




第15回 千葉県 NST ネットワーク
プログラム・抄録集

日 時 : 2009 年 5 月 16 日 (土) 14 : 00 ~ 17 : 30
場 所 : アパホテル&リゾート 東京ベイ幕張ホール 2 階
千葉県美浜区ひび野 2 丁目 3 番
TEL 043-296-1111 (代表)

共 催 : 千葉県 NST ネットワーク
株式会社大塚製薬工場
イーエヌ大塚製薬株式会社

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 **5分** 討論時間は **3分**(計 **8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／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

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
東葛クリニック病院
独立行政法人国立病院機構下志津病院
君津中央病院
千葉市立海浜病院
鎌ヶ谷総合病院
亀田総合病院
国保小見川総合病院
順天堂大学医学部附属浦安病院
八街総合病院
国保旭中央病院
東京女子医科大学八千代医療センター
成田赤十字病院
国保松戸市立病院
帝京大学ちば総合医療センター

相川 光広 先生
秋山 和宏 先生
一木 昇 先生
江尻喜三郎 先生
太枝 良夫 先生
大森 敏弘 先生
片多 史明 先生
勝浦 譽介 先生
木所 昭夫 先生
椎名 裕美 先生
紫村 治久 先生
城谷 典保 先生
西谷 慶 先生
大野 一英 先生
安田 秀喜 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 先生
(旧姓：川島)

・・・プログラム・・・

14 : 00～

情報提供 「大塚の輸液・栄養製品について」

(株)大塚製薬工場

開会の挨拶 当番世話人：独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター 外科
森嶋 友一 先生

一般演題

セッション1 NST活動 14 : 20 ～

座長：独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター 外科 豊田 康義 先生

1. 当院のNST活動に関する意識調査と今後の課題 2

東京慈恵会医科大学附属柏病院 栄養部¹⁾、同 看護部²⁾、同 薬剤部³⁾、
同 中央検査部⁴⁾、同 リハビリテーション科⁵⁾、同 ソーシャルワーカー室⁶⁾、
同 事務課⁷⁾、同 消化器内科⁸⁾、同 外科⁹⁾

○ 高橋 徳伴¹⁾、小林 明美¹⁾、星 ユカリ²⁾、中村 史子²⁾、
石井賀津二³⁾、鈴木いづみ⁴⁾、安部 知佳⁵⁾、小林 可奈⁶⁾、
辻村 浩子⁷⁾、内山 幹⁸⁾、田辺 義明⁹⁾

2. IT化システムでのNST活動に移行して 4

千葉県子ども病院 NST 検査科¹⁾、同 栄養科²⁾、同 薬剤部³⁾、
同 看護局⁴⁾、同 医事経営課⁵⁾、同 新生児科⁶⁾、同 歯科⁷⁾、
同 外科⁸⁾、同 アレルギー科⁹⁾、同 医療技術室¹⁰⁾、同 管理課¹¹⁾

○ 中山 茂¹⁾、佐藤 洋子¹⁾、勝間田 臨¹⁾、高澤 博道²⁾、
佐々木良枝²⁾、吉澤 直樹³⁾、福崎 紘一³⁾、込山香代子⁴⁾、
高橋美智子⁴⁾、安田 勇治⁵⁾、相澤まどか⁶⁾、甲原 玄秋⁷⁾、
東本 恭幸⁸⁾、四本 克己⁸⁾、内田 智子⁹⁾、菊田 美香¹⁰⁾、
猪又 弥生¹⁰⁾、苅込 友美¹¹⁾

3. 当院における NST の現状 —継続的栄養指導の成果について— …………… 5

独立行政法人国立病院機構 下志津病院 栄養管理室¹⁾、同 臨床検査科²⁾、
同 看護師³⁾、同 薬剤科⁴⁾、同 外科⁵⁾

- 安井 望美¹⁾、鴨志田純子¹⁾、加土井桂子¹⁾、岡部 司¹⁾、
小池 容子²⁾、池添 啓子³⁾、井上 頼子³⁾、梅本 健司³⁾、
奥 和子³⁾、小池 孝子³⁾、塩沢レエ子³⁾、石川 光信⁴⁾、
一木 昇⁵⁾

4. 外来化学療法患者に対する取り組み ～NST 回診でかかわった 1 症例～ …… 6

独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター 薬剤科¹⁾、同 外科²⁾、
同 栄養管理室³⁾、同 看護部⁴⁾、同 耳鼻咽喉科・ST⁵⁾、同 歯科⁶⁾

- 駒井 信子¹⁾、能重 真紀¹⁾、日置麻衣子¹⁾、桑原 良秀¹⁾、
豊田 康義²⁾、森嶋 友一²⁾、松浦佐知子³⁾、小澤 宏美³⁾、
鷲尾 貴江³⁾、原 義隆³⁾、石島 和幸⁴⁾、板倉 史枝⁴⁾、
伊藤 雅恵⁴⁾、鈴木 節子⁴⁾、西尾亜希穂⁵⁾、大石真由美⁶⁾、
武井 雅子⁶⁾、中津留 誠⁶⁾

