




第 11 回 千葉県 NST ネットワーク
プログラム・抄録集

日 時：2007 年 5 月 12 日(土) 14：00～17：35
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

共 催：千葉県 NST ネットワーク
株式会社大塚製薬工場
大塚製薬株式会社
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. 一般演題の演者の方へ

- 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 3 分（計 10 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) 発表予定の 60 分前までに受付（会場外の受付横）に提出し、試写してご確認下さい。
- 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
- 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）をお願いいたします。
- 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、討論希望者はあらかじめマイクのそばに立って発言許可を求めて下さい。座長の指名に従い、所属、氏名を述べてから発言して下さい。

3. 参加費

受付で医師 1,000 円、コメディカル 500 円をお支払い下さい。

当番世話人 / 独立行政法人国立病院機構下志津病院	一木 昇 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
千葉市立海浜病院	太枝 良夫 先生
国保松戸市立病院	大野 一英 先生
千葉西総合病院	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
八街総合病院	椎名 裕美 先生
旭中央病院	紫村 治久 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
帝京大学ちば総合医療センター	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	川島 聡子 先生

・ ・ ・ プログラム ・ ・ ・

情報提供 「濃厚流動食の最近の動向」

(株)大塚製薬工場 石神 文嗣

(14:15~14:20)

開会の辞 当番世話人：独立行政法人国立病院機構

下志津病院 外科 一木 昇 先生

一 般 演 題

セッション1

NSTの現状と工夫 (14:20~14:50)

座長：国保小見川総合病院 勝浦 馨介 先生

1. 当院におけるNST活動の実際 2
千葉県こども病院 アレルギー科¹⁾、同 外科²⁾、同 歯科³⁾、同 新生児科⁴⁾、
同 集中治療科⁵⁾、同 看護局⁶⁾、同 薬剤部⁷⁾、同 検査科⁸⁾、同 栄養科⁹⁾、
同 医療技術室¹⁰⁾、同 管理班¹¹⁾、同 医事経営班¹²⁾
山出 晶子¹⁾、東本 恭幸²⁾、甲原 玄秋³⁾、相澤 まどか⁴⁾、
杉村 洋子⁵⁾、大澤 通子⁶⁾、安蔵 早苗⁶⁾、佐藤 淑子⁶⁾、
大谷 美子⁷⁾、田口 和子⁸⁾、勝間田 臨⁸⁾、羽田 真理子⁸⁾、
佐藤 洋子⁸⁾、渡邊 由美子⁸⁾、高澤 博道⁹⁾、高橋 幸枝¹⁰⁾、
菊田 美香¹⁰⁾、船津 有美¹¹⁾、安田 勇治¹²⁾
2. NST構築による病棟看護師の現状と今後の課題
- 意識調査・勉強会を試みて - 3
帝京大学ちば総合医療センター 消化器外科¹⁾、同 7A病棟²⁾
佐々木 奈緒美²⁾、嶋田 美奈子²⁾、石井 和子²⁾、
石塚 理絵²⁾、勝又 悠²⁾、矢部 麻美²⁾、石津 聖子²⁾、
白石 央子²⁾、仲 秀司¹⁾、安田 秀喜¹⁾
3. 当院におけるNST - 活動の現状 4
普照会 井上記念病院 外科¹⁾、同 栄養科²⁾、同 看護部³⁾、同 薬剤部⁴⁾、
同 検査部⁵⁾、同 リハビリテーション科⁶⁾
大坪 義尚¹⁾、曾川 典美²⁾、山内 幸恵²⁾、田中 サチ子³⁾、
金子 明美³⁾、森山 瑞穂³⁾、田沢 妙代子³⁾、山口 里美³⁾、
倉之段 千恵³⁾、高橋 照代³⁾、黒田 ともみ³⁾、森 多恵子³⁾、
栗木 慈子⁴⁾、山崎 家春⁵⁾、原田 史子⁵⁾、平澤 佐代⁶⁾、
奥田 淳子⁶⁾

