

日本栄養治療学会 首都圏支部 第15回支部学術集会



プログラム・抄録集

All for one

— 多職種で力を合わせて —

会期 2024年6月1日(土)

会場 KFC Hall & Rooms

〒130-0015 東京都墨田区横網1-6-1 国際ファッションセンタービル

会長 市川 大輔 山梨大学医学部 外科学講座第1教室



日本栄養治療学会首都圏支部 第15回支部学術集会の開催にあたって

日本栄養治療学会首都圏支部 第15回支部学術集会
会長 市川 大輔
山梨大学医学部 外科学講座第1教室



この度、第15回日本栄養治療学会首都圏支部学術集会の会長を拝命いたしました山梨大学外科学講座第1教室の市川大輔です。山梨県は、支部会の再編により2020年度より首都圏支部に属しておりますが、支部会の中でも最大規模の首都圏支部会を開催させていただくことは、私ども施設ならびに教室にとって大変名誉なことと感じております。また、開催に向けて多くのご支援を賜りました学会員の皆様に、この場をお借りして心より御礼申し上げます。

今回のテーマは、「All for one -多職種で力を合わせて-」とさせていただきました。近年、栄養管理の重要性の認識が更に高まり、診療報酬における様々な栄養管理関連の加算が設けられるなど、多職種によるチーム医療としての栄養管理が求められております。個々の患者様に、より良い栄養療法を提供するという目標に向かって多職種が専門的知識や知恵を結集する考え方が、技術や能力の異なる各々がVictoryに向かって力を合わせるというRugbyの精神に相通じるものがあると考えまして、今回のテーマといたしました。

会期は2024年6月1日（土）とし、会場は首都圏支部の皆様が多数参加していただけるように東京都墨田区の両国駅近くのKFC Hall & Roomsで開催させていただくことにいたしました。是非、多くの方々に現地会場にお越しいただき、日常診療で感じる疑問や各施設での新たな試み等に関して意見交換や活発な議論を行っていただきたく思っております。

実りある学術集会になるよう教室員一同準備を進めてまいります。首都圏支部会員の多くの皆様からのご発表、ご参加を心からお待ちしております。

日本栄養治療学会首都圏支部 世話人一覧

役職	氏名	都道府県	所属
支部長	千葉 正博	東京都	昭和大学薬学部
代議員	朝倉 之基	東京都	Nurse Innovation 株式会社
	飯田 純一	神奈川県	恩賜財団 済生会横浜市南部病院
	池田 尚人	東京都	昭和大学江東豊洲病院
	石井 良昌	神奈川県	座間総合病院
	市川 大輔	山梨県	山梨大学医学部
	上島 順子	東京都	NTT 東日本関東病院
	上原秀一郎	東京都	日本大学
	大石 英人	東京都	独立行政法人 国立病院機構 村山医療センター
	尾花 和子	東京都	日本赤十字社医療センター
	海道 利実	東京都	聖路加国際病院
	河口麻衣子	東京都	帝京大学医学部附属病院
	川崎 成郎	東京都	東京都予防医学協会
	川畑亜加里	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
	神田 由佳	東京都	日本赤十字看護大学大学院
	菅野 義彦	東京都	東京医科大学
	熊谷 厚志	神奈川県	北里大学医学部
	熊谷 直子	神奈川県	横浜市立大学附属市民総合医療センター
	斉田 芳久	東京都	東邦大学医療センター大橋病院
	斎藤 恵子	東京都	東京医科歯科大学病院
	斎野 容子	東京都	公益財団法人がん研究会有明病院
	佐川まさの	東京都	東京女子医科大学附属足立医療センター
	佐藤 千秋	東京都	昭和大学江東豊洲病院
	清水 孝宏	東京都	ヴェクソンインターナショナル株式会社
	杉山 彰英	神奈川県	昭和大学横浜市北部病院
	鈴木 規雄	神奈川県	聖マリアンナ医科大学
	関本 司	東京都	医療法人社団碧水会 長谷川病院
	瀬戸 泰之	東京都	国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院
	添野 民江	東京都	Five Star 訪問看護・栄養管理 Station
	高増 哲也	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	田中 紀子	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	田中 弥生	神奈川県	関東学院大学
	谷口 英喜	神奈川県	横浜市済生会東部病院
	田部井 功	東京都	東京慈恵会医科大学附属第三病院
	樋島 学	神奈川県	医療法人社団和光会総合川崎臨港病院
	内藤 剛	神奈川県	北里大学医学部

役職	氏名	都道府県	所属
代議員	中瀬 一	山梨県	北杜市立甲陽病院
	長浜 雄志	東京都	国家公務員共済組合連合会 九段坂病院
	畑尾 史彦	東京都	地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター
	比企 直樹	神奈川県	北里大学
	深柄 和彦	東京都	東京大学医学部附属病院
	福山 直人	東京都	東京農業大学
	藤谷 竜磨	東京都	東京都保健医療公社 大久保病院
	古田 雅	東京都	東邦大学医療センター大森病院
	古屋 純一	東京都	昭和大学歯学部
	牧 宏樹	山梨県	甲府市地域（救急）医療センター
	松井 亮太	東京都	がん研究会 有明病院
	松尾浩一郎	東京都	東京医科歯科大学
	光永 幸代	神奈川県	横浜市立大学大学院医学研究科
	望月 弘彦	神奈川県	相模女子大学
	森 みさ子	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
	若林 秀隆	東京都	東京女子医科大学病院
	鷺澤 尚宏	東京都	東邦大学医療センター大森病院
学術評議員	青山 徹	神奈川県	横浜市立大学
	秋山 滋男	東京都	東京薬科大学
	秋山 紘槻	神奈川県	神奈川県立がんセンター
	浅川 浩樹	山梨県	北杜市立甲陽病院
	浅川 弘美	山梨県	北杜市立甲陽病院
	芦川 美希	東京都	帝京大学医学部附属病院
	有本 正子	東京都	東京医科歯科大学病院
	石川 史明	東京都	日本赤十字社医療センター
	石川 容子	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	石田 順朗	東京都	田園調布中央病院
	磯部 宏子	神奈川県	神奈川県立循環器呼吸器病センター
	市六 輝美	神奈川県	神奈川県立精神医療センター
	稲葉 毅	東京都	東都文京病院
	牛込 恵子	東京都	東京家政大学
	大久保正彦	東京都	永寿会恩方病院
	大塚有希子	東京都	東京女子医科大学病院
	大司 俊郎	東京都	日産厚生会玉川病院
	奥山 裕子	東京都	東邦大学医療センター大橋病院
	長田 俊一	神奈川県	大船中央病院

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	甲斐 維子	神奈川県	神奈川県立がんセンター
	笥 慎吾	東京都	東京女子医科大学病院
	風間 義弘	東京都	日本赤十字社医療センター
	片岡 祐一	神奈川県	北里大学
	金杉 恵里	東京都	東急株式会社 東急病院
	金子真由美	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
	神村 絵美	東京都	国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院
	菅野 丈夫	神奈川県	神奈川工科大学
	菅野 仁士	東京都	日本医科大学
	菊池奈穂子	神奈川県	北里大学病院
	北河 徳彦	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	草間 大生	東京都	東京医療保健大学
	工藤 雄洋	神奈川県	済生会横浜市東部病院
	工藤 美香	東京都	駒沢女子大学
	久保田啓介	東京都	JCHO 東京山手メディカルセンター
	高坂 聡	東京都	東京医科大学八王子医療センター
	小島 淳一	神奈川県	ふれあい鎌倉ホスピタル
	齋木 一郎	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	齊田 真理	神奈川県	済生会横浜市東部病院
	齊藤 大蔵	神奈川県	社会医療法人メディカルアライアンス海老名総合病院
	酒井 正博	東京都	慈誠会・練馬高野台病院
	櫻谷美貴子	神奈川県	北里大学医学部
	佐藤三奈子	神奈川県	医療法人三星会 かわさき記念病院
	佐藤 美和	山梨県	国民健康保険 富士吉田市立病院
	佐藤 由美	神奈川県	北里大学病院
	静間 徹	神奈川県	東海大学
	篠 聡子	東京都	東京女子医科大学病院
	柴崎 美紀	東京都	杏林大学保健学部看護学科
	清水 哲平	東京都	北原リハビリテーション病院
	清水 行栄	東京都	東京医科歯科大学病院
	白鳥 千穂	神奈川県	横須賀市立市民病院
	陣場 貴之	東京都	武蔵野赤十字病院
	杉野 万紀	神奈川県	医療法人社団 MCC 藤本内科クリニック
	鈴木 敦	東京都	東邦大学医療センター大森病院
	鈴木 慶介	東京都	台東区立台東病院・老人保健施設千束
	関根 里恵	東京都	東京大学医学部附属病院

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	関谷 秀樹	東京都	東邦大学医療センター大森病院
	高井 宏幸	神奈川県	湘南厚木病院
	高橋理美子	神奈川県	横浜市立大学附属市民総合医療センター
	滝口 光一	山梨県	山梨大学医学部附属病院
	田辺 義明	神奈川県	新百合ヶ丘総合病院
	種村 陽子	東京都	東京慈恵会医科大学附属病院
	千野 賢一	神奈川県	小田原循環器病院
	辻 智大	神奈川県	神奈川県立がんセンター
	寺島 秀夫	東京都	CUC Inc.
	天神 尊範	神奈川県	篠原湘南クリニック クローバーホスピタル
	富田真佐子	神奈川県	昭和大学
	豊住ひと美	東京都	明理会東京大和病院
	長田 拓哉	東京都	東邦大学医療センター大橋病院
	中西 将	東京都	東邦大学医療センター大森病院
	長沼 広和	東京都	東邦大学医療センター大橋病院
	中村 篤志	神奈川県	日本鋼管病院
	中村 謙介	神奈川県	横浜市立大学
	中村 早織	神奈川県	
	中村芽以子	東京都	東邦大学医療センター大森病院
	新原 正大	神奈川県	北里大学医学部
	西原 佑一	東京都	佐々総合病院
	馬場 裕之	東京都	世田谷北部病院
	原 純也	東京都	武蔵野赤十字病院
	秀村 晃生	神奈川県	関東労災病院
	平澤 数馬	東京都	東邦大学医療センター大森病院
	深沢佐恵子	神奈川県	北里大学病院
	深津 章子	東京都	大妻女子大学
	福土 朝子	東京都	東京慈恵会医科大学葛飾医療センター
	福重亜紀子	神奈川県	神奈川県立循環器呼吸器病センター
	藤井 真	神奈川県	一般財団法人同友会藤沢湘南台病院
	古屋 信二	山梨県	山梨大学
	堀込かずみ	山梨県	北杜市立甲陽病院
	間崎 武郎	東京都	同愛会病院
	町頭 成郎	東京都	聖路加国際病院
	松尾 宏美		
	松崎 貴志	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	松嶋 真哉	東京都	杏林大学
	松永裕美子	神奈川県	相模女子大学
	松原 康美	神奈川県	北里大学
	水野 英彰	東京都	悦伝会目白第二病院
	三松 謙司	神奈川県	JCHO 横浜中央病院
	宮澤 靖	東京都	東京医科大学病院
	村越 智	神奈川県	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部
	最上谷拓磨	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
	八木 仁史	神奈川県	関東労災病院
	山田 桐絵		
	横山 恭子	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	吉沢 和也	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
	吉田 稔	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
	吉見 猛	東京都	日本赤十字社医療センター
	吉年 俊文	東京都	The Hospital for Sick Children
	脇山 茂樹	東京都	町田市民病院
	渡辺 稔彦	神奈川県	東海大学医学部

(2024 年 4 月 1 日 現在)

参加者へのご案内

■学会会場

KFC Hall & Rooms

〒130-0015 東京都墨田区横網 1-6-1 国際ファッションセンタービル

TEL. 03-5610-5801

■参加登録

本会ホームページ「参加登録」内の最下部「参加登録はこちらから」よりお申込みください。

https://cs-oto3.com/jspen_metro2024/registration.html

【参加登録費】

	事前参加登録 (5/31 (金) 正午まで)	当日参加登録 (6/30 (日) 23:59 まで)
会員	3,000 円	4,000 円
非会員	4,000 円	5,000 円
学生	1,000 円	1,500 円

■参加受付

マイページにて「受講票」をダウンロードの上、受付までお持ちください。

ネームカードおよびストラップをお渡しさせていただきます。

受付時間：2024 年 6 月 1 日（土）8:30～16:00

■ランチョンセミナー

12:10～13:10 ランチョンセミナーにて、参加者用のお弁当をご用意いたします。

【事前に「学会マイページ」よりお弁当をご希望された方】

参加受付にて『ランチョンセミナー整理券』をお渡しさせていただきます。ご自身の聴講するセッションをご確認の上、受付にお越しください。

なお、会場整理の都合上、プログラム開始 5 分後まで有効いたします。

【当日にお弁当をご希望される方】

参加受付にて、聴講を希望するセッションをお伺いの上、『ランチョンセミナー整理券』をお渡しさせていただきます。

なお当日分のお弁当には限りがございます。**先着順**となりますので、売り切れ次第終了となります。予めご了承ください。

なお、会場整理の都合上、プログラム開始 5 分後まで有効いたします。

■プログラム・抄録集PDF

学術集会ホームページに掲載いたします。首都圏支部会員ならびに参加登録された方に限り、プログラム・抄録集のPDFデータを、本会ホームページ「プログラム・日程表」内の「プログラム・抄録集」よりダウンロードしていただけます。ダウンロードには、ID／パスワードが必要になります。登録後にメールでご案内しておりますID／パスワードを入力してください。

■プログラム・抄録集紙媒体

学術集会当日、参加受付にて有料販売（1部500円）いたします。販売部数が限られておりますので、売り切れの際はご了承ください。

■企業展示

日時：2024年6月1日（土）10:00～16:30

場所：2F KFC Hall 2nd／3F KFC Hall ホワイエ

■注意事項

会場での録音・録画・写真撮影・ビデオ撮影は固くお断りいたします。また、会場内では、携帯電話等はマナーモードにするか、電源をお切りください。

撮影は著作権の侵害となる可能性がございます。厳にお慎みください。

■支部学術集会参加による JSPEN 個人資格認定単位取得について

【現地参加の方】

会員（非会員）マイページより受講票をダウンロード・プリントアウトしてください。そこに記載の QR コードが受付で必要となります。

受講履歴につきましては参加登録を申込された時点でご自身のマイページに反映しております。

【オンデマンド配信視聴の方】

会員（非会員）マイページより受講票をダウンロードしてください。

※オンデマンド終了と同時に受講票もダウンロードできなくなりますので、ご注意ください。

マイページより視聴が可能です。（コンテンツ著作権関係から一部配信ができないものがございますことをご了承ください）

【単位について】

NST 専門療法士 新規・更新申請：5 単位

栄養治療専門療法士 新規・更新申請：5 単位

※新規受験及び更新申請を行う際に、支部学術集会の単位は自動付与されませんので、ダウンロードした受講票を下記添付書類の欄にアップロードして下さい。ご不明な場合には、JSPEN ウェブサイトのチャットボットにてご質問ください。

■オンデマンド配信について

配信期間：6 月 10 日（月）0:00～7 月 16 日（火）23:59

配信講演：ランチョンセミナー1～2、特別講演を除くセッション（予定）

■次期開催のご案内

日本栄養治療学会首都圏支部 第 16 回支部学術集会

会長：石井 良昌（座間総合病院 歯科口腔外科医長 / 日本歯科大学生命歯学部 客員教授）

会期：2025 年 5 月 17 日（土）

会場：ワークピア横浜（〒231-0023 神奈川県横浜市中区山下町 24-1）

■お問い合わせ

大会事務局：山梨大学医学部 外科学講座第 1 教室

〒409-3898 山梨県中央市下河東 1110

TEL/FAX: 055-273-7390

運営事務局：株式会社 オフィス・テイクワン

〒461-0005 名古屋市東区東桜一丁目 10 番 9 号 栄プラザビル 4 階 B 号室

TEL：052-508-8510 FAX：052-508-8540 E-mail：jспен_metro@cs-oto.com

座長・演者へのご案内

■発表時における利益相反（COI）の開示

申告すべき利益相反（COI）がない場合、ある場合どちらの場合も申告が必要です。発表スライド2枚目に利益相反（COI）自己申告に関するスライドを加えてください。利益相反に関する詳細については、学会ホームページよりご確認ください。スライドフォーマットもこちらからダウンロードできます。

<https://www.jspen.or.jp/society/coi/>

■発表時間

	発表	質疑応答
特別講演・教育講演	個別にご案内させていただきます	
看護師・管理栄養士・薬剤師セッション		
LLL、ESPEN への誘い	7 分	無し
スイーツセミナー	30 分	
一般演題	7 分	3 分

時間厳守での進行にご協力をお願いいたします。

■□演発表

1) PC 受付

日 時：2024 年 6 月 1 日（土）8:30～16:00

場 所：2F KFC Hall 2nd

ご発表 30 分前までに PC 受付にお立ち寄りいただき、データ登録ならびに外部出力の確認をお済ませください。

2) メディアをご持参される方

- ・ご発表は PC 発表（PowerPoint / Keynote）のみとなります。タブレット端末及びスマートフォンでの発表はできません。プロジェクターは一面投影です。
- ・会場にご用意する PC は Windows10 です。Windows 版 Power Point 2021 に対応いたします。
- ・スライドサイズはワイド画面（16:9）を推奨いたします。（標準 4:3 でも投影は可能ですが、画角が小さくなります。）
- ・作成に使用された PC 以外でも必ず動作確認を行っていただき、USB メモリーをご持参ください。
- ・フォントは文字化け、レイアウト崩れを防ぐために OS 標準フォントを推奨いたします。
- ・発表演題のファイル名は「演題番号 演者名.pptx」としてください。
- ・発表データは学会終了後、大会事務局で責任を持って消去いたします。

