第17回　千葉県NSTネットワーク

プログラム・抄録集

日　時：2010年5月22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㈱

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 **5 分**（計 **12** 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／順天堂大学医学部附属浦安病院	木所　昭夫　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
医療法人財団松圓会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
国保直営総合病院君津中央病院	江尻　喜三郎先生
千葉市立海浜病院	太枝　良夫　先生
医療法人社団木下会鎌ヶ谷総合病院	大森　敏弘　先生
医療法人鉄蕉会亀田総合病院	宮越　浩一　先生
香取市東庄町病院組合国保小見川総合病院	勝浦　譽介　先生
医療法人三矢会八街総合病院	椎名　裕美　先生
国保松戸市立病院	芝﨑　英仁　先生
総合病院国保旭中央病院	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
千葉県がんセンター （前　千葉大学大学院医学研究院）	鍋谷　圭宏　先生
日本赤十字社成田赤十字病院	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
帝京大学ちば総合医療センター	安田　秀喜　先生

会計監査／　医療法人社団　普照会井上記念病院	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

（順不同、敬称略）

プログラム

情報提供；14:00～14:10
「大塚の輸液・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　木所 昭夫（順天堂大学医学部附属浦安病院がん治療センター）

一般演題

一般演題　Session　1　　14:15～15:05

座長　太枝 良夫 先生（千葉市立海浜病院　外科）

1. 亀背に発生した褥瘡の治療 2
医療法人三矢会八街総合病院　栄養委員会・ＮＳＴ[1)]、内科[2)]、看護部[3)]
○齋藤秋子[1)]、佐賀宗彦[2)]、市原恵美子[3)]、湊　明[2)]、小倉栄子[1)]、大友典子[1)]、辻　哲臣[1)]、干場裕子[1)]、椎名裕美[1)]

2. 食品の経腸栄養材導入に向けた取り組み　～半固形化栄養をきっかけに～ 3
船橋二和病院　NST[1)]、内科[2)]、栄養科[3)]、薬剤科[4)]、言語療法士[5)]
○鈴木亜矢[1) 3)]、池田美佳[1) 2)]、関口麻理子[1) 2)]、小川恵子[1) 3)]、佐藤光子[1) 3)]、小野寺栄子[1) 3)]、中村真知子[1) 3)]、長末和子[1) 4)]、鈴木直哉[1) 5)]

3. 入院患者における低カリウム血症の集計と投与薬剤の検討 4
国保小見川総合病院　薬剤科
○木村聡子、同　外科　勝浦譽介、同　看護部　向後綾子、同　中央検査科　木内泰子、
同　薬剤科　笹本孝信、同　看護部　林惠子

4. 中心静脈カテーテルに関連した管理について
看護師へのアンケート調査と今後の課題 5
東京女子医科大学八千代医療センター　NST
（薬剤部）○並木 真貴子、塚野 聡、（臨床検査部）田中 暁、
（看護局）塚原 陽子、深町 充子、（栄養管理室）松原 薫、
（糖尿病・内分泌代謝内科）橋本 尚武、（消化器外科）城谷 典保

一般演題　Session　２　　15:05～15:55

座長　大石 英人 先生（東京女子医科大学八千代医療センター　消化管外科）

5. NST とリハビリテーション科の関わりについての検討 8

東京慈恵会医科大学附属柏病院　リハビリテーション科[1)]、栄養部[2)]、看護部[3)]、外科[4)]

○安部 知佳[1)]、高橋 徳伴[2)]、小林 明美[2)]、星 ユカリ[3)]、中村 史子[3)]、田辺 義明[4)]

6. 経腸栄養剤使用時の下痢対策 9

千葉県済生会習志野病院　臨床栄養部[1)]、同　薬剤部[2)]、同　看護部[3)]、同　検査科[4)]、同　外科 5)

○赤尾　恵[1)]、井上　小百合[1)]、石場　やす子[1)]、満田　浩子[1)]、古川　聡子[1)]、柴田　直樹[2)]、篠塚　美佐子[3)]、小野寺　美和[3)]、池上　理香[4)]、山森　秀夫[5)]

7. 在宅での摂食・嚥下訓練の取り組み　～地域で支える栄養管理～ 10

千葉県立佐原病院　ＮＳＴ　医師[1)]、看護師[2)]、薬剤師[3)]、検査技師[4)]

