

## 病院統合を機に栄養管理を考える

藤井 映子<sup>\*1</sup>・毎熊 由美子<sup>\*2</sup>・今村 岬<sup>\*2</sup>  
 戸田 明代<sup>\*3</sup>・吉原 勢津子<sup>\*3</sup>・西本 幸子<sup>\*3</sup>  
 宇佐美 眞<sup>\*4</sup>・渡辺 直也<sup>\*5</sup>

### A Hospital Merger as an Opportunity of Upgrading the Nutrition Management System

FUJII Eiko, MAIKUMA Yumiko, IMAMURA Misaki, TODA Akiyo,  
 YOSHIHARA Setsuko, NISHIMOTO Sachiko, USAMI Makoto and WATANABE Naoya

**Abstract:** When the National Health Insurance reimbursement for diet and nutrition services is revised, nutrition care of patients have to be adapted to the new pricing rules. For example, we started the NST to meet new requirements when it became reimbursable.

Mergers of hospitals with different nutrition management systems may also result in additional burden to have two different systems into harmonized one.

Yodogawa Christian Hospital, whose philosophy is based on the Christian spirit, merged with another hospital in 2017. We would like to present in this article how we improved quality of patient care by setting up a new nutrition management system with emphasis on the efficiency without damaging patient care. For example, at the merged hospital, we decided to continue serving meals which meet religious and cultural needs of patients such as halal foods, and those which meet requests from terminal care patients. Those dietary services originally started at Yodogawa Christian Hospital, and were brought to the new hospital.

In addition to those services, we started pre-intervention to determine the type of meals for incoming inpatients. From FY 2018, this pre-intervention became a revenue source in National Health Insurance.

Implementation of this upgraded nutritional management system needed a lot of additional work, but we are expecting better patient care.

**Key Words:** Nutrition management, Promised meal, Halal food, Request food

**要旨:** 給食ならびに栄養に関する診療報酬が改定されると、新しい報酬体系に適合するために栄養管理体制が変更される。たとえば、NST がスタートしたのは健康保険からの償還が始まったときであった。

異なった栄養管理体制を有する病院が合併する場合も、調和がとれ、統合された養管理体制の構築には大きな負担を伴う。キリスト教精神に基づいた淀川キリスト教病院では2017年に別の病院との統合が行われた。本稿では、合併後に構築された、医療の質を損なうことなく栄養管理の効率化に重点をおいて改善を行った質の高い栄養管理体制について発表する。たとえば、患者さんへの給食で

<sup>\*1</sup> 甲南女子大学医療栄養学部医療栄養学科 前職) 淀川キリスト教病院栄養管理課

<sup>\*2</sup> 淀川キリスト教病院栄養管理課

<sup>\*3</sup> 甲南女子大学医療栄養学部医療栄養学科

<sup>\*4</sup> 甲南女子大学医療栄養学部学部長

<sup>\*5</sup> 淀川キリスト教病院病院長

は、他の病院に先駆けて行っている、患者さんの宗教や文化的背景に合致するハラール食や終末期の患者さんのための「リクエスト食」などの取り組みは継続して提供することとした。これらの給食は淀川キリスト教病院で始められたサービスである。

さらに、新しい栄養管理体制の構築を機に、予約入院患者の食種決定への事前介入を開始した。2018年度より、予約入院患者の入院前面談を始め、算定につなげることができた。

以上の栄養管理体制の大幅な変更は、多くの作業を要するが、患者さんのケアの向上に結びつけることが期待できる。

キーワード：栄養管理, 約束食事箋, ハラール食, リクエスト食

## 1. はじめに

淀川キリスト教病院(写真1)は、キリスト教の精神に基づき(図1)、地域医療支援病院、地域周産期母子医療センターとして、また、大阪府がん診療拠点病院、救急告示病院(二次)として、小児救急も含む多くの患者の救急対応を行っている。2012年に旧病院施設を統合。現在の地に移転し、630床の総合病院となり、一方では、日本で初のホスピス・こどもホスピス病院(子どもホスピス病院は、アジア初)27床として独立した運営を行ってきた。

2017年ホスピス・こどもホスピス病院を機能統合し、病床数を581床に変更し、2018年



写真1 淀川キリスト教病院



図1 病院の基本方針

には、DPC 特定病院群(大学病院本院に準ずる機能を有する高機能病院)を取得、現在に至っている。

2017年の病院統合により、急性期病棟とホスピス・こどもホスピス病棟を併せ持つ総合病院となった。統合に伴い病床編成が行われ、給食管理・栄養管理体制について見直し、新体制に備えた。

