

第 17 回

栃木県 NST 研究会抄録集

テーマ

「栄養療法の知識の再確認」

日時：2023 年 12 月 2 日（土）14：30～18：00

会場：ウェビナーによるオンライン開催

第 17 回 栃木県NST研究会

日本医師会生涯教育講座認定 3 単位、NST 専門療法士 2 単位

病態栄養専門管理栄養士 1 単位、NST コーディネーター 1 単位、日本糖尿病療養指導士 1 単位

【プログラムの最初から最後まで視聴いただいた方に本研究会より単位を付与します】

日 時 : 2023 年 12 月 2 日 (土)

14:30~17:50 (WEB での受付開始時間 14:00~)

場 所 : WEB 開催 (ウェビナーによる参加)

WEB 本部 : 済生会宇都宮病院 (宇都宮市竹林町 911-1)

参加費 : 1,000 円

プログラム

14:30~15:30

■開催挨拶

栃木県 NST 研究会 代表世話人

上都賀総合病院 診療部長・救急センター長 佐野 渉 先生

■一般演題

座長 自治医科大学 外科学講座消化器一般移植外科学部門 准教授 倉科憲太郎 先生

済生会宇都宮病院 薬剤部 渡部 義和 先生

1. 「当院 ICU における早期栄養介入管理について」

自治医科大学附属病院 臨床栄養部 渡辺 春菜 先生

2. 「薬剤を介した NST への関わり」

上都賀総合病院 薬剤部 小黒 智人 先生

3. 「栄養介入の継続が中断された事例 ~栄養ケアプランに対する患者の不満~」

国際医療福祉大学病院 看護部 田島 貴大 先生

4. 「当院における摂食嚥下支援チームの活動および NST との関わり」

足利赤十字病院 看護部 加藤 敦子 先生

5. 「当院における NST 研修の取り組み」

獨協医科大学病院 栄養部 大石比奈子 先生

15:30～16:40

■教育講演

1. 「栄養管理に必要な知識 かんたんな水分、電解質管理」(40分)

上都賀総合病院 診療部長・救急センター長 佐野 渉 先生

2. 「経管栄養深掘り」(30分)

柴病院 訪問診療部長 江上 聡 先生

16:40～16:50

■休憩(株式会社大塚製薬工場 辻佑磨様より「イノラス配合経腸用液」に関する情報提供)

16:50～17:50

■一般演題:「さまざまな施設・病院での栄養管理:相互理解を深めるために」

座長 柴病院 訪問診療部長 江上 聡 先生

医療法人あい友会 鹿島 康薫 先生

1. 「地域密着型病院としての栄養連携と今後」

上都賀総合病院 診療部栄養科 横田 綾敦 先生

2. 「当院における地域連携の課題」

白澤病院 栄養科 斎藤 聡美 先生

3. 「栄養情報提供書による連携の必要性」

介護老人保健施設 秋桜の家 管理栄養士 加藤麻紀子 先生

4. 「医療と介護連携の状況と課題」

特別養護老人ホーム やしお苑 管理栄養士 後藤 直美 先生

5. 「障害者施設における管理栄養士の務め」

障害者支援施設 希望の家 管理栄養士 川口英梨子 先生

6. 「環境変化と多職種連携による栄養改善」

村井クリニック・認定栄養ケア・ステーションうつのみや 管理栄養士 間庭 昭雄 先生

■閉会挨拶

栃木県 NST 研究会 代表世話人

上都賀総合病院 診療部長・救急センター長 佐野 渉 先生

共催: 栃木県 NST 研究会・株式会社大塚製薬工場

後援: 栃木県医師会・栃木県歯科医師会・栃木県看護協会・栃木県栄養士会・栃木県薬剤師会・

栃木県臨床検査技師会・栃木県病院薬剤師会・栃木県言語聴覚士会・栃木県歯科衛生士会

一般演題

1. 当院 ICU における早期栄養介入管理について

自治医科大学附属病院

○渡辺春菜¹、茂木さつき¹、今関実咲¹、阿久津美代²、岡田和之²、今関稔³、藤内研⁴、倉科憲太郎^{1,5}

自治医科大学附属病院 臨床栄養部¹、看護部²、薬剤部³

自治医科大学 麻酔科学・集中治療医学講座 集中治療医学部門⁴

自治医科大学 外科学講座 消化器一般移植外科学部門⁵

【背景・目的】

当院では、ICU 入室後、24～48 時間での経腸栄養の開始を目標としている。2023 年 8 月に、経腸栄養プロトコルを変更し、エネルギー 25kcal/kgIBW/日、たんぱく質 1.3 g/kgIBW/日を目標栄養量とした。2023 年 7～8 月に ICU に入室された患者について、変更後のプロトコルで、目標栄養量を達成できているかを検証することを目的とする。

