第22回　千葉県 NST ネットワーク

プログラム・抄録集

日　時：2014 年 5 月 10 日(土) 13：40 ～ 18：00

場　所：千葉市文化センター　3 階　アートホール

千葉市中央区中央 2 丁目 5 番 1 号

TEL　043-224-8211（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㈱

ハイネイーゲル®

濃厚流動食品

新発売

【紅茶風味】

消化態

浸透圧 約360mOsm/L

エネルギー 0.8kcal/mL

- 日本人の食事摂取基準(2010年版)を参考に各種栄養素を調整、1日あたり1,200～1,600kcalを標準的な摂取量としています。
- 大豆ペプチド、コラーゲンペプチドを使用した消化態の濃厚流動食品です。
- 食物繊維にペクチン(100kcalあたり0.9g)を使用しています。
- pHの低下により液体からゲル状に流動性が変化(注)します。
- 水分補給に配慮し、100kcalあたり摂取できる水分量を110mLに調整しています。
- 液体栄養としての操作が可能です。

(注)胃酸の分泌量や酸度の違いによって、ゲル状に変化しない場合があります。

使用上の注意

①医師、管理栄養士等の指導によりご使用下さい。本品のみで栄養補給する場合は、各種栄養素の補給量や水分量に注意してご使用下さい。
②静脈内には絶対に投与しないで下さい。
③容器に漏れ、膨張がみられるもの、開封時に内容液の色・味・臭いに異常がみられたもの、または凝固、分離しているものはご使用にならないで下さい。
④長期に保存した場合、原料由来の成分が沈殿あるいは液表面に浮上し、白くなることがありますので、よく振ってご使用下さい。栄養上に問題はありません。
⑤温める場合は開栓せずにお湯に浸け、体温程度を目安として加温して下さい。長時間加熱、繰り返し加熱はしないで下さい。
⑥果汁などの酸性物質や多量の塩類などの混和は凝固することがありますので避けて下さい。
⑦開封後はすみやかにご使用下さい。全量を使用しない場合の残液は廃棄し、再使用しないで下さい。
⑧賞味期限内にご使用下さい。

栄養成分表示

1袋(375mL)あたり	
エネルギー	300kcal
タンパク質	12.0g
脂質	6.6g
糖質	46.1g
食物繊維	4.1g
ナトリウム	499mg
水分	330g

1袋(500mL)あたり	
エネルギー	400kcal
タンパク質	16.0g
脂質	8.8g
糖質	61.5g
食物繊維	5.5g
ナトリウム	665mg
水分	440g

【大塚製薬の通販】オオツカ・プラスワン
インターネットや電話でもご購入いただけます。
インターネット http://otsuka.jp
通話料無料 TEL 0120-256-137
(通話料無料 受付時間9:00～20:00)

Otsuka
販売者 株式会社大塚製薬工場
販売提携 大塚製薬株式会社

ハイネイーゲルに関するお問い合わせは
株式会社大塚製薬工場 お客様相談センター
0120-872-873

2013年12月作成
ZOY8113L01

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**6分**　討論時間は**4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）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 7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）特殊なフォントは OS の標準フォントに変換される場合がありますのでご注意下さい。

3）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。

4）動画や音声ファイルの使用はご遠慮ください。

5）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、研修医　無料、学生　無料、一般1,000円）をお支払い下さい。その際、受付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。

プログラム

情報提供；13:40～14:00

「経腸栄養における最近の話題」 イーエヌ大塚製薬（株）

開会の挨拶

当番世話人　紫村　治久 先生（総合病院国保旭中央病院　消化器内科）

一般演題

一般演題　Session 1　「栄養調査」　14:05～14:45

座長　野本　尚子先生（千葉大学医学部附属病院　臨床栄養部）

1. 試験入所での問題点をフィードバックし栄養管理を行った一事例‥‥‥‥5

千葉県立佐原病院　NST　看護局[1]、内科[2]、栄養科[3]、臨床検査科[4]、薬剤部[5]

