

栄養

Vol.27 No.1/2010

2

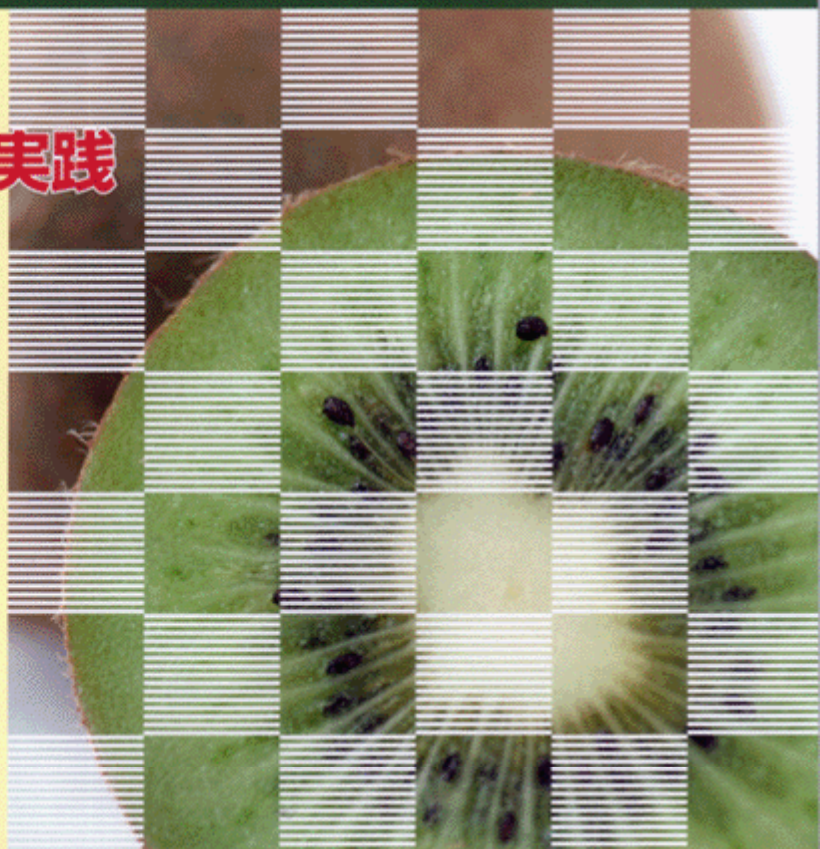
評価と治療

Japanese Journal of Nutritional Assessment

特集

PEGによる栄養管理の実践

- PEGの適応と禁忌
- PEGの手技と周術期ケアのポイント
- PEG患者におけるエネルギー投与量について
- PEGにおける微量元素投与のピットフォール
- 胃瘻栄養患者に用いる経腸栄養剤の選択基準
- 経腸栄養材固形化・半固形化の意義と効果
- 半固形化栄養材(増粘剤)の種類と特徴
- 医薬品の経管投与方法と注意すべきポイント
- PEG患者のスキンケアのポイント
- PEG患者のアウトカム評価



好評連載

みんながすすめる臨床栄養管理

- 第11回「社会医療法人 ジャパン メディカル アライアンス 海老名総合病院」

症例による病態栄養講座

- 第64回「短腸症候群の栄養管理」

用語解説 「BIA (InBody®)」

- 学会レポート 「第31回日本臨床栄養学会総会・第30回日本臨床栄養協会総会 第7回大連合大会」

海外文献紹介



みんなですすめる臨床栄養管理

傷病者の栄養状態を改善する方策は、病気の予防、治療に応用できることが多くの研究で明らかにされてきた。しかし、普通に食べることができず、食欲を失い、消化・吸収能力が低下し、エネルギーや栄養素の必要量が増大し、さらにこれらの合成能力が低下した傷病者に対して、適正な栄養状態を改善、維持することは簡単な話ではなく、多くの専門家の知識と技術が必要になる。そこで本連載では、チームワークにより積極的に栄養管理に取り組んでいる事例を紹介していきたいと思う。

(神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部長 中村丁次)

