

報告

## 管理栄養士からみた茨城県の医療施設間の栄養支援に関する 情報共有の概況

菊池浩子<sup>1</sup>、秋野早苗<sup>2</sup>、染谷まゆみ<sup>3</sup>、石川祐一<sup>4</sup>、鈴木薫子<sup>4</sup>、梶本雅俊<sup>1</sup>

<sup>1</sup>つくば国際大学医療保健学部保健栄養学科

<sup>2</sup>筑波メディカルセンター病院診療技術部栄養管理科

<sup>3</sup>茨城西南医療センター病院栄養部

<sup>4</sup>日立製作所日立総合病院栄養科

**【要旨】** 地域医療における栄養に関する情報の伝達共有について、茨城県の状況把握と課題分析を目的に、管理栄養士の視点で概況把握を質問紙調査で行った。質問紙調査は、県内全病院187施設から無作為に選んだ90施設に実施した。このうち管理栄養士が栄養に関する情報伝達にかかわった実績は、23施設(26%)で、NST(Nutrition Support Team)が有るA群(34施設)では、NSTが無いB群(56施設)より、管理栄養士が関わる割合が有意に高かった。看護サマリーを栄養に関する情報源として認識していた管理栄養士は45施設(50%)であった。栄養に関する情報は、栄養サマリー、栄養治療実施計画書兼栄養治療実施報告書、看護サマリー、リハビリテーションサマリーに含まれていたが、情報の量と質には差があり、栄養に関する情報は多様な書式に分散して記載されていた。栄養に関する情報提供の実用的な書式や伝達必須項目の検討が課題であることが分かった。

**キーワード：** 地域連携，病院栄養管理，栄養情報，NST

### 序 論

日本では2001年以降、病院内 NST(Nutrition Support Team: 以下 NST とする)活動で栄養管理が行われるようになり、栄養状態の改善や在院日数の短縮といった効果を上げてきた(東口, 2007)。しかしながら、病院入院中に NST の支援により改善された栄養状態が、退院後比較的

短期間で元の低栄養に戻り再入院に至る事例が報告されている(藤井, 2009)。再入院の中でも、退院後の早期再入院に影響する因子としては、退院時の血清アルブミン値や退院後の体重減少(Friedmann JM et al, 1997; 北村他, 2009)といった栄養障害が報告されている。再入院率は、医療の質を反映する指標(Fischer C et al, 2012; Otsubo T and Imanaka Y, 2012)として捉えられているが、栄養不良が、さまざまな合併症の発症率増加や死亡率の増加に関連していることは、臨床研究の報告(Norman K et al, 2008; Milne AC et al, 2006; Mente A et al, 2009)がある。患者の生涯にわたる QOL を確保するには、病診連携(病院-診療所連携)・病病

連絡責任者：菊池浩子

〒300-0051 茨城県土浦市真鍋6-8-33

つくば国際大学医療保健学部保健栄養学科

TEL: 029-826-6622

FAX: 029-883-6056

E-mail: h-kikuchi@tius.ac.jp

連携(病院-病院連携)(佐々木, 2014)ばかりでなく地域完結型医療連携(東口, 2008; 山下他, 2010)が、平常時および震災時にも、求められているのが現状である。また病院・リハビリ施設・在宅と傷病者の生活の場が変わっても、対象者の栄養状態を低下させないためには、施設間で栄養に関する情報が途切れることなく共有できることが必要と考えられている(篠木他, 2010; 瀧川他, 2010; 丸山, 2006)。しかし、治療や看護に関する情報については、従来から診療情報提供書や看護サマリーが必須のこととして共有されているものの、栄養に関する情報は一括して表記されることが少なく、様々な書式に栄養に関する情報が分散している。そのため、栄養管理の中心的役割を担う管理栄養士が、対象者の施設間移動に伴う栄養に関する情報の共有を、十分にできていない懸念がある。なお、栄養に関する情報とは、2012(平成24)年度の診療報酬改定で示された栄養管理体制の基準の中にある入院診療計画書の栄養管理に関する項目、具体的には、栄養状態、摂食機能、栄養補給量、栄養補給法、栄養管理上の課題に関する事項、栄養食事指導に関する事項、栄養状態の評価の間隔などである(厚生労働省, 2012)。栄養に関する情報で必要とされる事項は、対象者の疾患や病態により一定ではないため、様式や事項の規格は未だない。

