; 30(5):1145-1151

長崎リハビリテーション病院での介入例

管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、
リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善した。

図3 栄養状態の改善

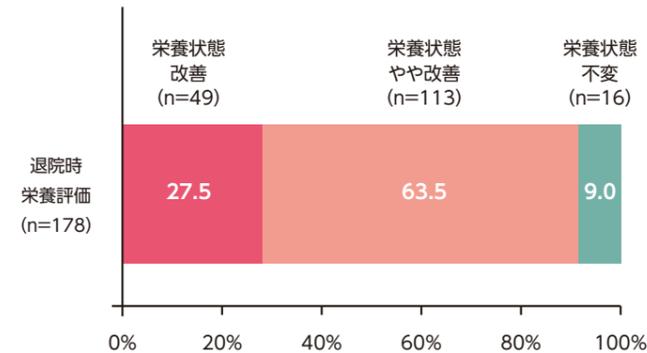
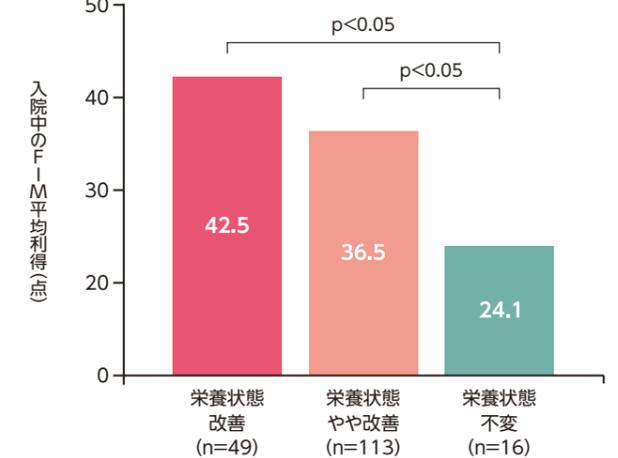


図4 栄養状態の改善とFIM利得



注: 栄養状態は管理栄養士がMNA®-SF*を用いて評価
【退院時】改善12-14点、やや改善8-11点、不変0-7点
※MNA®-SF: 低栄養0-7点、低栄養リスクあり8-11点、栄養状態良好12-14点
対象期間: 2012年4月~2014年12月
対象者: 回復期リハビリテーション病院に低栄養状態 (MNA®-SF: 0-7点) で入院し、加療後に退院した65歳以上の脳卒中患者178名 (平均年齢77.2歳)

注: 各群は図3と対応
Nishioka S et al. J Acad Nutr Diet. 2016; 116(5): 837-43
中央社会保険医療協議会総会 (第365回) 資料

栄養管理の進め方

4つのステップで進めていきます。



01 栄養スクリーニング
栄養アセスメント
低栄養診断

全ての患者さんに対してスクリーニングを行います。低栄養リスクがある場合はさらに栄養アセスメントを行い、詳細な栄養状態や原因を確認します。さらに低栄養の診断も実施します。

02 ゴール設定
栄養管理計画

患者さんのADL目標や食事状況に合わせた管理目標を決めます。

03 モニタリング

目標の進行状況を確認します。カンファレンスなどで他職種の見解を聞くことも大切です。

04 退院時指導

介護・地域生活支援

退院時指導では、地域生活の安定化を目指して栄養管理の重要性や食事・栄養管理方法について本人・家族指導を行います。さらに、在宅支援に関わるかかりつけ医やケアマネジャー、管理栄養士などとも強固な連携の下で情報を伝達・共有し、栄養状態の維持・向上を目指すことが大切です。回復期の管理栄養士も退院後の訪問等を通じて生活期に積極的に関わることが望まれます。

PDF版は
こちらから
入手できます。

患者さんの栄養管理シートを活用しましょう

管理シートは、患者さんごとに作成します。

スクリーニング5点以下の場合、アセスメントを行います。また、食事摂取状況や嚥下評価します。

リハビリテーションや栄養状態、食事摂取状況を考慮して栄養管理計画を立てます。

定期的に栄養状態を評価し、モニタリング結果を記入します。

各項目を評価してプロットし、患者さんにご説明する際になどに活用ください。

退院時数値やアドバイスを記入します。





栄養スクリーニング 栄養アセスメント 低栄養診断

入院2日以内に
患者さんの栄養状態や
食事摂取状況をチェックしましょう。



① 栄養スクリーニング(MNA[®]-SF)・栄養アセスメント(MNA[®])



