

# 山間部ならではの顔が見える連携で地域の課題解決を図る

地域一体型NSTをめざして、吾妻地区連携協議会を立ち上げ、胃ろうを中心とした連携を行ってきた原町赤十字病院。そこには、医療従事者同士の風通しのよい関係があった。

## NSTは立ち上げられた

吾妻地区の面積は、群馬県全体の約20%と広大である一方、総人口は7万人弱(県全体の約16分の1)と決して多くはない。原町赤十字病院は、この吾妻地域の南東、山岳丘陵地帯に囲まれた盆地に位置する中核病院(227床)である。

同院では、2005年6月にNSTを立ち上げたが、当初からこの活動を院外からの医療関係者の参画へとつなげていく機運があったという。第一外科部長・NSTチェアマンを務めている内田信之医師は、「山間部にあるという当院の地域性を考えると、人口減少や少子高齢化が進んでいます。そして、医療では医師の偏在による不足という問題も抱えています。こうしたことを踏まえると、地域一体型NSTをめざしていくことが、社会的に求めら

れているのではないかと捉えました」と話す。

そのため、NST活動開始と同時に月1回開くようになった勉強会では、当初から院外の医療関係者にも広く参加を呼びかけていた。この会では合同カンファレンスが行なわれ、参加する各施設が抱える栄養療法の問題点を議題として挙げ、共有していくうちに、管理栄養士、看護師、歯科衛生士、地域の介護施設職員など、多くの院外からの参加者が集うようになったという。そして06年からは吾妻地区NST学術講演会として年1回、NSTの活動を発表する場を設けて、研鑽を積んでいった。

## 胃ろうを中心にネットワークづくりが進む

こうした活動をおして吾妻の地域全体で取り組んでいくべき課題を探ってきた同院NSTメンバーや参加者

となった場合、それまでの栄養管理の情報やサマリーという形で統一化して提供しようと模索している。協議会内で共有することが望まれる情報を検討し、サマリーには、「造設理由」「造設日」「胃ろうの種類」「栄養剤の種類と選択理由」「注入力・注入力速度」「次回交換日」などの項目を入れ込む予定だ。退院後も継続して患者とかわかり、支えてい

けるように、今回の交換日を入れ、胃ろうボタン・チューブ交換申し込み用紙につなげる仕組みだ。

## 次の課題は摂食・嚥下障害 口から食べる支援方法を探る

胃ろうを中心にネットワークをつくってきた吾妻地区NST連携協議会は、次の重点課題として、「摂食・嚥

は、より組織的で実践的な活動に昇華させようと、07年4月よりこれまでの勉強会を「吾妻地区NST連携協議会」として発展させた。そして、この協議会の中心的な役割を担った、原町赤十字病院看護師の山田さんらの調査により、各施設がもつとも困っていた「胃ろうのネットワークづくり」を協議会として推進させていくことになったという。

「当院で02年から06年の間に胃ろう増設を行なった患者さん、151名の転帰先を調査した結果、半数以上は他院や地域の介護施設などに転院していることがわかりました(図1)。しかし、私たちは胃ろうを造設したのちに、ほかの医療機関、介護施設との連携をこれまでほとんど行なっていなかったのです。これは大きな問題だと感じました(山崎さん)」。胃ろうをつくる手技や造設直後の管理も重要であるが、「もつとも大切な

この調査をもとに、さまざま原町赤十字病院内に胃ろうトラブル時の相談窓口を設置。さらに、胃ろう造設後の患者転院先から、胃ろうボタン・チューブの交換をより円滑に行なうため、協議会内で胃ろう交換を施行する原町赤十字病院、西吾妻福祉病院、沢渡温泉病院の3病院共通の申し込み用紙を作成し、受け入れのネットワークを確立した(図2・3)。この用紙は、

下障害への対応を挙げている。協議会メンバーの介護施設職員たちから、現在提供している食事が適切なのかという判断が難しいという声が多数上がってきたからだ。急性期病院からの退院後、長期の療養生活のなかで、加齢とともに摂食・嚥下機能が低下していく人がいる一方、食形態のアップが期待できる人もいる。しかし、その

胃ろうボタン・チューブ交換申し込み用紙

平成 年 月 日

原町赤十字病院 7階病棟

このたび下記患者様に胃ろうボタン・チューブ交換(外来・入院)をお願いします。

(患者様の基礎データ)

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男・女

生年月日 M・T・S 年 月 日

基礎疾患 \_\_\_\_\_

胃ろう造設日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 造設施設名 \_\_\_\_\_

胃ろうボタン・チューブ最終交換日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 交換施設名 \_\_\_\_\_

現在の胃ろうボタン・チューブ種類 品名 \_\_\_\_\_

(バンパー・バルン)型/(ボタン・チューブ)型

サイズ \_\_\_\_\_ Fr \_\_\_\_\_ cm

1、現在の経腸栄養施行 有・無

有の場合 経腸栄養剤の種類 \_\_\_\_\_ (液体・半固形)

回数 \_\_\_\_\_ カロリー \_\_\_\_\_ kcal

2、夜間不穏 有・無

3、交換後の転帰 在宅・貴院(貴施設)・その他医療施設(施設)

4、問診

①胃ろうトラブル(漏れ、発赤、不良肉芽など)はありますか?