【方法】

2023 年 7 月～8 月に ICU に入室した患者を対象とする。ICU 入室後、7 日以内に経腸栄養を開始した割合、経腸栄養を開始するまでの日数、開始できなかった理由について調査する。プロトコル見直し後の目標栄養量の充足状況、目標栄養量の充足状況により、経腸栄養を開始するまでの日数、入室 7 日までの平均投与日数について調査する。

【結果】

2023 年 7～8 月に ICU に入室した患者 134 名（男性 88 名、女性 46 名、平均年齢 62.8±16.9 歳）であった。7 月の入室患者は 62 名、うち入室 7 日以内に経腸栄養開始は 30 名（48%）で、経腸栄養開始までの平均日数は 2.3 日であった。

8 月の入室患者は 72 名、うち入室 7 日以内に経腸栄養を開始できたのは 30 名（約 43%）、経腸栄養を開始できたのは、入室後平均 2.7 日であった。見直し前と見直し後で有意差は認められませんでした。経腸栄養を開始できなかった 74 名のうち 55 名（約 74%）は入室した翌日に退室していた。

8 月で入室後、7 日以内に経腸栄養を開始した 30 名のうち、経腸栄養を開始したのは 22 名で、うち 19 名が標準組成の経腸栄養で投与されていた。目標投与速度で投与できたのは、5 名であった。平均投与量は、エネルギー 22.5kcal/kgIBW/日、たんぱく質 1.3 g/kgIBW/日であった。目標投与速度で投与した 5 名で、経腸栄養開始にかかった平均日数は 2 日、入室 7 日までの平均投与日数は 5.8 日であった。目標投与速度で投与できなかった 14 名では、経腸栄養開始にかかった平均日数は 2.7 日、平均投与日数は 3.7 日であった。

【結語】

ICU 入室患者のうち、早期退室が可能な患者では、経腸栄養を開始することはできなかった。見直し後のプロトコルでの経腸栄養の実施については、目標投与量まで段階を経て増量を行っていくため、早期からの経腸栄養を開始することで、早期栄養介入患者に対して、入室 7 日目までに目標投与量を充足することが可能であると考えられる。

2.薬剤を介したNSTへの関り

上都賀総合病院 薬剤部

小黒智人

NSTの活動目標は患者の栄養状態の改善である。目標達成の手段としてスクリーニング、TEEの算出、最適な投与経路の選択、そして実施した栄養管理を評価することが挙げられる。今回はNSTにおける薬剤師の役割について焦点を当て、薬剤を介したNSTの活動について報告する。

NSTに関わる薬剤は様々なものがある。静脈栄養剤は勿論のこと、消化器症状の副作用を持つ薬剤についても避けては通れない。また栄養管理に有効な薬剤も存在する。

静脈栄養剤はTPNとPPNに分けられるが、特にTPNで栄養管理をしている患者で電解質異常がある場合にはTPNの組成を患者ごとにアレンジする必要がある。血中Naや血中Kは低値であれば、追加投与で改善する可能性があるが、高値の場合にはTPNキット製剤ではそれぞれの投与過多になる可能性があり、ブドウ糖やアミノ酸の単独製剤を使用してTPNを組む必要がある。

消化器症状を副作用にもつ薬剤は多岐にわたっており、一概に副作用による消化器症状と断定することは困難である。ただし薬剤のリスクとベネフィットを考慮し、栄養管理に不利益を与える可能性がある薬剤であれば減量や中止の検討が必要だろう。

