

NST 実地研修プログラム

平成29年 4月 1日



愛媛大学医学部附属病院

Ehime University Hospital



愛媛大学医学部附属病院

Ehime University Hospital

目次

	頁
目的	2
修了認定	2
研修プログラム内容	2
研修日程表	4
問い合わせ	4
NST シート 1	5
NST シート 2	6
NST シート 3	7
NST シート 4	8
NST シート 5	9
NST シート 6	10
日本静脈経腸栄養学会認定「栄養サポート専門療法士」	11
日本病態栄養学会認定「NSTコーディネーター」	12
日本栄養士会認定「栄養サポートチーム担当者研修会」	13
「TNT-D(Total Nutritional Therapy Training for Dietitians)」	14



研修プログラム

【目的】

愛媛大学医学部附属病院におけるNST 研修は、患者様から学び患者様に還元する病院という理念を基本としています。チーム医療の一員として患者様の立場に立ったより良い栄養療法を身につけ、臨床現場に即した栄養サポートを行うことを目的としています。

【修了認定】

栄養サポートチーム専門療法士 (日本静脈経腸栄養学会認定)

NSTコーディネーター (日本病態栄養学会認定)

「栄養サポートチーム担当者研修会」 (日本栄養士会認定)

「TNT-D(Total Nutritional Therapy Training for Dietitians)」

(日本栄養士会認定)

※ 修了認定書の発行は、各学会の基準に則した者で、認定申請書に基づき、実地研修における指定の単位及び症例レポートの提出及び責任者が修了認定と認めた者とする。

【研修プログラム内容】

1. 栄養サポートチーム組織及び運営について
2. 栄養サポートチームにおける看護師・薬剤師・管理栄養士の役割と業務
3. 栄養アセスメント及びスクリーニング実習
4. 栄養療法外来の見学及び実習 (間接カロリメーター・体組成等)
5. NSTカンファレンス及び回診の実習
 - ①TPNカテーテルの種類と特徴について
 - ②カテーテル感染症について
 - ③PEG・PEJについて
 - ④静脈栄養法の適応と問題点 (プランニング、モニタリング)
 - ⑤経腸栄養法の適応と問題点 (プランニング、モニタリング)
 - ⑥栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応 (問題点・リスクの抽出)
 - ⑦経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導
6. TPN混合調整の見学 (経静脈輸液適正調剤法の取得、簡易懸濁法の実施と有用性の理解)
7. TPNの投与方法、処方チェック (配合変化、ビタミン剤、電解質他)
8. 服薬状況の把握及び薬剤と栄養の相互作用について説明
9. 栄養サポートチームにおける情報処理とコミュニケーションツール

10. 栄養管理についての患者・家族への説明・指導
11. 病棟実習・症例報告用紙の作成（別紙様式1～6 に準じて作成）
13. 症例レポートのまとめ及び報告
 - A; 栄養サポートチーム専門療法士実地研修修了認定；1 症例
 - B; N S Tコーディネーター実地研修修了認定；3 症例
 - C; 栄養サポートチーム担当者実地研修,TNT-D実地研修修了認定レポート

※上記A・B・Cを重複して修了認定希望者は、別途お問い合わせください。
（但し、各学会基準に変更が生じた場合は、各学会要項に準じる）

【研修日程表】

研修予定表

区分	日付	曜日	午前 8:30~12:15		午後 13:00~17:15		備考
			1日目	／	金	8:30~9:00 9:00~12:15	
2日目	／	金	8:30~12:15	薬剤部;TPN混合調合の見学TPNの処方チェック(配合変化、ビタミン剤、電解質他)	13:00~15:00 15:00~17:15	病棟・栄養指導室;NST対象患者の摂取量チェック、経過観察 NST(カンファレンス・ラウンド) NST対象患者の栄養評価(まとめ) TPN投与方法 患者家族への説明	
3日目	／	金	8:30~9:00 9:00~12:15	栄養指導室;経管栄養の種類と適応疾患について 栄養療法外来室;栄養療法外来の実習(栄養アセスメント・間接カロリーメーター・体組成) 情報処理とコミュニケーションツール	13:00~15:00 15:00~17:15	NST対象患者の事前栄養評価と再評価と再処方設計 NST(カンファレンス・ラウンド) ・PEG・PEJについて ・経管栄養法の適応と問題点	
4日目	／	金	8:30~12:15	薬剤部;服薬状況の把握及び薬剤と栄養の相互作用について説明	13:00~15:00 15:00~17:15	病棟・栄養指導室;NST対象患者の摂取量チェック、経過観察 NST(カンファレンス・ラウンド) 栄養療法における合併症予防発生時の対応 NST症例報告の質疑	
5日目	／	金	8:30~12:15	症例報告のまとめ	13:00~15:00 15:00~17:15	NST症例報告のまとめ NST(カンファレンス・ラウンド) 経腸栄養剤の衛生管理 適正調剤法の指導 症例報告・質疑 研修予定表	