○阿蒜ひろ子[2)]、越川純也[1)]、飯塚綾子[2)]、糸賀康弘[3)]、宮崎由紀子[4)]

8. 当院における褥瘡と栄養管理の現状 11

千葉県がんセンター

○神代尚子、滝口伸浩、藤里正視、上野千代子、羽田真理子、綿引一成

休憩　　15:55～16:10

一般演題　Session　３　　16:10～17:00

座長　紫村 治久 先生（総合病院国保旭中央病院　消化器内科）

9. ビーフリードを使いたい！　～ビーフリード導入に向けての取り組み～ 14

船橋二和病院　内科[1)]、NST[2)]、栄養科[3)]、薬剤科[4)]、言語療法士[5)]

○池田美佳[1)2)]、関口麻理子[1)2)]、鈴木亜矢[2)3)]、小川恵子[2)3)]、佐藤光子[2)3)]、小野寺栄子[2)3)]、中村真知子[2)3)]、長末和子[2)4)]、鈴木直哉[2)5)]

10. DPCにおけるNST業務の成果 15

千葉労災病院　薬剤部[1] 内科[2] 外科[3] 神経内科[4] 歯科口腔外科[5]
整形外科[6] 栄養管理部[7]　看護部[8] 検査科[9]
リハビリテーション科[10] 医事課[11]
○黒須智博[1]、三村正裕[2]、草塩公彦[3]、上司郁男[4]、馬橋敏紀[5]、
青木保親[6]、加藤靖隆[2]、根本總子[7]、中村美智子[7]、宮崎房枝[8]、
前原みはる[8]、小磯薫代[8]、高木弘枝[8]、田丸一之[9]、山本晋美祥[9]、
吉武信子[10]、岩本明子[10]、池田成平[11]

11. 順天堂大学医学部附属浦安病院の NST の立ち上げから現在まで 16

順天堂大学医学部附属浦安病院
栄養科[1] がん治療ｾﾝﾀｰ[2] 外科[3] 糖尿病内分泌内科[4]
看護部[5] 薬剤科[6] リハビリテーション科[7]
臨床検査医学科[8]
○植田雄希[1]、木所昭夫[2]、尾崎眞五[1]、李慶文[3]、小谷野肇[4]、
佐々木亜子[5]、鈴木裕美[5]、井手香奈美[5]、田村美樹[6]、向井真名美[6]、
酒井譲[7]、吉本晋作[8]、林崇[8]

12. 嚥下リハビリを目的とした短期入院患者の経験 17

千葉市立海浜病院　NST
○加藤礼子[2]、太枝良夫[1]、片岡雅章[1]、原 佳奈子[1]、庄野勝浩[3]、
久保ひろみ[2]、羽山裕子[2]、町田裕子[2]、栗原美智子[4]、原澤 環[4]、
古川博則[5]、工藤三果[5]、
（千葉市立海浜病院　医師[1]、看護師[2]、言語聴覚士[3]、管理栄養士[4]、
薬剤師[5]）

特別講演　　17:00～18:00

司会：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

「胃瘻からの半固形栄養材短時間摂取法」

香川大学医学部附属病院 腫瘍センター

センター長　合田 文則　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

《一般演題》

Session 1

14:15～15:05

座長：千葉市立海浜病院

外科

太枝 良夫 先生

演題１.

亀背に発生した褥瘡の治療

医療法人三矢会八街総合病院　栄養委員会・ＮＳＴ[1)]、内科[2)]、看護部[3)]

〇齋藤秋子[1)]、佐賀宗彦[2)]、市原恵美子[3)]、湊　明[2)]、小倉栄子[1)]、大友典子[1)]、辻　哲臣[1)]、干場裕子[1)]、椎名裕美[1)]

＜目的＞下部消化管出血の検査で入院し、褥瘡の治療目的で入院継続している患者について報告する。
＜対象＞大正 12 年生まれの女性。糖尿病・認知症と両股関節人工関節置換術後等を治療中。2009 年 8 月に ADL が低下し、亀背の骨突出部に褥瘡を発症。2010 年 1 月 23 日入院時の design は 33 点。HbA1c は６％程度。
＜結果＞入院時は大腸ポリープの病名で、SGA のスクリーニングにかからなかった。褥瘡の治療として、除圧マット・創部の局種治療を行う。認知症の影響と好き嫌いもあり経口摂取は安定せず、栄養状態は悪く、全粥・軟菜食を７割程度の摂取であった。２月 15 日より NST 介入し、面談・食事の形態や量・補食を考えた。主治医がエンシュアリキッドやラコールの併用も行った。３月１日より「アバンド TM」を追加。療養病床転棟後に、栄養摂取量は一日 1780Kcal、蛋白質 71g 程度に改善。総蛋白やアルブミンも入院時の 5.1/2.0 から３月 15 日には 6.5/2.9 と改善。亀背部の褥瘡は、３月 12 日に design25 点と改善。
＜結論＞在宅で発症した褥瘡の治療について、栄養面から報告する。

演題：２.

