

抄 録

第55回 信州NST研究会

日 時：令和元年11月9日（土）

会 場：松本歯科大学 / 図書会館2階学生ホール

当番世話人：伊那中央病院救急部 畑谷芳功

一般演題座長：安曇野赤十字病院外科 島田 良

特別講演座長：伊那中央病院救急部 畑谷芳功

一般演題

1 急性期における、栄養サポートチームの介入により栄養状態の改善に至った症例

信州大学医学部附属病院集中治療部

長谷川和弥, 河島 潤征, 清水 彩里

高尾ゆきえ

【はじめに】ICUに入室する患者には全身管理が必要であり、その疾患・病期にあった適切な栄養管理が患者の回復には必要不可欠である。今回、術後に創部離解や上部消化管出血など様々なエピソードがありながらも、経腸栄養を確立し、全身状態の改善に至った症例を経験したので報告する。

【症例】70代女性、大動脈弁狭窄症・胸部大動脈瘤に対して大動脈弁置換術・上行大動脈置換術を施行。糖尿病、慢性腎不全で維持透析の既往あり。術後に多発性脳梗塞を発症、意識レベルの低下を認め、循環および呼吸管理、また持続的腎代替療法を行うため治療継続されていた。

【経過】術後1日目より経腸栄養剤の選定、必要カロリーの計算、排便コントロール目的に病棟NST介入となり、週1回のNST回診で主治医に提言を行った。術後1日目に早期経腸栄養が開始され、術後2日目からは高カロリー輸液が投与され始めた。術後は高血糖が持続したため術後7日目より糖尿病内科による血糖管理が行われた。術後19日目に気管切開術を施行され、術後21日目には正中創の離解を認め陰圧閉鎖療法が開始。便秘傾向であり、排便コントロールに難渋したため、下剤の使用について提案した。浣腸により硬便を認めていたが、術後32日目に下部消化管出血が見られ、排便状況を見ながら経腸栄養の中止と再開を繰り返した。術後57日目には経腸栄養・排便コントロールが確立し、徐々に栄養状態が改善した。術後77日目には正中創部が治癒した。

【考察】術後48時間以内の早期に消化管を使用できたことは、経腸栄養確立の一助になったと考える。また全身管理が必要な患者では、排便性状のコントロールが必要であり、性状を見ながら適宜下剤や整腸剤の使用を検討する必要がある。

2 経管栄養時の下痢対応マニュアルの検討

伊那中央病院NST

内藤 紗織, 畑谷 芳功, 北澤 利浩

白澤由香里, 池上 敦子

【目的】経管栄養時の下痢はしばしば生じる消化器合併症の一つである。当院ではNST発足当初から下痢対応マニュアルを作成し、下痢が生じた際に活用することとしているが、未だ院内での認知度が低く、現在でも下痢の相談件数は少なくない。また経腸栄養開始時に経腸栄養ポンプの使用も推奨しているが、病棟スタッフからは敬遠されがちで、使用頻度は少ない。第17回の本研究会で発表したように、我々は経腸栄養剤からミキサー食への変更で下痢の改善がみられた症例をいくつも経験している。そこで今回マニュアルの下痢対応の改善効果を検討し、マニュアル周知のための一助としたい。

【対象と方法】2018年9月からの1年間、NST介入症例のうち、経管栄養中下痢の相談があった16例を対象に、対応内容と下痢の改善効果を変更前後の便性状と排便回数で後方視的に調査した。対応内容は、速度調節5例、投与内容の変更11例、ビフィズス菌の追加7例であった（複数の併用あり）。

【結果】便性状は Bristol スケールを用い、変更前平均6.53、変更後5.41、便回数は変更前平均2.8回、変更後1.4回であった。16例中、便性状と回数の両者の改善ありが9例、性状のみ改善が5例、不変が2例であった。ポンプ使用した速度調整は、3例中2例で

回数の顕著な改善がみられた。

【考察】いずれの対応においても一定の改善効果が見られたが、複数併用の症例も多く、それぞれの改善効果に差はみられなかった。ポンプ使用した速度調整は件数も少なく評価が難しいが、ポンプ不使用の速度調整は100 ml/時程度となるため、ポンプ使用と比して改善効果が得られにくいと考えられた。ミキサー食や半固形化栄養剤が使用困難な症例では、経腸栄養ポンプを使用した速度調整が必要であると思われる。今回下痢対応マニュアルに沿った対応は効果があることが検証されたので、この結果を院内勉強会などで周知し、下痢対応マニュアルに沿った効率的な下痢対策を行いたいと考える。

3 完全側臥位から座位での経口摂取に至った重度嚥下障害例～外来 VF と訪問 ST で関わった経過～

安曇野赤十字病院リハビリテーション科

神田 秀樹

同 第一外科

島田 良

【はじめに】重度嚥下障害を呈した症例に対し、完全側臥位が有効であった症例を報告する。

【症例・経過】60歳代、男性。X年6月に脳挫傷、外傷性SAHによりA病院へ入院。同年8月にB病院へリハビリ目的で転院後、11月に嚥下造影検査（以下、VF）にて誤嚥を認め胃瘻造設、12月に自宅退院。退院後は当院訪問PTが介入。経口摂取の要望がありX+1年2月に訪問ST介入となる。

【初回評価（X+1年2月）】寝返り以外は全介助。要介護5、BMI16.2 kg/m²、栄養量1200 kcal（経管1200 kcal）/日。藤島 Grade3（重症）、稀に返事や挨拶の発話はあるが、主に頷き・首振りのyes-no反応。VF：仰臥位30°で咽頭残留+、喉頭浸入+、誤嚥-。完全側臥位で咽頭残留+、喉頭浸入-、誤嚥-。完全側臥位で日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類（以下、分類）2-1摂取可能と判断。

【訓練経過】ST介入時（1回/週）に直接的嚥下訓練（完全側臥位、分類2-1）。妻、デイサービス職員に口腔体操、発声練習を指導し実施。栄養量1400kcal/日（経管1400kcal）へ変更。X+1年6月、BMI17.3 kg/m²、介助で歩行器歩行が可能。VF：完全側臥位で咽頭クリアランスの改善を認めるが咽頭残留+、分類3に変更。妻介助で間食（完全側臥位、分類3）の追