5. 当院の NST の現状と問題点 ～多職種の間わりによる介入例～ …………… 8

国立がんセンター東病院 栄養管理室¹⁾、化学療法科²⁾

- 笹島 朋美¹⁾、村田 祥子¹⁾(現 NHO 箱根病院)、赤坂さつき¹⁾、
隠塚 恵¹⁾、五十嵐 妙¹⁾、濱田 憲志¹⁾、松丸 礼¹⁾、
落合 由美¹⁾、伊藤 國明²⁾

セッション 2

栄養アセスメント 15:00 ～

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

6. 八街総合病院五階病棟の内科入院患者の栄養状態 ……………10

医療法人三矢会 八街総合病院 栄養委員会・NST 内科¹⁾、同 看護部²⁾、
同 栄養課³⁾、同 理学療法⁴⁾

- 椎名 裕美¹⁾、古川なるみ²⁾、香取喜美枝²⁾、園田 深雪³⁾、
小倉 栄子³⁾、宮森 陽子³⁾、辻 哲臣⁴⁾

7. 当院 NST のスクリーニングからみた今後の課題 ……………11

小張総合病院 外科¹⁾、同 消化器内科²⁾、同 栄養科³⁾、同 薬剤科⁴⁾、
同 看護部⁵⁾、同 リハビリテーション科⁶⁾

- 横山 武史¹⁾、小張 加美²⁾、伊藤ミレイ³⁾、飯塚 倫子⁴⁾、
山田 昌代⁴⁾、木村 真理⁵⁾、勝田 浄美⁵⁾、稲葉 知子⁶⁾

8. プレアルブミン測定による栄養評価の試み12

千葉県がんセンター NST

- 羽田真理子、滝口 伸浩、池田 篤、上野千代子、
河津 絢子、綿引 一成、青山 慎一、實方 由美、
小幡恵美子、仙福 成子

—(休憩)—

セッション 3

栄養管理および栄養療法の実際 15 : 50 ~

座長：成田赤十字病院 外科 西谷 慶 先生

9. NST 介入を受けた消化器外科術後患者に対する病棟看護師の役割：
食欲不振患者への関わりを通して14

千葉大学医学部附属病院 看護部 食道・胃腸外科病棟¹⁾、

同 看護部 食道・胃腸外科病棟、NST²⁾、

同 臨床栄養部、NST³⁾、同 糖尿病・代謝・内分泌内科、NST⁴⁾、

同 食道・胃腸外科、NST⁵⁾

- 山田 香織¹⁾、有松 夏子¹⁾、竹内 純子¹⁾、前田 芙美²⁾、
佐藤 由美³⁾、櫻井 健一⁴⁾、鍋谷 圭宏⁵⁾

10. ミキサー粥を安全かつおいしく嚥下できるようにするための工夫15

医療法人社団 心和会 新八千代病院 リハビリテーション科¹⁾、同 栄養科²⁾、
同 内科³⁾、日本大学歯学部摂食機能療法学講座⁴⁾

- 定司 幸絵¹⁾、藤田 聡行¹⁾、石橋 尚基¹⁾、大嶋 晶子²⁾、
岡田あずさ²⁾、関 浩一³⁾、戸原 玄⁴⁾

11. 食道癌化学療法患者における栄養療法の意義と課題16

千葉大学医学部附属病院 臨床栄養部¹⁾、NST²⁾、看護部にし棟 4 階西³⁾、
看護部にし棟 4 階東⁴⁾、糖尿病・代謝・内分泌内科⁵⁾、脳神経外科⁶⁾、
食道・胃腸外科⁷⁾

- 佐藤 由美^{1,2)}、石橋 瑞代^{1,2)}、五十嵐大輔^{1,2)}、
鳥 祐佳理^{1,2)}、鮫田真理子^{1,2)}、小川 常子^{1,2)}、
野本 尚子^{1,2)}、竹内 純子³⁾、前田 芙美^{2,4)}、
田村 道子^{2,4)}、櫻井 健一^{2,5)}、佐伯 直勝^{1,6)}、
鍋谷 圭宏^{2,7)}、松原 久裕⁷⁾

12. 当院における口腔ケアラウンド開始後の現状と課題17

医療法人柏葉会柏戸病院 リハビリテーション科¹⁾、同 看護部²⁾、同 検査科³⁾、
同 薬剤科⁴⁾、同 栄養科⁵⁾、同 神経内科⁶⁾

- 上西 奈緒¹⁾、山口 弘美²⁾、長谷川綾子²⁾、佐藤 弘美²⁾、
池田みつ子²⁾、鈴木あゆみ³⁾、神谷 英里⁴⁾、藤原 優子⁵⁾、
鶴岡 優子⁵⁾、平野 郁子⁵⁾、柏戸 孝一⁶⁾

13. 創傷治癒に効果をもたらした事例 ～栄養管理と処置を継続して～18

帝京大学ちば総合医療センター 看護部¹⁾、同 外科²⁾

- 佐藤亜希子¹⁾、鈴木麻友美¹⁾、長谷川多佳子¹⁾、山崎 将人²⁾、
安田 秀喜²⁾

特 別 講 演

16 : 30 ~ 17 : 30

司会：独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター 外科
森嶋 友一 先生

がん治療と栄養管理22

藤田保健衛生大学医学部
外科・緩和医療学講座 教授
東口 高志 先生

閉会の挨拶

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 外科

山森 秀夫 先生

<<一般演題>>

セッション1

NST 活動

14 : 20 ~

座長：独立行政法人国立病院機構

千葉医療センター 外科

豊田 康義 先生

演題 1.