3) PC 本体をお持ち込みになる方

- ・Mac でデータ作成した場合や動画・音声データを含む場合は、ご自身の PC をお持込みください。
- ・会場にご用意するプロジェクター接続のコネクタ形状は D-sub15 ピン（ミニ）、または HDMI 端子です。上記以外の出力端子の場合は、ご自身で変換アダプターをご用意ください。

- ・動画については、Windows Media Player で再生可能な形式（.wmv、.mp4 推奨）にしてください。それ以外の形式の場合には、会場の PC では再生できませんので、必ずご自身の PC をご持参ください。動画ファイルを本体の液晶画面に動画が表示されても、PC の外部出力に接続した画面には表示されない場合があります。実際にお持ちいただく PC の外部出力をモニターまたはプロジェクターに接続してご確認ください。
- ・バッテリー切れになることがございますので、電源アダプターを必ずご用意ください。
- ・再起動をすることがありますので、パスワード入力は“不要”に設定してください。
- ・スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。

4) ご発表時のお願い

- ・次演者はセッション開始の 15 分前までに各会場内の次演者席にご着席ください。
- ・発表終了 1 分前に黄色ランプ、終了・超過時には赤色ランプを点灯してお知らせします。円滑な進行のため、時間厳守でお願いします。
- ・演台上には、モニター、キーボード、マウスをご用意いたします。
ご登壇いただくと最初のスライドが表示されますので、その後の操作は各自で行ってください。

■座長の皆様へ

ご担当セッションの開始 15 分前までに、会場前方の次座長席にご着席ください。その際に、進行係にお声がけくださいますようお願いいたします。

日程表

	第1会場	第2会場	展示会場	役員会
	3F KFC Hall	3F KFC Hall ANNEX	2F KFC Hall 2nd・ 3F KFC Hall ホワイエ	10F ROOM10A
9:00	8:50-9:00 開会挨拶 市川 大輔(日本栄養治療学会首都圏支部 第15回支部学術集会 会長)			
9:00-9:50	一般演題1 O-1-1～O-1-5 座長:白石 謙介/堀込 かずみ	9:00-9:45 看護師セッション CKD患者に対する運動と栄養治療と看護 座長:浅川 弘美/森 みさ子 演者:町田 慎治/山本 愛/神田 由佳		
10:00	9:55-10:45 一般演題2 O-2-1～O-2-5 座長:荒川 元喜/岡本 篤司	9:55-10:40 管理栄養士セッション 周術期・集中治療栄養管理実践における工夫とその成果 座長:安達 友紀/斎藤 恵子 演者:森口 武史/種村 陽子/有本 正子		
11:00	10:55-11:55 教育講演 栄養治療における リハビリテーションの重要性 座長:中瀬 一 演者:若林 秀隆/松嶋 真哉	10:55-11:55 一般演題3 O-3-1～O-3-6 座長:菅又 渉/寺田 芳弘		
12:00				
13:00	12:10-13:10 ランチョンセミナー1 周術期における栄養介入の重要性 座長:比企 直樹 演者:丸山 傑/鍋谷 圭宏 共催:株式会社大塚製薬工場	12:10-13:10 ランチョンセミナー2 GLIM基準について 座長:市川 大輔 演者:古屋 信二/福島 亮治 共催:ミヤリサン製薬株式会社	9:30-16:30 企業展示	
14:00	13:20-14:20 一般演題4 O-4-1～O-4-6 座長:中田 祐紀/山本 悦子	13:20-14:10 薬剤師セッション 実臨床における栄養療法における最新のトピック 座長:浅川 浩樹/飯田 純一 演者:飯田 純一/永瀬 怜司 鈴木 慶介/井上 俊		13:20-14:20 首都圏支部会報告 首都圏支部会役員会 (評議員会)
15:00	14:30-15:30 スイーツセミナー 異分野からの 栄養治療への新たな視点—All for one 座長:千葉 正博 演者:乙黒 美彩/荒井 恒憲 協賛:株式会社 シャトレーゼ	14:15-14:55 一般演題5 O-5-1～O-5-4 座長:一瀬 明信/庄田 勝俊		14:30-15:30 東京 NST専門療法士 連絡会
16:00	15:40-16:40 特別講演 味覚メディアの拓く世界 座長:市川 大輔 演者:宮下 芳明	15:00-15:40 LLL、ESPENへの誘い 座長:古屋 信二/牧 宏樹 演者:牧 香代子/村越 理恵 松井 亮太/大菊 正人		15:40-16:40 神奈川 NST専門療法士 連絡会
17:00	16:40-16:50 優秀演題賞表彰			
	16:50-16:55 次回会長ご挨拶	16:55-17:00 閉会挨拶	初學者向け勉強会 時間: 10:30-11:30/会場: 11F ROOM114	

交通案内



地下鉄(都営大江戸線)

「A1」出口より徒歩0分

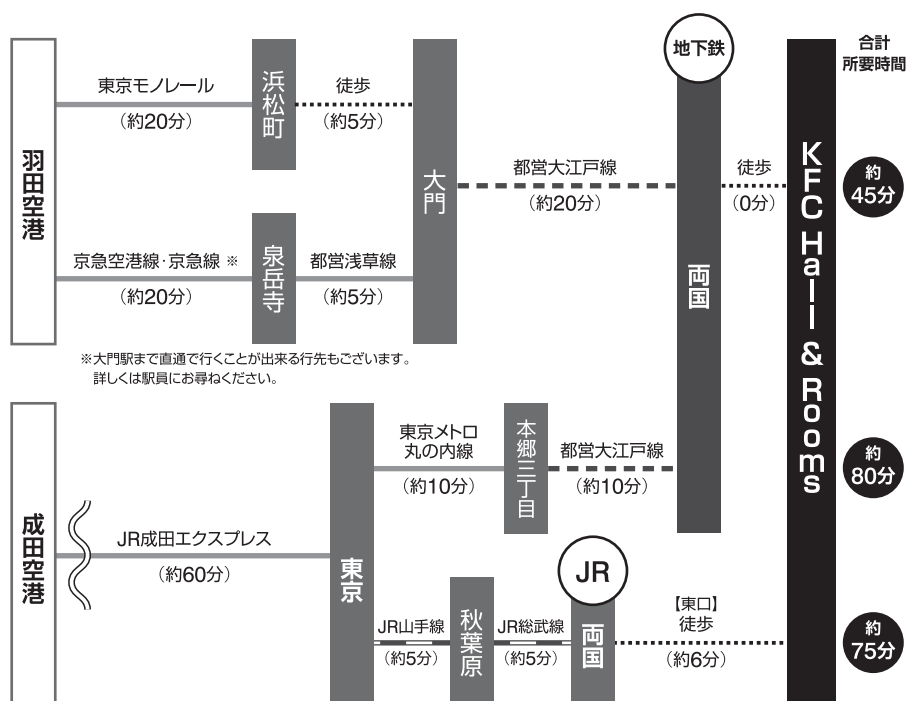
JR(中央・総武線)

▶「東口」より徒歩約6分

東口改札より線路沿いを千葉方面へ向かい、突き当たり大通りを左折しガードをくぐり、約200m先左手25階建てビル

▶「西口」より徒歩約7分

西口改札より両国国技館と江戸東京博物館の間の歩行者用通路に沿って、車止めのある十字路を右折。両国中学校と江戸東京博物館の間のレンガ道を進み大通りを左折し、約50m先左手25階建てビル



羽田空港からのご利用

▶東京モノレールでお越しの方

1. 東京モノレールで「浜松町駅」へ
2. 「浜松町駅」から徒歩で「大門駅」まで(約5分)
3. 「大門駅」から都営大江戸線で「両国駅」まで

▶京急空港線でお越しの方

1. 京急空港線、京急線で「泉岳寺駅」へ
2. 「泉岳寺駅」から都営浅草線で「大門駅」まで
※大門駅まで直通で行くことが出来る行先も
ございます。詳しくは駅員にお尋ねください。
3. 「大門駅」から都営大江戸線で「両国駅」まで

成田空港からのご利用

成田エクスプレスで「東京駅」へ
※東京駅からのご案内は下記をご参照ください

東京駅からのご利用

▶都営大江戸線乗り換え

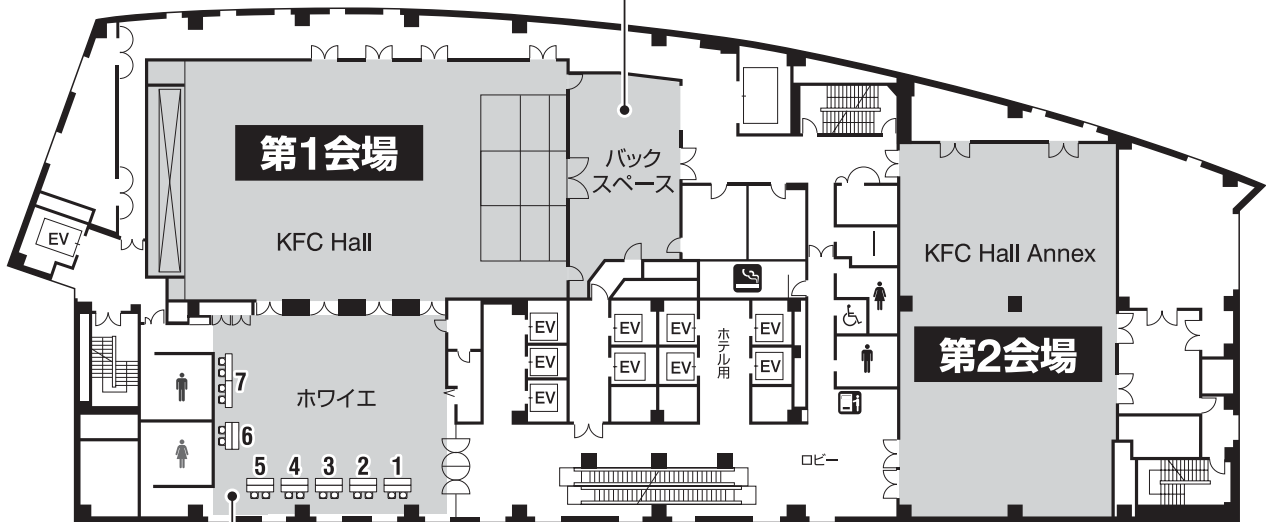
1. 東京メトロ丸の内線で「東京駅」から「本郷三丁目駅」へ
2. 地上にて都営大江戸線に乗り換えて「両国駅」へ

▶JR総武線乗り換え

1. JR山手線で「東京駅」から「秋葉原駅」へ
2. JR総武線に乗り換えて「両国駅」へ

会場案内

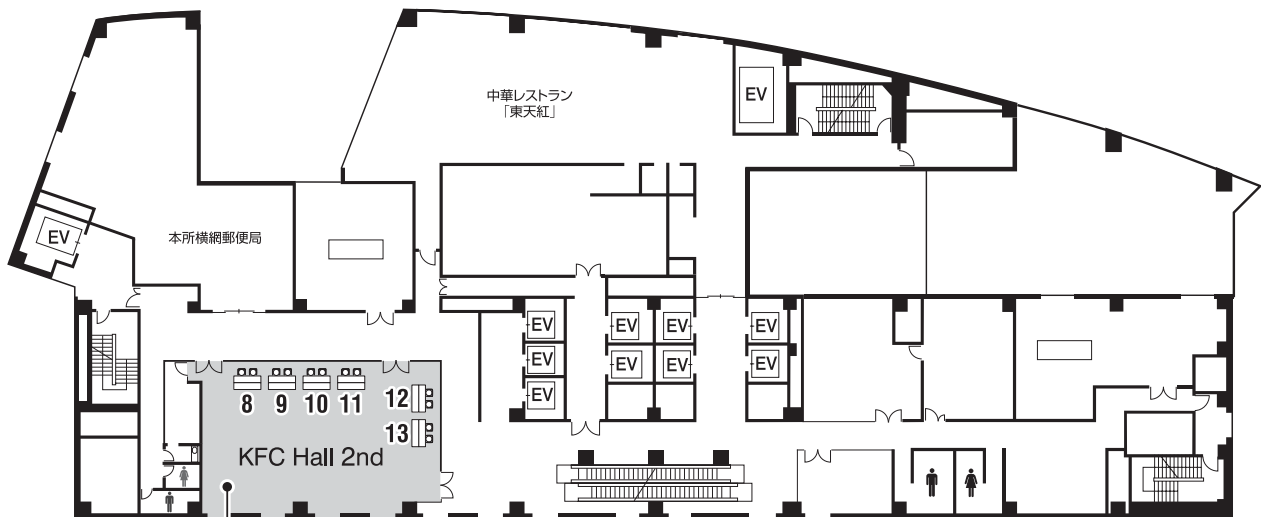
学会本部



企業展示 総合受付

小間番号	展示企業名
1	株式会社大塚製薬工場
2	テルモ株式会社
3	株式会社インボディ・ジャパン
4	ネスレ日本株式会社ネスレヘルスサイエンスカンパニー
5	株式会社 明治
6	アボットジャパン合同会社
7	株式会社 シャトレーゼ

3F



企業展示 PC受付 休憩コーナー

小間番号	展示企業名
8	尾西食品株式会社
9	東京ヤクルト販売株式会社
10	大和電設工業株式会社
11	株式会社 長谷川綿行
12	ニュートリー株式会社
13	キッセイ薬品工業株式会社

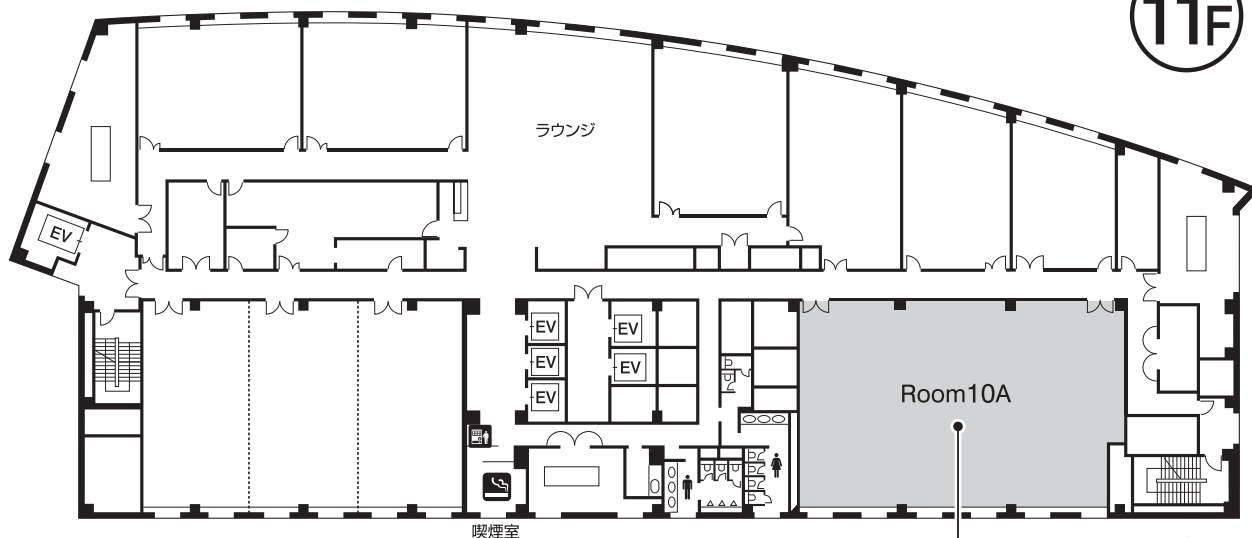
2F

KFC Hall & Rooms

第1会場	3F KFC Hall	学会本部	3F バックスペース
第2会場	3F KFC Hall Annex	役員会	10F Room10A
企業展示	3F KFC Hall ホワイエ 2F KFC Hall 2nd	・首都圏支部会報告 首都圏支部会役員会(評議員会) 13:20~14:20	
総合受付	3F KFC Hall ホワイエ	・東京NST専門療法士連絡会 14:30~15:30 ・神奈川NST専門療法士連絡会 15:40~16:40	
PC受付	2F KFC Hall 2nd	初学者向け勉強会 10:30~11:30	11F Room114
休憩コーナー	2F KFC Hall 2nd		