加。栄養量1600 kcal（経管1400 kcal、経口200 kcal）/日。

【最終評価（X+2年4月）】BMI21.3kg/m²、藤島 Grade5（中等度）、短文での発話機会が増えた。ADLは全介助だが杖歩行は見守りで可能。妻と頻りに屋外歩行。VF：座位で米飯・クッキー・2%とろみ水で誤嚥-、1%とろみ水で誤嚥+。家、デイサービスで間食（座位、カット食、2%とろみ水）を摂取。自力摂取はペース不良のため全介助。妻の希望により自力摂取が可能となれば在宅で3食経口栄養へ移行する予定。栄養量1800 kcal（経管1400 kcal、経口400 kcal）/日。

【考察】定期的な外来VFにより姿勢・食形態・栄養量の調整で誤嚥性肺炎を予防し、摂食機会を増やすことができた。そこから嚥下機能の改善・BMIの増加・活動量の増加に繋がったものとする。

4 発声を失っても喉頭摘出術によって食べることを選んだ患者

伊那中央病院 NST

畑谷 芳功、内藤 紗織

【目的】誤嚥性肺炎の予防、治療は大きな問題である。嚥下障害は脳血管障害、神経筋疾患、あるいは慢性呼吸器疾患など様々な原因で発症し、対応としては、口腔内の清潔などといった様々な処置、またリハビリなど多くの努力が必要となる。一方で誤嚥を予防する手術として、咽頭気管分離術 食道気管吻合術が症例を選んで施行されている。今回われわれは神経学的な疾患で嚥下機能が落ち 誤嚥性肺炎を繰り返していたが、発声を失っても喉頭摘出術によって食べることを選んだ患者を経験した。症例を報告し、文献的に誤嚥を防止する手術方法について、喉頭が手術によって失われた場合どのような問題があるか、また適応について考察した。

【症例】60代、男性。既往歴、眼筋咽頭型筋ジストロフィー。199X年ごろより嚥下障害が出現。199X年8月ごろから右眼瞼下垂、構音障害、嚥下障害で当院神経内科受診。その後誤嚥性肺炎を繰り返していた。200X年5月出張先で呼吸困難となり、その後心停止。救急病院に搬送され、CPR 施行挿管され、蘇生された。いったん抜管できたが、嚥下の低下があり、経鼻経管栄養となった。発声が困難で意思疎通は筆談。主治医が本人と話し合った結果「死んでも食べたい」という意思を尊重し、8月全身麻酔で、喉頭摘出術を施行した。

【考察】誤嚥予防手術といわれるものは、咽頭気管分離術 食道気管吻合術などで、これらの手術の目的は 気道と食道の分離で当然誤嚥はなくなり、本症例のように食事がとれるようになる。欠点は発声の喪失である。一般的な手術適応は、「1. 難治性の誤嚥がある。2. 嚥下訓練によっても誤嚥が改善されない。3. 原疾患が改善困難なもの。4. 原疾患による嚥下障害が進行性である。5. 反復する誤嚥性肺炎で生命に危険を及ぼすもの。6. 患者さん及び家族に食事経口摂取への強い希望、並びに在宅療法への希望がある。」と言われている。本症例は上記の適応に合致する。手術の適応を十分判断すれば、ADLの向上に役立つと考える。

特別講演

いま求められるがん周術期の栄養管理

蘇生会総合病院 副院長・外科部長

土師 誠二

超高齢化社会の到来を迎える我が国では、2025年問題から病院機能の分化が強力に押し進められ、さらに最近、厚生労働省から「再編・統合を検討する病院リスト」も発表され急性期病院の選別が行われている。このような医療環境の中で、がん外科診療においても

併存疾患を多数有する高齢者に対して実施し、かつ可能な限り早期に在宅復帰させることが要求される。この目標を達成するために周術期栄養管理は必須の事項といえる。同時に、いまや周術期栄養管理には臨床結果が求められ、それには術後低栄養の防止、術後合併症の抑制、在宅復帰率の向上、術後補助化学療法への円滑な導入、そして究極的には予後の改善がある。

術前サルコペニアによる合併症増加、術後合併症による予後増悪、術後体重減少による術後化学療法導入率の低下などは、栄養状態とがん治療が密接な関連を持つ証左でもある。多くの施設と同様、我々もまた一般的な消化器がん手術においては術翌日から経口摂取開始を導入するとともに、高度侵襲手術に対しては1. 周術期免疫栄養、2. 強化血糖管理、3. 術後早期経腸栄養、4. 早期静脈栄養、5. 適切な投与カロリー量と蛋白量管理、からなる包括的周術期栄養バンドル管理を提唱し、術後感染性合併症発生率の低下、在院日数の短縮などの臨床結果を報告してきた。さらに、リスク因子を有する高齢者に対しても有効であった。

本講演では、最新のエビデンスに基づく周術期栄養管理と、がん手術から化学療法導入における栄養管理について演者の臨床経験から述べてみたい。

第56回 信州NST研究会

日時：令和3年6月19日（土）

会場：佐久市浅間会館 ホテル プエナビスタ（完全オンライン）形式

当番世話人：安曇野赤十字病院外科 島田 良

一般演題座長：佐久医療センター歯科口腔外科 松島凜太郎

特別講演座長：安曇野赤十字病院外科 島田 良

一般演題

1 回復期リハビリ病棟 栄養係取り組みの1年

安曇野赤十字病院リハビリテーション科

神田 秀樹

同 栄養科

奥田日南子, 滝沢千香子

同 外科

島田 良

【はじめに】令和2年診療報酬改訂において、回復期リハビリテーション病棟（以下リハ病棟と略）入院料1の施設基準は、「管理栄養士が一名以上配置されていることが望ましい」から「配置されていること」という要件に改訂された。リハ病棟入院料2-6においても「配置されていることが望ましい」という旨が追加された。これは栄養とリハビリの重要性が示された結果と考える。しかし、当院のリハ病棟では栄養とリハビリについて意識して関わっているスタッフはま

だ僅かだと思われた。

【方法】診療報酬改定にあたり、令和2年4月からリハ病棟に管理栄養士1名を配置し、栄養係を立ち上げた。栄養係では①低栄養者のピックアップ・アプローチの協議②「栄養・リハビリ」についての研修会を行った。

【栄養係の活動】医師、看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士協働で構成され、週1回のミーティングを行った。①入棟時のMNA-SFと管理栄養士でピックアップした低栄養者の食事内容・補助栄養・及び内服薬について協議を行った。②研修会は管理栄養士による「リハビリ栄養の概要」、理学療法士・作業療法士・及び言語聴覚士による「栄養アプローチ」について行った。研修会後のアンケートでは「低栄養が機能低下・ADL低下の原因の1つになることが分かった」「リハ棟では運動量が増えるので、それに伴って1日の必要な栄養が増え、栄養管理が大切になることを知った」「リハの活動量や負荷量について知りたい」「補助食を好まない人への対応は？」といった感想・疑問が挙がった。