淀川キリスト教病院で行われている、ハラール食・リクエスト食についての取り組みを紹介するとともに、統合時において見直した、院内約束食事箋の改定、入院時支援加算に向けての取り組みなど、栄養管理体制について述べる。

## 2. 淀川キリスト教病院(本院)、ホスピス・こどもホスピス病院(ホスピス)における、病院統合前の給食管理、栄養管理の特徴

### 【淀川キリスト教病院 本院】

地域の中核となる急性期病院として、高度な医療を担っている。

管理栄養士は、主に外来栄養指導担当、病棟担当、NST専従管理栄養士、健康管理センターに分かれ役割を担い、栄養に関する専門的知識をもって患者の栄養ケアを行っている。

栄養管理においては、先駆的に病棟担当管理栄養士を配置し、担当者は、患者入院後に、速やかに訪床して、患者の栄養アセスメントを行う。アレルギー確認については、委託側の管理栄養士より、担当管理栄養士に連絡が入り、直近の食事にアレルギー対応の食事提供ができるように対応を行う。担当管理栄養士が不在の場合においては、他の管理栄養士が代わって行

う。

病棟担当管理栄養士を全ての病棟に配置するには、管理栄養士数が足らず、外科病棟を中心に病棟担当管理栄養士による一貫した栄養管理を始めた。

入院患者には、病棟担当管理栄養士が、速やかに患者のもとに行き、ベッドサイドで栄養アセスメントを行い、同時に栄養診断を行う。遅くとも72時間以内には、担当者が不在の場合であっても、他の病棟担当者が代わって訪床する。

患者の栄養状態をアセスメントし、最も適した食事を医師に提案、変更のない場合には、食事内容を患者に説明する。栄養指導についても、最も良いと思われるタイミングで行えるように、医師に提案を行う。

栄養管理プロセス（Nutrition Care Process: NCP）を取り入れ、栄養アセスメント、栄養診断、栄養介入、栄養モニタリング・評価することで、栄養管理プロセスが標準化され、論理的に展開できるようになった。患者症例を基に、NCPカンファレンスを栄養管理課内で週1回行い、的確な栄養診断につなげるため、研鑽を行っている。

外科病棟においては、担当管理栄養士がいることで、速やかな栄養管理が実現し、医師、看護師の業務軽減にも繋がっている。内科病棟より、担当管理栄養士配置の要望が寄せられていた。

NSTについては、病棟で問題症例を抽出し、NSTチームに依頼する。NST依頼の患者については、院内のNSTチームでカンファレンス、ラウンドを行う。事前に、NST専従（管理栄養士）と病棟担当管理栄養士が連携して患者情報を把握し、その後も継続して連携を図り栄養管理が行われる。

本院では、宗教食（ハラール食）への取り組みが行われ、ハラール専用キッチンが整備されている。毎年、ハラール専用キッチンの適正審査が行われ、スタッフも、研修に参加する。

急な入院の場合であっても、許されたハラール食品を用いて料理を行うが、一般的には、入院予約の時点で、ハラール専用の食材を準備し、調理を行う。入院日が、比較的予測できる妊産婦での利用が多い。写真2、3は、ハラール



写真2 ハラール専用キッチン



写真3 ハラール食

専用キッチンと、ハラール食の一例である。

### 【ホスピス・こどもホスピス病院】

1973年日本初のホスピス病床として緩和ケアへの取り組みを始めた。

ホスピス・こどもホスピス病院では、入院時食事療養に係る栄養管理計画書作成は、特別な栄養管理を要する患者であることから計画がたてられるが、一般の患者とは異なる、終末期ならではの栄養管理を行う。

緩和医療内科部長 池永昌之医師をとおして知った、柏木哲夫 相談役（前 理事長）が、常々、スタッフに言われていた、次の言葉がある。

「どんなに動けなくなっても、死が近づいても、自分がどのように扱われているかという感覚は、その人に最後まで残る…。生きる意味がないと思われることも多いのですが、それぞれの立場から「あなたのことを大切に思っています」という思いを伝えることが心の安定につながっている。

終末期の患者（ホスピスを含む）に対しては、ギアチェンジ後、積極的栄養補給は、患者にとってかえって不利益を招く事もある。ホス

ピスの患者のほとんどは、Refractorycachexia(図2)である。しかし、終末期にある患者にとっては、食べることは、栄養補給という意味にとどまらず、食べ物を口にし、味わうことで、生きていることを実感し、心の元気につながっていることを患者との関わりの中で実感する。