当院の NST 活動に関する意識調査と今後の課題

東京慈恵会医科大学附属柏病院 栄養部¹⁾、同 看護部²⁾、同 薬剤部³⁾、
同 中央検査部⁴⁾、同 リハビリテーション科⁵⁾、
同 ソーシャルワーカー室⁶⁾、同 事務課⁷⁾、同 消化器内科⁸⁾、同 外科⁹⁾
○ 高橋 徳伴¹⁾、小林 明美¹⁾、星 ユカリ²⁾、中村 史子²⁾、石井賀津二³⁾、
鈴木いづみ⁴⁾、安部 知佳⁵⁾、小林 可奈⁶⁾、辻村 浩子⁷⁾、内山 幹⁸⁾、
田辺 義明⁹⁾

【はじめに】

当院は 2002 年 9 月に NST が発足し、現在は医師、看護師、管理栄養士、
薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、ソーシャルワーカー、事務職員を含
めたメンバーで NST 活動を行っている。病棟より NST アセスメント依頼
があった患者に対する栄養評価や改善策などの提案を行ってきたが、2008
年 5 月から NST チームによる積極的な栄養管理の実施を目的に NST ラウ
ンドを開始した。

【目的】

今回 NST ラウンドを開始し、職員の NST に対する認知度とラウンドに
対するアンケート調査を実施し、今後の NST 活動の改善点や取り組みにつ
いて検討した。

【対象と方法】

NST 委員在籍部署 229 名の職員を対象にアンケート調査を実施した。
NST ラウンドの認知度に関しては選択方式で行い、またラウンドを行った
病棟においてその有用性と時期に関して、NST ラウンドに対する意見、要
望を記述方式で行った。

【結果】

アンケート回収率は 96.1%であった。①NST チームラウンドに対する設
問では知っている(67.3%)、知らない(32.7%)。②NST ラウンドの患者ケ
アに関する設問では生かされている(43.4%)、生かされていない(17.7%)、
無記入(38.9%)。③2 週間おきのラウンドについての設問では適切だと思
う(42.5%)、思わない(15.9%)、無記入(41.6%)。④NST に興味があるか、
また参加したいかとの設問については、はい(44.2%)、いいえ(42.5%)、無
記入(13.3%)であった。

NST ラウンドに関する意見、要望では病棟でのラウンド対象者の選択方
法やラウンド実施後のフィードバック方法についてのコメントがあった。

【まとめ】

職員全体ではNSTチームラウンドを知っているとの回答が67.3%であったが、病棟別では認知度の低い病棟がある。患者ケアについては生かされているという回答が多かったが、ラウンド後のフィードバックがわかりにくいとの意見があり、改善の必要があると考えた。このアンケートを通じてNST活動に対する職員の認知度には差があり、職員全体の意識を上げていく必要がある。

演題 2.

IT化システムでのNST活動に移行して

千葉県こども病院 NST 検査科¹⁾、同 栄養科²⁾、同 薬剤部³⁾、
同 看護局⁴⁾、同 医事経営課⁵⁾、同 新生児科⁶⁾、同 歯科⁷⁾、同 外科⁸⁾、
同 アレルギー科⁹⁾、同 医療技術室¹⁰⁾、同 管理課¹¹⁾

○ 中山 茂¹⁾、佐藤 洋子¹⁾、勝間田 臨¹⁾、高澤 博道²⁾、佐々木良枝²⁾、
吉澤 直樹³⁾、福崎 紘一³⁾、込山香代子⁴⁾、高橋美智子⁴⁾、安田 勇治⁵⁾、
相澤まどか⁶⁾、甲原 玄秋⁷⁾、東本 恭幸⁸⁾、四本 克己⁸⁾、内田 智子⁹⁾、
菊田 美香¹⁰⁾、猪又 弥生¹⁰⁾、苅込 友美¹¹⁾

【目的】

当院では新生児を含む全患者を対象に、入院時および2週間毎に作成される栄養管理計画書(以下、計画書)に基づいたNST活動を継続している。今回電子カルテの導入に伴ってIT化システムでの活動に移行したのでその効果と課題について報告する。

【方法】

NST支援システムは、総合病院情報システム HAYATE(コスミック社)のアプリケーションとして新規に開発されたもので、当院のNST活動方法に忠実に基づいたものとなっている。すなわち、看護師および主治医が計画書に入力すると自動的にリスク分類され、NSTメンバーはその情報をリアルタイムに確認できる。管理栄養士による計画書チェックののちNST対象患者が登録されると、NST看護師が活動係数、ストレス係数、病状記事などを入力し、管理栄養士は食事および経腸栄養剤の栄養計算、薬剤師はTPNの栄養計算、臨床検査技師は検査データのチェックを行う。週1回のミーティングで栄養必要量と実際の摂取量の評価、推奨される栄養療法、確認すべき疑問点などを整理したのち病棟回診を行い、以上の情報がNSTレポートとなって毎週発行される。

【結果】

IT化により患者情報の視認性が向上し、タイムラグの解消とNSTメンバーの事務作業の軽減が得られた。栄養管理実施加算の算定率は99.1%から99.7%に向上した。一方で、計画書入力状況の伝達、作成の遅れに対する催促、入力エラーのチェックなどにはまだ人の手が必要である。

演題 3.