MNA[®]は、高齢者の栄養評価に適したスクリーニングツールです。

- MNA[®]-SFスコアが5点以下
本冊子を用いて、栄養介入を実施してください。
- MNA[®]-SFスコアが7点以下
MNA[®]を用いて栄養アセスメントを実施することを推奨します。
MNA[®]による判定結果はMNA[®]-SFと併せてカルテなどに記録して残しておきましょう。

▶詳しくはP7のフローチャートを確認

② 病態・生活歴・心身機能・活動等についての情報収集

栄養アセスメントと併せて、以下の情報を収集しましょう。

収集項目	役割	前医からの情報源
既往歴・現病歴・治療経過	医師	診療情報提供書
前医での栄養管理の経過	医師・看護師・管理栄養士	看護要約・栄養管理情報提供書
病前の生活状況や食事・栄養摂取状況	看護師・介護職・セラピスト・管理栄養士	看護要約・リハビリテーションサマリー・ 栄養管理情報提供書
前医でのリハビリテーション情報	セラピスト	リハビリテーションサマリー
口腔機能、口腔衛生	歯科医師・歯科衛生士	
現在の日常生活動作(ADL)や予後予測	セラピスト	リハビリテーションサマリー
患者・家族の栄養に関する希望や今後の方向性	社会福祉士・管理栄養士	

過去3ヵ月間の食事摂取量や体重などが不明な場合



MNA[®]の評価のために十分な情報が得られない場合でも、本人・ご家族からの聞き取りや急性期病院からの情報提供書などから以下のような情報を得ることで低栄養(リスク)の徴候を知ることができます。

- ふだんと比べて食欲が低下していないか?
- 自分自身や他人から見て痩せた印象はないか?
- 洋服、ベルト、腕時計などが緩くなっていないか?
- 自宅の食事と比べて病院食の量は少なくなかったか?
- 吐き気や嘔吐、腹痛などで食事が摂れないことがなかったか?
- 前医で絶食とされやすい合併症を併発していなかったか?(肺炎、胆嚢炎、消化管出血など)
- 全量摂取しても必要栄養量に到達しにくい食種(ペースト食、嚥下調整食、5分粥食等)が前医で提供されていないか?

参考：低栄養の診断基準



世界共通の低栄養診断基準として、GLIM診断基準があります。

「現症」の3項目と「病因」の2項目を用いて行い、重症度判定は「現症」で2段階に判定します。

現症			病因	
意図しない体重減少 <input type="checkbox"/> > 5% : 過去6ヵ月以内 or <input type="checkbox"/> > 10% : 過去6ヵ月以上	低BMI (kg/m²) <input type="checkbox"/> < 20 : 70歳未満 <input type="checkbox"/> < 22 : 70歳以上 [アジア人] <input type="checkbox"/> < 18.5 : 70歳未満 <input type="checkbox"/> < 20 : 70歳以上	筋肉量減少 <input type="checkbox"/> 筋肉量減少 : 身体組成測定 (DXA, BIA, CT, MRIなどで計測) [アジア人] <input type="checkbox"/> 筋肉量減少 : 人種による補正 (上腕周囲長、下腿周囲長などでも可)	食事摂取量減少/消化吸収能低下 <input type="checkbox"/> 食事摂取量 ≤ 50% (エネルギー必要量の) : 1週間以上 or <input type="checkbox"/> 食事摂取量の低下 : 2週間以上持続 or <input type="checkbox"/> 食物の消化吸収障害 : 慢性的な消化器症状	疾患による負荷/炎症の関与 <input type="checkbox"/> 急性疾患や外傷による炎症 or <input type="checkbox"/> 慢性疾患による炎症