リフィーディングシンドロームが懸念される症例ではリン製剤の投与が必要となる可能性がある。

経腸栄養剤のみで栄養管理をしている患者ではNaの投与不足にならないような対応が必要になる。

オーバーフィーディングを考慮するような急性期の患者では意図的に投与カロリーを減じる必要がある。特にPNという強制栄養であればなおさらである。

脂肪製剤は血栓症の患者に対して禁忌であるため、全ての患者に投与可能ではないことに注意すべきである。以上のように、NSTに関わる薬剤は多い。これらのうち今年度の当院NST活動で経験した例を基に報告させていただく。

3. 栄養介入の継続が中断された事例 ～栄養ケアプランに対する患者の不満～

国際医療福祉大学病院 看護部

○田島貴大、吉田拓摩

【はじめに】

当院のNST介入症例においては、病棟看護師が入院患者の栄養アセスメントを行い、NSTへ介入依頼を出す仕組みとなっている。

本症例では、褥瘡、I度肥満の患者に対し栄養サポートチーム（以下、NST）が介入し、栄養療法が開始された。しかし、その結果が有効であったにもかかわらず、NST介入後、14日で介入中断となった症例を経験したため報告する。

【症例】

30代男性。意識障害を主訴に当院へ救急搬送され、脊髄炎の診断で入院となり治療が開始された。入院時には、臀部に褥瘡がありDESIGN-R®26点。入院前の生活背景としては、大手薬局チェーン店の店長として勤務、食事は夜のみ、勤務後に居酒屋へ行きビールを毎日2000ml～2500ml飲酒していた。入院時の身長168cm、体重79.5Kg（標準体重62.1Kg）、BMI: 28.17Kg/m²であった。

【経過】

脊髄炎の治療開始後、第4病日で意識障害が改善された。言語聴覚士による評価では、嚥下機能に異常はなく、常食米飯200g、1800kcal/日が開始となった。リハビリテーションスタッフより肥満改善を目的として、病棟看護師からは褥瘡改善を目的として、第48病日にNST介入を依頼した。最終的に常食米飯120gにペプタメンAF®2本/日、CP-10®2本/日を加えた1754Kcal/日、NPC/N比: 87.8での食事内容となった。しかし、提供される食事内容に対する患者の不満が募り、間食が多くなり栄養療法の介入継続が困難となったため、現行の食事内容を維持したまま第62病日にNSTの介入が中断となった。第110病日に体重78.9Kg、体脂肪率は37.1%から31.4%へ減少し、筋肉量は42.9Kgから51.3Kgへ増量した。

【考察】

INBODY®測の測定データから、効果的な栄養療法が施行されていたと考えられる。しかし、患者のニーズと提供される食事内容に相違が生じており、病棟看護師がNSTと患者の間に立ち調整が出来なかった為、NST介入が中断された。

その理由としては、病棟看護師が患者の抱く思いをNSTとの間に立ち調整が行えていなかった為である。今後は、患者の満足度を情報収集し、病棟看護師がNSTと患者との調整を行うことで、NST介入の中断を回避できると考える。

4.当院における摂食嚥下支援チームの活動およびNST との関わり

足利赤十字病院 看護部

加藤敦子

【はじめに】

当院では2021年7月に摂食嚥下支援チーム(以下チーム)を発足し、摂食嚥下機能回復体制加算を取得し、週1回カンファレンスを実施している。また、2022年度は、全病棟で摂食機能療法を算定できるよう、NSTリンクスタッフ会で周知を図った。その活動と今後の課題およびNST との関わりについて報告する。

【方法・対象】

2022年4月から2023年3月までに摂食機能療法で介入した患者95名を対象とし、チームで介入した患者は17名であった。

平均年齢は77.8歳で、疾患別内訳としては脳血管疾患13名、誤嚥性肺炎やてんかん、肝硬変、膿胸各1名であった。1名のみNSTリンクスタッフから嚥下障害の相談があり、チームの介入が可能となった。

また、チームで介入した17名中、NSTが介入した患者は2名であった。

【結果】

毎週木曜昼食時は、歯科医師と摂食・嚥下障害看護認定看護師(以下CN)でミールラウンドを行い、15時から歯科医師、CN、言語聴覚士、管理栄養士、薬剤師で摂食嚥下支援カンファレンスを行い、密な多職種連携が可能となった。またNSTリンクスタッフ会では、摂食嚥下に関する勉強会を年4回実施でき、摂食機能療法を算定できる病棟が4病棟から10病棟へ増えた。

