

【演題3】

広範囲消化管切除後 在宅 TPN から経口食に移行できた一例

●内田 淳一 管理栄養士

【目的】

広範囲に消化管を切除した後、在宅において中心静脈栄養法（以下 TPN）から経口食に移行することを NST チームで目指した。

【経過】

60 歳代男性。平成 18 年 1 月胃全摘。同 6 月絞扼性イレウスにて小腸の大量切除術施工。残存小腸は空腸吻合部から 30cm、回盲部から 10cm の計 40cm。

退院後在宅 TPN で栄養管理を実施していたが、同 9 月より全身倦怠感、下痢、両下肢の浮腫、腹水、体重減少を認めたので同 11 月に入院。

入院後 TPN と低脂肪食で栄養ケアを実施したが、感染症の防止と QOL の向上のため、退院に向けて在宅での経口食管理を試みた。

症状改善後、平成 19 年 6 月より TPN を中止して経口食のみとした。低脂肪食、中鎖脂肪酸（以下 MCT）サプリメント、長鎖脂肪酸補給のため脂肪乳剤（イントラファット®10%）200ml を週 1 回投与した。

【結果】

総タンパク、血清 Alb 値、総リンパ球数の改善は認められたが、体重の増加はみられなかった。全身倦怠感、浮腫、腹水の改善もみられた。現在も外来にて週 1 回脂肪乳剤を投与中。

【考察】

広範囲に消化管が失われた症例でも、普通食に MCT のサプリメントと脂肪乳剤の定期的投与により在宅管理が可能であることが示唆された。しかし体重の増加のためには更なる検討を要する。



演者連絡先

■所 属：北里研究所病院 栄養科
■住 所：東京都港区白金 5-9-1
■TEL：03-5791-6180 ■FAX：03-5791-6145
■E-Mail：uchida-j@kitasato.or.jp

【演題4】

外来での摂食・嚥下リハビリにおける 脱水の発見と対応

●関 初穂 言語聴覚士

【はじめに】

外来リハビリテーション（以下リハ）において、初期の低栄養・脱水状態を発見、摂食・嚥下障害に対応し、身体状況が改善した症例を経験したので報告する。

【症例】

75 歳女性。脳梗塞後遺症・認知症。PT リハに週 2 回通院していた。徐々に食事摂取量低下が出現し、PT が活動性・発話量の低下を指摘し内科を受診、ST リハの指示が出された。

【所見】

意識レベル・コミュニケーション問題なし。発声発語器官機能は口唇・舌・軟口蓋の運動制限有り、構音障害有り。嚥下機能は RSST：0 回/30 秒、MWST：4/5、FT：4/5、軽度の口腔乾燥と喉頭下垂を呈し、嚥下反射の弱化を認めた。ADL は起居動作等は全介助、車椅子座位保持可能、食事は部分介助にて経口摂取（常食・水分トロミ未使用）。

【対応】 食事・水分摂取量の低下が認められた。口腔乾燥、活動性等の低下を呈しており、夏季であることから脱水の影響が考えられた。嚥下状態に適した水分摂取手段の導入が必要と判断し、ゼリー飲料の導入と必要摂取量について家族指導を実施。

【経過】 1 週間後の来院時には、上記の脱水の症状は改善し、食事摂取量、活動性等にも改善がみられた。1 回/週で ST 訓練を継続し、1 ヶ月後には食事も安定、お茶が飲めるようになった。

【考察】 今回のケースの改善については、早期の脱水症状に気が付き、嚥下状態に即した水分摂取方法等の対応が可能であったことが、大きく影響していると考えられる。このようなケースは在宅には多いことが考えられ、いかに早期発見するかが在宅療養者の重度の脱水・PEM を防ぐポイントとなるといえる。

食事形態の指導を要する場合も多く存在し、在宅での具体的な提供方法についての指導が重要である。今後は、摂食・嚥下リハ（評価・指導）と在宅での栄養指導（食事形態の調整・作り方）がうまく組み合わせる方法を模索していきたい。



演者連絡先

■所 属：田無病院 リハビリテーション部
■住 所：東京都西東京市緑町 3-6-1
■TEL：042-461-2693 ■FAX：042-461-5992
■E-Mail：h-seki.gb@mx2.ttcn.ne.jp