上記3項目の1つ以上に該当 and 上記2項目の1つ以上に該当
診断

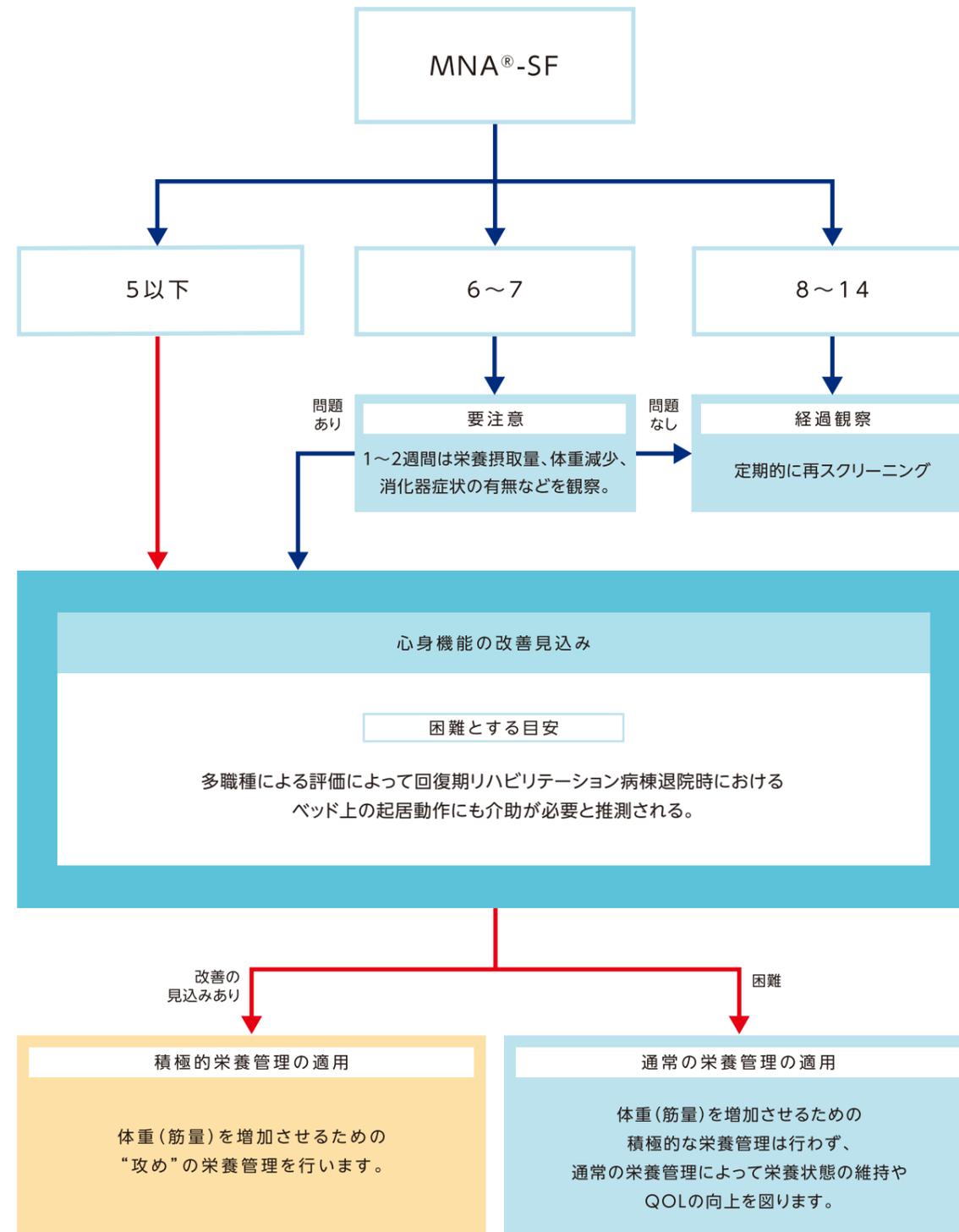
低栄養

重症度判定

現症	体重減少	低BMI (kg/m ²)*	筋肉量減少
ステージ1 中等度低栄養	<input type="checkbox"/> 5~10% : 過去6ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 10~20% : 過去6ヵ月以上	<input type="checkbox"/> < 20 : 70歳未満 <input type="checkbox"/> < 22 : 70歳以上	<input type="checkbox"/> 軽度-中程度の減少
ステージ2 重度の低栄養	<input type="checkbox"/> > 10% : 過去6ヵ月以内 <input type="checkbox"/> > 20% : 過去6ヵ月以上	<input type="checkbox"/> < 18.5 : 70歳未満 <input type="checkbox"/> < 20 : 70歳以上	<input type="checkbox"/> 高度な減少

