

第24回日本静脈経腸栄養学会学術集会 ランチョンセミナー開催

共催：ネスレニュートリション株式会社



栄養サポートチームにおける パラダイムシフト;そして未来へ 管理栄養士が主役に

2009年1月30日、第24回日本静脈経腸栄養学会学術集会ランチョンセミナーにおいて、近森正幸氏が「栄養サポートチームにおけるパラダイムシフト;そして未来へ——管理栄養士が主役に」と題し講演した。入院医療では診断群分類(DPC)による1日包括払いを採用する、急性期病院における栄養サポートについて解説した。



座長
長汐病院 院長
長谷部 正晴氏



講演者
医療法人近森会 理事長
近森病院 院長
近森 正幸氏

管理栄養士が ベッドサイドへ行く理由

最近の管理栄養士は、なぜ厨房を出てベッドサイドへ行くようになったのだろうか。それは、医療環境の大きな変化によるものと、先進的な病院経営で注目を集める高知県の近森病院院長の近森正幸氏は話す。

「20世紀は若いヘルシーペイシェントが治療の対象でしたが、21世紀は高齢者が急速に増えました。また、医療も高度化し、臓器不全の患者さんも増加しています。こうした患者さんは、厨房から食事を出しても食べられず、そのうえ栄養状態が急速に悪化するため、管理栄養士もベッドサイドへ行かざるをえなくなったのです」

医療環境のパラダイムシフト(図1)が急激に起こり、専門性の高い多職種の数多くのスタッフがベッドサイドでチームで対応する必要があると、近森氏は続ける。

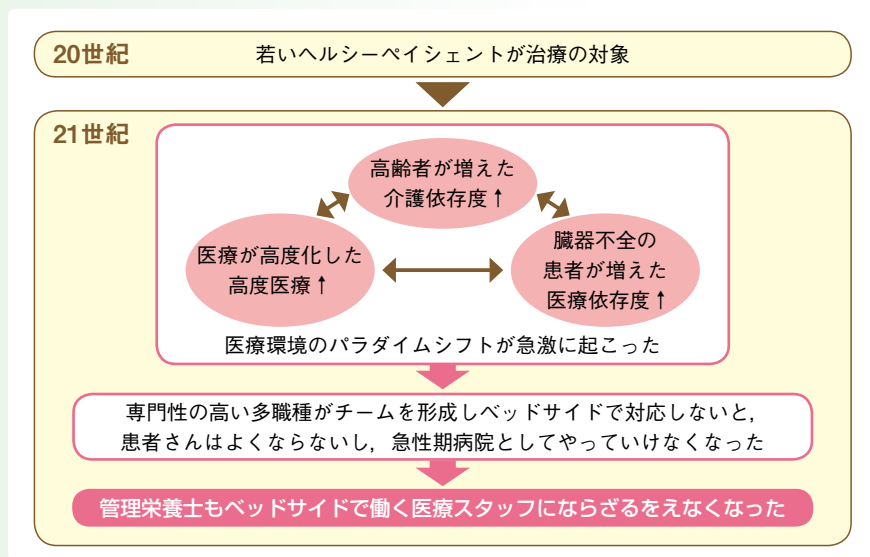


図1 管理栄養士がベッドサイドへ行く理由

「質の高いマンパワーが必要で、そうしないと、患者さんはよくなりません、急性期病院としてはやっていけない」

診療報酬の引き下げなど、病院は経営面できびしい状態にさらされており、強い経営力が求められている。そ

んななか、チーム医療は有効なマネジメント手法として注目を集める。

「充実したチーム医療で医療の質向上をはかることができ、病院の評判がよくなり患者さんが数多く来てくださいます。さらに、労働生産性を上げることで、人的コストや物的コストの削

減が可能になります」

急性期医療には MDSの予防型NSTを

21世紀の急性期医療では、従来の持ち寄りパーティー方式(PPM: Potluck Party Method)ではマンパワーが少なく重症の低栄養患者にしか対応できなかった。そこで、これからは多数精鋭の管理栄養士を中心としたメインコースディナー方式(MDS: Main-Course Dinner System)の“予防型NST”が必要、と近森氏は言う。