【考察と結論】1年間の栄養係の活動を通して、低栄養者をピックアップする仕組みができた。また研修会によって栄養についての意識が深まったと思われる。協議するなかで関わる職種によって「患者の食事に対する訴え（原因）」が分かることがある。多職種が栄養を意識して関わることで患者の訴えを聞き、効果あるアプローチに繋がることを感じた。

2 成人短腸症候群の1例

(第48回信州 NST 研究会続報)

佐久医療センター小児科, NST

蓮見 純平

【症例】現在30歳の男性。

【現病歴】腸回転異常症を基礎疾患とする中腸軸捻転のため、日齢3に小腸大量切除術を受けた。術後の残存小腸は、幽門輪から15cmの十二指腸と空腸の一部、及び回盲弁まで2cmの回腸の一部、の合計17cmであった。以後、中心静脈栄養と経腸栄養で長期管理されてきたが、中心静脈カテーテルの入れ替えを繰り返した結果、13歳で上大静脈が閉塞し、21歳で下大静脈も閉塞したため、アクセスルートがなくなった。検討の結果、中心静脈カテーテルを、開胸手術で心房内に直接留置する方法を選択したが、感染等で入れ替えの度に全身麻酔を要するなど管理上の負担が大

きかった。そこで、経静脈栄養からの離脱を目指す方針とし、平成29年の第48回信州 NST 研究会で本症例について報告し、様々な助言を頂いた。

【小腸移植適応へ】しかし、その後体重減少に歯止めがかからず、最終的に経静脈栄養からの離脱は不可能と判断し、右心房内に中心静脈カテーテルを再留置して、中心静脈栄養を再開した。感染の反復、先端の自然脱落、閉塞をガイドワイヤーで開通させた後の心タンポナーデなど、このカテーテルの度重なるトラブルに対処しながら維持し、中心静脈栄養を継続して栄養状態を回復させることが出来た。しかし、この管理方法は綱渡り状態であり、唯一の解決方法は小腸移植であると考えられた。小腸移植の適応について、平成28年7月に慶応大学小児外科へ紹介となった。しかし、当時はまだ小腸移植が保険適応外で、積極的選択肢ではなかったが、平成30年にまず移植技術が保険適応となり、令和2年には免疫抑制剤も保険適応となったことから、同年10月に待機患者として登録した。移植に際して、右心房内のカテーテルでは不都合が多いと判断し、慶応大学での検討の結果、心臓までおよそ10cmの下大静脈内に、後方から穿刺する方法により、下大静脈へのカテーテル留置に成功することができて、カテーテル入れ替えを行うことができた。このカテーテルは、皮下の固定をはがすだけで抜去することができ、実際にカンジダ感染を起こした際の対応も容易であった。

【小腸移植】令和3年3月にドナーが見つかり、緊急小腸移植となった。術後の経過は良好と聴いている。前回の報告から小腸移植に至るまでの、4年間の経過を報告する。

3 病棟管理栄養士の気づきから—

口腔カンジダ症の治療に至った NST 対象患者の1例

社会医療法人財団慈泉会相澤病院

口腔病センター歯科衛生科

酒井 文恵, 深澤 奈津, 小出 愛

宮本 佳, 高橋 史帆, 中島菜都美

同 口腔病センター歯科口腔外科

吉村 伸彦

同 栄養科栄養管理室

山上 瑛未, 新井 麻未, 波田野めぐみ

同 外科センター

西田 保則

【緒言】病棟管理栄養士が口腔内の異変に気づいたことから、歯科介入し口腔カンジダ症の治療に至り、食事摂取量及び栄養状態の改善がみられた1症例を経験したので報告する。

【症例】90歳代前半の女性、心原性脳塞栓症により入院。ST評価後の入院第2病日より経口摂取開始。その後、食事摂取量の不足が続き栄養状態が悪化したため、NST介入。病棟管理栄養士より口腔内汚染認めるとの情報が得られ、歯科介入し口腔カンジダ症の治療を開始。その後、食事摂取量が増加して、栄養状態が改善した。

【結果】入院第9病日より食事摂取量の不足が続き、脱水や栄養状態悪化認め、入院第13病日よりNSTが介入した。病棟管理栄養士より口腔内汚染認めるとの情報から歯科医師が診察。口腔内全体に白苔を認め口腔カンジダ症の治療を開始した。入院第14病日に栄養量確保のため経鼻経管栄養を開始。入院第20病日には両側頬粘膜と口蓋の白苔は消失し、食事摂取量は4割程摂取可能となった。入院第26病日に口腔カンジダ症は舌中央一部のみに縮小、食事摂取量は7割程摂取可能となり、経管栄養を抜去できた。栄養状態は改善し、NST介入を終了した。その後、病棟での栄養管理により食事摂取量は安定し、栄養状態は維持され、自宅退院した。

【結論】病棟管理栄養士が患者の口腔内の異変に気づき、早期に歯科介入ができた。患者の問題点に対し、多職種協働で積極的な介入を行ったことが栄養改善の一助になったと考える。

特別講演

「NSTにおける口腔管理」

信州大学医学部歯科口腔外科学教室

栗田 浩

信州大学医学部附属病院では2006年1月に栄養サポートチーム（NST）が設置され、歯科は比較的早

期からメンバーとして参加している。入院患者の高齢化や、高度医療に伴う廃用性萎縮等により、口腔ケアや嚥下機能低下も栄養管理に係わる重要な部門であり、当院では2009年2月からNSTの一部として口腔嚥下チームを立ち上げ、活動を開始した。そして、2015年4月から口腔・嚥下チームとして独立し、現在NSTと共同して活動を続けている。

NSTにおける口腔管理の目的は、口腔・摂食嚥下機能の維持回復、また、これらの機能の低下によって生じる嚥下性肺炎の予防などが挙げられる。本講演では、信大病院における口腔管理の取り組みを紹介するとともに、口腔管理がもたらす効果に関する研究結果について概説する。

信大病院における口腔管理の取り組み

1) 口腔嚥下ケアチーム

口腔嚥下ケアチームは、多職種（医師、歯科医師、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等）が連携し、信大病院に入院中の患者さんの口腔・摂食・嚥下機能、口腔保清を多方面からサポートしている。

2) 口腔・摂食嚥下外来

口腔嚥下ケアチームは入院中の患者が対象で、退院後や外来患者への対応は行っていなかった。そこで、2018年11月から特殊歯科・口腔外科に「口腔・摂食嚥下外来」を開設し、外来患者を対象に加えて口腔・摂食嚥下機能に関する診療を開始した。