そこで、地域医療における栄養に関する情報の伝達について、茨城県の概況を分析し、その課題解決を行うことを目的に、病病連携の際に栄養に関する情報がどのような書式で、どのような項目が伝達されているのかを、管理栄養士の視点から初めて調査した。

## 方法

### 調査対象

茨城県内の全病院187施設のうち90施設を無作為に抽出し標本とした。この90施設のうち、

院内 NST が有ると回答した施設を A 群(NST 有)、A 群以外の施設を B 群(NST 無)とした。A 群は34施設、B 群は56施設であった。

### 調査期間及び方法

2012年11月から2013年2月までの4ヶ月間とした。今回調査した全90施設に対して質問紙により調査を行い、さらに電話による聞き取り調査を行った。質問紙は、施設の栄養部門において実質的な責任者である管理栄養士に送付し、郵送または FAX にて回収した。(実際の質問紙は、本論文に参考資料として添付している。)

### 調査項目

a) NST あるいは管理栄養士として栄養に関する情報提供を行った実績があるか。実績があるなら、b)どのような書式で情報提供を行ったか。さらに、c)施設で実際に使用している栄養に関する情報提供の書式を送付してもらい、記載様式と栄養に関する記載項目を解析した。両群間における頻度の差はイェーツ修正を含む $\chi^2$ 検定により有意水準 $p<0.05$ をもって有意とした。本論文掲載に関連した個人情報無く、倫理的問題および開示すべき利害相反はない。

## 結果

### 栄養に関する情報提供の実績

1)管理栄養士が栄養に関する情報を作成・提供している施設数

管理栄養士が栄養に関する情報を作成・提供していると回答した施設は、A群(NST 有)では34施設のうち20施設(59%)、B群(NST 無)では56施設のうち3施設(5%)であり、A群とB群間には有意の差が認められ、NSTのある施設では、NSTのない施設と比較して、栄養情報の作成・提供が有意に多かった( $p<0.05$ )(表1)。

表1. 管理栄養士が栄養に関する情報を作成・提供している施設数

情報提供の実績	あり(%)	なし(%)	合計(%)
A群(34施設)	20 (59%)	14 (41%)	34 (100%) *
B群(56施設)	3 (5%)	53 (95%)	56 (100%)
A群+B群(90施設)	23 (26%)	67 (74%)	90 (100%)

\*: A,B群間で有意差あり、 $\chi^2$ 検定 ( $p<0.05$ )

## 2) 栄養に関する情報と伝達方法

管理栄養士が栄養に関する情報提供を行う際に用いている書式は、大別すると①NSTサマリー(栄養治療実施計画書兼栄養治療実施報告書、以下NSTサマリー)と②栄養サマリーの二種類があった。栄養サマリーには、病院独自の書式と、近隣地域で自主連合的に作成した共通書式とがあった。NSTサマリーを利用していたのは、管理栄養士が栄養に関する情報を作成・提供していると回答したA群(NST有)20施設のうち13施設(8+5施設、65%)であった(表2)。一方、栄養サマリーを利用していると回答した施設は、A群20施設のうち12施設(7+5施設、60%)、B群3施設のうち3施設(100%)で、調査した90施設(A群+B群)では15施設(10+5施設、17%)であったA群におけるNSTサマリーと栄養サマリーの使用頻度には有意差が見られなかった(表2)。

栄養に関する情報は、看護師が作成する看護

サマリー、リハビリテーション技師が作成するリハビリテーションサマリーにも含まれていた。看護サマリーは、対象者が医療機関から医療機関へ移動する際には全例送付されていると考えられる。しかし、管理栄養士が看護サマリーを栄養に関する情報源として認知し、実際に使用している栄養に関する情報提供の書式として提供を受けた看護サマリーは、A群34施設のうち31施設(91%)、B群56施設のうち14施設(25%)で、調査した90施設(A群+B群)のうちでは45施設(50%)あった。A群(91%)が、B群(25%)より有意に認識度が高かった(表3)。

リハビリテーションサマリーを栄養に関する情報源として認知し、実際に使用している栄養に関する情報提供の書式として提供を受けたりリハビリテーションサマリーは、A群34施設のうち21施設(62%)、B群56施設のうち1施設(2%)で、調査した90施設(A群+B群)のうちでは22施設(24%)であったがA群が有意に高かった(表4)。