セッション2

アウトカム評価 (14:50~15:30)

座長：千葉西総合病院 大森 敏弘 先生

4. 当院における経腸栄養管理の現状報告 8
医療法人三矢会 八街総合病院 NST/薬局¹⁾、同 栄養科²⁾、同 看護部³⁾、
同 理学療法科⁴⁾、同 医局⁵⁾
河本 多佳子¹⁾、竹田 幸江²⁾、小倉 栄子²⁾、大友 典子³⁾、
川島 さおり³⁾、辻 哲臣⁴⁾、椎名 裕美⁵⁾
5. 食道癌根治術後における補助的経腸栄養の有用性 9
千葉県がんセンター 消化器外科
山崎 千春、永田 松夫、滝口 伸浩、河原崎 祥子、
実方 由美
6. 小規模療養型病院のNST効果を併設ケアセンターへ10
医療法人社団健老会 姉崎ケアセンター栄養科¹⁾、姉崎病院 NST²⁾
伊藤 由美子¹⁾、岡 隆²⁾、近藤 由利²⁾、京野 忍²⁾、
安喰 暁子²⁾、高橋 美弥子²⁾
7. 経鼻胃管留置時の吸引物確認可能割合に関する検討11
亀田メディカルセンター 看護部¹⁾、同 神経内科²⁾
矢場 千明¹⁾、芝口 由紀子¹⁾、完戸 香¹⁾、片多 史明²⁾

セッション3

症例報告・その他 (15:30~16:00)

座長：成田赤十字病院 西谷 慶 先生

8. 高度栄養不良状態から嚥下機能改善を図った1例14
心和会 新八千代病院
阿部 聡子、村田 弘子、溝口 由美子、石橋 尚基、関 浩一
9. 大網充填術が施行された十二指腸穿孔肥満患者の1例15
千葉県救急医療センター NST¹⁾、同 外科²⁾
疋田 文子¹⁾、田中 敬子¹⁾、相川 光広¹⁾、嶋村 文彦²⁾、
向井 秀泰²⁾

- 10.経胃瘻的腸用カテーテルが有効であった食道胃逆流の1例……………16
成田赤十字病院 栄養課¹⁾、同 外科²⁾、同 消化器内科³⁾、同 看護部⁴⁾、
同 薬剤部⁵⁾、同 検査部⁶⁾
磯目 朋恵¹⁾、西谷 慶²⁾、福田 和司³⁾、清田 敏江⁴⁾、
椎名 昭文⁴⁾、鈴木 佳代子⁴⁾、田中 深雪⁴⁾、吉田 晴海⁴⁾、
高田 勝利⁵⁾、高橋 直樹⁶⁾、高師 さち子¹⁾、石井 隆之²⁾

休 憩 (16 : 00 ~ 16 : 15)

指 定 演 題

(16 : 15 ~ 16 : 30)

司会：千葉県済生会習志野病院 院長 山森 秀夫 先生
千葉県下での「栄養管理実施加算の算定状況」……………18

第 11 回千葉県 NST ネットワーク当番世話人

独立行政法人国立病院機構下志津病院 外科 一木 昇 先生

特 別 講 演

(16 : 30 ~ 17 : 30)

司会：独立行政法人国立病院機構下志津病院 外科 一木 昇 先生
「クリティカルケアにおける栄養サポート」

医療法人社団大成会 長汐病院

院長 長谷部 正晴 先生

(17 : 30 ~ 17 : 35)

閉会の辞 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

<<一般演題>>

セッション 1

NST の現状と工夫

14 : 20 ~ 14 : 50

座長 : 国保小見川総合病院 勝浦 警介 先生

演題 1.