【今後の課題】

摂食嚥下障害がある患者が経口摂取に移行するには、食べるための口腔内作りが必要である。口腔ケアラウンドを継続することは、連携体制を整えることに繋がるため、今後もラウンドにNSTリンクスタッフが参加し、器質的口腔ケアだけでなく機能的口腔ケアの習得ができるよう実践を通して指導し、早期に看護師による摂食機能療法を開始できる体制を整える必要がある。また、今後もNSTリンクスタッフ会で摂食嚥下や栄養管理に関する勉強会を実施し、質の向上を図っていくことが重要である。摂食嚥下障害患者は、低栄養などを併発し栄養管理が重要であるため、NSTとの連携を強化していく必要がある。

5.当院における NST 研修の取り組み

獨協医科大学病院 栄養部
大石比奈子

当院の NST 委員会は 2006 年に発足し、2011 年より「NST 専門療法士のための実地研修」を開始し、今年度まで合計 13 回開催し、96 名の研修生の受け入れを行ってきた。

研修カリキュラムは、JSPEN 指定の修練カリキュラムに則って、研修終了後に行っている研修生と講義担当者からのアンケート結果を参考に次年度の見直しを行い、毎年試行錯誤を繰り返してきた。

2021 年に JSPEN の臨床実地修練のカリキュラムが変更となり、研修者の症例報告書の作成はなくなったが、事前にカリキュラム計画書を提出し、研修後、全体報告書や個別報告書等の提出し審査されることとなり、研修受け入れ施設の負担が増大している。

今までの当院の NST 研修の取り組みを供覧し、当院での工夫や現状の問題点、今後の課題などについて報告する。

教育講演

1. 「栄養管理に必要な知識 かんたんな水分、電解質管理」

上都賀総合病院

診療部長・救急センター長 佐野 渉

通常人間は具合が悪くなると飲食に支障を来す。特に、救急センター経由で入院してくる患者さんたちは疾患に伴って水分電解質異常を来していることが多い。栄養治療は水分電解質管理の土台の上に位置している。しかしながら、不適切な輸液管理症例もいまだ散見される。NSTに関わるメンバーは点滴が患者さんにつながれていることだけで満足してはならない。また疾患治療と栄養管理との間に障壁を感じて主治医へのアドバイスが躊躇されることも多い。本講演では、NSTに関わるメンバー全員が知るべき脱水状態の発見、脱水のタイプによる輸液処方につき様々な情報を提供する。また、電解質異常も頻繁に遭遇するので最低限の輸液の種類、特質につき学んでいただく。水分、電解質異常では鑑別診断に血漿浸透圧や尿中電解質等が必要ではあるが、今回は簡略化のために水分、電解質異常の症状があるかないか、さらに経過が慢性であるか急性であるかによって簡易な輸液提案ができるようにする。疾患が長期に及び、絶飲食状態が長引いたときは、初期の水分電解質輸液と10日から2週間以降の輸液、つまり栄養輸液はその内容が異なってくるべきであり、これらの概念の違いにつき理解して頂く。また処方された輸液を食事に置き換えて、どの栄養素が不足することになるかも直観的にわかるように幾つかの輸液内容を提示して練習する。本講演では、輸液療法の歴史も併せて提示してNSTメンバーに輸液をより身近に感じてもらい、処方輸液の妥当性を無理なく判別できることを目標にする。

2. 「経管栄養深掘り」

柴病院

訪問診療部長 江上 聡

経管栄養について、2011年問題から始まった胃瘻バッシング、それに伴う経管栄養剤の使用量激減によって経管栄養剤メーカーが相次いで生産中止、事業譲渡を繰り返した歴史の中で、歴史と保険点数等を紐解きながら、在宅医療に徐々にその主座を移している現状と今後の展望、そして経管栄養にまつわるトピックス等に触れながら、病院や施設等に勤務する栄養士、管理栄養士、看護師等に経管栄養深掘りと名を打って、その現状をお伝えする。