食品の経腸栄養材導入に向けた取り組み　～半固形化栄養をきっかけに～

船橋二和病院　NST[1)]、内科[2)]、栄養科[3)]、薬剤科[4)]、言語療法士[5)]

〇鈴木亜矢[1) 3)]、池田美佳[1) 2)]、関口麻理子[1) 2)]、小川恵子[1) 3)]、佐藤光子[1) 3)]、小野寺栄子[1) 3)]、中村真知子[1) 3)]、長末和子[1) 4)]、鈴木直哉[1) 5)]

当院は、船橋市内にある一般病床 264 床、療養病床 35 床の総合病院です。
経済状態などで受けられる医療が差別されることのないようにという事を基本理念としており、差額ベッド料をとらないなど、保険診療のみ行っております。この他の特徴として、在宅医療にも力を入れており、訪問看護ステーションと連携しながら、往診も行っています。経済的に豊かでない患者さんや、在宅の寝たきり患者さんも多いことから、当院では伝統的に経管栄養製材は医薬品のみ使用してきました。

ところが、半固形化栄養の有用性が明らかになるにつれ、食品の半固形化栄養材の適応と考えられる症例が増えてきました。しかし、病院の方針は患者さんの経済的負担を理由に、それを認めないというものでした。

そこで、2008 年頃より食品の半固形化栄養材導入にむけて様々な取り組みを始めました。

①ＮＳＴメンバーでの学習会
②業者からのサンプルを利用して適応患者さんに試用
③職員対象の院内学習会
④法人内の発表会で各ＮＳＴメンバーが発表
　　（病院の収入が増えることをアピール）
⑤機会あるごとに、ＮＳＴ回診で半固形化栄養材について情報提供

その結果 2010 年 1 月時点で、全経管栄養患者 16 人の 50%が食品材を利用するまでに普及しました。

これら一連の取り組みや今後の問題について、考察を交えながら報告します。

演題３．

入院患者における低カリウム血症の集計と投与薬剤の検討

国保小見川総合病院　薬剤科

〇木村聡子、同　外科　勝浦譽介、同　看護部　向後綾子、
同　中央検査科　木内泰子、同　薬剤科　笹本孝信、同　看護部　林惠子

＜はじめに＞低カリウム血症を来す原因は種々あり、全身倦怠感・食欲不振・麻痺性イレウス等の症状を呈し、NST にコンサルトされる。そこで今回、低カリウム血症患者の集計をした。
＜対象・方法＞　2008/12/01～2009/05/31 の入院患者 1,117 人の内、日帰り入院・透析患者を除く 671 人の血清カリウム値が 3.0mEq/L 以下の患者を対象とした。調査項目は、疾患名・症状・使用薬剤とした。
＜結果＞3.0mEq/L 以下を呈したのは、671 人のうち 65 人（9.7%）であった。疾患名は、心不全、糖尿病、高血圧、脳梗塞等であった。症状は、食欲不振、全身倦怠感、呼吸苦、脱力等であった。また、意識障害、痙攣等の重篤な症状も認めた。低カリウム血症の原因として、薬剤性が疑われるものが 65 人中 51 人（78.5%）であった。利尿剤が投与されていたのは 38 人（58.5%）であった。
＜結語＞低カリウム血症患者の基礎疾患としては種々あるが、その症状は、食欲不振、全身倦怠感のような NST へコンサルトされ易いものであった。3.0mEq/L 以下の低カリウム血症を呈した患者の 78.5%が薬剤性を疑うことができ、58.5%の患者に利尿剤が投与されていた。低カリウム血症を来すことが知られている薬剤、特に利尿剤については慎重な経過観察による評価と早期の電解質補正が必要であると思われた。

演題４.