はい 症状 \_\_\_\_\_ ・いいえ

②胃ろうボタン・チューブの上下および回転の動きは可能ですか?

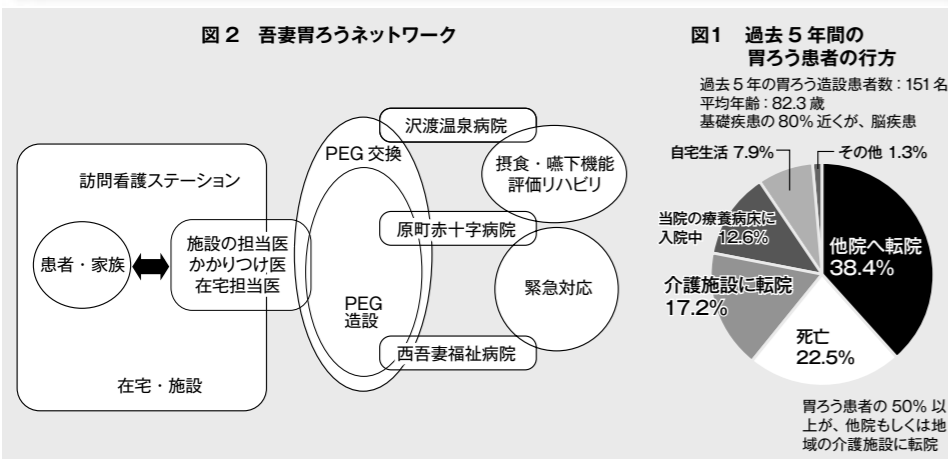
上下 可能・不可能 回転 可能・不可能

③抗凝固薬を服用していますか?

はい (種類 \_\_\_\_\_) ・いいえ

申し込み施設名 \_\_\_\_\_ 連絡先 TEL \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_



吾妻地区NST連携協議会のメンバー。内田信之医師(前列左より2人目)を中心にその結束は固い

以前から、1999年より、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、臨床検査技師、などのチームで取り組む糖尿病クリニカルパスを導入し、実施してきた。このパスでは、2週間の教育入院のなかで糖尿病についての基礎知識、良好な血糖コントロールの方法などを学んでもらい、確実な成果を

超える医療機関のうち、約半数が内科を標榜しているが、糖尿病の専門医はわずかに3人しかいない。そのうちの2人は泉大津市立病院に勤務しているという事情から、この地域連携パスは院内の糖尿病医療チームで作成、院内クリニカルパス推進委員会での検討を経た後、医師会で再検討を行なって導入となった。

眼底検査、頸動脈エコー、心エコー、ABIなどの検査を行なうとともに、食事療法、運動療法、薬物療法についての指導が、この期間に行なわれる。管理栄養士によるかわりは、個人栄養指導が入院中に2回、集団栄養指導は第一木曜日と第二火曜日に行なわれているので、その期間の入院患者は必

「これまで、この糖尿病地域連携パスの利用者は、13診療所からの紹介で29名に実施されました。糖尿病パス入院期間の血糖値の改善率は100%。しかし、この期間中は病院食を食べているだけで食事療法はできていないわけですから、本当に大切なのは、退院後にどれだけ良好な血糖を維持できるのか、になります。そのため、まず自分の食事の問題点を考えてもらって、退院後に食事をつくる、選ぶ、適量を摂取するなどに対するやる気を引き出すことを心がけています」(佃さん)

## 糖尿病地域連携パス

泉大津市立病院 (大阪府泉大津市)

# 良好な血糖コントロールの持続が重要 退院後の栄養指導に取り組む

糖尿病クリニカルパスを早くから実施するなど、泉大津地区の糖尿病患者の療養生活を支えてきた泉大津市立病院。地域連携に乗り出した同院の取り組みを紹介する。

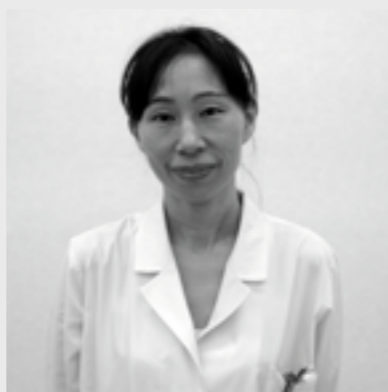
## 泉大津医師会と協力し 地域連携パスを導入

退院後の栄養管理が必要な患者について考えるとき、自己管理をしながら自宅で生活することとなる、糖尿病患者への継続的なかわりということが思い浮かぶ。この重症化予防にいかに取り組んでいくのかは、管理栄養士にとって大きな課題である。泉大津市立病院では、07年3月26日より「糖尿病地域連携パス」を開始し、この課題に取り組んできた。

糖尿病患者のなかには、自分自身の判断のもとに治療を中断してしまう人が多い。そこで、退院後にかかわっていく開業医の医師と協力し、地域で共通のルールに基づいた糖尿病の診療体系を構築しようと、この地域連携糖尿病パスの発想にいたったのだという。