当院におけるNST活動の実際

千葉県こども病院 アレルギー科¹⁾、同 外科²⁾、同 歯科³⁾、同 新生児科⁴⁾、
同 集中治療科⁵⁾、同 看護局⁶⁾、同 薬剤部⁷⁾、同 検査科⁸⁾、同 栄養科⁹⁾、
同 医療技術室¹⁰⁾、同 管理班¹¹⁾、同 医事経営班¹²⁾

山出 晶子¹⁾、東本 恭幸²⁾、甲原 玄秋³⁾、相澤 まどか⁴⁾、
杉村 洋子⁵⁾、大澤 通子⁶⁾、安蔵 早苗⁶⁾、佐藤 淑子⁶⁾、大谷 美子⁷⁾、
田口 和子⁸⁾、勝間田 臨⁸⁾、羽田 真理子⁸⁾、佐藤 洋子⁸⁾、
渡邊 由美子⁸⁾、高澤 博道⁹⁾、高橋 幸枝¹⁰⁾、菊田 美香¹⁰⁾、
船津 有美¹¹⁾、安田 勇治¹²⁾

当院は病床数 203 床、平均在院日数約 16 日の小児専門病院である。平成 17 年 8 月より総勢 18 名でNST活動を開始し、平成 18 年 4 月より栄養管理実施加算に準拠した栄養評価・管理を実施している。全入院患者について入院時(実施率 99.8%)および 2 週間毎の栄養評価を行い、月平均 317 件の入院時評価と、2 週間以上の入院患者 460 名にのべ 1804 回の再評価を行ってきた。陽性率は入院時評価 18.9%、再評価 34.5%と小児入院患者の約 2 割(2 週間以上の入院例では倍増)に何らかの栄養学的リスクが認められることが明らかとなり、栄養管理の重要性があらためて示された。しかし、NST介入率はわずか 0.7%に留まり、再評価例の介入率も 3.9%と低かった。平成 18 年 7 月よりイントラネットを利用した患者検討を開始したことにより、リスク患者に対する継続的な栄養モニタリング施行率が 33.5%(226 名/675 名)と増加したが、今後はNST介入例をどのように増やしていくかが課題である。また、NST活動を効果的に進めるためには職員全体の意識を高める必要がある。そのためには広範な啓蒙・啓発活動が重要と考え、当院では積極的に勉強会・広報活動を展開してきた。これまでに計 67 回(月平均 3.4 回)の勉強会を開催し平均 31.9 名の参加があった。今後も個々の専門性を生かしながら楽しくNST活動が続けられるような活動方法を工夫していきたい。

演題 2.

N S T 構築による病棟看護師の現状と今後の課題

- 意識調査・勉強会を試みて -

帝京大学ちば総合医療センター 消化器外科¹⁾、同 7 A病棟²⁾

佐々木 奈緒美²⁾、嶋田 美奈子²⁾、石井 和子²⁾、石塚 理絵²⁾、
勝又 悠子²⁾、矢部 麻美²⁾、石津 聖子²⁾、白石 央子²⁾、仲 秀司¹⁾、
安田 秀喜¹⁾

< 目 的 >

適切な栄養管理は、患者の回復過程に大きな影響を及ぼすと言われ、近年栄養サポートチーム（以下N S T）の普及が著しくなっている。当センターでも2005年よりN S T委員会が発足し、病棟においても他部門のスタッフと共にN S T活動を行っている。しかし、活動当初の看護師は全体的に関心が低く、積極的に関わる事が少ない状況であった。

そこで現状を調査し、知識を補い効果的なシステムを構築する事で、N S Tに対する意識が向上し看護援助に反映できるのではないかと考え研究に取り組んだ。

< 対 象 >

7 A病棟看護師 21名（2006年5月～11月のN S T活動対象患者260名に携わった看護師）

< 結果 >

意識調査は、自らのN S Tに対する知識不足を自覚する機会になった。それ故、定期的な勉強会の実施は、知識不足を補ったり興味を引き出すために効果的であり、学習意欲の向上に繋がったと言える。更に、栄養評価表の作成により評価がし易くなり、N S Tチームの一員であるという実感ももてる様になった。またスクリーニングによって低栄養患者が抽出され易くなり、栄養改善のためのアプローチも重視する様になった。

< 結 論 >

N S T介入により患者の状態改善や満足度の向上を実感した。更に看護師のN S Tに対するモチベーションも高まった。今後は、現場スタッフの充実感を持続させる事ができる様なシステム作りがより良いN S T構築に必要である。

演題 3.