第11回——社会医療法人 ジャパン メディカル アライアンス 海老名総合病院／上島順子／清水陽平／神村真美／石井良昌

執筆者紹介——上島順子

●略 歴

2002年 同志社女子大学生活科学部食物栄養科学科管理栄養士専攻卒業

同 年 明治鍼灸大学附属病院（現 明治国際医療大学附属病院）栄養部入職

2003年 大津赤十字病院栄養課入職

2008年 特定医療法人（現 社会医療法人）ジャパン メディカル アライアンス 海老名総合病院栄養科入職。現在に至る

●認定資格

2006年 日本糖尿病療養指導士認定機構認定 日本糖尿病療養指導士

2008年 日本静脈経腸栄養学会認定 NST専門栄養士

同 年 日本健康・栄養システム学会認定 臨床栄養師



①萩原耕作（理学療法士）、②上島順子（管理栄養士）、③石井良昌（歯科口腔外科医）、④神村真美（管理栄養士）、⑤寺山由起子（薬剤師）、⑥亀山由紀子（看護師）、⑦小林美紀（看護師）、⑧滝澤しおり（看護師）、⑨日影館里子（看護師）、⑩沼倉ひろ子（看護師）、⑪鳥羽瀬歩（歯科衛生士）、⑫松本令子（臨床検査技師）、⑬松本明子（薬剤師）、⑭松本伸雅（看護師）、⑮清水陽平（管理栄養士）、⑯高橋智美（看護師）、⑰古谷香織（看護師）

●後輩栄養士の方々へ

医療チームは患者さんのためになることはもちろん、医療者にとっても共に悩み励ましあう大切な仲間です。そのなかで、管理栄養士として専門性を高めることはもちろんのこと、限られた医療資源のなかでホスピタリティを忘れず多職種の方々と協力していく能力も大切だと思います。院内だけでなく、たくさんの方々との出会いを大切に、管理栄養士として大きく羽ばたいて下さい。

はじめに

当院は神奈川県県央に位置し、海老名市をはじめとする座間・綾瀬地区の急性期医療を担う総合病院であり、許可病床数469床、診療科目は24科、5つの専門センターを有している。2008年2月には県内の民間病院としては初めて地域医療支援病院の認可を受け、2009年4月には社会医療法人として新たなスタートを切った。病院理念に「仁愛の精神のもとに、皆さんと共に考える医療をめざします」とあるように近隣の医療・福祉・保健施設とも連携を図り、チーム医療を実践している。院内でも各部署が垣根なく話し合える雰囲気があり、地域医療に貢献するため職員一同日々研鑽している。

なぜ始めたのか

2002年、全国的に栄養サポートチーム（nutrition support team：NST）稼働施設が増加しはじめたころ、前任者の栄養科主任がNSTの重要性を各部署に説いてまわり、当時副院長であった外科の内山喜一郎医師（現 院長）をNSTチェアマンとして稼働に向けた活動を開始した。当時は多くの施設で管理栄養士が厨房より臨床現場へと仕事内容を変換しはじめた時期であり、栄養管理の重要性が認識され各地でNSTに関する研究会が盛んに行われはじめたころでもあった。前任者の「すべての患者に栄養管理を」という強い想いと行動力によって、院内での多職種による栄養管理チームが産声を上げた。

どのようにして組織化したのか

2002年12月より当時の副院長である内山医師をNSTチェアマンとし、管理栄養士をディレクターとしてNST稼働に向けた活動を開始した。NSTワーキンググループのなかで、total nutritional therapy (TNT)に参加した外科医、消化器内科医と看護師、理学療法士、臨床検査技師、薬剤師、管理栄養士にて他施設を参考とし回診方法やカンファレンス方法について何度も検討を重ねていった。運営方法はPPM (Potluck Party Method) 方式を用いて、医師6名・看護師13名・薬剤師7名・管理栄養士2名・臨床検査技師1名・言語聴覚士1名・事務員1名でNSTメンバーを構成し、2003年2月に日本静脈経腸栄養学会 (Japanese Society for Parenteral and Enteral Nutrition: JSPEN) のコアスタッフ登録をした。同月より月1回勉強会を重ね、1年の歳月を経て2004年3月より回診を開始した。スタート時点は外科と内科の単科型であったが、同年6月より全科型で稼働し、現在まで週に1度回診・カンファレンスを行ってきている。時を同じくして、歯科口腔外科の石井良昌医師 (現 NSTチェアマン) を中心として嚥下チームを立ち上げるための勉強会が開始された。嚥下チーム回診も2004年3月より開始した。