11F



10F

役員会

首都圏支部会報告
首都圏支部会役員会(評議員会)
13:20~14:20

東京
NST専門療法士連絡会
14:30~15:30

神奈川
NST専門療法士連絡会
15:40~16:40

プログラム

第 1 会場

開会挨拶

6月1日(土) 8:50 ~ 9:00

市川 大輔

日本栄養治療学会首都圏支部 第15回支部学術集会 会長

一般演題 1

6月1日(土) 9:00 ~ 9:50

座長：白石 謙介（山梨大学医学部外科学講座第1教室）

堀込かずみ（北杜市立甲陽病院 栄養科）

○-1-1 急性期病院における認知症高齢者の栄養障害の実態とその関連因子の探索

遠藤真奈美（北里大学病院 栄養部）

○-1-2 ハロペリドール静脈内投与によって食事摂取量が減少した認知症高齢者の一例

関口 香織（立川相互病院 栄養科）

○-1-3 SGLT2 阻害剤開始後数日でDKAを発症し糖質制限が判明した2型糖尿病の一例

大山 知代（高松赤十字病院 内分泌代謝内科）

○-1-4 食事療法と降圧療法の併用療法の腎保護効果が得られた2型糖尿病患者の一例

山崎 修（帝京大学医学部 内科学講座）

○-1-5 イワシ缶詰の総脂質およびエイコサペンタエン酸（EPA）、ドコサヘキサエン酸（DHA）含有量に関する考察

古屋 宏章（昭和大学附属烏山病院 薬局）

一般演題 2

6月1日(土) 9:55 ~ 10:45

座長：荒川 元喜（山梨大学医学部附属病院 栄養管理部）

岡本 篤司（山梨県立中央病院 栄養管理科）

○-2-1 当院における嚥下リハビリテーション栄養チームの紹介

笥 慎吾（東京女子医科大学病院 リハビリテーション部）

○-2-2 脊椎手術者に対するリハビリテーション栄養介入の経験ー超音波画像診断装置を用いた筋評価の実践ー

小山田千尋（JCHO 東京新宿メディカルセンター リハビリテーション室）

○-2-3 リハ栄養のケアプロセスを用いてリハビリを実施しながら体重を維持した一例

大塚有希子（東京女子医科大学病院 看護部）

○-2-4 NST 介入患者における低亜鉛血症の実態調査

佐伯 玲奈（昭和大学江東豊洲病院 栄養科）

○-2-5 COVID-19 ワクチン接種の効果は入院時血清亜鉛値に左右されるか

中瀬 一（北杜市立甲陽病院 外科）

栄養治療におけるリハビリテーションの重要性**リハビリテーションと栄養**

若林 秀隆（東京女子医科大学病院 リハビリテーション科）

他職種でも出来る運動療法やリハビリテーション**～KT バランスチャートを用いた多職種支援～**

松嶋 真哉（杏林大学 保健学部 リハビリテーション学科 理学療法学専攻）

ランチョンセミナー 1

6月1日(土) 12:10～13:10

座長：比企 直樹（北里大学医学部上部消化管外科学、日本栄養治療学会（JSPEN） 理事長）

周術期における栄養介入の重要性**LS1-1 上部消化管手術後における栄養介入**

丸山 傑（山梨大学医学部外科学講座第1教室）

LS1-2 周術期の栄養治療の意義を考える

鍋谷 圭宏（千葉県がんセンター 食道・胃腸外科、日本栄養治療学会（JSPEN） 副理事長）

共催：株式会社大塚製薬工場

一般演題 4

6月1日(土) 13:20～14:20

座長：中田 祐紀（山梨大学医学部外科学講座第1教室）

山本 悦子（北杜市立甲陽病院 看護部）

O-4-1 心臓血管外科術後の超早期経腸栄養と免疫学的後遺症との関連：Propensity-score matched study

吉田 稔（聖マリアンナ医科大学 救急医学）

O-4-2 大腸がん術後患者における経口摂取開始時期と骨格筋量の変化

和久井美穂（筑波記念病院 栄養管理課）

O-4-3 気管切開後、カフ付きカニューレの状態で経口摂取開始を検討した一例

伊藤明日香（東京医科大学病院 栄養管理科）

O-4-4 周術期の静脈栄養管理 透析患者の術後のタンパク質投与量を調整した症例

伊東 佑樹（IMS グループ医療法人 三愛会 三愛会総合病院 薬剤部）

O-4-5 3次救急受診患者における血清セレンの測定および補充の実態調査

金尾 里菜（昭和大学 薬学部）

O-4-6 実践報告**A 病棟看護師に対する栄養 10minutes lecture - 臨床推論を支えるために -**

森 みさ子（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護部）

スイーツセミナー

6月1日(土) 14:30～15:30

座長：千葉 正博(昭和大学 薬学部 臨床薬学講座 臨床栄養代謝学部門)

異分野からの栄養治療への新たな視点ー All for one

日本ワインをおいしく安全に～ご存知ですか？マロラクティック発酵～

乙黒 美彩(山梨大学 ワイン科学研究センター)

異分野からの栄養治療への新たな視点ー All for one；光って位置が認識できる CV
ポートは簡単に実現できる。

荒井 恒憲(慶應義塾大学理工学部 名誉教授)

協賛：株式会社 シャトレーゼ

特別講演

6月1日(土) 15:40～16:40

座長：市川 大輔(山梨大学医学部外科学講座第1教室)

味覚メディアの拓く世界

宮下 芳明(明治大学)

優秀演題賞表彰

6月1日(土) 16:40～16:50

千葉 正博

昭和大学 薬学部 臨床薬学講座 臨床栄養代謝学部門

次回会長ご挨拶

6月1日(土) 16:50～16:55

石井 良昌

座間総合病院 歯科口腔外科医長 / 日本歯科大学生命歯学部 客員教授

閉会挨拶

6月1日(土) 16:55～17:00

市川 大輔

日本栄養治療学会首都圏支部 第15回支部学術集会 会長

第 2 会場

看護師セッション

6月1日(土) 9:00～9:45

座長：浅川 弘美（北杜市立甲陽病院 看護部）

森 みさ子（聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院）

CKD 患者に対する運動と栄養治療と看護

デザイン思考で考える CKD 栄養療法

町田 慎治（聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 腎臓・高血圧内科）

CKD 患者の栄養と活動を支えるために 一患者の選択を支える看護とは一

山本 愛（聖路加国際病院 腎センター）

CKD 患者に対する運動と栄養治療と看護！本音で語ろう！

神田 由佳（LIC 訪問看護リハビリステーション）

管理栄養士セッション

6月1日(土) 9:55～10:40

座長：安達 友紀（山梨大学医学部附属病院 栄養管理部）

斎藤 恵子（東京医科歯科大学病院 臨床栄養部）

周術期・集中治療栄養管理実践における工夫とその成果

重症患者に対する栄養管理戦略

森口 武史（山梨大学医学部 救急集中治療医学講座）

手術ケアセンターでの管理栄養士の取り組み

種村 陽子（東京慈恵会医科大学附属病院 栄養部）

頭頸部癌における周術期栄養管理

有本 正子（東京医科歯科大学病院 臨床栄養部）

一般演題 3

6月1日(土) 10:55～11:55

座長：菅又 渉（JCHO 山梨病院 循環器内科）

寺田 芳弘（山梨大学医学部附属病院 薬剤部）

〇-3-1 「臨床現場の問題解決グループ」グループミーティング報告～ JSPEN-U45 club ～

市川 佳孝（群馬大学医学部附属病院 看護部）

〇-3-2 在宅歯科医療連携室の活動報告 ～訪問歯科衛生士の役割について考える～

東澤 雪子（藤沢市歯科医師会 在宅歯科医療連携室）

〇-3-3 ワルファリン投与中患者へのビタミン K 含有高カロリー輸液の影響

大庭 菜月（昭和大学 薬学部）

〇-3-4 ACP(Advance Care Planning) の確認がとれず人工栄養に関して苦慮した 1 例

山本 悦子（北杜市立甲陽病院 看護部）

○-3-5 女性外科病棟における病棟常駐管理栄養士の役割

藤原 舞（東京大学医学部附属病院 病態栄養治療センター）

○-3-6 当院緩和ケア病棟にて栄養指導を行った症例

岡本 篤司（山梨県立中央病院 栄養管理科）

ランチョンセミナー 2

6月1日（土）12:10～13:10

座長：市川 大輔（山梨大学医学部外科学講座第1教室）

GLIM 基準について

LS2-1 栄養評価の変遷と臨床への影響

古屋 信二（山梨大学医学部外科学講座第1教室）

LS2-2 グローバルな低栄養の診断基準——GLIM 基準の概要

福島 亮治（帝京平成大学）

共催：ミヤリサン製薬株式会社

薬剤師セッション

6月1日（土）13:20～14:10

座長：浅川 浩樹（北杜市立甲陽病院 薬剤科）

飯田 純一（済生会横浜市南部病院 入退院支援センター）

褥瘡対策における薬学的管理および栄養管理に関する視点と地域医療連携

飯田 純一（済生会横浜市南部病院 入退院支援センター）

急性期病院の癌治療における栄養療法と多職種連携

永瀬 怜司（済生会横浜市東部病院 薬剤部）

慢性期を担当する薬剤師としておさえおきたい 栄養療法における介入ポイント

鈴木 慶介（台東区立台東病院・老人保健施設千束 薬剤室）

在宅認知症高齢者への栄養介入の困難事例

井上 俊（おれんじ薬局）

一般演題 5

6月1日（土）14:15～14:55

座長：一瀬 明信（峡南医療センター企業団 富士川病院）

庄田 勝俊（山梨大学医学部外科学講座第1教室）

○-5-1 卵巣癌術後に低栄養と嚥下障害を認めた患者に対し複数のチーム介入が奏功した一例

高橋理美子（横浜市立大学附属市民総合医療センター リハビリテーション部）

○-5-2 Refeedinng 症候群の1例

小泉 恵子（北杜市立甲陽病院）

○-5-3 夜間腸痙による経管栄養法を行い、体重やADLの改善ができた1例

工藤 志帆（蓮田一心会病院 栄養科）

○-5-4 院内褥瘡発生患者の転帰からみた栄養摂取量と栄養介入の検討

田中 美有（山梨県立中央病院 栄養管理科）

LLL、ESPEN への誘い

6月1日（土）15:00～15:40

座長：古屋 信二（山梨大学医学部外科学講座第1教室）

牧 宏樹（東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻 臨床疫学・経済学）

その学び 誰のもの？

牧 香代子（医療法人秀麗会山尾病院 看護介護部）

LLL 入門 これから学習を始める方のために

村越 理恵（浜松赤十字病院 総合内科）

LLL diploma は外科医の人生を変える～LLL から学ぶ臨床と教育と研究の関わり方～

松井 亮太（がん研究会有明病院 胃外科）

LLL だけじゃない！ - ESPEN への誘い -

大菊 正人（浜松医療センター 消化器外科）

Room114

初学者向け勉強会

6月1日(土) 10:30～11:30

司会進行：森 みさ子（聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院）

超初学者向けの栄養勉強会

川畑亜加里（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 救命救急センター 副師長 重症
集中ケア認定看護師）

指 定 演 題
抄 録

味覚メディアの拓く世界

宮下 芳明

明治大学



筆者はこれまで、音や映像の録音・再生技術に続く「味覚メディア」の構想とロードマップを示し、その実現に向けた研究を重ねてきた。味覚ディスプレイや味覚プリンタで味センサで計測した味を再現したり、個人の嗜好に合わせてパーソナライズすることに成功している。食品の経時的な味の変化をモデル化し、任意の時間への味の進行・逆行も可能にした。最近では生成 AI による推定技術も導入した。また、電気味覚を応用して減塩食を濃い塩味に感じさせるデバイス「エレキソルト」をキリンと開発し、発売される。本講演ではこうした事例を紹介しながら、味覚メディアの拓く未来についても述べる。

経歴

イタリア国フィレンツェ生まれ。2001年千葉大学画像工学科卒業。2003年富山大学大学院教育学研究科修士課程修了(音楽教育)、2006年北陸先端科学技術大学院大学にて博士号(知識科学)を取得、優秀修了者賞受賞。

2007年 明治大学に着任、2014年より明治大学総合数理学部先端メディアサイエンス学科教授。総務省「異能vation」採択、「味わうテレビ TTTV (Taste the TV)」を開発。第24回文化庁メディア芸術祭で「味覚メディアの夜明け」審査委員会推薦作品選出。

2019年、キリンホールディングスと共同研究を行い、電気の力で減塩食の塩味を増強する食器「エレキソルト」を開発。2024年、内閣府 日本オープンイノベーション大賞 日本学術会議会長賞受賞。2024年夏発売予定。

2022年、サムスン日本研究所 大阪研究所と共同研究「未来型調味家電プロトタイプの開発」を実施。同年、三井物産株式会社と共同研究「産地の異なるカカオの味の違いを定量化し純物質で再現する手法」を実施、コートジボワール産のカカオに味を噴霧して高級ペルー産カカオのドリンクを再現することに成功。

2023年、イグ・ノーベル賞(栄養学)受賞。

同年、NTTドコモ、H2Lと味覚共有技術「フィールテック」を共同開発し、綾瀬はるか主演CMで話題となっている。

リハビリテーションと栄養

若林 秀隆

東京女子医科大学病院 リハビリテーション科



リハビリテーションと栄養は、それぞれ機能、活動、参加といった生活機能を高めるために重要である。しかし、低栄養、サルコペニア、フレイルの場合には、リハビリテーションだけ頑張っても、サルコペニアやフレイルはあまり改善しない。栄養管理が不適切な状態でリハビリテーションだけ頑張ると、低栄養やサルコペニアが悪化して、むしろ生活機能が低下する恐れがある。一方、栄養状態を改善しながらリハビリテーションを行うと、サルコペニアやフレイルがより改善する。そのため、リハビリテーションと栄養、さらには口腔管理の三位一体の取り組みが、サルコペニアやフレイルの対策に重要である。

今回の診療報酬改定では、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算が急性期病棟と地域包括医療病棟で認められた。リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定および回復期リハビリテーション病棟では、GLIM 基準を使用することが求められた。リハビリテーション栄養でも、すべてのセッティングで GLIM 基準を使用することが望ましい。つまり、低栄養の病因、原因を考えることが求められる。

リハビリテーション栄養ケアプロセスは、アセスメント・診断推論、診断、ゴール設定、介入、モニタリングの5つのステップで構成されている。この中で特に重要なのは、診断推論とゴール設定である。リハビリテーション栄養診断推論では、食思不振、体重減少、サルコペニアを認めたときの原因の診断推論が重要である。食思不振、体重減少では、抑うつ、薬剤、悪液質を見落とさないようにすべきである。ゴール設定では、リハビリテーションも栄養も SMART (Specific: 具体的 Measurable: 測定可能 Achievable: 達成可能 Relevant: 重要・切実な Time-bound: 期間が明確) なゴールを設定する。リハビリテーション栄養の視点では、本人の生活機能が最も高まると考えられる体重を、本人と相談の上で長期ゴールに設定する。ゴール志向型の攻めのリハビリテーション栄養を行うことが重要である。

リハビリテーションと栄養は、身体面だけでなく心理面、認知面、社会面も配慮して行うべきである。特に心理面が改善することで、身体面、認知面、社会面が改善することが少なくない。心理面のマイナスを見つけて0に近づけるとともに、心理面のプラスをより高めるポジティブ心理学の考え方が有用である。

経歴

1995 年	横浜市立大学医学部卒業	
1995 年	日本赤十字社医療センター	
1997 年	横浜市立大学医学部附属病院	
1998 年	横浜市総合リハビリテーションセンター	
2000 年	横浜市立脳血管医療センター	
2003 年	済生会横浜市南部病院	
2008 年	横浜市立大学附属市民総合医療センター	助教
2017 年	同	講師
2019 年	同	准教授
2020 年	東京女子医科大学リハビリテーション科	教授

他職種でも出来る運動療法やリハビリテーション ～KT バランスチャートを用いた多職種支援～

松嶋 真哉

杏林大学 保健学部 リハビリテーション学科 理学療法学専攻



本講演では、運動療法やリハビリテーションにおける多職種支援の重要性とその実現方法に焦点を当てたい。従来、運動療法やリハビリテーション（またその指導）に関しては、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などリハビリテーション専門職の職人的な手法のイメージが強いのではないかと憶測する。しかし、現代では「リハなくして栄養ケアなし、栄養ケアなくしてリハなし」という合言葉を掲げたリハビリテーション栄養の概念が広く普及してきた。栄養ケアとリハビリテーションは両輪が上手に回ることによって相乗効果を発揮し、患者のアウトカムを改善する治療である。従って、これらの領域では特定の職種のみがリハビリテーションや運動療法を実施するのではなく、個々の職種がプロ意識を持ちながらも、質の高いディスカッションを行い、互いに補完し合えるチーム作りが求められる。

リハビリテーション栄養に関わる多職種を1つにまとめるツールとして、口から食べるバランスチャート（以下、KT バランスチャート）がある。これは単なる評価にとどまらず、対象者の不足部分を補いながら可能性や強みを引き出す包括的支援法であり、多職種支援の成果が可視化できるツールでもある。KT バランスチャートは食べる意欲、全身状態、呼吸状態、口腔状態、認知機能（食事中）、咀嚼・送り込み、嚥下、姿勢・耐久性、食事動作、活動、摂食状況レベル、食物形態、栄養の13項目から構成されており、対象者がどの項目が不足しており、口から食べることができないかによって、実施すべき運動療法やリハビリテーションが異なる可能性がある。

本公演では、運動療法やリハビリテーションの基本的知識を概説し、KT バランスチャートにおける小項目に対して他職種でも実践できる運動療法やリハビリテーションの実践例を紹介する。

経歴

【学歴】

平成20年3月 北里大学 医療衛生学部 リハビリテーション学科 卒業
平成22年3月 北里大学大学院 医療系研究科 修士過程 卒業
令和04年3月 杏林大学大学院 保健学研究科 博士後期課程 卒業

【職歴】

平成22年4月 聖マリアンナ医科大学病院 リハビリテーション部 入職

デザイン思考で考える CKD 栄養療法

町田 慎治

聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 腎臓・高血圧内科



本邦における現在の慢性腎不全（CKD）の栄養療法の“流れ”を要約すると、「従来、“腎保護”を目的としたたんぱく質制限食が行われてきたが、近年では高齢化が進みサルコペニア・フレイルなどの栄養障害が重大な問題となっていることから、“日常生活動作（ADL）保護”との両立も踏まえた個別化が求められている」と言えるのでしょうか。この観点から、たんぱく質制限の是非やたんぱく質摂取源（動物性や植物性）などが議論となるが、これらの議論が実臨床において患者にどこまで還元されているかは明らかではありません。それは、個別化を構成する要素が腎保護や ADL 保護だけではなく、患者の嗜好や家庭環境、QOL など多岐に渡るため、臨床研究の結果を当てはめていくような論理的思考に限界があるからだと考えます。そこで、主にビジネス領域で用いられる“デザイン思考”に着目し、CKD 診療および栄養療法が抱える課題を見つめ直す取り組みを開始しました。デザイン思考とは一律の答えがなく論理的思考では解決できない問題に対して用いられる思考法であり、「個別化」というまさに答えのない問題に対して有用な可能性があります。本セッションでは当院におけるデザイン思考による CKD 栄養療法の具体例について述べていきます。