表2. 栄養に関する情報伝達の実績がある施設で管理栄養士が情報提供を行う際に用いている書式の種類

情報伝達実績のある施設数	NSTサマリーのみ	栄養サマリーのみ	NSTサマリー&栄養サマリー
A群(34施設)	8 (40%)	7 (35%)	5 (25%)
B群(56施設)	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)
計A+B(90施設)	8 (35%)	10 (43%)	5 (22%)

A,B群間で有意差無し

表3. 看護サマリーを栄養に関する情報が含まれる書式として管理栄養士が認識していた施設数

	認識あり	認識なし	合計
A群(34施設)	31 (91%)	3 (9%)	34 (100%) *
B群(56施設)	14 (25%)	42 (75%)	56 (100%)
A群+B群(90施設)	45 (50%)	45 (50%)	90 (100%)

\*: A,B群間で有意差あり、 $\chi^2$ 検定 ( $p<0.05$ )

表4. リハビリテーションサマリーを栄養に関する情報が含まれる書式として管理栄養士が認識していた施設数

	認識あり	認識なし	合計
A群(34施設)	21 (62%)	13 (38%)	34 (100%) *
B群(56施設)	1 (2%)	55 (98%)	56 (100%)
A群+B群(90施設)	22 (24%)	68 (76%)	90 (100%)

\*: A,B群間で有意差あり、 $\chi^2$ 検定 ( $p<0.05$ )

### 栄養に関する情報の書式に含まれている項目

#### 1) 栄養に関する情報の記載項目

調査した90施設(A群+B群)から、栄養に関する情報の書式として提供を受けた書式は、NST サマリーが13種類、栄養サマリーが18種類、看護サマリーが45種類、リハビリテーションサマリーが22種類であった。

記載されている栄養に関する情報の記載項目は、書式の種類によって異なっていた。栄養サマリーには栄養状態・食事内容・食事摂取状況についての記載項目があり、看護サマリーにはADL、介助の必要性、栄養投与状況の概要についての記載項目があった。リハビリテーション

サマリーには、摂食嚥下機能についての記載項目があったが、栄養状態・必要栄養量・食事内容に関する記載項目は見られなかった。また、同じ種類の書式でも、記載項目は施設ごとに異なっていた。各書式の栄養に関する記載項目をまとめると(表5)の通りであった。

#### 2) 栄養に関する情報と伝達方法

調査した90施設(A群+B群)の栄養サマリー全18種類にみられた栄養に関する項目の出現頻度については、体重78%、身長78%、BMI 44%、食形態78%、食事の摂取状況72%、経腸栄養の投与状況72%、食物アレルギー61%、補食の有無・内容61%、経静脈栄養の投与状況61%、食事介助の要否61%、嚥下困難の有無50%、食事

表5. 栄養に関する情報提供に使用された書式と栄養に関する記載項目

	NSTサマリー	栄養サマリー	看護サマリー	リハビリテーションサマリー
栄養評価	検査値(アルブミン、リンパ球数、ヘモグロビン、トランスサイレチン、主観的栄養評価) CRP:註1、上腕三頭筋皮下脂肪	検査値(総蛋白質、アルブミン、GRP:註1、ヘモグロビン)、栄養状態の総合評価		
栄養投与経路	経腸栄養(経鼻・胃ろう、腸ろう)、経静脈栄養(末梢静脈栄養、中心静脈栄養(鎖骨下、そけい部、PICC:註2、リザーバー)	経腸栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう)、経静脈栄養(TPN:註3、PPN:註4)	点滴、TPN:註3、胃管、胃ろう、カテーテルの種類	
食事内容	普通食、嚥下障害食、咀嚼障害食、濃厚流動食、経腸栄養剤	食種、形態(主食・副食の形態、嚥下食レベル(嚥下ピラミッド)、とろみ剤使用状況)、水分摂取状況、禁忌食品(ワルファリン、アレルギー)食事の好み、食事量、特別指示、栄養補助食品使用	食種、アレルギー、食事制限の有無	
食事摂取困難時の評価	嚥下障害	嚥下・咀嚼困難とその状況、嚥下評価結果(RSST:註5、改訂水飲みテスト)	嚥下障害の有無、義歯の状況、食欲の有無	摂食嚥下機能
投与栄養量	水分、エネルギー、蛋白質・アミノ酸、脂質、糖質、ビタミン、電解質	エネルギー(kcal)、蛋白質(g)、脂質(g)、食塩(g)、【摂取栄養量として】エネルギー(kcal)、蛋白質(g)	食事摂取量[多量・普通・少量、食事摂取割合(%)]、提供栄養量[エネルギー(kcal)、蛋白質(g)、脂質(g)、食塩(g)]	
必要栄養量	(投与プランとして)水分、エネルギー、蛋白質・アミノ酸、活動係数、ストレス係数	エネルギー(kcal)、蛋白質(g)、脂質(g)、食塩(g)		
身体状況	身長、体重、BMI:註6、標準体重、通常体重、褥瘡、感染症	身長、体重、BMI:註6、消化器症状・代謝障害	身長、体重、褥瘡	
食事介助の必要		食事介助の必要性、使用食器・器具(自助具など)の種類、食べこぼし(多、少)、麻痺、食物認識障害	食事ADL:註7	食事ADL:註7、食事Barthel Index
その他	食事に関する問題点、社会的問題点	食事に関する問題点		