当院における NST の現状 — 継続的栄養指導の成果について —

独立行政法人国立病院機構下志津病院 栄養管理室¹⁾、同 臨床検査科²⁾、同 看護師³⁾、同 薬剤科⁴⁾、同 外科⁵⁾

○ 安井 望美¹⁾、鴨志田純子¹⁾、加土井桂子¹⁾、岡部 司¹⁾、小池 容子²⁾、池添 啓子³⁾、井上 頼子³⁾、梅本 健司³⁾、奥 和子³⁾、小池 孝子³⁾、塩沢レエ子³⁾、石川 光信⁴⁾、一木 昇⁵⁾

<はじめに>

平成 15 年 11 月より全科型、全職種参加型で NST が発足し約 6 年で 129 件となる。今回、NST の現状をまとめ、貧血の原因検索・治療を目的に NST 依頼をうけ栄養食事指導を継続的に行ったことで栄養状態の改善がみられた症例について報告をする。

<症 例>

83 歳男性(入院時 159cm、51.6kg)他院通院中、平成 20 年 7 月頃から食欲不振、貧血あり GF 施行するも明らかな所見はなかったが、その後も貧血が進行していたことから当院紹介入院となり NST 依頼され、ビタミン B12 欠乏・微量元素欠乏が見つかった。

<結 果>

入院当初、食事摂取量にむらがあり、味覚不良の訴えがあったが徐々に摂取量が増え退院前は全体のほぼ 100%を安定摂取。入院時より栄養指導を実施し、食事内容改善と微量栄養素補給を目的にポチプラス摂取を指示し、退院後味覚障害も改善された。

[入院時→退院後] 体重+4.5kg、Alb:3.4→3.8g/dl、Hb:6→12.9g/dl、ビタミン B12:88→197pg/ml。栄養摂取量 440kcal→1600kcal。

<考察・結論>

高齢者世帯の場合、食品に対する思いこみや咀嚼嚥下困難から食品の選択が乏しくなることもあり、食事全体の摂取量が減少する傾向にある。NST において栄養評価し、退院後も栄養指導を継続的に行ったことで食欲が向上し喫食量が増加、貧血・栄養状態の改善を果たすことができた。今回の症例より微量元素を含めた栄養評価を行い、適切な栄養療法の実施が重要であると考えられた。

演題 4.

外来化学療法患者に対する取り組み ～NST 回診でかかわった 1 症例～

独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター 薬剤科¹⁾、同 外科²⁾、
同 栄養管理室³⁾、同 看護部⁴⁾、同 耳鼻咽喉科・ST⁵⁾、同 歯科⁶⁾

○ 駒井 信子¹⁾、能重 真紀¹⁾、日置麻衣子¹⁾、桑原 良秀¹⁾、豊田 康義²⁾、
森嶋 友一²⁾、松浦佐知子³⁾、小澤 宏美³⁾、鷺尾 貴江³⁾、原 義隆³⁾、
石島 和幸⁴⁾、板倉 史枝⁴⁾、伊藤 雅恵⁴⁾、鈴木 節子⁴⁾、西尾亜希穂⁵⁾、
大石真由美⁶⁾、武井 雅子⁶⁾、中津留 誠⁶⁾

<はじめに>

当院では、平成 20 年 2 月より抗がん剤の無菌調製業務を開始し、外来化学療法患者とのかかわりが多くなってきた。その服薬指導の中で、NST 活動を活かしたアプローチを試みた 1 症例について報告する。

<症 例>

58 歳女性、2008 年 3 月より腹部膨満感が増悪し、3 月 24 日緊急入院。
2008 年 4 月 1 日、卵巣癌・S 状結腸転移・癌性腹膜炎の診断にて摘出術および人工肛門造設。

4 月 9 日、Alb 1.5g/dL(入院時 3/25:2.1g/dL)と低値、Chemo の予定もあり、NST へコンサルト

NST①(4/9) : 159.7cm, 47.5kg, 必要栄養量 1473kcal に対し、4/7 より経口開始し 7 分食 8 割 1120kcal 摂取していた。必要栄養量に対して摂取量は不足していたが、現状では経口摂取できており、術後の回復に伴って摂取量の増加が見込めること、Alb 値については周術期に伴う一時的な低下と考えられた。病棟スタッフに対し、目標となる患者の必要栄養量および患者の状態に応じて可能であれば食事形態を変更することなどを指示し、経過観察とした。

NST②(4/16) : TP 5.6g/dL(4/9:4.6g/dL)、食事形態を徐々にアップし、常食全量(1850kcal)摂取できていた。予定されていた Chemo は延期となったが、症状も軽快しており、経口から必要栄養量を充分摂取できていたため、NST 介入は終了となった。

