

2020年4月26日 リハ栄養フォーラム2020 in盛岡

管理栄養士から 多職種に広げる リハ栄養



特定医療法人 盛岡つなぎ温泉病院
栄養管理室 管理栄養士 酒井友恵

1

本日の内容

- 当院のリハ栄養のはじまり
- リハ栄養を広げるために
- 摂取量を増やす工夫

4

盛岡つなぎ温泉病院



- 急性期一般病棟：50床（結核病棟2床を含む）
 - 回復期リハビリテーション病棟：48床
 - 慢性期療養病棟：72床
 - 管理栄養士3名（NST専任1名 回復期専任1名）
- 給食管理は全面委託

入院料1

2

当院のリハ栄養のはじまり

- 2013年リハ栄養フォーラム参加
- ⇒ NSTにPT・OT・STが参加
- ⇒ 回復期リハ病棟で低栄養患者へのNST介入を開始



5

本日の内容

- 当院のリハ栄養のはじまり
- リハ栄養を広げるために
- 摂取量を増やす工夫

3

回復期でのNST介入

- 管理栄養士が低栄養患者を抽出
- NSTカンファランス
 - 医師：全職種のまとめ
 - 看護師：病状・病棟での様子
 - 薬剤師：輸液・服薬状況
 - 管理栄養士：栄養状態・摂取量の評価
 - リハビリ：予後予測・活動係数決定
 - 摂食嚥下機能の評価

6

Nutrition Support Team Intervention Improves
Activities of Daily Living in Older Patients
Undergoing In-Patient Rehabilitation in Japan:
A Retrospective Cohort Study

Tomoe Sakai, Keisuke Maeda, Hidetaka Wakabayashi,
Shinta Nishioka & Hirobumi Seki

**回復期リハビリテーション病棟
入院高齢者へのNST介入は
ADLを改善する**

J Nutr Gerontol Geriatr. 2017; 36 (4):166-177.

7

“栄養”見えていますか？

低栄養の方はどれくらいいる？

栄養足りている？

栄養管理の目標は？

管理栄養士の存在は？

栄養補助食品の種類は？

10

ADLを改善する

&

リハ栄養の実践



多職種介入が大事！

8

栄養って他職種に見えていない
栄養状態への関心も少ない



栄養を見える化

してみよう！

11

本日の内容

- 当院のリハ栄養のはじまり
- リハ栄養を広げるために
- 摂取量を増やす工夫

9

見えていない原因

- 栄養評価が曖昧で頻度が少ない
- 目標設定が曖昧
- アピール（発信）不足
- 個人の栄養介入結果だけでは
栄養介入効果が見えにくい

12

見える化するには

- 栄養評価を明確にする
頻度を増やす
- 目標設定を明確にする
- アピール（発信）する
- 栄養状態・栄養管理・栄養介入
効果についてまとめてみる

13

栄養の見える化・発信

回復期リハビリテーション病棟 栄養障害高リスク患者 2018年9月19日

病室	氏名	年齢	身長	体重変化		BMI	基礎E	必要E	提供E	摂取E	必要P	提供P	摂取P	リハ栄養 診断	コメント
				日付	体重										
301	齋 太郎	93	157	9/8 9/15	42.3 42.3	17.2	803	×1.4+500 1624	1600	1300	×1.5 63	62	50	低栄養 サルコペ ニアあり 栄養管理の 不足状態 栄養管理の 摂取不足	病院より体 重+2kg/月 目標:体重 +2kg/月 9/19~ 10-15時 補食追加
302	齋 花子	59	150	7/18 9/18	32.3 36.4	16.2	1051	×1.4×1.1 +500 2119	2200	2200	×2.0 73	85	85	低栄養 サルコペ ニアあり 栄養管理の 不足状態	7/29~ 9/18 15倍 補食追加 目標:体重 +2kg/月

⇒一覧にして病棟とリハに配布
週1回高リスク者を共有

⇒担当者会議・カンファに参加



16

栄養評価の頻度を増やす

- 体重測定
車イスで測定できる体重計を購入
月に1回⇒2週に1回
- 栄養評価頻度
高リスク：2週に1回⇒週に1回
中リスク：月に1回⇒2週に1回
低リスク：3カ月に1回⇒月に1回

14

リハ栄養を広げるために

- リハや看護師の勉強会に参加してみる
専門用語や視点を勉強する
- 患者さんが何か食事に関して何か
言っていないかを多職種に聞いてみる
- 週1回の病棟回診で栄養状態・摂取量
栄養管理の目標などについて発信する

17

栄養の見える化

病室	氏名	年齢	身長	体重変化		BMI	栄養 摂取 方法	嚥下 調整食	栄養 状態	基礎 E	必要 E	提供 E	摂取 E	必要 P	提供 P	摂取 P
				日付	体重											
301	齋 太郎	93	157	9/8 9/15	42.3 42.3	17.2	口	4	低	803	×1.4+500 1624	1600	1300	×1.5 63	62	50
302	齋 花子	59	150	7/18 9/18	32.3 36.4	16.2	口	無	低	1051	×1.5×1.1 +500 2234	2200	2200	×2.0 73	85	85
303	齋 次郎	80	165	8/10 9/10	60.9 60.5	22.2	嚥口	1j	低リ	1237	×1.4 1732	1700	1700	×1.1 67	62	62

