

# チーム医療での管理栄養士の関わりについて － 退院支援に向けた取り組み－

金子友美<sup>†</sup> 酒井雄士 渡辺さつき 第71回国立病院総合医学会  
福田友香\* 山川正規\*\* 長部雅之\*\* (平成29年11月11日 於 高松)

IRYO Vol. 72 No. 10 (410-414) 2018

## 要旨

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、厚生労働省は地域包括ケアシステム構築への取り組みを進めている。一方、高齢者にとって疾病予防や治療、健康維持のために栄養管理は不可欠であるため、管理栄養士が果たすべき役割について検討と実践が求められている。

平成24年度の診療報酬改定で相談支援体制の充実がうたわれたことから、国立病院機構長崎病院では入院後早期に多職種協働で患者個々の支援の方向性を共通認識した上で、その後の入院生活の支援を行い、退院へつなげていくことを目的とした患者支援カンファレンス（以下支援カンファ）を平成25年度より行っている。このような取り組みの中で管理栄養士は患者の栄養状態の確認、現状把握、退院後も必要な栄養上の問題を抽出することを役割とし、その内容について多職種と情報を共有することで、治療を行った患者を住み慣れた地域で安心して生活ができるように連携を図り支援してきた。また、平成27年度より地域ケア会議が地域包括支援センターで立ち上がり、その会議にも積極的に参画している。今回、実際の症例を基に在宅復帰へどのように関わってきたか、その結果、地域連携を図り医療から介護・在宅と切れ目のない栄養管理を行うことの重要性が示唆されたので報告した。

キーワード 地域連携, 多職種協働, 切れ目のない栄養管理

## はじめに

国立病院機構長崎病院（当院）は長崎市街地を見おろす標高170mの小高い丘にあり、アクセスのよさも加わり、この数年で、かつての療養所時代の面

影を一新し、地域の皆様と歩む病院となっている。病院概要は平成29年8月に新病棟が完成し、標榜診療科10科、病床数280床（一般病棟：168床、重症心身障がい児者病棟：112床）、看護単位は地域包括ケア病棟1、障害者病棟2、重症心身障がい児（者）

国立病院機構長崎病院 栄養管理室 \*同 看護部 \*\*同 消化器内科 †管理栄養士  
著者連絡先：金子友美 国立病院機構長崎病院 栄養管理室 〒850-8523 長崎県長崎市桜木町6番41号  
e-mail: shitsutyo@nagaryo.hosp.go.jp

(平成30年3月1日受付, 平成30年6月8日受理)

The Role of Registered Dietitians in Team Medical Care: Efforts towards Discharge Support

Tomomi Kaneko, Yuji Sakai, Satsuki Watanabe, Yuka Fukuda, Masaki Yamakawa and Masayuki Osabe, NHO Nagasaki Hospital

(Received Mar. 1, 2018, Accepted Jun. 8, 2018)

Key Words: regional collaboration, multi-occupancy collaboration, continuous nutrition management

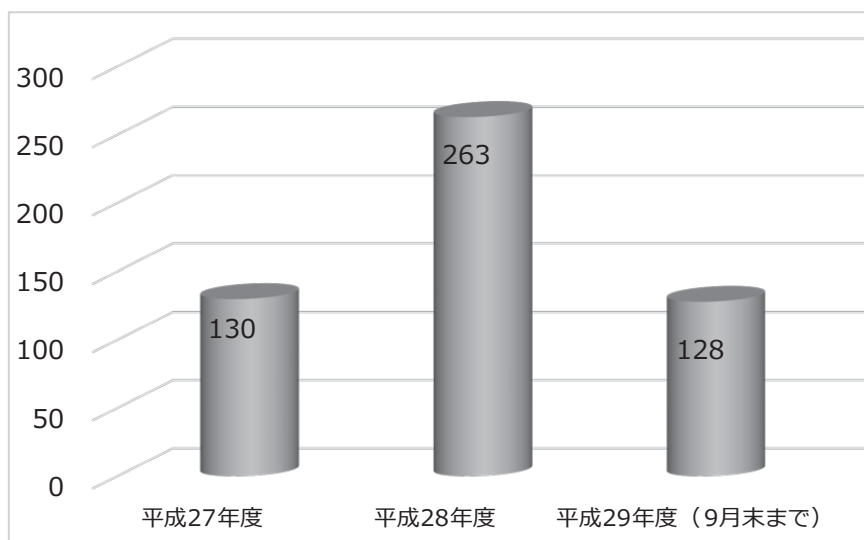


図1 患者支援カンファレンス件数

病棟が2である。栄養管理室は管理栄養士3名で臨床栄養管理、給食管理業務を行っており、各診療科回診、カンファレンスやチーム医療にも積極的に参画している。主なチームとして栄養サポート(NST)、褥瘡、緩和ケア、患者支援、感染対策(ICT)、発達外来があり、患者個々にあわせた栄養管理を行っている。今回、退院支援に向けた取り組みの一環として支援カンファや地域ケア会議に積極的に参加しており、その取り組みについて報告する。

