

急性期病院におけるチーム医療による治療食提供率向上の取組

安曇野赤十字病院 事務部¹⁾ 地域活性化フォーラム²⁾
神戸 洋介¹⁾ 小湊 和哉²⁾

Team approach to improve the therapeutic diet at acute care hospital

Yousuke GOUDO¹⁾ and Kazuya KOMINATO²⁾

¹⁾Medical affairs department, Japanese Red Cross Azumino Hospital

²⁾Forum of information and Activation for Community

Key words : 治療食、情報共有、実践的チーム医療、管理栄養士、専門性の活用

目 的

食事は治療の一部であるにも関わらず、主病以外で食事療法を必要とする病態が存在する場合であっても、適切な治療食の提供が出来ていない患者が散見され、入院しているにも関わらず治療の一部が十分に行われていない状況であった。そこで、コメディカルの専門性を最大限活用すると共に、それぞれの得た情報を共有することで効率的に対象患者の見つけ出しを行い、さらに食事栄養の専門知識を有する管理栄養士が積極的介入を行うことにより医師の負担を増加することなく、効率的に適切な食事を提供する事で医療の質向上、経営の質向上及び将来的な生活習慣病の重篤化抑制を図る事を目的とした。

方 法

まず、看護師・管理栄養士・薬剤師・医事職員等で構成するプロジェクトチームを招集し、DPC分析ソフト「EVE」を用いて、H23.4-6退院患者で併存症に脂質異常症・心不全がある患者を抽出し、治療食の提供割合を提示した。その上で、事務局にて現病歴や既往歴、持参薬等の各職種が得た情報から治療食が必要な患者を見つけ出して栄養課に連絡し、管理栄養士が治療食の必要性を判断して医師に提案する流れをフロー化して提示した。情報共有には入院時のチェックリストを利用することにより、見

け出しや栄養課への連絡が済んでいることが一目でわかる仕組みとした。プロジェクトチームにて、微調整した上で医局会にフローを提示した(図1)。そして、治療食提供を基本とし、治療食の指示が出ていない場合は包括的指示の基で管理栄養士の判断により依頼医を立て食事変更して事後承認をうける事とし、電子カルテの掲示板も使用する事により食事変更情報が必ず医師に伝わるようにするという運用を提案した。これにより、主治医と連絡が取れずに発生

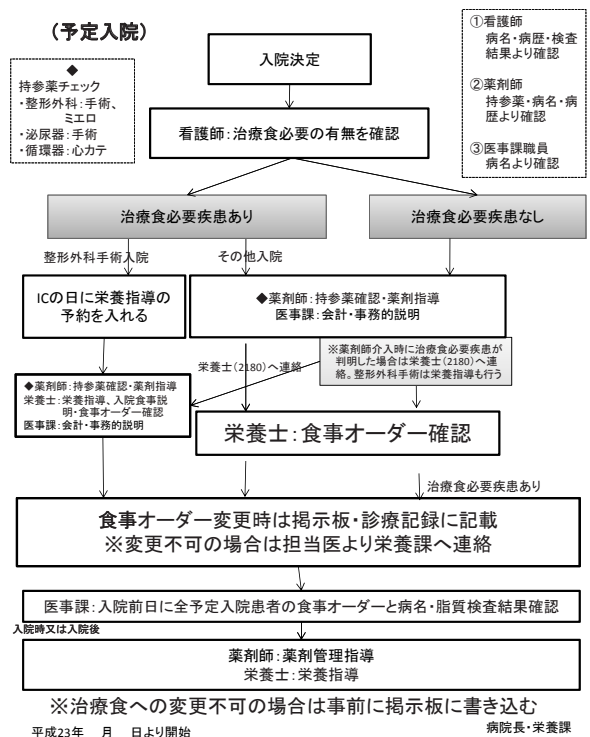


図1 治療食ルーチン化フローチャート

する治療食開始までの時間的ロスをなくすと共に、管理栄養士が能力を発揮しやすい環境を整えた。さらに、予定入院に関しては連携により対象者の見つけ出しを行った患者に対して、入院説明の日に栄養指導まで行うことを提案した。この取り組みによる効果も丁寧に説明し、医局会で承認を得て包括的指示を得ることが出来た為、基本的に管理栄養士が必要と認めた患者には治療食・栄養指導を導入し、不可の場合のみ管理栄養士へ連絡する体制が確立された。

また、主病以外の疾患に対する治療食提供に対して患者からの苦情があり、病棟でも積極的ではないという情報もあった。その為、各種会議にて提案して病院方針として行っていくことを明確にして院内環境を整えると共に、ホームページの入院案内やベッドサイドに設置している入院生活案内ファイル(図2)にチーム医療により治療食提供を促進していることを明示して患者に対しても周知を図った。