2005年5月まではNST部会、嚥下部会として回診を含めた活動は別々に行っていた。6月からはNST部会、嚥下部会を合併したNS (nutrition support) 委員会へと委員会改組を行い、患者の栄養管理を行っていく部門として新たな活動を開始した。

参加した組織やメンバーの概要は

筆者がNSTに参加しはじめた2008年3月は、NSTは水曜日、嚥下チームは木曜日と曜日を分けて別々に回診・カンファレンスを行っていた。嚥下対象者に関しては、業務上時間の捻出が難しく、チームで揃って回診することなく事前に各科で情報を収集し、業務時間外にカンファレンスを行っていた。しかし、NSTと嚥下チームのメンバーはほとんど重複しており対象者も重複していることが多かったため、業務負担を減らす意味もあり、2008年6月より水曜日にNSTと嚥下対象者の回診・カン

ファレンスをまとめて行うこととなった。

現在のNST・嚥下チームメンバーは、歯科口腔外科医1名、消化器内科医1名、看護師16名、薬剤師2名、理学療法士1名、作業療法士1名、歯科衛生士4名、臨床検査技師1名、管理栄養士3名であり、そのうち毎回の回診・カンファレンスには7~8名が参加する。看護師は病棟担当以外にも地域連携室より退院調整看護師が参加している。

回診・カンファレンスの流れを以下に示す。

- ① 水曜日の12時に病棟に集合し、プレカンファレンス後、2チームに分かれて回診を行う
- ② 回診後昼食休憩をとり、カンファレンスを行う
- ③ カンファレンスの内容は電子カルテ上に記載する
- ④ 栄養管理プランについてはNSTチェアマンより主治医へ報告する
- ⑤ カンファレンス終了後、記録内容をNST看護師が対象者病棟に伝達する

回診時間を昼食時に合わせたことで患者の栄養状態や摂食・嚥下状況をメンバーで評価し、水飲みテストやフードテストなどを行うことが可能となった。また、家族や介助者がいれば、その場でベッドアップの角度やポジショニングのポイント、一口量などの指導を行っている (図1)。

そこでは管理栄養士はどのような役割を担っているか

栄養科ではNST・嚥下チームの事務局を担っており、NST・嚥下依頼票を受け取ると、それを一覧表にして回診前日にチームメンバーと各病棟に配布している。また入院時に、退院調整看護師によるスクリーニングでリストアップされたハイリスク患者のほか、褥瘡患者、胃瘻造設患者の情報は栄養科に集まるシステムがあり、それらもその一覧表に記載し、各職種・病棟へ栄養管理が優先的に必要な患者が一目でわかるようにしている。

カンファレンスの時間を有効に利用するため、各職種で事前に電子カルテ上の「NST・嚥下アセスメントシート」(図2)に必要な情報を記載しており、管理栄養士は回診までに静脈栄養を除く栄養摂取経路 (経口・経腸) からの摂取栄養量を算出する。また、上腕周囲長、上腕三頭筋皮下脂肪厚、膝高などの身体計測を行い基礎エネルギー量の算出をしている。当院では、管理栄養士は病

棟担当制としており各病棟でのカンファレンスに参加し、治療の方向性や入院前の生活状況、食事などの情報も集めNST・嚥下チーム回診に参加している。

回診時は、経口摂取可能かどうかの嚥下評価を必要とする患者のために「エンゲリド[®]ミニ」を持参している。職種ごとの役割は分かれておらず、気付いたことや情報交換を随時行いながら回診していく。

栄養科では筆者を含む3人が交代で回診・カンファレンスに参加し、うち2人がNST専門栄養士の資格を取得しており、管理栄養士がカンファレンスでのファシリテーター役を担うことも多い。回診・カンファレンス終了後はカンファレンス情報を主治医や担当病棟に返し、日々の栄養管理に役立てている。