NST の介入によって、病棟スタッフに対して患者の必要栄養量を周知させ、目標を明確化し、適切な栄養摂取につなげることが可能となった。

<経 過>

4 月 22 日 TC 療法(パクリタキセル・カルボプラチン)施行し、経過良好のため 4 月 24 日退院。その後外来にて 6 クール施行。

2008年10月28日、子宮転移の診断にて入院。10月30日、子宮全摘・リンパ郭清し、11月11日退院。

12月3日より外来にて Weekly TC 療法(パクリタキセル・カルボプラチン少量分割投与)開始。

現在まで4クール施行しているが、2クール目 day 8、4クール目 day 1 については投与スケジュール延期となっている。

<考 察>

がん患者の場合、必ずしも必要栄養量を充足することが栄養サポートにおける目標とならないことも多い。一方で、化学療法が通院治療で行えるようになってきた現状にあっては、治療を継続して行っていくためにも栄養サポートは必要不可欠なものとする。特に、外来患者では栄養不足に陥っていることが見過ごされやすく、また上記のような Weekly 投与の場合は投与延期になるケースも散見される。

従来行われてきた外来化学療法患者に対する生活指導や服薬指導の際に、NST 活動を活かしたチームアプローチを行うことで、栄養状態の改善を図り、治療を継続できる結果につながる可能性がある。

今後、より多くの外来化学療法患者に活動を広げ、サポートしていきたいと思う。

演題 5.

当院の NST の現状と問題点 ～多職種の間わりによる介入例～

国立がんセンター東病院 栄養管理室¹⁾、化学療法科²⁾

○ 笹島 朋美¹⁾、村田 祥子¹⁾(現 NHO 箱根病院)、赤坂さつき¹⁾、
隠塚 恵¹⁾、五十嵐 妙¹⁾、濱田 憲志¹⁾、松丸 礼¹⁾、落合 由美¹⁾、
伊藤 國明²⁾

<目的>

当院は平成 18 年 5 月より NST を稼働している。介入数は NST、NSS(栄養サポートサービス)をあわせ、月平均約 70 件である。多くは経口摂取困難例であり食事介入を要するが、がん悪液質等全身状態の悪化、抗がん剤・放射線治療の有害事象の影響により、栄養状態が低下し、介入を困難にしている。経験症例を通し、NST の現状と問題点を検討した。

<症例>

75 歳女性、胆管癌で入院。膵頭十二指腸切除術後、栄養指導を実施し、経口摂取良好であった。退院後、抗がん剤治療を開始。栄養状態・摂取量低下がみられ一時中止となった。再入院時 NSS 介入をおこない、嗜好的対応・補助食品強化により摂取量は向上し退院。しかし、栄養状態は改善せず 3 回目の入院となった。NST での多職種の介入により、輸液・食事調整をおこない栄養補給量・身体機能の改善は見られたが、検査上での栄養状態は改善せず、退院に至った。

<考察>

本例は、栄養指導、NSS、NST による多職種の段階的な栄養介入により、QOL 向上を図ったが、栄養状態改善には至らなかった。当院では、栄養改善困難者が多数存在しており、更なる介入システムの強化、内容の充実、院内スタッフの意識改革を図ることが望まれる。今後も、患者栄養管理の充実に向け、NST 活動を実施したい。

<<一般演題>>
セッション2
栄養アセスメント

15:00 ~

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 6.

八街総合病院五階病棟の内科入院患者の栄養状態

医療法人三矢会 八街総合病院 栄養委員会・NST 内科¹⁾、同 看護部²⁾、
同 栄養課³⁾、同 理学療法⁴⁾

○ 椎名 裕美¹⁾、古川なるみ²⁾、香取喜美枝²⁾、園田 深雪³⁾、
小倉 栄子³⁾、宮森 陽子³⁾、辻 哲臣⁴⁾

<目的・対象>

当院は、急性期病棟二病棟(計 128 床)と療養病床二病棟(計 71 病床)の合計 199 床の病院である。今回、急性期病棟のうちの五階病棟に 2009/01/01 から 2009/02/28 の間に内科入院し、かつ一週間以上入院していた 30 名について、栄養状態を検討した。内訳は、女性は 20 名、101 歳から 55 歳、男性は 10 名、49 歳から 89 歳であった。

<結 果>

当院の急性期病棟のうち、五階病棟は外科・内科・泌尿器科の混合病棟で、四階病棟は内科・整形外科・耳鼻咽喉科・口腔外科の混合病棟で運用している。内科入院は、空いているベッドに入院となるので、病棟による差異は少ない。

栄養状態は、原疾患によりもともと低下しているものや、入院時の疾病により低下したものなどさまざまであった。SGA は全例で実施しているが、入院時疾患の治療が優先し、NST 介入例は少なかった。

<結 論>

当院五階病棟に入院した患者さんについて栄養状態を検討した。急性期入院では、入院中に栄養状態の改善を認めない場合が多かった。

演題 7.

