

# R3年度リハビリテーション栄養チーム活動報告

---

医療法人誠和会 倉敷記念病院 リハビリテーション部

理学療法士：○尾崎史昌，守屋寛子，坂本祐貴，田井由花，高橋雅和，藤本絵里奈

言語聴覚士：藤原潤

# ● 教育カリキュラム作成

## 【カリキュラム】

- ① リハ栄養の定義について
- ② 栄養評価(総論)
- ③ 身体測定について
- ④ 血液データについて
- ⑤ ケーススタディ (リハ栄養ケアプロセスについて)
- ⑥ 研究デザインについて
- ⑦ リハビリテーションと薬剤について



- 新たにリハ栄養チームに加わったスタッフに標準化された教育を実施し、**リハ栄養チームの質を担保する**ことを目的に作成した
- また、リハ部全体に向けた勉強会の資料としても活用していくことも考えている

## ● 身長測定誤差改善の取り組み

- 当院には一般病棟，療養病棟，回復期リハビリテーション病棟，特殊疾患病棟がある
- 管理栄養士より，膝高を測定し，計算式に代入する方法で各病棟間の身長測定方法を統一しているものの，身長の誤差が大きいという問題について相談を受けた
- そこで，**膝高測定方法にスタッフ間の差がありそうだという点に着目した**
- 当院栄養科で各病棟に身長測定に関するアンケートを実施後，膝高の測定方法について再度検討し，リハ栄養チームが膝高測定方法のレクチャーを実施する予定となった
- 身長はBody Mass Index(BMI)や基礎代謝量の計算に必須であり，身長測定の正確さは栄養状態の把握や必要栄養量の決定に影響を及ぼすため，慎重に対処していく



# ● 活動係数すり合わせ開始

- 昨年度(R2年度)は, Long法(基礎代謝量 × 活動係数 × ストレス因子 = 必要エネルギー量)における活動係数( Activity Factor , 以下AF )を回復期リハビリテーション病棟内で統一した(図1)
- 従来はリハビリテーション治療(運動療法)の負荷量について管理栄養士と療法士ですり合わせができておらず, 適切な活動係数の設定が出来ていなかった
- そこで, 今年度(R3年度)は, 担当患者のカンファレンス(1ヵ月毎)で活動係数表を用いて活動係数のすり合わせを行う取り組みを開始した(図2)

活動係数の目安	
寝たきり (意識障害,JCS2~3桁)	1.0
寝たきり (覚醒,JCS1桁)	1.1
ベッド上安静・ベッドサイドリハ	1.2
ベッド外活動・日中車椅子離床	1.3
日中歩行器・杖歩行 ADL練習主体 2~3メッツの運動を1時間	1.4
階段昇降・筋トレ負荷量の多い運動 2~3メッツの運動を2時間	1.5

※筋緊張亢進不随意運動がある場合0.1追加

図1 : 活動係数表



図2 : カンファレンス

# ● 活動係数すり合わせ効果の検証

研究期間：2022/1～2022/2

## 【対象・方法】

- AFすり合わせ導入前のR2年度と、AFすり合わせ導入後のR3年度(4～12月)の当院回復期リハビリテーション病棟入院患者のFIM利得を後ろ向きに比較した
- 転院や死亡した患者は除外した

R2年度(すり合わせ導入前)  
回復期リハビリテーション病棟入院  
患者FIM利得

n=125

平均年齢80±10(平均±標準偏差)

男性54名, 女性71名

整形外科疾患70例, 脳血管障害53例,  
廃用症候群2例

VS

R3年度(すり合わせ導入後)  
回復期リハビリテーション病棟入院  
患者FIM利得

n=104

平均年齢80±11(平均±標準偏差)

男性40名, 女性64名

整形外科疾患62例, 脳血管障害42例

- Mann-WhitneyのU検定にて統計学的解析を行った
- 有意水準は5%以下とした
- 用いた統計解析ソフトはEZR(ver.1.55)