特に経管栄養や胃瘻の歴史は、学会発表等ではあまり触れられることがないが、その起源となるものを知ること、本来の経管栄養のありように触れていただくことを目指す。

また、2011年の胃瘻全国調査の結果をきちんとお伝えし、胃瘻そのものの功罪やその造設における意思決定などにおいて間違った情報の伝達があったのではないかということをお伝えする。

最後に現在社会において経管栄養のなす役割等を踏まえ、所感と共に今後の経管栄養のあり方を対応する各職種の方々にさまざまな視点から経管栄養というものを考えていただくきっかけを提示する

情報提供

「イノラス配合経腸用液について」

株式会社大塚製薬工場
辻 佑磨

イノラス配合経腸用液は、承認時（製造販売承認は2019年3月に取得）における最新の栄養学的知見に基づき設計した1.6kcal/mLの医薬品半消化態経腸栄養剤（経口・経管両用）である。900kcal（562.5mL）の投与で、日本人の食事摂取基準（2015年版）に規定された1日に必要なビタミン・微量元素をほぼ充足できるように設計しており、ヨウ素・セレン・クロム・モリブデンのほかカルニチンおよびコリンも補給できる。本製品の特徴、有効性及び安全性情報について紹介する。

一般演題

「さまざまな施設・病院での栄養管理：相互理解を深めるために」

1.地域密着型病院としての栄養連携と今後

上都賀総合病院 診療部栄養科
横田綾敦

【はじめに】

高齢化の進展にともない、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを生涯継続できる地域包括ケアシステムが推進されている。そんななか、当院は栄養管理を病院から地域につなげていく仕組みを構築する為、2016年に栃木県県西健康福祉センター協力のもと、管内の栄養士と県西地区地域連携栄養ケア研究会（以下、研究会）を立ち上げ、地域で切れ目ない栄養ケアが提供出来るように取り組みを行っている。

【方法】

地域における食形態基準(嚥下調整食分類の段階コード、名称、物性等)が異なる問題に対して、2017年に研究会参加施設の「食形態一覧表」を作成し、地域の食形態を見える化した。2019年には栄養情報の提供がなく、入退院(所)時の栄養管理や食事の情報不足の問題があげられていたため、「栄養情報提供書」の様式を作成し、病院と施設間での情報連携を推進してきました。活動開始から6年が経過し、これらの活動の有効性と今後の課題を検証した。

【結果】

研究会を定期開催し、共通ツールである食形態一覧表の改訂や栄養サマリーで栄養情報をつなぐことで徐々に医療・介護各領域の栄養士同士による相互連携ができ、転院・入所先患者へのすばやい食事対応や継続した栄養サポートが可能となってきた。しかし、高齢者の多くは生活に関する問題と医療に関する問題が複合的に存在しており、地域でさまざまな職種がチームとして連携するケース増えてきているが、栄養士の積極的な参画は少ないと感じている。実際の現場で多職種のチームにかかわり専門性を発揮していくことで地域における顔の見える関係ができ、高齢者の生活全体をみる力を養うことができる。

【考察】

地域において栄養管理の情報を共有するためには、地域密着型病院が中心となり、積極的な連携を行うことが重要である。今後は地域における栄養ケアの拠点として、医療・介護・在宅に関わる全ての職種との連携強化を積極的に行っていく必要がある。

2.当院における地域連携の課題

白澤病院 NST¹⁾、栄養科²⁾、神経内科³⁾、呼吸器内科⁴⁾
○齋藤聡美^{1,2)}、田代直子^{1,2)}、星野雄哉^{1,3)}、菅間康夫⁴⁾

【背景】

当院は療養病棟と特殊疾患病棟を有する慢性期病院である。予定入院が主であり、病院や施設から入院の場合は診療情報提供書により、事前に患者情報が得られる。しかし、自宅から入院の場合は情報提供書がほぼないので、患者や家族から食事状況の聞き取りをしている。実際の嚥下機能状態と自宅で摂取している食形態に乖離があり、誤嚥リスクを伴っていることを経験する。

【目的】

地域連携をはかり、医療から介護・在宅と切れ目のない栄養管理を目指す。

【事例提示】

70歳女性。パーキンソン症候群。夫と2人暮らし。近医に転院となり、レスパイト目的で当院入院。患者、家族とも病識が乏しく、摂食嚥下障害、高度の栄養不良状態であった。