【演題5】

病院内における「栄養評価オーダーシート」の試みとその活用について

●福永 善一

「栄養評価オーダーシート」は、ある医師からの助言を参考に作成したものである。「栄養を考えることは大変重要であるが完璧なものを求めると続かない。また医師だけの実施というのは無理があり、管理栄養士など他の医療従事者との連携が必要である。」ということから次のような趣旨をもって、作成した。

1. 主治医が、栄養管理を必要とする患者の栄養評価、計画の提案を依頼する。
2. 栄養評価（アセスメント）により問題点を抽出し解決策（栄養プラン）を提案する。
3. 栄養プランの実施とその時間的経過を記録し、課題があればプランを修正する。
4. 実行した結果、プランが課題に奏功し、成果（アウトカム）が得られたかを評価する。

所謂、Plan-Do-Check と栄養介入前後の経過の二次元構成で、1枚のシートに集約した。今回、「栄養評価オーダーシート」の試行事例を紹介する

【事例1：1症例から】

肝性脳症を繰り返す症例。輸液と経腸栄養、給食を総合管理することで脳症の悪化を防止できる可能性がある。

【事例2：数十症例から】

胃食道静脈瘤の内視鏡的治療直後は、食道内が出血しやすく食事の制限が必要となるが、半面栄養状態の低下が懸念される。数十例の経過観察の結果、体重の低下が統計的に有意であった。治療後の「栄養パス」検討の契機となった。

【事例3：百数十例から】

高齢者、特に後期高齢者では、低栄養が入院日数延長の要因の1つである可能性が認識され結果、NSTスタートの契機となった。

「栄養マネジメント」は、患者の栄養面の問題点発見と問題解決のためのスキルであるとも考えられる。栄養マネジメントのスキルアップと、「何をすべきか?」、「どうすべきか?」を見つけるための一助になれば幸いです。



演者連絡先

■所 属：大塚製薬株式会社 応用開発部消化器担当（東京支店駐在）
 ■住 所：東京都千代田区神田司町 2-9
 ■T E L：03-3293-3557（直通） ■FAX：03-3292-4415
 ■E-Mail：fukunaga@otsuka.jp
 ■U R L：http://www.otsuka.co.jp

【演題6】

栄養ケア・マネジメントの能率的連携のための様式例

●滝本 久美子 管理栄養士

平成18年4月より在宅に栄養ケア・マネジメントが始まり1年半が経過した。しかし、通所における利用者の場合、一般的には喫食状態もよく栄養ケアの必要性は一見ないと考えられている。

昨年当施設において通所利用者104名を対象とした調査結果では、BMIを尺度としてみた場合、低リスク74%（77名）、中リスク25%（26名）、高リスク1%（1名）であった。しかしながら、利用者の多くは他に疾患を有しており、BMIにおいては低リスクであっても「低栄養状態のおそれ」がある割合は40%を超えるものと思われる。その主な要因として、

- ①食生活に起因する疾患（高血圧・脂質代謝異常・糖尿病・脳梗塞・骨粗鬆症ほか）
- ②摂食機能の問題（片麻痺・義歯によるもの）
- ③生活機能低下（ADLの低下や独居による食事づくり・買い物の困難）などが考えられる。

当施設における「介護予防・通所・認知症・通所介護」利用者170名に当てはめると約70名が低栄養状態及び低栄養状態のおそれがあるものと考えられる。

しかるに、介護保険における介護報酬による栄養管理体制に対する評価では栄養士一人を常勤として雇用することすら不可能であり、非常勤とならざるを得ない。しかも栄養ケア・マネジメントに関する他職種とのかかわり並びに業務の煩雑さから、低栄養及び低栄養状態のおそれがある利用者すべてをフォローすることが困難な状況にある。

そこで、日本健康・栄養システム学会によるスクリーニング・アセスメント・ケア計画・モニタリング・報告書等々の要件を逸脱することなく、可能な限りその煩雑さの軽減を図るために新たな様式を作成したので紹介する。



演者連絡先

■所 属：昭島市高齢者在宅サービスセンター愛全園
 ■住 所：東京都昭島市田中町 2-25-3
 ■T E L：042-545-8011 ■FAX：042-545-8012
 ■E-Mail：shokusapo@doho-gojoyokai.com
 ■U R L：http://doho-gojoyokai.com