*アジア人ではよりコンセンサスを得るための研究を要する
Clin Nutr. 2019 ; 38(1) :1-9

③ 積極的栄養管理適応フローチャート



下記に当てはまる場合は、リフィーディング症候群高リスクのため、1~2週間かけて徐々に栄養量を増やします。

下記のいずれか1つ以上を満たす場合

- BMI<16kg/m²
- 意図しない体重減少>15%/3~6ヵ月
- 少量または、絶食期間>10日
- 血清リン、カリウム、マグネシウムが低値

下記のうち、2つ以上を満たす場合

- BMI<18.5kg/m²
- 意図しない体重減少>10%/3~6ヵ月
- 少量または、絶食期間>5日
- アルコール依存の既往、または慢性的な薬剤の使用歴(インスリン、化学療法、制酸剤、利尿剤)

National Institute for Health and Clinical Excellence.
Nutrition Support for Adults: Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition

MNA[®]-SFスコア5以下を基準とするのはなぜですか？



MNA[®]-SFは合計スコアによって栄養状態を低栄養(0~7点)、リスクあり(8~11点)、栄養状態良好(12~14点)の3段階に分類できるツールです。しかし、脳卒中を中心としたリハビリテーション病院・施設では「本当は低栄養ではないのに低栄養(リスクあり)と判定される」確率が高いことが知られています。我々が行った検証では*カットオフ値を0~5点とすると低栄養診断との一致度が高く、0~7点とすると「低栄養の疑い」のある方を手広く抽出し、見逃しを極力避けることができることが分かりました。そのため、回復期脳卒中症例ではMNA[®]-SFを適用する場合は0~5点を「低栄養」、6~7点を「リスクあり」と判定することを推奨しています。

*Nishioka S, et al. J Hum Nutr Diet. 2020;33(1):12-22.

経過観察となった場合はどのぐらいの頻度を目安に再スクリーニングするのがよいですか？



再スクリーニングは、入院時に栄養状態良好であったにもかかわらず、入院中に徐々に低栄養リスクに陥ってしまう方を早期に見発するために重要なステップです。回復期入院中に栄養状態が悪化する原因として以下のような要因があります。

①合併症の併発(肺炎等)、②種々の要因による食事摂取量の減少(嗜好、便秘・下痢、薬物療法の影響、精神面の変化等)、③心身機能・能力改善に伴う活動量の増加。

これらの徴候を見逃さないためには再スクリーニングを適切な頻度で実施する必要があります。当院では2週間に1回、全患者に栄養スクリーニングを実施しています。1ヵ月だと変化を捉えるのに遅すぎ、1週間だとスタッフの負担が大きくなるため、このような頻度に落ち着いています。各施設の実情や患者層により適切な頻度は異なりますので、ルーチンワークとして継続できることを重視して頻度を設定して頂ければ幸いです。

ゴール設定 栄養管理計画



まずは退院時までの長期目標を設定し、
1カ月の短期目標まで落とし込みましょう。

① ゴール設定 (目標体重など)

栄養管理を行う際は必ずゴールを設定します。ゴールはSMART (Specific:具体的な、Measurable:測定可能な、Achievable:達成可能な、Relevant:対象者にとって重要な、T:Time-bound:期限付きの) の原則に基づき、リハビリテーションプログラムのゴールに添った形で入院後早期に作成します。

低栄養症例のゴールに用いる指標の例

短期

- ・体重・骨格筋量・食事(栄養)摂取量・経管/静脈栄養から経口摂取への移行
- ・嚥下調整食から普通食への移行 等

長期

- 上記に加えて
- ・経口補助食品から通常食品への移行(継続する場合は入手方法の確立)
- ・退院後の栄養/食事に関する不安の軽減 等

目標体重の設定法の例

下表を参考に、移動能力の予後とリハビリテーションプログラムの強度によって目標体重を決めましょう。
迷うときはまず5%体重アップ/3ヵ月程度に設定しましょう。

		リハビリテーションプログラム強度		
		低負荷	中負荷	高負荷
移動能力の予後	車椅子 	△	—	—
	杖歩行 	△ or ○	○	◎
	フリーハンド歩行 	○	◎	◎