当院における N S T - 活動の現状

普照会 井上記念病院 外科¹⁾、同 栄養科²⁾、同 看護部³⁾、同 薬剤部⁴⁾、
同 検査部⁵⁾、同 リハビリテーション科⁶⁾

大坪 義尚¹⁾、曾川 典美²⁾、山内 幸恵²⁾、田中 サチ子³⁾、金子 明美³⁾、
森山 瑞穂³⁾、田沢 妙代子³⁾、山口 里美³⁾、倉之段 千恵³⁾、高橋 照代³⁾、
黒田 ともみ³⁾、森 多恵子³⁾、栗木 慈子⁴⁾、山崎 家春⁵⁾、原田 史子⁵⁾、
平澤 佐代⁶⁾、
奥田 淳子⁶⁾

<はじめに>

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、皮膚科の診療科を有する病床数 176 床の私立病院であり、6、7、8 階が急性期病棟、5 階が療養型病棟となっている。電子カルテが平成 13 年暮れから完全導入されている。平成 15 年 9 月に N S T 委員会を立ち上げ、平成 16 年 8 月から試験的に N S T 回診を開始し、平成 17 年 4 月から本格的に N S T 回診を開始したがなかなか軌道に乗らない状況を 1 年前の本会で発表した。その後の 1 年間の活動を改善するための工夫と現状につき報告する。

<前回の問題点>

N S T 対象者の療養型病床への偏在
医師・看護師のマンパワー不足
院内スタッフへの N S T の宣伝不足
勉強会まで手が回らない、しても内容が poor

<改善するための工夫>

対しては採血データチェック（アルブミン値）を 2 週に一度から週に一度へ変更した

ドウシヨウモナイ...

各病棟に週に一度押しかけて N S T 対象者になりそうな患者がいらないか、の確認をした

月に一度の勉強会を院内スタッフなら誰でも受け入れる形式にし、外部（大塚製薬工場）に依頼した

<現状>

急性期病棟からも N S T 対象者が抽出されるようになった

...

院内スタッフに N S T の存在を知ってもらうことができ、栄養に関する的確な知識が増え、関心が高くなった

<まとめ>

徐々にではあるが N S T として進歩している実感はある。しかし、N S T 回診は依

然として医師と栄養課スタッフが各病棟を回りその病棟の看護師とともに対象患者を回診するにとどまっており、まだ SGA の導入もできていない。また、今までの活動の分析・評価も必要であり、さらに電子カルテを有効利用するための方法など、今後検討していかなければならないことは山積している。

MEMO

<<一般演題>>
セッション2
アウトカム評価

14：50～15：30

座長：千葉西総合病院 大森 敏弘 先生

演題 4.

当院における経腸栄養管理の現状報告

医療法人三矢会 八街総合病院 NST / 薬局¹⁾、同 栄養科²⁾、同 看護部³⁾、
同 理学療法科⁴⁾、同 医局⁵⁾

河本 多佳子¹⁾、竹田 幸江²⁾、小倉 栄子²⁾、大友 典子³⁾、川島 さおり³⁾、
辻 哲臣⁴⁾、椎名 裕美⁵⁾

< 目 的 >

当院でのNST活動において、対象患者が経腸栄養管理を行っている場合、栄養バランス・水分量の設定や、下痢・誤嚥を繰り返す患者への寒天ゲル化の導入、薬剤の剤形の工夫など、積極的なアドバイスを行っている。しかしながら一方で、経腸栄養導入直後や経腸栄養から経口への移行時のサポートはまだまだ十分とは言えない状況であり、NSTとして今後より積極的なアプローチを行うために、まず現状を調査し当院における傾向を把握すべく今回の分析を行った。