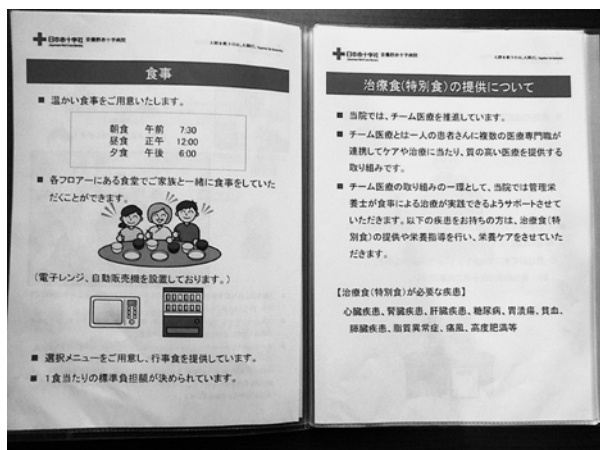


図2 入院生活案内ファイル

取り組みによる効果

取り組みによる効果を図る為、①患者単位での治療食提供割合の推移②食事単位での提供割合の推移③予定入院時の取り組みが主となる為、予定入院の多い2科での治療食推移④初日から治療食を提供できているかを見る為、食事開始と治療食開始の差の変化⑤栄養指導の推移の5項目について検証を行った。

まず患者単位で見ると、患者別治療食提供割合は管理栄養士がすぐに反応したこともあり、プロジェクトチームを行った9月から急激に上

昇し、H23.4の48.2%からH24.3には58.8%と10%以上の増加が見られた(図3)。しかし、4月から職員の退職が続いたこともあり、十分な成果が得られなくなってしまった。

食事数単位で見ても、同様にH24.4、H24.5に低下していたがその後増加していた(図4)。

予定入院の多い診療科でいくつか検証を行うと、まず眼科は取り組み前はほぼ治療食が0であったのに対し、取り組み後の9月以降は高い割合で治療食の提供がされるようになっていた(図5)。総数は少ないものの、効果が顕著に表れているものと考えられた。また、整形外科においても取り組み後の増加がみられた(図6)。

治療食の早期開始指標として整形外科の食事開始日と治療食開始日の差をみると、取り組み前後で食事開始初日から治療食が開始される0の割合が増加していた(図7)。

栄養指導については、マンパワーに限りがあり増加はしていないが、整形外科の指導件数の推移をみると、入院前に栄養指導に介入する事が出来るようになり、外来の指導件数が増加し

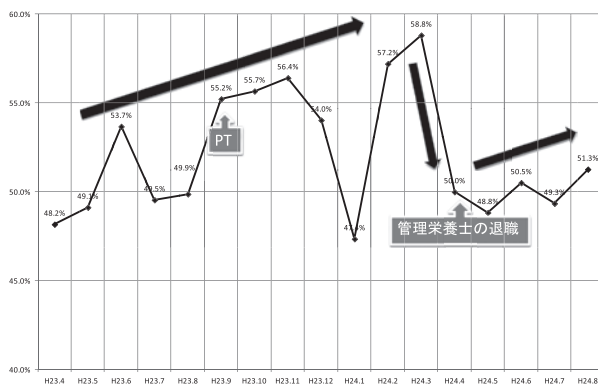
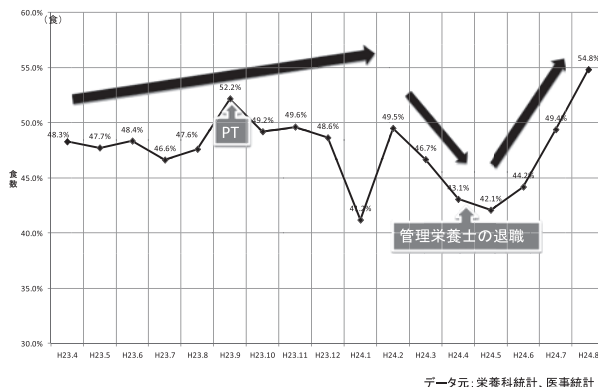


