

## O-5-41

### 摂食嚥下機能障害を呈した舌癌術後患者への栄養サポート

旭川赤十字病院 栄養課<sup>1)</sup>、リハビリテーション科<sup>2)</sup>、看護部<sup>3)</sup>、歯科・口腔外科<sup>4)</sup>、糖尿病・内分泌内科<sup>5)</sup>、NST<sup>6)</sup>、医療技術部<sup>7)</sup>

○長瀬 まり<sup>1,6)</sup>、難波 志奈<sup>2,6)</sup>、田中 亮一<sup>3,6)</sup>、岡田 益彦<sup>4,6)</sup>、森川 秋月<sup>5,6)</sup>、住田 臣造<sup>7)</sup>

【はじめに】摂食嚥下障害を呈した舌癌術後患者に多職種で摂食嚥下リハビリ及び栄養サポートを行い、経口摂取の確立によりQOL向上に繋がった事例を経験したので報告する。【症例】60代男性、病名：舌癌（両側頸部リンパ節転移）。舌亜全摘術・両側頸部清術施行後、摂食嚥下機能低下・低栄養によりNST介入。【経過】摂食嚥下リハビリテーションは間接訓練から開始され経腸栄養は経鼻胃管から1600kcalを施行。経口摂取（直接）訓練は咽頭挙上範囲の制限・食道入口部の開大不全より嚥下ペースト食（嚥下調整食コード2-1）の食形態とし、食べ慣れた味噌スープ、ヨーグルトなど少量で昼1回から開始した。嗜好を考慮した上で、必要栄養量を満たすよう栄養補助食品も利用し食事内容を調整した。食具は経腸栄養シリンジとし経口摂取時体位を左完全側臥位に変更したところ食事摂取量は上がった。食べきれない分は胃液から注入とした。後日ご本人から「食べられない時は辛かった。食べられて本当に良かった」と聞かれた。外泊前には妻同伴での栄養指導を行った。舌摂食補助床を装着し、ソフトきざみとろみ食（コード3）に食形態UP後も全量摂取でき、必要栄養量の摂取が可能となり自宅退院の運びとなった。【まとめ】NSTとして管理栄養士が直接訓練の立ち会いを含めて継続的に栄養内容の調整を図ることで、適切な栄養サポートが可能となり栄養状態の改善が得られた。食事摂取が安定したことは精神的負担の軽減となり、QOL向上に繋がったと思われる。今後も食べる意欲をささえる栄養サポートの体制を整え研鑽を積んでいきたい。

## O-5-43

### 当院における嚥下食の取り組み

高槻赤十字病院 栄養課

○藤本 智子<sup>1)</sup>、廣田 眞希、桑田由起江

【目的】平成28年度から当院で開始した嚥下調整食について報告する。【背景】入院患者の高齢に伴い、病院給食の既存食種では対応できない嚥下困難者が年々増加している。また、高槻集団給食研究会での地域的な嚥下食標準化の動きもあり、当院でも嚥下困難者対応の食事を開始した。【方法】日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食学会分類2013（以下「学会分類」）に対応し、既存食種の形態を変更。実施による作業量増加も考慮し、段階的に実施した。平成28年度は第一段階として学会分類2-1,2,2,3に対応した。学会分類2-1については食材の量に対するゲル化剤の量を厳密に設定し、出来上がり一定の性状になるように調整。2-2では、肉や魚を豆腐と混合して増粘剤を追加して加熱、舌で潰せる硬さにした。繊維が強い野菜類には酵素を使用して含まれる固形分が柔らかくなるように調整した。学会分類3での対応は2-2とほぼ同様の素材の下処理を行い、舌と口蓋での押しつぶしが可能な状態に調整した。また、交互嚥下の必要性も考慮し、学会分類2-1,2,2,3の主菜と副菜をそれぞれ組み合わせで選択できる食種も新設した。【結果・考察】段階的に実施する方法をとったため、人員配置の変更なしで第一段階は実施できた。また、学会分類に対応した食事形態により、嚥下困難者の対応は改善できた。また、一番必要とされている学会分類4の対応は第二段階で対応する予定であり、引き続き各方面と調整を行い進めていく必要がある。