経歴

2013 年 聖マリアンナ医科大学卒業
2015 年 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科入局
2020 年～聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院腎臓・高血圧内科（現職）
2023 年～同病院 NST チェアマン

CKD 患者の栄養と活動を支えるために ―患者の選択を支える看護とは―

山本 愛¹、徳元 しのぶ¹、岡村 大介²、高山 はるか³

¹ 聖路加国際病院 腎センター、

² 聖路加国際病院 リハビリテーション科、³ 聖路加国際病院 栄養科



日本人の8人に1人が慢性腎臓病（CKD）を患っており国民病とも言える疾患である。CKD から透析導入に至る年齢は高齢化しており、75 歳以上の透析導入が全体の約 40%を占めている。

また、少子高齢化や家族形態の多様化により一人暮らし世帯の増加は顕著であり、65 歳以上の4人に1人が一人暮らしとなっている。このような中で、CKD 患者の支援や腎代替療法選択における留意点も多岐にわたってきている。

CKD ステージⅢ以上の患者を対象とした当院の保存期腎不全外来では、初診時に全患者と看護師面談を行うことで疾患の受け入れ状況や理解度・生活背景を確認し、自己管理の評価や指導を行い看護師・医師・管理栄養士の多職種間で情報の共有を行っている。中でも高齢者は、低栄養・フレイルの高リスク患者が増加しており、CKD の食事管理の基本であるたんぱく制限を緩和し、適切なカロリー、たんぱく質摂取を促す例も散見されている。適切な食事摂取を行ったうえで活動量低下を予防するために、理学療法士と共に作成した腎臓リハビリテーション動画を活用し、各患者の ADL に合わせた運動療法の啓発も合わせて行っている。

現在では CKD 治療を長期間行い、90 歳以上での透析導入も珍しくなく透析導入後に元気に通院している患者も多くいる。一方で、腎代替療法を行わずに保存的腎臓療法を選択する高齢患者への支援も複数経験してきた。

高齢者が QOL を維持した生活を継続することは課題が多くあり、本人の望む療養生活を選択できるように多職種で共同して支援していくことが重要であるといえる。

経歴

2004 年 防衛医科大学校高等看護学院卒業
2004 年 防衛医科大学校病院入職 外科系病棟・精神科病棟勤務

CKD 患者に対する運動と栄養治療と看護！本音で語ろう！

神田 由佳

LIC 訪問看護リハビリステーション



高齢化が進む我が国では今後ますます CKD 患者が増加することが懸念されている。CKD 発症あるいは腎障害進行のリスクファクターは、高血圧、糖尿病、脂質異常症、高齢などが挙げられており、原疾患の管理、生活の質を保つために運動と栄養治療の効果が期待されている。同時に、CKD は抑うつ状態の高リスクであることや、精神面・社会面などを含む包括的理解とチームアプローチの重要性が明らかになっている。本企画では CKD 患者に対する包括的ケアのスペシャリストとして町田先生、山本先生から頂いたヒントを踏まえて、運動と栄養治療における看護師の役割について本音で語り合う予定である。看護専門職として何ができるのかを真剣に考え、明日からの活動の叡智にいただきたい。

経歴

2002 年 昭和大学医療短期大学 卒業
2002 年 昭和大学附属豊洲病院 整形外科病棟 入職
2005 年 諏訪中央病院 消化器センター 入職
2007 年 関東中央病院 ICU 入職
2016 年 関東中央病院 循環器内科心臓血管外科病棟 異動
2020 年 関東中央病院 消化器内科 異動
2022 年 日本赤十字看護大学大学院 入学

重症患者に対する栄養管理戦略

森口 武史

山梨大学医学部 救急集中治療医学講座



一般に敗血症などの重症患者は異化が亢進し重度の栄養障害が起きやすいことが知られている。栄養障害が進むと感染症の悪化や在院日数の延長、ひいては救命率の悪化が懸念される。しかし重症患者の栄養管理は適切なアセスメント手法が確立していないこと、栄養投与ルートが限られることなど技術的に難しく、エビデンスも限られることなどから検討が進んでいない現状があったが、近年いくつかのガイドラインが制定されるに至った。急性期の投与エネルギー量は消費量より少ない方が望ましいこと、多臓器不全、ARDSなどの場合にはグルタミン強化、n-3系脂肪酸強化の経腸栄養が望ましいこと、一方で敗血症患者などへのアルギニン強化栄養剤は病態を悪化させるため推奨されないことなどが提唱されている。また栄養は頸静脈投与より経腸投与が望ましくその開始時期は遅くとも治療開始後48時間以内が推奨されているが、重症患者の経腸栄養への忍容性は様々であり、施行できる場合には施行するという推奨にならざるを得ない現状がある。それを解決するための試みの一つとして我々は腸音のリアルタイムモニタリングの確立に取り組んでおり、炎症性物質であるサイトカインが腸管蠕動を阻害することを報告している。今後の重症患者の栄養管理に有用である可能性があり、検討を続ける予定である。

経歴

1997年 3月 千葉大学医学部卒
1997年 5月 千葉大学医学部附属病院救急部 医員
1998年 4月 国保直営総合病院 君津中央病院 救急集中治療科 医員
1999年 4月 JFE健康保険組合 川鉄千葉病院 外科 医員
2000年 4月 千葉大学大学院医学研究院 救急集中治療医学講座入学
2004年 3月 同大学院学位(医学博士)習得
2004年 4月 国保直営総合病院 君津中央病院 救急集中治療科 医員
2005年 4月 千葉県済生会習志野病院 救急集中治療科 医長
2005年 10月 山梨大学医学部附属病院 救急部・集中治療部 助手
2007年 12月 山梨大学医学部 救急集中治療医学講座 講師
2011年 4月 Yale University Department of Surgery, Visiting associate professor
2013年 4月 山梨大学医学部 救急集中治療医学講座 講師
2019年 4月 山梨大学医学部附属病院 救急部 部長

手術ケアセンターでの管理栄養士の取り組み

種村 陽子¹、赤石 定典¹、小林 明美¹、濱 裕宣¹、
遠矢 真美²、渡部 雅代²、近藤 一郎³

¹ 東京慈恵会医科大学附属病院 栄養部、

² 東京慈恵会医科大学附属病院 看護部、

³ 東京慈恵会医科大学附属病院 麻酔部



2020年1月に、手術をうける患者に対し快適で安全、安心な術前・術中・術後の環境をチームによって効率的に提供することを目的に、手術ケアセンター（JPEC：JIKEI Perioperative Care Center）が設立された。メンバーは、麻酔科医師、看護師、医師事務作業補助者、薬剤師、管理栄養士で構成している。全身麻酔を受ける手術患者を対象としており、2024年3月現在で全身麻酔下予定入院患者の約60%に対して介入をしている。

管理栄養士はJPEC看護師面談内容や検査結果を基に、入院前から栄養管理を行っている。主な活動としては、①周術期管理における問題点の抽出と栄養管理計画、②食物アレルギーの聞き取り、③並存疾患への栄養食事指導、④胃切除予定患者への栄養食事指導、⑤食事相談などである。

管理栄養士は手術ケアセンターに常駐しているため、栄養食事指導や食事相談は当日でも対応できるようにしている。肥満患者は、気道確保が難しく麻酔の覚醒遅延を起こすため、BMI 30kg/m²以上の患者を対象とした栄養食事指導が主となっている。周術期に休薬が必要な薬剤の中にビグアナイド剤やSGLT2阻害薬のような経口血糖降下薬も対象であり、血糖コントロールのため糖尿病患者に対する栄養食事指導も増えてきている。また、食物アレルギーや宗教上禁止食材のある患者も増えてきており、食材によっては看護師の聞き取りのみでは対応しきれないこともある。事前にカルテのアレルギー登録状況の確認、患者への聞き取りを実施することで、安全・安心な病院食への提供につなげている。課題は、手術ケアセンターに所属する管理栄養士は術前介入のみとなり、入院中は病棟担当管理栄養士に引き継いでいる。引継ぎが必要な患者については引継ぎを行っているが、十分できているか検証ができていない。また、減量が必要な患者に対し、減量期間が短いこともあり、一部の患者にしか効果が出ていない現状がある。安全・安心な手術を行うために、管理栄養士としてどのようなサポートが必要か検証し、関わりを深めていく必要がある。

経歴

1999年3月	実践女子大学生活科学部食生活科学科管理栄養士専攻	卒業
1999年4月	学校法人慈恵大学入職	東京慈恵会医科大学附属第三病院 栄養部へ配属
2007年10月	徳島大学大学院栄養生命科学教育部人間栄養科学専攻	博士前期課程 入学
2009年9月	徳島大学大学院栄養生命科学教育部人間栄養科学専攻	博士前期課程 修了
2009年10月	徳島大学大学院栄養生命科学教育部人間栄養科学専攻	博士後期課程 入学
2014年3月	徳島大学大学院栄養生命科学教育部人間栄養科学専攻	博士後期課程 修了
2015年4月	東京慈恵会医科大学葛飾医療センター	栄養部へ異動

頭頸部癌における周術期栄養管理

有本 正子¹、有泉 陽介²、斎藤 恵子¹、鳥越 純子¹、川田 研郎^{1,3}

¹ 東京医科歯科大学病院 臨床栄養部、

² 東京医科歯科大学病院 頭頸部外科、³ 東京医科歯科大学病院 食道外科



【背景・目的】

頭頸部癌手術は侵襲が大きく、また術後補助療法を行う場合もあるため、周術期の栄養管理は非常に重要である。しかし、頭頸部領域には食べる・味わうなどの器官が集中していることから、きめ細かな栄養管理を要したり、栄養・食事管理に難渋する症例も少なくない。

本調査は、術後ICU予定入室症例（以下ICU群）とICU非入室症例（以下非ICU群）の術前の栄養状態及び栄養摂取状況を確認・比較し、適切な栄養管理につなげることを目的として実施した。

【対象・方法】

2023年4月～2024年3月に頭頸部癌の予定手術を受けた18歳以上の男女を対象とした。身体計測値・採血データ・栄養摂取状況を確認し、術前の小野寺のPNI（Prognostic Nutritional Index）およびCONUT（Controlling Nutrition Status）変法スコアを算出し、ICU群および非ICU群の2群間で比較した。統計解析にはIBM SPSS statistics ver.26を用いた。

【結果】

ICU群の術前のエネルギー及びたんぱく質摂取量は、非ICU群のそれより有意に少なかった（エネルギー 26kcal/kg vs 30kcal/kg $p<0.05$ 、たんぱく質 1.0g/kg vs 1.2g/kg $p<0.05$ ）。

両群間でBMIに有意差はなかったが（20.8kg/m² vs 20.1 kg/m²）、PNIはICU群で有意に低く（42点 vs 49点 $p<0.05$ ）、CONUT変法スコアはICU群が有意に高値であった（3点 vs 1点 $p<0.01$ ）。

【考察・今後の課題】

ICU群において、術前よりエネルギー及びたんぱく質摂取量が少なく、栄養障害が認められ、術前からの栄養介入の必要性が再確認できた。今後は手術侵襲も考慮した経腸栄養管理プロトコル作成をすすめていきたい。

経歴

2011年3月 神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科 栄養領域 修士課程修了

2023年3月 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 博士課程医歯学専攻修了 博士号（医学）取得

褥瘡対策における薬学的管理および栄養管理に関する視点と地域医療連携

飯田 純一

済生会横浜市南部病院 入退院支援センター



2022年診療報酬改定において入院基本料の褥瘡対策基準の「褥瘡対策の診療計画」には、薬剤師や管理栄養士と「必要に応じて連携すること」と示された。医療機関に褥瘡対策を義務付けたことは古く、具体的に示された2002年の「褥瘡対策未実施減算」から20年が経過してようやく薬剤師の関与が明記された。この間薬剤師には、2010年4月厚労省医政局長通知(医政発0430第1号)の医師とプロトコールを作成すれば協働薬物治療管理が可能となり、薬物治療への介入が示された。2014年3月厚労省医政局課長通知(医政発0319第2号)の「薬剤に関する実技指導の取り扱い」では、外用薬の実技指導が認められ、外用薬の塗布や充填など具体的に関わることが示された。さらに2023年9月厚生労働省医政局長通知では、「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」が発出され、医師の業務負担軽減を視野に入れる一方、薬剤師に対しては、質の高い安全な薬物療法の提供することが示された。栄養管理についても同様に様々求められているが、2024年診療報酬改定では、退院後の生活を見据えて入院の栄養管理体制の充実を図る観点で標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価や、退院時を含む定期的な評価を医療機関の機能や患者特性等に応じた栄養管理手順を医療機関ごとに作成することになった。

褥瘡対策に対する薬剤師の役割は、全身および局所の多方面の視点をもって褥瘡の発症予防と治療に介入することが重要である。全身管理は、褥瘡発生のリスクを高める薬剤の適正使用の確認として向精神薬の重複投与や過量投与、抗てんかん薬などの不適切な休薬などで、過鎮静による無動となることで外力が生じ、褥瘡が発生する薬剤関連褥瘡の発生要因の確認を意識して対応することが必要である。栄養状態の確認としては、経管栄養中であれば栄養剤の投与量や投与方法に留まらず、医薬品の投与方法なども含めて確認する。局所管理としては、褥瘡の創部の状況に応じた適切な薬剤選択(薬効・基剤)や塗布方法、塗布量などの確認、適正使用としての実技指導や薬剤滞留障害への対応、創傷被覆材の選択などがある。

このような介入情報は、病院から転院施設や在宅関係者への情報連携が保険薬局を含めて必要であり、逆に病院に入院時も同様に情報連携し、双方向の情報が途切れることがない連携が、患者の早い状態改善につなげるために重要と考える。

経歴**1. 学歴**

1991年3月 東京薬科大学薬学部薬学科卒業
2009年3月 星薬科大学大学院薬学研究科修士課程修了
2013年3月 武蔵野大学大学院薬科学研究科薬科学専攻博士課程修了

2. 職務経歴

1991年4月～1993年3月 旭化成株式会社(東洋醸造株式会社) 医薬開発センター
1993年4月～2006年6月 三浦市立病院 薬局
2006年7月～ 社会福祉法人 恩賜財団 済生会横浜市南部病院 薬剤部
2018年9月～ 社会福祉法人 恩賜財団 済生会横浜市南部病院 入退院支援センター

急性期病院の癌治療における栄養療法と多職種連携

永瀬 怜司

済生会横浜市東部病院 薬剤部



急性期病院における癌治療の特徴として、手術・抗がん剤・放射線治療などの集学的治療が実践される。特に、抗がん剤治療は、病期や治療によって異なる有害事象を引き起こし、疼痛、悪心・嘔吐、味覚障害などの障害により患者の栄養状態に大きな影響を与える。また、がんの進行による悪液質は、全身性の炎症を惹起し、食欲不振、骨格筋の減少、体重減少などが認められ、患者の Quality of Life (QOL) はさらに低下する。この状況を鑑みて、当施設では多職種による連携と対策を重視している。

当施設の化学療法室では、専任の薬剤師、看護師、栄養士が配置されている。看護師は患者の状態を問診で評価し、栄養士はその情報を基に栄養状態を評価する。薬剤師は、これらの情報を基に薬剤の必要性や妥当性を評価し、安全かつ効果的な処方提案し、抗がん剤治療の継続に貢献している。さらに、相互作用のチェックを通じて、治療の安全性を確保する重要な役割を担っている。

当施設では、有害事象対策や栄養療法として、食欲不振、体重減少、味覚異常に対する亜鉛測定と亜鉛製剤などの処方提案や、グレリン作用薬「アナモレリン」の処方対象患者の抽出を実施している。現在、アナモレリンは9名の患者に処方され、4名(44%)に有効性が認められた。これら処方提案に関する取り組みは、医師の業務負担軽減や各職種の専門的な職能を踏まえたタスクシフト/シェアの観点からも非常に有用であり、各職種の連携により適切な医療が提供されることを示唆している。

本シンポジウムでは、これら多職種連携の実践事例を共有し、多職種連携の効果とがん患者の QOL を向上させるための薬物療法と栄養療法の最適化について議論を深めたいと考えている。

経歴

2002年3月 明治薬科大学 薬学部 薬剤学科 卒業
2002年4月 埼玉医療生活協同組合 羽生総合病院 薬剤部 入職
2009年3月 明治薬科大学大学院 臨床薬学専攻博士課程前期 修了

慢性期を担当する薬剤師としておさえておきたい 栄養療法における介入ポイント

鈴木 慶介

台東区立台東病院・老人保健施設千束 薬剤室



医療ステージや生活背景に合わせて「cure：治療、治す」と「care：世話、介護」のバランスをどのようにしたらよいかという問題は、悩んだことがない方は居ないほどポピュラーではないだろうか。しかしこの問題に明確な答えはない。これは薬物治療においても栄養治療においても同様であるが、とりわけ栄養治療に関しては「ご飯（栄養）＝生きる」を期待する感覚は、患者や家族だけではなく医療者も同様に持っているだろう。治癒を望みにくい慢性期という医療ステージでは、careの比重を高くせざるを得ないことは皆様も体感していることだと思われる。また、画一的な治療方針を計画することは難しく、患者個性性が高い傾向にあることも特徴である。

そのような場面で薬剤師は、もっと生活を豊かにする薬・栄養はないか？または、日常生活の邪魔をしている薬・栄養はないか？に視点を置いた「日常生活を支えるための栄養治療・薬物治療」を考える必要がある。

①療養病棟では中心静脈栄養法が実施されている症例が多いが、脂肪乳剤の使用率が低い。PFCバランスが取れていないし、低体重である。これまで急性期しか経験がなかった筆者は、これまでと同様一律に脂肪乳剤の使用を推奨し、医師と意見がぶつかった。

