第16回　千葉県 NST ネットワーク

プログラム・抄録集

日　時：2009 年 12 月 19 日(土) 14：00 ～ 18：00

場　所：アパホテル＆リゾート　東京ベイ幕張ホール 2 階

千葉市美浜区ひび野 2 丁目 3 番

TEL　043-296-1111（代表）

共　催：千葉県 NST ネットワーク

㈱大塚製薬工場

イーエヌ大塚製薬㈱

後　援：日本静脈経腸栄養学会

お知らせ

1.一般演題の演者の皆様へ

1) 発表形式：口演はすべて PC を用いた発表です。
   操作は講演台上のキーボードとマウスで行って下さい。
2) 発表時間は 7 分　討論時間は 8 分(計 15 分)
3) 発表データは Power Point で準備してください。
   (下記の“ PC 発表用データ作成上のお願い ”を参照してください)
4) 発表データは USB メモリーまたは CD-R(RW 不可)に保存してご持参ください。
   (バックアップは必ずご持参ください)
5) セッション開始 40 分前までに受付(会場外の受付横)に提出し、試写にてご確認下さい。
6) 当日会場に設置される PC の OS は Windows XP です。
7) 一般演題での PC 本体の持込は原則として受け付けません。

＊ なお、ハードディスク上に取り込まれたデータは、本研究会終了後に責任をもって一括消去いたします。

[PC 発表用データ作成上のお願い]

1) 使用できるアプリケーション：Windows Power Point 2000/2002/2003/2007
2) フォントは OS 標準のみ御使用ください。
3) 画面の解像度は XGA(1024×768)でお願いたします。
4) 受付(会場外の受付横)での修正はできませんのでご了承ください。
5) 動画や音声ファイルの使用はご遠慮ください。
6) Mac OS で作成されたスライドは、Windows では文字がズレることがありますのでご注意下さい。

2.討　論

討論進行の能率化のため、討論希望者は座長の指名に従い、所属、氏名を述べてから発言をお願い致します。

3.参加費及び参加証

受付で参加費(医師 1,000 円、コメディカル 500 円)をお支払い下さい。その際、受け付けで参加証をお渡し致します。尚、参加証は NST 専門療法士受験資格及び更新時の 5 単位となりますので、各自で保管をお願い致します。

当番世話人／帝京大学ちば総合医療センター	安田　秀喜	先生
代表世話人／千葉県済生会習志野病院	山森　秀夫	先生
世　話　人／千葉県救急医療センター	相川　光広	先生
東葛クリニック病院	秋山　和宏	先生
独立行政法人国立病院機構下志津病院	一木　昇	先生
君津中央病院	江尻　喜三郎	先生
千葉市立海浜病院	太枝　良夫	先生
鎌ヶ谷総合病院	大森　敏弘	先生
亀田総合病院	片多　史明	先生
国保小見川総合病院	勝浦　譽介	先生
順天堂大学医学部附属浦安病院	木所　昭夫	先生
八街総合病院	椎名　裕美	先生
国保松戸市立病院	芝﨑　英仁	先生
国保旭中央病院	紫村　治久	先生
東京女子医科大学八千代医療センター	城谷　典保	先生
千葉大学大学院医学研究院	鍋谷　圭宏	先生
成田赤十字病院	西谷　慶	先生
独立行政法人国立病院機構千葉医療センター	森嶋　友一	先生
会 計 監 査／井上記念病院	大坪　義尚	先生
事　務　局／千葉県済生会習志野病院	古川　聡子 (旧姓：川島)	先生

プログラム

世話人会；　13:30～14:00
アパホテル＆リゾート（東京ベイ幕張ホール１階　福寿の間）

情報提供；　14:00～14:10
「（株）大塚製薬工場の輸液・栄養製品について」
（株）大塚製薬工場　学術部

開会の挨拶；　14:10～14:15
当番世話人　安田秀喜（帝京大学ちば総合医療センター外科）

一般演題（１）　14:15～15:00

座長　木所昭夫　先生（順天堂大学医学部附属浦安病院　がん治療センター）

１．NST 立ち上げの経緯と現状、今後の課題について 2

国立国際医療センター国府台病院　栄養管理室[1)]　救急科[2)]　消化器科[3)]
外科[4)]　精神科[5)]　看護部[6)]　薬剤部[7)]
臨床検査部[8)]　臨床研修医[9)]