## 【結果】

- R2年度とR3年度でFIM利得の統計学的有意差を認めなかった(p>0.05) (図3)

R2年度FIM利得中央値29(四分位範囲; 11-44)点

R3年度FIM利得中央値33(四分位範囲; 13-46)点

## 【考察】

- Long法(基礎代謝量×活動係数×ストレス因子)は体重維持のための必要エネルギー量を推定する式である<sup>1)</sup>
- また、若林は必要エネルギー量に加えて、エネルギー蓄積量の設定がFIM改善に必要であると述べている<sup>2)</sup>
- つまり、FIMをさらに改善させるには、AFのみでは不十分で、エネルギー蓄積量も他職種と検討して付加していく必要があると考える
- また、体重を維持するために必要なAFは1.2~1.7という報告があり<sup>3)</sup>、当院のAFはやや低めの値であることも影響している可能性があるため再検討が必要であると考え

## 【研究の限界】

- R2年度とR3年度間で患者の重症度に差があった可能性がある
- 栄養状態や栄養摂取量などの要因について考慮できていない

## 【参考文献】

1) Long CL, Schaffel N, Geiger JW, et al. Metabolic response to injury and illness: estimation of energy and protein needs from indirect calorimetry and nitrogen balance. JPEN 1979;3:452-456,1979

2) 若林秀隆. リハビリテーションと臨床栄養. Jpn J Rehabil Med 48:270-281, 2011

3) 和田彩子, 川上途行ほか. 脳卒中回復期患者の栄養療法—活動係数の目安. JJRN 49:S214, 2012.

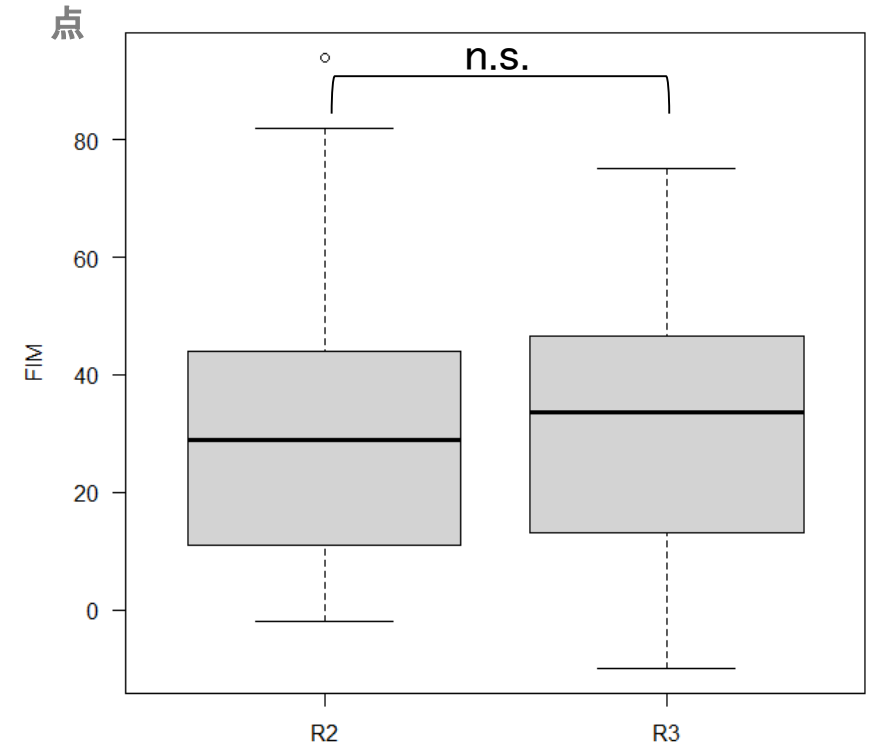


図3 : R2年度とR3年度のFIM利得の比較

## ● 来年度の目標

- 学会発表準備
- 病院のみならず，同法人内の老人保健施設，通所リハビリテーション，訪問リハビリテーションでも使用できる栄養評価を選定
- 管理栄養士との合同勉強会や症例検討会を開催