## O-5-45

### 食物アレルギー分野における管理栄養士介入の試み

名古屋第二赤十字病院 栄養課<sup>1)</sup>、名古屋第二赤十字病院 小児科<sup>2)</sup>

○要石 愛加<sup>1)</sup>、神田 康司<sup>2)</sup>、森 由佳<sup>2)</sup>、甲村 亮二<sup>1)</sup>

【背景】食物アレルギーの診療の手引き2014では、食物アレルギーの栄養・食事指導（以下栄養指導）には管理栄養士が関与することが望ましいとされている。当院では、食物アレルギー患児に対し外来診療および食物経口負荷試験（以下OFC）を行っているが、これまで人員の制約などにより管理栄養士による栄養指導は実施できていなかった。2016年11月より、管理栄養士が栄養指導およびOFCに介入することが可能となったため、その内容について報告する。【対象・方法】外来診療にてOFC実施日が決まった患児家族に対し、管理栄養士よりOFCに用いる食材、調理法や摂取時の工夫等について説明した。OFCでは食材計量を担当し、終了時には結果に応じて解除指導を行った。退院後の外来受診日には、OFC後の摂取状況を確認した。その他、医師からの依頼や、患児家族より希望があった場合に栄養指導を行った。2016年11月から2017年5月までに行った栄養指導内容を把握し、管理栄養士の介入についても検討した。【結果】指導内容はOFC関連が上位を占め、事前説明（79件）、解除指導（43件）、摂取状況確認（30件）と続いた。原因食物はほとんどの指導内容において卵、乳製品が圧倒的に多く、OFC関連の指導ではそれらに続いてグルテン、アーモンドとナッツ系が多かった。管理栄養士の介入により、医師の業務軽減や、アレルギー情報の管理強化につながったと考えられる。また、より具体的な解除指導が可能となり、安全量が少量であった場合でも摂取可能な食品の提示ができ、患児およびその家族から「嬉しい」という声を聞くことができた。【考察】食物アレルギー分野において、管理栄養士介入の体制を継続、強化していくことが期待される。今後も管理栄養士の専門性を活かして支援していきたい。

## O-5-42

### 給食職員が感染性胃腸炎を発症した際の対応と報告体制の見直しを行って

北見赤十字病院 感染管理室<sup>1)</sup>、北見赤十字病院 医療技術部 栄養課<sup>2)</sup>

○高田 真美<sup>1)</sup>、松澤由香里<sup>1)</sup>、村田智津子<sup>2)</sup>、仲俣 沙代<sup>2)</sup>、安田 篤志<sup>1)</sup>、知本 宜丈<sup>1)</sup>、千葉 真人<sup>1)</sup>、富田 浩史<sup>1)</sup>、菅沼 隆<sup>1)</sup>、鈴木 望<sup>1)</sup>

【はじめに】当院の患者への給食は外部委託業者によって行われている。今回、給食職員がノロウイルス感染症を発症し、報告・受診・検査に至る過程がマニュアル通り行われておらず、感染管理室への報告が遅れ、状況を把握した際には発症から数日が経過していた。さらに、発症者と接触した全給食職員の検便検査において、一部提出遅れがあり検査結果の確認に時間を要した。患者や他職員への感染はなかったが、口頭で指導を行った後も状況が改善せず、委託業者と栄養課の間で情報交換や報告体制が不十分であることが判明した。

【活動内容】再発防止のため、P-mSHELLモデルによる分析を行い、問題点を抽出した。既存のマニュアルの見直しや発症後の対応、報告体制について委託業者・栄養課・感染管理室にて見直しを行った。

【考察】大量調理を行う際には食中毒等の感染症が発生しないよう十分な衛生管理と業務遵守が不可欠であり、栄養部門では食材のみならず給食業務に携わる職員の体調管理等、厳重な管理を行う必要がある。今回マニュアルや報告体制を見直し、給食職員・委託業者は規定通りに実施することで、不足情報を何度も確認するという煩雑さが解消され、栄養課は情報漏れがなくなる、感染管理室は早期介入・対応ができるというメリットが得られた。従来、栄養部門にラウンドすることはあったが頻度は少なく、感染管理室の介入自体が少なかったと感じている。今後は委託業者による給食職員への感染対策研修会等を感染管理室でも実施し、栄養課を介してではなく、3者が集まって顔が見える関係作りをすることでより連携を深めていく必要がある。