### 支援カンファの趣旨と概要

平成24年度の診療報酬改定で相談支援体制の充実がうたわれ、基本的な考えに「患者の不安解消に積極的に取り組んでいること」が盛り込まれた。そのため、当院でも患者が不安なく入院生活できるように患者支援を充実させていきたいと考えた。

そこで、入院後早期に多職種で患者個々の支援の方向性を共通認識した上で、その後の入院生活の支援を行い、退院へとつなげていくことを目的とした支援カンファを平成25年度より地域連携室主催の下、一般病棟で週2回開催している。検討内容としては退院の方向性と入院が中長期となる患者においては入院目的の明確化、入院生活の意義を見出すこととしている。参加職種は医師、看護師、リハビリスタッフ、地域連携室スタッフ、管理栄養士で1名15分の短時間で問題点などを抽出してもらっている。管理栄養士の主な役割は栄養状態の把握、確認、退院後も必要な栄養上の問題点の抽出であり、事前に患者の食事摂取状況や食形態の確認、家族構成、調理

担当者などについて患者やその家族に確認し、情報を得るようにしている。また、看護師やリハビリスタッフなどからも現状の聞き取りを行い、情報共有している。

### 支援カンファ開催件数の推移

図1は支援カンファの件数の推移である。当院では平成26年12月より地域包括ケア病棟を立ち上げ、在宅支援に向けたカンファレンス件数が130件と大幅に増加した。その後、平成28年度には地域包括ケア病棟の円滑な病棟運営を目的として、患者個々の方向性を決めて退院支援を行っていくことが重要視され、実践してきた結果、件数は2倍強に増加した。

### 栄養情報提供書作成について

栄養管理室では依頼があれば、栄養情報提供書を作成している。図2は平成27年度の作成件数を示す。転帰先別の割合は老人保健施設が大半を占め、療養型病院、有料老人ホームなどへの提供が中心だが、自宅退院の方へも管理栄養士の配置の有無にかかわらず訪問看護ステーション宛てに作成している。この栄養情報提供書をもとに施設や在宅で栄養管理が行われるため細かく記載するように心がけている。