低負荷: ベッドサイドでの運動が主体(関節可動域訓練、ストレッチ、起居以上練習等)
中負荷: 病棟やリハビリテーション室でのADL練習が主体(歩行練習、立ち上がり運動等)
高負荷: リハビリテーション室でのレジスタンストレーニング、屋外歩行練習を実施
△: 現状維持~5%体重アップ ○: 5~10%体重アップ ◎: 10%体重アップ (※ただし、原則として通常時体重を上限とする)
※重度低栄養の場合は予後が車椅子レベルでリハビリテーション強度が低くても10%程度の体重増加を目指すこともある

リハビリテーションプログラムのゴールはどのように確認すればよいですか?

回復期リハビリテーション病棟入院料1の要件には「患者ごとに行うリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行う」と明言されています。したがって、リハビリテーションのゴールを設定すると同時に栄養のゴールを設定するのが原則です。リハビリテーションのゴール設定を検討するリハビリテーションカンファレンスなどには管理栄養士や栄養サポートチームのメンバーが極力参加し、情報を得るとともに栄養評価の情報などを発信するよう努めます。カンファレンス等に参加できない場合は、リハビリテーション実施計画書、またはリハビリテーション総合実施計画書の目標欄に記載されている長期・短期目標を確認しましょう。

② 必要エネルギー量

さまざまな計算方法がありますが、基礎代謝量×行動因子×侵襲因子+蓄積量で設定する方法を紹介します。

簡易に計算する場合は「理想体重1kgあたり35kcal/日以上」を目安にするとよいでしょう*。

*Geriatr Gerontol Int 2019; 19(2): 91-97

■ 基礎代謝量

基礎代謝量 Harris-Benedictの式(kcal/日) W:体重(kg) H:身長(cm) A:年齢

男性	$66.47+13.75(W)+5.0(H)-6.76(A)$
女性	$655.1+9.56(W)+1.85(H)-4.68(A)$

※標準体重比80%以下の場合、標準体重(BMI=22)を使用して計算しましょう。

■ 行動因子

活動レベル	行動因子
車椅子全介助	1.1~1.2
日中車椅子・歩行練習	1.2~1.3
日中車椅子・病棟歩行	1.3~1.4
日中(杖)歩行・ADL練習主体	1.4~1.5
日中(杖)歩行・階段昇降や筋トレなど負荷量の多い練習主体	1.5~1.7

〈参考値:日本人の食事摂取基準〉

身体活動レベルI(生活の大部分が座位で静かな活動が中心)	1.5
身体活動レベルII(座位中心の仕事だが職場内での移動や立位での作業・接客等、あるいは通勤・買物・家事、軽いスポーツ等のいずれかを含む場合)	1.75
身体活動レベルIII(移動や立位の多い仕事への従事者。あるいはスポーツなど余暇における活発な運動習慣をもっている場合)	2.0

西岡心大. 必要栄養量の算出. 回復期リハビリテーション病棟管理栄養士必携

■ 侵襲因子(ストレス係数)

侵襲	侵襲因子
慢性心不全	1.0~1.2
慢性呼吸不全(COPD等)	1.0~1.4
慢性腎不全(StageⅢ以降)	1.0~1.4
慢性肝不全(非代償性肝硬変等)	1.1~1.2
悪性腫瘍	1.1~1.3
慢性感染症(繰り返し誤嚥性肺炎等)	1.1~1.2
膠原病(慢性関節リウマチ等)	1.1~1.2
ステロイド内服	1.0~1.1
上記以外	1.0

※回復期における侵襲因子の考え方であり、急性期とは異なる 長崎リハビリテーション病院管理栄養士業務マニュアル

■ エネルギー蓄積量

体重1kgを増やすために必要な蓄積エネルギー 約7000~7500kcal

例) 体重2kgを30日で増やす場合 $7000\sim7500(kcal)\times2=14000\sim15000(kcal)$
 $14000\sim15000(kcal)\div30(日)=466\sim500(kcal/日)$