ホスピスにおいては、毎日、5種類の選択メニューより、食事提供が行われ、食事形態においても、極々細までの細やかな分類が行われている。

リクエスト食を希望しても、召し上がれない場合もあり、患者の状態は、まちまちであるが、ホスピスで、食事を食べることでできた患者割合は、下記(図3)のように70%あった。

食べられる量は、非常に少ない患者が多く、週に1回行われるリクエスト食を楽しみにしており、料理を自分でリクエストしたり、家族と考えたり、あるときは、召し上がれない状態で

あっても、元気な時に好きだった食べ物を、せめて見せてあげたいと、家族らより、リクエストされることもある。管理栄養士と一緒に、食事を考えることを楽しみに、ベッドサイドへの訪床を待つ患者も多い。写真は、患者が希望された食事(写真4~7)の一例である。



写真4 リクエスト食 フルーツ



写真5 リクエスト食 なべ焼きうどん



写真6 リクエスト食 シチュー



写真7 リクエスト食 ラーメン

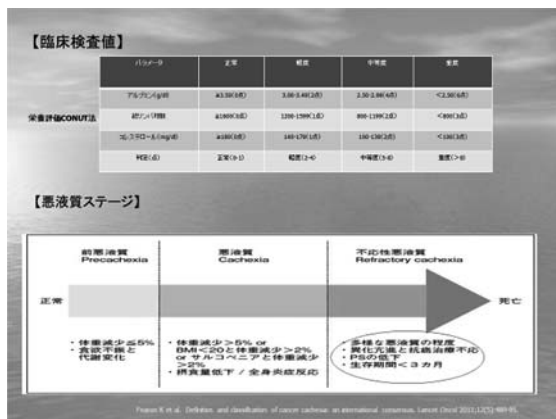


図2 悪液質ステージ

ホスピス病棟入院患者における食事摂取の状況  
「2018.1 病態栄養学会」

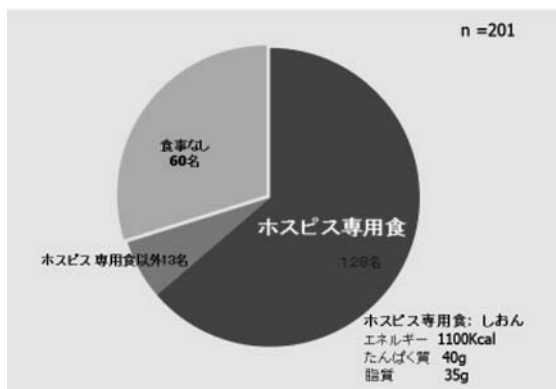


図3 2017年3~10月 退院した患者調査  
淀川キリスト教病院 倫理委員会承認  
(承認No.2017-060)

### 3. 統合について

急性期の栄養管理の中に、ホスピスの食数を組み入れることは、一般的には、食数が増えるだけのイメージで捉えられる。しかし、二つの病院が大切にしてきた患者への思いは、大きく違う。

病院統合が、2017年4月からの実施に向けて、3月1日に行われることとなり、栄養管理課の管理者（筆者）に、2016年10月末に事務部門の長より知らされた。同時に、どのような統合を望むか、意見を求められた。

「病院統合」を知らされて直ぐであり、統合に向けた計画の用意は無く、現状をできるだけ取り入れた方向で統合を行いたいと申し入れたように記憶する。

残された準備期間は、食事オーダー、材料発注から考えると、2017年2月22日までに完成させる必要があった。全職員に病院統合が知らされるまでの一ヶ月間で作業計画を立て、3ヶ月に満たない期間で集中して変更を行うこととした。

厨房での混乱を防ぐには、院内約束食事箋を見直し、作業効率を良くすることが必要であり、院内約束食事箋の大幅な改定を行う事とした。

### 4. 院内約束食事箋改定

院内約束食事箋は、ガイドラインの改定などに伴い、必要に応じて、必要な部分を少しずつ追加、変更する方法で改定を行ってきた。

院内約束食事箋は、病院統合前は、食種別で管理されていたが、ホスピスと、本院の食事箋を1つに纏める必要があり、本院での業務内容に、ホスピスの細やかな食事対応を残して統合することは、困難であった。

院内約束食事箋は、統合前まで食種別で管理されていたが、各診療科の医師に、食種内容を提案し、できる限り栄養量を纏める方向で調整を行い、成分コントロール食を含む食種へと変更を行った。