当院 NST のスクリーニングからみた今後の課題

小張総合病院 外科¹⁾、同 消化器内科²⁾、同 栄養科³⁾、同 薬剤科⁴⁾、
同 看護部⁵⁾、同 リハビリテーション科⁶⁾

○ 横山 武史¹⁾、小張 加美²⁾、伊藤ミレイ³⁾、飯塚 倫子⁴⁾、山田 昌代⁴⁾、
木村 真理⁵⁾、勝田 浄美⁵⁾、稲葉 知子⁶⁾

当院では 2005 年 9 月に NST が発足し、2006 年 1 月から NST 回診を開始している。当院独自のスクリーニングを開始後約 3 年が経過したため評価を行い今後の課題について検討した。

【方 法】

2006 年 1 月～7 月：前期、2006 年 8 月～2007 年 8 月：中期、2007 年 9 月～2008 年 12 月：後期としそれぞれのスクリーニング項目について検討した。

【スクリーニング項目】

中期：禁食、経腸栄養、食事摂取量 1/2 以下、褥瘡、発熱 37.5℃以上、食種。

後期：禁食、経腸栄養、食事摂取量 1/2 以下、褥瘡、食種、水様便

【スクリーニング方法】

NST 病棟看護師が週 1 回評価し、2 週継続して該当した場合アセスメントに進む。

【結 果】

前期 65 例、中期 47 例、後期 59 例。平均年齢は各々 79.6 歳、77 歳、78.8 例。中期から後期にかけて禁食が 20 例から 3 例に減少、褥瘡が 18 例から 34 例・食事摂取量 1/2 以下が 9 例から 26 例に増加した。水様便は後期のみで 4 例。介入後の状態の変化については、褥瘡は悪化が 0 例から 2 例(8%)に増加、食事摂取量 1/2 以下で 2 例(13%)から 6 例(27%)に増加した。転帰に関しては、褥瘡は死亡が 5 例(42%)から 6 例(25%)に低下、食事摂取量 1/2 以下で 5 例(33%)から 9 例(45%)に増加した。

【結 論】

今後当院の NST 介入は褥瘡症例と食事摂取量不良症例が中心となっていくと考える。

演題 8

プレアルブミン測定による栄養評価の試み

千葉県がんセンター NST

- 羽田真理子、滝口 伸浩、池田 篤、上野千代子、河津 絢子、
綿引 一成、青山 慎一、實方 由美、小幡恵美子、仙福 成子

<はじめに>

当院はベット数 341 床のがん専門病院です。当院 NST は、医師 2 名 看護師 3 名 栄養士 2 名 臨床検査技師 2 名 薬剤師 1 名で構成され、委員会は月 2 回開かれており、化学療法や放射線療法、手術療法などの治療による副作用や、食事が摂取できない患者の栄養管理を行っています。

昨年 11 月よりプレアルブミンの測定を院内化したことで、より迅速な栄養評価が可能となり、NST 活動の活性化が図られたので報告します。

<結 果>

NST 対照患者のリストアップは、アルブミン値 3.0g/dl 以下の患者および、病棟看護師による栄養評価、医師からの NST 介入依頼患者を対象とし、栄養科が行っています。院内化をきっかけに、患者リストを委員会開催前日までに院内メールで各委員に事前に配信するように変更しました。検査科では対照患者の時系列データを確認し、保存血清を用いてプレアルブミン T-CHO CHE FE UIBC CRP など栄養評価に必要な項目を過去 2 週間遡って測定しています。このようなデータを基に、委員会において電子カルテシステムを用いて栄養評価を行っています。術前にエンシュアリキッドを約 3 週間にわたり投与し血中 ALB 濃度の維持及び術後の早期回復を認めた症例などを含めて当院の NST 活動を報告します。

<<一般演題>>

セッション3

栄養管理および
栄養療法の実際

15:50 ~

座長：成田赤十字病院 外科

西谷 慶 先生

演題 9.

NST 介入を受けた消化器外科術後患者に対する病棟看護師の役割： 食欲不振患者への関わりを通して

千葉大学医学部附属病院 看護部 食道・胃腸外科病棟¹⁾、
同 看護部 食道・胃腸外科病棟、NST²⁾、同 臨床栄養部、NST³⁾、
同 糖尿病・代謝・内分泌内科、NST⁴⁾、同 食道・胃腸外科、NST⁵⁾
○ 山田 香織¹⁾、有松 夏子¹⁾、竹内 純子¹⁾、前田 芙美²⁾、佐藤 由美³⁾、
櫻井 健一⁴⁾、鍋谷 圭宏⁵⁾

今回、病棟看護師の働きかけと NST 介入により患者のニーズに合った食事を提供でき、食欲改善・経口摂取増加につながったと思われる一例を経験したので報告する。

70 歳代、女性。平成 20 年 9 月、大腸穿孔が原因と思われる後腹膜膿瘍・腹膜炎にて緊急入院。2 回のドレナージ術と回腸人工肛門造設術を施行した。食事開始となったが、ベッド上で座位の保持が難しい上に食欲不振で低栄養状態のため、経管栄養チューブ挿入。NST の介入を依頼した。依頼時、身長 160cm、体重(推定)、TP6.6、Alb2.7mg/dl、全粥のハーフ食 0～10% 摂取+経腸栄養からリーナレン Pro1.0 を 1 日 4 缶投与。

緊急手術後に ICU から転室され、当初はコミュニケーションもとれず患者の嗜好も分からなかった。しかし病棟看護師の関わりにより、食べることに對して少しずつ前向きになっていった。そしてその頃 NST が介入し、患者の好みや楽しみなどを患者・看護師・他職種メンバーが一緒になって考えたことで、適切な食事と環境が提供でき、食事摂取量が増加した。NST 介入から 1 ヶ月後、TP7.0、Alb3.1 mg/dl と上昇みられ、食事摂取量も 80～100% になり、経管栄養チューブが抜去できた。

チーム医療である NST 活動においては、介入のタイミングに加えて、患者の日々の情報を全職種メンバーが的確に共有することが大切である。本症例のように有効な NST 介入のための情報提供は、患者の一番身近にいる病棟看護師の大きな役割であると考えられる。

演題 10.