○塚本文香[1]、越川淳也[2]、糸賀康博[5]、阿蒜ひろ子[1]、飯塚綾子[1]、坂本房子[3]、桑原正子[3]、宮崎由紀子[4]、鈴木友子[1]、大貫美佐子[1]、立原佳津江[1]、小沼喜代子[1]、高木寿美子[1]

2. 科学的根拠に基づくがん治療中の食事の工夫‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥6

千葉県がんセンターNST/食と栄養トータルケアプロジェクトチーム、キッコーマン(株)研究開発本部

○河津絢子、鍋谷圭宏、高橋直樹、實方由美、掛巣孝則、近藤忠、羽田真理子、福原麻后、佐々木良枝、滝口伸浩、横土由美子、山田みつぎ、辻村秀樹、小玉侑加子、佐藤常雄、長谷川浩司、松山旭、永瀬浩喜、永田松夫

3. 当院回復期リハビリ病棟における運動量と栄養値の傾向‥‥‥‥‥‥‥‥‥7

船橋二和病院　理学療法士

○菅野碧、関口麻里子、千葉春奈、東山真冬、高橋多恵、高木秀明、秋山竜太

4. 脂肪乳剤の投与速度が肝酵素に及ぼす影響について‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥8

[1)]慈恵医大附属柏病院　薬剤部　[2)]栄養部　[3)]看護部　[4)]消化器肝臓内科　[5)]外科

○大塚淳一[1)]　猿田 加奈子[2)]　近藤きよ美[3)]　蔭山博之[1)]　勝俣はるみ[1)]　内山幹[4)]　渡辺一裕[5)]

一般演題　Session 2　「経腸栄養」　14:45～15:35

座長　田代 淳 先生（国保松戸市立病院　内科）

5. ビフィズス菌使用による下痢改善効果の検討‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥11
総合病院国保旭中央病院
○山本友香、飯野和江、福森明美、日色順子、川島美智子、紫村治久

6. 耐糖能悪化患者へのグルセルナ‐Ex®、デグルデク、シタグリプチンへの変更により血糖コントロール良好となった1症例‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥12
国保小見川総合病院　NST
○木村聡子　勝浦譽介

7. 膵頭部領域癌に EPA を使用して‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥13
医療福祉法人恩師財団済生会 千葉県済生会習志野病院
○古川聡子　日野紗織　渡部彩奈　鈴木裕子　石場やす子　赤尾　恵
籏智弥有華　小林つば沙　高橋望月　山森秀夫

8. 母親の次子妊娠を契機に栄養障害に陥った乳児の2例‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥14
千葉県こども病院 NST　栄養科 1)、小児外科 2)
○太田康子 1)、櫻井美夏子 1)、東本恭幸 2)

9. 肺アスペルギルス症を併発した低栄養短腸症候群事例に対し自己挿入法による間歇的経管栄養にて栄養（病態）改善が得られた一症例‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥15
千葉市立海浜病院 NST 看護部 1)、医師 2)、栄養科 3)、薬剤部 4)、言語療法士 5)
○平　恭子 1)、太枝良夫 2)、片岡雅章 2)、木村　透 2)、宮間厚子 1)、
加藤礼子 1)、原澤　環 3)、古川博則 4)、庄野勝浩 5)

一般演題　Session 3　「多職種連携」　15:35～16:15

座長　山森　秀夫 先生（千葉県済生会習志野病院　院長）

10. 病棟の特性に応じた NST の中での薬剤師の関わり‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥17
社会医療法人社団　さつき会　袖ケ浦さつき台病院
○須藤彩乃、高野幸子、伊木田良子、大掛真太郎、倉田勉

11. リハビリテーション科スタッフに対する「栄養」に関する意識調査‥‥‥18
船橋二和病院 1. リハビリテーション科理学療法士 2. リハビリテーション科医師
○高木秀明 1、菅野碧 1、関口麻理子 2

12. それって本当に嚥下障害？生命にかかわることも・・・　‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥19
山王病院 NST*1、山王病院耳鼻咽喉科*2
○武藤博之*1*2、安部尚文*1、小田知由*1、武智聖子*1