中心静脈カテーテルに関連した管理について
看護師へのアンケート調査と今後の課題

東京女子医科大学八千代医療センター　NST

（薬剤部）○並木 真貴子、塚野 聡、（臨床検査部）田中 暁、
（看護局）塚原 陽子、深町 充子、（栄養管理室）松原 薫、
（糖尿病・内分泌代謝内科）橋本 尚武、（消化器外科）城谷 典保

＜目的＞　我々NSTはTPN適正使用や合併症回避を目的とし、中心静脈(CV)カテーテルに関連した衛生管理について院内の現状を看護師にアンケート調査を実施した。
＜対象＞　2009年12月看護師を対象にアンケートを実施。全10病棟に所属の192人に配布し168人から回答を得た（回収率87.5%）。
＜結果＞　CV挿入部位については、大腿静脈が多いとの回答が最も多く、次いで内頚静脈などであった。CV挿入部位の消毒薬と消毒頻度については、ポピドンヨードが94%で、週1回が64%と多かった。ドレッシング材の種類と交換頻度については、テガダームが73%で、週1回が59%と多かった。輸液ラインの交換頻度は週1回が60%であった。フィルター使用については、新生児・小児科病棟では必ず使用が98%であるが、ICU･成人病棟では全く使用しないが78%であった。カテーテル感染症の経験については「良く経験・たまに経験する」との回答が68%であった。
＜結論＞　当院の衛生管理の現状は、CV挿入部位やフィルター使用などガイドラインとは異なる点があり、カテーテル感染症の対策として検討の余地があると考え、今後改善策を提案していく。

MEMO

《一般演題》

Session　２

15:05～15:55

座長：東京女子医科大学

八千代医療センター　消化管外科

大石 秀人 先生

演題５．

NST とリハビリテーション科の関わりについての検討

東京慈恵会医科大学附属柏病院　リハビリテーション科[1)]、栄養部[2)]、看護部[3)]、外科[4)]

○安部 知佳[1)]、高橋 徳伴[2)]、小林 明美[2)]、星 ユカリ[3)]、中村 史子[3)]、田辺 義明[4)]

【はじめに】当院では NST 回診を週 1 回施行している。そのうちリハビリテーション（リハ）科に依頼のあった患者において、NST とリハ科の関わりについて現状と課題を検討した。

【対象と方法】平成 21 年 2 月から平成 22 年 1 月までに NST 依頼患者のうちリハを実施した 36 例を対象とした。年齢、性別、基礎疾患、NST 依頼時およびリハ開始時、転帰におけるアルブミン（Alb）値と活動度、訓練内容、転帰の項目について検討した。

【結果】疾患は腫瘍、脳血管障害、外傷、閉塞性動脈疾患術後が多く、創部感染や褥瘡治癒に難渋した症例もみられた。退院や転院となった症例では、Alb 値の改善と共に活動度も向上しているが、死亡やリハ中止症例ではどちらも改善していない傾向であった。理学療法の訓練内容は主に基本動作訓練や歩行訓練であり、うち 8 例に呼吸訓練を併施していた。また、言語聴覚士が関わった症例は 9 例あり、うち 8 例は嚥下訓練を施行しており、全ての症例で経口摂取が可能となった。

【まとめ】患者の ADL において NST とリハ介入による相乗効果が得られた症例が多かった。しかし、感染や褥瘡等を合併し、低栄養や ADL が改善しにくい症例も含まれていた。したがって、リハ開始時に栄養状態も把握するように努め、できるだけ早期に褥瘡の発生予防や摂食への関わりを強めることが必要と考えられた。また活動度、呼吸機能や嚥下状況を回診時に詳細に報告することで、より最適な栄養管理を提供できると考えられた。

演題６．

経腸栄養剤使用時の下痢対策

千葉県済生会習志野病院　臨床栄養部[1)]、同　薬剤部[2)]、同　看護部[3)]、
同　検査科[4)]、同　外科[5)]

○赤尾　恵[1)]、井上　小百合[1)]、石場　やす子[1)]、満田　浩子[1)]、古川　聡子[1)]、
柴田　直樹[2)]、篠塚　美佐子[3)]、小野寺　美和[3)]、池上　理香[4)]、山森　秀夫[5)]

＜目的＞
経腸栄養の消化管合併症として、下痢、腹部膨満、腹痛、悪心・嘔吐、便秘があるが、今回その合併症の一つである下痢の当院における発症状況と原因を把握すべく調査を行ったので報告する。

