

第41回 九州代謝・栄養研究会開催に当たって

第41回九州代謝・栄養研究会を宮崎にて開催させて頂き有難うございます。この研究会は九州外科代謝栄養研究会として開催されていた頃から、小生を育てて頂いた研究会であり大変光栄に存じます。鹿児島大学第一外科より宮崎江南病院に、1999年に赴任し、17年が経過しました。その間、外科診療を行いながら臨床栄養の大切さを実感し、2002年に全科型NSTを設立、2004年に宮崎NST研究会、2006年よりNST専門療法士研修を開始しました。宮崎の地で、NSTから臨床栄養の大切さを発信してきました。今後、高齢化社会や地域包括ケア推進の中で栄養管理は益々重要となってきます。当院においても、地域包括ケアシステムに積極的に参入することを推進しています。2015年に地域包括ケア参入のツールとして「わたしの健康栄養手帳」を作成しました。これは、入院中だけでなく在宅でも生涯利用できる手帳です。栄養評価、食事療法、口腔ケア、摂食・嚥下、サルコペニア予防などを網羅した手帳でNSTから地域に発信できるツールとなっています。当院HPに公開していますのでご覧下さい。

今回の研究会のテーマは「NSTからチーム医療の推進を！」としました。特別講演として筑波大学大学院消化器外科学教授の寺島秀夫先生に「ERAS®の主要素“周術期経口栄養摂取”に関する最近の知見と実践のヒント」の御講演をお願いしました。周術期管理はERASや血糖コントロール、生体防御能の維持など多くの代謝を理解し、患者に負担をかけない管理を選択する必要があります。皆様と一緒に勉強したいと思います。一般演題も、NST活動、経腸栄養、静脈栄養や貴重な症例報告など25題の応募を頂きました。皆様の活発な議論を期待しています。

宮崎は、神々が初めて地上に降り立った天孫降臨の地であり、自然豊かでチキン南蛮、地鶏、焼酎など美味しい食べ物も沢山あります。宮崎を満喫して頂きたく、観光地の案内をDVDとして作成し、職員が利用する宮崎市内のお店一覧もパンフレットとして作成しました。皆様のお越しをお待ちしています。

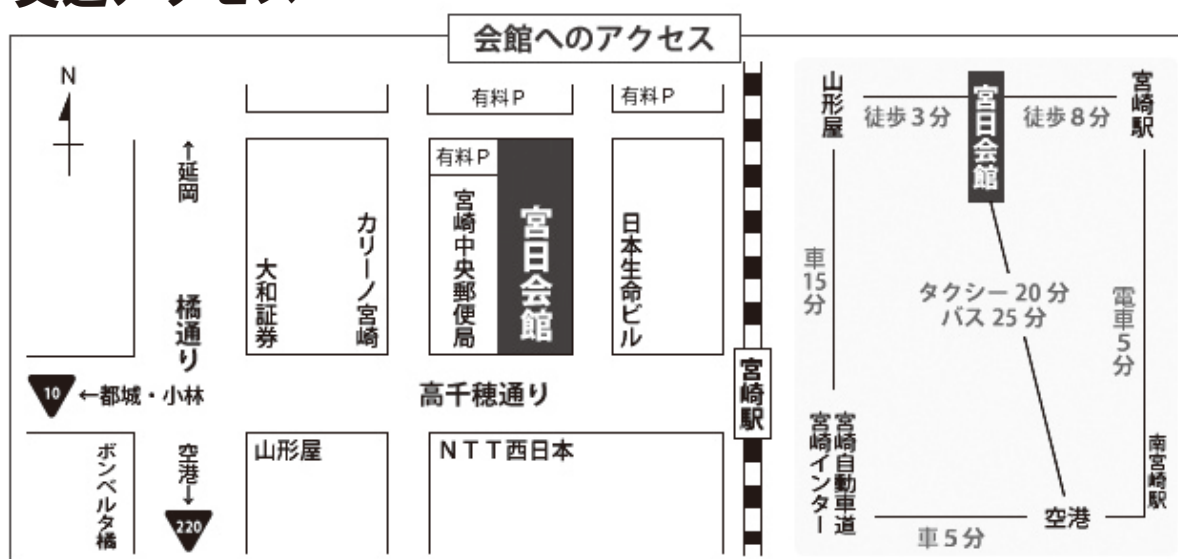
平成28年3月吉日

第41回九州代謝・栄養研究会 当番世話人

独立行政法人地域医療機能推進機構 宮崎江南病院 院長 白尾 一定

会場へのご案内

交通アクセス



会場：宮日会館

〒880-0812 宮崎県宮崎市高千穂通 1-1-33

TEL 0985-26-5558

11 階・宮日ホール

共催特別講演、一般講演会場

10 階・会議室

世話人会会場

企業展示、スイーツセミナー会場

参加者へのご案内

1. ご来場について

- ・会場には駐車場がありません。周辺の有料駐車場、もしくは公共交通機関をご利用下さい。

2. 参加受付についてのご案内

- ・受付は12時00分より、宮日会館・11階にておこないます。
- ・参加費は、医師2,000円、コメディカルその他は1,000円となっております。当日会場受付にてお納め下さい。
- ・当日参加証を発行いたしますので、会場では参加証をお付け下さい。
- ・プログラム集は当日必ずご持参下さい。

3. 座長の先生へのご案内

- ・受付時に座長であることを告げて下さい。
- ・担当セッションの開始10分前には、会場内の次座長席にお越し下さい。
- ・進行は座長にお任せしますが、時間厳守をお願い致します。

4. 演者の方へのご案内

発表時間：発表5分、質疑応答2分

発表方法：以下の注意事項をご確認下さい

- ・発表者は受付の際、演題発表者であることを告げて下さい。その際に担当者がデータをお預かりします。
- ・発表の開始10分前には、次演者席にお越し下さい。
- ・持ち込みされるメディアには、当日発表されるデータのみを入れて下さい。
- ・データファイル名には、演題番号に続けて氏名を必ず付けて下さい。

例) S1-① 江南 太郎

- ・データ持ち込みは、USBフラッシュメモリまたはCD-R、もしくはノートパソコンの持ち込み、いずれも可能です。(詳細は次ページをご参照下さい)
- ・音声の使用はできません。

5. 世話人会について

- ・11時30分より、宮日会館10階「会議室」にて開催致します。
- ・世話人会では昼食を準備致しております。

6. その他

- ・10階会議室の展示スペース横に、休憩所を設けています。軽食・飲み物を準備しておりますのでご利用ください。
- ・会場での携帯電話は、マナーモードもしくは電源をお切り下さい。

データ持ち込みの際の注意事項 (Windows のみ)

- ① 会場にご用意するパソコンは Windows7・8・10 です。
- ② アプリケーションソフトは MicrosoftPowerPoint2010・2013 です。
- ③ フォントは、PowerPoint に設定されている標準的なフォントをご使用下さい。
- ④ 万一に備えて、必ずバックアップデータをお持ち下さい。
- ⑤ PowerPoint の発表者ツールはパソコンのセッティングの都合上、進行を円滑に進めるために使用できません。
- ⑥ Macintosh で作成の場合ならびに、動画をご使用の場合は、ご自身でノートパソコンをご持参下さい。
- ⑦ 発表データは、会場のパソコンに一旦コピーさせていただきますが、会終了後に事務局にてデータを消去致します。
- ⑧ 事前にウイルスチェックを必ず行って下さい。なおウイルス感染についての責任は負いかねます。