ミキサー粥を安全かつおいしく嚥下できるようにするための工夫

医療法人社団 心和会 新八千代病院 リハビリテーション科¹⁾、同 栄養科²⁾、同 内科³⁾、日本大学歯学部摂食機能療法学講座⁴⁾

○ 定司 幸絵¹⁾、藤田 聡行¹⁾、石橋 尚基¹⁾、大嶋 晶子²⁾、岡田あずさ²⁾、
関 浩一³⁾、戸原 玄⁴⁾

<目的>

従来のミキサー粥は口腔内の付着性が高いため、口腔や咽頭に残留しやすい。このため、嚥下障害者にとって食べにくく誤嚥の危険が指摘されている。また、食欲をそそらず、摂取量の減少をきたすこともある。そこで、我々は調整剤の異なる 3 種のミキサー粥と当院で使用しているミキサー粥を用い、健常者を対象とした官能評価にてミキサー粥の比較検討をした。

<方法>

対象は 20～40 代の健常者 42 名(年齢 27.5±5.5 歳、男性 20 名、女性 22 名)。試料は A)ミキサー粥(全粥をミキサーにかける)、B)ミキサー粥+増粘剤(「ネオハイトロミール」を加える)C)ミキサー粥+増粘剤+酵素製剤(「ネオハイトロミール」と「かゆ酵素」を加える)D)ミキサー粥+酵素製剤+ゲル化剤(「かゆ酵素」と「ホット&ソフト」を加える)の 4 種、約 30 g を用いた。評価方法は 7 項目(口腔内でのべたつき、やわらかさ、なめらかさ、飲み込みやすさ、咽頭残留感、おいしさ、総合評価)について、自由に摂取してもらい順位法による官能評価を実施した。

<結果>

①口腔内でのべたつきやすさでは試料 B が最もべたつく。②やわらかさでは試料 C が最もやわらかい。③なめらかさでは試料 C が最もなめらかであった。④飲み込みやすさでは試料 C が最も飲み込みやすい。⑤咽頭残留感では試料 B が最も残留感が高い。⑥おいしさでは試料 D が最もおいしいとされた。⑦総合評価では試料 C が最も好ましいと評価された。

<考察>

試料 B は現在当院で用いているが、最もべたつき、咽頭残留感が高く、その上おいしさや総合評価は最も低いと評価された。この結果から嚥下障害者には不相当である可能性が示唆された。一方、試料 C はべたつきにくく、咽頭残留感が低い評価が得られた。またやわらかさ、なめらかさ、飲み込みやすさでは高い評価となり、総合評価でも最も高い評価が得られた。これはでんぷんを分解する酵素製剤によりなめらかさが得られたためと考えられた。今後の課題として、嚥下障害のある患者様自身の評価を通してより安全かつおいしいミキサー粥の検討を進めていきたいと考えている。

演題 11.

食道癌化学療法患者における栄養療法の意義と課題

千葉大学医学部附属病院 臨床栄養部¹⁾、NST²⁾、看護部にし棟4階西³⁾、看護部にし棟4階東⁴⁾、糖尿病・代謝・内分泌内科⁵⁾、脳神経外科⁶⁾、食道・胃腸外科⁷⁾

○ 佐藤 由美^{1,2)}、石橋 瑞代^{1,2)}、五十嵐大輔^{1,2)}、烏 祐佳理^{1,2)}、
鮫田真理子^{1,2)}、小川 常子^{1,2)}、野本 尚子^{1,2)}、竹内 純子³⁾、
前田 芙美^{2,4)}、田村 道子^{2,4)}、櫻井 健一^{2,5)}、佐伯 直勝^{1,6)}、
鍋谷 圭宏^{2,7)}、松原 久裕⁷⁾

【目的】

食道癌患者では食物通過障害により栄養状態が低下する場合が多い。また、化学療法では消化器系の副作用により栄養状態の低下を招きやすい。そこで、食道癌化学療法患者の治療前の栄養状態が治療中・後の栄養指標の推移に及ぼす影響を調べ、その栄養療法の意義と課題を検討した。

【方法】

2008年3～7月に当院に入院した食道癌化学療法患者15名を対象とし、入院時栄養評価において栄養状態が良好または軽度栄養不良であった群(A群)と、中等度または高度栄養不良であった群(B群)に分けた。化学療法施行前、施行中、施行後1週間経過時(施行後)における①2群間の栄養指標の比較②各群の栄養指標の推移③各群の熱量充足率の推移を調査した。

【結果】

①2群間の各栄養指標は施行前には差がなかったが、施行後にはA群に比べB群で低くなった。②A群ではTP、Albに変化がなかったが、B群では施行後に低下がみられた。③A群では必要熱量を充足していたが、B群では施行中・後に不足がみられた。このうち経口からの充足率はA群に比べB群で低かった。

【考察及び結論】

食道癌化学療法治療前に栄養障害のある患者は、治療中・後に栄養状態の低下をきたしやすい。その原因の一つとして熱量充足率の不足が考えられ、入院時の迅速な栄養アセスメントによる栄養障害の発見と必要熱量の決定、それに基づく適切な栄養療法が必要である。従って今後は、入院時からの継続的なNSTの関与の有用性が期待される。

演題 12.