＜対象＞
　平成 21 年 1 月 1 日から 12 月 31 日までの期間に当院に入院した患者の中で、経腸栄養施行中に下痢が発症した患者を対象とした。下痢の定義は、水様便性、24 時間以内に３回以上の排便があることとした。

＜結果＞
　当院では下痢が発症した場合、まず便培養を実施する。対象例中 14 例に便培養が施行され、そのうち 2 例に MRSA、2 例にクロストリディウムディフィシル抗原陽性、1 例にノロウィルスが検出され、それぞれに治療された。病原菌の存在が否定された場合、栄養剤の投与速度の見直し、栄養剤の種類の検討、食物繊維の添加の順で対応を行い、全例経腸栄養を中断することなく実施できた。

＜結論＞
　経腸栄養剤使用中の下痢発症に対し、当院で実施している対応策は有用と思われた。

演題：７.

在宅での摂食・嚥下訓練の取り組み　～地域で支える栄養管理～

千葉県立佐原病院　ＮＳＴ　医師[1)]、看護師[2)]、薬剤師[3)]、検査技師[4)]

○阿蒜ひろ子[2)]、越川純也[1)]、飯塚綾子[2)]、糸賀康弘[3)]、宮崎由紀子[4)]

はじめに

K 市は、後期高齢者が多く、高齢者率 25%である。高齢者は、加齢に伴う口腔機能の低下や慢性期の脳血管障害のため、嚥下困難がみられ、胃瘻造設を行い栄養の確保を行なう患者が増えている。しかし、「口から食べる」と言うのは人間の基本的な要求の一つであり、咀嚼の重要性は脳の血流と深い関係にあり「よくかんで食べる」という事は脳を活性化させ、更に唾液も多く出て消化を助けるとも言われている。胃瘻造設患者が嚥下訓練を継続したことで、経口摂取が可能となり、低栄養・QOL の改善が出来たので報告する。

方法

平成 21 年４月～平成 22 年 3 月に訪問看護を利用している患者の経口摂取が可能となった患者の振り返りを行なう。

結果

平成２１年、A 病院の訪問看護を利用している５１名の患者の平均年齢は 76 歳。疾患別では、脳血管疾患２１人（4１％)、悪性新生物 13 人（25%）うち胃瘻患者１４人（２７％）である。胃瘻での栄養管理を行いながら、嚥下評価を行い、患者に合った間接訓練（アイスマッサージ・吹き戻し・ブローイング）を地域の施設の言語聴覚士（ST）との連携を行ない継続することで 1 食でも経口摂取が可能になった患者は 14 名中 7 名（50%）であり、3 食経口摂取が可能になった患者 3 名は低栄養の改善と意識レベルが改善したことで、字を書くことや会話が可能となり、意思表示が出来るようになった。

考察

地域の他職種との連携を行ない、患者の情報を共有する事で、口腔機能が改善し経口摂取が可能となった。そして、低栄養が改善し、QOL の改善にも繋がった。

演題８．

当院における褥瘡と栄養管理の現状

千葉県がんセンター

〇神代尚子、滝口伸浩、藤里正視、上野千代子、羽田真理子、綿引一成

当院では NST 委員会の検討症例のほとんどが消化器系疾患の術後や抗がん剤治療中、緩和医療への移行患者の症例が多い。そこで、褥瘡発生率調査日に褥瘡のある患者の原疾患、入院目的、褥瘡発生時の栄養状態、摂食率、褥瘡の部位と程度、活動などを調査した。その結果褥瘡形成の患者が 12 人、うち５人が褥瘡治癒の経過をたどった。褥瘡発生の部位は仙骨部７人、次いで尾骨部２人であり、褥瘡のステージはⅠ度５人、Ⅱ度７人であった。疾患に関しては消化器、呼吸器系、血液系、骨系など様々であり、入院目的は、緩和医療としての症状コントロール例が多かった。褥瘡治癒の経過をたどった４人はいずれも経口摂取や中心静脈栄養法を行い栄養管理ができていた。

　現在がん治療の方法も多岐にわたり手術、放射線、抗がん剤などの集学的治療での効果が期待できるようになってきた。一方でがん悪液質症候群に陥ると低栄養による骨格筋や体脂肪が減少し局所の骨突出が著明になる。また代謝異常から組織耐久性は低下し、疼痛や知覚障害などから同一体位で長時間の圧迫が加わり、筋肉の低下などからずれが生じやすく褥瘡発生危険因子を憎悪させる結果となる。