註1; C-reactive protein

註2; peripherally inserted central catheter

註3; total parenteral nutrition

註4; peripheral parenteral nutrition

註5; repetitive saliva swallowing test

註6; body mass index

註7; activity of daily living

提供量33%、栄養指標となる検査値22%、必要エネルギー量17%であった。ほとんどの項目の出現頻度が高く、A群B群共通に重視されており、大部分の項目でA群が高かった(表6)。

一方、調査した90施設(A群+B群)の看護サマリー全45種にみられた栄養に関する情報の項目については、食事介助の要否については56%、食形態49%、食物アレルギー44%、経腸栄養の投与状況27%、食事の摂取状況16%、経静脈栄養の投与状況、体重13%、身長13%、嚥下困難の有無9%、食事提供量9%、BMI2%、必要エネルギー量2%、補食の有無・内容2%、栄養指標となる検査値0%であった。大部分の項目でA群が高く(表7)、食事介助の要否、食形態、食物アレルギーの記載が重視されていた。

## 考 察

### 栄養に関する情報提供の概況について

対象者が、急性期医療施設からリハビリテーション施設や地域療養施設あるいは在宅に移動する際に、連続的な医療環境を提供するためには、関係施設が相互に情報を共有することが必要である。医療情報の共有は、平常時ばかりではなく震災時にも強く求められており、連携の構築を急ぐ必要がある。医療機関においてNSTの必要性は広く認識されてきており、NSTサマリー；栄養治療実施計画書兼栄養治療実施報告書の記載項目には、NSTの基本である栄養に関する情報が含まれている。しかし、栄養に関する

表6. 栄養サマリーに含まれていた栄養に関する情報の項目の出現数と割合

栄養に関する項目	A群の15種類中の出現数	B群の3種類中の出現数	A群+B群の全18種類中の出現数と割合
体 重	12	2	14 (78%) *
身 長	12	2	14 (78%) *
BMI	6	2	8 (8%)
栄養指標となる検査値	3	1	4 (22%)
必要エネルギー量	2	1	3 (17%)
嚥下困難の有無	8	1	9 (50%) *
食物アレルギー	11	0	11 (61%) *
食形態	12	2	14 (78%) *
食事提供量	4	2	6 (33%)
食事の摂取状況	12	1	13 (72%) *
補食の有無・内容	10	1	11 (61%) *
経腸栄養の投与状況	11	2	13 (72%) *
経静脈栄養の投与状況	10	1	11 (61%) *
食事介助の要否	10	1	11 (61%) *

\*: A,B群間で有意差あり、 $\chi^2$ 検定 ( $p < 0.05$ )

表7. 看護サマリーに含まれていた栄養に関する情報の項目の出現数と割合

栄養に関する項目	A群の31種類中の出現数	B群の14種類中の出現数	A群+B群の全45種類中の出現数と割合
体 重	5	1	6 (13%) *
身 長	5	1	6 (13%) *
BMI	1	0	1 (2%) *
栄養指標となる検査値	0	0	0 (0%)
必要エネルギー量	0	1	1 (2%) *
嚥下困難の有無	4	0	4 (9%) *
食物アレルギー	16	4	20 (44%)
食形態	18	4	22 (49%)
食事提供量	3	1	4 (9%) *
食事の摂取状況	7	0	7 (16%) *
補食の有無・内容	1	0	1 (2%) *
経腸栄養の投与状況	8	4	12 (27%) *
経静脈栄養の投与状況	5	2	7 (16%) *
食事介助の要否	21	4	25 (56%)