筆者が担当している消化器内科病棟では、病棟単独で多職種によるウォーキングカンファレンス(WCF)を週に1度開催している。WCFは、ベッドサイドに病棟看護師と理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士などのコメディカルが集まり、患者の療養環境(食事・安静度・ポジショニング・口腔内環境・治療方針など)や家庭環境を確認しながら、安心して早期退院できるための関わり方を話し合うものである。そこでも、NST・嚥下チーム回診での情報を伝達・共有し、より小さな単位で患者の栄養管理を多職種で行っている。

必要な知識や技術を どのように修得したか

筆者は、以前の職場ではNST活動に参加する機会が少なく、ベッドサイドでの経験も少なかった。退職を機にNST専門栄養士を取得するため、千葉県松戸市にある医療法人

財団松圓会東葛クリニック病院で研修を受け、そのまま約1年を臨床栄養師研修生としてお世話になった。NST、褥瘡チームなどのチーム医療活動、透析外来、手術見学などさまざまな経験をし、チーム医療の基本を身につけることができたと思う。東葛クリニック病院で学んだことは現在も日々の業務で役立っており、この経験を無駄にしないため、学会や研修会への参加、院内勉強会、他施設の見学や交流、出版物、論文などにより機会があるごとに知識を得るようにしている。

NST専門療法士の資格を取得してからは、神奈川NST研究会の下部組織である神奈川NST専門療法士連絡会に参加し、専門療法士による専門療法士のための能力開発(Faculty Development:FD)活動を手伝いながら、自身も勉強させていただいている。

現在の職につき、特に必要と感じた知識は多職種の活動と視点を知ることであった。消化器内科でのWCFに参加して、管理栄養士側からの理想論だけでは多職種の理解は得られず、空回りするばかりで患者の回復には繋がっていかないことに気付いた。多職種がどのように考え患者にアプローチしているのか、業務でどこに困っているのか情報交換し共有することにより、患者にとっても医療者にとっても優しい関わりができることを学んだ。WCFでは多職種介入の結果、介護度の高い患者の在院日数短縮というアウトカムを得ることができた(図3)。

NS委員会では月に1度各部署持ちまわりの勉強会を開催しており、栄養管理に必要な知識の普及に努めている。栄養科では過去、「身体計測実践」「栄養剤の種類・選択基準紹介」「嚥下食の試食」などのテーマで勉強会を開催してきた。また、院内全体に向けたグランドカンファレ



図1. 左:回診前のプレカンファレンス
右:病棟回診風景

☆NST・嚥下アセスメントシート☆

患者名	病棟	病名
年齢	担当医	

◆必要栄養素量						◆投与栄養素量					
	9/15	9/24	9/29	10/7	10/13		9/15	9/24	9/29	10/7	10/13
基礎エネルギー (kcal)	1,014	973	985	985	994	エネルギー (kcal)	770	1,030	1,305	1,389	1,368
ストレス係数	1.0	1.0	1.1	1.0	1.0	たんぱく質量 (g)	35	45	45	52	55
活動係数	1.1	1.0	1.0	1.2	1.2	脂質量 (g)	0	0	25	25	13
必要エネルギー (kcal)	1,115	973	1,084	1,182	1,192	水分量 (ml)	1,623	1,523	1,775	1,874	1,805
必要たんぱく質量 (g)	46	41	45	49	50	栄養量過不足	345.4	-57.5	-221.3	-207.0	-175.2
必要脂質量 (g)	31	27	30	33	33	水分量過不足					

◆身体計測 (*印は推定)						◆栄養 (経口)					
	9/15	9/24	9/29	10/7	10/13		9/15	9/24	9/29	10/7	10/13
身長 (cm)			143.0			食種形態	NPO	NPO	NPO	量ゼリー	量ゼリー
体重 (kg)	*52.4	*48.1	*49.4	*49.5	*49.8	エネルギー (kcal)	0	0	0	84	200
皮下脂肪厚 (mm)	24	12	16	16	15	たんぱく質量 (g)	0	0	0	7	10
上腕周囲長 (cm)	20.3	20.0	20.0	20.0	21.0	脂質量 (g)	0	0	0	0	0
上腕三頭筋圍 (cm)	12.8	16.2	15.0	15.0	16.3	水分量 (ml)	0	0	0	51	180
肺高 (cm)	47.0	47.0	47.0	47.0	47.0	経口摂取量	0.0	0割	0.0	10割	10割