身体所見：身長 153.5cm、体重 36.2kg、BMI15.4kg/m。半年前より 4.8kg 減、体重減少率 11.7%。

栄養計画：入院前の食事量を考慮し、食事提供量は 1200kcal。摂取量を見ながら増量計画とした。栄養補給方法の選択：嚥下調整食（学会コード 2-2）を経口摂取。栄養指導：退院時に調理担当者同席で栄養指導。経過について報告する。

【まとめ・課題】

入院時の事前の情報収集は、摂食嚥下障害患者にとって、誤嚥リスクを防ぐだけでなく、栄養状態悪化も防ぐことができ有用である。入院中は栄養科・NST が介入し、安全に食事摂取ができ、栄養状態の改善も図れる。退院先が病院や施設の場合、栄養情報提供書を作成し、経過報告できる体制になっているが、自宅退院では作成していない。今後、栄養情報提供書をどう活用し連携を図れるか、地域で早急に検討していくことを課題とする。

3. 栄養情報提供書による連携の必要性

介護老人保健施設 秋桜の家
管理栄養士 加藤麻紀子

現在、地域包括ケアシステムの構築が推進する中で、医療と介護間で栄養管理に必要な情報を共有することが重要視されている。当地域でも以前から栄養情報共有のツールとして栄養情報提供書の活用が進められ、県北健康福祉センター主催の研修会が開催され、共通の書式を作成した。しかし、活用されているかといえば、正直なところ少ない現状である。また、病院・施設の食形態の名称（粗キザミ、キザミ等）についても統一されていない為、研修が行われたが、地域での共通認識までには至らなかった。

栄養情報提供書のない利用者は、医師からの診療情報提供書、看護師やリハビリの看護サマリーやリハビリサマリー、生活相談員からの情報から、栄養情報を入手することが多いが、詳細が不明な点が多く、入院先に確認の電話を入れることがあり、お互いに業務負担増となっている。入退院(所)の際に栄養情報を共有することは、病院から施設への生活にスムーズに移行でき、入所者のQOL向上に繋がる。現状、県北地域では、栄養情報提供書の活用が少ない状況だが看護サマリーのように当たり前に存在する情報共有ツールになれば、場所が変わっても同様の栄養ケアを継続して受けることができ、ご利用者にとってはメリットになると考える。今後、病院や施設間で栄養情報提供書のやり取りが通常化することが必要である。

4.医療と介護連携の状況と課題

特別養護老人ホーム やしお苑
管理栄養士 後藤直美

現在の特別養護老人ホーム(以下、特養)に入所されている利用者は糖尿病・心臓疾患などの持病や重度の認知症患者が増加している事や入所基準が要介護3以上ということも相まって、年々受診率も高くなってきている。

そのような理由で医療依存が高い入所者が増加している中、特養は「生活の場」であり、在宅での暮らしに近いケアが望ましいという観点から、本人と家族の合意により最期は施設でという看取り介護を希望される方が増加している。

看取り介護には医療との連携が必須であるが当施設には常勤医師が置かれていないので配置医師との関わりが重要となる。

しかし、当施設の嘱託医師は病院での外来診療や病棟患者の治療と大変多忙のため、密な連絡体制が難しく、入所者の状態が悪化した際に食事関連においては心身の状態にふさわしい食事提供やその対応などで助言が欲しいときもタイムリーに管理栄養士と医師が直接のやりとりができないという現実が大きな課題となっている。

また、特養における配置医師の担う職務内容は「日常的な健康管理」であるが、重度化が進んだことで健康管理を超える専門医療が必要となるケースも多くなってきている。

急変時に救急搬送するのか、施設内での看取り介護を選択するのか、もしもの状況になる前に家族と配置医師、看護、介護スタッフ、管理栄養士と多職種での情報の共有が重要である。

色々な課題はあるが、「終の棲家」である特養の役割として、入所者の「その人らしい最期」を迎えられるために、今後も医療と介護がより連携を密にできるような体制づくりに積極的に関わっていく必要がある。