13. 独立型3次救急医療施設における NST 加算の現状‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥20
千葉県救急医療センター　NST
○相川光広、江藤敏、西田幸子、田中敬子、石川亜希子、
若林武史、加藤里佳

休憩　16:15～16:30

特別講演　16:30～18:00

司会：総合病院国保旭中央病院　消化器内科　紫村　治久　先生

『内視鏡的胃瘻造設術を取り巻く環境
～診療報酬改訂を踏まえ、
我々、消化器内視鏡医はどうあるべきか？～』

国際医療福祉大学病院　副院長・外科上席部長

鈴木　裕　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>

栄養調査

14:05～14:45

座長：千葉大学医学部附属病院　臨床栄養部
野本　尚子先生

演題 1.

試験入所での問題点をフィードバックし栄養管理を行った一事例

千葉県立佐原病院　NST　看護局[1)]、内科[2)]、栄養科[3)]、臨床検査科[4)]、薬剤部[5)]

〇塚本文香[1)]、越川淳也[2)]、糸賀康博[5)]、阿蒜ひろ子[1)]、飯塚綾子[1)]、坂本房子[3)]、
桑原正子[3)]、宮崎由紀子[4)]、鈴木友子[1)]、大貫美佐子[1)]、立原佳津江[1)]、
小沼喜代子[1)]、高木寿美子[1)]

＜はじめに＞
　胃瘻管理の患者は、施設側の受け入れ状況により提案した栄養管理を受けられない状況もある。今回、試験入所により問題点の把握ができ、施設と連携を図り栄養管理を継続しながら入所可能となったので報告する。
＜事例紹介＞
86 歳女性　意識障害、廃用症候群、TPN 管理で転院
既往：誤嚥性肺炎、イレウス
＜経過及び結果＞
誤嚥性肺炎とイレウスの既往があったため、胃瘻造設し排便コントロールに留意しながら栄養管理を行った。退院支援に向けてＡ施設へ試験入所したところ水分量の調整・排便コントロールの問題点が明らかになった。しかし家族がＢ施設への変更を希望したため、試験入所時の問題点を踏まえＢ施設との連携を図った。それにより患者の状態と施設の条件を考慮した栄養管理を行うことができ入所に至った。
＜結語＞
試験的入所を行ったことで問題点が把握できた。施設と連携を図り問題点を改善することで、患者の状態に合わせた栄養管理に繋がった。

演題 2.

科学的根拠に基づくがん治療中の食事の工夫

千葉県がんセンターNST/食と栄養トータルケアプロジェクトチーム、
キッコーマン(株)研究開発本部

○河津絢子、鍋谷圭宏、高橋直樹、實方由美、掛巣孝則、近藤忠、羽田真理子、
福原麻后、佐々木良枝、滝口伸浩、横土由美子、山田みつぎ、辻村秀樹、
小玉侑加子、佐藤常雄、長谷川浩司、松山旭、永瀬浩喜、永田松夫

【はじめに】2010 年に NST を含めて発足した食と栄養トータルケアプロジェクトチームの活動の一つとしての、外来通院治療中のがん患者への食の工夫を報告。
【検討１】胃がん術後 S-1 投与中患者が、口腔内乾燥でパサパサしたものが食べにくいとの訴えが多いことに着目。口腔内乾燥自覚あり群で有意に安静時唾液量が少ないことが分り、飲み込みづらさ対応レシピの開発と検証を行った。
【検討２】乳がん術後化学療法(TC 療法/FEC 療法)患者に対し、自覚的な味覚変化、食事における副作用症状および食事の工夫に関するアンケート調査を施行。TC では味を弱く感じるのに対し、FEC では味を強く感じ、さらに苦みを訴える傾向があった。これを受けて、各レジメンと症状に対応したレシピを考案し、効果を検証した。
【結語】治療内容により食を規定する要因が異なることが検証された。食の悩みは主観的で個人差が大きいと考えられがちだが、科学的根拠に基づき治療内容に対応した工夫で美味しく食べてもらうことは可能と思われる。

演題 3.