\*: A,B群間で有意差あり、 $\chi^2$ 検定 ( $p < 0.05$ )

る情報の関係施設における相互共有については、現在のところ連続的に共有されているとは言えず、多くの問題点が指摘されている。今回の調査では、結果に示したように、管理栄養士が栄養に関する情報を作成・提供している施設は、NSTが有ると回答したA群においても59%でしかなかった。NSTの有る施設としては、日本静脈経腸栄養学会が認定するNST稼働施設、NST実施加算を算定している施設、採算上の理由ほかからNST実施加算は算定せずに自主的なNSTを稼働している施設が有ると考えられるが、其々の施設にはNST稼働内容の質と量の差がある。このため、NSTが有る施設でも4割程度の管理栄養士は、栄養に関する情報の作成・提供に関与していない可能性が推測された。しかし、NSTが有り栄養管理に関心の高い施設と考えられるA群では、B群に比べて栄養に関する情報提供の実績の割合が、有意に高かった。またNSTが有る施設では栄養に関する情報の提供が管理栄養士を通して行われることが多い可能性が強く示唆された。栄養管理に対する施設の取り組み方によって、医療情報としての栄養に関する情報の認知度には格差があることが分かった。

地域の病病連携において医療情報の共有は不可欠であり、先行研究では栄養に関する情報も医療情報として重要であると報告(佐々木, 2014; 篠木他, 2010; 瀧川他, 2010)されている。しかし、栄養に関する情報の提供手段として、どのような書式が利用されているかについての報告は少ない。今回の調査では、結果に示したように、A群(NST有)のうち栄養に関する情報伝達の実績がある20施設で、管理栄養士が栄養に関する情報と認識して作成・提供に関与している書式は、NSTサマリー65%、栄養サマリー60%であった(表2)。栄養サマリーは、書式様式や記載項目が統一されておらず、独自の書式を用いる施設や、共用の書式を用いている複数の施設があった。表3、表4、表5、表6の結果から、NSTサマリーには栄養に関する情報として必要な事項は含まれているが、結果と

して記載項目が多くなっており、そのためにNSTサマリーを作成するには時間がかかることが予想された。NSTサマリーを書き上げることは、熟練していない管理栄養士にとっては大きな業務負担である可能性も予測された。栄養サマリーには、栄養情報の共有が必要と判断された対象者、あるいは移動先の施設が必要とされていると考えられた情報だけが記載され、疾患や病態の必要性に応じて記載項目が選択されている可能性が考えられた。次に看護サマリーやリハビリテーションサマリーにも、栄養に関する情報が含まれていた。調査した90施設の管理栄養士が、看護サマリーやリハビリテーションサマリーを栄養に関する情報源として認識しているのは、看護サマリーについては50%(表3)、リハビリテーションサマリーについては24%(表4)であった。看護サマリーについての認識は、A群(NST有)では91%で、B群(NST無)の25%と比べ有意に( $p < 0.05$ )高い割合であり、A群(NST有)では、B群(NST無)と比べて、リハビリテーションサマリーについても高く多職種連携が院内に浸透している可能性が高いことが推察された。

#### 栄養に関する情報伝達様式に見られた記載項目と出現頻度について

今回の調査では、結果に示したように、栄養に関する情報伝達の書式により、栄養に関する情報の質にも違いがあった(表5)。NSTサマリーに含まれている栄養に関する記載項目には一定の規定が有るため、必要エネルギー量算出の基本である体重や栄養状態に関する必要項目は含まれていると考えられる。しかし栄養サマリー全18種類では、栄養に関する基本情報である体重が含まれている割合は78%(表6)で比較的高かったが、看護サマリー全45種類に体重が含まれている割合は13%(表7)であった。また、栄養管理上重要な必要エネルギー量の記載は、栄養サマリーで17%(表6)、看護サマリーで2%(表7)であった。リハビリテーションサマ