◆基本状況						◆薬剤 (経管)					
	9/16	/	9/29	/	/		9/16	9/24	9/30	10/7	10/13
JCS	I-3		I-3			エネルギー (kcal)	770.0	1030.0	1305.0	1305.0	1167.5
認知症 (HDS-R)	あり		あり			たんぱく質量 (g)	35	45	45	45	45
RSST	0回		0回			脂質量 (g)	0.0	0.0	25.0	25.0	12.5
MWST	未実施		4点			水分量 (ml)	1,623	1,523	1,775	1,823	1,625
フードテスト	未実施		4点			NPC/N		120	160	160	140

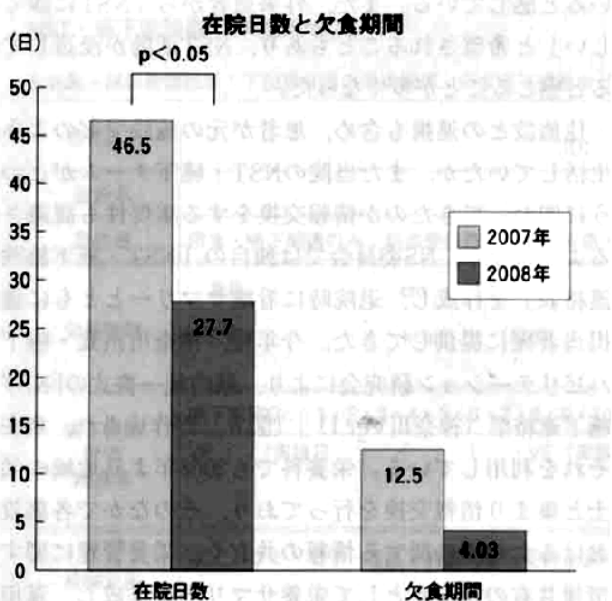
◆生化学検査値						◆消化器・尿状況					
	9/14	9/21	9/28	10/7	10/13		9/16	9/24	9/28	10/7	10/13
TP (g/dL)	6.7	6.8	7.0	6.4	6.5	栄養ルート		TPN	TPN	TPN	TPN
Alb (g/dL)	3.2		3.1			むせ込み	なし	なし	なし	なし	なし
WBC (10 ³ /μL)	62	50	74	56	59	褥瘡	なし	なし	なし	なし	なし
CRP (mg/dL)	2.6	1.87	0.99	7.41	2.91	尿量 (ml)		680.0	900.0	6回	5回
Hb (g/dL)	12.5	13	12	11.7	11.4	便性状	-6.0	-2.0	0.0	0.0	-5.0
熱	36.1	36.9	37.2	38	37.6	内服薬種類					

◆口腔状況						◆運動能力					
	9/15	9/24	9/29	10/7	10/13		9/16	9/24	9/28	10/7	10/13
アセスメントスコア	2	1	2	0	0	ベッドUP	30°	30°	30°	45°	45°
口腔汚染	なし	なし	口腔付着	なし	なし	車椅子	×	×	×	×	×
口腔乾燥	舌	口唇	口唇	なし	なし	舌・表情筋	○	○	○	○	○
齧歯	なし	なし	なし	なし	なし	咽頭挙上	△	△	△	△	○
出血	なし	なし	なし	なし	なし	嚥痰	×	×	×	×	×

◆コメント						◆コメント					
9/15 (栄) 胃瘻方向? 食道裂孔ヘルニアあるので注意						/ ()					
9/16 (薬) 脂肪製剤・ミネラル投与必要では?						/ ()					
10/7 (栄) 食事開始しており、ポジショニング必要						/ ()					
/ () 在宅方向のため、家族指導必要						/ ()					
10/20 (リ) 嚥下食3は昼のみ5割程度。3食いけるか要検討						/ ()					
/ ()						/ ()					
/ ()						/ ()					

図2. NST・嚥下アセスメントシート

JCS: Japan Coma Scale, HDS-R: 改定長谷川式簡易知能評価スケール, RSST: 反復唾液嚥下テスト, MWST: 改訂水飲みテスト



WCF患者基本情報

	合計人数(名)	平均年齢(歳)
2007年	33(男:12,女:21)	84(55~102)
2008年	36(男:15,女:21)	80(54~96)