※ 診療等の都合により研修内容の変更を行うことがあります。

1日 8時間×5日間=40時間

日程は都合に合わせて変更することが出来ます、その場合はご連絡をお願いします。

【問い合わせ先】

〒791-0295

愛媛県東温市志津川

愛媛大学医学部附属病院 栄養部 (担当;永井祥子)

TEL 番号; (089) 960-5207

FAX 番号; (089) 960-5136

Mail ; yoshiko@m.ehime-u.ac.jp

NST シート.1

SGA of nutritional state (栄養状態の主観的包括的評価)

患者氏名： _____ (F・M) _____ 歳 評価者氏名： _____ 評価年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. **Rough Screening** ⇒ 明らかに栄養不良なしと判定した場合 2 : **Detailed Screening** 以下は不要

- 明らかに栄養不良なし
- 栄養不良の可能性あり

2. **Detailed Screening**

a) 病歴

1. 体重の変化 通常の体重 _____ kg 現在の体重 _____ kg
増加・減少 _____ kg いつから (_____)

2. 食物摂取量の変化 (通常との比較)

変化 無 有 いつから (_____)

現在食べられるもの (食べられない・水分のみ流動食・おかゆ・並食)

3. 消化器症状 無 有 嘔気 いつから (_____)

嘔吐 いつから (_____)

下痢 いつから (_____)

4. 機能的機能障害 無 有 いつから (_____)

労働： (せいぜい身の回りのこと・家事程度・肉体労働)

歩行： (1人・援助・杖・歩行器・いざり歩き)

寝たきり： いつから (_____)

排尿： (トイレ・オムツ) 排便：(トイレ・オムツ)

5. 疾患および疾患と栄養必要量の関係

基礎疾患 : _____

既往歴 : _____

内服・治療薬 : _____

熱 : _____ °C 呼吸：(整・頻) 脈：(整・頻) 代謝動態：ストレス：(無・軽・中・高)

身体状態体型 肥満・普通・るい瘦 (軽度・重度)

浮腫 無 有 部位 (_____)

褥瘡 無 有 部位 (_____)

腹水 無 有

3. **Judgment**

A : 栄養状態良好 (栄養学的に問題ありません。)

B : 軽度の栄養不良 (現在のところ NST 対象症例ではありません。但し、今後摂取カロリーの減少や感染、手術などの侵襲が加わったり、臓器障害等合併する場合には C、D への移行が考えられますので注意が必要です。)

C : 中等度の栄養不良 (NST 対象症例です。経過・病態に応じて栄養療法導入が必要です。D に移行するリスクあり要注意です。)

NST シート.2

(NST 対象症例です。直ちに栄養療法が必要で、NST によるアセスメントが必要です。)

サイン

身体状況調査表	入院日	依頼日	状態	日現在
ID	氏名	生年月日	() 性別	男・女
病名	SGA の栄養評価			
身長	cm	体重	kg	標準体重
%BMI (%標準体重)		%UBW (%通常体重)	kg	通常体重
AC (上腕周囲)	cm	TSF (上腕三頭筋部皮脂厚)	mm	kg
AMC (上腕筋囲)	cm			%
%AC (%上腕周囲)		%TSF (%上腕三頭筋皮脂厚)		
%AMC (%上腕筋囲)				