5.障害者施設における管理栄養士の務め

障害者支援施設 希望の家
管理栄養士 川口英梨子

次年度の2024年は、診療報酬・介護報酬の同時改定があり、そこで障害福祉サービスの報酬も見直される。当施設は障害者総合支援法に基づく障害者支援施設であり、新人管理栄養士の私は、利用者へ適切な栄養管理のあり方について考える毎日を送っている。健常者に比べ、障害者の栄養に関する報告は少なく、過栄養や低栄養、摂食障害、丸呑み等の食行動や口腔ケア、服薬等の問題が想定されることから、個別にその状態を把握し、食生活・栄養支援を提供することが障害者の自立支援、QOLの向上を図る上で緊急の課題である。

今回、知的障害者の栄養状態や食行動に関する特徴、知的障害者施設での栄養管理の現状と今後の課題について報告する。

入所している利用者は18歳以上から高齢者まで年齢層も幅広く、障害の程度も異なるため、食支援の方法も異なる。そのために食事に対してはさまざまな専門職種が係わり、連携を取りながら、安全で美味しくバリエーションのある食事の提供を目指している。施設の利用者は、誤嚥性肺炎や低栄養、疾患の悪化などで病院へ入院されることがあるが、以前の私は病院や訪問看護などとの関わりは少なく、施設という閉鎖的な空間で働く限り、利用者の栄養面での地域連携は難しいと感じていた。しかし、通院でお世話になっている病院への栄養情報の問い合わせや入退院時の栄養情報提供書の送付などで他機関と繋がり、研修会にも誘われ参加するようになり、顔の見える関係が出来たことで問題は解消されつつある。

少人数である障害者施設の管理栄養士が、地域で栄養連携を行い、困ったときに助け合える体制がある事で地域連携になるのではないかと考える。現在、嘱託医検診や歯科訪問指導などで医療面・食事面共にご協力を頂いているので、それを足がかりに今後は多職種との横の繋がりを作って行きたい。

6.環境変化と多職種連携による栄養改善

村井クリニック・認定栄養ケア・ステーションうつのみや

○間庭昭雄、村井邦彦、岩本啓子、福田麻希子、半田ヒロ子

【はじめに】

入院治療中に寝たきり食事摂取困難となり、お看取りが近いといわれ退院し、在宅での療養生活に入った患者が環境変化と、介護者を多職種がそれぞれの強みを生かし支援した結果、食事摂取が改善し、褥瘡が治癒に向かっている症例を報告する。

【方法】

90歳男性要介護4。歩行困難、廃用、仙骨部褥瘡、認知症。水頭症で入院、VPシャント術を実施も寝たきりとなり転院。転院後、MRI検査で前頭葉萎縮がみつきり自発的動作が徐々に少なくなり、食事摂取量が1割程度となった。家族は今後について説明を受け、退院を希望し訪問診療開始。訪問診療時のMNA3点、低栄養の評価で栄養改善を目的に訪問栄養開始。介入時BW47kg、褥瘡評価DESIGN-R19点。

【経過】

介護者は不慣れな調理のためキザミ食を、毎日同じような内容で提供していた。推定摂取エネルギー900～1100kcal/日、摂取たんぱく質30～40g/日。STの機能評価は嚥下調整食コード2または3。機能評価実施後、管理栄養士による調理指導、食事提案を実施。退院2カ月後、摂取エネルギー1100～1200kcal/日、摂取たんぱく質40g強。自宅での食事摂取10割、デイサービスの食事7割摂取できるようになり、体重49.5kg、BMI19.3kg/m²であった。

【結果】

退院3カ月後、体重48kg、褥瘡評価DESIGN-R12点。推定摂取エネルギー1200～1400kcal/日。たんぱく質40～50g/日。食事摂取にムラはあるがデイサービスでの座位保持、表情変化、褥瘡改善がみられた。STは飲み込み改善がみられ卒業。現在は長女の食事サポートが入り提供される食事の種類が増えた。

【考察】

一度は見取りが近いといわれ退院したが、自宅に帰ることで食事を食べることができるようになった。普段生活している環境では入院中と異なり食事摂取が可能となる場合があり、環境変化が与える影響を改めて実感した。

患者のADL向上や、患者・家族の望む在宅の生活を継続するためには、多職種が自身のできる強みを発揮し、連携することが重要であることを再確認できた。