ノートパソコンを持ち込みの際の注意事項 (Windows、Macintosh)

- ① バックアップ用データとして、USBフラッシュメモリまたはCD-Rをご持参下さい。
- ② パソコンのACアダプターを必ずご持参下さい。
- ③ 会場で使用するPCケーブルコネクタの形状はD-sub15ピン 3列タイプです。この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参下さい。

共催特別講演

ERAS®の主要素“周術期経口栄養摂取”に 関する最近の知見と実践のヒント

演者 筑波大学大学院 人間総合科学研究科
疾患制御医学専攻 消化器外科学 教授

寺島 秀夫 先生

座長 独立行政法人 地域医療機能推進機構
宮崎江南病院 院長

白尾 一定 先生

共催／株式会社 大塚製薬工場

ERAS®の主要素“周術期経口栄養摂取”に関する最近の知見と実践のヒント

筑波大学大学院 人間総合科学研究科 疾患制御医学専攻 消化器外科学 教授
寺島 秀夫 先生

周術期経口栄養摂取は、ERAS®を構成するKey elementsのなかでも最も重要なものである。本講演では、私どもの研究成果を中心に麻酔前及び術後の経口栄養摂取に関する最近の知見を提示し、今後の展開を提言したい。

①麻酔前の経口栄養摂取：

術前炭水化物負荷は、術後インスリン抵抗性の改善によって術後回復強化を目指しているが、理論的にも臨床的にも限定的な効果しかなく、発想の転換が必要である。その理由は、手術侵襲に対する生体反応として分泌されるストレスホルモンや炎症サイトカインが誘導する末梢及び中枢性インスリン抵抗性を抑制できないからである(日外会誌 2015; 116: 249)。根本的な改善手段は低侵襲手術であるが、インスリン抵抗性の改善効果を高めた新規栄養剤の開発も有望な選択肢となる。術前絶食ガイドラインでは、清澄水は麻酔導入2時間まで許可されているが、アミノ酸含有飲料に対する注意喚起が付記され、脂肪含有飲料(牛乳は固形物扱い)は禁忌であり、ここに栄養剤開発の大きな制約が存在する。実は、胃排泄速度を規定する基本原理は未だ解明されておらず、論理的なガイドラインの策定が困難となっている。そこで、我々は基本原理の解明を進めている。経口摂取されたリキッドダイエットの胃排泄速度を規定する主要因子は組成ではなく総カロリー量であり、「総カロリー量 $\leq$ 220 kcal」の条件を満たせば2時間以内に排出され、牛乳飲用も可能であることも立証した(Br J Anaesth 2015; 114: 77)。今後、患者の嗜好に応じた麻酔前経口摂取(カフェオレ、カプチーノ、ミルクティー可)、栄養素組成の制約を受けない栄養剤の開発が期待される。

②術後早期経口栄養摂取：

安全性と効果に関するエビデンスを構築してきた。ラットを用いて上部消化管吻合後の早期経口栄養摂取モデルを作製し、リキッドダイエットの早期経口摂取が吻合部の創傷治癒を有意に促進することを実証し(Word J Surg 2007; 31: 1234)、その機序はmechanical loadingである可能性を解明した(J Surg Res 2011; 169: 202)。臨床においては、胸部食道癌術後を対象として早期経口栄養摂取の安全性と有用性(術後在院日数9.2日)を確認した(Clin Nutr Suppl 2008; 3: 77)。現在、早期経口栄養摂取は胃切除、膵頭十二指腸切除後においても安全性が報告されており、上部消化管の吻合操作を伴う手術後に積極的な適応拡大が可能と考えられる。

研究会プログラム

プログラム

開会の挨拶 [13:00～]

開会の辞：当番世話人／JCHO宮崎江南病院 院長 白尾 一定

セッション1 座長：佐賀医療センター好生館 外科 佐藤 清治 先生 [13:10～13:59]

S1-① 当院におけるNST活動報告～委員会活動から地域連携まで～

JCHO熊本総合病院

○古田洋一

S1-② 地方大学病院におけるNST活動の現況

大分大学医学部附属病院 NST 医師¹⁾、看護師²⁾、管理栄養士³⁾、薬剤師⁴⁾、臨床検査技師⁵⁾

○柴田智隆¹⁾、岡本光弘¹⁾、田島正晃¹⁾、安部 幸²⁾、阿部世史美²⁾、田邊美保子³⁾、首藤麻美³⁾、
膳所祐穂⁴⁾、森永裕子⁴⁾、森絵莉子⁵⁾、井上早紀⁵⁾

S1-③ 産科婦人科病棟患者に対する栄養管理の取組み

九州大学病院 栄養管理室¹⁾、看護部²⁾、産科婦人科³⁾、栄養管理部⁴⁾

○小犬丸詩織¹⁾、山口貞子¹⁾、折居由美¹⁾、山下さきの¹⁾、横山富美子¹⁾、江田桂子²⁾、柳亜衣香²⁾、
園田顕三³⁾、加藤聖子³⁾、田口智章⁴⁾

S1-④ 病棟NST活動への薬剤師の参加による処方提案の効果について

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 NST

○仲真美恵、梶美紗子、古瀬淳子、中島ますみ、江副直子、佐保洸太、岡真以子、安部友範、
松永 尚、土居隆志、佐藤清治

S1-⑤ 当院の病棟単位NSTによる介入状況と課題について

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 NST

○梶美紗子、小根森智子、平川千津子、仲真美恵、岡真以子、松田知子、佐藤清治

S1-⑥ 介入時エネルギー充足率が栄養状態改善に及ぼす影響

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 栄養管理室¹⁾、リハビリテーション室²⁾、
中央検査室³⁾、薬剤部⁴⁾、看護部⁵⁾、内科⁶⁾

○橋本沙和¹⁾、原 裕子¹⁾、三輪真紀子¹⁾、佐藤憲明²⁾、十時浩二²⁾、杉本光憲²⁾、稲葉美紀³⁾、
小倉秀美⁴⁾、古江弘美⁵⁾、藤澤 聖⁶⁾、折口秀樹⁶⁾

S1-⑦ NST連携が重要と考えられた一例

国立病院機構南九州病院 NST¹⁾

○高城佳奈子¹⁾、和田麻希¹⁾、松田妙子¹⁾、野口貴生¹⁾、西郷涼子¹⁾、前岡由美子¹⁾、濱田啓子¹⁾、
下 真美¹⁾、成田壮志¹⁾、橋本有吏¹⁾、小倉芳人¹⁾

S2-① 超高齢者に対する肝胆膵高難度外科手術症例における栄養評価

久留米大学 外科

○室屋大輔、川原隆一、酒井久宗、石川博人、久下 亨、安永昌史、赤木由人、田中啓之、奥田康司

S2-② 膵頭十二指腸切除術症例における術前栄養状態の評価

宮崎大学医学部 外科学講座 肝胆膵外科

○今村直哉、土持有貴、濱田剛臣、矢野公一、旭吉雅秀、大内田次郎、藤井義郎、七島篤志

S2-③ 高齢者胃癌症例に対する腹腔鏡下幽門側胃切除におけるBillroth II法再建についての検討

佐賀大学 一般・消化器外科

○江川紀幸、河野 博、平木将紹、與田幸恵、上田純二、能城浩和

S2-④ 食道がん患者に対するDCF療法施行時の栄養管理の検討

大分中村病院 栄養課¹⁾、外科²⁾、看護部³⁾、薬剤部⁴⁾、地域医療センター⁵⁾、整形外科⁶⁾、
大分大学医学部附属病院 消化器・小児外科学講座⁷⁾

○吉田恵子¹⁾、麓 祥一²⁾⁷⁾、錦 耕平²⁾⁷⁾、平原行美³⁾、安達和宏⁴⁾、佐藤由香⁵⁾、柴田智隆⁷⁾、
猪股雅史⁷⁾、野村香代¹⁾、仲摩五和子³⁾、稗田理恵³⁾、山田みゆき³⁾、中村太郎⁶⁾