これは、専門性の高い管理栄養士が中核になり、医師、看護師、薬剤師、リハビリテーションスタッフ、臨床検査技師などの多職種による本格的なチーム医療で患者に対応するというもので(図2)、多くのマンパワーにより予防型NSTが構築できるメリットがあるという。

「MDSの予防型NSTは、高齢社会やDPCに対応できる全科・全患者型NSTとして機能すると思います」

近森病院のNSTは、MDSに加え、①できるかぎり腸を使う、②早期に介入する、③管理栄養士が医療スタッフの一員となる、④リハビリを積極的に行う、の4点を重視している。

「腸を使うことによって豊富な腸管

リンパ組織が活性化され、細胞免疫力を高め、感染予防や抵抗力を高めて治療成績を改善します。また、高齢者の場合は“栄養の貯金箱”とよばれる骨格筋がないため、急速な栄養状態の悪化に注意することが必要です」

同院の管理栄養士はすべての病棟に配属されており、担当医師や看護師とともに毎日リアルタイムで低栄養患者に対応している。重症患者の多いICU・CCUでは、管理栄養士の休日・祝日出勤、夜間呼び出し体制も実施している。また、術前・術後患者や重症患者には、病棟が移っても、担当医師と同様に担当管理栄養士として責任をもって栄養サポートを継続している。

「管理栄養士は医療スタッフの一員として、病歴や全身所見、画像・検査所見から、患者さん全体の病態を把握したうえで栄養プランをつくる必要があります。とくに経腸栄養は強制栄養なので、合併症を予防するためには、腹部の触診や聴診が欠かせません」

病棟配属の管理栄養士による 病棟業務としての栄養サポート

同院では、受持ち看護師が入院時と入院中1週間ごとに、栄養スクリーニングを全患者に行っている(図3)。1項目以上該当する場合は、栄養アセス

メント(図4)を行い、入院患者のおよそ3割が適用になるという。栄養アセスメントシートによる栄養評価と栄養計画は、病棟配属の管理栄養士が毎日行っている。

NSTのカンファレンスやラウンドは、ICUやCCUは週2回、一般病棟では週1回実施している。

「病棟では日常的に管理栄養士・医師・看護師が栄養サポートをしているので、ラウンドでは多職種が栄養プランをチェックするだけになってきた」と言う。

同院のNST介入症例は、年間2,000例を超え(図5)、ICUやCCUにおける経腸栄養も増加した(図6)。

「ICU、CCUの意識がなかったり、人工呼吸器を装着している患者さんも、腸が使えれば全例、経腸栄養を行います。点滴はゼロか500mL1本くらい。食事提供量も増え、相対的に特別食が増え一般食が減っています」と話す。

待機手術の心臓バイパス手術では、手術の翌日から全例食事をし、85%が歩行している。

「2006年の心臓血管外科の手術死亡率は、待機手術が0%、緊急手術の心臓手術と大動脈手術でも0%です。待機手術の場合は、リハビリテーションによる早期離床・早期歩行で、肺炎などの合併症を防止しています。重症患者が多い緊急手術は、徹底した栄養サポートで免疫能を維持し、感染症を防いでいます。リハビリテーションと栄養は、医療の質向上に大きく貢献すると思います」



図2 近森病院の管理栄養士と器材構成

受持ち看護師が全入院患者を入院時および退院まで1週間ごとにスクリーニング

【項目】

- 3kg以上の体重増減
- 1週間の平均食摂量が50%以下
- 著しい下痢・嘔吐がある
- 浮腫
- Alb値が3.2g/dL以下
- ステージⅡ以上の褥瘡がある