### 地域ケア会議について

平成27年度地域ケア会議（以下ケア会議）が地域包括支援センターで立ち上がり、医療と介護の連携

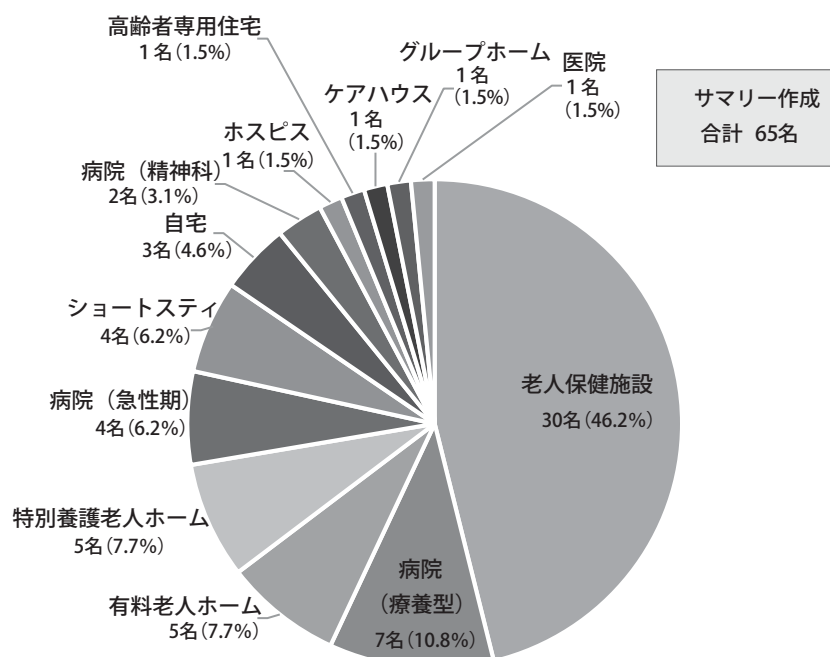


図2 栄養情報提供書作成件数と転帰先分類とその割合

を行うためのカンファレンスが不定期ではあるが開催されており、患者個々に合わせた支援の方向性を見出し、よりよい在宅生活ができるような取り組みを行っている。

ケア会議の出席者として病院側から主治医、病棟看護師長、担当看護師、リハビリスタッフ、管理栄養士、社会福祉士、地域連携室看護師、在宅側から地域包括センター看護師、担当ケアマネージャー、患者家族、利用するデイサービスの看護師、理学療法士、ヘルパー、民生委員、市役所職員に参加してもらっている。

第1回目の会議では

- ①病院側は現在の状況について各職種から情報提供を行う
- ②在宅受入側は入院前までの患者の生活を基に、今後の支援について、疑問点の確認や退院後の問題点を把握する。
- ③上がった問題点を確認し、病院側、在宅支援側双方の調整課題を把握し、それぞれ対応策を検討、実践する。
- ④支援計画を作成し、担当看護師と役割分担を行い、栄養管理に関する事項の対応を行う。

という流れになっている。

第2回目では

- ①病院側、在宅受入側双方より1回目で問題となった点の確認、現状報告を行う。

②今後の方針を決定し、再確認しておきたいことについては協議を行い、退院までに必要に応じて調整していく。

という流れとなっている。

実際の症例を提示する。

## 症 例

患者は70代女性。診断名は中心性頸髄損傷、第5.6頸椎棘突起骨折、既往歴は肝細胞癌、慢性肝炎、高血圧症、認知症。

現病歴は2015年X月Y日、歩行中、前のめりになり転倒受傷。両手にしびれ出現、A病院を受診し入院治療を受けた。第13病日目にリハビリ目的のため当院入院となった。

入院時の患者状況、提供栄養量については下記のとおりである。

<入院時身体状況>

身長：148 cm 体重：41.6 kg BMI：19.0

<入院時血液検査データ>

TP：6.6 g/dl, Alb：3.4 g/dl, AST：90 U/dl ↑, ALT：84 U/dl ↑, ChE：161 U/dl ↓

Na：130 mEq/l ↓, K：4.4 mEq/l, Cl：98 mEq/l ↓, WBC：3.43×10<sup>3</sup>/ml ↓, Hb：12.4 g/dl ↓, PLT：183×10<sup>3</sup>/ml ↓

<入院時栄養管理>

表1 カンファレンスでの支援計画の検討内容と対応（栄養管理に関する事項）

課題	目標	何を・どのように	担当者	期日
・現在、五分粥を摂取中 肝臓疾患があり、食事 内容の検討が必要 ・家では食事を摂らな いこともあった ・食事の確保が自分で は難しい	・バランスのよい 食事を摂る  ・規則正しい食生 活を行う	・飲み込みの状態を みながら、食事形態 を普通食に戻す ・食事を摂るように 声かけを行う ・退院後の食事確保 についての検討（配 食、ヘルパーの調 整）	病院側 病棟看護師、 管理栄養士  ケアマネー ジャー	退院まで
入院中の検討事項	本人の訴え	対応内容	患者の変化	
食形態のレベルアップ について検討	歯がないから今の 形でいい、ご飯は もう少し硬くても いいかも	副食は一口大を継続、 主食は五分粥→全粥 →軟飯へ変更し経過 観察へ	食事摂取は多少 ムラがあったが、 3食安定して8割 程度摂取できる ようになった	
規則正しい食生活を行 うため	朝とかだるくて ずっと寝てたよ。 食べるのも面倒 だったし	まずは病院で食事を 決まった時間に食 べることを習慣づけ る訓練をする		

食種：肝臓食 副食一口大 主食：五分粥  
提供栄養量：1500 kcal タンパク質：45g 脂質：  
15g 塩分6g未満

転倒により歯の欠損があったため、咀嚼補助目的  
で上記のような食形態で食事提供をしていた。

第1回目のケア会議で在宅復帰への課題を在宅ス  
タッフと確認しながら検討した。

- ①夫と二人暮らしであるものの、夫は現在施設入所  
中で退院後独居になること
- ②キーパーソンである娘さんは別居（長崎市内）
- ③本人家族の希望転帰先は自宅であること