S2-⑤ 回腸切除後に巨赤芽球性貧血をきたした2例

鹿児島大学学術研究院 医歯学域医学系 小児外科学分野

○大西 峻、加治 建、山田耕嗣、山田和歌、川野孝文、中目和彦、向井 基、家入里志

ERAS®の主要素“周術期経口栄養摂取”に関する最近の知見と実践のヒント

筑波大学大学院 人間総合科学研究科 疾患制御医学専攻 消化器外科学 教授 寺島 秀夫 先生

スイーツセミナー

[15:40~15:55]

PICC[末梢挿入型中心静脈カテーテル]挿入手技

～エコーを用いた上腕挿入手技～DVD

株式会社 メディコン

セッション3 座長:鹿児島大学医学部附属病院 小児外科 加治 建 先生

[15:55~16:23]

S3-① CVポート周囲痛の管理に難渋しているHPN患者の1例

大分県立病院 小児外科

○飯田則利、中尾 真、岡村かおり、梶原啓資

S3-② CVカテーテル迷入の2症例

公立八女総合病院 外科¹⁾、久留米大学医学部 外科²⁾

○谷川雅彦¹⁾、石橋生哉¹⁾、福田倫史¹⁾、手石方崇志¹⁾、衛藤大明¹⁾、永野剛志¹⁾、小野博典¹⁾、
赤木由人²⁾、平城 守¹⁾

S3-③ 当院における末梢挿入式中心静脈カテーテル導入について

JCHO宮崎江南病院

○出先亮介、鶴田祐介、秦 洋一、白尾 一定

S3-④ 創傷治癒目的で栄養管理を行った巨大褥瘡合併統合失調症の1例

九州大学病院 栄養管理室¹⁾、看護部総合外来²⁾、産科婦人科³⁾

○山口貞子¹⁾、宮下知子¹⁾、原田起代枝²⁾、園田顕三³⁾

S4-①

当院におけるCT補助下経皮内視鏡的胃瘻造設法の検討

寺田病院 外科¹⁾、鹿児島大学大学院 消化器乳腺甲状腺外科²⁾、
鹿児島大学大学院 離島へき地医療人育成センター³⁾

○和田真澄¹⁾²⁾、尾本 至¹⁾²⁾、下村寛貴¹⁾²⁾、野間秀歳¹⁾、黒島一直¹⁾、佐々木健²⁾、内門泰斗²⁾、
大脇哲洋³⁾、夏越祥次²⁾

S4-②

脳疾患患者の誤嚥性肺炎発症に対する新規濃厚流動食品「ハインエイゲル」の有用性についての検討 第二報

出水総合医療センター 看護部第5病棟¹⁾、出水総合医療センター 脳神経外科²⁾、
出水総合医療センター 外科³⁾

○遠竹真理¹⁾、加治正知²⁾、花田法久³⁾、大熊利忠³⁾、瀬戸 弘²⁾

S4-③

ペクチン含有消化態濃厚流動食品(ハインエイゲル®)の臨床的有用性および注意点

1. 国立病院機構 都城医療センター
2. 藤元総合病院
3. 宮崎大学内科学講座消化器血液学分野

○駒田直人¹⁾、宮永朋子¹⁾、溝田記子¹⁾、時任映理²⁾、重久智良²⁾、井口厚司¹⁾、下田和哉³⁾

S4-④

浸透圧を考慮した経腸栄養剤の選択により下痢が改善した肝切除術後の1例

宮崎大学医学部附属病院 看護部¹⁾、肝胆膵外科²⁾、第一内科³⁾

○黒木美智子¹⁾、旭吉雅秀²⁾、黒原真理子¹⁾、稲津東彦³⁾、七島篤志²⁾

S4-⑤

介護老人保健施設における言語聴覚士の役割 -摂食・嚥下チームの発足-

JCHO宮崎江南病院 言語聴覚士¹⁾、管理栄養士²⁾、介護福祉士³⁾、看護師⁴⁾

○安藤ちはる¹⁾、永友里沙²⁾、山口華奈³⁾、黒木勇輝³⁾、坂口一美³⁾、桜井聖子³⁾、武藤直子⁴⁾

S5-① 絞扼性イレウス術後に多発小腸皮膚瘻を形成し栄養管理に難渋した1例

九州大学大学院医学研究院 小児外科学分野

○江角元史郎、前田翔平、河野 淳、永田公二、木下義晶、田口智章
九州大学病院 看護部：松本佳奈、下山千恵、真弓恵美子
九州大学病院 総合外来：和田美香
九州大学病院 栄養管理室：山口貞子、山下さきの
福岡青洲会病院 外科：辛 宣廣

S5-② 空腸結腸バイパス術後に栄養療法に難渋した一例

公立八女総合病院NST¹⁾、公立八女総合病院 外科²⁾、久留米大学医学部 外科³⁾

○梅野康弘¹⁾、大藪利恵¹⁾、井上里奈¹⁾、矢田千鶴子¹⁾、中尾裕見子¹⁾、石橋生哉¹⁾²⁾、福田倫史²⁾、
谷川雅彦²⁾、手石方崇志²⁾、衛藤大明²⁾、永野剛志²⁾、小野博典²⁾、赤木由人³⁾、平城 守¹⁾²⁾

S5-③ 生活習慣病予防のための減塩に関する知識・関心・行動の実態と課題

福岡女子大学大学院・人間環境科学研究科¹⁾、福岡女子大学・国際文理学部・食健康学科²⁾

○徳田洋子¹⁾、黒木祐里²⁾、福田彩絵²⁾、早瀬仁美¹⁾²⁾

**S5-④ 地域包括ケアに向けた「わたしの健康栄養手帳」の作成
～地域へ目を向けた健康栄養サポートを目指して～**

JCHO宮崎江南病院 地域包括ケア・連携委員会

○本吉佳世、新町智穂、落合敏彦、吉田祥子、白尾一定

閉会の挨拶 [17:30～]

- 次期開催施設挨拶 佐賀大学医学部 一般・消化器外科 能代 浩和 先生
- 閉会の辞：当番世話人／JCHO宮崎江南病院 院長 白尾 一定

研究会抄録

S1-①

当院におけるNST活動報告～委員会活動から地域連携まで～

JCHO熊本総合病院

○古田洋一

現在の医療において多職種と連携を図る「チーム医療」は必要不可欠である。そのなかでも生きるために必要な栄養面での「栄養サポートチーム」活動は重要である。また今後在宅医療が進む中で地域の医療従事者と連携をはかる事は必須と思われる。しかし、まだその活動が十分に行われていないとは言えない状況である。

研修施設での40時間の実地修練終了から4年がたち、その間に行ったNST活動の推進の為に院内研修会・院外研修会、また他チームとの連携、地域との連携について報告する。

