

本年6月の診療報酬改定で、回復期リハビリテーション病棟では「GLIM 基準」による低栄養の判定が入院料1では義務化、同2～5では努力義務化され、大きな話題となっています。GLIM 基準は世界の臨床栄養系学会が合同で作成した低栄養診断基準で、妥当性が検証された手法による栄養スクリーニングと、「表現型」と「病因」、2つの基準の評価から構成されています。これまで多くの病院で用いられてきた血清アルブミン値等を用いた評価とはまったく視点が異なる方法で、現場ではやや混乱が生じているようです。

しかし、栄養食事指導料や栄養サポートチーム加算、今回改定で新設された「リハビリテーション栄養口腔連携体制加算」などの算定要件にもGLIM 基準が導入されており、国が低栄養評価法の標準化に大きく舵を切った結果の改定であることが窺えます。

他方で、2021年度の当協会の回復期リハビリテーション病棟実態調査では、このGLIM 基準を導入している回復期病棟の割合はわずか6%であり、今回改定に合わせて急ピッチで運用を進めた病院も多いのではないのでしょうか。栄養委員会では、会員の皆様にお届けしている『回復期リハビリテーション病棟 管理栄養士必携』やスキルアップセミナーにおいて以前からGLIM 基準の活用について触れてきました。また、今回の改定を受けて研修会を開催しました。1,000名を超える方が参加、多数の質問をいただき、GLIM 基準

の導入に向けた熱意を感じるとともに、運用や解釈面ではまだ多くの課題が残っていることを実感します。GLIM 基準の解釈についての疑問は、日本栄養治療学会のホームページに掲載されていますので、ぜひご参照ください (<https://www.jspen.or.jp/glim>)。

今回のGLIM 基準の要件化は、「低栄養判定の標準化」という意味では意義が大きいものの、それだけで回復期リハビリテーション病棟の質が向上するわけではありません。大事なことは、「低栄養

と判断された患者さんに対して適切な栄養管理が実施されること」です。表現型や病因を適切に判断する基準の策定、その結果を多職種で共有する仕組みが必要です。

管理栄養士は通常の栄養評価に加え、GLIM 基準による判定結果をふまえて適切な栄養プランを実施しなければなりません。

また、低栄養は

たくさん栄養素を摂取するだけでは改善しません。低栄養の病因である炎症を伴う疾患や消化吸収能低下、さらに、摂食嚥下障害や口腔状態のマネジメントには、医師、看護師、セラピスト、歯科関連職など多くの職種の力が不可欠です。

GLIM 基準の導入にはいろいろな苦勞も伴いますが、多職種が栄養状態について共通認識をもてるという点では大きな意義があります。

病棟でも「グリム、どう?」と栄養状態を皆で確認する習慣づけを行っていただければ幸いです。

巻頭言

GLIM 基準導入～病棟でも栄養状態を皆で確認



にしおか しんた
西岡 心大

当協会理事 栄養委員会 委員長
(長崎リハビリテーション病院 教育研修部・栄養管理室 管理栄養士)