

令和8年度 健康長寿と栄養の研修会



日頃より NST 活動へのご理解とご協力ありがとうございます。2026 年 7 月 7 日に NST による勉強会が開催されました。当院は高齢患者さんの入院が多く、低栄養のリスクが高いため、今回は基本的な NST の活動内容や栄養に関する認識を広めることを目的として、看護師と管理栄養士が講義を行いました。その内容の一部をご紹介します。

<看護師による講義内容>

■NST とは

栄養サポートチーム (Nutrition Support Team)

患者さんに対して最適な栄養療法を提供することを目的とした、多職種で構成される医療チームです。

■当院の NST 活動の紹介

当院の NST の活動は、週に一度のカンファレンスと病棟ラウンド、月に一度の委員会を開催しています。昨年度の NST への依頼は、医師からが最も多く、次いで看護部、さらに栄養管理部や薬剤部からの依頼が続きました。講演では具体的な依頼方法についても紹介があり、どの職種からでも NST 介入の依頼が可能であるため、担当患者さんの栄養面で気づいたことがあれば、担当医師や栄養士へ相談するよう周知されました。

NST への主な依頼内容は、以下の通りです。

- 食事摂取量が低下している患者への個別対応
- 褥瘡や熱傷のある患者の食事対応
- 化学療法後の患者の食事対応
- 術後の低栄養
- 栄養ルートを選択
- 排便コントロール

NST が介入することで可能となる支援には、栄養

補助食品の検討、輸液管理、経管栄養メニューの調整、嚥下機能評価に基づく適正な食形態の提案、排便コントロールに関する助言などが挙げられました。それに伴い、体重の測定が重要であること、また NST からのお願いとして、介入時に以下の情報を共有していただけると、より適切な支援につながります。

- 患者さんが希望する治療の範囲 (治療方針)
- 退院先の予定
- BSC (Best Supportive Care) の有無
- ACP (アドバンス・ケア・プランニング) の確認状況
- ご家族の希望や意向

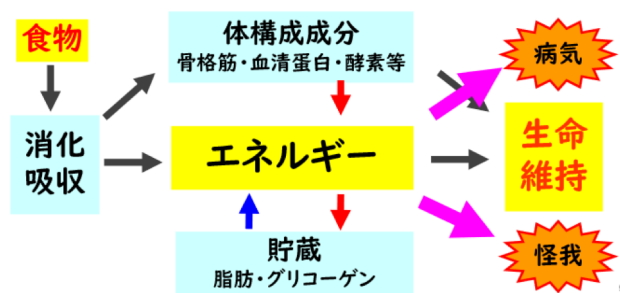
これらの情報が事前にわかることで、NST としても介入しやすくなります。

<管理栄養士による講義内容>

■なぜ栄養管理は重要なのか

ヒトは常にエネルギーを消費しており、体の外から摂取した食べ物から栄養素を取り込み、それらを臓器や組織の材料として利用しながら、生命維持に必要なエネルギーを作り出しています。食べる → 消化吸収する → エネルギーを得る、という一連の働きによって生命活動を保っています。けがや病気の治療中は、組織の修復や回復のために通常より多くのエネルギーが必要になります。つまり、治癒の過程ではエネルギー需要が高まっている状態です。このように、**栄養管理はすべての治療の基盤となる重要な要素**であり、適切な栄養が確保されてこそ、治療効果が十分に発揮されます。

なぜ栄養管理が重要なのか？



エネルギーの貯蔵物質であるグリコーゲンは、体内で比較的すぐになくなると考えられています。その後、体脂肪が少しずつ減少していきませんが、ある程度のところで下げ止まりが見られます。一方、筋肉（タンパク質）の分解はゆっくりと始まり、ある時期を境に急激に進行します。このように、体に蓄えられているエネルギーは、グリコーゲン → 脂肪 → 筋肉（タンパク質）の順に消費されていきます。