当院回復期リハビリ病棟における運動量と栄養値の傾向

船橋二和病院　理学療法士

○菅野碧、関口麻里子、千葉春奈、東山真冬、高橋多恵、高木秀明、秋山竜太

【はじめに】
当院の回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期病棟）に転科・入院時は栄養状態が改善傾向にあった患者が転科・入院後、栄養状態悪化するケースがある。2012年3月から標準体重あたり30～35kcalの栄養摂取を目標としてプランを立てたので運動量と栄養値の傾向について調査した。

【方法】
2012年3月～2013年4月に回復期病棟を退院した患者81名を対象とし、転科・入院時と退院時のアルブミン（以下、ＡＬＢ）、摂取エネルギー率、病棟自立度、1日平均リハビリテーション（以下、リハ）単位数、病棟起立訓練参加頻度、在院日数を調査した。

【結果・考察】
リハ平均単位数、病棟起立訓練参加頻度が多い患者のほどＡＬＢが高い傾向で、栄養状態が良好であるほうがリハに取り組みやすいことが分かった。入院時ＡＬＢが低い患者ほど在院日数が長くなる傾向で栄養状態が不良であるとリハの効果が出るまでに時間がかかることが示唆された。
ＡＬＢを基準にＡＬＢ3.0未満の中程度以上栄養不良群、ＡＬＢ3.0以上3.5未満の軽度栄養不良群、ＡＬＢ3.5以上の栄養良好群の3群に分けて各項目の傾向を調査した。軽度栄養不良群の病棟自立度が大きく改善し、軽度栄養不良の状態でも適切な栄養管理と積極的なリハで機能が改善することが分かった。

演題 4.

脂肪乳剤の投与速度が肝酵素に及ぼす影響について

[1]慈恵医大附属柏病院　薬剤部 [2]栄養部　[3]看護部　[4]消化器肝臓内科　[5]外科

○大塚淳一[1] 猿田 加奈子[2] 近藤きよ美[3] 蔭山博之[1] 勝俣はるみ[1] 内山幹[4]
渡辺一裕[5]

【目的】
脂肪乳剤はエネルギー補給や必須脂肪酸の摂取に重要な薬剤である。しかし、急速投与では副作用が発現する場合がある。そこで、脂肪乳剤の投与速度および体重あたりの投与速度が肝酵素に及ぼす影響について後ろ向きに検証した。

【方法】
当院の入院患者で 2013 年 1 月 1 日から 12 月 31 日に脂肪乳剤を投与された患者（ICU・CCU、救急病棟、小児を除く）202 例を対象とした。脂肪乳剤は 20%イントラリポス 100ml とし、初回投与前と投与後直近の AST、ALT 等の変化を検証した。

【結果】
投与速度の分類では 2 時間での投与が 140 例（69%）、2 時間未満は 19 例（9.4%）であった。トランスアミナーゼの上昇率は 2 時間の群で AST が 110%、ALT は 135%であり、2 時間未満の群では各々173%、145%と後者で高い傾向にあった。しかし、体重あたりの投与速度と肝酵素の変化との相関は認められなかった。

【結語】
20%イントラリポス 100ml を 2 時間未満で投与すると一時的に肝酵素の上昇を誘発する可能性が示唆された。また、体重に関わらず純粋な投与速度を疑義照会・院内周知の徹底により適正化する事が重要である。

MEMO

一般演題

〈Session 2〉

経腸栄養

14:45～15:35

座長：国保松戸市立病院　内科
田代 淳 先生

演題 5.