③ 必要たんぱく質量

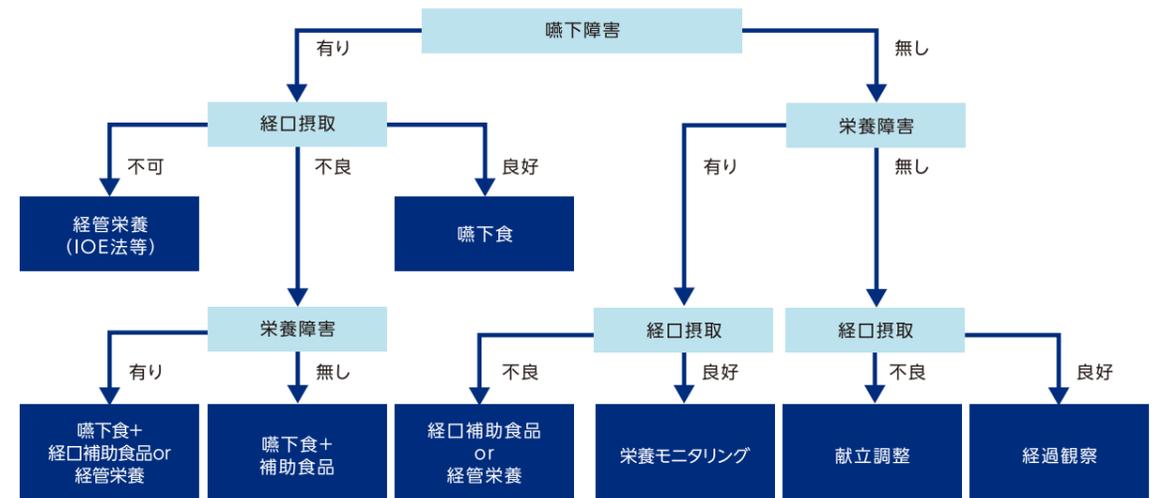
■ たんぱく質必要量

筋力を高めるためには、筋肉(筋たんぱく)も増やすことが重要です。

たんぱく質必要量(g/kg/日)の目安 1.0~1.5g/kg/日

④ 栄養投与ルート

嚥下障害に注意してチームカンファレンス等で栄養投与ルートを選択しましょう。



Point

少量高カロリーのゼリーやとろみのある流動食などを活用しましょう。

必要エネルギー量の設定で気をつけるポイント



糖尿病や高中性脂肪血症、肝機能障害などを認める場合には必ず主治医の治療方針を確認し、場合によっては初期設定を必要栄養量の80%程度として徐々に必要栄養量に到達させましょう。



リフィーディング症候群高リスクの方には、5~10kcal/kgから開始し、1~2週間かけて目標量に到達させるとよいでしょう。たんぱく質については、慢性腎臓病ステージ4以上、非代償性肝硬変などたんぱく質代謝・排泄能力が著しく低下している患者には個別に設定することが必要です。





モニタリング

患者さんの栄養状態を最低週1回再評価し、
栄養計画の見直しをしましょう。
目標を達成した場合は、
栄養介入を終了するか、新たな目標を設定します。

モニタリング必須・推奨項目

■ 週1回以上評価すべき項目

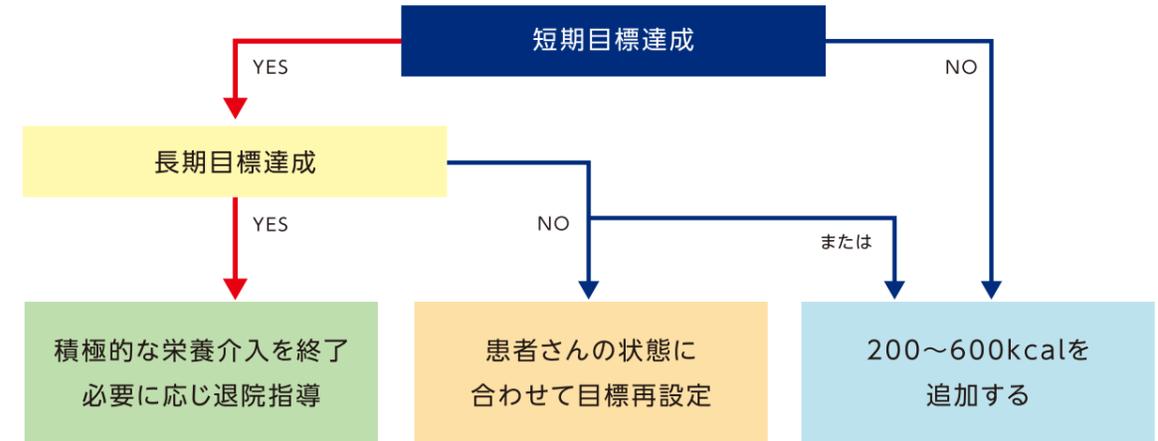
必須	
体重	栄養(食事)摂取量
ADL	リハビリテーションプログラムや自立度、活動量の変化
条件つき推奨	
経管栄養患者：消化器症状等の合併症	慢性腎臓病患者：BUN、Cre、K、P
糖尿病、高中性脂肪血症、脂肪肝を有する患者：血糖値、中性脂肪、AST、ALT、γ-GTP	
リフィーディング症候群高リスク者：血糖値、P、Na、K、Mg	
非代償性肝硬変、肝不全患者：AST、ALT、Alb、アンモニア、フィッシャー比、BTR	