特殊歯科・口腔外科では、2012年4月より「信大病院がん患者等歯科医療連携」をスタートさせ、外来に「周術期口腔管理センター」を併設し、周術期口腔機能管理を行っている。

4) 地域、他職種との連携

食べる楽しみをささえる会、食を考える会、食活研究会、口腔ケアネットワーク等を通して、多職種、地域と連携した口腔機能・摂食嚥下医療（最後まで口から食べる）の推進を行っている。

第57回 信州NST研究会

日時：令和3年12月11日（土）

会場：長野市生涯学習センター「トイゴ」4階大学習室

当番世話人：佐久医療センター歯科口腔外科 松島凜太郎

一般演題座長：岡谷市民病院外科 澤野紳二

特別講演座長：佐久医療センター歯科口腔外科 松島凜太郎

一般演題

1 当院における血液検査データから抽出した栄養不良入院患者リスト配布の取り組み

佐久医療センター臨床検査科

高橋 俊介

【はじめに】臨床検査科では当院NSTが稼動した当初にアルブミン値2.0 mg/dL以下の入院患者を抽出し、リストにして配布していた。しかし、アルブミン値単独では正確な栄養評価をすることが難しいと考え、アルブミン値を含む血液検査データのみで評価可能なCONUT法の利用を検討した。だが、入院患者においてCONUT法に必要な総コレステロールを日常的に検査することは稀であるため、総コレステロール値をより日常検査されるヘモグロビン濃度に置き換え、アルブミン値・総リンパ球数・ヘモグロビン濃度の3項目で求めるCONUT変法（以下、変法）を、CONUT法との比較により作成した。この変法を用いて、アルブミン値2.0 mg/dL以下の時と抽出人数がほぼかわらず、多すぎることがないように抽出基準として「アルブミン値 <2.5 g/dl、総リンパ球数 $<1.2 \times 10^3/\mu\text{l}$ 、ヘモグロビン濃度 <10.0 g/dlの3項目すべてで基準未満の入院患者」を設定、抽出患者をリスト化し、各病棟に配布する運用に変更した。リストの入院患者については栄養状態の再評価を行い、必要に応じて主治医や各病棟の管理栄養士に相談する、NSTへ介入依頼を行うなどの対応の実施をお願いしたが、2015年の運用開始以降に、実際にどのように活用されているかを把握することはしていなかった。

【目的・方法】今回、活用状況を把握し、運用の見直しを図るため各病棟に、リストに関するアンケートを行い、活用状況と配布方法について回答してもらった。

【結果・考察】10病棟中9病棟でリストが活用され、抽出患者について栄養状態の再評価などが行われてい

ることがわかった。また、リストの配布方法については大きな不満はみられなかった。さらに、課題としてあがった点から、①NST介入依頼への手順の明確化②配布するリストへ抽出基準や活用方法を記載しわかりやすく記載するといった改善を行った。今後も、リストの配布を継続し栄養不良入院患者への適切な栄養療法の実施につなげていきたい。

2 NSTが介入し経口摂取が確立したWallenberg症候群の1例

佐久市立国保浅間総合病院 NST 言語聴覚士

儘田 綾

同 管理栄養士

中澤 明子

同 歯科口腔外科

奥山 秀樹

【緒言】延髄外側の病変に起因するWallenberg症候群は、代表的な症状として嚥下障害がある。今回当院脳神経外科に脳幹梗塞で入院したWallenberg症候群の症例に対し、NSTでかわり、多職種でアプローチした1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、右利き女性、無職、入院前ADL自立、自家用車運転。

【現病歴】202X年Y月Z日（以下発症日）立位困難、呂律不良あり、かかりつけ医受診し、脳梗塞疑われたため当院紹介となり入院。

【既往歴】小脳出血、左被殻出血、糖尿病、高血圧、脂質異常症、大腸ポリープ切除後、左乳腺腫瘍。食べることへの執着強く血糖コントロール困難。

【医学的診断名】脳幹梗塞（延髄外側アテローム血栓性脳梗塞、左椎骨動脈閉塞症）

【画像所見】延髄左外側にDWI high lesion+。左VA（椎骨動脈）閉塞。脳底動脈上半部の狭小化。頸部内頸動脈右軽度狭窄。

【身体所見】嚥下評価発症日+2日 JCS I-1, 眩暈(回転性, 嘔気・吐有), 左顔面神経麻痺(Gr4), 重度嚥下障害(RSST0回, DSS:1, 嚥下Gr2), 構音障害(UUMN), 嗄声(G1R0B1A1S0), 開鼻声(左軟口蓋運動障害・カーテン徴候有)。

【経過】発症日+2日にPT/OT/ST開始。ST評価にて経口摂取開始困難のため, 発症日+3日にNST介入し経鼻経管栄養開始。STにて間接嚥下訓練開始。発症日+4日のVE(1回目)で明らかな声帯麻痺は認められない(弱い時あり), 喉頭蓋刺激での咳反射迅速, ホワイトアウトやや減弱, 濃いとろみ水で誤嚥あり, 経口摂取困難と診断。発症日+8日から左向き嚥下にて唾液嚥下でき, 嚥下直後は湿性嗄声改善。発症日+17日に胃瘻造設。発症日+43日VE(2回目)にて座位・顔面正中位にてホワイトアウトやや弱いが, トロミ水・ゼリー共に誤嚥・喉頭侵入無く, 嚥下可能と診断。STにてゼリーでの直接嚥下訓練開始し, 発症日+45日ゼリー食1回/日開始。発症日+46日VF検査実施後, 嚥下困難食開始。発症日+51日3食提供開始となり経管栄養終了。発症日+59日から全粥・軟菜極刻み食(あんかけトロミ対応)が摂取可能となり, これ以上の食上げは誤嚥リスク高いと判断。発症日+66日に胃瘻抜去し, 発症日+102日に当院退院し, 施設へ入所。

【考察と結語】今回 Wallenberg 症候群の1例を経験した。本症例は重度嚥下障害が認められ, 改善が見込めなければ嚥下機能改善手術も検討していた症例であった。しかし, 早期からNSTが介入することにより, 経口摂取困難な期間にも経管栄養を使用し栄養確保を図りつつリハビリ介入することにより, サルコペニアに陥ることなく経口摂取を確立できた症例である。