S1-②

地方大学病院におけるNST活動の現況

大分大学医学部附属病院 NST 医師¹⁾、看護師²⁾、管理栄養士³⁾、薬剤師⁴⁾、臨床検査技師⁵⁾

○柴田智隆¹⁾、岡本光弘¹⁾、田島正晃¹⁾、安部 幸²⁾、阿部世史美²⁾、田邊美保子³⁾、首藤麻美³⁾、膳所祐穂⁴⁾、森永裕子⁴⁾、森絵莉子⁵⁾、井上早紀⁵⁾

はじめに

nutrition support team (NST)が開始されてから10年が経過した。当院でのNST活動の現状を示し、問題点を明らかにする。

当院の現状

当院NSTは2005年に開始され、週一回、カンファレンス、病棟回診を行なっている。参加者は医師2名、看護師2名、栄養士2名、薬剤師2名、臨床検査技師2名である。介入対象は主治医に委ねられており、紹介があった患者のみに介入を行なっている。2014年は介入患者54名であった。

問題点

栄養状態、全身状態の改善は原疾患治療成果による所が多く、栄養介入による劇的な改善は認識出来ない場合も多い。多忙な日常業務の中でNSTを継続する事は負担となる事もあり、明確なアウトカムの達成、科学的視点を持ったデータ解析などによるモチベーションの維持が必要である。

結語

栄養療法が重要な事は明白である。問題点の改善を試み地道な活動を継続していく。

S1-③**産科婦人科病棟患者に対する栄養管理の取り組み**

九州大学病院 栄養管理室¹⁾、看護部²⁾、産科婦人科³⁾、栄養管理部⁴⁾

○小犬丸詩織¹⁾、山口貞子¹⁾、折居由美¹⁾、山下さきの¹⁾、横山富美子¹⁾、江田桂子²⁾、柳亜衣香²⁾、
園田顕三³⁾、加藤聖子³⁾、田口智章⁴⁾

【目的】当院産科婦人科病棟入院患者の大半は癌患者であり、治療の副作用により食事摂取量が減少し低栄養患者が多く見られる。必要栄養量の確保を目的として入院時から食事介入を行っているので、その実施状況を報告する。

【方法】2014年10月から2015年8月に産科婦人科病棟入院患者1,233名を対象とした。食事変更を実施した85名の食事変更内容・栄養補助食品添加の有無・食事摂取量について変更前・後の比較を後方視的に行った。

【結果】変更後の食事はサポート食(化学療法食)が27件と最多であり、栄養補助食品に関しては微量元素含有飲料29件が最多であった。食事摂取量は変更前1,164kcal、変更後1,134kcalであり30kcal減少していた。

【考察】食べ易い食事への変更や栄養補助食品の追加により著しい食事摂取量の低下を防ぐことが可能であった。今後とも食事介入による必要栄養量の確保を継続する。

S1-④**病棟NST活動への薬剤師の参加による処方提案の効果について**

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 NST

○仲真美恵、栢美紗子、古瀬淳子、中島ますみ、江副直子、佐保洸太、岡真以子、安部友範、
松永 尚、土居隆志、佐藤清治

【背景】呼吸器疾患を主とする8階東病棟では2013年9月より医師・看護師・管理栄養士・薬剤師の4職種による病棟NSTカンファレンスを開始した。【目的】薬剤師がNST活動へ参加し、処方の提案を行ったことによるエネルギー充足率に対する効果について検討を行った。【結果】2014年度においてNST介入を行った174症例中12症例で処方に関する提案が行われた。12症例中10症例は経口摂取可能であり、病態悪化症例1例を除く9症例で経口摂取量の増加が見られた。そのうち3症例はオランザピンの追加を提案し、その他は向精神薬の調整・ステロイドの追加・鎮痛剤の定期内服・消化酵素配合剤の追加・悪心によるバクタ内服中止後の補液を提案している。2014年度のNST介入症例でのエネルギー充足率は49.2%増加し、処方提案症例では58.4%増加した。【考察】薬剤師による処方提案によりエネルギー充足率の改善や経口摂取量の増加がみられ、栄養改善に貢献することが示唆された。

S1-⑤**当院の病棟単位NSTによる介入状況と課題について**

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 NST

○梶美紗子、小根森智子、平川千津子、仲真美恵、岡真以子、松田知子、佐藤清治

【目的】当院では、各病棟のNST担当者で構成する「病棟NST」の活動を基盤として、平成26年度よりNST加算の算定を開始した。その介入状況や課題について検討した。

【方法】平成27年4～10月、全15病棟中NST加算を算定している4病棟での回診状況、提案内容とその遂行状況について調査した。

【結果】介入人数345名、回診延べ件数1031件。提案件数は512件、その遂行率は72.7%であった。提案内容別の遂行率は、食事内容81.0%、付加食追加74.2%、経管栄養74.2%、経静脈栄養63.5%であった。経静脈栄養に関する提案の内容別の遂行率はPPN73.1%、脂肪乳剤41.2%、TPN42.9%であった。

【考察】病棟NSTからの提案は経静脈栄養の遂行率が低く、特に脂肪乳剤投与の遂行率が低かった。要因として①すぐに経口摂取開始となり介入不要であった症例も抽出していた②医師の栄養管理への認識が低いことが考えられる。対象患者の抽出方法の検討や、院内スタッフへの栄養管理に関する普及啓発が必要と考える。

S1-⑥**介入時エネルギー充足率が栄養状態改善に及ぼす影響**

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 栄養管理室¹⁾、リハビリテーション室²⁾、中央検査室³⁾、薬剤部⁴⁾、看護部⁵⁾、内科⁶⁾

○橋本沙和¹⁾、原 裕子¹⁾、三輪真紀子¹⁾、佐藤憲明²⁾、十時浩二²⁾、杉本光憲²⁾、稲葉美紀³⁾、小倉秀美⁴⁾、古江弘美⁵⁾、藤澤 聖⁶⁾、折口秀樹⁶⁾

【目的】BEEをもとに、NST介入時エネルギー充足率が栄養状態改善に及ぼす影響について検討した。

【方法】2014年の1年間にNST回診をおこなった患者51名を対象に調査した。エネルギー充足率が介入時BEEの90%以上群(A群)と90%未満群(B群)にわけ、介入時と介入後の比較検討をおこなった。

【結果】介入時、介入後のエネルギー充足率はA群でそれぞれ127.0%、127.1%で、B群では61.3%、116.9%であった。介入後Alb、総リンパ球数(TLC)はA群では有意に改善し、B群では差を認めなかった。両群間の比較では、AlbはA群で有意に改善し、TLC、CRPに差はなかった。ADLは両群ともに改善した。

【考察および結論】エネルギー充足率が介入時BEEの90%以上群の方が栄養指標の改善がみられた。早期に必要なエネルギー量を確保することは栄養状態改善に繋がると考えられた。

国立病院機構南九州病院 NST

○高城佳奈子¹⁾、和田麻希¹⁾、松田妙子¹⁾、野口貴生¹⁾、西郷涼子¹⁾、前岡由美子¹⁾、濱田啓子¹⁾、
下 真美¹⁾、成田壮志¹⁾、橋本有吏¹⁾、小倉芳人¹⁾

【目的】NSTの連携が重要と考えられた、退院後早期に十二指腸潰瘍穿孔をきたした低栄養症例の一例を報告する。

【症例】65歳、男性。平成27年8月に肺炎で呼吸器内科に入院。独居で経済的理由によりかかりつけ医通院を自己中断、自宅での食事摂取不良、自菌・義菌ともに無く、低栄養状態 (BMI16kg/m² Alb3.0g/dl) にてNST介入となった。肺炎は改善したが、栄養状態は改善しないまま、本人の意向もあり約2週間で自宅退院。退院6日後、鎮痛剤による上部消化管穿孔・穿孔性腹膜炎の診断にて外科に入院となった。在宅中も食事摂取不良であり、低栄養状態が進行していた。入院後、保存的治療を施行したが、栄養状態不良のためか改善が認められず、手術及び経腸栄養療法にて救命し得た。