いつでも質問に答えられるように
全患者分一覧にして携帯
体重測定・栄養評価の度に更新

15

情報を聞きまくる

↓
**情報をフィードバック
して共有する**

↓
栄養を考えてくれる
情報をくれる人が増加

18

情報をフィードバック・共有

リハビリのついでに体重を測ってきて頂けないでしょうか？よろしくお願いします。

測ってきました！45.3kgでした！

2週間で1kgほど減少していますね。もっと食事増やした方がいいですかね？動く量増えていますか？

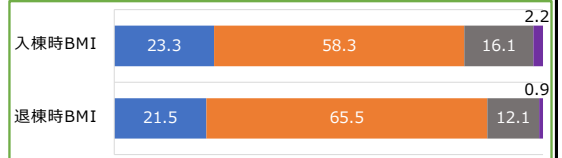
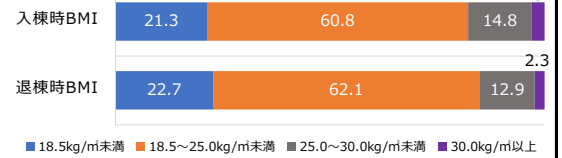
歩行機会も増えて、筋トレもしているので、動く量は増えていると思います。甘い物が好きって仰ってましたよ。

ご本人と話して、おやつを増やすことにしました！ありがとうございました。

19

全国と当院のBMIの比較

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 2019年版



22

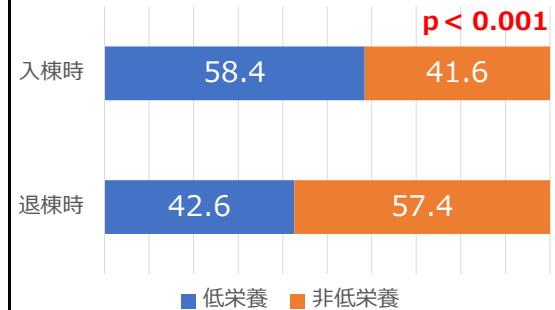
多職種と話そう！

PT	身体機能 運動能力 ADL 筋肉量の評価
OT	食事の環境・自助具の調整 調理訓練 筋力の評価
ST	摂食嚥下障害の評価 食形態・栄養補給方法の検討
看護	全身管理 食事介助・摂取量 排便 口腔状態
薬剤	輸液 栄養摂取に関わる薬剤 薬剤の副作用
MSW	入院前後の食・生活情報
医師	予後予測 病態 血糖 血圧 摂取量 体重

20

低栄養患者の割合 (GLIM基準)

65歳以上 n=190



23

回復期リハ病棟の専任 になって増えたこと

- 食べられているか？の確認
- 多職種からの栄養に関わる情報と相談
- ADLの改善度

	専任前2年	専任後2年	p値
FIM利得	20 (9-34)	27 (16-38)	<0.001
FIM効率	0.35 (0.14-0.56)	0.39 (0.25-0.63)	<0.001

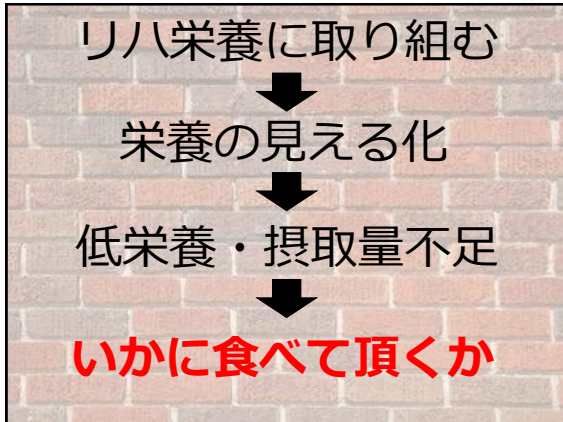
中央値 (25パーセンタイル値-75パーセンタイル値)

21

本日の内容

- 当院のリハ栄養のはじまり
- リハ栄養を広げるために
- 摂取量を増やす工夫

24



25

主食で栄養量UP

- 全粥
- 軟飯（米飯と全粥を1：1で混ぜたもの）

PFCパウダーを5g追加

量を増やさずに3食で

エネルギー+66kcal、たんぱく質+3g



28

- 主食で栄養量UP
 - 副食を1.5～2倍に増やす
 - 栄養補助食品追加
 - 納豆・温泉卵・乳製品の追加
 - 水分補給をエネルギーのあるものに変更
- 3食で補えない分は10時・15時の間食で**



約半分の患者様に提供
離床のきっかけにも！



26

手作り水分補給ゼリー

100mLと150mLの2種類を準備

- お茶ゼリー
 - ポカリゼリー
 - レモンゼリー
 - コーヒーゼリー
- 1個で30～60kcal

29

嚥下食では栄養不足

【刻み食】

- ・エネルギー：70%
- ・たんぱく質：77%

【ミキサー食】

- ・エネルギー：66%
- ・たんぱく質：77%

減少 ↓



食形態の変化が栄養摂取量に及ぼす影響：山下 由美子

27

Take Home Message

多職種から**情報を聞き出し**

多職種に**情報を発信して**

多職種と**情報を共有して**

リハ栄養を広げよう！

30