## O-5-44

### 血液内科病棟クリーンエリアでの楽しめる食事提供バイキング開催の取り組み

静岡赤十字病院 栄養課

○菊地しおり、梅木 幹子

要旨 当院は血液内科の骨髄移植や抗がん剤治療に備えて対応するクリーンエリアが16床ある。クリーンエリアに入室する患者は、クリーン度を保つため、食事は好中球が減少すると生もの禁食・加熱食が提供され、食事内容も制限される。また、治療の副作用により食事摂取が困難となり、入院生活の中楽しみ度であったバイキングが苦痛となってしまうこともある。治療による気分転換、治療意欲の向上、食事摂取量が増え栄養状態の改善につながることを、食事が楽しみになることを目的にバイキングを開催することにした。方法 病棟看護師と一緒に、患者へどのような料理を食べたいかアンケートを実施し、それらを取り入れて調理師と管理栄養士でメニューを作成した。食器は特別に陶器を購入し、患者同士一緒に食べられるように廊下にテーブルを置き、通常の食事で使用しない珍しい食材や、その場で剥いた生フルーツも取り入れ病室で食べるのとは違う演出となるようにした。結果 1回目のバイキング終了後、患者へアンケートを実施したところ、「どの食事でもとても美味しく食欲が湧いた」「今度は栄養士さんや看護師さんと一緒に食べたい」など好意的な意見が多く、病棟からも強い要望もあり、2か月に一度、継続的に毎回テーマを考え開催することとした。化学療法により食事摂取量が低下がみられていた患者が、バイキングで、自分が思っていた以上に摂取できたことでバイキング以降、食事量の増加が見られた患者もいた。考察 使用可能な食材や、病棟内での開催のため提供料理に制限があるが、いつもと異なる環境での食事摂取は、患者の意欲や気分転換につながった。普段、あまり患者と係ることのない調理師が患者さんと直接話をするすることで、生もの禁食や病院食に対する意識改革にもなった。

## O-5-46

### 行動変容段階モデルが後退したCKD患者の一症例

前橋赤十字病院 医療技術部 栄養課<sup>1)</sup>、集中治療科<sup>2)</sup>

○中島 徹<sup>1)</sup>、阿部 克幸<sup>1)</sup>、柳田 麻衣<sup>1)</sup>、涌沢 智子<sup>1)</sup>、山田 玲奈<sup>1)</sup>、根本 哲紀<sup>1)</sup>、宮崎 大<sup>2)</sup>

【はじめに】食事療法において行動変容段階モデルの段階に応じた介入が重要とされている。段階は個人の態度、意図、行動を反映し区分できる。行動変容段階モデルの動きは一方だけではなく段階に沿った介入でない場合、実行期や維持期であっても後退してしまう恐れがある。今回、実行期から無関心期に後退し、行動変容に難渋した例を報告する。【症例】34歳男性。2015年7月に腎機能低下、高尿酸血症の指摘あり。2016年7月に主治医より栄養指導依頼を受け介入を開始し、以後1か月毎に介入を行っている。【経過】初回指導時の身体検査所見は、身長174cm、体重104.4kg、BMI34.5、BUN19mg/dl、CRTN215mg/dl、eGFR30.8ml/分/1.73m<sup>2</sup>、UA8.7mg/dl、TG323mg/dlであった。生活上の問題点は、夕食の欠食、加糖飲料の常飲、エネルギー過多、食繊維不足、肥満と多数挙げられるが、食事摂取量の調整、意識的な野菜の摂取など自主的な食事療法を実行できており実行期であると判断した。そのため、維持期へ移行できるよう実行中の食行動の継続を目標に支援を行った。2回目以降の指導では、食事回数や尿酸値の改善が見られたため実行期が継続できていると評価した。しかし、5回目の指導時より食事療法に対する不満や拒否する発言が目立ち、尿酸値の上昇も見られたため無関心期へ移行したと考えられた。その後の介入で、目標の見直しを行い前向きな発言の増加が見られた。現状の行動変容段階は準備期へ移行中である。【まとめ】行動変容が後退した症例を経験した。今後は、患者の状態や生活背景の変化を考慮し行動変容段階に合わせた介入、目標設定を行い支援を継続していきたい。また、現状では行動変容モデルの評価は主観的要素が強いため、質問紙を用いて評価方法と評価の尺度の見直しが必要と思われる。