< 対 象 >

2006年1月から12月までの12ヶ月間に当院に入院し（一般病床及び療養型病床）、鼻腔栄養手技料を算定された患者89名。内訳は内科72名、脳神経外科16名、耳鼻咽喉科1名で、年齢は27歳から100歳までの平均78.6歳。

< 方 法 >

経腸栄養の導入に至った患者の背景・経腸栄養管理の実施期間・中止変更となった場合の理由等を調査し、更に2007年2月末日時点での経過を追跡した。

< 結果・考察 >

調査の結果、施設入居者がPEG増設目的で入院する場合や、増設後に施設に移る患者が3割近くいたことが判明した。さらに施設に移った後も誤嚥性肺炎によって再入院を繰り返すケースが多く、退院時の施設職員に対する指導及び施設間での連携をより一層強化する必要があることがわかった。また、昨年よりNST委員会のメンバーにST（言語聴覚士）が加わり、嚥下訓練評価をすでに開始している。経腸栄養から経口への早期回復をサポートし、経腸栄養管理の期間短縮・誤嚥性肺炎のリスク減少等の成果が上げられるよう、今後のNST活動の方針を定めていく必要があることがわかった。

演題5.

食道癌根治術後における補助的経腸栄養の有用性

千葉県がんセンター 消化器外科

山崎 千春、永田 松夫、滝口 伸浩、河原崎 祥子、実方 由美

< 目 的 >

食道癌根治術は侵襲が大きく、特に術前化学放射線療法（CRT）施行例では、術後早期の栄養管理が重要である。我々は、補助的に空腸瘻からの経腸栄養（EN）を行い、成果を挙げているので報告する。

< 対 象 >

2003年以降CRT後に根治術を行った食道癌38例（EN群）を対象とした。術中に空腸瘻をおき、術後1-4日目に濃厚流動食250kcal/dayによるENを開始、術後7-10日目食事開始後も、補助的に800kcal/dayを投与した。在宅ENを継続、2-3ヶ月後に外来で抜去した。EN導入以前の術前CRT後根治術を行った食道癌18例（非EN群）を対照としてEN群を比較検討した。2005年から2006年に入院したEN群に経腸栄養について患者インタビューを行った。

< 結 果 >

EN群と非EN群との間に年齢、男女比、入院時体重、術式に差はなかった。術後TPN期間はEN群で有意に短かった（ $P < 0.0001$ ）。2006年以降はTPN施行せず、看護管理上容易になった。術後在院日数はEN群で 25.7 ± 11.5 、非EN群で 30.4 ± 10.6 でEN群で短い傾向がみられた（ $P = 0.145$ ）。ENの自己管理の指導、在宅での管理は概ね容易であった。術後12ヶ月の体重減少率は、EN群で小さい傾向がみられた。EN群へのインタビューでは、消化器症状、自己管理が煩雑などの問題点も聞かれたが、ENを中止した例はなかった。

< 結 論 >

CRT後食道癌術後において、空腸瘻の補助的ENは栄養管理・看護管理上有用である。

演題 6.

小規模療養型病院の N S T 効果を併設ケアセンターへ

医療法人社団健老会 姉崎ケアセンター栄養科¹⁾、姉崎病院 N S T²⁾

伊藤 由美子¹⁾、岡 隆²⁾、近藤 由利²⁾、京野 忍²⁾、安喰 暁子²⁾、
高橋 美弥子²⁾

< 目 的 >

2005 年 5 月より活動を開始した姉崎病院 N S T は、姉崎病院に大きな効果をもたらし、療養型病院としてのあり方を方向づけた。併設ケアセンター（介護老人保健施設）では、病院 N S T の協力を得、2005 年 9 月から入所者全員に栄養アセスメントを行い、栄養ケア計画書を作成している。また 2006 年 6 月には栄養回診を開始した。今回、それらにより得られた結果を報告する。

