

医療機関における栄養食事指導と運動指導の実態と課題

健康スポーツマネジメントコース
5006A340-4 中西靖子

研究指導教員： 中村好男教授

研究の背景と目的

生活習慣病は食生活・栄養・食事摂取と身体活動・運動などの生活習慣が深く関与し、また、メタボリックシンドロームの内臓脂肪型肥満者、高血圧症、高脂血症、高血糖の合併症の増加と重症化、高齢者の増加と要介護者の増加により医療費が問題となっている。

医療機関では治療の一環として診療報酬制度により、継続できる栄養指導が実施されている。栄養指導の目的の基本は治療と再発予防と重症化予防を優先する第2次・第3次予防であるが、同時に生活習慣病を予防する第1次予防も包括した栄養指導を実施している。栄養指導時に栄養評価・栄養計画にエネルギー摂取とエネルギー消費バランス、回復と体力に関わる身体活動・運動の指導と実践に積極的に介入している医療機関もある。それぞれの指導では効果報告がされているが、同時介入の実態と効果は不明である。そのための促進要因と阻害要因を明らかにするために少数ではあるが医療機関の栄養部門の栄養指導と運動指導の実態を調査した。

研究方法

対象医療機関は国立大学・国立病院機構・自治体・共済組合系7病院と医療法人系7病院の管理栄養士数と栄養指導件数、指導時間、各医療機関における運動指導のシステムと問題点、要望などの促進要件と阻害要件を調査した。

研究結果の概要

1. 栄養食事指導

- ①. 栄養指導を担当する管理栄養士の配置は経営
- ②. 主体と認可病床数と栄養部門の構成により異なっていた。
- ③. 管理栄養士 1 人の 1 ヶ月平均栄養指導件数は

28.3 人であった。

- ④. 指導時間の平均は 31～45 分であった。
- ⑤. 指導の多い疾患は生活習慣病の糖尿病、高脂血症、高血圧症であった。
- ⑥. 集団指導も積極的に行われていた。

2. 運動指導

- ①. 栄養部門の運動行動は継続期・行動期は約 36%、準備期を加えると 50%であった。関心期は 43%であった。
- ②. 組織としての運動の担当は栄養部門、看護部門、リハビリ部門であった。
- ③. 担当者は管理栄養士 27%、医師 24%、看護師 19%、PT16%、健康運動指導士 11%、実践指導士 3%であった。
- ④. 運動指導の費用は自己負担なしの施設が 77%、自己負担 8%、自己負担と補助が 15%であった。
- ⑤運動指導内容はウォーキング 24%、軽いストレッチ 20%、日常生活と体操が 18%であった。

3. 自由記述での運動指導の介入の

(1)促進要因は

- ①. 栄養指導と同時に継続して受けることができる。
- ②. 患者にとって経済的自己負担が無い。教育入院などに包括されている。
- ③. 知識と実践の正しい情報の伝達がされている。
- ④. 集団指導は一緒に実践する仲間意識や意見交換によるモチベーションの高揚が図られている。
- ⑤医療スタッフとの信頼関係による効果が上げられていた。

(2) 阻害要因としては

- ①. 指導者としてのマンパワー不足、運動・身体活動の専門知識と実践技術の不足、運動プログラムに関してはプログラムを作成できるマンパワーの不足

- ②. 診療報酬の削減でマンパワーの人員不足
- ③. 運動実施の施設・設備の不整備
- ④. 組織活動のシステム・連携が出来ていないなどが上げられていた。

考察

1. 栄養指導と同時に運動指導に介入する機会は促進要因である。

全国の医療機関で働く管理栄養士は約 27,900 人、管理栄養士 1 人の 1 ヶ月平均栄養指導件数は 28.3 人であったことから、1 年間に約 945 万人の栄養指導を行うことが出来る。このことは同時に運動指導を行う機会でもある。

阻害要因は医療機関の栄養部門の 64%しか栄養食事指導時に介入していないことはである。各医療機関の組織全体でシステム化することが同時介入の改善につながると考える。

2. 運動指導介入の阻害要因と対策

- (1) 運動指導者としてのマンパワーの不足

医療機関の医療チームの医師、看護師、理学療法士、健康運動指導士、管理栄養士などの運動に関わるスタッフの最新の専門知識、技術が十分でないことが考えられる。各医療機関における運動プログラムを作成できるマンパワーの不足もある。医療機関では医師の指示の元にスタッフがコーディネートするが、実際に担当する専門の医師が少ない。また、疾患によってはメディカルチェックの対応が必要だが十分にされていない。知識不足と情報不足でケースカンファレンス参加で十分な意見交換が出来ない。医療機関における治療目的のリハビリの運動指導と生活習慣病に関わる運動指導方法は内容が異なり施設設備・器具も異なり、指導出来ない等の問題があげられていた。

課題として各医療機関で専門指導者のための人材確保と教育システムの構築を早期に図るべきと考える。

- (2) 診療報酬と経済的問題と対策

採算に結びつかないため運動指導は行わない医療機関、患者の自己負担で実施している医療機関、教育入院の一環として包括医療として実施しているなど様々である。モチベーションの場を広げ、医療機関と患者と共に価値観のある運動指導の継続方法を構築すべきと考える。

- (3) 指導方法の問題と対策

メタボリックシンドローム・生活習慣病に関わる糖尿病と肥満症等の運動療法は開発されているが、十分に活用されてはいない。対象者一人ひとりの行動変容を図るモチベーションでもある学習形態、学習方法の見直しと媒体の活用に配慮する。

- (4) 施設・設備・機器類に関しては医療機関の運動指導の取組みにより予算配分が異なるために格差が生じている。患者にとって設備・機器類も大事な動機づけではある。一人でも、集団でも、いつでも、どこでもできるウォーキングは施設・設備・器具を必要としないため介入が簡単、患者と医療機関において共に経済的負担の無い価値観の高い最適の運動と考える。

まとめ

身体活動・運動指導を行うことによる患者としての便宜性は体力の回復、疾患の改善などにより、QOL・ADL の向上が図れる。また、栄養食事指導と同時に運動指導を導入することにより、生活習慣病、メタボリックシンドロームの削減と高齢化社会の介護予防にもつながり医療費の削減になると考えるが、運動指導体制は不十分である。

そのためにも、運動指導の高度の専門知識と実技の向上のために定期的な教育・研修システムを構築し、実力のある多くの運動指導者を全国レベルで育成すべきと考える。