リーに含まれていた栄養に関する情報は、咀嚼嚥下機能に関する内容と食事介助の必要に関する項目に限られていた。このような書式による記載項目の偏りは、職種によって注目する項目が大きく異なることを示唆すると同時に、管理栄養士が看護サマリーを栄養に関する情報源として認知している割合が低い要因である可能性も高いことが推察された。さらに個人あるいは集団に対する栄養指導、および栄養管理は、管理栄養士が保険点数という形で経営に貢献できる領域である。管理栄養士としての専門性を高め、多職種連携のチーム医療メンバーとしての信頼を得て、より広範囲の栄養治療に関わるよう、疾患や病態ごとに、どのような項目が栄養に関する情報の項目として共有されることが望ましいのかについて、書式の開発と合わせて検討することが、本研究から示唆された今後の管理栄養士の課題であると考えられた。また、地域医療における栄養に関する情報の伝達についての今後の課題は、多職種と連携し共有すべき栄養に関する情報の集約化とともに、入院中にNSTの支援により改善された栄養状態が、施設間移動の際ならびに、災害時も含めた転院や退院後転院に際して、栄養に関する情報伝達が無いために低栄養に戻り再入院に至らないよう、対象に応じた最低限必要な栄養に関する情報が何であるかを明らかにし、実用的な栄養に関する情報提供の書式を開発することと考えられた。さらに、施設でNSTを立ち上げることは、栄養に関する情報の作成および他施設との情報共有における一助となると考えられた。

## 結 論

米国から始まった病院内 NST 活動は、栄養状態が改善されることによる在院日数の短縮に効果があった。この効果は、対象者の QOL 向上のみならず医療経済的な効果ももたらした。日本、茨城県でも院内 NST による栄養管理が行われるようになった結果、同様の効果が確認

され始めている。しかし一方で、茨城県の栄養支援に関する情報共有の病病連携における概況には、本研究から以下の二点が認められた。まず、栄養に関する情報は、様々な書式に分散して記載されており、統一されていないこと。次に、NST が有る施設と無い施設で、情報共有の内容は異なること。NST が有る施設においては、栄養に関する情報伝達の書式が充実している傾向にあるが、NST が無い施設においては、栄養に関する情報伝達の量と書式が少なかった。また、管理栄養士が認識している栄養に関する情報提供の書式には、栄養サマリー、NST サマリー、看護サマリー、リハビリテーションサマリーがあった。栄養に関する基本情報である体重が含まれている割合は栄養サマリーが比較的高かった。各サマリーで伝達されている栄養に関する情報の項目には、サマリーを作成した職種の専門性による注目点が反映されていた。本研究から示唆された今後の課題は、対象に応じた栄養に関する伝達必要項目の抽出と、栄養に関する統一された情報伝達システムの確立と普及である。

## 謝 辞

本研究にご協力いただいた栄養サポート研究会、および質問紙調査にご協力いただいた茨城県内の病院施設と管理栄養士のみなさまに、深く感謝いたします。

## 参考文献

- 北村洋子, 甲原芳範, 中野広美, 他 (2009) 退院後早期再入院に影響を与える因子の検討—退院時の血清アルブミン値の意義—. 静脈経腸栄養. 24:1085-1089.
- 厚生労働省保険局医療課 (2012) 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて. 保医発0305第2号.