糖尿病地域連携パスはまず、同院における糖尿病パス入院から始まる。そして、患者は診療スケジュール表に沿って、毎月診療所の連携医の診療を受け、退院後3カ月目には病院での栄養指導を、そして6カ月毎に病院の糖尿病外来にかかるという体制をとっている(図1・2・3)。

「この糖尿病パス入院の真の成果は、退院後3カ月後の栄養指導やそれ以降に確かめることとなる。その後の栄養指導を行なった患者ようすについて佃さんは、多くの患者が頑張っていて、血糖コントロールも入院前より低値であったと手ごたえを感じると同時に、日々疑問に思う点が次々と出てくるた



泉大津市立病院栄養管理科技術長補佐の佃暁子さん

Column 上岡 薫さん 医療法人天神会新古賀病院栄養科科長

## 脳神経外科を主とした栄養管理地域連携パスの試行

当院は平均在院日数12.7日(2008年上半年期)の急性期病院です。NSTの活動を行なうなかで、栄養管理が完結していない時期に転院あるいは在宅へと移行することが多い現状を踏まえ、退院後も適切な栄養管理を継続することを目的として、「栄養管理地域連携パス」を作成しました。

連携パスを行なう準備として、07年9月より従来から仕様していた栄養管理計画書の書式を、栄養管理の経時変化が一目で分かるように改変し、当院の栄養管理パスにも使用できるよう記載事項の統一化・標準化を図りました。試験的に運用を開始するにあたっては、連携パス対象者の抽出をNSTで検討した結果、経腸栄養(経鼻・胃瘻)を施行中の患者さんで始めることとなりました。

対象者は、低栄養状態で、嚥下障害があり経腸栄養を施行中の患者さんが主体で、脳神経外科が大半を占めます。このような患者さんは、急性期治療後、自宅退院よりも転院の割合が圧倒的に多いのが現状です。転院先は、リハビリを目的とした回復期病院が多く、そのなかで当院から転院する頻度の高い2つの病院と連携パス試行のための話し合いをしました。合同会議では、現在当院で実施している栄養管理の概要や試行パスシートの紹介を行なうと同時に、回復期病院が必要とする情報や意見を聞き、より使用しやすいパスシートを検討していきました。転院時に必要な栄養管理上の情報として、食事形態や濃厚流動食の種類と選択理由、投与栄養量、PEGの種類や交換日、嚥下評価の種類、糖尿病薬など栄養投与に関連する投薬の有無などが挙げられ、これらの内容を取り入れた連携パスを作成しました。さらに、当院で実施された栄養管理が、その後の患者さんの栄養状態にどのような効果をもたらしたのかを確認したいという気持ちから、患者さんの回復期病院入院中に実施された栄養管理の経過について、当院へのフィードバック手段などを話し合いました。運用当初は、急性期病院と回復期病院とは同じ内容のパスシート運用は難しいのではないかと考えていましたが、

評価を行なう職種がないため、変更が求められるケースが少なからずあるようだ。そこで、リハビリ専門職がない場で、看護師や管理栄養士、ケアワーカーらでできる簡単な摂食・嚥下の機能評価方法のポイントを、定期的に講習していく予定だという。

NSIの勉強会のときから参加をしている、特別養護老人ホームからまつ荘のケアマネジャー土屋江子さんは、この協議会について、「介護施設に勤める職員が、連携先の方々と直接意見交換をできる場をもっていることは、本当に珍しいことだと思います。困っていることはお互いにアドバイスをし合えますし、胃ろうや摂食・嚥下障害への対策のように、地域全体で解決していこうという姿勢が非常に心強いです」と話す。

## 転院先の病院から 寄せられたパスの効果

連携パスの運用後も合同会議を実施しており、回復期病院からみた連携パスの効果について、「栄養剤や投与ルートが選択された経緯として、当院で施行した嚥下造影・嚥下誘発テストなどの嚥下評価やPEG造影の結果を基に、栄養管理の経時的情報の詳細がわかりやすくなり、役に立っている」といった意見も聞かれるようになってきました。また、急性期治療が終わり転院を迎えた患者さんが、その後、十分なリハビリにより経口摂取に移行し自宅退院された情報などが送られてくることで、当院NSTスタッフも栄養管理を連携し実施することの大切さを実感しています。この試みは患者さんの栄養管理を他施設と協同行なうことで、互いに栄養に関する情報のやり取りができるようになり、今後の栄養療法の向上にも繋がるものと考えています。さらに当院が立地する久留米地区では、脳卒中地域連携パスがまもなく施行開始となります。栄養管理に関する連携はリハビリテーションの連携とともに脳卒中の治療には重要な役割を担うものと考えられ、今後この栄養管理地域連携パスの使用範囲が広がるものと考えられます。

栄養療法は医療の基盤となるものです。急性期から回復期、さらには維持期までの切れ目のない栄養管理が必要なことは言うまでもありません。今後も栄養管理連携パスの改良を重ね、連携先を増やし、さらに発展した栄養管理を検討していきたいと思