②特別養護老人ホームに入所していた方が嘔吐、低ナトリウム血症、食思不振で急性期病院に入院し、低ナトリウム血症が治療され元の施設に退院した。しかし食思不振は改善することなく、急性期病院を退院した翌日に当施設に相談があり、尿ケトン（+）、貧血、を認め、食事摂取も困難であることから即日入院となった。内服薬剤が13種類あり、ポリファーマシー対策の観点から Medication Review（処方の見直し・最適化）を行い、食思不振は改善し元の ADL まで回復し退院となった。

上記のような経験を例に、このセッションでは特に回復期リハビリテーション病棟や療養病棟を持つ医療施設、または介護老人保健施設や介護医療院や有料老人ホームなどの介護保険施設を担当する薬剤師がおさえておきたい栄養療法における介入ポイントとは何かを皆様と一緒に考えたい。

経歴

2000年 城西大学薬学部薬学科卒業
2002年 城西大学大学院薬学研究科医療薬学専攻修士課程修了
2002年 三郷中央総合病院
2004年 地域医療振興協会 東京北医療センター
2012年 草加市立病院
2019年 地域医療振興協会 台東区立台東病院・老人保健施設千束
2024年 昭和大学大学院薬学研究科社会健康薬学講座社会薬学部門博士課程入学

在宅認知症高齢者への栄養介入の困難事例

井上 俊

おれんじ薬局



おれんじ薬局は2018年に町田市で開局し認知症と栄養をテーマに地域支援活動に力を注いでいます。現在、在宅訪問患者は20名で、認知症高齢者の訪問が多く、中には在宅復帰しても独居で食事のままならず、低栄養のために再入院してしまうケースも散見されます。今回、薬剤師の訪問による服薬管理を行っている在宅認知症高齢者が誤嚥性肺炎、新型コロナウイルス感染のため入院がつづいたものの、栄養状態が改善し、在宅復帰できた。退院の際に栄養管理計画書(栄養サマリー)をもらってきたが、在宅復帰後1ヶ月で約3.7kg(10%以上)と急激に体重が落ちたため、訪問薬剤師による他職種への栄養摂取状況の確認提案で低栄養による救急搬送を延長できたとおもわれる事例を共有いたします。独居高齢者は家族の介護支援がほとんどないため、よほど自立している場合を除き、食事の管理も手薄になり低栄養状態に陥るケースが多いと思われますが、認知症高齢者となると、さらに本人への栄養摂取状況把握が困難になります。栄養状態の悪化があっても、担当ケアマネジャーや在宅支援に関わる各職種の意識の差で、回復の流れに戻せないために再入院や死亡につながる事例も多いと思われます。在宅の場合は、介護度によって、受けることができるサービスの量に差があり、関わる各サービス担当者同士も顔馴染みでないことも多く、訪問現場で直接顔を合わせることも少ないために多職種にタイムリーに栄養状態の把握と問題意識の共有、支援の依頼がむずかしい。病院のチーム医療と比較して、在宅現場のチーム医療は情報連携の面でのスピード感が鈍く、力が発揮しにくい面があるが、MCS(メディカルケアステーション)という情報連携ツールを活用し、一部の在宅患者にはタイムリーなNST活動を行うことができはじめている。

しかし、在宅の現場での栄養管理への意識はまだまだ薄く、職種によっても差があると感じるため、まずは、栄養管理計画書の利用状況を地域の介護支援専門員(ケアマネジャー)に調査を実施し、地域でのNSTの意識を高めて、低栄養による再入院の減少につなげたい。

経歴

1999年東京薬科大学薬学部を卒業

【職歴など】

1999年薬樹株式会社入社、2018年退社

その学び 誰のもの？

牧 香代子

医療法人秀麗会山尾病院 看護介護部



The ESPEN Leonardo da Vinci Life Long Learning Project = 通称 LLL は、栄養に関する質の高い治療やケアについて学び、日常業務をより良い方向に改善することを目的として開発されたプログラムです。ESPEN と EU の支援のもと世界的な取り組みとして、その分野のイニシアチブを握る専門家によって作成され、栄養の基礎知識から社会的動向までを徹底的に学べるように作られています。臨床栄養と代謝に携わるヘルスケアの専門家を対象に、ライブコースも世界中で開催され、約 1,000 人の Diploma 取得者が誕生しています。日本人はそのうちの 35 人で、まだまだ日本ではスタンダードな学びではないと感じています。2019 年に行ったアンケート調査の結果では、語学力、時間、金銭面が 3 大障壁になっていました。LLL は語学に長けた専門の医師や大学教授など高学歴の人が学ぶものであり、お金がかかり、時間もかかると考え、ほとんどの方は自分には無縁と感じているのではないのでしょうか？しかしそれは大きな誤解です。

市中病院の看護師で英語力ゼロ、向上心はむしろマイナスだった私は、LLL と出会い、ESPEN にも参加して Diploma や Teacher の資格を取得しました。学んでいくことで世界は広がり、できることがどんどん増えていきました。

LLL は学び方によっては、お金はかかりません。翻訳ツールなどを利用すれば、障壁を上回る LLL の魅力があります。

LLL の魅力は、基礎知識がしっかり学べる、最新の知見が学べる、患者に対して「できること」が圧倒的に増える、世界が広がりグローバル化に対応できる、仲間や尊敬する先輩方、師となる先生方に会えるなどがあります。LLL を学ぶことは臨床で困っていることの解決に向かいます。

JSPEN には NST 専門療法士や栄養治療専門療法士の資格があり、Advance な学習の場として LLL を推奨しています。LLL の知識は世界水準です。そしてこの学びは、臨床栄養に携わり患者さんのケアに奮闘するすべての人たちのためにあるものであり、Basic な立場から学ぶことで日本の医療の質を向上させるものでもあると考えます。

もしも今、栄養治療や NST で困っていることがあれば、そしてさらにスキルアップをしたいと思ったら、一緒に LLL を学んでみませんか？

経歴

1992 年	トヨタ看護専門学校入学
1995 年	トヨタ看護専門学校卒業
1995 年～2002 年	トヨタ記念病院
2003 年～2017 年	医療法人財団愛泉会愛知国際病院ホスピス

LLL 入門 これから学習を始める方のために

村越 理恵¹、竹村 美由紀²、長嶋 克哉²、村松 貴志、
芝田 麻由³、松本 貴承³、武田 恵美³、斉藤 静華⁴、
宮分 千明⁴、稲田 亨希子⁵、鈴鹿 知直⁶

¹ 浜松赤十字病院 総合内科、² 浜松赤十字病院 看護部、
³ 浜松赤十字病院 薬剤部、⁴ 浜松赤十字病院 栄養課、
⁵ 浜松赤十字病院 形成外科、⁶ 浜松赤十字病院 顧問



栄養管理は複雑で守備範囲が広い。特に NST 担当症例では多分野にわたる問題を抱え対応に苦心する場面が多い。問題点の見極めや論理的な approach について悩んだことはないだろうか。この難題への対策を含め系統的に栄養学を学ぶ為に Life- Long Learning Programme (以下 LLL) をお勧めしたい。これは欧州臨床栄養代謝学会 (以下 ESPEN) により運営されており、内容はすべて英文、扱う範囲は基礎・臨床から社会医学まで幅広い。text は最新の知見に基づき頻回に更新されているので臨床応用・研究の参考にも有用である。概要は JSPEN の HP に記載があるのでご参照されたい。

本日は演者の体験を踏まえ LLL を 3 つの観点からご紹介する。

その 1 単なる教科書ではない

LLL の学習方法には 2 パターンある。いわゆる e-learning と 実地または WEB で講義に参加する live course である。いずれも各単元末に単位取得目的のテストが用意されており知識の定着に役立つ。単位取得後には合格証が授与される。褒めて頂くと学習意欲も湧く。live course では講師の解説・参加者間の議論を通じ理解の深まりが期待できる。更に後日参加者が学会等の場で再会することも多く知り合いの輪が広がってゆく。国内外の多くの出会いを通じ様々な刺激を得ることができる。

その 2 ESPEN の活動と直結した英語の教材

英語での学習に最初は抵抗を感じるかもしれない。しかし学習者の悩みの原因が英文 text よりも未知の英単語や未習得の知識である可能性も有る。text の分量は多いが一度取得した単位は diploma 取得まで 10 年間有効である。NST 経験年数や職種に関係なく各自のペースで学習できるので英文 text に臆せず取り組まれることをお勧めしたい。また ESPEN 総会期間中は多数の live course・教育 session 等が組み込まれており、一方 ESPEN の HP では総会以外の催しや学会誌、ガイドラインへのアクセスが可能である。何れも LLL の text 内容から次なる発展的学習へ繋がるのである。

その 3 diploma 取得は成功体験になる

diploma 取得に至る迄の学習継続の結果、一つの山を越えた事を実感でき 次の目標に向かう力が生じる。また学習の過程で得た実用的な知識や考え方により、栄養管理に際しての「手強さ」が以前よりも小さくなったことを感じるであろう。何より各自の収穫を診療・研究・勉強会など様々な形で医療現場へ還元する事ができる。

LLL を学習し、ご自身で得た経験を職場や人生に活かして頂きたい。

経歴

1985 東京女子医科大学卒業
1986 東京女子医科大学付属第二病院内科
(現 足立医療センター)
1989 淀川キリスト教病院 内科、消化器科
1997 内科医院開業 (静岡県浜松市)

LLL diploma は外科医の人生を変える～ LLL から学ぶ臨床と教育と研究の関わり方～

松井 亮太

がん研究会有明病院 胃外科



Life Long Learning (LLL) プログラムは欧州静脈経腸栄養学会が主催する栄養教育プログラムとして広く世界で普及しており、日本からの受講者も増加傾向である。LLL の主たる目標は、各 topic の習熟とその先にある diploma 取得である。Diploma を取得するにはオンラインコースでの自己学習に加え、講師によるライブコースを受講してクレジットを貯める必要があり、受講のハードルが高いと思われる現状がある。

Diploma 取得は容易ではないが、topic 毎に自己学習できるメリットがある。内容は最新の臨床試験結果を踏まえて数年に一度改訂されるため、興味がある分野の知識の update を目的とした生涯学習に利用できる。各 topic を習熟することで専門的な知識が身につく、臨床に活かせるだけでなく、自信にもつながると感じている。

初学者においても、院内勉強会で LLL プログラムを使用することで、従事する分野を専門的に学習できるだけでなく、幅広い領域を学んで知識を均てん化することが可能である。もし理解に苦しむ内容があっても、全体で問題点を共有してさらに深く勉強することで調べる習慣が身に付き、回答を共有することで学習効果がより高くなる。互いに教えあうことが重要であるが、ライブコースを受講すれば不明点について講師とディスカッションも可能である。

また LLL プログラムは臨床研究の題材として活用できる。各 topic には栄養関連のエビデンスが盛り込まれており、その中で明確になっていること、明確になっていないこと、結果に一貫性がなく議論の余地があること、などを把握しながら学習できる。その中でも明確になっていないことは臨床研究の題材に発展させることができる。臨床で感じる Research question の中で、LLL でエビデンスがないものを臨床研究の題材とすれば第一人者になることも可能である。

以上より、Diploma 取得までの努力の過程は、臨床への自信につながるだけでなく、教育や臨床研究へ発展させることが可能である。Diploma を取得しない場合にも、LLL の学習で得られる効果は様々なシーンへと発展可能である。興味がある分野があれば、最新の知識を身につけ日常診療・研究を発展させるツールとして LLL プログラムを活用して頂きたい。

経歴

平成 21 年 (2009 年) 3 月	自治医科大学医学部医学科卒業
平成 21 年 (2009 年) 4 月	石川県立中央病院 初期臨床研修医
平成 23 年 (2011 年) 4 月	市立輪島病院 一般内科 医員
平成 25 年 (2013 年) 4 月	公立穴水総合病院 一般内科 医員
平成 26 年 (2014 年) 4 月	石川県立中央病院 消化器外科 医員
平成 28 年 (2016 年) 4 月	公立穴水総合病院 一般内科 医長
平成 30 年 (2018 年) 4 月	石川県立中央病院 消化器外科 医長
平成 30 年 (2018 年) 7 月	順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器・一般外科 助手

LLL だけじゃない！ - ESPEN への誘い -

大菊 正人

浜松医療センター 消化器外科



ESPEN はヨーロッパ全体にまたがって展開する栄養治療の進歩を目的とした学会であり、日本栄養治療学会との関連が深い学会である。ESPEN に参加することで多くの知見が得られたり、邦人の人脈のみならず海外の医療者とも交流する機会が得られる。しかし、様々な理由で参加に踏み出しづらい方も多いのが実情であり、自身の経験から ESPEN congress 参加の魅力を伝えられれば幸いである。ESPEN に関連した事項として LLL (Life Long Learning) の受講が紹介されており、高度なレベルで栄養管理、治療の学習ができることは周知されている。ESPEN congress 開催期間中は多くの LLL ライブコースが受講できるが、テキスト、スライドはすべて英語で講師も欧米人のため参加をためらう方もいると思われる。英語が苦手な筆者でも修了証を取得できたことをお伝えしたい。また、演題作成・採択についても稚拙ながら自身のコツを紹介させていただく予定である。

生涯行くことはないと思っていたヨーロッパ。学会参加を目的として複数の国を訪れることができたことは大変感慨深い。

経歴

2003 年 4 月	山梨大学医学部第一外科	研修医
2004 年 4 月	県西部浜松医療センター	専修医
2007 年 4 月	市川三郷町立病院	外科
2008 年 4 月	山梨大学医学部大学院	
2011 年 4 月	山梨大学医学部第一外科	医員
2012 年 4 月	浜松医療センター消化器外科	副医長
2016 年 4 月	浜松医療センター消化器外科	医長

超初学者向けの栄養勉強会

川畑 亜加里

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 救命救急センター
副師長 重症集中ケア認定看護師



栄養療法やリハビリが重要なことはわかっているけれど、具体的にどのように介入したら良いかわからない、

栄養療法って難しい、と感じている方、大歓迎です！！勉強の仕方を一緒に学びましょう！！

初学者を対象とした栄養療法のWSです。経験値に応じて目的は様々です。

楽しく学びたい方！集まってください！会場でお待ちしております！

勉強会の目的

- ・院外にネットワークを持つ（仲間を作る）
- ・仲間と学ぶことの楽しさを感じる

《指導者レベル》

- ・資料や勉強会の形式を持ち帰り自施設のリンクナース会の運営に活用する
- ・栄養に興味を持って欲しい後輩やスタッフを連れてきてもらい、動機付けの場として利用する

《初心者》

- ・こういう勉強方法があるということを知る

勉強会の目標

- ・日々の看護業務の中で栄養療法を実践していることを再発見する
- ・日々の看護業務の中で栄養障害・低栄養のリスクに気付くポイントを理解する
- ・明日からの看護実践に取り入れたい行動を言葉で表現することができる

- * 2012年に設立した神奈川栄養サポートナースの会のキャラバン式勉強会のノウハウを注ぎ込んだWSです

LS1-1 上部消化管手術後における栄養介入

丸山 傑

山梨大学医学部外科学講座第1教室



胃癌、食道癌術後の体重減少は、他の癌の術後と比較して、頻度や重症度は高い。さらに、上部消化管術後の低栄養はQOLの低下につながるだけでなく、免疫能を低下させ、長期予後の悪化にも関係する。よって、上部消化管術後の体重減少、低栄養、サルコペニアを予防することは、喫緊の課題である。

胃切除後では術後経口的栄養補助 (oral nutritional supplementation; ONS) が広く用いられている。胃切除術後 ONS に対して様々な RCT が行われているが、未だに一定の見解をもっていない。その中で術後投与におけるコンプライアンスの重要性が再認識された。我々は後方視的な検討ではあるが、非高齢者より高齢者の方が ONS の有用性が高いことを明らかにした。今後、高齢者以外にどのような患者層に ONS が有用であるかをさらに検討することで、胃切除後の重点的な栄養介入が可能ではないかと考えられる。食道癌術後の特徴としては嚥下機能の低下があげられるため、反回神経麻痺を可能な限り少なくするような愛護的かつ確実な反回神経周囲の郭清が必要となる。高侵襲な手術になるため腸瘻を造設する施設も多いが、術後腸瘻からの栄養剤投与における有用性に関しても、未だに一定の見解をもっていない。また、腸瘻には少なからず腸閉塞や感染性合併症のリスクはいつまでも存在する。腸瘻に関しても、長期的に腸瘻依存となるリスクを解析し、腸瘻造設適応の有無を決めるのがよいと思われる。

また、上部消化管手術後の夜間低血糖が注目されている。夜間低血糖は不整脈や脳梗塞などの心血管イベントや認知症のリスクファクターであり、予防することが重要である。術式や再建種類毎に夜間低血糖の頻度が異なることが報告されており、その予防に late evening snack の有用性も示唆されており、今後注目を集めるであろう。

以上の上部消化管術後の栄養介入には、多職種による NST 介入が不可欠であり、その中で術前に低栄養となるリスクや、ONS 有用性の選別などが重要であり、適切な患者に栄養介入することが重要である。

経歴

2009年3月 山梨大学医学部医学科 卒業
2009年4月 山梨大学医学部附属病院 初期研修医
2011年4月 一般財団法人 竹田健康財団 竹田総合病院 外科
2014年4月 都留市立病院 外科
2016年6月 山梨大学医学部附属病院 第1外科 医員
2020年4月 公益財団法人がん研究会有明病院 食道外科
2023年4月 山梨大学医学部附属病院 第1外科 臨床助教
2024年4月 山梨大学医学部附属病院 第1外科 特任助教

大学院では、胃癌の biomarker 同定に関する研究を多数行い、学位取得。
がん研有明病院食道外科医として、3年間国内留学の後、現在、山梨大学医学部附属病院にて上部消化管を中心とした、基礎研究、臨床研究に従事しております。