30%
1項目以上該当の場合はアセスメントへ

図4 栄養アセスメント

図3 栄養スクリーニング

栄養評価と栄養計画は、病棟に配属された管理栄養士が毎日、病棟業務として行っている。

栄養サポートは、栄養プランに基づいて、病棟の管理栄養士と担当医師、看護師が日常的に対応し実行している。

図4 栄養アセスメントシートによる栄養評価と栄養計画

図4 栄養アセスメントシートによる栄養評価と栄養計画

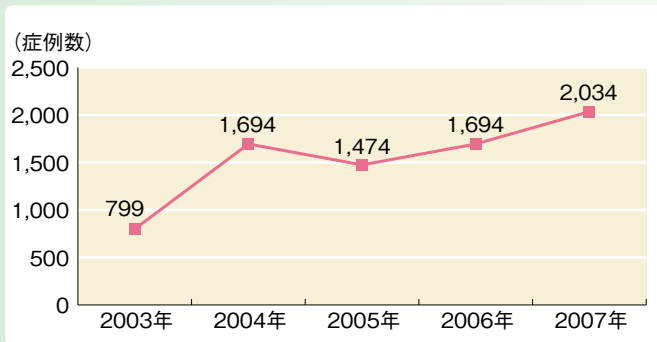


図5 NST介入症例数(年別)

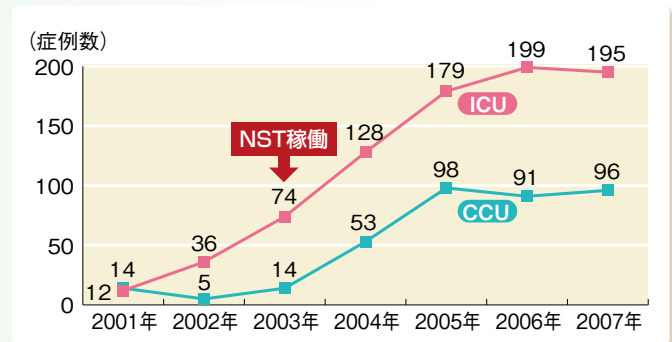


図6 集中治療棟における経腸栄養法施行患者数

重症化させない治療と予防する治療

「20世紀の医療は人手不足のため、絶食し、末梢輸液で抗生物質の絨毯爆撃という医療をしていました。そのため腸管の廃用が進行し、栄養状態が悪くなり、善玉の腸内細菌が死滅しMRSA腸炎を併発。その後、バクテリアトランスロケーションによりMRSAによる敗血症が起きて臓器不全になり死に至る、という状況でした。このような非生理的な治療を行ってもなんとか患者さんが耐えられたのは、20世紀は若い患者さんが多く、骨

格筋が豊かだったからです。高齢社会の21世紀はそういうわけにはいきません。チーム医療で人手をかけ、できるだけ腸を使って輸液を減らし、ピンポイントの抗生剤を使う。そうすることで、栄養も免疫能も保たれ、感染症を防ぐことができます」

日帰り手術が実施され、外来の化学療法が進む今日、臓器不全を中心とした入院患者がますます増えるだろう、と近森氏は予測している。

したがって、医師・看護師が中心になり根本治療を迅速確実に行うことが必要で、その後の回復と合併症の予防のための栄養サポートとリハビリが大

切になる。

「栄養投与のみで動かさないと脂肪が増えるだけなので、筋肉を増やすためにはリハビリで筋肉をつくらなければなりません。高齢者はもともと慢性炎症をはじめとした感染巣があるため、感染を繰り返し、衰弱しやすい。とくに臓器不全の高齢患者は骨格筋が少なく、放っておくと廃用症候群と低栄養になりやすいのでチームでの対応が必要です」

出来高とDPCの違い

チーム医療によるマンパワーの拡充で、医療の質を向上させた同院だが、

その背景にはDPCによる徹底的なマネジメントがある。DPCは、疾患や術式、副傷病などで診断群分類が決まり、1日あたりの医療費となる。手術やリハビリ、栄養は出来高で評価し、そのほかの入院費用は包括払いになる。

「出来高では薬や検査のコストの積み上げが売り上げで、差益が利益です。ですから、薬や検査を使うほど売り上げが上がり、差益が増えて利益が増えます。逆にDPCは、“1日いくら”という診断群分類による値段になりました。売り上げが一定ですから、モノのコストを下げるほど利益は増えます。これが非常に違うところです」