■一般的な栄養管理手順

1. 栄養スクリーニング（NRS2002 MNA-SF MUST 等）
2. 低栄養診断（GLIM 基準）
3. 栄養管理計画
4. 栄養管理の実施
5. モニタリング・効果の判定
6. 3の栄養管理計画へ戻る

■栄養管理計画

投与エネルギー

JSPEN ガイドラインで強く推奨されている投与エネルギーは、

- 体重当たり 25～30kcal を基準とし、ストレスの程度に応じて増減する。
- 間接カロリーメトリーにより安静時消費エネルギー量を測定して算出する。
- Harris-Benedict 式などを用いて基礎エネルギー消費量を予測し、活動量や病態によるエネルギー代謝の変化を考慮して算出する。

投与たんぱく質

- 体重当たり 0.8 ～ 1.0g/ 日を基準とし、病態およびストレスの程度に応じて増減する。

※疾病・病態に応じ個別に評価する

投与水分

- 体重当たり 30～40mL/ 日を基準とし、病態に応じて増減する。

1.0mL ×投与エネルギー（kcal/ 日）として算する方法もある。投与エネルギー量が少ない場合には水分量が不足するので注意する

※経腸栄養の場合、投与量≠水分量 であることに注意すること。

■栄養摂取方法の紹介

栄養をどう摂取する？

	メリット	デメリット	その他
経口摂取	もともと生理的な摂取方法 療養場所を問わない ONSなど選択肢も多い。	嚥下・咀嚼機能低下した場合、形態調整が必要。 嗜好による摂取不良。	エネルギー必要量を確実に充足する必要がある場合には、経口摂取に固執せず、経管栄養や静脈栄養を併用も積極的に考慮する。
PPN	経口摂取と併用しやすい。 電解質・水分は確保が可能。	単独で必要な栄養は充足できない。 長期利用しない（2週間まで）。 福祉施設では継続不可ことが多い。	※脂肪乳剤を使用する場合は、ルートは毎日交換
TPN	経口摂取と併用しやすい。	基本的には持続投与（24時間） 福祉施設では継続不可が多い。	※脂肪乳剤を使用する場合は、ルートは毎日交換
経鼻経管	比較的非侵襲的でカテーテル抜去後の後遺症もない。	長期使用には向かない。 抜去するリスク。 注入時間の確保。	4週間以上継続するなら、消化管瘻を選択する。
消化管瘻	福祉施設でも対応が可能であることが多い。 使用できる栄養剤が多様。 注入時間の短縮も可能。	手術が必要、ネガティブなイメージが強い。 注入時間の確保。	医学的適応と合わせ、倫理・社会的な観点も考慮される。

■栄養の評価

何を基準に“栄養が良くなった”と判断するのは、1～2 週間といった短期間では評価が難しい場合があります。そこで重要となるのが、**エネルギーが十分に満たされているかどうかを確認する視点**です。そのために、摂取量と消費量のバランスを考えます。食事、ONS、栄養剤、輸液などによるエネルギー摂取量と、疾患や炎症、活動量、リハビリなどによるエネルギー消費量を比較します。

体重変化は **体重変化＝摂取エネルギー量－消費エネルギー量** で説明でき、以下のように評価します。

- 体重が増加している：エネルギーが充足している、または過剰
- 体重が維持されている：エネルギーが充足
- 体重が減少している：エネルギー不足

このため、週に 1 回程度の定期的な体重測定と、その推移をモニタリングすることが重要で、体重は測定して終わりではなく、前回値と比較し、変化の理由を考察することが必要です。

■NST の思い

高齢者の中には、栄養介入によって元気を取り戻せる方もいれば、年齢や病状から改善が難しい方もいます。その見極めは簡単ではありませんが、**本来元気になるはずの方が、栄養の問題で状態を悪化させてほしくありません。** 食事がとれない原因を多職種で評価したく、NST もチームとしてサポートしたいと考えていますので、ぜひお気軽にご相談ください。