○鈴木知子[1)]　河野公子[1)]　近藤純子[1)]　長濱誉佳[2)]　小池貴志[3)]　三原史規[4)]
安井玲子[5)]　今井千鶴子[6)]　平野光枝[7)]　大嶋秀元[8)]　足立洋希[9)]

２．当院における NST 活動の現状と課題 3

井上記念病院　外科[1)]　内科[2)]　栄養課[3)]　看護部[4)]　薬剤部[5)]　検査科[6)]
リハビリテーション科[7)]

○大坪義尚[1)]　鈴木啓司[2)]　曽川典美[3)]　山内幸恵[3)]　黒田ともみ[4)]　森山瑞穂[4)]
黒川智子[4)]　川端若子[4)]　林　明日香[4)]　柳川里美[4)]　田中めぐみ[4)]
北野亜希子[5)]　山崎家春[6)]　原田史子[6)]　木津真幸[7)]

３．化学療法を受ける患者への食事の工夫
―選択式メニューを考案・導入して― 4

医療法人三矢会八街総合病院　５階病棟[1)]　栄養科[2)]　看護部[3)]
栄養委員会・ＮＳＴ[4)]

○古川なるみ[1) 4)]　折笠幸枝[1)]　黒田理佐[1)]　鴨志田智子[1)]　香取喜美枝[1) 4)]
小倉栄子[2) 4)]　齋藤秋子[2) 4)]　園田深雪[3) 4)]

一般演題（２）　15:00～15:45

座長　鍋谷圭宏 先生（千葉大学大学院医学研究院　先端応用外科）

４．術前患者への経口補水液（OS-1）投与 6

社会保険船橋中央病院　栄養部[1)]　麻酔科[2)]

○白田有希[1)]　佐々木博[1)]　桜井康良[2)]　三村文昭[2)]

５．ゼリー状濃厚流動の形状及び調理の工夫により栄養改善が見られた１例 7

独立行政法人労働者健康福祉機構 千葉労災病院　栄養管理部

○根本總子　雄賀多聡　三村正裕　宮崎房枝　前原みはる　小磯薫代
沼田真理　黒須智博　田丸一之　山本晋美祥　岩本明子　吉竹信子
中村美智子

６．食道癌化学療法施行中患者における TPN 管理
～TPN による電解質コントロールに NST 早期介入が有効であった１例～ 8

国立がんセンター東病院　薬剤部[1)] 化学療法科[2)] 消化管内科[3)]
上腹部外科[4)] 頭頸科[5)] 看護部[6)]、
栄養管理室[7)]、臨床検査部[8)]

○廣井明夫[1)]　伊藤國明[2)]　矢野友規[3)]　高橋進一郎[4)]　宮崎眞和[5)]
齋藤智恵美[6)]　岡田教子[6)]　北澤和香奈[6)]　落合由美[7)]　赤坂さつき[7)]
鈴木朋美[7)]　隠塚　恵[7)]　五十嵐　妙[7)]　松丸　礼[7)]　澤田周矢[7)]
後藤美樹[8)]

一般演題（３）　15:45～16:45

座長　城谷典保 先生（東京女子医科大学八千代医療センター　外科）

７．患者さんの希望を満たす食事内容の改善について 10

千葉県がんセンター　ＮＳＴ

滝口伸浩　池田篤（消化器外科）　藤里正視（緩和医療科）　実方由美
小倉由美　山田恭子　神代尚子（看護部）　青山慎一（薬剤部）
羽田真理子　綿引一成（検査部）　河津絢子　○上野千代子（栄養科）