3 低栄養患者へ早期に栄養管理を行うための取り組み

JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター
井出 忍, 蓮見 純平, 村上 好枝

【目的】病棟では栄養管理が十分でないため体重減少, 褥瘡形成, 創部の治癒遅延, 感染症を併発し治療経過が長引いている現状がある。低栄養患者を誰もが同じ水準で抽出出来るシステムを構築するためフローシートを作成し, 早期に適切な栄養管理を行えるよう看護師がフローシートの活用方法を理解し援助できる仕組み作りに取り組む。

【方法】1. 低栄養患者抽出フローシート作成

2. 新人・NST研修の実施結果

NST研修では栄養に関しての知識を得る機会になっていたが, 病棟での活用には至っていなかった。そこで病棟で活用でき誰もが同じ水準で低栄養患者を抽出できるようフローシートを作成した。入院時は主観的包括アセスメントとして基本的な患者情報や身体所見の観察をふまえた栄養スクリーニングが必要であること, 入院中は週1回の体重測定をし, 減少率を観て必要栄養量を考えること, 血液検査・生化学的指標をチェック, 食事摂取量の観察, 末梢輸液の内容, 実施期間を観ることなどポイントと注意点を載せた。

新人・専門研修を通して低栄養患者の事例を提示しフローシートを使い入院時の栄養評価, 入院中の栄養計画, 退院時の栄養指導の三つの場面に分け, グループワークを実施した。

【考察】フローシートを活用することで患者の栄養状態に関心を持ち, 低栄養患者の把握に繋げることが出来るようになる。フローシートを使用し低栄養患者の症例を学ぶことで病棟でも実践に活かすことが出来る内容となった。ポイントと注意点をわかりやすく記載することで誰もが同じ水準で低栄養の患者を抽出でき, 早期に適切な栄養管理を行えるようになる。と考える。

【まとめ】栄養状態が良好でなければ治療が円滑に進まず, 入院経過が長引いてしまう現状がある。今後も栄養管理の重要性を伝え, フローシートを活用し早期に適切な栄養管理が行えるよう取り組んでいきたい。

4 コロナ禍における当院 NST 活動変遷の問題点

長野赤十字病院 NST 栄養課

米澤 郁美, 山岸 恵美, 橋本 典枝
同 看護部

寺澤 美奈, 栗田 貴子, 石井三由紀
同 薬剤部

池上 悦子, 松澤 資佳, 若林 裕子
同 検査部

鈴木 杏子, 山岸 夏子, 倉島 祥子
同 リハビリテーション部

二木 保博

同 歯科口腔外科

清水 美希

同 臨床工学技術課

木村 良雄

同 医療社会事業部

内山 皓平
同 外科
草間 啓
同 感染症内科
増淵 雄
同 小児外科
北原修一郎

【背景】2006年「栄養管理実施加算」、2010年「NST加算」、2012年「栄養管理実施加算」の入院料化を経て、2016年歯科医師連携加算追加（歯科医師を専任とすると50点加算250点）が認められたが、栄養指導が260点となったため、BSCの観点からNST加算を返上した。2018年4月、「加算症例数が少ない病院では、専従を専任」とすること」が認められ、また、「1日当たりの算定患者数は1チームにつき15人以上とすること」になり、NST加算を再取得した。

【目的】2020年2月よりパンデミックに至ったコロナ禍のため、病院方針として多職種によるチーム医療活動が院内独自のフェーズにより制限されている。特に2回の院内感染を経験した当院では、NSTカンファレンスと引き続いての回診は、感染が広がると回診病棟の制限をかけた。NSTランチタイムミーティングと年3回程度開催していた地域開放型勉強会も中止となった。コロナ禍における問題点と対策を検討する。

【結果】PPM-Ⅲシステムを充実させて、病棟のカンファレンスに病棟担当栄養士が参加することにより、病棟カンファレンスを充実させることとした（精神

科)。また、患者によっては、回診間隔をあけた（整形外科など）。回診の代わりに専任管理栄養士やNST専門療法士による栄養指導を行う（がん・低栄養など）こととした。勉強会は黙食時にDVDまたはWebにより行うことを始めている。

【考察と結論】井上らによると、NST加算は、人材の給与をまかなうだけの給与が得られないとしている。多職種協働チームであるNSTにおいては、医師からのNST依頼件数が急に変化することはなかった。皆さんの施設の工夫を教えていただければ、幸いです。

特別講演

サルコペニア 負のスパイラルからの脱出 —経口補助療法を再考する—

医療法人社団和風会

千里リハビリテーション病院

合田 文則

本講演では、低栄養の現状とoutcomeを示し、臨床におけるサルコペニアの診断とその活用の実践にむけた筋肉量の評価法と低栄養の原因について解説する。

低栄養・サルコペニアからの脱却を目的とした、経口補助療法を提示する。すなわち経口摂取が困難な時の経口補助療法としての胃瘻（半固形化栄養法の活用法）および経口摂取が可能な時の食事の工夫（antivolumetricsの活用）と経口補助食品の活用法（HUMANプログラム）について解説する。

また、導入がはじまっている経管栄養分野の細径コネクタの問題点と存続の必要性についても言及する。

第58回 信州NST研究会

日時：令和4年3月12日（土）

開催形式：オンライン開催（Microsoft Teams）

当番世話人：岡谷市民病院外科 澤野紳二

一般演題座長：信州大学医学部糖尿病内分泌代謝内科 駒津光久

特別講演座長：岡谷市民病院外科 澤野紳二

一般演題

1 SGAを用いた継続的な栄養管理～フローチャート活用の定着への取り組み

JA長野厚生連南長野医療センター
篠ノ井総合病院NST

市川 司三, 小松 順子, 北村 昭
西沢 恵, 峯村今朝美

【はじめに】当院NST委員会は、適切な栄養管理の為スタッフと共同し、NSTと連携を図り、栄養状態改善と治療に繋がる活動を支援することを目的としている。

栄養管理のフローチャートを用いて入院時にSGAを用いて栄養状態の評価を行い、栄養障害リスクのある患者には定期的にSGAを用いて栄養状態の再評価を実施している。しかし、フローチャートの認識が低く、継続した評価が定着していなかった。そこで、委員会では全てのスタッフが継続的に評価を行なえることを目標に、フローチャート活用の定着に向けた取り組みを行った。

【方法】

- ①栄養管理のフローチャート活用の周知（4月）
- ②取り組み前実態調査（9月）
- ③各病棟で問題点と対策立案（9月）
- ④各病棟での取り組み（9月）
- ⑤取り組み後の実態調査（12月）