ビフィズス菌使用による下痢改善効果の検討

総合病院国保旭中央病院

○山本友香、飯野和江、福森明美、日色順子、川島美智子、紫村治久

目的：ビフィズス菌末 BB536®を下痢が問題の患者に使用し、便回数と便性状の変化、抗生剤の使用歴を指標にプロバイオティクスの有用性を検討した。
方法：2013 年 1～6 月の期間に下痢が問題で NST 回診依頼となった 28 名を対象に依頼順に 1 日 2 包群(14 名)と 3 包群(14 名）に分け、下痢評価用紙にて開始時と 1 週間後の便性状、便回数の変化を評価し、ビフィズス菌使用以前の下痢症例の未使用群(10 名）と比較した。1 週間後に下痢が改善されなかった患者には継続使用した。
結果：2 包群は便回数が減少した患者が 3 名、便性状が改善した患者が 1 名、便回数と便性状ともに改善した患者が 2 名で全体の 43%(6 名）が改善した。3 包群は便回数の減少は 6 名、便性状の改善が 0 名、便回数と便性状ともに改善は 3 名で全体の 64%(9 名）が改善した。未使用群は便回数の減少が 1 名と改善は全体の 10%に留まった。ビフィズス菌開始時と 1 週間後の血液データ(CRP、PA、CHE、K、Na、P、TLC）では 3 包群の TLC に改善傾向を認めた。ビフィズス菌継続使用した患者 10 名中 4 名に便回数または便性状の改善が見られ、6 名には変化はなかった。
考察と結論：今回の検討では 2 包群より 3 包群で改善が多く、便性状よりは便回数が改善した症例が多かった。適正使用期間については今後も検討が必要である。

演題 6.

耐糖能悪化患者へのグルセルナ - Ex®、デグルデク、シタグリプチンへの変更により血糖コントロール良好となった 1 症例

国保小見川総合病院　NST

○木村聡子　勝浦譽介

【症例】73 歳男性。既往歴：胃部分切除術後、糖尿病。
頚椎症性脊髄症術後頚髄損傷、気管切開し人工呼吸器装着となった。嚥下障害あり ED チューブより E-7®1000 ㎉/日注入し、速効型インスリン（26-4-0 単位）と持効型インスリン（グラルギン 6 単位）で血糖コントロールしていた。
【経過】胃潰瘍出血により TPN に変更となり NST が介入した。シックデイによる耐糖能の悪化と栄養投与経路変更による血糖上昇が認められ、持続インスリン投与（ 80 単位前後/日）となった。
TPN 導入 10 日目に GFS にて再検後 ED 再開とした。その際経管栄養剤を見直し、脂質含有 50.7%のグルセルナ - Ex®へ変更し 100 ㎉/日（20ml/h）から開始し徐々に 1,250 ㎉/日まで増量した。血糖コントロールは、血糖変動域が少なく効果持続時間が長いデグルデクでインスリン基礎分泌を補い、シタグリプチンによりインスリン追加分泌を補った。
デグルデクは 6 単位から開始したが、空腹時血糖低値となり漸減、中止した。その後はシタグリプチン単独で血糖コントロールしていたが、低血糖出現し中止とした。
【結果】脂質含有量の多いグルセルナ - Ex®により急激な血糖上昇を抑え、デグルデク、シタグリプチンへの変更で良好な血糖コントロールになり、耐糖能の改善によりインスリン、経口血糖降下薬共に中止にできた。

演題 7.

