

# 愛宕臨床栄養研究会 (ACNC) 第65回学術研究会

## — 患者支援・医療連携センターによる在宅療養患者支援 —

日時：平成21年3月6日 午後6時-7時30分

会場：東京慈恵会医科大学 西新橋校 大学1号館5階講堂

司会：木下 博子（東京慈恵会医科大学附属病院看護部）

### 演題1：PED造設により栄養状態が改善した1症例

東京慈恵会医科大学附属病院栄養部

渡辺 裕子

背景：東京慈恵会医科大学附属病院（当院）では、平成18年から入院患者の栄養改善を目的に、栄養サポートチーム（Nutrition Support Team, NST）の活動を開始した。構成は医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士、事務員となっている。当院は1,000床を超える規模であるため、当初は関与する病棟を限定してNST活動の基礎を構築することとなった。対象病棟は現在8病棟とし、血清アルブミン値3.0mg/dl以下の患者を低栄養患者としてリストアップしている。また、対象病棟外でもNST依頼があれば介入は実施している。

今回報告する症例は、対象病棟に入院しており、低栄養患者としてリストアップされていたが、既往にうつ病があり本人の「食」への思いが弱く、NST介入は入院後1ヵ月が経過した頃であった。しかし、仙骨部にIV度の褥瘡があり、褥瘡チームは入院時より介入をしていた。

症例：68歳、女性。主訴、食欲低下。既往に乳癌手術、胃癌手術（ビルロートI法）、うつ病、原発性胆汁性肝硬変（PBC）。当院入院前は反復するダンピング症候群のため他院へ入退院を繰り返し、その後は療養型施設へ入所していた。本人の強い希望があり、精査加療目的にて当院入院となった。

経過：介入前後の血液生化学的評価は以下の通りであった。

入院時 Alb 1.2 g/dl, Hb 6.3 g/dl, ChE 365 IU/L

退院時（入院より78日目）Alb 3.1 g/dl, Hb 10.1 g/dl, ChE 2328 IU/L

外来時（入院より285日目）Alb 3.0 g/dl, Hb

14.0 g/dl, ChE 3359 IU/L

課題：本症例のように、内視鏡的十二指腸瘻造営術（PED）造設、褥瘡がありながら退院、自宅療養が可能となったケースは稀である。さらに、本症例はその後訪問看護により褥瘡が改善するとともに、経口摂取が可能となり、PEDからのツイインライン投与を経て、PEDからも離脱することができた。今後、必要栄養量が不足することが考えられ、不足分を補うよう指導を実施する必要がある。当院のような急性期病院では患者の退院後のケアをすることは難しく、本症例と同様な症例を今後どのようにケアしていくかが課題である。

### 演題2：患者支援・医療連携センターの現状と課題

東京慈恵会医科大学附属病院患者支援・医療連携センター

坂本 恭子

#### 1. 患者支援・医療連携センターについて

平成18年に、医療連携部門（事務6名、看護師1名）、ソーシャルワーク部門（メディカルソーシャルワーカー5名）、在宅療養支援部門（看護師4名）の3部門を統合する形で設置された。センター長1名・副センター長2名は医師が兼務している。3部門が協働して地域と有機的につながり、患者中心の医療を積極的に推進することが目的である。バランススコアカード（BSC）ビジョンとして「つなぐつながる 患者支援・医療連携センター」を掲げている。

#### 2. 当院の退院支援の特徴

院内にある専門チーム、たとえばNST、褥瘡対策チーム、緩和ケアチームなどとも、必要性をアセスメントして積極的に連携をとり、退院支援をおこなっている。当院の退院支援活動は、病棟主体で行われることを目標としており、各病棟にディスチャージナースを設置して、センターナー

スと必要時協働してすすめている。センターナースの役割は、退院後の生活を考えていけるように働きかけ、患者さんが安心して治療後も生活していくためのサポートである。具体的には、病棟ディスチャージナースの育成、必要に応じた地域連携の窓口業務、状況に応じた在宅療養セルフケアアドバイスを、病棟ナースや患者・家族に行っている。当院では、転院よりも自宅に帰る患者さんが多く、在宅に向けた退院支援が重要である。退院支援件数のうち、約20%の患者さんが何らかの栄養管理を必要としている。さまざまなツールを利用して、退院支援をおこなっている。

### 3. 事例

患者支援・医療連携センターが関わった経管栄養に関連する退院支援の実際と、地域連携について事例も含め紹介する。

#### ① パーキンソン病で、経管栄養を新規導入

し自宅退院したケース

#### ② 下肢切断した方が、経管栄養を新規導入して自宅退院したケース

### 4. 今後の展望と課題

早期からNSTと連携をとり、退院後の生活を見据えた栄養管理を目指すことを今後行っていきたい。具体的には、(1)安全に、より質の高い栄養摂取ができるように調整すること、(2)介護負担を軽減できるような栄養摂取方法の工夫をすること、(3)患者さんのQOLを考慮した退院支援活動を、大学病院と特定機能病院の機能を最大限に提供しつつ、病棟が中心となり、専門チームや地域サポーターなどと連携して行えること、がある。栄養は体をつくる大切な要素であり、患者さんが自宅に帰っても、栄養についてサポートできる体制を作っていきたい。