【結果・考察】取り組み前の再評価実施率は全体37.6%，自部署40%，退院時実施率は全体0.8%，自部署0%であった。部署毎に問題点・対策を具体化し取り組み後の再評価実施率は全体56.7%，自部署68.8%，退院時実施率は全体62.5%，自部署93.8%と上昇した。

自部署では、病棟スタッフへ電子メールや掲示等複数の方法で、定期的に再評価の手順などを伝達した。また、実施率を提示しスタッフと共有することで、栄

養管理に対する認識も向上し、評価率が上昇したと考える。

全体でも、実態調査から問題の明確化、具体的対策により委員の役割認識も高まり、病棟スタッフへの伝達も効果的に行われ、実施率が上がったと考える。また、委員会としてSGAシートの入力方法の簡易化を行った。それにより体重変化や食事摂取量などから栄養障害の有無が認識しやすくなり、看護計画と結び付き再評価の回数も増加したと考える。

【まとめ】病棟スタッフの栄養評価への意識が高まり、実施率は増加した。今後はその評価を活かして多職種での早期介入へ繋げたい。また、退院時評価から退院後外来での栄養管理の継続や、他施設への情報提供へ繋げていきたい。

2 胆管癌患者の口腔カンジダ症でミコナゾール投与により重篤な副作用を認めた1症例

岡谷市民病院NST 特殊歯科口腔外科

早出 直美

同 栄養科

花岡万智子, 西村 梓

同 看護部

釜屋 妙子

同 検査科

両角真也加

同 薬剤科

林 美和子

同 外科

澤野 紳二

【目的】口腔カンジダ症の治療薬としてミコナゾールが挙げられるが、副作用として悪心嘔吐および食欲不振を認めることがある。今回、肝機能の低下によりミコナゾールによる副作用が強く現れた癌治療中の患

者に対して、栄養サポートチーム（NST）が介入し改善が見られた症例を経験したので考察を加えて報告する。

【症例の概要】90歳女性。要介護5で施設入所中の20XX年12月に黄疸と食欲不振があり内科を受診、ERCPを施行され、中部胆管癌の診断でステント留置された。徐々に食欲改善していたが翌月再度食欲不振あり、口腔カンジダ症の診断で、ミコナゾールを処方されたところ、内服開始3日目から激しい悪心嘔吐の症状が出現したため、NST・歯科紹介となった。

【経過および考察】悪心嘔吐が続き食事摂取が出来なくなったためNSTが介入、薬剤師がミコナゾールに悪心嘔吐、過敏症の副作用があると指摘、ミコナゾールを一旦中止した。直後に口腔カンジダ症が再発したため歯科医師よりアムホテリシンBが処方され、歯科衛生士による口腔衛生管理が開始となった。歯科介入2日目で悪心嘔吐は軽減、3日目にカンジダによる菌塊が肉眼的に減少し、4日目に経口摂取可能となった。ミコナゾールの副作用として悪心嘔吐、食欲不振があることは添付文書上に記載されている。ミコナゾールは肝臓の薬物代謝酵素であるCYP3A4で大半が代謝されるが、本症例のように肝機能が低下している患者の場合、薬物の代謝がしきれず血中濃度が上昇したため副作用が強く現れたことが推測される。

【結論】今後、癌通院治療や在宅への往診でもさまざまな「食べられない症例」を経験することが増える事が予想される。口腔内だけでなく、全身状態や既往歴も考慮して多職種で介入することが問題点の早期改善につながると考えられる。

3 早期栄養介入加算の取り組みと課題

長野市市民病院栄養科

春原ゆかり，山田 明子

同 リハビリテーション科

水上みどり

同 診療部麻酔科

鏑木 武，川上 勝弘

同 診療部胆管膵外科

関 仁誌

【目的】2020年度の診療報酬改定にて早期栄養介入加算が新設され、当院では2020年4月より算定を開始している。重症患者において、早期経腸栄養の開始により、感染性合併症の減少、ICU在室期間および入院期間の短縮、死亡率の低下が報告されており、ICU

の管理体制の見直しを行い、積極的に介入を行っている。開始当初は、ICU担当医師、ICU看護師、管理栄養士の3職種が中心に科によっては主治医が加わり、朝8時よりミーティング回診を行い、早期栄養の適応を検討した。2020年8月からは、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士も加わり、早期リハビリテーション加算の面からも積極的に介入を行っている。これまでの取り組みと今後の課題について報告する。

【対象】2020年4月から2021年3月までにICUに入室した1649名のICU滞在中の栄養療法を検討した。

【結果】総入室数1649件に対し、48時間に経腸栄養が可能となった症例は477名（28.9%）。ICUにおける食事提供率は、前年度と比較し125%の増加を認めた。食事が早期に開始することで患者からは「空腹や口渇があったので嬉しい」、病棟スタッフからは「管理栄養士が介入することで経管栄養の投与内容や速度等相談出来て助かる」「細やかな対応をしてもらって助かる」「栄養を詳しく学んでみたくなった」という意見も得られた。また、心臓血管外科領域では術後の麻痺性イレウスの減少効果が示唆された。しかし、意識障害や挿管中などが原因で、消化管機能や循環動態に問題がなくても早期に栄養介入出来ない症例もあった。

【考察・結論】加算が新設されるまでは、管理栄養士自身がICUは治療優先というイメージが強く積極的に栄養介入が行えていなかった。この加算を期に医師や看護師、リハビリスタッフと連携することで積極的に栄養介入を行い、患者やスタッフからも良い影響を与えることが出来ていると考える。また、2022年度の改定ではHCU、SCUも早期栄養介入管理加算の対象に加えられた。今後の課題として、早期栄養療法を行うための体制の整備と重症患者に関わる管理栄養士の育成が必須と考える。

特別講演

脳卒中早期経腸栄養プロトコル実践とアウトカム

～チーム医療NSTの重要性～

社会医療法人桑名恵風会桑名病院脳神経外科
森田幸太郎

脳卒中は戦後の統計上常に日本人死因の上位を占めている国民病であり、主に高齢者に多く、特徴的な栄養状態を呈する。すなわち潜在的な栄養障害や急性期の嚥下障害などで、加えて急性期にはストレス下にエ

エネルギー消費の増加や耐糖能異常なども容易にきたすことから低栄養や感染症などの合併症リスクが高くなる。この場合結果的に予後不良になることが知られており、脳卒中治療ガイドラインでも疾患の治療のみならず栄養療法の実践がアウトカム改善への鍵になることが示されている。