図3. WCFによる在院日数と欠食期間の変化

在院日数は、2007年46.5日に比べ、2008年27.7日と18.8日の短縮がみられ、カンファレンスを開始することで有意に短縮した。欠食期間では、有意差は認められなかったが短縮傾向がみられた。

NSやコメディカルによる勉強会を行うなど、機会を得て栄養管理の重要性についてアピールしている。

どのように変化し、 どのようなアウトカムが生じたか

NSTと嚥下チームが同時に回診するようになった2008年6月から2009年6月までに介入した症例について、効果の検討を行った。合計介入症例は129名で男性68名・平均年齢81.9歳(61~101歳)、女性61名・平均年齢84.4歳(62~99歳)であった。依頼時の病名が呼吸器疾患45%(うち誤嚥性肺炎30%)、消化器疾患15%、心疾患13%、脳血管疾患5%、骨疾患5%、腎疾患2%、その他15%であった。入院前と退院時の状況は、入院前は自宅52.7%、施設40.3%、療養型病院5.5%、その他1.5%であり、退院時転帰は自宅17.1%、施設32.6%、療養型病院20.9%、その他2.3%、死亡27.1%であった。

NST・嚥下チーム介入における栄養摂取経路の推移を図4に示す。介入時、栄養摂取経路に“経口”が含まれている割合は29.8%(28名)であったのに対し、終了時は67.0%(63名)と有意($p < 0.01$)に増加していた。経口摂取のみで栄養量を確保できている割合も5.4%(7名)から24.8%(32名)へと増加していた。

NSTと嚥下チームが同時に回診するようになり、栄養

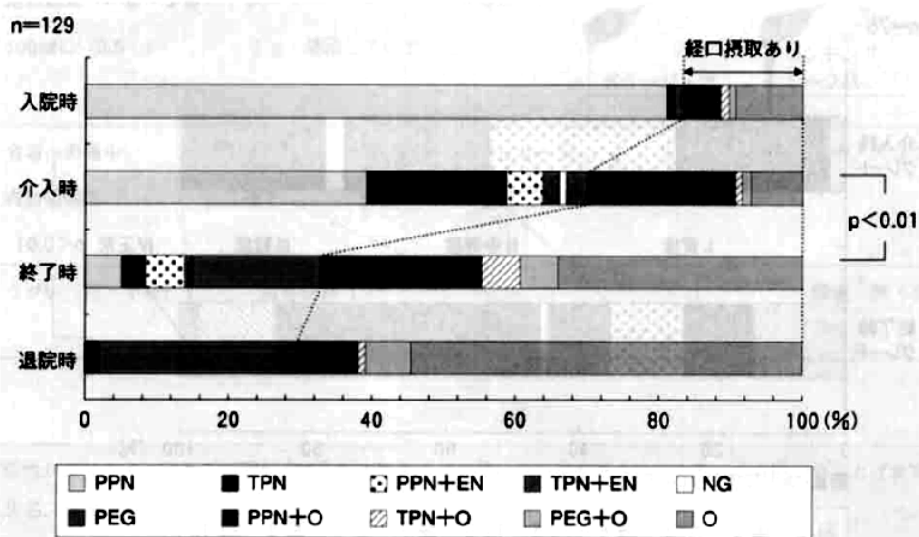


図4. 栄養摂取経路の推移 (水分を含む)

PPN: 末梢静脈栄養, TPN: 中心静脈栄養, EN: 経腸栄養 (NG, PEG含む), NG: 経鼻胃管栄養, PEG: 胃瘻栄養, O: 経口栄養

Wilcoxon signed-ranks test

摂取経路の第一選択として経口を考えるようになった。また嚥下評価・訓練を行った後、経口からの十分な栄養摂取が難しい症例においても、楽しみ程度の食事提供を行い、摂食・咀嚼機能が衰えないよう直接訓練を行っている。

嚥下評価を行った78名の藤島の分類における摂食・嚥下障害のグレードの変化においては、改善が51% (40名) にみられ、軽症または正常 (グレード7以上) と判定された症例は介入時12.8% (10名) であったが終了時は48.7% (38名) へと増加しており、介入時にはみられなかったグレード8~10もみられるようになった。NST・嚥下チームが介入することにより有意な差 ($p<0.01$) をもって摂食・嚥下障害の改善がみられた (図5)。なお、血液生化学検査の血清総蛋白、アルブミンにおいてはNST介入前後で有意差は認めなかった。