< 方 法 >

姉崎ケアセンターで栄養アセスメントと栄養ケア計画書の作成を開始する前後の入所者の栄養状態を検討する。栄養管理によりケアセンターから病院、病院からケアセンターへの移動人数の推移を検討する。ケアセンターでは初めての試みである PEG 患者の経口への移行を紹介する。

< 結 果 >

100 名中 34 名いた BMI 18.5 未満の利用者は、栄養管理を行うことにより 18 名に減少した。医療処置が必要になり病院に入院したケアセンター利用者のほとんどがケアセンターに戻ることができるようになった。また、PEG 管理の患者を経口自力摂取に移行することが出来た。

< 考 察 >

栄養管理と経腸栄養剤の利用により、必要カロリーが摂取でき BMI が向上した。また利用者の栄養状態が改善し、病院 N S T の協力により病院とケアセンターの連携がとれたため、病院に入院した利用者がケアセンターに戻れるようになった。PEG 管理利用者の経口自力摂取への移行も、何例かの経験を持つ病院 N S T の協力により実現できた。病院とケアセンターの一貫した栄養管理は、在宅への移行を可能にする大きな力と考える。

演題 7.

経鼻胃管留置時の吸引物確認可能割合に関する検討

亀田メディカルセンター 看護部¹⁾、同 神経内科²⁾

矢場 千明¹⁾、芝口 由紀子¹⁾、完戸 香¹⁾、片多 史明²⁾

< 目 的 >

経鼻胃管留置時の誤挿入、栄養剤誤注入による医療事故が後を絶たない。胃管留置位置の確認方法には、X線写真撮影、吸引物確認・pH測定、気泡音確認などがある。気泡音の確認は単独では不確実である。最も確実と言われているのは、X線写真撮影による確認であるが、コストや被爆の問題があり、また全ての施設で随時撮影が実施出来るわけではない。X線写真撮影に代わる方法として、吸引物確認・pH測定法があり、英国 NHS、日本医療機能評価機構からも推奨の提言がなされている。しかし、胃管挿入後に吸引を行った場合、吸引物が確認できない事例も多々ある。我々は、経鼻胃管留置時の吸引物確認可能割合を調査し、吸引の成否に関連する要因を検討するために研究を行った。

< 対象と方法 >

亀田総合病院B棟7階（神経内科、総合診療科）病棟に入院し、経鼻胃管留置を行った連続症例について調査を行った。胃管留置を受けた患者の年齢、性別、挿入したチューブの種類、直径、深さについて情報を収集した。吸引物の確認は、まず挿入直後に実施し、吸引できなかった場合には30分後に再び吸引を行った。最終的な留置位置の確認には、全例X線写真撮影を行った。

< 結 果 >

連続34症例につき検討を行った。初回の吸引で吸引物の確認が可能であったのは、11/34（32%）であった。30分後の吸引でさらに1例で吸引物の確認をすることが出来た。両者を合わせた吸引物の確認可能割合は12/34（35%）であった。

< 考 察 >

吸引物確認・pH測定法は、X線写真撮影が実施できない施設での胃管留置位置確認として非常に重要である。この方法の実施可能性を高めるため、吸引物確認がより多くの症例で可能となるような、デバイスや手技の工夫が必要と考える。

MEMO

<<一般演題>>
セッション 3
症例報告・その他

15 : 30 ~ 16 : 00

座長：成田赤十字病院 西谷 慶 先生

演題 8.

高度栄養不良状態から嚥下機能改善を図った 1 例

心和会 新八千代病院

阿部 聡子、村田 弘子、溝口 由美子、石橋 尚基、関 浩一

症例は53歳男性。平成11年に小脳出血を、以後は多発性脳梗塞を発症して右不全片麻痺、構音障害及び嚥下障害を呈し、嚥下性肺炎を反復していた。前医では肺膿瘍を合併したため、IVHにて栄養管理されていた。