８．地域で生活する要介護高齢者の栄養支援
ー訪問歯科診療で行う摂食・嚥下リハビリテーションー 11

東京歯科大学　摂食・嚥下リハビリテーション・地域歯科診療支援科

○石田　瞭　大久保真衣　杉山哲也

９．ディスポタイプの栄養剤用バックの導入について 12

帝京大学ちば総合医療センター　　栄養部[1)]、NST 看護部[2)]、NST 外科[3)]
○最上美女江[1)]　高橋弘美[1)]　佐々木奈緒美[2)]　佐藤理絵[2)]　高田万貴子[2)]
小林敦子[2)]　今井健一郎[3)]　安田秀喜[3)]

１０．当院における胆道癌および膵癌の術後栄養管理 13

千葉県済生会習志野病院　臨床栄養部[1)]　薬剤部[2)]　看護部[3)]　外科[4)]
○古川聡子[1)]　赤尾 恵[1)]　石場やす子[1)]　井上小百合[1)]　満田浩子[1)]
柴田直樹[2)]　篠塚美佐子[3)]　宮内康子[3)]　山森秀夫[4)]

コーヒー＆クッキータイム　　16:45～17:00

特別講演　　17:00～18:00

司会：千葉県 NST ネットワーク　代表世話人
千葉県済生会習志野病院　　院長　山森秀夫 先生

「高齢者の栄養管理」

厚生連高岡病院　外科 診療部長　大村健二 先生

閉会の挨拶　　千葉県 NST ネットワーク　代表世話人　　山森秀夫　先生

抄録集

<<一般演題>>

（１）

14:15～15:00

座長：順天堂大学医学部附属浦安病院

がん治療センター

木所 昭夫 先生

演題１：

NST 立ち上げの経緯と現状、今後の課題について

国立国際医療センター国府台病院　　栄養管理室[1)]　救急科[2)]　消化器科[3)]
外科[4)]　精神科[5)]　看護部[6)]　薬剤部[7)]
臨床検査部[8)]　臨床研修医[9)]

○鈴木知子[1)]　河野公子[1)]　近藤純子[1)]　長濱誉佳[2)]　小池貴志[3)]　三原史規[4)]
安井玲子[5)]　今井千鶴子[6)]　平野光枝[7)]　大嶋秀元[8)]　足立洋希[9)]

【1.目的】平成２０年４月１日、「国立精神・神経センター国府台病院」から「国立国際医療センター国府台病院」に組織替えをし、急性期慢性期混合の総合病院としてスタートした。これを機にＮＳＴを立ち上げた経緯と現状、今後の課題について報告する。

【2.方法】平成２０年９月ＮＳＴ立上げを施設へ提言、１０月毎月の検査依頼を医師に提言、１２月栄養管理委員会で当院入院患者の現状からＮＳＴの必要性を説明、平成２１年１月臨時の委員会で組織等決定、治療食指針の全面改定、２月ＴＮＴ研修参加、６月ＮＳＴ稼働開始、ラウンド実施にあたり病棟リンクナースへアプローチ実施、７月全スタッフ対象の研修会を開催しアンケート調査実施。

【3.結果】検査結果より、ＡＬＢ３．０ｇ／ｄｌ未満の患者は２０％程で、癌・肺炎・骨折・ＡＮ等摂食障害患者であった。ＯＨスコア、栄養スコアでの点数化により栄養評価の標準化が図れた。ＮＳＴ研修会には５３名が参加、アンケート結果から３３％が他施設経験者であつた。

【4.考察及び結論】ＮＳＴの主たる目的は患者個々にあった効果的な栄養管理を提言することであるが、質の高い医療の提供を行うのは全スタッフであることを意識付けしていく必要があると感じた。また、今後は当院の特色である肝炎・免疫研究センターに関わる患者の栄養管理や高齢者、精神科患者の在宅栄養管理・地域医療連携等にも介入可能なシステムを構築していきたい。

演題２：

当院における NST 活動の現状と課題

井上記念病院　外科[1)]　内科[2)]　栄養課[3)]　看護部[4)]　薬剤部[5)]　検査科[6)]
リハビリテーション科[7)]