例えば、糖尿病食・肥満症食・肝臓病食・脂質異常症食をエネルギーコントロール食として

纏め、炭水化物比率を50~60%で調整、コレステロール値、飽和脂肪酸比など配慮した内容のエネルギー食とし、減塩にも対応できるようにした。

ホスピスの食種で、もっとも多くオーダーがあった食種内容をベースに、あらゆるコメントをオーダーできる設定のホスピス専用食「しおん」・こどもホスピス専用食「ひだまり」をホスピス専用食とし、ホスピスで行われていたリクエスト食についても、引き続き対応できる食事内容とした。

電子カルテのオーダーは、オーダー時に、混乱の無いようにと、従来の病名入り食種別から選択を開始でき、栄養量、食事コメントなどを確認オーダーできる方法をとった。

電子カルテ側では、糖尿病食・肥満症食・肝臓病食・脂質異常症食の認識を持ち、食事オーダーを行い、最終選択は、エネルギーなどの栄養量を確認、選択して食事決定を行う。

患者の食事（食札）は、エネルギー食（〇〇Kcal）で表示される。

このような方法をとることにより、厨房内へのオーダー食種は、最終的に、110まで絞り込むことができた。

電子カルテのトップページの栄養管理課の連絡事項に院内約束食事箋を掲載するとともに、医師、看護師、ドクターズアシスタントへは、説明会を開き混乱の無いように理解を深めた。

患者には、病棟担当管理栄養士が変更前日に、一人ひとりを訪問し、食種名・主食量などの変更点について説明を行った。

### 5. 病棟担当管理栄養士の配置拡大への取り組み

病院の統合により、病床数と診療科の病棟編成が行われた。混合病棟の診療科も変更になることから、主に、外来栄養指導担当であった管理栄養士も病棟を担当し、病棟配置の拡大を行った。

ウイメンズ&マタニティセンター、ホスピスなどは、管理栄養士不在の状態では、担当者が日々交代しての対応となるが、内科病棟への担当管理栄養士の配置（図4）が実現した。



図4 病院統合後の担当管理栄養士配置

## 6. 栄養指導への取り組み

入院栄養指導は、病棟担当管理栄養士により行われる。外来栄養指導は、主に外来を担当する管理栄養士を配置して行っていたが、外来栄養指導については、午前と午後枠の担当者を曜日、午前、午後で決めて、交代で対応することとした。そうすることで、病棟担当管理栄養士の配置を進めることができた。

2016年度改定の診療報酬により算定可能となった「がん患者」「摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者」又は、「低栄養状態にある患者」への栄養指導依頼件数増に対応できるように、がんの栄養指導枠を追加して対応を行った。

入院栄養指導については、癌の手術クリニカルパスにより、栄養指導の標準化を進め、栄養指導の必要な患者へ、適切なタイミングで栄養指導が行えるようにした。

## 7. 食種提案への取り組み

病棟担当管理栄養士の配置が実現したことで、担当病棟の予定入院患者に対して、入院前より、栄養指導の標準化と食種の適正化(図5)を効率的に行うため、医師への提案を始めた。

この試みでは、医事課職員による予定入院患者のリスト作成、また、医師への食種提案、栄養指導予約については、ドクターズアシスタントの協力によるところが大きい。この試みは、2018年度の診療報酬改定において新設された、

## 食種の適正化、栄養指導の標準化 入院前からの取り組み

方法:入院前に、食種の適正評価、栄養指導適応の評価を行う  
対象:予定入院患者

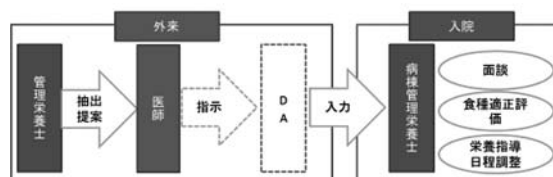


図5 食種の適正化

入院時支援加算に繋がるものとなった。

## 8. 入院時支援加算への取り組み

食種の提案、食事栄養指導予約の提案については、すでに行っていたことであるが、これは、外来栄養指導などでの患者との関わりから、患者の栄養状態や摂食機能に応じた食事内容をカルテ記載情報から提案するものであった。

2018年度の診療報酬改定により、入退院支援の推進として、入院時支援加算が新設された。

入院を予定している患者が、入院生活や入院後にどのような治療経過を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるように、入院前に外来において行われるものである。

患者支援センターにおいて、パイロット的に入退院支援のシミュレーションを行い、管理栄養士が対応するにあたり、問題点の抽出を行った。

患者支援センターでは、終日、患者への対応が行われているが、管理栄養士が、常時滞在することは困難であり、また、必要時に速やか

## 入院前面談 根拠:入退院支援加算

- 病気になる入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化・退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援を行う。