胃ろう造設の上、平成18年5月11日に当院に転院した。入院時体重35.7kg (BMI 13.9)、Alb 2.3g/dlと栄養状態不良で、四肢筋力も著明に低下していた。食道入口部開大不全のため水が容易に気管内に流入する状態の嚥下困難を認めた。本人の意欲は強かったので、理学療法に加えてSTによる間接訓練を開始した。IVHは胃ろうからの経管栄養(1200Cal)に変更した。摂取カロリーはその後徐々に増やした。8月にはAlb 3.5g/dl以上となり、体重も平成19年1月までに38.2kg (BMI 14.9)に増加した。栄養状態の改善に伴い、気道感染の頻度は著明に低下して、10月以降は殆ど見られなくなった。当初は自動運動不可能で褥瘡の発生を認めていたが、ベッド上での自動運動は可能となり、介助にて車椅子への移乗も可能になった。適応期限が過ぎてSTが10月に中止となった以後もST指導下で看護師が間接訓練を継続した。11月には食道開大不全は残るものの誤嚥なく嚥下可能と判断され、経口摂取訓練を開始した。平成19年1月には3食共経口摂取に移行し、現在は全粥・ミキサー食(1620Cal)を介助なしに摂取できるところまで機能改善している。

本例はリハビリテーションと平行して栄養状態の改善を行った結果、嚥下機能の改善を認めた。リハビリテーションを効果的に実施するには栄養状態の改善が非常に重要であると考えられた。

演題 9.

大網充填術が施行された十二指腸穿孔肥満患者の 1 例

千葉県救急医療センター NST¹⁾、同 外科²⁾

疋田 文子¹⁾、田中 敬子¹⁾、相川 光広¹⁾、嶋村 文彦²⁾、向井 秀泰²⁾

症例は 70 歳女性。2 週間前からの嘔気と下腹部痛、食欲不振を主訴に来院した。身長 160 cm 体重 80 kg (BMI は 31.3 BEE は 1370)。来院時血清 Alb 値 2.6 g/dl であり、腹部 CT 上 free air を認め緊急手術となった。十二指腸球部後壁小弯側に 1 cm 程度の穿孔があり大網充填パッチ術を施行した。病日 4 日目から TPN を開始した。病日 11 日目の消化管造影で腸管の通過が良好であったため翌日から経口流動食が開始となった。しかし、術創部治癒遅延を合併し、病日 13 日目に創部閉鎖術を施行した。腸管機能には問題なく病日 16 日目から経口食を再開した。再手術後心不全を合併し、furosemide による利尿をはかった。この頃経口摂取は進んでいなかったが、心不全の改善とともに病日 20 日頃から食欲も回復した。食事のカロリー up も順調で創部も問題なく抜糸することができた。

本症例は、入院 2 週間前から食欲低下を認める低栄養のハイリスク状態にあり、実際入院時は低 Alb 状態であった。しかし、術後の体重はむしろ増加してきており (転院時体重 95.4 kg)、経口摂取も順調に進んできていた。このため NST の回診リストには挙がっていたもののあまり問題視されずに経過し、転院してしまった。今あらためてこの症例を振り返ってみると NST として介入すべき点があったように感じる。この症例を通して肥満患者における周術期栄養管理について考察を加える。

演題 10.

経胃瘻的腸用カテーテルが有効であった食道胃逆流の1例

成田赤十字病院 栄養課¹⁾、同 外科²⁾、同 消化器内科³⁾、同 看護師⁴⁾、
同 薬剤部⁵⁾、同 検査部⁶⁾

磯目 朋恵¹⁾、西谷 慶²⁾、福田 和司³⁾、清田 敏江⁴⁾、椎名 昭文⁴⁾、
鈴木 佳代子⁴⁾、田中 深雪⁴⁾、吉田 晴海⁴⁾、高田 勝利⁵⁾、
高橋 直樹⁶⁾、高師 さち子¹⁾、石井 隆之²⁾