【共催：株式会社大塚製薬工場】

LS1-2 周術期の栄養治療の意義を考える

鍋谷 圭宏

千葉県がんセンター 食道・胃腸外科、日本栄養治療学会（JSPEN）副理事長



JSPENはこの4月から「日本栄養治療学会」と名称変更した。この「栄養治療」という言葉は、「栄養管理」とほぼ同義と考えられ、アセスメントに始まるプロセスに沿って行い、常にそのアウトカムを評価すべき診療行為である（栄養療法との違いは、現行のガイドラインに書かれている）。

外科周術期においては、「手術の対象となった疾患（多くが悪性腫瘍）に対する（標準）治療が安全に受けられるように全身状態の改善・維持を図る」ことが栄養治療の大きな目的となることが多い。それにより、疾患治療の適応・選択肢が拡がり、継続性が高まり、結果として治療成績が向上することになる。初診時から、経口／経腸栄養を優先しつつ静脈栄養を躊躇しない適切な栄養投与（combined nutritional therapy）や、術前後の低栄養・サルコペニア・サルコペニア肥満など高リスク症例対策は全ての患者において予後向上のために必要である。一方、低骨格筋量で定義されたサルコペニアの有無を術前や術後などの定点で評価（静的指標）するのか、術前後や術前治療前後での骨格筋量の推移として評価（動的指標）するのか、によって結論も異なるので、既報を理解する上でも今後の適切な栄養治療を検討する上でも注意が必要である。また、消化器外科手術後の経腸的な消化吸收能の低下やRefeeding syndromeの理解は、長期予後の向上に加えてリスクマネジメントのためにも欠かせない。

外科手術という治療を考えたとき、周術期は初診時から長く続くものであり、関わる全ての医療者は、patient journeyに寄り添った適切な栄養治療を理解し、最新の知見を知っておく必要がある。そのためにも、日本栄養治療学会の役割は大きく、この分野で世界をリードする学術団体であり続けたい。

経歴

1985年 3月	千葉大学医学部 卒業
1985年 6月	千葉大学医学部附属病院 第二外科 医員（研修医）
1990年 3月	千葉大学大学院医学研究科博士課程（外科系外科学第二）修了（医学博士）
1992年 6月	アメリカ合衆国ニューヨーク市・コーネル大学医学部 胸部外科 Visiting Research Fellow
1994年 10月	公立長生病院 外科 医長
1995年 4月	船橋市立医療センター 外科 医長 / 副部長（1998年4月～）
1999年 10月	千葉大学医学部附属病院 第二外科 助手
2005年 6月	千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科学 講師
2010年 4月	千葉県がんセンター 消化器外科 主任医長、栄養サポートチーム（NST）チェアマン
2014年 2月	千葉県がんセンター 消化器外科 / 食道・胃腸外科 部長（～2024年3月）
2019年 6月	千葉大学医学部 臨床教授
2021年 4月	千葉県がんセンター 診療部長（食道・胃腸外科）、患者総合支援センター 部長（～2023年3月）
2023年 4月	千葉県がんセンター 副病院長（食道・胃腸外科） 現在に至る

2023年より、JSPEN 副理事長

LS2-1 栄養評価の変遷と臨床への影響

古屋 信二

山梨大学医学部外科学講座第1教室



癌治療における栄養状態は、治療成績や生活の質に直接影響を及ぼすことが周知の事実であり、したがって、適切な栄養評価は癌患者の管理において極めて肝要である。栄養評価は、栄養スクリーニングや栄養アセスメントを含む一連のプロセスであり、過去数十年にわたる進歩により、癌患者の栄養評価はより精緻になっている。初期の評価では、体重や身長、血液検査結果が主要指標であったが、現代の栄養評価では、生化学的マーカーや画像診断を用いた評価が一般的である。これにより、癌患者の栄養状態をより包括的に理解し、適切な栄養介入を行うことが可能となった。この進展は、臨床診療において癌治療の成績を向上させる上で重要な役割を果たしており、適切な栄養状態の維持は、治療耐性の低下や合併症のリスクを低減するとともに、生活の質や生存期間を延長するという効果をもたらす。さらに、栄養評価の精度向上は、治療計画の個別化や副作用の管理にも有益である。しかし、栄養評価法や疾患の多様性、そして栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養リスク指標の概念の複雑さも考慮する必要がある。今回は、GLIM基準を理解する前に、これまでの栄養評価に関する知識整理を行いたい。

経歴

2002.3	山梨医科大学医学部医学科 卒業
2002.5	山梨大学医学部外科学講座第1教室 研修医
2003.5	埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科 研修医
2003.12	市立島田市民病院 外科 医員
2007.4	山梨県立中央病院 外科 医員
2009.4	加納岩総合病院 外科 医員
2011.4	山梨大学医学部外科学講座第1教室 臨床助教
2013.4	University of North Carolina, Environmental & Engineering, Postdoctoral Fellow
2014.3	山梨大学大学院医学工学総合教育部先進医療科学専攻 卒業
2014.9	Texas A & M university, Veterinary Integrative Biosciences, Postdoctoral Fellow
2017.4	山梨大学医学部外科学講座第1教室 助教

【共催：ミヤリサン製薬株式会社】

LS2-2 グローバルな低栄養の診断基準——GLIM 基準の概要

福島 亮治

帝京平成大学



栄養不良（低栄養）が、病院の入院患者をはじめとして、様々な状況において健康に悪影響をおよぼすことはよく知られている。例えば入院患者において、低栄養が合併症発生率の増加、入院期間の延長、死亡率の増加などと密接に関連していることが報告されている。しかし、低栄養をどのように診断するか、の明確な基準はこれまで定まっておらず、状況に応じて異なった基準が採用されてきた。一口に低栄養といっても、その状況は様々であり、国内外の低栄養対策の実践や研究等に支障を来してきた。このような問題を解決するために、世界の栄養学会の専門家からなる Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) が組織され、グローバルな栄養不良（低栄養）の診断基準（GLIM 基準）が策定された。歴史的に低栄養の原因の多くは、飢饉、貧困、戦争、自然災害などによる飢餓であったが、現在はこれに加え疾病・炎症と関連する低栄養も注目されており、GLIM 基準はこれをも踏まえて策定されている。

GLIM 基準による低栄養の診断プロセスは、まず既存のツールを用いて栄養リスクのスクリーニングを行い、次いでリスクがある症例に GLIM 基準を当てはめる。すなわち、表現型基準（①体重減少、②低 BMI、③筋肉量減少）、および病因基準（①食事摂取量減少、②疾病負荷 / 炎症）それぞれ 1 つ以上を有する場合に低栄養と診断する。

経歴

昭和 58 年 (1983) 3 月	北海道大学医学部 卒業
1983 年 5 月 -1984 年 -5 月	東京大学医学部第一外科 研修医
1984 年 6 月 -1985 年 -9 月	東京厚生年金病院外科 医員
1985 年 10 月 -1987 年 -9 月	東京都立墨東病院外科 医員
1987 年 10 月 -1990 年 -3 月	東京大学医学部第一外科 医員
1990 年 4 月 -1990 年 -11 月	東京大学医学部第一外科 助手
1990 年 11 月 -1992 年 -10 月	米国オハイオ州、シンシナチ大学外科 Research Fellow (JW Alexander 教授のもとで研究に従事)
1992 年 10 月 -1995 年 1 月	東京大学医学部第一外科 助手
1995 年 2 月 -2003 年 9 月	帝京大学医学部第二外科 講師
2001 年 4 月 -2006 年 -3 月	帝京大学医学部外科学講座 医局長
2003 年 10 月 -2006 年 3 月	帝京大学医学部外科学講座 助教授
2006 年 4 月 -	帝京大学医学部外科学講座 教授
2020 年 4 月 -	帝京平成大学 健康メディカル学部健康栄養学科 教授 学科長
(1999 年 4 月～ 2023 年 3 月	東京大学非常勤講師)

【共催：ミヤリサン製薬株式会社】

日本ワインをおいしく安全に～ご存知ですか？マロラクティック発酵～

乙黒 美彩

山梨大学 ワイン科学研究センター



ワインはブドウのみを原料とするアルコール飲料であり、その醸造方法は日本酒や焼酎とは水を使用しないという点で大きく異なる。そのため、おいしいワインはブドウの品質で決まるといっても過言ではない。しかし、優れた醸造技術なくして品質の高い、おいしいワインを醸造することはできない。本講演では、始めに日本のワイン産業の概況を紹介する。さらに乳酸菌によって行われるマロラクティック発酵について概説し我々が行っているワイン研究の一部を紹介する。

マロラクティック発酵 (malo lactic fermentation : MLF) はワイン中の有機酸の1種であるL-リンゴ酸が乳酸菌のもつマロラクティック酵素によってL-乳酸と二酸化炭素に変換される反応のことを指す。この反応では2価のカルボン酸であるL-リンゴ酸が脱炭酸反応によって1価カルボン酸である乳酸となり、酸度を低下させる、ジアセチル(乳製品の香り)、 β -ダマセノン(バラの香り)などが生成されワインの風味に変化をもたらす。また減酸効果によりワインのpHがわずかに上昇し、赤ワインの色調が赤系から、赤紫色系の変化も伴う。リンゴ酸は微生物の炭素源として利用されやすく微生物汚染を招きやすいが、MLFによりリンゴ酸濃度が低下することで汚染微生物が増殖できず、微生物学的に安定化する。MLFを担う乳酸菌の代表的な菌種は *Oenococcus oeni* である。その他に *Lactiplantibacillus plantarum*, *Lentilactobacillus hilgardii* など活性を有していることが報告されているが、これらの菌種はアルコール耐性や低pH耐性が弱く、最終的にワイン中では *O. oeni* が優占種となりMLFを完了させる。MLFスターターとして市販されているのはほとんどが *O. oeni* である。

日本の固有ブドウ品種である甲州やマスカット・ベーリーAはヨーロッパ系の品種に比べ、pHが低いといった特徴を示す。そのため、日本では積極的にMLFが行われてこなかったが、日本ワインの品質向上に向けた様々な取り組みが実施される中で、近年ではMLFを積極的に取り入れているワインも増加している。しかし、乳酸菌が作用する飲料や食品中ではアレルギーの原因物質である生体アミンの生成がしばしば問題として挙げられるが、日本ワイン中に含まれるヒスタミンやチラミンなどの生体アミンに関する報告は少ない。そこで我々は日本ワインの生体アミン量を網羅的に調査したので、海外での研究事例と合わせて紹介したい。

経歴

2002年	山梨大学大学院工学研究科博士後期課程 修了
2002年	(独) 製品評価技術基盤機構 バイオテクノロジーセンター入所
2012年	山梨大学大学院医学工学総合研究部 ワイン科学研究センター助教
2015年	山梨大学大学院総合研究部 ワイン科学研究センター助教
2018年	山梨大学大学院総合研究部 ワイン科学研究センター准教授
2024年	山梨大学大学院総合研究部 ワイン科学研究センター教授 現在に至る

異分野からの栄養治療への新たな視点－ All for one ; 光って位置が認識できる CV ポートは簡単に実現できる。

荒井 恒憲

慶應義塾大学理工学部 名誉教授



栄養代謝臨床における CV ポートの有用性は論を俟たない。皮下に設置される CV ポートは見えない状態であり、セプタム穿刺手技は習熟と技量維持の訓練が必要である。医工学者の視点では、CV ポートを見える化すれば医療従事者がだれでも安全に使用できるのではないかと思われた。では CV ポート（セプタム）の見える化（場所認知）は可能かと言えば、それは技術的に十分に可能である。我々は、CV ポートを可視化する部材開発をこの数年行ってきたのでご紹介したい。

まず、CV ポートに光源を設置して皮膚上から見えるのか？ということに関しては、赤い色の光は皮膚 <1 cm を透過し目視できるので実用上問題無い。一番のハードルは、光らせるためのエネルギーをどこから供給するのか？という点である。長期に体内に留置する CV ポートでは電池という選択肢は無い。我々は無線給電技術に注目した。この技術は携帯電話充電器として普及していて古くから知られているが、生体適用では各種の電磁安全性を担保しなければならない。我々の開発した部材はエネルギーを送る側（給電コイルおよび給電装置）とエネルギーを受け光る側（受電リングおよび光源）から成り、エネルギーを伝送したときだけ CV ポートが光る。CV ポートの主な留置場所である胸部は、留置型の不整脈治療器の設置場所でもあり、このような機器の耐性に関しても検討する必要がある。また、胸部診断の為に MRI を撮影することも多く、MRI 画像への影響や MRI が及ぼす影響を検討する必要がある。これらの制約を満たすように設計した受電リングおよび光源は、市販されている各メーカーの CV ポート筐体内部に装備可能ほど小さく薄い。この部材は CV ポート内部に収納され、本来の機能に変化は無いので、一部変更申請にて上市可能であろう。試作した部材を内装した模擬 CV ポートを豚皮下に留置して複数の医療関係者により穿刺し、その性能を検討したところ、①厚さ 8 mm の皮膚厚でもセプタム位置が認識でき、②偏位穿刺が抑制され、③穿刺までの判断時間も短いことから、セプタム中心の確実な把握が可能であると結論づけられた。また、模擬 CV ポートの偏位も光で判定できた。

現状で CV ポートは十分安全に運用されているが、CV ポートの見える化が進めば、訓練を受けていない医療従事者でも安全に運用できる様になる。大きなコストを掛けずに医療機器の安全化を進めることができる。

経歴

1953 年	神戸生。東京都出身。
1976 年	慶應義塾大学工学部電気工学科卒。
1981 年	同大学大学院工学研究科電気工学専攻博士課程修了。工学博士。 同年、防衛医科大学校医用電子工学講座助手。 同大学校助教授。
1993 年	同大学校助教授。
2001 年より	慶應義塾大学理工学部物理情報工学科教授。
2009 年 8 月	株式会社アライ・メッドフォトン研究所設立、取締役会長（兼任）。
2011 年 4 月より	慶應義塾大学医学部兼任担当教授（解剖学）
2012 年	慶應義塾先端科学技術研究センター所長
2013 年 8 月	株式会社アライ・メッドフォトン研究所 代表取締役社長（兼任）（2018 年度内に解散）。
2015 年 4 月より	（公財）テルモ生命科学振興財団 理事、研究開発選考委員、国際交流助成選考委員。
2019 年 3 月	慶應義塾大学定年退職、名誉教授称号。
2019 年 4 月より	（公財）小笠原科学技術振興財団 選考委員。
2019 年 8 月より	古河電気工業株式会社、エグゼクティブ・アドバイザー（ライフサイエンス）
2023 年 4 月より	（公財）防衛大学校学術・教育振興会 研究助成金選考委員

【協賛：株式会社 シャトレーゼ】

一般演題 抄録

○-1-1 急性期病院における認知症高齢者の栄養障害の実態とその関連因子の探索

遠藤 真奈美¹、佐藤 由美¹、人見 麻美子¹、蛭名 由加里²、大永 里美²、大石 智³、比企 直樹⁴

¹ 北里大学病院 栄養部、² 北里大学病院 看護部、³ 北里大学医学部 精神科学、⁴ 北里大学医学部 上部消化管外科学

【目的】 認知機能障害は高齢者における低栄養リスクの一つであり、回復期病院では認知症高齢者の栄養障害の現状や栄養ケアの在り方が検討されている。一方、認知症やそれに伴う低栄養は疾患治療や QOL に影響するにも関わらず、急性期病院での検討は少ない。今回、急性期病院における認知症高齢者の栄養障害の実態とその関連因子を探索した。

【方法】 2021 年 12 月から 1 年の間に当院認知症ケアチームが介入した 65 歳以上の入院患者のうち、入院時日常生活自立度 3a 以上の 47 名を対象とした。まず、高齢者の栄養指標である Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI) の基準に基づき、GNRI < 92 を栄養障害有として入院時・退院時の栄養障害患者の割合を算出した。次に、入院時から退院時の栄養障害有無の変化で 4 群 (A: 無～無、B: 無～有、C: 有～無、D: 有～有) に分け、患者背景および栄養関連項目を比較検討した。

【結果】 栄養障害患者の割合は入院時 68.1%、退院時 85.1%であった。A/B/C/D 群の内訳は 7/8/0/32 例で、入院時から退院時まで栄養障害がない例 (A 群) の一方、悪化例 (B 群) もみられた。B 群は A 群に比し在院日数が長く (p=0.024)、年齢が高い傾向 (p=0.068)、緊急入院が多い傾向 (p=0.077) であった。

【結論】 急性期病院の認知症高齢者では、半数以上の症例で入院時から栄養障害を認め、その割合は退院時に増加した。入院中の栄養障害の悪化には高齢、緊急入院、在院日数が関連する可能性が示唆された。

○-1-2 ハロペリドール静脈内投与によって食事摂取量が減少した認知症高齢者の一例

関口 香織¹、岩倉 由未子¹、鳥居 那奈²、長谷川 美紀²、平野 史也³、南條 嘉宏³、田川 学³

¹ 立川相互病院 栄養科、² 立川相互病院 薬剤部、³ 立川相互病院 総合診療科

【目的】 ハロペリドール静脈内投与が食事摂取に影響した症例を経験したので報告する。【症例】 83 歳の認知症の女性。入院日の朝、腹痛が出現し当院へ救急搬送された。イレウスの診断で外科へ緊急入院となり、保存的治療が開始された。しかし症状は改善せず、第 6 病日に腸閉塞解除術が施行された。第 11 病日から食事が提供されたが、むせこみを繰り返していた。第 20 病日の嚥下造影検査では藤島の摂食・嚥下能力のグレードは Gr3 と評価された。第 24 病日に不随意運動が出現し、第 22 病日に投与されたハロペリドールの副作用が疑われた。食欲低下の精査加療目的で第 29 病日に総合診療科へ転科した。画像検査にて新たな器質的異常を指摘できなかった。第 40 病日には夜間の声出しに対してハロペリドールが投与された。その後 3 日間は食事摂取量が減少し、回復するまでに計 6 日を要した。その後は食事摂取量が安定し、第 55 病日に静脈栄養を終了することが出来た。【考察】経過を振り返ると第 9 病日にもハロペリドールが投与されており、第 11 病日以降の食事摂取に影響していたと思われる。計 3 回のハロペリドール投与によって食事摂取量が減少した期間は通算 30 日以上となり、静脈栄養期間、入院期間が長くなった。【結語】 食事摂取量減少への対応には正しい診断が必要である。高齢者においては薬剤の単回投与でも作用が遷延することがあり、副作用の早期発見および合併症の予防に努めることが重要である。