上記の内容を踏まえ、今後在宅生活を送るに当たり、  
家族の心配事として3つのことが挙げられた。

- ①自宅退院予定だが、現在の状況で独居になるため  
生活全般のことが心配である
- ②服薬管理がきちんとできるか心配である
- ③病前より食生活が不規則で、栄養面についても不  
安がある

初回のケア会議で検討事項に栄養管理についても  
挙げたことから、目標を立案し、入院中の行動計  
画を担当看護師と検討、実践し、本人の訴えを基に  
適宜調整を行い実施した（表1）。

栄養管理の検討事項として、食形態のレベルアッ  
プが取り上げられた。本人の訴えは歯の欠損がある  
ため、副菜はそのまま、主食は形態をレベルアップ  
（五分粥→全粥→軟飯）して経過観察した。不規則  
な食生活については、朝食欠食の是正のため、病院  
食を定時に食べることで習慣づけができると考え、

本人への声かけを担当看護師、管理栄養士とで行っ  
た。そのため、食事摂取に多少むらはあったが、安  
定して3食食事摂取できるようになった。

第2回目のケア会議の際に食事を作るヘルパーよ  
り食形態についてと規則正しく食事を摂るために工  
夫はないかという質問が出た。管理栄養士から一口  
大の形態については調理現場マニュアルをもとに大  
きさについて説明した。また、規則正しく食事を摂  
る工夫としては、食事をする場所と寝る場所が同じ  
部屋だったため、それを別々にできる環境なのか確  
認してもらい、生活の区別をつけるようアドバイ  
スを行った。その後、食事場所と寝室を分けること  
が可能で住環境を整えてもらうこととなった。

退院5カ月後の報告の中で栄養管理に関する事項  
の報告があった。入院中食事を定時に摂取していた  
ため習慣が付き、日常生活でも実践できている。食  
事の準備は配食サービスやヘルパー事業所で提供を  
行い、食事摂取できており、生活習慣が安定傾向と  
なった。前歯の欠損があったことから食形態は変更  
せずに一口大のまま退院したが、その後は徐々に通  
常の食形態で摂取可能となった。栄養管理について  
は退院後も問題なく経過していた。

## 結 果

患者の状況を考慮しながら、患者家族、関係各所  
と意見交換や情報共有を行い、在宅支援に向けての  
課題、今後の目標を設定することで必要な支援が明

確となり、達成状況を確認しながらサービスの調整を行うことができた。また、今回の事例では退院後のケア会議でその後の患者の身体状態、生活状況の評価と課題整理について報告があり、病院側も在宅移行後の経過について情報共有し、現状把握ができることを経験した。このことから医療から在宅まで多職種、他機関との連携が重要であり、その結果よりよい栄養管理を行うことができるということが明らかになった。

---

### 今後の課題

医療から介護・在宅と切れ目のない栄養管理を行うためには連携（多職種・地域）が必要不可欠である。そのため、カンファレンスやケア会議への参画はもちろんのこと、管理栄養士は誰もがわかるように情報提供を行っていく必要がある。平成30年度の診療報酬改定では退院時共同指導において医師、看護職員以外の医療従事者（薬剤師、管理栄養士、理学療法士等、もしくは社会福祉士）が共同指導する場合も評価対象となるよう見直すと明文化されたことから、今後、在宅支援のための栄養情報提供書作成を積極的に行う必要があると考える。そのためには誰もが同じスキルで作成できるようにその技術を習得することが今後の課題と考えられる。

---

### ま と め

住み慣れた地域で自分らしい暮らしをするために、「食べる」ことは「生きる」ことであり、そのためにも管理栄養士は患者が栄養・食事療法を継続的に実践できるようにその目線に立った指導、食環境整備を遂行していかなければならない。

管理栄養士は退院支援に積極的に関わることで、入院中から退院後の栄養管理を行うための問題点の把握が可能であり、よりよい退院支援を行うことができる。また、地域連携、多職種連携を図り情報共有をすることは最も重要であり、患者のQOL向上の一助となるため、今後も積極的に関わっていきたいと考えている。

〈本論文は第71回国立病院総合医学会シンポジウム「チーム医療連携において管理栄養士が果たすべき役割とは」において「チーム医療での管理栄養士の関わりについて－退院支援に向けた取り組み－」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。