■ 上記に加え、月1回程度評価した方がよい項目

必須	
リハビリテーションプログラムや栄養管理の目標に向けた進捗状況	
条件つき推奨	
体組成(骨格筋量) ※体組成分析機が使用できない場合は下腿周囲長でも可	
MNA®-SF ※退院時のみでも可	

Point カンファレンスにおいて多職種で情報を共有することが大切です。

体重増加を目標にした場合の対応フロー



対象者ごとのモニタリング頻度の目安(長崎リハビリテーション病院)

体重変化の厳密な評価を必要としない摂取量が安定した経口摂取患者	1回/2週
体重変化の評価を必要とする摂取量が安定した経口摂取患者	1回/1週
全身状態の安定した、合併症のない経腸栄養患者	1回/1週
摂取量が不安定/経口補助食品を使用中の経口摂取患者	2回/1週
全身状態が不安定/経腸栄養管理に伴う合併症のある経腸栄養患者	2回/1週
輸液併用/経口摂取移行期の経腸栄養患者	2回/1週
TPN施行中の患者	3回/1週
全身状態の安定したTPN施行中の患者	1回/1週

長崎リハビリテーション病院管理栄養士業務マニュアル

体組成による栄養管理方針の修正例

体重の過度な増加/体脂肪率の著しい上昇

筋肉量の増加がみられない

運動負荷量を増やす、エネルギーを減量する、
または同時に行うなどの対策を取りましょう。

トレーニング内容の再確認、
BCAAなどのアミノ酸を摂取できる
栄養補助食品の追加を検討しましょう。

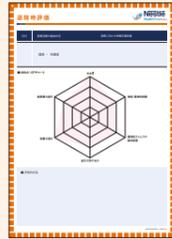




退院時指導

退院後も良好な栄養状態が維持できるよう指導する必要があります。

退院後の生活を想定し、具体的なアドバイスができるとういでしょう。



退院後の生活に向けた栄養指導や栄養ケアの調整

入院中に十分な栄養管理を実施して栄養状態が改善したとしても、退院後の生活に繋がらなければ意味がありません。退院に際しては以下のような取り組みを行います。

- 1 退院後に想定される生活環境や活動量、患者・家族のニーズを多職種で収集する（p16のチェック項目参照）。必要に応じて在宅スタッフ/病院スタッフを交えたカンファレンスに参加して情報収集・情報共有を図る。
- 2 ①の結果を基に退院後の食事・栄養プランを立案する。
- 3 配食サービス、居宅療養管理指導などのサービスや、経口補助食品の購入方法等に関する情報収集や手配を行う。
- 4 患者・家族のニーズを汲み取りながら、退院後の食事・栄養に関する栄養指導、調理指導等を行う。MNA[®]-SFや体重測定など在宅でも栄養状態の確認方法について考慮する。
- 5 必要に応じて栄養管理情報提供書を作成し、退院後のかかりつけ医、ケアマネジャー、管理栄養士等に送付する。

Point

退院後も食事や栄養に関して支援が必要な場合、通所リハビリテーションにおける栄養改善サービスや、「居宅療養管理指導（訪問栄養指導）」を行い、回復期の管理栄養士も積極的に関わることが望まれます。