今回はがんの病態と栄養管理、褥瘡の経過との関連を検討した結果適切な栄養管理と褥瘡予防に努めることの重要性を確認した。

MEMO

《一般演題》

Session 3

16:10～17:00

座長：総合病院国保旭中央病院

消化器内科

紫村 治久 先生

演題９．

ビーフリードを使いたい！　～ビーフリード導入に向けての取り組み～

船橋二和病院　内科[1)]、NST[2)]、栄養科[3)]、薬剤科[4)]、言語療法士[5)]

〇池田美佳[1) 2)]、関口麻理子[1) 2)]、鈴木亜矢[2) 3)]、小川恵子[2) 3)]、佐藤光子[2) 3)]、小野寺栄子[2) 3)]、中村真知子[2) 3)]、長末和子[2) 4)]、鈴木直哉[2) 5)]

当院は一般病床２６４床、療養病床３５床の総合病院です。近年、入院患者の急速な高齢化があり、標準的な治療を行っても回復に時間がかかることがあります。十分な経口摂取可能になるまで、アミノ酸を含まない末梢点滴で低栄養に陥り、それから NST に依頼されることが多々あります。

NST では、少し時間をかければ経口摂取可能と予測できる患者さんに対して、早期よりビーフリード®を使用したらよいのではないかと考え、2010 年初めに採用を申請しました。当院では薬剤や点滴の採用の可否は、医師・薬剤師・看護師・事務職員など多職種による薬事委員会で決定しています。

今回の薬事委員会の決定は､｢ビーフリード®の採用必要なし｣というものでした。その理由は①10%ブドウ糖を含む 3 号液とアミノ酸製剤の併用で同等の効果が得られる②セット処方を作れば医師の負担は増えない③輸液製剤の種類が増えると在庫管理が大変になる、というものでした。

NST では再検討を行い、これを病院職員全体の「栄養」に対する意識の低さの表れと受け止め、諦めずに取り組みを続けることにしました。意識改革の第一歩として、ビーフリード®採用へ向けた取り組みと成果をご報告します。

演題１０．

ＤＰＣにおけるＮＳＴ活動による経済効果

千葉労災病院 薬剤部[1] 内科[2] 外科[3] 神経内科[4] 歯科口腔外科[5] 整形外科[6]
栄養管理部[7] 看護部[8] 検査科[9] リハビリテーション科[10] 医事課[11]

○黒須智博[1]、三村正裕[2]、草塩公彦[3]、上司郁男[4]、馬橋敏紀[5]、青木保親[6]、加藤靖隆[2]、根本總子[7]、中村美智子[7]、宮崎房枝[8]、前原みはる[8]、小磯薫代[8]、高木弘枝[8]、田丸一之[9]、山本晋美祥[9]、吉武信子[10]、岩本明子[10]、池田成平[11]

［はじめに］
ＤＰＣとは、１つの疾患ごとに入院で支払われる医療報酬が決まっているシステムである。当院でもH18年６月よりＤＰＣが導入された。ＤＰＣは基本的に、入院中の薬剤は投与すればするほど、その分の費用は病院負担となり、病院は赤字となる。将来的には全国的にＤＰＣが導入されると言われている医療情勢の変化の中でＮＳＴの経済効果をどう評価するかが今後重要になってくると考えられる。そこで、ＤＰＣである当院のＮＳＴ活動によって得られた経済効果について報告する。
［方法］
ＮＳＴ稼動後（H17年４月１日～H22年３月31日）の入院中の患者を対象に、病院負担である経腸栄養剤（エンシュアリキッド、ラコール）の年度別の総額と、食事代として請求できる濃厚流動食の年度別の総額から、その差額を計算し、経腸栄養剤から濃厚流動食への切り替えの推進の結果によって得られた病院の年度別の収益を算出した。
［結果］

	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度
エンシュア	217万5440円	296万2652円	158万8980円	97万1990円	67万417円
ラコール200	40万2432円	48万576円	79万2960円	22万608円	8万1792円
ラコール400	102万672円	61万4784円	63万8592円	61万8240円	21万7344円
経腸栄養剤	359万8544円	405万8012円	302万532円	181万833円	96万9553円
濃厚流動食	464万7680円	596万960円	841万2160円	816万4480円	721万8560円
収益	104万9136円	190万2948円	539万1628円	635万3642円	624万9007円