○-1-3 SGLT2 阻害剤開始後数日で DKA を発症し糖質制限が判明した 2 型糖尿病の一例

大山 知代、山本 侑香、石河 珠代

高松赤十字病院 内分泌代謝内科

【症例】52 歳女性【現病歴】30 歳頃より糖代謝異常を指摘。40 歳頃にシダグリプチン 50mg 開始された。HbA1c 9~10 % 台で経過していたが、子宮腺筋症の手術予定となり産婦人科主治医から厳格な血糖管理を指示されたため、自身判断で糖質制限を開始した。その後かかりつけ医受診し、シダグリプチンがダバグリフロジン 5mg とセマグルチド 3mg の 2 剤に変更となった。変更後 2 日は症状なく経過したが、3 日目より腹痛とめまいが出現。食事摂取困難だったが、糖尿病薬は内服していた。4 日目に嘔吐と動悸あり。5 日目に症状増悪と心窩部痛を主訴に救急搬送された。痛みの原因となる画像所見は指摘できず、随時血糖 242mg/dL、HbA1c 10.5% と高値で pH 7.0671 と著明なアシドーシスを認めたことから、SGLT2 阻害剤による糖尿病性ケトアシドーシス（DKA）と診断し入院治療開始した。【治療経過】入院後はブドウ糖を含む製剤で十分な補液とインスリン投与を使用した。症状は徐々に改善し、入院第 3 病日に自覚症状消失したため食事開始した。全量摂取可能であり、強化インスリン治療とシダグリプチン 50mg 内服で退院。退院後はバランスの良い食事療法を遵守し、血糖改善とともにインスリンは離脱。HbA1c 6% まで改善した。【考察】2 型糖尿病患者には、自身の判断で糖質制限を行なっている症例がある。SGLT2 阻害剤の開始時には、食事内容、特に炭水化物摂取状況の確認と、服用開始後の患者指導が必要と考えられる。

○-1-4 食事療法と降圧療法の併用療法で腎保護効果が得られた 2 型糖尿病患者の一例

山崎 修、安川 穂、落合 文佳、森本 幾之、浅川 信一郎、奈倉 倫人、新井 繁幸、田村 好古、
藤垣 嘉秀、柴田 茂

帝京大学医学部 内科学講座

【はじめに】糖尿病性腎症は慢性腎臓病（CKD）のうち、透析に至る最も頻度の高い原疾患である。また、CKD に対する治療法については、効果を有する薬剤は数少ない。今回我々は、網膜症・腎症を合併した症例に集学的加療を行う事で腎保護が得られたため報告する。

【患者】72 歳、女性。50 歳で 2 型糖尿病を発症し、55 歳でインスリン導入を行った。73 歳の時に、増殖性網膜症・網膜剥離の手術目的で当院眼科初診した。初診時 Cr 0.95 mg/dL、eGFR 44.4mL/min/1.73m²、尿蛋白 11.2 g/gCre であった。eGFR は -10 mL/min/1.73m²/年の減少率であった。直ちに食事療法を開始し、既に導入されている ARB に加えミネラルコルチコイド受容体拮抗薬（MRA）を導入した。HbA1c は 9.0 → 7.6% と改善し、更に eGFR 減少率は -4 mL/min/1.73m²/年と改善した。また、尿蛋白は 98% の減少率（0.25g/gCre）となった。

【考察】血管合併症を保有した場合、臓器障害が進展しているため、改善効果は乏しいことが知られている。集学的加療で腎保護効果が著明に認められたことで、糖尿病保有患者の治療行動変容の動機付けにも期待できる、と考える。

○-1-5 イワシ缶詰の総脂質およびエイコサペンタエン酸（EPA）、ドコサヘキサエン酸（DHA）含有量に関する考察

古屋 宏章¹、長谷川 正光²

¹ 昭和大学附属烏山病院 薬局、² 高浜豊田病院

＜目的＞高脂血症に対し薬品として使用されることもあり、副作用として易出血性を呈することもある ω -3 脂肪酸含有の食品（サバ缶詰）について以前考察した。サバは漁獲時期により 6～27%（標準 16%）まで脂肪含有量が変化するが、イワシは 16%～23%（標準 9%）と変動が少ない。イワシにおける ω -3 脂肪酸の含有量を機能性表示食品と食品で比較することを目的とした。＜方法＞公開されている数社のイワシ缶詰の食品成分表示から 100g あたりの脂肪量と EPA、DHA の含有量を算出して比較した。＜結果＞製品の一部を抜粋した。製品 α ：中性脂肪を下げるとうたっている機能性表示食品 100g あたり EPA：400mg/DHA：500mg、脂質 2.8～24.1g。製品 β ：通常の食品 100g あたり EPA：1400mg/DHA：600mg、脂質 10.9g。機能性表示食品の脂質含有量に幅はあるが、EPA および DHA の含有量は一定である。通常の食品の脂質含有量は一定であり、EPA および DHA の含有量は機能性表示食品より多かった。＜考察＞エイコサペンタエン酸カプセル 1 包の EPA 含有量は 900mg であり、通常 1 日 1～3 回内服する。1 食あたりの EPA/DHA 摂取量は機能性表示食品であるイワシ缶詰よりも通常の缶詰の方が多く可能性がある。1 日 2 回製品 β を摂取すると、医薬品の EPA1 日投与量よりも缶詰の摂取量が多くなり、易出血性の中毒症状が生じる可能性が考えられる。＜結論＞以前のサバの検討と同様に、摂食に伴う ω -3 脂肪酸の過量摂取に留意するべきである。

○-2-1 当院における嚥下リハビリテーション栄養チームの紹介

寛 慎吾¹、大塚 有希子²、村井 良子¹、茂木 奈津²、古井 郁恵³、賀川 千瑛⁴、若林 秀隆⁵

¹ 東京女子医科大学病院 リハビリテーション部、² 東京女子医科大学病院 看護部、³ 東京女子医科大学 麻酔科、

⁴ 東京女子医科大学 歯科口腔外科、⁵ 東京女子医科大学 リハビリテーション科

〔目的〕2023 年 9 月よりリハビリテーション（以下リハ）科医師、看護師、言語聴覚士、歯科医師、麻酔科医師、理学療法士からなる嚥下リハ栄養チームを立ち上げた。嚥下リハ栄養チームの運用経験、各職種の介入視点を中心に活動を報告する。

〔方法〕対象者は嚥下リハ介入中で栄養障害があり多職種介入が望ましい症例を選抜し、週 1 回 2 名を昼食中にラウンドした。栄養目標設定は、患者の目標 ADL、退院後の生活を見据えた目標体重を設定し、投与エネルギーを決定した。摂食嚥下機能、口腔機能、病棟・自宅での生活状況、投薬状況、リハ運動負荷量を評価し、各職種の視点から主治医、病棟看護師、管理栄養士、リハスタッフへ変更点を提案した。

〔結果〕2023 年 9 月～2024 年 2 月までの介入患者は 18 名、平均介入 2.8 回。中枢系神経系疾患による嚥下機能低下 7 名、脳梗塞後誤嚥性肺炎 3 名、誤嚥性肺炎 2 名、心臓手術後嚥下機能低下 2 名、細菌性肺炎 1 名、癒着性イレウス 1 名、敗血症後嚥下機能低下 1 名。下咽頭癌 1 名。介入後の提案は、①食形態変更・栄養補助食品付加、②薬剤調整（減量・中止、漢方追加）、③静脈栄養・補液量変更、④リハ運動内容変更、⑤口腔ケア指導・義歯調整などであった。介入終了患者 14 名の内、12 名は栄養目標を達成した。

〔結論〕嚥下リハ栄養チームでは、患者生活機能を中心にした介入を行った。各職種の強みを生かすことで、SMART な目標を設定し、実行できる可能性がある。

○-2-2 脊椎手術者に対するリハビリテーション栄養介入の経験－超音波画像診断装置を用いた筋評価の実践－

小山田 千尋、濱中 康治

JCHO 東京新宿メディカルセンター リハビリテーション室

【はじめに】筋評価は栄養やサルコペニアの指標としても重要な役割を持ち、その評価方法も複数存在する。今回、超音波画像診断装置（以下、超音波）を用いて筋厚および筋輝度評価を実践した症例を経験したため、報告する。

【症例紹介】80歳代女性。変性後側弯症の診断にて、手術目的で入院。入院時、身長 147.0cm、体重 39.0kg、BMI 18.0kg/m²。MNA 10点、CONUT 5点。超音波を用いた大腿四頭筋（直筋 / 内側 / 中間 / 外側）の評価では、筋厚が 11.7 / 9.1 / 9.3 / 11.7 mm、筋輝度が 63.9 / 66.6 / 61.1 / 71.1 であった。筋厚は Image J、筋輝度は Apollo viewer Lite を用いて評価した。

【経過】一期目の手術後は、TEE 約 1260kcal に対し、摂取量は約 700kcal と推察された。リハビリは 1-1.5METs 程度から開始し、二期目の手術後、安静度に応じて実施した。摂取量増加に伴い、TEE 約 1330kcal、摂取量は約 1600kcal となり、正の栄養バランスに転化したと推察された。退院時は、体重 39.2kg、BMI 18.0kg/m²、MNA 18.5点、CONUT 1点。筋厚は 11.5 / 9.2 / 8.8 / 10.8mm、筋輝度は 55.5 / 61.1 / 57.2 / 61.0 であった。ADL 全自立のうえ、術後 29 日目に退院となった。退院時評価より、身体機能と栄養状態の改善に正の関係を認め、筋輝度は低値を示した。

【考察】超音波での筋評価を行うことで、より詳細に運動負荷の調整が可能となった。身体機能のみならず、筋厚や筋輝度の評価を行うことは重要であると考ええる。

○-2-3 リハ栄養のケアプロセスを用いてリハビリを実施しながら体重を維持した一例

大塚 有希子¹、篠 聡子¹、茂木 奈津¹、村井 良子²、寛 慎吾²、賀川 千瑛³、古井 郁恵⁴、若林 秀隆⁵

¹ 東京女子医科大学病院 看護部、² 東京女子医科大学病院 リハビリテーション部、³ 東京女子医科大学病院 歯科口腔外科、

⁴ 東京女子医科大学病院 麻酔科、⁵ 東京女子医科大学病院 リハビリテーション科

【目的】当院では 2023 年 8 月より嚥下リハ栄養チームの活動を開始した。リハ栄養ケアプロセスに沿って介入した。

【方法】栄養摂取量が不足した嚥下障害患者を選定し、週 1 回医師・歯科医師・言語聴覚士・理学療法士・看護師が参加する嚥下リハ栄養チームで回診した。【結果】症例は 60 歳代女性で、重症筋無力症急性増悪と非結核性抗酸菌症併発による呼吸不全で緊急入院し、薬物療法、酸素療法、血漿交換を行った。入院 13 日目に介入し、身長 159cm、体重 45kg（入院前 6 か月で 6% 減少）、嚥下障害で絶食中、経鼻経管が挿入困難で中心静脈栄養管理（1430kcal / 日）であった。体重減少の原因の診断推論で嚥下障害や呼吸困難感による摂取量低下、呼吸筋疲労や炎症はない（CRP < 0.01mg / dl）慢性疾患によるエネルギー消費量の増加を検討した。低栄養、サルコペニア、栄養素摂取不足と診断した。短期（2 週間）は体重減少 1kg 以内、長期（2 か月）は現体重維持を目標に設定した。静脈栄養を 1710kcal / 日に増量し、摂食嚥下と全身のリハを実施した。治療が奏功し嚥下機能が改善し、経口栄養を併用して 2300kcal / 日を投与した。入院約 3 か月で常食を摂取し、階段自立まで身体機能が回復し退院した。体重は静脈栄養時 43.1kg へ、経口栄養併用後 45.6kg へ変化した。【結論】体重が減少している嚥下障害患者に対して、多職種チームでリハ栄養ケアプロセスを用いた介入を行うことは、体重を維持し、身体機能を改善する可能性がある。

O-2-4 NST 介入患者における低亜鉛血症の実態調査

佐伯 玲奈¹、相原 絵梨花¹、越塚 宏美^{2,3}、伊藤 綾花^{2,3}、佐々木 睦⁴、松田 祐貴⁵、依田 光正⁶、池田 尚人⁷

¹ 昭和大学江東豊洲病院 栄養科、² 昭和大学江東豊洲病院 薬剤部、³ 昭和大学薬学部 病院薬剤学講座、

⁴ 昭和大学江東豊洲病院 看護部、⁵ 昭和大学江東豊洲病院 リハビリテーション室、

⁶ 昭和大学横浜市北部病院 リハビリテーション科、⁷ 昭和大学江東豊洲病院 脳神経外科

【目的】NST 介入患者における低亜鉛血症の実態とその背景因子について調査する。

【方法】2021 年 4 月から 2023 年 12 月に NST 介入となった患者 248 名のうち、介入時に血清亜鉛が測定されていた患者を対象とし、低亜鉛血症の症例を調査した。「亜鉛欠乏症の診療指針 2018」に記載されている亜鉛欠乏症を示す血清亜鉛濃度に基づき、正常群、潜在性欠乏群、欠乏群の 3 群に分類し、年齢、性別、BMI、Hb、Alb、投与経路、摂取栄養量、褥瘡の有無について比較検討した。

【結果】血清亜鉛を測定した理由は BMI18.5 未満（17 名）、褥瘡患者（11 名）、その他（16 名）で、対象患者 44 名（年齢：77.2 ± 10.5 歳、性別：男 26 名、女 18 名）中 40 名に低亜鉛血症がみられた（正常 4 名、潜在性亜鉛欠乏 17 名、亜鉛欠乏症 23 名）。正常群、潜在性欠乏群、欠乏群の比較で有意差はみられなかったが、経口摂取（名）0vs3vs11、体重当たりのエネルギー摂取量（kcal/kg/日）26.7 ± 10.2vs23.1 ± 9.7vs18.2 ± 10.1 と欠乏群で経口摂取患者が多いが、エネルギー摂取量は少なかった。また、欠乏群で褥瘡患者が多かった。

【結論】NST 介入患者では低亜鉛血症の患者が多い可能性が考えられた。経口摂取患者や褥瘡患者では低亜鉛血症となる可能性が高いため、血清亜鉛の測定や低亜鉛血症に対する栄養学的介入が必要であると考えられるとともに、適切な食形態の選択と摂取栄養量の充足率が重要であると再認識することができた。

O-2-5 COVID-19 ワクチン接種の効果は入院時血清亜鉛値に左右されるか

中瀬 一¹、西 純子²、浅川 弘美²、浅川 浩樹³、堀込 かずみ⁴、小泉 恵子²、伊藤 英明⁵、小林 光⁵、山本 悦子²、千葉 隆⁵、井出澤 剛直¹

¹ 北杜市立甲陽病院 外科、² 北杜市立甲陽病院 看護部、³ 北杜市立甲陽病院 薬剤部、⁴ 北杜市立甲陽病院 栄養科、

⁵ 北杜市立甲陽病院 リハビリテーション科

【目的】血清亜鉛と COVID-19 の経過との関連が報告されている。COVID-19 ワクチン接種の感染予防、発症予防、重症化予防などの効果が示されている。ワクチン接種の効果と血清亜鉛値との関連について検討した。

【方法】2021 年 12 月 20 日から 2023 年 4 月 30 日までの COVID-19 入院症例のうちワクチン接種歴が明らかな 497 例を接種なし（0）群、接種有（V）群、入院時血清亜鉛値 60 μg/dL 未満（L）群、以上（N）群に分類し、在院日数、ネーザルハイフロー療法（NHF）率、死亡率に関して比較した。

【結果】在院日数中央値（日）は 0 群 9、V 群 9、0L 群 12、0N 群 8、VL 群 10、VN 群 8 で 0L 群 0N 群間、VL 群 VN 群間に有意差を認め、0 群 VL 群間に有意差を認めなかった。

NHF 率（%）は 0 群 8.1、V 群 2.4、0L 群 10.6、0N 群 5.3、VL 群 4.4、VN 群 0.5 で 0 群 V 群間、VL 群 VN 群間に有意差を認め、0 群 VL 群間に有意差を認めなかった。

死亡率（%）は 0 群 5.7、V 群 2.7、0L 群 7.6、0N 群 3.5、VL 群 5.0、VN 群 0.5 で VL 群 VN 群間に有意差を認め、0 群 VL 群間に有意差を認めなかった。

【結語】ワクチン接種群の NHF 率の低減は重症化予防効果であることが示唆された。しかし接種群でも入院時低亜鉛血症では在院日数、NHF 率、死亡率が接種歴なしと同等であった。呼吸器障害や死亡の原因は分類していないが、低亜鉛血症ではワクチン接種の恩恵を得にくくなる可能性が示唆された。日常生活における血清亜鉛値の維持は重要であることが示唆された。