○大坪 義尚[1)]　鈴木 啓司[2)]　曽川 典美[3)]　山内 幸恵[3)]　黒田 ともみ[4)]
森山 瑞穂[4)]　黒川 智子[4)]　川端 若子[4)]　林 明日香[4)]　柳川 里美[4)]
田中 めぐみ[4)]　北野 亜希子[5)]　山崎 家春[6)]　原田 史子[6)]　木津 真幸[7)]

当院は JR 千葉駅から徒歩 5 分という立地条件にある、内科、外科、整形外科、泌尿器科、眼科、皮膚科、リハビリテーション科を有する病床数 176 床の私立病院であり、そのうち 126 床が急性期、50 床が療養型病床である。電子カルテが平成 13 年暮れから完全導入され、NST 委員会は平成 15 年 9 月に立ち上げ回診など実際の活動は平成 17 年 4 月から本格的に開始し、現在、回診は急性期病床で週に 1 度、療養型病床では 2 週に 1 度の頻度で行っており、この千葉県 NST ネットワークでも平成 19 年 5 月に現状報告の機会を与えていただいている。

その後 2 年半を超える NST 活動により看護師をはじめとする院内スタッフの栄養に対する関心は確実に高まってきておりそれにつれ知識も徐々に増えてきていることは実感できるが、それを個々の患者さんに十分役立てられるところまでにはまだ至っていない。

今回、現状を分析したところ以下のような問題点が浮かび上がった。

① SGA が有効利用されていない
② 経口摂取ができない（または止められている）患者に対しての NST の関わり方
③ 認知のある患者に対しての NST の関わり方

以上の項目を改善するための工夫を考えた。
これが実行できればさらに充実した NST 活動になり、アウトカムもはっきりしたものが得られてくることが期待される。

演題３：

化学療法を受ける患者への食事の工夫

―選択式メニューを考案・導入して―

医療法人三矢会八街総合病院　　５階病棟[1)]　同　栄養科[2)]　同　看護部[3)]
同　栄養委員会・ＮＳＴ[4)]

〇古川なるみ[1)4)]　折笠幸枝[1)]　黒田理佐[1)]　鴨志田智子[1)]　香取喜美枝[1)4)]
小倉栄子[2)4)]　齋藤秋子[2)4)]　園田深雪[3)4)]

〈 目的 〉

化療療法は、患者の多くに悪心、嘔吐、下痢などの消化器症状を伴う副作用が出現する。食欲不振による栄養状態の低下を来さない為にも、食事の摂取量をあげる事は重要である。今回、栄養科と連携し、選択メニュー「なごみ食」に取り組んだので報告する。

〈 対象〉

当院五階病棟外科に入院し、化学療法を受けた患者１２名。

〈 結果 〉

対象者１２名中、なごみ食を選択した患者は８名。普通食を選択した患者は４名で食欲不振はなかった。なごみ食を選択した患者８名中６名は５段階評価の「やや満足」で、２名が「やや不満」であった。「次回もなごみ食を希望したい」が６名「わからない」が２名であった。「自分で選べる」「３食デザートが付いた」「麺類が多かった」などが良い点としてあげられ、「選ぶのが面倒」「その日に選べない」などの意見もあった。選択式を取り入れたことにより、患者が自分で選んだという事も、食欲増進につながったと思われる。