NSTの介入によって出来高の食事が増え、点滴などのモノのコストが下がる。また、とくに大きな違いは人件費だと話す。

「人を入れて良質で効率的な医療をするほど、出来高の世界では経営がきびしくなりました。しかし、DPCは1日包括払いですので、スタッフを増やし、栄養サポートで免疫能を上げ感染を防止することで、合併症を防げば、長期入院が減って在院日数が短縮し、処理患者数が増えます。短期入院が増えるので売り上げが上がり、患者1人当たりの利益が増えます」

こうしてスタッフの労働生産性が上がると、相対的に人件費比率は下がり、物的コストの比率も下がる。「チーム医療で、良質で効率的な医療をするほど、楽になるのがDPC方式の病院経営」と話す。

「病院は医療を提供しているサービス業ですので、良質な人的資源の投入量が多いほど、質のよい医療サービスが提供できます。良質のマンパワーが集まる病院ほど、患者さんが来てくだ

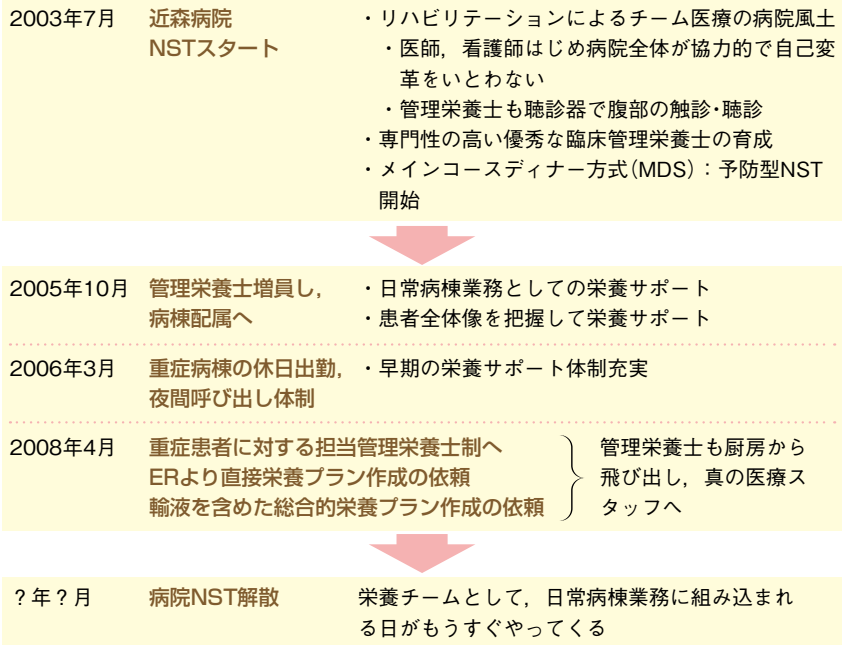


図7 近森病院NSTのパラダイムシフトと未来

さるよい病院です。また、根本治療、栄養管理、リハビリは、DPCのなかでも出来高評価として残っており、それだけ急性期医療にとって重要だということでした」と続けた。

将来はNSTが 日常病棟業務になる

NSTを真のチーム医療に育てるために、問題点を次々と解決してきたと近森氏は振り返る。

「一つひとつの問題に直面するたびに、未体験の解決策を見つけるといふ、異次元の世界にワープするような、そんな感覚を味わいながらやってきました。救急外来から栄養科に『救急患者さんの栄養プランをつくってください』と、直接依頼されるようになりました。また、輸液を含めた総合的な栄養プラン作成の依頼も増え、真の医療スタッフへと管理栄養士が変わってき

たと実感しています」

今後、同院のNSTは栄養チームとして日常の病棟業務に組み込まれ、近い将来、発展的な解消をすることになるだろうと予測する(図7)。また、病院の医療機能の絞り込みと地域医療連携、医療スタッフの機能の絞り込みとチーム医療、コスト削減のためのシステムづくりが今後の病院に必要と語った。

「本気で病院のあり方、スタッフの構成、医療の仕組みを変えることが大事です。NSTは、医療界に最後にやってきた大型のチーム医療であり、病院改革の起爆剤です。本格的にみんなが参加して必死になってやらないと、病院がやっていけなくなることを自覚してほしいと思います。そして管理栄養士はぜひ、栄養管理の実践者として自己変革し、ベッドサイドで栄養サポートを実践してください」とまとめた。