［考察］
DPCにおいて、薬剤から濃厚流動食に切り替えることで大きな収益増大が得られることがわかった。今後、全国的にＤＰＣ導入が広がる中で、NSTの役割として患者の栄養評価・管理はもちろんのこと、病院経営のため様々な工夫により経済効果を評価することも必要とされることが考えられる。

演題１１．

順天堂大学医学部附属浦安病院のNSTの立ち上げから現在まで

順天堂大学医学部附属浦安病院
栄養科[1] がん治療ｾﾝﾀｰ[2] 外科[3] 糖尿病内分泌内科[4] 看護部[5]
薬剤科[6] リハビリテーション科[7] 臨床検査医学科[8]

〇植田雄希[1]、木所昭夫[2]、尾崎眞五[1]、李慶文[3]、小谷野肇[4]、佐々木亜子[5]
鈴木裕美[5]、井手香奈美[5]、田村美樹[6]、向井真名美[6]、酒井譲[7]、吉本晋作[8]、
林崇[8]

NST活動を開始して約1年を経過し、検討を行ない若干の知見を得たので報告する。昨年2月より活動を開始した。立ち上げ時、対象者はターミナル期の患者や、化学療法による食思の低下を訴えた患者が多く、NST回診時はカルテに栄養評価とその対策についての提案を記載するのみで終ってしまった。半年後、対象患者は、術後長期絶食患者、誤嚥性肺炎等多彩な患者の栄養管理、経腸栄養剤使用時の合併症の予防等依頼内容も変化し、共有ファイル上に回診記録を作成することとした。立ち上げ当初はNST介入による効果はあまり認められなかったが、様々な働きかけをしたことにより、介入によって改善した症例も散見されるようになった。また共有ファイルに回診記録を作成したことで情報が一元化され評価が行いやすくなった。当初の目標であったNST稼動施設及び教育施設の認定を取得した。今後はNSTチームメンバーを対象とした勉強会も開催し、NST専門療法士取得者を1名でも増やすことを目標としている。

演題１２．

嚥下リハビリを目的とした短期入院患者の経験

千葉市立海浜病院　NST

〇加藤礼子[2)]、大枝良夫[1)]、片岡雅章[1)]、原 佳奈子[1)]、庄野勝浩[3)]、久保ひろみ[2)]、羽山裕子[2)]、町田裕子[2)]、栗原美智子[4)]、原澤 環[4)]、古川博則[5)]、工藤三果[5)]、
（千葉市立海浜病院　医師[1)]、看護師[2)]、言語聴覚士[3)]、管理栄養士[4)]、薬剤師[5)]）

今回われわれはNST活動の一環として外部より嚥下障害患者を受け入れ治療に当たったので報告する。症例は、誤嚥性肺炎を反復している介護老人保健施設に入所中の84歳、女性。平成21年9月、栄養評価と嚥下評価のため当院NST外来を受診した。栄養状態は中等度の栄養障害であった。嚥下評価は反復唾液嚥下テストおよびフードテストの結果、藤島のグレード3：重症（経口不可、条件が整えば誤嚥は減る、摂食訓練が可能）であった。PEG増量で栄養改善を図り、間接リハビリ訓練を勧めた。平成22年3月、家族の「おやつ程度は口から食べさせたい」という強い希望により、嚥下機能の再評価と嚥下リハビリのため１週間という期限付きの短期入院となった。嚥下造影（VF)、嚥下内視鏡検査（VE）にて随意的な嚥下は不能で藤島のグレードは2ないし3の中間となり、半年前に比べさらに嚥下機能は悪化していた。禁食による廃用の筋力低下と口腔内感覚の閾値の低下がさらに進んだものと判断された。NSTチーム、リンクナースにより毎日、午前午後の2回、1時間ずつの間接リハビリ訓練を行い、少しずつ随意的な嚥下が可能となった。短期間の入院でも、嚥下評価と患者に即した間接嚥下リハビリにより多少の効果が得られることを実感できたこと、また今後の方向性を示唆できたことは貴重な経験となった。

MEMO

《特別講演》

17:00～18:00

司会：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

「胃瘻からの半固形化栄養材短時間摂取法」

香川大学医学部附属病院　腫瘍センター

センター長　　合田 文則　先生

MEMO