〈 結論 〉

今後も、患者の声を受け止め、病棟と栄養科の連携を図り、個々の症状にあった食事が提供できるよう、「なごみ食」をより良いものにしていく必要性を痛感した。

<<一般演題>>

（２）

15:00～15:45

座長：千葉大学大学院医学研究院

先端応用外科

鍋谷　圭宏 先生

演題４：

術前患者への経口補水液（OS-1）投与

社会保険船橋中央病院　栄養部　○白田有希　佐々木博
麻酔科　　桜井康良　三村文昭

【はじめに】
術前の患者は麻酔導入時の嘔吐を避ける目的で術前の経口摂取制限が課される。これは患者へ身体的・精神的に負担をかけることになる。我々は吸収時間が短いOS-1 を使用し、絶飲食時間の短縮と術前輸液の簡略化だけでなく、患者負担と看護師業務の軽減を目指した。
【対象と方法】
麻酔科医が術前診察をする際に、術前指示で OS-1 を処方した。OS-1 の指示は看護師から病棟に引き継がれ、食事として、コンピューター入力された。麻酔科医の指示に基づき、看護師側より OS-1 を患者に渡し、絶飲食時間を指示した。
OS-1 導入による患者及び看護業務への影響を調査した。
【結果】
手術患者全ての科に OS-１が処方された。麻酔導入時の嘔吐などの重大なトラブルはなかった。調査より、患者の自由度が上がった、痛い思いをしなくてよいなど患者負担の軽減や看護師業務においても、「楽になった」、「改善された」と言った意見が得られた。
飲量について「どこまで飲めば良いのか？」等の疑問、入力方法の改善要望があった。
【考察】
患者負担の軽減、看護師業務の軽減が調査より明らかとなった。オーダー入力の問題点は新たな食種を設定し解決された。飲量は看護師により確認事項となり病棟医に報告するルールが出来た。
【まとめ】
OS－1 使用することで、患者自由度、痛い思い、束縛感が改善されたことが調査より明らかとなった。また、看護師業務の軽減、改善が図れた。経済効果にも貢献出来た。

演題５：

「ゼリー状濃厚流動の形状及び調理の工夫により栄養改善が見られた１例」

独立行政法人労働者健康福祉機構　千葉労災病院　栄養管理部

○根本　總子、雄賀多聡、三村正裕、宮崎房枝、前原みはる、小磯薫代、
沼田真理、黒須智博、田丸一之、山本晋美祥、岩本明子、吉竹信子、
中村美智子

目的　当院では平成 17 年 4 月からＮＳＴが発足していて、経腸栄養剤使用患者が増加している。濃厚流動の選択と工夫により摂取量が増加し栄養改善ができた症例を経験したので報告する。

症例　101 歳男性。身長 150cm、29.9kg（入院時 35kg）ＢＭＩ 13.3、IBW49.5kg。大腿骨転子部骨折、ＯＰ目的で平成 20 年 9 月 29 日から 11 月 1 日まで整形外科入院となった。9 月 28 日自宅で転倒。入院時常食。10 月 1 日ＯＰ後食事摂取不良のため、6 日 Hgb７.8g/dl（入院時 10.9g/dl）、Alb2.5g/dl（入院時 3.5g/dl）、ＴＰ4.6g/dl（入院時 6.0g/dl）、 %ＡＣ55.1、%ＴＳＦ17.6、 %ＡＭＣ60.8 と低栄養あり。今後の悪化予防目的で 7 日にＮＳＴへコンサルトとなる。

結果　10 月 9 日のＮＳＴ回診から 11 月 1 日退院まで、合計 4 回の食事内容の検討と栄養アセスメントを繰り返し実施した結果、元々小食で腹がすぐに一杯になり残すことが多く、摂取栄養量は熱量 940kcal、蛋白質 40g、Fe4.8mg、Ｃa500mg、Ａrg1.050mg であったが、ＮＳＴミーティングで食事をハーフ（当院貧血褥瘡食）にかえ、おやつを 10 時と 15 時にくずもちハイネゼリー、白玉ハイネゼリー、ハイネゼリーみつ豆風に工夫して提供したことで食事、おやつ共 10 割摂取できるようになる。
摂取栄養量は量.300kcal→1.140kcal→1.100kcal、
蛋白質 60g→55g→55g、Fe21mg13.3 mg→13.3mg、
a1.100mg→1,140mg→1.150mg。
Hgb8.0g/dl→8.2g/dl→8.6g/dl→9.5g/dl
Ａlb2.7g/dl→2.7g/dl→2.8g/dl→2.9g/dl とゆっくりだが改善できた。