当院における口腔ケアラウンド開始後の現状と課題

医療法人柏葉会柏戸病院 リハビリテーション科¹⁾、同 看護部²⁾、
同 検査科³⁾、同 薬剤科⁴⁾、同 栄養科⁵⁾、同 神経内科⁶⁾

○ 上西 奈緒¹⁾、山口 弘美²⁾、長谷川綾子²⁾、佐藤 弘美²⁾、池田みつ子²⁾、
鈴木あゆみ³⁾、神谷 英里⁴⁾、藤原 優子⁵⁾、鶴岡 優子⁵⁾、平野 郁子⁵⁾、
柏戸 孝一⁶⁾

<はじめに>

当院では 2004 年に NST を立ち上げ、摂食・嚥下評価を中心とした NST ラウンドを実施しつつ、口腔ケアについても勉強会等を通じ啓発活動を行ってきた。2007 年に NST 看護師より口腔ケアラウンドの提言があり、実施に向けて検討を重ね 2008 年 12 月第 1 回口腔ケアラウンドを開始した。当院における口腔ケアラウンド開始後の現状と課題について報告する。

<目的>

各階看護師にて、自力で口腔ケアができない方および口腔ケアをしても改善の見られない方を 1 名ずつ対象患者として抽出、NST 看護師、管理栄養士、臨床検査技師、言語聴覚士が口腔ケアチームとしてデモンストレーションを含め、ラウンドを行った。しかし第 1 回目の口腔ケアラウンドの後、約 2 ヶ月間、各階からは口腔内の清潔が保たれているとして、対象患者が抽出されなかった。NST ラウンドにおいても以前より清潔が保たれている印象を受けたが、実際に清潔が保たれているのか、NST において口腔内の確認を行った。

<方法>

静脈栄養および経腸栄養施行中の患者 50 名を対象とし、平成 21 年 2 月 24 日～平成 21 年 3 月 10 日までに計 4 回、病棟に告知せずに口腔内の汚れ・乾燥・舌苔の確認を行った。

<結果>

口腔内の確認回数を重ねる毎に清潔に保たれている患者の人数が減少し、特に舌苔が目立つようになった。

<今後の課題>

口腔ケアラウンド対象者の抽出を適切に行うには、口腔内清潔度の評価が一定になるよう、評価基準の統一および明確な評価表の作成が必要であると考えられる。

演題 13.

創傷治癒に効果をもたらした事例 ～栄養管理と処置を継続して～

帝京大学ちば総合医療センター 看護部¹⁾、同 外科²⁾

○ 佐藤亜希子¹⁾、鈴木麻友美¹⁾、長谷川多佳子¹⁾、山崎 将人²⁾、安田 秀喜²⁾

【はじめに】

今回、下腿開放骨折術後に創状態が悪化し、栄養管理と処置の継続で創治癒に至った一例を経験したので報告する。

【症 例】

4月28日、両下腿開放骨折にて入院し、洗浄・デブリードマン施行。手術待機期間中ベッド上安静を強いられ、せん妄出現。食事摂取量の減少が見られた。5月15日骨折観血的手術(プレート固定)施行。手術後低アルブミン症を伴い、創部壊死となった。

NST 介入方法：

- 1) 食事摂取量の観察、内容の検討。栄養補助食品の付加(アルジネード1本/日)
- 2) 創傷処置
 - ① 6/2 壊死組織のデブリードマン
フィブラストスプレー+ブロメライン軟膏+メロリンガーゼ+テガダーム
 - ② 6/13 骨との交通がなくなったため、毎日シャワー洗浄の実施
 - ③ 6/20 ゲーベンクリーム+メロリンガーゼ+テガダーム
 - ④ 6/27 プロスタンディン軟膏+メロリンガーゼ+テガダーム
 - ⑤ 7/18 フィブラストスプレー+プロスタンディン軟膏+メロリンガーゼ+テガダーム
 - ⑥ 8/26 アクトシン軟膏+メロリンガーゼ+テガダーム
- 3) リハビリテーション、時期に合わせ ADL の拡大
- 4) 本人・家族に創傷処置指導

【結 果】

手術後血清アルブミン値が 2.6mg/dl まで低下していたが、栄養補助食品の付加を行い、また、ADL 拡大に伴い食事摂取量も増加し、退院時には 3.8mg/dl まで上昇した。上記方法で創傷処置を継続し、徐々に良性肉芽の増生がみられ、上皮形成が進み創の縮小がみられた。創傷処置指導を行い自宅退院され、退院後創治癒に至った。

【まとめ】

高齢者の場合、疼痛やベッド上安静を強いられることなどの環境の変化によりせん妄を起こす頻度が高く、食欲の低下を招くことが多い。その際に、食事摂取ができるための食事内容の工夫や、栄養補助食品の付加が有効であった。創部の状態に合わせた処置の継続が重要であると再認識した。

MEMO

<<特別講演>>

16 : 30 ~ 17 : 30

司会：独立行政法人国立病院機構
千葉医療センター 外科
森嶋 友一 先生

がん治療と栄養管理

藤田保健衛生大学医学部
外科・緩和医療学講座 教授
東口 高志 先生

MEMO