【考察】本症例は肺炎にて入院の際、栄養不良のまま早期に退院し、在宅に向けての支援が不十分であったと思われる。今後、在宅でも継続した栄養管理ができるよう地域連携室・MSWとの連携方法の検討が必要である。

S2-①**超高齢者に対する肝胆膵高難度外科手術症例における栄養評価**

久留米大学 外科

○室屋大輔、川原隆一、酒井久宗、石川博人、久下 亨、安永昌史、赤木由人、田中啓之、奥田康司

高齢者人口の増加に伴い、肝胆膵外科領域でも高齢者手術症例の増加が予想される。2013年から2015年において当科で施行した超高齢者(80歳以上)の肝胆膵高難度外科手術症例(24例)において、周術期成績および栄養指標の評価を行った。栄養指標として、年齢、糖尿病併存、BMI、血清Alb値、血清CHE値、小野寺式栄養指数(PNI)に分けて検討した。検討項目は術後合併症(CTCAEv4.0でGrade3以上)とし、また肝細胞癌15例については術後在院日数長期例の頻度(75パーセンタイル:17日以上)とした。結果は、PNI40以下だった3例を含む全症例においてCTCAEでGrade4以上、Clavien-Dingo分類でGradeIIIb以上の重篤な合併症の発生はなく、再手術や在院死亡例も認めなかった。また、各栄養指標と術後合併症、長期入院例との間に統計的な有意差は認められなかった。超高齢者においても的確な手術適応選別がなされれば、積極的に肝胆膵高難度外科手術を行うことが可能と思われる。

S2-②**膵頭十二指腸切除術症例における術前栄養状態の評価**

宮崎大学医学部 外科学講座 肝胆膵外科

○今村直哉、土持有貴、濱田剛臣、矢野公一、旭吉雅秀、大内田次郎、藤井義郎、七島篤志

【目的】膵頭十二指腸切除術(PD)症例の術前栄養状態を、小野寺式予後栄養指数(PNI; prognostic nutrition index、血中のアルブミン濃度とリンパ球数から算出、 $PNI \leq 40$ の低値は手術高リスクとされる)を用いて評価し、この指標を解析した。【方法】2009年からの5年間のPD症例の術前PNIと周術期因子との関連を、 $PNI \leq 40$ 、 > 40 で2群にわけretrospectiveに検討した。【結果】対象は130例で、手術直前に評価した $PNI \leq 40$ 群 52例(40%)、 $PNI > 40$ 群78例を比較検討。 $PNI \leq 40$ 群では、胆道癌患者、術前胆道ドレナージ施行患者、術前CRP値が高い患者、初診時のPNIが低い患者が多かった。合併症の発生頻度は両群で差がなかった。多変量解析では、術前胆道ドレナージ施行($p=0.016$)と、初診時PNI低値($P=0.001$)が術前のPNI低値に関わる独立した危険因子であった。【結論】PD症例では、PNIと合併症の関連は見出せず、さらなる栄養評価指標の検討が必要である。

佐賀大学 一般・消化器外科

○江川紀幸、河野 博、平木将紹、與田幸恵、上田純二、能城浩和

[緒言]腹腔鏡下幽門側胃切除術(LDG)の再建では残胃が小さい場合などではRoux en Y (RY)法やBillroth II(B-II)法が選択される。当科では手術侵襲軽減・合併症発生率低下を目的に高齢者・高リスク症例にB-II法再建を行っている。[目的]B-II群とRY群の短中期成績を検討した。[対象]2009年4月-2014年3月に胃癌に対しLDGを施行した65歳以上のB-II50例およびRY70例。[結果]両群で合併症の発生率に差はなかったが($p=0.4664$)、術後在院日数はB-II群で短かった($p=0.0099$)。術後1年の体重変化/アルブミン値変化は有意差を認めなかった($p=0.355, 0.328$)。[考察]B-II法再建では術後在院日数が短縮し、術後1年の栄養状態に差を認めなかった。[結語]B-II法再建は高齢・高リスク症例での再建法の選択肢の一つとなりうる。

大分中村病院 栄養課¹⁾、外科²⁾、看護部³⁾、薬剤部⁴⁾、地域医療センター⁵⁾、整形外科⁶⁾、
大分大学医学部附属病院 消化器・小児外科学講座⁷⁾○吉田恵子¹⁾、麓 祥一²⁾⁷⁾、錦 耕平²⁾⁷⁾、平原行美³⁾、安達和宏⁴⁾、佐藤由香⁵⁾、柴田智隆⁷⁾、
猪股雅史⁷⁾、野村香代¹⁾、仲摩五和子³⁾、稗田理恵³⁾、山田みゆき³⁾、中村太郎⁶⁾

【はじめに】食道がんにおいては、嚥下困難に伴う栄養不良状態にある患者が多く、また、化学療法の有害事象により更なる栄養状態の悪化を来することが珍しく無い。

【方法】食道がんに対する化学療法として、DCF (Docetaxel/CDDP/5-FU) 療法が施行され、食欲不振を認めた症例を対象に、多職種介入による栄養計画検討を行い、個別の栄養管理を行った。

【結果】対象症例は55症例。食欲不振の原因としては、嘔気、嘔吐、下痢、臭い等の頻度が高かった。一方、食欲不振への対応として、1) 持込み食、2) 個別対応食、3) 食材選択、提供温度の工夫を行うことにより、個別的な栄養管理を実施する事が出来た。

【まとめ】食道がん化学療法患者に対する積極的な栄養介入により栄養状態の維持・改善が得られ、化学療法の治療継続に貢献出来たと考える。また、多職種介入による栄養計画検討により、個々の状況により適した栄養管理が可能であった。

鹿児島大学学術研究院 医歯学域医学系 小児外科学分野

○大西 峻、加治 建、山田耕嗣、山田和歌、川野孝文、中目和彦、向井 基、家入里志

症例1は2歳男児。胎便性腹膜炎、回腸閉鎖症の診断で2生日に手術施行し、残存小腸95cm(残存回腸0cm)となった。外来フォロー中の採血で大球性貧血を認め、ビタミンB12欠乏性巨赤芽球性貧血の診断でビタミンB12投与を開始され貧血は改善した。症例2は10歳男児。小腸閉鎖の診断で2生日に手術施行し、残存小腸45cm(残存回腸1cm)となった。10歳時より易疲労感、食欲不振、嘔下痛が出現し鉄欠乏性貧血に対して鉄剤投与を行われた。汎血球減少を認め精査でビタミンB12欠乏性巨赤芽球性貧血と診断されビタミンB12投与で貧血は改善した。吸収障害による欠乏症を起こす可能性のある短腸症候群の患児では長期フォローが重要である。ビタミンB12欠乏は非可逆的神経障害の原因になる。定期的検査により大球性貧血が発症する前にビタミンB12欠乏を発見し早期に治療を開始すべきである。