骨塩量の評価 測定日： 年 月 日

現在の症状

食欲	有	・	無
腹部膨満感	有	・	無
下痢	有	・	無
便秘	有	・	無
脱水	有	・	無
発熱	有	・	無
浮腫・腹水・胸水	有	・	無
咀嚼困難、嚥下困難	有	・	無
つかえる・むせる	有	・	無
味覚異常、口内炎	有	・	無
褥瘡	有	・	無
脱毛・皮膚乾燥	有	・	無
顔の血色	有	・	無
爪 (スプーン状・色)	有	・	無
出血	有	・	無

備考

NST シート.3

サイン _____

疾患の状態

入院日

依頼日

状態

日現在

ID

氏名

生年月日

() 性別

男・女

病名

重症度

現病歴

既往歴

疾患治療内容

栄養状態 (経過)

備考

NST シート.4

サイン _____

栄養摂取評価表
 ID 氏名 入院日 依頼日 状態 日現在
 病名 SG A の栄養評価
 身長 cm 体重 kg 標準体重 kg 通常体重 kg
 %BMI (%標準体重) % %UBW (%通常体重) %
 BEE (H-B) (基礎エネルギー消費量) kcal 活動係数 ストレス係数
 (BEE 間接カロリーメーター) kcal RQ (呼吸商) npRQ (非蛋白呼吸商)
 TEE (総エネルギー消費量) kcal
 検査値 TP g/dl、Alb g/dl、Hb g/dl、TC mg/dl 総リンパ球数

薬剤

強制栄養 (輸液) 強制栄養 (経管)

経口摂取 (補食含)

総摂取栄養量

栄養価	単位	基準量	摂取量	栄養価	単位	基準量	摂取量
エネルギー	kcal			Fe	mg	10~12	
蛋白質	g			Cu	mg	1.8	
脂質	g			Zn	mg	12	
炭水化物	g			Mg	mg	300	
ビタミンA	μgRE	600		食物繊維	mg	20	
ビタミンC	mg	100		水分	mL	1000~1500	
カリウム	mg						
ナトリウム	mg						

※基準量は、第6次改定 日本人の栄養所要量に基づく

バイタル

体温 °C 血圧 mgHg・mgHg
 尿量 ml 尿比重 便回数 回 便状態
 血糖 mg/dl その他 ()

アセスメント

NST シート.5

サイン

I D	患者氏名	入院日 生年月日	依頼日 ()	状態 性別	日現在 男・女
-----	------	-------------	------------	----------	------------

病名

薬剤投与 なし・あり
内服

注射

健康食品・OTC薬
なし・あり

副作用
なし・あり

アレルギー
なし・あり

相互作用
なし・あり

栄養摂取に関する薬剤の投与 なし・あり

検査値に関する薬剤の投与 なし・あり

備考

栄養サポートチーム専門療法士
実地修練修了認定申請書

認定責任者

愛媛大学大学院医学系研究科医学専攻

消化管・腫瘍外科学

児 島 洋 殿

私は、日本静脈経腸栄養学会認定規則に基づく「栄養サポート
チーム専門療法士」所定の実地修練を修了致しましたので、修了
認定書を申請いたします。

平成 年 月 日

申請者 施設名

住 所

氏 名

印

NSTコーディネーター
実地研修修了認定申請書

認定責任者

愛媛大学大学院医学系研究科医学専攻
地域生活習慣病・内分泌学講座

松 浦 文 三 殿

私は、日本病態栄養学会認定規則に基づく「NSTコーディネーター」所定の実地研修を修了致しましたので、修了認定書を申請いたします。

平成 年 月 日

申請者 施設名

住 所

氏 名

印

栄養サポートチーム担当者

実地研修修了認定申請書

認定責任者

愛媛大学大学院医学系研究科医学専攻

地域生活習慣病・内分泌学講座

松 浦 文 三 殿

私は、日本栄養士会認定規則に基づく「栄養サポートチーム
担当者」所定の実地研修を修了致しましたので、修了認定書
を申請いたします。

平成 年 月 日

申請者 施設名

住 所

氏 名

印

TNT-D
実地研修修了認定申請書

認定責任者

愛媛大学医学部附属病院
栄養部

利 光 久 美 子 殿

私は、日本栄養士会認定規則に基づく「TNT-D
(Total Nutritional Therapy Training for Dietitians)」
所定の実地研修を修了致しましたので、修了認定書
を申請いたします。

平成 年 月 日

申請者 施設名

住 所

氏 名

印