膵頭部領域癌に EPA を使用して

医療福祉法人恩師財団済生会 千葉県済生会習志野病院

○古川聡子　日野紗織　渡部彩奈　鈴木裕子　石場やす子　赤尾　恵　簱智弥有華
小林つば沙　高橋望月　山森秀夫

【目的】膵頭部領域癌の術後補助化学療法中に EPA を使用し知見を得たので報告する。【80 歳、女性】78 歳 5 ヶ月、食欲不振を機に受診し下部胆管癌にて SSPpD 実施、stage Ⅳa、術中の腹腔内洗浄細胞診で class Ⅴ。術後 GEM 単剤療法の中途からエパデール®内服。その後腹膜播種、リンパ節転移を確認し GEM+TS-1 に変更し治療継続。化学療法期間の体重は BMI21.8±0.2、Alb 3.4±0.2g/dl、 CRP は 0.9±0.6 であり、概ね 0.5 以下を維持し食欲低下なく経過 。【77 歳、男性】72 歳 4 ヶ月、健診で黄疸指摘され頭部癌と診断。ＰＤ +術中照射 30Gy 実施、stageⅣa 。1 年間の GEM 単剤療法実施後に肝臓･リンパ節転移見つかり GEM+TS-1 を再開し、Alb 3.3g /dl、CRP 1.0 となったためプロシュア®を飲用しながら化学療法継続。期間中 BMI24.0±0.3、Alb 3.7±0.2 g/dl、 CRP 0.23±0.2 であった。【78 歳、女性】77 歳 3 ヶ月、嘔気の出現を機に膵頭部癌がみつかり SSPpD 実施、stage Ⅲ。退院後 1 ヶ月経過しても体重、Alb に改善無かったためプロシュア®勧めるも摂取できず、エパデール®処方に切り替え内服。 GEM 投与でも BMI27.3±0.9 と体重維持。Alb 3.5±0.1g/dl、CRP 0.15±0.1 であった。【結論】頭部領域癌の術後補助化学療法中に EPA を使用した 3 例で、癌の進行度や播種、転移および再発の有無に関わらず、EPA 摂取期間中に炎症反応の低値、食欲および体重の維持が得られた。

演題 8.

母親の次子妊娠を契機に栄養障害に陥った乳児の 2 例

千葉県こども病院 NST　栄養科 1)、小児外科 2)

〇太田康子 1)、櫻井美夏子 1)、東本恭幸 2)

【症例 1】便秘を主訴に受診した 5 か月男児。初診時の体重は 7.4kg で標準であったが、10 か月時に体重増加不良（8.1kg）を認め、1 才 1 か月時でも 8.0kg（-1.60SD）と増加がみられなかった。食事指導時に、生後 10 か月時に母が次子の妊娠を契機に母乳を断乳したところ患児は人工乳を飲まず、また母親はつわりのため料理ができずにレトルト離乳食等を食べさせていたことが判明した。栄養サポートでは、簡単に蛋白源を摂取できる調理法を指導していったところ体重は徐々に増加に転じ、1 才 9 か月で 10.3kg（-0.82SD）まで回復した。1 才 3 か月時の血液検査では、Alb は 4.7g/dL と正常であったが TTR は 17.2mg/dL と低値であった。

【症例 2】肝機能障害と体重増加不良を主訴に受診した 9 か月男児。初診時の体重は 7.5kg（-1.56SD）と体重増加不良を認めたため、離乳食を 2 回食から 3 回食にした。しかし 10 か月時の体重は 7.1kg（-2.22SD）とさらに減少したため栄養サポートを開始した。離乳食からの摂取エネルギーは 300kcal/日と推定され、乳汁栄養は母乳のみであったが、母親が次子を妊娠中であり母乳不足が考えられた。人工乳を取り入れた離乳食を提案､その後体重は増加に転じ 1 歳 0 か月では 8.4kg（-1.10SD）まで改善した。

【結論】離乳期に発育の停滞を認めた場合には、母親の次子妊娠の影響も念頭においての栄養サポートが必要と考えられた。

演題 9.

肺アスペルギルス症を併発した低栄養短腸症候群事例に対し自己挿入法による間歇的経管栄養にて栄養（病態）改善が得られた一症例

千葉市立海浜病院　ＮＳＴ 看護部[1]、医師[2]、栄養科[3]、薬剤部[4]、言語療法士[5]

○平　恭子[1]、太枝良夫[2]、片岡雅章[2]、木村　透[2]、宮間厚子[1]、加藤礼子[1]、
原澤　環[3]、古川博則[4]、庄野勝浩[5]