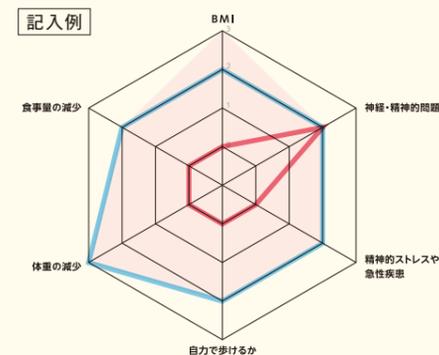
退院に際してのチェック項目

check



- 栄養状態は十分改善したか？
- 食事／栄養に関する患者・家族のニーズは？
- 退院後、食事／栄養に関して想定されるリスクはなにか？
- 退院後、食事の調理／準備は誰が行うか？
- 食材の購入に関して問題はないか？（近隣にスーパーがあるか等）
- 調理者は調理に慣れているか？ また調理にかけられる時間はどのくらいか？
- 経済面での不安はないか？
- 退院後、活動量はどうか変化しそうか？（増加／維持／減少）
- 必要栄養量はどうか変化しそうか？（増加／維持／減少）
- 継続的な栄養支援は必要か？
- 必要な場合、どのような支援が実施できそうか？
（居宅療養管理指導／通所リハビリテーション・通所介護での栄養改善サービス／外来栄養指導等）
- 退院前の栄養指導／調理指導は必要か？
- 栄養管理情報提供書の作成／送付は必要か？ また送付先はどこにするべきか？

MNA[®]-SFレーダーチャートを活用ください



入院時や退院時のMNA[®]-SFスコアを管理シートのレーダーチャートにプロットしてみましょう。患者さんにも変化が一目でわかり、モチベーション維持に繋がります。



長崎リハビリテーション病院の栄養管理体制

長崎リハビリテーション病院では、病床数143床(3病棟)に対し、管理栄養士が4名勤務しています。
 「病棟専任管理栄養士を軸とした多職種による栄養ケア」を実践しており、
 栄養管理を含む全ての課題はチームで取り組みます。栄養スクリーニングは看護師が担当し、
 栄養アセスメント・プランニング・モニタリングは多職種と協働しながら病棟専任管理栄養士が実施します。

	栄養スクリーニング 栄養アセスメント	栄養管理計画 ゴール設定	モニタリング	退院時指導
医師 (DR)	全身管理、治療・リハビリテーション・栄養管理・検査の方針決定			
	○	○	○	○
看護師 (NS)	栄養スクリーニング、栄養管理関連合併症の関節、摂食機能療法、食事介助、家族指導			
	○	○	○	○
管理栄養士 (RD)	栄養アセスメント、栄養プランニング、栄養モニタリング、栄養食事指導、栄養ケアの調整			
	○	○	○	○
薬剤師 (PH)	処方薬の管理・服薬指導			
	—	○	○	△
理学療法士 (PT)	頸部・体幹機能向上、耐久性の向上、基本動作、移動能力の向上			
	—	○	○	△
作業療法士 (OT)	注意障害・認知機能へのアプローチ、座位耐久性の向上、IADLの向上			
	—	○	○	△
言語聴覚士 (ST)	直接的/間接的嚥下訓練、食形態の検討、実用的コミュニケーション能力の向上			
	—	○	○	○
介護福祉士 (CW)	自立支援の視点から排泄、口腔ケア、更衣など日常動作への介助			
	—	○	○	△
社会福祉士 (SW)	生活自己管理、経済面、介護能力、社会資源に関する支援			
	—	○	—	○
歯科衛生士 (DH)	口腔機能評価、専門的口腔ケアの指導・実施			
	—	○	○	△

貴院での栄養管理体制について考えてみましょう

どの職種が何を担当するかを下記にまとめましょう。

	栄養スクリーニング 栄養アセスメント	栄養管理計画 ゴール設定	モニタリング	退院時指導
医師 (DR)				
看護師 (NS)				
管理栄養士 (RD)				
薬剤師 (PH)				
理学療法士 (PT)				
作業療法士 (OT)				
言語聴覚士 (ST)				
介護福祉士 (CW)				
社会福祉士 (SW)				
歯科衛生士 (DH)				