考察　当院で現在使用中の濃厚流動の形状、栄養素別、病態別は多種類ある。今後もＮＳＴチームで患者の病態や症状、嗜好に応じた選択、工夫の検討を進めて行きたいと考える。

演題６：

食道癌化学療法施行中患者におけるTPN管理
～TPNによる電解質コントロールにNST早期介入が有効であった１例～

国立がんセンター東病院　薬剤部[1)]、化学療法科[2)]、消化管内科[3)]、上腹部外科[4)]、頭頸科[5)]、看護部[6)]、栄養管理室[7)]、臨床検査部[8)]

○廣井　明夫[1)]、伊藤　國明[2)]、矢野　友規[3)]、高橋　進一郎[4)]、宮崎　眞和[5)]、齋藤　智恵美[6)]、岡田　教子[6)]、北澤　和香奈[6)]、落合　由美[7)]、赤坂　さつき[7)]鈴木　朋美[7)]、隠塚　恵[7)]、五十嵐　妙[7)]、松丸　礼[7)]、澤田　周矢[7)]、後藤　美樹[8)]

＜はじめに＞
食道癌で化学療法施行中患者におけるNST活動と、TPN基本液の変更から血清K値のコントロールを行った症例を報告する。
＜症例＞
現病歴：2008年12月よりつかえ感、2009年3月より嗄声出現。内視鏡及びＣＴにて全周性狭窄を伴う進行食道癌の診断。狭窄を原因とした嚥下障害があり4月下旬より絶飲食とし化学療法（FP療法）開始。
NST介入方法：5月上旬より、週1回の担当看護師による栄養スクリーニングにてNST介入。Harris-Benedictの式より、BEE=1442kcal/日。入院歩行なので活動係数＝1.3、ストレス係数＝1.1とすると推定必要エネルギー量＝2062kcal/日
臨床経過：5月上旬から1号液を開始し、2日後より2号液（エネルギー：1640kcal、蛋白質：60ｇ、K：60mEq、水分量：2006mL）で管理。　NST①：TPN開始6日後、脂肪の投与がないため脂肪乳剤追加を提言、翌日より追加。　NST②：TPN開始11日後　Ａｌｂ、Hbは改善されたがK値が上昇傾向（K：5.5mEq/l）であるため、3号液＋30%ブドウ糖液500ｍＬ＋20%脂肪乳剤100mL（エネルギー：1960kcal、蛋白質：40ｇ、K：30mEq、水分量：1703mL）への変更を提言、2日後より変更。NST③：基本液変更5日後にK値は4.8mEq/lと改善されたがAlb、Hb減少のためアミノ酸製剤の追加を提言し、2日後より追加。（エネルギー：2040kcal、蛋白質：60ｇ、K：30mEq、水分量：1903mL）TPN管理24日後：Alb：3.1g/dl、Hb：10.7g/dl、K：4.7mEq/lと栄養状態改善。
＜考察＞
院内採用のTPN基本液の選択肢が少ないため、これによる電解質異常を来したが、NSTの早期介入により、TPNキット製剤にブドウ糖・アミノ酸製剤の併用を行いK値のコントロールができた。NSTの提言から実行までの対応が早く、主治医との連携がうまくとれた症例である。今後も、早期介入、適正な栄養提案をおこなうためにも、診療スタッフとNSTチームとの連携を強化していきたい。

<<一般演題>>

（３）

15:45～16:45

座長：東京女子医科大学八千代医療センター

外科

城谷 典保 先生

演題７：

患者さんの希望を満たす食事内容の改善について

千葉県がんセンターＮＳＴ

滝口伸浩、池田篤（消化器外科）藤里正視（緩和医療科）実方由美、小倉由美、山田恭子、神代尚子（看護部）青山慎一（薬剤部）、羽田真理子、綿引一成（検査部）、河津絢子、○上野千代子（栄養科）

[はじめに]

市販の経管濃厚流動食を長期に継続使用している頭頸部腫瘍の入院患者さんに対し、経管ミキサー食を提供することにより、患者さんの栄養管理に対するQOLが高まり、治療遂行できた症例を経験したので報告する。