症例は78歳、男性。認知症にて当院精神科入院中、精神症状による開口障害のため中心静脈栄養管理となっていた。平成17年11月、全身麻酔下に経皮内視鏡的胃瘻造設術(Percutaneous Endoscopic Gastrostomy; PEG)を造設した。PEGからの栄養剤投与を行ったが、吃逆、食道胃逆流、誤嚥性肺炎が認められたため中止となった。平成18年7月、NSTが介入となった。まずPEGより水分補給を開始したが、食道胃逆流が認められた。8月、PEGより粘度調整栄養剤の投与を開始し、約1週間で1200 kcal程度まで投与量を増量したが、嘔吐、誤嚥性肺炎が認められた。10月、経胃瘻的腸用カテーテル(Transgastric Jejunal Balloon Tube、20Fr、CREATE MEDIC CO.,LTD.)を留置した。その後、カテーテルよりエンシュアリキッドの投与を開始した。当初1日4~6回の下痢が認められたが、濃度と投与速度の調整により下痢は改善した。平成18年12月、中心静脈栄養から離脱、NST介入が終了となり、転院となった今回の症例では、NST介入により全身状態は明らかに改善し、中心静脈栄養からの離脱、経胃瘻的腸用カテーテルからの経腸栄養が可能となったが、本症例を通じて重度の逆流性誤嚥性肺炎症例にたいして、経胃瘻的腸用カテーテルからの経腸栄養が有効であることを再認識した。

<<指定演題>>

16 : 15 ~ 16 : 30

司会 : 千葉県済生会習志野病院 山森 秀夫 先生

千葉県下での「栄養管理実施加算の算定状況」

第 11 回千葉県 NST ネットワーク当番世話人

独立行政法人国立病院機構下志津病院 外科 一木 昇 先生

平成 18 年 4 月の診療報酬改定にて、私たち NST 関係者が永らく要望してきた NST 活動に対する診療報酬加算が実施された。患者 1 人あたり 1 日 12 点という小額ではあったが、NST 活動が認知されたという点で、一歩前進をしたと思われる。以来 1 年が経過しようとしているが、県下の各病院において栄養管理実施加算がどのように算定されているのかを把握する目的で、アンケート調査をおこなった。過去 10 回の千葉県 NST ネットワークに二回以上参加された 91 病院を対象にアンケート用紙を送らせていただいた。

回答は 57 施設で、アンケート回収率は 62.6% であった。内訳は 56 施設で管理実施加算を算定しており、入院患者全員を算定の対象としている病院も 38 施設あった。一部患者未算定とする病院も 18 施設あった。短期入院や ICU 等の患者で未算定となっていた。また算定開始時期も 18 年 4 月から実施されたという回答が 39 施設あり、43 施設で、NST がすでに稼働していた。これらの NST のうち、前回平成 17 年 10 月の調査では、日本静脈経腸栄養学会の稼働認定施設数は 18 施設であったが、19 年 2 月で 25 施設に増加していた。また日本栄養療法推進協議会認定施設も 18 施設で取得されていた。これらの相関をみると、NST は稼働している方が、また、NST の認定はされていた方が、算定の時期は早くから実施されていた。つぎに、栄養管理計画を実施する上で、各職種間の協力と協議がかかせないと思われるが、アンケートでも、入院初日におこなわれると思われる、栄養評価・スクリーニングでは、病棟看護師や NST 看護師の関わり方が多く、栄養補給に関する事項や総合的評価といった項目では管理栄養士がその多くを担っていた。NST の稼働施設と未稼働施設で区分してみると、稼働施設では栄養管理計画に平均 3.3 職種が関わっていたが、未稼働施設では、平均 2.5 職種まで減少し、その約半数の施設では 2 職種医師と管理栄養士で運営されていた。その結果として管理栄養士が当該計画を遂行するために費やされる業務割合が 20% をこえると回答した施設は、NST 稼働施設でも 3 割の施設が、未稼働施設に至っては 8 割の施設が該当した。その他いくつかの質問においても NST 稼働施設の方が実施計画をスムーズに運営するのに適していると思われた。

MEMO

MEMO

MEMO