【はじめに】在宅経腸栄養（HEN）において同手法はクローン病において時おり試みられ、夜間の間歇的経腸栄養投与と日中のチューブフリー、経口からの摂取により社会生活の適応が広がりまた精神的負担も軽減される利点を有する。今回われわれは肺アスペルギルス症を併発した短腸症候群に対し、自己挿入法を会得していただき、間歇的経管栄養法の HEN に移行できた事例を経験したので報告する。
【症例】64 歳女性。1995 年食道胃接合部癌にて左開胸開腹胃全摘術、膵体尾部、脾、左副腎合併切除。2 年後に腸捻転壊死により 150 ㎝空回腸切除し残存小腸は 120 ㎝となる。以後、低栄養に対し在宅中心静脈栄養（HPN）を繰り返していたが、2005 年両側鎖骨下静脈、下大静脈閉塞し HPN 困難となり、以後は経口摂取および補助食品で経過をみていた。2013 年 6 月慢性咳嗽、著明なるいそうにて入院。成分栄養による経鼻経管栄養により徐々に栄養改善、病態も軽快した。在宅に向け間歇的投与に移行、長期的な展望を鑑み、十分な IC により経鼻的自己挿入法を勧めた。自己挿入法の手技、トレーニングの実際を報告する。

一般演題

〈Session 3〉

多職種連携

15:35～16:15

座長：千葉県済生会習志野病院　院長
山森　秀夫 先生

演題 10.

病棟の特性に応じたNSTの中での薬剤師の関わり

社会医療法人社団　さつき会　袖ケ浦さつき台病院

○須藤彩乃、高野幸子、伊木田良子、大掛真太郎、倉田勉

当院は一般科病棟(リハビリ科含む)191 床、身体合併症病棟 32 床、精神科救急病棟 52 床、精神科療養病棟 44 床、老人性認知症病棟 90 床を有し、袖ケ浦市の医療の中核を担っている。特に、精神科と内科外科の連携が出来る数少ない病院でもあり、NST の活動の中でもこの連携が活きているといえる。
当院の NST は病棟の特性に応じて、精神科医と内科医が在籍しており、それぞれの専門性を発揮している。また薬剤師も２名在籍しており、薬や輸液に関連した情報提供を行っている。NST 回診を通じて、摂食不良の原因や嚥下機能などについて、精神科医、内科医、それぞれの専門医の積極的な意見交換が行われている。
ＮＳＴ回診においての薬剤師の役割としては、精神科、内科、栄養管理についての専門性を活かした業務展開を行っている。今回は具体例を含めた活動について報告を行う。

演題 11.

リハビリテーション科スタッフに対する「栄養」に関する意識調査

船橋二和病院　1. リハビリテーション科　理学療法士
2. リハビリテーション科　医師

○高木秀明[1]、菅野碧[1]、関口麻理子[2]

【はじめに】

当院では昨年度より PT、OT、ST が各 1 名ずつ NST へ参加している。しかし、栄養分野の捉え方はセラピスト間で大きく異なる。今回当院リハビリ科スタッフで、栄養についてどう捉えているか調査した。

【方法】

当院 PT、OT、ST32 名に、質問紙法にて「栄養への興味、学習機会、知識、難渋症例の有無、NST 依頼の有無」の項目を調査した。

【結果】

栄養への興味があるスタッフは 94%と高値である。しかし学習機会があるスタッフは 47%であり、興味はあるが学習まで至っていないことが分かった。また、知識面ではカロリーや Mets など他分野でも学習する項目の認知度は高いが、低栄養の分類や MNA－SF など専門的なものになると理解度は低値であった。
栄養面で難渋した経験をもつスタッフは 71%おり、低栄養がベースにある症例や栄養ルートでの退院先の検討に難渋するケースが多い。しかし、直接 NST 依頼をしたことのあるリハスタッフは 29%と低かった。

【考察】

今回、当院リハビリ科では興味はあるが栄養や NST について認知できていない部分があることがわかった。今後どのように課題をクリアしていくかリハビリ科・NST が共に検討した結果を報告したい。

演題 12.

それって本当に嚥下障害？生命にかかわることも・・・

山王病院 NST*[1]　　山王病院耳鼻咽喉科*[2]

○武藤博之*[1]*[2]、安部尚文*[1]、小田知由*[1]、武智聖子*[1]

おそらく千葉県では多くの場合摂食・嚥下障害があっても専門**医**の受診することなく、リハビリ、栄養管理で経過を見られていることが多いと思います。ほとんどの場合はそれで問題ないのですが、今回は他院、他科で嚥下障害を疑われ紹介になった患者さんの中で、生命予後に関し緊急の処置、治療を要した症例をいくつか経験したので報告します。

演題 13.