S3-①**CVポート周囲痛の管理に難渋しているHPN患者の1例**

大分県立病院 小児外科

○飯田則利、中尾 真、岡村かおり、梶原啓資

症例はヒルシュスプルング病類縁疾患のためCVポートによるHPN中の女兒。13歳10ヶ月時に左鎖骨下静脈に留置していたCVポート周囲痛を訴えるようになったため、13歳11ヶ月時に同静脈より新しいCVポートを留置した。翌日より左手・左大腿のしびれ、左手の握力低下、左前胸部痛、頭痛が出現し鎮痛剤を投与したが効果がなかった。整形外科で左胸郭出口症候群を疑われ、ビタミンB₁₂の投与を開始したが効果がなく、14歳0ヶ月右鎖骨下静脈よりCVポートを入れ替えた。2か月ほどで左手のしびれ等は軽快してきたが、右ポート周囲痛が出現した。その後、14歳8ヶ月に右鎖骨静脈より、15歳10ヶ月に左鎖骨下静脈より入れ替えを行ったが、ポート周囲痛は持続している。ポート素材のパッチテストを行ったところ弱いながら陽性と判定されたため、抗アレルギー剤を投与してみたが効果はなく、強力な鎮痛剤・抗うつ剤の服用で経過をみている。

S3-②**CVカテーテル迷入の2症例**

公立八女総合病院 外科¹⁾、久留米大学医学部 外科²⁾

○谷川雅彦¹⁾、石橋生哉¹⁾、福田倫史¹⁾、手石方崇志¹⁾、衛藤大明¹⁾、永野剛志¹⁾、小野博典¹⁾、赤木由人²⁾、平城 守¹⁾

後腹膜膿瘍疑いと消化管穿孔疑いで当院へ紹介され、CVカテーテル（以下CVC）の迷入が原因であった症例を経験したので報告する。症例①：88歳、女性。嚥下障害のため右大腿静脈からCVCが挿入され静脈栄養されていた。挿入後13日目に右上前腸骨棘内側に腫瘤を認め、発熱もあり後腹膜膿瘍疑いで紹介された。CTでCVCはループ形成し、その先端は後腹膜に逸脱。腫瘤を穿刺するとTPN製剤と同様の液体が採取された。症例②：85歳、男性。認知症、嚥下障害その他の基礎疾患のため胃瘻で管理されていたが、急激に腹満、尿量減少をきたし、消化管穿孔疑いで紹介された。貧血の進行と炎症所見を認め、CVCは右大腿静脈より挿入されていた。腹部単純X-PでCVCの走行異常を認め、CTにてCVC先端は前腹壁の背側にあり、下腹壁静脈への迷入と穿破が疑われた。腹水穿刺にて糖濃度の異常高値を認めた。CVCの走行異常による比較的稀な合併症を経験したので報告する。

S3-③**当院における末梢挿入式中心静脈カテーテル導入について**

JCHO宮崎江南病院

○出先亮介、鶴田祐介、秦 洋一、白尾 一定

末梢挿入式中心静脈カテーテル(Peripherally Inserted Central venous Catheter:PICC)とは肘窩ないし上腕の末梢から挿入するタイプの中心静脈カテーテルである。本邦では2006年頃に導入されて以来、穿刺に伴う出血・気胸などの重篤な合併症が中心静脈カテーテル(Central venous catheter:CVC)に比べて極めて少ないという医療安全上の長所から近年普及してきており、診療看護師が挿入を担っている施設もある。

当院でも栄養サポートチーム(NST)の活動からPICCが評価され2015年5月より導入し、これまで12例を経験している。PICC挿入に関してはベッドサイドにて挿入し、挿入後にレントゲンでカテーテル先端位置を確認する施設もあるが、上腕で迷入したとの報告例もあり、当院ではX線透視室で挿入を行っている。これまでのところ挿入に関する合併症も認めず、留置後の有害事象も認めていない。

S3-④**創傷治癒目的で栄養管理を行った巨大褥瘡合併統合失調症の1例**

九州大学病院 栄養管理室¹⁾、看護部総合外来²⁾、産科婦人科³⁾

○山口貞子¹⁾、宮下知子¹⁾、原田起代枝²⁾、園田顕三³⁾

【背景】統合失調症患者は食欲低下や行動制限から、栄養状態悪化による褥瘡を併発することがある。食欲不振に伴う巨大褥瘡を合併した症例に創傷治癒目的で栄養補助食品を付加し、全身状態改善を経験したので報告する。

【症例】50歳代、男性。統合失調症にて前医に入院し仙骨部褥瘡が発生したため、治療目的で当院へ転院となった。突然興奮することがあり、前医では腹臥位での拘束が行われていた。入身長：169.6cm、体重：70.9kg、BMI：24.6kg/m²、仙骨部褥瘡(DU-E6S12I3G6N6P12：45点)治療として持続洗浄+VAC療法を開始した。必要栄養量は2,200kcalと設定したが、栄養摂取量が1,600kcalと少ない時期もあり、創傷治癒に奏効するアルギニン含有栄養補助食品や濃厚流動食を付加した。栄養摂取量は2,400-2,500kcalへ増加し、仙骨部褥瘡は2ヶ月後にD2-E3S8I0G0N0P0：11点と治癒傾向を呈し全身状態も改善した。

寺田病院 外科¹⁾、鹿児島大学大学院 消化器乳腺甲状腺外科²⁾、
鹿児島大学大学院 離島へき地医療人育成センター³⁾

○和田真澄¹⁾²⁾、尾本 至¹⁾²⁾、下村寛貴¹⁾²⁾、野間秀歳¹⁾、黒島一直¹⁾、佐々木健²⁾、内門泰斗²⁾、
大脇哲洋³⁾、夏越祥次²⁾

【目的】経皮内視鏡的胃瘻造設術(Percutaneous Endoscopic Gastrostomy : PEG)は、適応となる対象者が高齢、低栄養と全身状態が悪い場合が多いため術中、術後のトラブルが重篤な合併症へつながる可能性がある。当院では胃瘻造設の際、CTガイド下にPEGを行っている。手技の解説とともに安全性についても解析する。

【方法】対象は2010年から2015年にかけて当院にてPEGを行った106例で、生存期間、合併症について検討した。PEGは、全症例CT補助下に行った。

【結果】平均年齢は、82.22歳(61-97歳)、男女比は、44:62。適応疾患は、認知症が70例、脳梗塞後遺症が18例、脳出血後遺症が5例でその他が13例であった。適応疾患以外の合併症数の平均は、2.61であった。PEG可否は、可能82例、不可24例であった。術後合併症は、8例にあり、自己抜去3例、穿刺部感染2例、その他3例で穿刺による他臓器損傷に起因する合併症はなかった。不可理由は、穿刺ルート無しが21例、内視鏡挿入不可が2例、胃切後1例であった。106例中60例(PEG可否=51:9)のみ経過観察可能で、生存期間の平均は、340日(1-1300日)、PEG可能群と不可群では、377日と133日とPEG可能群が予後良好の傾向があった。PEG可能群において術前合併症数で3個以上の群(n:27)と3個未満の群(n:33)に分け生存解析を行うと、186日と467日で3個未満の群は有意に予後延長がみられた(Log-rank; p= 0.0006)。術後合併症の有無(6:45)で予後解析を行うと、311日と386日で術後合併症のない群が予後良好の傾向があった。

【考察および結論】CTガイド下PEGを行うことで重篤な合併症の発生を防ぐことができた。PEG可能、術後合併症なしで、予後良好の傾向があり、術前合併症が少ないほど予後良好であった。CTガイド下PEGは、有用な手技であり、本法にてPEG可能な症例は予後良好であった。