- 厚生労働省保険局医療課 (2012) 平成24年度診療報酬改定について.基本診療料の施設基準の一部を改正する件. 保発0305第1号.
- 佐々木雅也 (2014) 病診連携・病病連携の取り組みの中での栄養管理の在り方. 静脈経腸栄養. 29:1151-1156.
- 篠木敬二, 畑亜紀子, 佐藤美幸ほか (2010) 退院後の継続した栄養管理のためのNST—退院サマリー提供者の実態調査から—. 癌と化学療法. 37:281-283.
- 瀧川洋史, 佐々木富貴子, 日野理彦 (2010) アンケートを用いた地域医療連携における栄養管理の現状とニーズに関する検討.日本医療マネジメント学会雑誌. 11:119-125.
- 東口高志 (2007) わが国におけるNSTの現状と未来. 日本消化器病学会雑誌. 104:1691-1697.
- 東口高志 (2008) NST 活動、その課題と方策. 静脈経腸栄養. 23:637-641.
- 藤井真 (2009) ホーム NST・サークル NST における地域密着病院の役割. 静脈経腸栄養. 24:903-907.
- 丸山道生 (2006) 地域連携とNST—シームレスな栄養管理と地域一体型 NST を目指して—. Geriatric Medicine. 44:917-924.
- 山下俊紀, 西村敏, 頼住孝二, ほか (2010) 脳卒中リハビリテーション・地域連携パスの神奈川全県共通化への試み. 脳卒中. 32:660-667.
- Fischer C, Anema HA, Klazinga NS (2012) The validity of indicators for assessing quality of care: a review of the European literature on hospital readmission rate. Eur J Public Health. 22: 484-491.
- Friedmann JM, Jensen GL, Smiciklas-Wright H, et al. (1997) Predicting early nonelective hospital readmission in nutritionally compromised older adults. Am J Clin Nutr. 65: 1714-1720.
- Mente A, Koning L, Shannon HS, et al. (2009) A Systematic Review of the Evidence Supporting a Causal Link Between Dietary Factors and Coronary Heart Disease. Arch Intern Med. 169: 659-669.
- Milne AC, Avenell A, Potter J. (2006) Meta-Analysis, Protein and Energy Supplementation in Older People. Ann Intern Med. 144: 37-48.
- Norman K, Pichard C, Lochs H, et al. (2008) Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clin Nutr. 27: 5-15.
- Otsubo T, Imanaka Y. (2012) Readmission rate for health care delivery system assessment. Nihon Eiseigaku Zasshi. 67: 62-66.



## [参考資料]

## 栄養情報提供の現状に関するアンケート

1. 貴施設の概要、及び回答される方のことを教えてください。

施設名 ( )

回答者 ( )

連絡先電話番号

E-mail

2. 貴施設で、栄養管理に問題があった患者さんが転院する場合、転院先に申し送る紹介状やサマリーについて、以下1)～3)を教えてください。

1) どのような種類があるか 2) 誰が作成しているか 3) どのように送信しているか

No.	1) どのような種類があるか	2) 誰が作成しているか (記入職種名)	3) どのように送信しているか
1)	例：NST 栄養管理実施書	管理栄養士	Pt 転院前に、FAX で情報を送信 個人情報 を考慮し、送信前後に電話確認
2)	看護サマリー	看護師	Pt 転院前、一緒に持って行ってもらう
3)	リハビリサマリー	言語聴覚士	
①			
②			
③			
④			
⑤			

また、4) 紹介状やサマリーがない場合は、どういう手段でどういう項目を申し送っているか、教えてください。

( )

3. 2.の紹介状・サマリー(未記載のもの、記載済みのもの)を、調査検討用試料としてご提供ください。

※記載済みのものは、個人が特定できる情報はすべて消してください。

ご協力、有難うございました。

**Report****Registered dietitians' nutrition support information sharing among Ibaraki Prefecture hospitals**

Hiroko Kikuchi<sup>1</sup>, Sanae Akino<sup>2</sup>, Mayumi Someya<sup>3</sup>, Yuichi Ishikawa<sup>4</sup>,  
Kaoruko Suzuki<sup>4</sup>, Masatoshi Kajimoto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tsukuba International University, Department of Health Sciences

<sup>2</sup>Tsukuba Medical Center Hospital, Department of Nutrition

<sup>3</sup>Ibaraki Seinan Medical Center Hospital, Department of Nutrition

<sup>4</sup>Hitachi General Hospital, Department of Nutrition

**Abstract**

In order to analyze the situation of the transfer of nutrition information among hospitals in Ibaraki Prefecture, we asked registered dietitians (R.D.) using the questionnaire. The questionnaire survey was completed in 90 hospitals randomly selected from all 187 hospitals in Ibaraki Prefecture. In 23 hospitals (26%), registered dietitians were involved in nutrition information transmission. In Group A (34 hospitals) with nutrition support teams (NSTs), the involvement rate by registered dietitians was significantly higher, compared with Group B (56 hospitals) without NSTs. Fifty percent of registered dietitians recognized the nursing summary role as a nutrition information source. Nutrition information was included in the nutrition summary, nutrition and treatment implementation plan/report, nursing summary, and rehabilitation summary. Nevertheless, the information quality/quantity was varied between these different information formats; nutrition information was dispersed throughout diverse formats. The survey revealed that formulation of a practical format for nutrition information and identification of essential transmission items are the issues requiring resolution.

**Keywords:** Regional healthcare cooperation, Hospital nutrition management, Nutrition information, NST