独立型 3 次救急医療施設における NST 加算の現状

千葉県救急医療センター　NST

○相川光広、江藤敏、西田幸子、田中敬子、石川亜希子、若林武史、加藤里佳

【はじめに】平成 22 年 4 月より「栄養サポート加算（以下、NST 加算）」が認められ、算定を始めている施設が増えつつある。その中で"病院の採算性""NST の質の担保"など NST 加算に関連する様々な問題に直面し、その施設基準を満たす体制作りに苦労している施設も多いかと思われる。【目的】独立型 3 次救急医療施設である当センターでは平成 24 年 6 月より NST 加算算定を開始している。NST 活動を通して算定に絡む問題を浮き彫りにしていく。【方法】平成 25 年 1 年間の NST 加算算定状況から診療報酬点数を算出し、人件費との差し引きで病院としての経済的側面から、また NST 加算算定してからの NST 活動の変化を通じて、"NST の質"についての医療的側面から、それぞれ検討を加える。

【結果】平成 25 年は延べ 1191 名（1 回平均 23.82 名）の患者を回診し、そのうち実際に NST 加算を算定できたのは 766 名分（1 回平均 15.32 名）であり、算定率は 64.3%であった。診療報酬点数にすると年間 153,200 点となり、管理栄養士 1 名の人件費にも満たない。

一方、「栄養管理実施計画&報告」の作成により、回診内容を透明化し具体的な栄養プランまで明記するようになってから回診の質が高められてきていると感じている。

【考察】上記の結果をもとに、当センターの NST 加算開始に伴う"経済的側面"と"医療的側面"の現状に考察を加えていく。

MEMO

特別講演　　16:30～18:00

司会：旭中央病院　消化器内科
紫村　治久　先生

『内視鏡的胃瘻造設術を取り巻く環境
～診療報酬改訂を踏まえ、
我々、消化器内視鏡医はどうあるべきか？～』

国際医療福祉大学病院　副院長・外科上席部長
鈴木　裕先生

当番世話人／総合病院国保旭中央病院	紫村　治久　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
千葉県立佐原病院	阿蒜ひろ子　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
国立がん研究センター東病院	落合　由美　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
順天堂大学医学部附属浦安病院	木所　昭夫　先生
香取市東庄町病院組合国保小見川総合病院	木村　聡子　先生
東京湾岸リハビリテーション病院	近藤　国嗣　先生
医療法人三矢会八街総合病院	椎名　裕美　先生
千葉県がんセンター	實方　由美　先生
総合病院国保旭中央病院	紫村　治久　先生
国保松戸市立病院	田代　　淳　先生
帝京大学ちば総合医療センター	東郷　剛一　先生
東京慈恵医科大学柏病院	遠山　洋一　先生
千葉県がんセンター	鍋谷　圭宏　先生
玄々堂君津病院	西井　大輔　先生
日本赤十字社成田赤十字病院	西谷　　慶　先生
千葉大学医学部附属病院	野本　尚子　先生
千葉大学大学院	古川　勝規　先生
東京歯科大学市川総合病院	松井　淳一　先生
医療法人鉄蕉会亀田総合病院	宮越　浩一　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／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

ELNEOPA® No.1 Injection
ELNEOPA® No.2 Injection

高カロリー輸液用　糖・電解質・アミノ酸・総合ビタミン・微量元素液

処方せん医薬品* 薬価基準収載
エルネオパ®1号輸液
＊注意―医師等の処方せんにより使用すること

処方せん医薬品* 薬価基準収載
エルネオパ®2号輸液
＊注意―医師等の処方せんにより使用すること

◇効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

Otsuka
販売提携　大塚製薬株式会社　東京都千代田区神田司町2-9
製造販売元　株式会社大塚製薬工場　徳島県鳴門市撫養町立岩字芥原115

資料請求先
株式会社大塚製薬工場　輸液DIセンター
〒101-0048　東京都千代田区神田司町2-2
('12.07作成)