出水総合医療センター 看護部第5病棟¹⁾、出水総合医療センター 脳神経外科²⁾、
出水総合医療センター 外科³⁾

○遠竹真理¹⁾、加治正知²⁾、花田法久³⁾、大熊利忠³⁾、瀬戸 弘²⁾

【はじめに】

第40回九州代謝・栄養研究会で、ハイネーゲル(イーゲル)は他の液体濃厚流動食と比較して誤嚥性肺炎発症を防止できる可能性があることを我々は報告した。しかし胃酸分泌抑制剤非使用下での結果であり、重症脳疾患患者の実際の管理とは異なる。

【目的】

イーゲルは胃酸分泌抑制剤使用下において、誤嚥性肺炎発症率が上昇するか否かを検証することを目的とした。

【対象方法】

2015年3月から10ヶ月間に当科に入院した脳疾患患者307症例の内、PPI使用イーゲル投与群(A群)とPPI非使用イーゲル投与群(B群)とで誤嚥性肺炎発症率を後方視的に比較した。

【結果】

A群の誤嚥性肺炎発症率は19%(4/21症例)、B群は7.7%(2/26症例)で、2群間に差は認めなかった。

【結語】

経口摂取困難な重症脳疾患患者におけるイーゲル投与に関して、PPI使用下では非使用下と比べ誤嚥性肺炎の発症率に有意差はないものの、上昇する傾向がみられた。次回は胃酸分泌抑制剤と乳酸カルシウム併用下での誤嚥性肺炎発症について検討したい。

1. 国立病院機構 都城医療センター
2. 藤元総合病院
3. 宮崎大学内科学講座消化器血液学分野

○駒田直人¹⁾、宮永朋子¹⁾、溝田記子¹⁾、時任映理²⁾、重久智良²⁾、井口厚司¹⁾、下田和哉³⁾

経腸栄養時に逆流によると思われる誤嚥や下痢をしばしば経験する。今回我々は栄養剤をペクチン含有消化態濃厚流動食品(ハイネーゲル®)へ変更し、その有用性を検討したので報告する。

症例は誤嚥7例、下痢1例、誤嚥＋下痢2例で、変更後、誤嚥・下痢の状態を観察した。またProton pump inhibitor (PPI)は8例で使用されていたが、ハイネーゲル®は胃酸の分泌量や酸度の違いによってゲル化しない場合もあるためボランティアを用いてPPIの内服前後での状態を内視鏡で観察した。

結果11例のうち7例で誤嚥・下痢は軽減ないし消失、4例では著変なかったものの増悪例はなかった。内視鏡観察ではPPI内服後でもゲル化は認められたものの明らかに内服前より悪かった。

今回の試みでは経腸栄養時の誤嚥・下痢に対してハイネーゲル®が有用であったが、PPI服用後はゲル化が悪くなるためその対処法についても報告する。

S4-④**浸透圧を考慮した経腸栄養剤の選択により下痢が改善した肝切除術後の1例**

宮崎大学医学部附属病院 看護部¹⁾、肝胆脾外科²⁾、第一内科³⁾

○黒木美智子¹⁾、旭吉雅秀²⁾、黒原真理子¹⁾、稲津東彦³⁾、七島篤志²⁾

【はじめに】経管経腸栄養を行う際には、下痢などの症状に注意が必要である。今回、浸透圧を考慮した経腸栄養剤を選択することで下痢が改善した腹部外科手術後の合併症症例を経験した。

【症例】70歳台、女性。肝門部胆管がんに対して拡大肝左葉尾状葉切除、肝外胆管切除を施行した。術後3日目より腸痙から高浸透圧の消化態栄養剤を開始したところ、7～10回/日の水様便を認めるようになりADLが低下した。NSTの介入で浸透圧の低い栄養剤に変更することで下痢が消失しADLも改善した。本症例においては、術後に胆汁瘻に起因すると思われる腹腔内膿瘍の形成があったが、下痢の軽快に伴い栄養状態が改善することで膿瘍が消失し、軽快転院した。

【考察】経腸栄養剤の選択にあたっては個々の特徴を把握することが重要であり、本症例においては浸透圧の低い栄養剤の使用で下痢が改善し、術後合併症からの早期回復できたものと思われる。

S4-⑤**介護老人保健施設における言語聴覚士の役割 –摂食・嚥下チームの発足–**

JCHO宮崎江南病院 言語聴覚士¹⁾、管理栄養士²⁾、介護福祉士³⁾、看護師⁴⁾

○安藤ちはる¹⁾、永友里沙²⁾、山口華奈³⁾、黒木勇輝³⁾、坂口一美³⁾、桜井聖子³⁾、武藤直子⁴⁾

当院には言語聴覚士（以下ST）が2名在籍し、併設の老人保健施設（以下老健）は兼務にて活動している。高齢者の嚥下状態は、日によって変動があり、スタッフの情報と評価時の状態が異なることが多い。STのみの介入には限界があり、実際に食事に関わる介護士が、摂食嚥下障害について知識を深めることが重要と考え、摂食・嚥下チームを発足した。H23年に全スタッフを対象に、毎月勉強会を実施し、SD-1、SD-2スケール表を完成した。H24年に、摂食・嚥下チームの活動を開始し、チームメンバーに対し勉強会を実施し、受講者はそれぞれ介護士1名に対し伝達講習を実施した。摂食・嚥下チームの活動状況と、老健におけるSTの役割について報告する。

S5-①**絞扼性イレウス術後に多発小腸皮膚瘻を形成し栄養管理に難渋した1例**

九州大学大学院医学研究院 小児外科学分野

○江角元史郎、前田翔平、河野 淳、永田公二、木下義晶、田口智章

九州大学病院 看護部：松本佳奈、下山千恵、真弓恵美子

九州大学病院 総合外来：和田美香

九州大学病院 栄養管理室：山口貞子、山下さきの

福岡青洲会病院 外科：辛 宣廣

症例は22男性。新生児期に当科にて腸回転異常の手術歴あり。転院11ヶ月前に腹痛を主訴に前医を受診。絞扼性イレウスの診断で3回の開腹手術を行われたが、イレウスが再発し空腸皮膚瘻を形成し当科へ紹介された。当科にて再度手術を行ったが癒着が強く、損傷した小腸を切除吻合したが術後に多発小腸創部皮膚瘻を形成した。TPN下に創部パウチを陰圧吸引して管理を行ったが、多量の腸液が流出し、皮膚刺激による皮膚トラブルを合併した。そこでパウチ内の近位腸瘻に減圧チューブ、遠位腸瘻に注入用チューブを留置し、吸引と同時に腸瘻間、下部腸管へのENを行ったところ徐々に栄養は改善した。5ヶ月間待機し、最も口側の空腸断端と最も肛門側の回腸断端を吻合し、使用しない残存小腸の断端を粘液瘻として創部に開口させたところ、術後吻合部のリークなく、経口摂取が可能となり、PNを離脱し一旦自宅退院とできた。

本症例の経過における管理の工夫について報告する。

S5-②**空腸結腸バイパス術後に栄養療法に難渋した一例**

公立八女総合病院NST¹⁾、公立八女総合病院 外科²⁾、久留米大学医学部 外科³⁾

○梅野康弘¹⁾、大藪利恵¹⁾、井上里奈¹⁾、矢田千鶴子¹⁾、中尾裕見子¹⁾、石橋生哉¹⁾²⁾、福田倫史²⁾、谷川雅彦²⁾、手石方崇志²⁾、衛藤大明²⁾、永野剛志²⁾、小野博典²⁾、赤木由人³⁾、平城 守¹⁾²⁾