写真8 患者支援センター

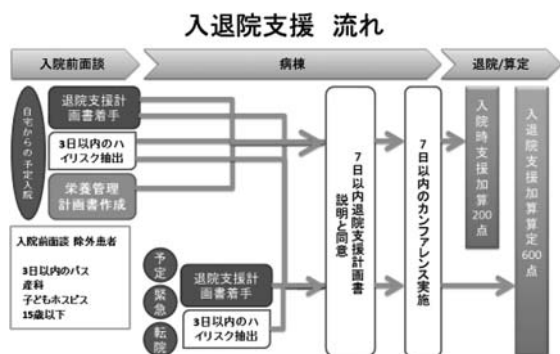
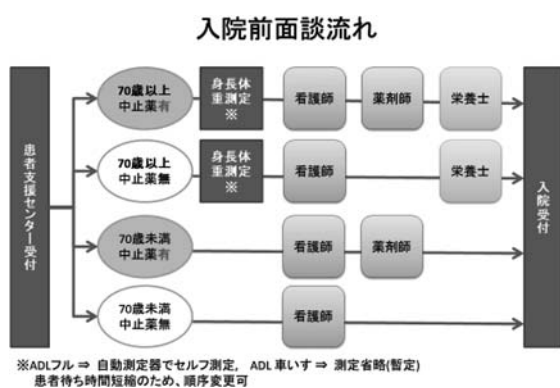


図6 入退院支援の流れ



※ADLフル⇒自動測定器でセルフ測定、ADL車いす⇒測定省略(暫定)  
患者待ち時間短縮のため、順序変更可

図7 入院時支援加算への管理栄養士介入

### 得られた効果

入院1食目から適正食種の提供が可能となった。

合理的に食事調整でき、医師・看護師の業務負担が軽減した。

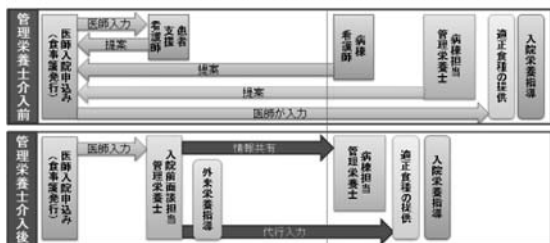


図8 入院時支援加算の効果

に、患者支援センターに行き、対応することも困難で有ることから、集中して対応できる時間を設定して、時間帯常駐とした。

管理栄養士は、患者支援センター内に滞在し、看護師の面談後に、看護師と交代して部屋に入り、患者面談を行うこととした(写真8)。

管理栄養士が入院前面談を行う対象患者(図6)を決めて実施している。

入院後に身長・体重を測定し、患者申告とか

け離れた記載もあることから、栄養アセスメントを行うのに必要な身長・体重測定を、入院前面談時にスムーズに行えるように、自動身長体重計の予算要求を行い、患者支援センター前に設置して測定を行っている。

入院時支援加算への取り組みを始めたことで、比較的直近の身長・体重のカルテ記載があり、患者にとっては、入院日の一食目から適切な食事提供(図7, 8)ができ、栄養指導のタイミングについても、必要に応じて、入院前・入院時・退院後の予約対応が可能となった。

入退院支援加算については、2019年10月27日、大阪病院学会(大阪国際会議場)で発表された。

## 考 察

栄養管理体制の見直しを機に、予約入院患者の食種提案への事前介入を開始した。

この取り組みは、2018年度より、予約入院患者の入院前面談をはじめ、診療報酬改定年度内に、算定につなげることができた。

栄養管理体制の大幅な変更は、日々の実務を遂行する中で行うには、多くの労力を要する。しかし、先を見据えての思い切った見直しは、給食ならびに栄養管理業務の改善につながる可能性が示唆される。

## 文 献

- 1) 病態栄養学会(編):がん病態栄養専門管理栄養のためのがん栄養療法ガイドブック2019(改定第2版). 南江堂, 2019
- 2) 厚生労働省保健局医療課:平成30年度診療報酬改定の概要 医科1  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf>
- 3) 公益社団法人日本栄養士会:栄養管理プロセス. 第一出版株式会社, 2018
- 4) 丸山道夫:がんと臨床栄養, 日本医事新報社, 2010
- 5) 池永昌之他:緩和ケア, エンドオブライフケアにおける食のケアの可能性. 医歯薬出版株式会社, 2019
- 6) 池永昌之:終末期がん患者にたいする食のケア:栄養経営エキスパート02. 日本医療企画, 53-57, 2016