[症例と対処]

経管ミキサー食の作成；全粥食の内容を基本にミキサーにかけ、消化酵素で粘度の調整を行う。料理の風味を残し、経管栄養剤（アイソカル２K）でエネルギー等の充足をはかり経管ミキサー食として提供する。

以下の2症例を評価した。

症例１：上咽頭がん　５４歳　男性　放射線治療目的で入院。経口摂取不可能
経管栄養剤（アイソカル２K）を使用していたが、胃からあがってくる栄養剤の「におい」に耐えられないとの訴えがあった。

症例２：　舌縁癌　７２歳　女性　　放射線治療目的で入院。 経口摂取不可能。
経管栄養剤と経口栄養剤の併用であったが、比較的我慢できる経管栄養剤もあるが、もう我慢できないとの訴えがあった。

[結果]

経管ミキサー食の提供により、「食べる元気がでてきました。治療もがんばれそう。」「今の栄養剤に耐えられなかったが、これならやっていける。」との好印象の声が聞かれた。１症例は、必要栄養量は不足でしたが、１症例は、食事に満足できることによって必要栄養量の確保が達成され、治療への意欲がわき治療を継続できた。

[結語]

市販の経管濃厚流動食のみでなく、食事の風味のある経管ミキサー食の提供は、変化のある経管栄養補給を達成し、患者さんのQOLを高めることができると考えられた。

演題８：

「地域で生活する要介護高齢者の栄養支援

ー訪問歯科診療で行う摂食・嚥下リハビリテーションー」

東京歯科大学　摂食・嚥下リハビリテーション・地域歯科診療支援科

〇石田　瞭、大久保真衣、杉山哲也

中途障害者、要介護高齢者が地域生活を送る上で、経口摂取を含めた栄養管理は大変重要であるが、年々増加する該当者数に対し、栄養管理の従事者が少ないことが当面の課題である。当科は平成 20 年 7 月に開設され、外来、訪問診療を通じて、歯科から地域に向けた摂食・嚥下リハビリテーションの医療サービスを始めた。これまでの活動の多くは、医療と福祉の境目を越えた多職種連携であり、今後の展望を中心に報告したい。

当科統計によると、開設 1 年後の初診患者数は 153 名、院外紹介率は 58.2%で、ほとんどは千葉県内在住であった。診療形態は外来が多いものの、訪問歯科診療は 34.6%で、着実に訪問診療が増加する傾向がみられた。主たる傷病名は、脳血管障害が 34.0%で最も多く、次いで口腔癌 18.3%、発達障害 15.7%、神経筋疾患 8.5%の順であった。特定の病名はないが、加齢に伴う者も存在した。

考察として、地域生活期の要介護高齢者を対象とした摂食・嚥下リハビリテーション従事者は皆無に等しく、依然未開な領域であることがうかがえる。ただし、「口から食べたい」というニーズの存在は、日頃患者・利用者に関わる多職種には理解されているのも事実であろう。早期に地域単位のコーディネータ養成が理想と考える。その一端は歯科がサポートし得るものと期待している。

演題９：

ディスポタイプの栄養剤用バックの導入について

帝京大学ちば総合医療センター　栄養部[1)]、NST 看護部[2)]、NST 外科[3)]

○最上美女江[1)]、高橋弘美[1)]、佐々木奈緒美[2)]、佐藤理絵[2)]、高田万貴子[2)]、
小林敦子[2)]、今井健一郎[3)]、安田秀喜[3)]

《はじめに》

経腸栄養剤の細菌汚染防止のためには、ボトルやルートはシングルユースタイプやバックタイプの栄養剤を使用することが望ましい。しかし、コスト面からリユースしていることも多く、当センターにおいても滅菌後再利用していた。

また、栄養剤を水で希釈するなど、作業の手間をひとつ加えることにより細菌汚染の機会を増やすことになるが、当センターでは RTH 製剤を採用しても加水のオーダーが減らなかった。