参加してメンバーの意識や態度がどのように変化したか

NST活動により多職種で患者のことを考える体制が院内全体に整ってきたため、医師も含めた各職種とのコミュニケーションが良好となった。管理栄養士を含むコメディカルのほとんどは病棟に常駐できないが、患者情報を共有し何でも気兼ねなく相談できる雰囲気につながって

いると感じている。また、外来患者から「NSTに診てほしい」と希望されることもあり、NST活動が浸透していると感じることが多くなった。

他施設との連携も含め、患者が元の施設でどのように生活していたか、また当院のNST・嚥下チームがどのように関わってきたのか情報交換をする重要性も認識されるようになり、NS委員会では独自の「NST・嚥下施設間連絡表」を作成し、退院時に看護サマリーとともに施設担当者宛に提供してきた。今年度、神奈川摂食・嚥下リハビリテーション研究会により、県内統一書式の「NST・嚥下連絡票 (神奈川Ver.1)」 (図6) が作成され、現在はそれを利用している。栄養科でも2008年より地域の栄養士と集まり情報交換を行っており、そのなかで各施設における食形態に関する情報の共有や、栄養管理に関する情報共有のツールとして栄養サマリーを作成し、運用開始に向け現在準備を行っている。

栄養科では全員がNST活動に参加しており、経験年数の違いはあるが、日々の栄養管理業務に対して問題点を把握し、解決への方策を自分なりに考えることができるようになりつつある。筆者自身は、消化器内科病棟でのWCFをはじめとした担当病棟カンファレンスへの参加により、ベッドサイドでの活動が多くなり、主治医や看護師、多職種と共通認識をもって栄養管理ができるようになって

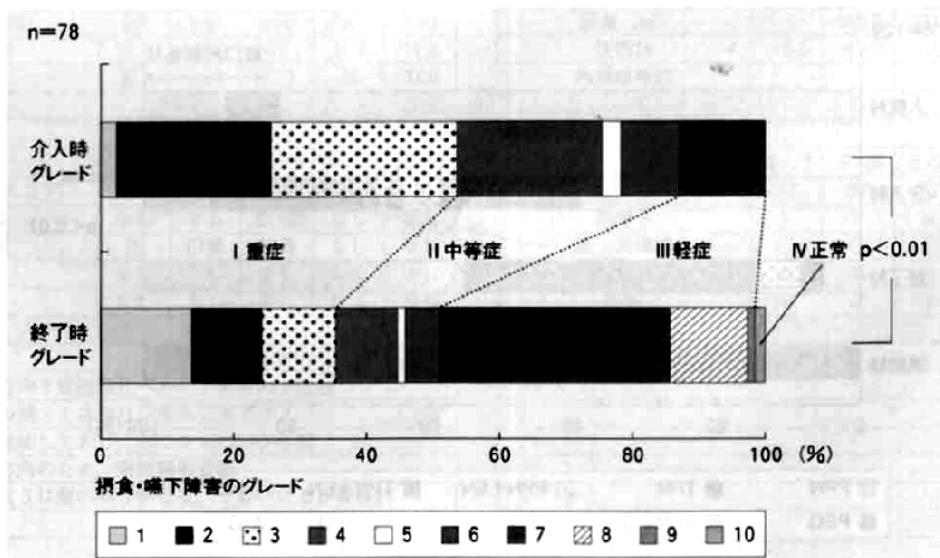


図5. 摂食・嚥下障害の分類 (藤島) の変化

Wilcoxon signed-ranks test

みんなですすめる臨床栄養管理

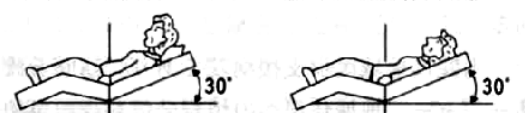

第11回—社会医療法人 ジャパン メディカル アライアンス 海老名総合病院

NST・嚥下連絡票 (神奈川Ver.1)