2000年以降本邦でも医療における栄養管理の重要性の認識が高まり、多職種による栄養サポートチームNSTの役割が大きくなり活動が続けられているが、疾患によってはより専門的な管理が求められる。脳卒中では発症時の栄養評価やスクリーニング、血糖コントロールの重要性が示されているが具体的なプロトコルなどは未だない。当院は脳卒中治療を主体とし、ケアミックス病院という特徴を活かし、急性期から回復期、慢性期、在宅までを一貫して管理することを目指

しており、入院時から積極的な栄養管理を行う目的で脳卒中専門の栄養サポートチーム「StrokeNST」を立ち上げ継続した専門的介入を行ってきた。具体的には低栄養の高リスクとして①低アルブミン血症②予後栄養指数低値③嚥下障害、のいずれかを有する患者を入院時にスクリーニングし全例介入する方針とし、ベッドサイドで嚥下内視鏡によるインストルメンタルテストで嚥下機能の確認とテクスチャを速やかに決定し、誤嚥などのリスクを回避しつつ迅速な経腸栄養を開始している。また脳卒中患者に特異的な栄養療法の課題として、血糖管理、体重筋肉量減少、消化器症状などがあるが、これらの改善を目的に様々な栄養剤を用いたプロトコルを試みてきた。多職種間で明確な管理指針を共有するStrokeNSTとしてのチーム栄養療法について本発表で紹介したい。

第59回 信州NST研究会

日時：令和4年10月22日（土）

会場：松本歯科大学図書館2階学生ホール

当番世話人：信州大学医学部糖尿病内分泌代謝内科 駒津光久

一般演題座長：浅間総合病院歯科口腔外科 奥山秀樹

特別講演座長：信州大学医学部糖尿病内分泌代謝内科 駒津光久

一般演題

1 ICUにおける嚥下機能評価フローチャート導入の経緯

信州大学医学部附属病院集中治療部

田村 礼, 高尾ゆきえ, 市山 崇史

【はじめに】ICUでは嚥下機能障害に関連する危険因子を抱えた患者が多くいる。しかし、ICUでは治療が優先され嚥下リハビリの介入が遅れる傾向があった。そこで、統一した評価フローが必要であると考え、その導入の経緯と課題を報告する。

【経緯】先行研究などから、多職種でフローチャートを作成し、簡易的で侵襲が少なく看護師が実施しても同じ評定になることを重視し作成した。反復唾液嚥下テストRSSTや改訂水飲みテストMWSTは有用性の高い検査とされているため、二つのテストを採用しフローチャートを作成した。その後、ICUで勤務する全看護師のRSSTやMWSTの手技を確認し、全患

者に導入した。

【結果】観察項目はチェック式で作成し、次のステップにスムーズに評価できるようになった。よって看護師が簡易的に短時間で評価出来るフローチャートが作成できた。導入後、看護師に対してヒアリングを行ったが戸惑いはなかった。フローチャートによる有害事象はみられていない。開心術後の患者を対象にフローチャート導入前後で初回飲水までの時間を比較したところ有意差があった。

【考察】安全性を担保するために多職種でフローチャートを作成する必要性があった。看護師全員の手技を確認したことによって一定の手技を確立できた。飲水評価を、日時を問わず実施出来るようになったため、初回飲水までの時間を短縮できた。またフローチャートによる有害事象もないことから安全性も確保された。

今回のデータでは有意差が見られたが、データ数の

違いや限定した疾患患者対象であるため、対象疾患を拡大し初回飲水までの時間を確認し疾患によるリスクに対しても考慮していきたい。

【結語】フローチャートを導入することで、統一した評価を看護師が実施できるようになった。また導入後の初回飲水までの時間も短縮出来ているが、今後のデータ収集が必要である。

2 低亜鉛血症と低アルカリホスファターゼ血症を併発し NST 介入した 2 症例

長野赤十字病院 NST 検査部

倉島 祥子, 山岸 夏子

同 小児外科

北原修一郎

同 栄養課

橋本 典枝, 山岸 恵美, 米澤 郁美

同 看護部

長田ゆき江

同 薬剤部

松澤 資佳, 池上 悦子, 若林 裕子

【目的】亜鉛欠乏症の診療指針2018（以下指針）では、診断基準の症状/検査所見において血清アルカリホスファターゼ（以下 ALP）低値が含まれている。今回 NST 対象者において低亜鉛血症と低 ALP 血症を併発した 2 症例を経験した。

【方法】当院では2020年7月に ALP の測定法が JSCC 法から IFCC 法へ変更された。特徴として小腸型 ALP との反応性が低くなる。2020年9月～2021年3月までの NST 対象者87例のうち、亜鉛低値かつ ALP 低値の症例を検索した。

【結果】亜鉛低値かつ ALP 低値は 2 症例あった。

症例 1 50歳代女性。診断名、全身性エリテマトーデス。合併症はタンパク漏出性胃腸症。既往歴は10年前にくも膜下出血。NST 介入時、ALB1.7 g/dL、トランスサイレチン（以下 TTR）15.3 mg/dL、レチノール結合蛋白（以下 RBP）2.5 mg/dL、総コレステロール（以下 T-CHO）271 mg/dL、トリグリセライド（以下 TG）283 mg/dL、随時血糖108 mg/dL、亜鉛51 μg/dL、C 反応性蛋白（以下 CRP）0.54 mg/dL、総リンパ球数（LCC）2550/μL、ALP36 U/L。高蛋白、中鎖脂肪酸食により ALP は50 U/L まで上昇し、NST 終了時（以下単位省略）、ALB3.0、TTR29.7、RBP4.2、T-CHO229、TG95、随時血糖74、亜鉛81、CRP1.20、LCC1940、と改善し終了。プレドニン、ポラプレジン

クを処方して退院となった。

症例 2 80歳代男性。診断名、誤嚥性肺炎。既往歴は糖尿病、糖尿病性腎症、高血圧。低血糖による意識障害で救急搬送される。NST 介入時、ALB2.2、TTR 10.6、RBP1.7、T-CHO131、TG124、随時血糖196、亜鉛40、CRP0.25、LCC510、ALP36。経鼻胃管栄養により ALP は59まで上昇したが誤嚥性肺炎を再発した。NST 終了時、ALB2.0、TTR7.0、RBP1.4、T-CHO141、TG59、随時血糖65、亜鉛57、CRP9.47、LCC820と栄養状態の改善なく死亡に至った。

【考察】亜鉛は生体に必須の微量元素であり、その多くは ALP など亜鉛酵素の活性中心にある。2 症例とも亜鉛と ALP の関係性から亜鉛の上昇に伴って ALP の上昇が確認された。しかし、亜鉛が ALP の構造に取り込まれることや亜鉛として体内で消費されるため、測定値と投与量について考慮が必要と推測される。