癒着性イレウスにより空腸結腸バイパス術を行い、栄養管理に難渋した症例を経験したので報告する。

症例は53歳、男性。絞扼性イレウス術後に癒着性イレウスを来し、トライツ靱帯から200cmの部位と横行結腸バイパス手術を行った。術後、蛋白漏出性胃腸症となり、体重減少、高度の脂肪肝、微量元素の低下、必須脂肪酸欠乏症様皮膚症状など出現し、最終的にHPN導入されていたが、ポート感染を繰り返したためにHPN中止され、栄養管理目的に入院となった。入院後TPNと経口摂取で管理開始したところ、低リン血症を来し、refeeding症候群の症状は無いが、血清リン。カリウムの補正が必要となった。

最終的に、現在、外来で定期的に脂肪乳剤とビタミン加アミノ酸・糖・電解質液投与を行いつつ経口摂取で経過を診ているが、長期にわたり栄養管理に難渋したので、経過を含めて報告する。

S5-③**生活習慣病予防のための減塩に関する知識・関心・行動の実態と課題**

福岡女子大学大学院・人間環境科学研究科¹⁾、福岡女子大学・国際文理学部・食健康学科²⁾

○徳田洋子¹⁾、黒木祐里²⁾、福田彩絵²⁾、早瀬仁美¹⁾²⁾

【目的】減塩に関する知識や関心、行動の実態を、性・年代別および食塩の知識の有無別に調べ、生活習慣病の発症予防と重症化予防の課題について検討した。

【方法】2015年5～9月に、福岡で開催された減塩に関するイベントおよび市民公開講座の参加者2,419名を対象に、無記名自記式質問紙調査を行った。調査内容は、自己血圧の認知、減塩への関心、減塩食品の利用頻度、ナトリウムの食塩相当量の4項目である。なお、年代は10-20歳代、30歳代、40歳代、50歳代、60歳代、70歳代以上に分け、食塩の知識はナトリウム1g→食塩2.5gと正答できたかで判断した。

【結果・考察】自己血圧の認知や減塩への関心は若年者が低かったが、ナトリウムの食塩相当量は年長者に誤答が多かった。また男性は正しい知識と行動が結びついていないこと、女性は知識と行動に関連が見られ知識提供が重要であることが分かった。

【結論】対象者特性に合わせた食環境整備や食支援の必要性が明らかになった。

S5-④**地域包括ケアに向けた「わたしの健康栄養手帳」の作成
～地域へ目を向けた健康栄養サポートを目指して～**

JCHO宮崎江南病院 地域包括ケア・連携委員会

○本吉佳世、新町智穂、落合敏彦、吉田祥子、白尾一定

当院は2002年にNST活動を開始し、現在の延べ症例数は2200症例を越えている。院内のNST活動は成熟しつつあり、他チームとの連携も徐々に深まってきている。しかし、退院した患者、特に高齢者が地域で生活するための健康や栄養についてのサポートは不十分である。今回、地域包括ケアシステム構築の中で、病院から在宅まで生涯継続して支援できる手帳として、栄養管理・摂食嚥下・ロコモ予防などからなる「わたしの健康栄養手帳」を作成した。

平成27年2月に健康栄養手帳部会を立ち上げ、毎月1～2回のミーティングを実施。3月に院内職員向けに手帳の趣旨・使い方などを含めた説明会を開催した。9月に第1版が刷り上がりと同時に、手帳運用の流れについて勉強会を行い、9月28日より運用開始となっている。現在、約700名の患者に手帳を交付している。当院における地域包括ケアシステム構築に向けた「わたしの健康栄養手帳」について報告する。

協賛企業一覧 [五十音順]

■展示協賛

テルモ 株式会社
株式会社 メディコン

■プログラム広告協賛

アボットジャパン 株式会社
株式会社 クリニコ
武田薬品工業 株式会社
株式会社 明治



経腸栄養剤(経口・経管両用)

薬価基準収載

インシュア®・H



バニラ味

コーヒー味

メロン味

黒糖味

バナナ味

※味の違いは香料によるもので、本剤にはバニラやコーヒー、メロン、黒糖、バナナなどの成分は含まれておりません。

「効能・効果」、「用法・用量」、禁忌を含む「使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

アボット ジャパン株式会社

発売元 東京都港区三田3-5-27

製造販売元

株式会社 明治

東京都江東区新砂1-2-10

[資料請求先] アボット ジャパン株式会社 くすり相談室 フリーダイヤル 0120-964-930

Abbott
A Promise for Life

2013年8月作成



クリニコは患者さんの想いをカタチにします。

患者さんの病態にあわせて選べる製品も、そのひとつ。

食物繊維配合流動食
ディムス
DIMS



200kcal/200ml 300kcal/300ml 400kcal/400ml

食事療法の基本である良好な栄養バランスをベースに、特に摂取が望まれる食物繊維、EPA・DHA、ビタミンに配慮した高栄養流動食。

BCAA配合飲料
ヘパス



200kcal/125ml

BCAAなど不足しがちな栄養素をバランスよく配合した高栄養流動食です。

たんぱく質調整流動食
レナジーU
ユー



300kcal/200ml 300kcal/200ml 400kcal/267ml

たんぱく質、ナトリウム、カリウム、リン含量を調整した長期的な栄養管理に配慮した高栄養流動食です。

エネルギー補給飲料
レナジーbit
ビット



150kcal/125ml

たんぱく質、ナトリウム、カリウム、リンを調整した栄養補助飲料です。

他にもおいしく栄養が摂れる、豊富なラインナップがそろっています。資料・サンプル等のご請求はお気軽に。

0120-52-0050 クリニコ 検索 www.clinico.co.jp

森永乳業グループ病態栄養部門
株式会社 クリニコ

Better Health, Brighter Future



タケダから、世界中の人々へ。より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえのない人生をより健やかに過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに歩み続けてきました。

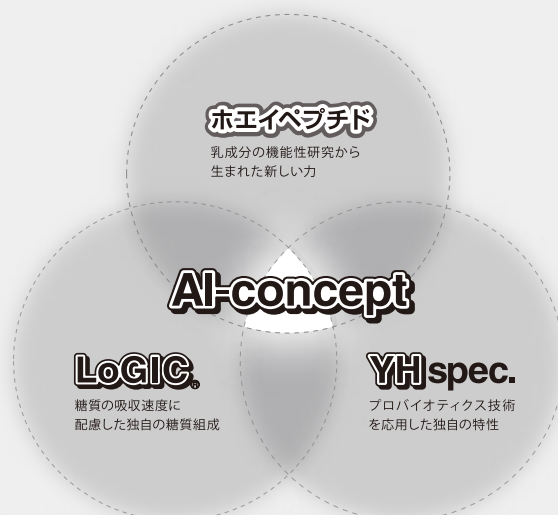
私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から治療・治癒にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。その一つひとつに応えていくことが、私たちの新たな使命。よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の未来を切り拓いていきます。

明治の新しいImmuno-Nutrition



1.0kcal/ml <フルーツフレーバー>



< 商品についてのお問い合わせ先 >

株式会社 明治

お客様相談センター

9:00~17:00 月~金曜日（土・日・祝日を除く）

☎ 0120-201-369

栄養ケア倶楽部

検 索