図3 退院月別患者別治療食提供割合



データ元: 栄養科統計, 医事統計

図4 月別治療食提供割合の推移

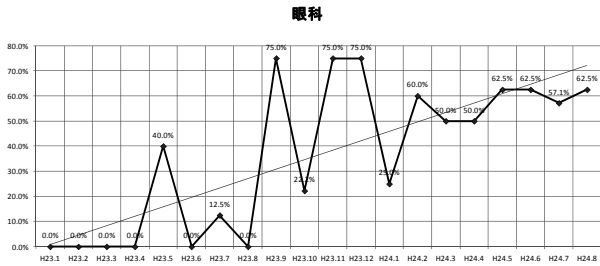


図5 退院月別患者別治療食提供割合（眼科）

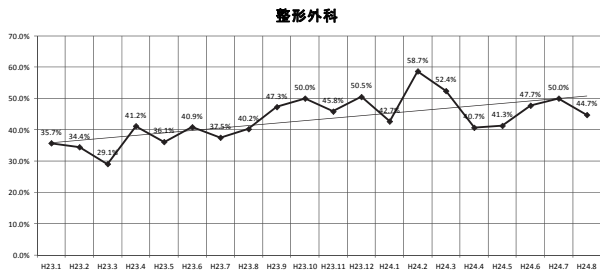


図6 退院月別患者別治療食提供割合（整形）

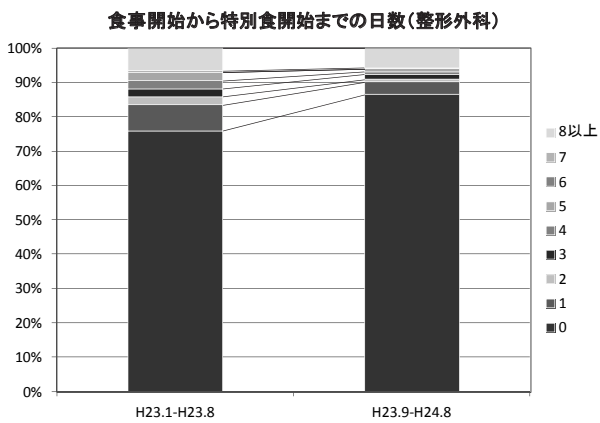


図7 食事開始から特別食開始までの日数（整形外科）

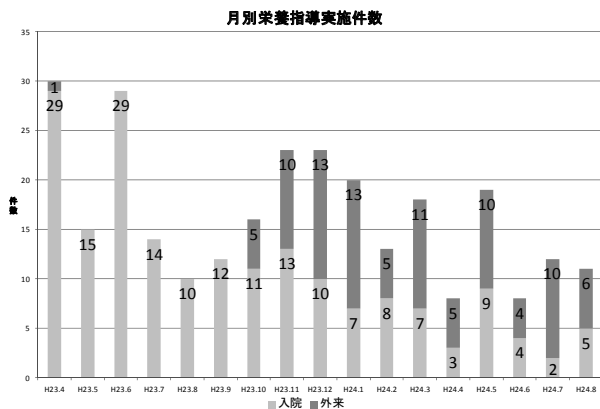


図8 月別栄養指導実施件数

ていた（図8）。これにより、入院前に食事療法を行った上で手術に臨むことが出来るようになったと考えられた。

結 語

今回の取り組みで入院に関わる専門職種が、それぞれの職域で得た情報を共有することにより医師の負担をほぼ増加させることなく、効率的に治療食対象患者のを見つけ出しを行う事が出来るようになった。さらに、入院前に対象患者の情報共有が出来るようになったことにより、入院初日から治療食を提供する事が可能となった。また、病院として包括的指示による実践的チーム医療を推進し、治療食を提供していく方針を明確にしたことにより、管理栄養士がその専門性を十分に発揮しやすい環境を作ることができたと考える。さらに、方針の明確化や取り組みにより、職員の食事治療に対する意識変化にもつなげる事ができたと考えられた。

今回の取り組みにより、予定入院の患者で治療食が必要であるにも関わらず、治療食の提供がされていない患者を効率的に見つけ出し、適切な食事を提供することが出来るようになったと考えられるが、これまで入院しているにも関わらず適切な食事を提供できていなかった患者が多数いたことも示唆する結果となった。

今後これらの食事への積極的介入が地域の健康増進に繋がっていくことを期待したい。

今後の課題

今回の取り組みにより、治療食の提供割合は増加しているが全員に栄養指導を行えるわけではなく、退院後も在宅で治療食を継続していけるよう工夫をしていく必要があると考えられる。今後、在宅でも意識した食生活を継続していける方法を模索していきたい。また、今回のルーチン化により予定入院時の仕組みは出来たが、緊急入院時の見つけ出し・情報共有の仕組みが出来ていない。今後、予定入院時のフローを徹底していくと同時に緊急入院時の仕組みを検討していく必要があると考える。

今回取り組み前後の推移を可視化したことにより、食事介入が必要な患者が多い事などが明確となった。また、補充はされたものの、管理栄養士1名の退職が大きな影響を与えることが顕著に表れていた。現在の管理栄養士の人数が妥当であるか検討していく必要があると考えら

れた。

今後、食事介入を進め、啓発活動を進める事により、地域の生活習慣病や生活習慣病により発症する疾患の動態についての影響を検証する

方法についても考えていきたい。

今回の取り組みのように、他の分野でも実践的チーム医療の推進により医療の質を向上していける仕組み作りを進めていきたい。