平成 年 月 日

主治医・担当者御机下：下記患者様の栄養管理、摂食嚥下機能など、現状をご報告させていただきます。

20091128ver

患者氏名	(ID: 様)	性別	M・F	年齢	歳	
診断名	(年 月 日発症)					
既往歴	摂食・嚥下関連のみ：脳血管疾患・神経筋疾患・誤嚥性肺炎・COPD・認知症・頭頸部術後・					
栄養管理	身長	cm	体重	kg (/ 測定・自称・推定)	Alb 値	g/dL
	摂取	kcal	(目標 kcal)	水分	ml (目標 ml)	
嚥下機能評価経過等	嚥下障害Gr. 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10					
	VF (実施日 /) ・ VE (実施日 /) ・ 別紙記載 (有・無) ・ 画像 (有・無)					
投薬方法	水・トロミ・ゼリー埋込・経管投与・粉碎後食べ物に混ぜる					
摂取方法	全介助・一部介助・見守り・自立		良い例 ○ 頸部前屈：リラックス 悪い例 × 頸部伸展：緊張する			
自助具	無・有 ()					
食事姿勢	フリー・車椅子 (リクライニング) ・ ()					
食物形態	嚥下食ピラミッド：L0・L1・L2・L3・L4・L5					
	主食 (米飯・全粥・ミキサー・) 副食 () 嗜好・禁止食品等					
水分増粘剤	増粘剤は (不要・必要) です。() を使用し、 100mlに (0.5・1・) g 使用していました。					
摂食注意事項 リハビリ テクニック など	食事への集中 ・ 嚥下体操 ・ のどのアイスマッサージ ・ 一口量 (小・中・大スプーン) 複数回嚥下 ・ 交互嚥下 ・ 食後1~2時間座位 (褥瘡に注意) 他					
口腔ケア等	うがい (可・不可) 清掃器具 ()		義歯 無・有 (使用・未使用)			
その他						

状態は変化する可能性があります。何かご不明な点は下記連絡先までお問い合わせください。よろしくお願い申し上げます。

【病院・施設名、氏名、連絡先等記入欄】

記入担当者名 (職種) : ()

図6. NST・嚥下連絡票 (神奈川Ver.1)

てきていると感じている。また、その結果WCFは前述したような患者にとっても有益なアウトカム¹⁾が出てきており、やりがいを感じている。

今後の問題点

チームメンバー以外のNST・嚥下チーム活動への協力が必要であり、特に日々患者に接している看護師の協力は重要である。しかし、毎年入退職のあるなかでどのように栄養管理に対する教育・啓発をしていくかは大きな課題となっている。月に1度のNST勉強会に業務で参加できない人のために、病棟に出向いての「出張勉強会」などを開催しており、回数を増やし今後も継続して取り組んでいく必要がある。勉強会を行っていくうえで、NSTメンバーのレベルアップは必須であり、業務の合間を縫って研鑽していくためのモチベーションの維持も重要である。

また、当院は地域医療支援病院であり、訪問看護やケアマネージャー、地域住民への情報発信も課題事項である。地域のなかで中心的な役割が求められており、多くの施設で試みられているように地域を含めたNSTの展開

も必要となってきた。

栄養科としては、NST・嚥下チーム活動と日々の栄養管理業務のなかで、院内給食への要望の拡大を感じており、給食管理業務を安定させることが最重要課題となっている。患者のニーズに応えられるよう委託業者と協働し、今後もさらなる業務改善をしていきたい。

文献

- 1) 上島順子, 清水陽平, 沼倉ひろこ, 他: 海老名総合病院における栄養ケア・マネジメントの質の向上に関する研究「患者の早期退院に向けて～多職種参加型ワーキングカンファレンスの取り組み～」, 日本健康・栄養システム学会 9: 38-44, 2009

うえしま・じゅんこ
社会医療法人 ジャパン メディカル アライアンス 海老名総合病院栄養科

しみず・ようへい
社会医療法人 ジャパン メディカル アライアンス 海老名総合病院栄養科主任

かみむら・まみ
社会医療法人 ジャパン メディカル アライアンス 海老名総合病院栄養科

いしい・よしまさ
社会医療法人 ジャパン メディカル アライアンス 海老名総合病院歯科口腔外科部長