今回、NST 活動を通し、ディスポタイプの栄養剤用バッグの導入と合わせて栄養剤に食間水を加えての配膳を止めることができたので報告する。

《導入までの経緯》

当センターでは、従来経腸栄養剤は、栄養部よりステンレス製の缶に開け病棟に配膳。病棟では配膳された栄養剤をさらに経腸栄養ボトル(ED ボトル)に移し変えて投与していた。また、希釈のためや食間水のために加水した栄養剤の配膳をオーダーする病棟もあった。

平成 16 年看護部より ED ボトルを洗浄しているシンクの衛生環境がよくないという問題提議があった。栄養士間では、栄養剤に加水した状態での配膳に疑問をもち、バックタイプの栄養剤を検討した。平成 17 年より 1 部の栄養剤で採用となったものの加水に関しては変らず、病棟間の格差が大きかった。

昨年、NST 委員長である外科部長より「ディスポタイプの栄養剤用バッグ」の導入の提案があり、NST 委員会での勉強会を経て試験的に導入、使用感を確認したうえで今年 3 月下旬より正式採用となった。と同時に食間水などは病棟で管理してもらうこととした。

《結果》看護部で問題視されていた ED ボトルの洗浄もなくなり、栄養部でもステンレス缶の洗浄時間が省け作業時間の短縮ができた。

《まとめ》

ディスポタイプの栄養剤用バッグの導入により、不潔になりやすい環境の改善や煩雑な業務の改善ができた。また、栄養部だけではなかなか実現できなかった「栄養剤に食間水を加えての配膳」の中止などリスク管理に対する病棟間の意識統一もできた。

演題１０：

当院における胆道癌および膵癌の術後栄養管理

千葉県済生会習志野病院　臨床栄養部[1)]、薬剤部[2)]、看護部[3)]、外科[4)]

○古川 聡子[1)]、赤尾 恵[1)]、石場 やす子[1)]、井上 小百合[1)]、満田 浩子[1)]、
柴田 直樹[2)]、篠塚 美佐子[3)]、宮内 康子[3)]、山森　秀夫[4)]

胆管細胞癌および肝門部胆管癌では肝切除が行われ、下部胆管癌と膵頭部癌では膵頭十二指腸切除が行われる。また、上部あるいは中部胆管癌では病巣の広がりにより様々な術式が組み合わされる。当院では肝切除に胆管切除が併施された場合と膵頭十二指腸切除が施行された場合は全例に９Fr の専用キットを用いた空腸瘻を術中に作成している。経腸栄養剤の投与は術翌日の朝より開始している。速度は 20～25ml/h で 10 時間かけて注入し、その後は投与速度および時間を漸増し第 4 病日には栄養所要量を満たすように管理する。経腸栄養剤の増量により乳び腹水が著増した場合は、一時的に減量投与している。こうしたリンパ瘻を防ぐため上腸間膜動脈周囲の郭清にあたっては丁寧に結紮している。経腸栄養剤の上部消化管への逆流を防ぐため、投与速度は 100ml/h を超えないようにしており、この速度では下痢もほとんどみられない。さらに、経腸栄養開始時期の栄養チューブは栄養剤が凝固し閉塞し易いため、注入後の微温湯でのフラッシング後に 10 倍希釈した酢水をチューブ内に充填することでこれを防いでいる。症状およびドレーン廃液の観察を行いながら、経口摂取開始は概ね第 7 病日前後である。術後化学療法を実施する場合は、術後 3 週までに開始することを目標にしており、抗がん剤の有害事象である悪心嘔吐などの症状を考慮してそれまでは経腸栄養チューブを抜去しないようにしている。

MEMO

<<特別講演>>

17:00～18:00

司会：千葉県 NST ネットワーク　代表世話人

千葉県済生会習志野病院　院長

山森 秀夫 先生

「高齢者の栄養管理」

厚生連高岡病院　　外科 診療部長

大村 健二　先生

MEMO

MEMO

MEMO