【結論】NST 対象者で、低亜鉛血症と低 ALP 血症を併発した 2 症例を経験した。

3 経腸栄養実施状況に腸管機能維持指針の使用がもたらした効果と課題について

信州大学医学部附属病院集中治療部

河島 潤征, 村松百合子, 栗幅 勇治

染野はるか, 両角 光市, 市山 崇史

同 臨床栄養部

丸山 陽子

【目的】近年重症患者に対して経腸栄養を早期に始めることが推奨されている。当院集中治療部（以下 ICU）では2019年10月より経腸栄養プロトコルを導入し、48時間以内に栄養投与が始まる患者の割合が増加した。一方、胃の蠕動運動障害や便秘によりプロトコルの遂行に難渋する患者が散見されたため、2021年6月から腸管機能維持指針の運用を開始した。同指針導入の効果と課題について供覧する。

【方法】

- (1) 研究デザイン：後ろ向き観察研究
- (2) 対象：導入前群（42名）：2019年12月1日から2020年3月31日まで。導入後群（35名）：2021年10月1日から2021年12月31日まで。上記期間に3日以上ICUに入室した患者。
- (3) 比較項目：指針導入前後の整腸剤・緩下剤の使用状況と、栄養開始から初回排便までの時間、胃管排液量、経腸栄養投与量の変化を比較した。

(4) 統計学的解析：GraphPad Prism7を用いて Mann-Whitney 検定を行った。

【倫理的配慮】当院倫理委員会の承認を得て、院内掲示板とホームページにオプトアウト文章を掲載。

【結果】指針で推奨した整腸剤・緩下剤の使用率は増加したが、2.9から12.7%と僅かに留まった。栄養開始から初回排便までの平均時間は導入後群で約19時間短くなったが、有意ではなかった。胃管排液量及び経腸栄養の平均投与エネルギーは導入後群で増加したが、有意ではなかった。

【考察・課題】指針導入前後で有意な変化が得られなかったのは、n数が少ない事のほかに、同指針がICUに関わるスタッフへの周知が不十分だった可能性が考えられる。特に薬剤の処方権のある医師への周知が重要である。今後データ収集を続け、適宜指針を見直す必要がある。

【結語】

腸管機能維持指針を作成したが、利用率はまだ低かった。周知と改善を行ってより良いものにしたい。

4 Hospital Frailty Risk Score は高齢急性膵炎患者の不良な予後を予測する

長野県立大学健康発達学部食健康学科

津隈 優愛, 坂田 紗弥, 清水 昭雄

【背景】フレイルは種々の疾患において不良な予後と関連する因子である。したがって、フレイルを早期に同定し介入することが予後の改善に有効と考えられる。しかし、高齢急性膵炎患者においてフレイルが不良な予後と関連するかどうかは不明である。そのため、本研究は高齢急性膵炎患者を対象にフレイルティが不良な予後と関連するかどうかを調査した。

【方法】本研究はJMDCデータベースに登録された65歳以上の急性膵炎患者5431名（平均年齢：77.6±7.9歳，男性：56.3%）を対象にした後ろ向きコホート研究である。フレイルティはICD-10コードを基にフレイルリスクを分類するHospital Frailty Risk Score (HFRS)を用いて評価した。HFRS 5点以上をフレイルと定義した。また、急性膵炎の重症度分類は厚生労働省の重症度判定基準を用いて評価した。主評価項目は院内死亡率、副次評価項目は在院日数とした。院内死亡率とフレイルの関連性は多変量ロジスティックモデルを用いて分析した。また、急性膵炎生存例を対象に在院日数とフレイルの関連性を重回帰分析で用いて分析した。統計学的な有意差は5%未満とした。

【結果】高齢急性膵炎患者のうち532名（9.8%）がフレイルを有していた。フレイルな患者は非フレイルな患者と比較して院内死亡率が有意に高く（11.8% vs. 3.6%, $P < 0.001$ ）、生存例において有意に長い在院日数であった（ 30.0 ± 29.8 日 vs. 16.7 ± 15.7 日, $P < 0.001$ ）。院内死亡率とフレイルは正の関連性を認め（odds比：2.290, 95%信頼区間1.650-3.170）、生存例において在院日数とフレイルは正の関連性を認めていた（非標準化係数：11.074, 95%信頼区間9.392-12.756）。

【結論】高齢急性膵炎患者においてフレイルは不良な予後と関連する因子であった。高齢急性膵炎患者のリスクの高い患者を同定するためにHFRSは有効な可能性がある。

特別講演

栄養経営の観点から経管栄養管理を考える
～治療効果の出る栄養サポートを目指して～

東京医科大学病院栄養管理科

宮澤 靖

2022年4月の診療報酬改定では、全体的にはマイナス改定になったものの、栄養関連項目に関しては、大きな評価をいただけた。特に今までは「慢性疾患の食事療法」を行ってきた管理栄養士ではあるが、急性期の栄養管理に関する高い評価をいただけたと感じている。今後、日本においては少子高齢化が加速し、2020年改定に定められた重点課題である「働き方改革」は、2022年改定に引き継がれている。働き方改革は、医師からメディカルスタッフへの権限譲渡と医師・看護師の業務軽減が主な目的であるため、周辺業務の整備と情報共有化そして、メディカルスタッフの「自律・自動」が必須になってくる。急性期の栄養管理に関する診療報酬評価、働き方改革のなかで経腸栄養の位置づけも臨床において変革が必要である。私たち管理栄養士の使命は責任をもって患者の栄養サポートを行うことである。そのためには患者の病態にマッチした流動食を選択すべきであり、また流動食単体での価格で比較するのではなく、経腸栄養管理にかかわる操作時間、人件費、物品費や衛生管理の徹底によるリスク回避で抑えられる費用など、全般的なコスト管理の視点が重要である。コストを第一優先してはこの使命を果たすことができない。経腸栄養剤のコストを抑えても患者にマッチングしていない製品の提供は、下痢・嘔吐などの合併症を引き起こすリスクが高まり、その治

療のために多くの医療資源を捻出しないといけないケースが発生してしまう。栄養部門が黒字であったとしてもその数倍の赤字額が病院全体の経営に影を落とすことになってしまえば、何のためのコスト削減であったのかということになりかねない。今後は一部署

の収支だけでなく、病院全体、地域、国単位での医療費抑制が必要になり「コストのグローバル化」の視点を持たなければならない。今回は当院における3年間のグローバルコストへの視点変化と部署内での変革を概説する。