○-3-1 「臨床現場の問題解決グループ」 グループミーティング報告～ JSPEN-U45 club ～

市川 佳孝¹、矢田 光絵²、濱本 憲佳³、島本 和巳⁴

¹群馬大学医学部附属病院 看護部、²大阪急性期・総合医療センター 歯科口腔外科、³藤田医科大学病院 看護部、

⁴淡海医療センター 消化器内科

【背景】

臨床現場の問題解決グループは「JSPEN-U45 club」の活動の1つとして、2023年9月に発足し、『実際の臨床現場での問題を解決するために議論、活動を行うこと』を活動の主旨としている。第1回は『TPNメニュー設計・臨床現場での問題・悩み』をテーマにグループミーティングを行った。

【方法】

『TPNメニュー設計・臨床現場での問題・悩み』についてメンバーにアンケートを行い、主となる議題に対して、ZOOMでの特別講義とディスカッションを行った。

【結果】

アンケートは17名からの回答があり、『TPNメニューの問題・悩み』は19件で、主な内容は「脂肪乳剤の適正使用について」「TPNメニューの設計」「ブドウ糖の適正な投与速度」であった。『臨床現場での問題・悩み』は7件で、主な内容は「タスクシフト」「提案に対する医師の反応について」であった。グループミーティングは23名が参加した。経験豊かな薬剤師による特別講義とディスカッションを行い、終了後のアンケートではグループミーティングに参加した16名中11名が満足したと返信があった。

【結語】

グループミーティングに参加したメンバーの満足度は高かったが、参加していないメンバーの方が多く、その意見を反映できなかったことが今後の課題である。グループミーティングだけでなく、今後様々なツールを用いて、臨床現場での問題について議論しながら、学会発表や学会誌 JSPEN への投稿で発信することが重要である。

○-3-2 在宅歯科医療連携室の活動報告 ～訪問歯科衛生士の役割について考える～

東澤 雪子¹、天神 尊範²

¹ 藤沢市歯科医師会 在宅歯科医療連携室、² クローバーホスピタル 消化器内科 総合内科 在宅診療部

目的：在宅歯科医療連携室は歯科医院に通院困難な方、嚥下障害のある方などの相談窓口として2015年に設置された。電話相談だけでなく歯科衛生士による訪問相談（無料）を行っておりニーズの把握に努めている。今回は2023年の訪問件数を基に相談内容を集計・分析し訪問歯科衛生士の役割について考察する。

方法：2023年の在宅歯科医療連携室における訪問件数（155件）を集計し、依頼元、相談内容及び対応を分析することにより、対象者の課題（顕在的・潜在的ニーズ）の抽出を行った。

結果：訪問件数：155人・依頼元：本人・家族20人（13%）、ケアマネジャー53人（35%）訪問看護・介護職員5人（3%）、医師35人（22%）、歯科医師12人（8%）、病院・施設30人（19%）・相談内容（複数あり）：歯科治療118人（76%）、口腔衛生・ケア81人（52%）、摂食嚥下障害29人（19%）、食事・栄養55人（35%）・対応：訪問歯科60人（39%）、歯科通院61人（39%）、嚥下外来9人（6%）、TBI、経過観察25人（16%）

無料の訪問相談は歯科の敷居を低くし丁寧な傾聴を行うことで歯科治療以外の潜在的ニーズを明らかにできた

結論：歯科的問題の背景には摂食嚥下障害や低栄養等に加えて全身状態や生活環境の問題もあり、歯科だけでなく多職種連携協働が必要である。歯科衛生士は対象者のニーズに寄り添った支援ができるようコミュニケーションスキルや摂食嚥下、栄養療法についての知識を深め研鑽していきたい

○-3-3 ワルファリン投与中患者へのビタミン K 含有高カロリー輸液の影響

大庭 菜月¹、千葉 正博²、唐沢 浩二²、岡本 まとか²

¹ 昭和大学 薬学部、² 昭和大学 薬学部臨床薬学講座臨床栄養代謝学部門

【目的】 臨床の間ではワルファリン服用患者にビタミン K 含有高カロリー輸液を投与したところ、プロトロンビン時間国際標準比（PT-INR）のコントロール不良となる事例が散見される。そこで今回、高カロリー輸液管理中にワルファリンを使用している患者について検討した。

【方法】 2021 年 1 月から 2023 年 12 月の間にワルファリン服用中でビタミン K 含有高カロリー輸液の投与を受けていた成人症例を対象とし併用前後における、PT-INR の変化について調査した。なお、CYP2C9 と相互作用がある薬を併用中の患者については除外せずサブ解析を行い、肝機能が child-pugh grade B 以下の患者は除外した。（倫理承認番号：2023-265-A）

【結果】 43 症例のうち、ワルファリンとビタミン K 含有高カロリー輸液の使用時期が重なっている症例 22 症例が対象となった。患者の特徴として、年齢の中央値は 82 歳、男女比は 14:8 である。ビタミン K 含有高カロリー輸液併用の前後で、約 68.2% の症例において PT-INR の低下が見られ、PT-INR の低下によりワルファリン増量となった症例は約 71.4% であった。

【結論】 ビタミン K 含有高カロリー輸液併用により、PT-INR の減少が多く症例で確認できたので、ビタミン K 含有高カロリー輸液はワルファリンの効果を減弱させる可能性があり注意を要すると考えられた。

○-3-4 ACP（Advance Care Planning）の確認がとれず人工栄養に関して苦慮した 1 例

山本 悦子、浅川 弘美、小泉 恵子、千葉 隆、浅川 浩樹、堀込 かずみ、中瀬 一

北杜市立甲陽病院 看護部

【症例】

90 歳代女性、独居で身寄りが無い。既往歴に認知症があり。左被殻出血と脳梗塞で救急搬送された後、加療目的で当院へ転院となった。失語症があり意思疎通が困難であった。運動麻痺はなかった。

【経過】

入院中に新型コロナウイルス感染症に罹患し食事摂取困難なため経鼻胃管を挿入し経管栄養を開始した。ST による嚥下の評価と直接訓練を実施した。直接訓練や間接訓練に対して拒否が強く経口摂取は困難だった。CONUTscore は入院時：10、5 ヶ月後：5 と改善した。寝たきりから座位保持可能となった。日中のほとんどを車椅子で生活するなど意欲は向上した。今後の方向性についてイラストを使用し説明を行ったが、意思決定は困難だった。ACP の介入を行っていないため、今後のあり方について NST 主導で多職種により現状の状態から患者が望む場所や望む生き方を推測し人生の最終段階の決定について繰り返し話し合いを行った。検討内容として①栄養療法の有無②投与経路の選択・胃造設の同意③医療者としての最善の策などであった。しかし、多発転移を伴う癌が発見されたため緩和ケアへ移行となった。

【結語】

医療者は、身寄りがなく意思決定困難な患者に対し最後まで自分らしく生きることを支える必要があると考える。早い段階から ACP の介入を行っていくためには、地域での介入も重要と考える。

○-3-5 女性外科病棟における病棟常駐管理栄養士の役割

藤原 舞、澤田 実佳、関根 里恵、伊地知 秀明、深柄 和彦

東京大学医学部附属病院 病態栄養治療センター

【目的】 卵巣癌症例の多くは術後や再発時に短期入院化学療法を繰り返す。退院後、口内炎や味覚異常などの副作用により摂取量低下する患者が多い。しかし化学療法の投与量減量を避けるため、自己流の食事により体重回復を図ることは少なくない。今回、管理栄養士が病棟に常駐し栄養介入・栄養情報提供を行う意義を学んだ2症例を報告する。

【症例1】 49歳女性、再発卵巣癌 IVB 期。身長 165.6cm / 体重 58.6kg、BMI21.4。TC 療法施行直後より嘔気・味覚異常出現頻度高いため、患者と共に病院食を調整。また味覚異常に対し薬剤（酢酸亜鉛水和物錠）処方されたが、経口摂取の工夫を情報提供。TC+Bev 療法へ変更後も同様の副作用継続あり、nadir 期は摂取量低下みられたが、継続的な介入により体重は BMI22 前後、Alb4.0g/dl 以上にて推移。

【症例2】 48歳女性、再発卵巣癌Ⅲ A2 期。身長 162.2cm / 体重 53.1kg、BMI20.2。TC+Bev 療法施行後1週間程度は口内炎出現しやすく、経口摂取・口腔ケアが苦痛。しかし、薬剤による副作用緩和方法は希望しないため予防困難。口内炎出現時は極端な経口摂取量低下あり、nadir 期に 2kg 体重減少。口内炎出現時の食事摂取方法の情報提供を行い、その後は BMI20 前後で経過。

【結果】 病棟常駐を行うことは顔が見える管理栄養士となり、短期の繰り返し入院患者とも信頼関係を築きやすい。患者自らが発信する情報により、先を見越した栄養療法の提案・情報提供を行うことが可能であった。

○-3-6 当院緩和ケア病棟にて栄養指導を行った症例

岡本 篤司、田中 美有、富永 菜月、天野 佑美、伊藤 智美、雨宮 巳奈

山梨県立中央病院 栄養管理科

緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者・家族の QOL を、身体的・心理的・社会的問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。がん終末期における栄養摂取量の低下は、患者自身の「食べられない苦痛」だけでなく、家族の「食べさせられない苦痛」であったり、体調が悪化していく不安や辛さを引き起こしてしまう。今回我々は令和4年1月から12月までに当院緩和ケア病棟に入棟し栄養指導を行った6症例について、指導内容・経過を振り返り、今後の終末期患者への栄養指導の展望について考察をしたので報告する

○-4-1 心臓血管外科術後の超早期経腸栄養と免疫学的後遺症との関連：Propensity-score matched study

吉田 稔¹、神田 直樹^{2,3}、柏木 静⁴、大邊 寛幸⁵、中村 謙介^{3,4}

¹ 聖マリアンナ医科大学 救急医学、² 自治医科大学 総合診療内科、³ 日立総合病院 救命救急センター、

⁴ 横浜市立大学附属病院 集中治療部、⁵ 東北大学大学病院 高度救命救急センター

目的

早期 enteral nutrition (EN) の利点の一つに、腸管免疫の維持があるが、感染症や死亡をアウトカムとすると controversial である。そこで我々は、重症病態後に生じる免疫学的後遺症（易感染性）である Persistent Inflammation Immuno-suppression and Catabolism Syndrome (PICS) に注目し、術後適切な EN 開始時期が不明な心臓血管外科術後の重症患者での超早期 EN の効果に関して検討した。

方法

DPC レセプトに採血データが連結したビッグデータを用い、心臓血管外科術後に ICU に入室した患者を対象とした。術後 1 日目に EN を開始した群を超早期 EN 群、術後 2、3 日目に開始した群を対照群とした。主要アウトカムを術後 14 日目における PICS と死亡の複合アウトカムとし、プロペンシティーマッチングを用いて 2 つの群を比較した。

結果

2367 のペアがマッチングされた。複合アウトカムは対照群と比較して超早期群が有意に低かった（術後 14 日時点の risk difference, -2.9%; 95% CI -5.7% to -0.2% と 28 日時点の risk difference, -2.1%; 95% CI, -3.8% to -0.3%）。死亡は両群で有意差はなかった。在院日数は超早期 EN 群で有意に短かった（combined differences -2.3 days; 95% CI -3.9 to -0.6）。

結論

心臓血管外科術後の重症患者において、術後 1 日目の EN 開始は、術後 2、3 日目の開始と比較して PICS が有意に低く、在院日数も有意に短かった。心臓血管外科術後は消化器外科と同様により早期の EN が有効な可能性がある。

○-4-2 大腸がん術後患者における経口摂取開始時期と骨格筋量の変化

和久井 美穂、矢部 義人、松浦 史生

筑波記念病院 栄養管理課

【背景・目的】

術後回復力強化プログラム (ERAS[®]) は、術前後の身体負担を最小限にし、早期の回復と退院を可能にする (Clin Nutr, 2005)。ERAS[®] では、術後 1 日目 (Post Operative Day 1; POD1) より経口摂取開始が勧められるが、当院では ERAS[®] に比べて絶食期間が長く、骨格筋量が減少するリスクが高いと考えた。そこで今回、大腸がん術後患者における経口摂取開始時期と骨格筋量の変化について検討を行った。

【方法】

2021 年 6 月～2022 年 4 月に消化器病棟に入院した全患者のうち、予定手術を行った大腸がん患者を対象とした。術後の経口摂取開始が 3 日目以内であった群 (A 群)、4 日目以降であった群 (B 群) に分け、基礎情報と InBody[®] S10 で測定した栄養指標を 2 群間で比較した。また、両群の栄養指標の変化量を比較した。

【結果】

対象期間に消化器病棟に入院した 387 名の患者うち、計 48 名が解析対象となった。そのうち、A 群は 18 名 (年齢中央値 61 歳、男/女: 11/7)、B 群は 30 名 (年齢中央値 65 歳、男/女: 13/17) であった。

術前後の骨格筋量を比較すると、A 群 ($25.4 \pm 7.4\text{kg}$ vs. $24.3 \pm 6.9\text{kg}$, $P < 0.001$)、B 群 ($23.4 \pm 6.0\text{kg}$ vs. $22.7 \pm 5.7\text{kg}$, $P < 0.001$) とともに有意に減少していた。両群の骨格筋量の変化量を比較したが有意差はなかった ($P = 0.57$)。

【結論】

予定手術を行った大腸がん患者は、術後に骨格筋量が減少していた。今回の検討では、経口摂取開始時期における骨格筋量に違いはなかった。

○-4-3 気管切開後、カフ付きカニューレの状態で経口摂取開始を検討した一例

伊藤 明日香、宮澤 靖

東京医科大学病院 栄養管理科

目的

気管切開後患者は摂食嚥下障害が起こりやすいため、経口摂取開始が遅れてしまうことが考えられる。今回当院救命救急センターにおいて気管切開施行となった患者の嚥下評価や経口摂取開始について検討した一例を報告する。

症例

70 代男性。就寝時に喘鳴様の呼吸苦みられ救急搬送。既往歴に重症筋無力症あり、肺炎を契機にした重症筋無力症クリーゼの診断となり、挿管、人工呼吸器管理となった。人工呼吸器離脱困難であり 21 病日目に気管切開施行。カフ付きカニューレ装着、人工呼吸器管理下であったが 24 病日目にアイスマッサージ開始、28 病日目にベッドサイドで管理栄養士と看護師による RSST、MWST、フードテストを施行し経腸栄養を併用しながらゼリーの経口摂取を開始。食事摂取後は毎回カフ上吸引を施行して確認を行った。37 病日目に人工鼻、スピーチカニューレへ変更となり嚥下調整食コード 2-1 から徐々に食形態をアップし 44 病日目に経腸栄養終了、47 病日目に軟菜食、56 病日目に常食へ変更した。55 病日目に気管カニューレ抜去となった。

結論

カフ付きカニューレ装着中であつたが簡易嚥下評価の実施やカフ上吸引での確認を徹底し、細かな食形態の調整を行った。気管切開後 7 日で経口摂取開始しその後も誤嚥性肺炎などを引き起こすことはなく経口摂取のみで栄養量を充足できた。気管切開術後の高齢患者であっても早期に経口摂取開始を検討することで入院前の食形態へ戻すことができた。

○-4-4 周術期の静脈栄養管理 透析患者の術後のタンパク質投与量を調整した症例

伊東 佑樹¹、佐伯 顕文²、石崎 均³

¹IMS グループ医療法人 三愛会 三愛会総合病院 薬剤部、²IMS グループ医療法人 三愛会 三愛会総合病院 消化器内科、

³IMS グループ医療法人 三愛会 三愛会総合病院 薬剤部長

70 歳男性 身長 166.7cm 体重 67.2kg BMI : 24.18、Alb2.6g/dl。

既往歴 : HD、CLTI、DM、糖尿病性壊疽、OMI (RCA の CTO)

< 症例 >

今後 Stage II a の直腸がん手術実施予定 NST チームにて栄養管理、高カロリー輸液の調整実施。

血糖コントロールは入院当初よりやや不良、タンパク質量は CKD のため少なめ、入院時空腹時血糖は日中約 140mg /dl 台、入院 1 か月前の HbA1c は 8.2% と推移。術前より血糖コントロール介入し 91mg /dl。開腹術後は消化管利用が困難。高カロリー輸液にて調整、エネルギー、蛋白、脂質の組成を調整。タンパク質は侵襲後の高めに設定し、術後 7 病日目で TPN と併用しながら、経口摂取を開始した、14 病日目には TPN を離脱。末梢輸液に減量した。24 病日目には末梢輸液からも離脱し経口摂取のみとなる。術後 33 病日目には高血糖、合併症はなく、食事量も維持でき下肢切断目的にて転院運びになる。

< 考察 >

術前、術後の周術期カロリー、末梢輸液における栄養療法において NST チームによる介入は優位性がある周術期では周術期の重症病態でタンパク質の投与量を高めに設定エネルギー量の調整。

タンパク質の調整、糖質調整を行ないチームで連携をとった結果。血糖変動値の評価をすることができ、筋肉量の低下予防、術後の早期高カロリー輸液の離脱また早期経口摂取量の上昇につながった。

一方早期に高カロリー輸液の離脱につながり、タンパク質の投与量を高めに設定したことで無事手術に踏み切れた。

○-4-5 3 次救急受診患者における血清セレンの測定および補充の実態調査

金尾 里菜¹、岡本 まとか²、唐沢 浩二²、千葉 正博²

¹ 昭和大学 薬学部、² 昭和大学 薬学部 臨床薬学講座 臨床栄養代謝学部門

【目的】必須微量元素の1つであるセレン(以下 Se)は含有タンパクであるセレノプロテインとして強い抗酸化作用をもち、様々な病態での関連性が研究されている。今回は昭和大学病院における超急性期患者の中で血清 Se を測定した患者の特性を調査することにした。

【方法】2023 年の 1 年間(1 月～12 月)に昭和大学病院救命救急センターを受診、入院した患者の中で低栄養評価のため血清 Se を測定した患者を電子カルテで後方視的に調査した。来院日から 8 日以上経過後に Se 濃度を測定した患者は除外した。この研究は昭和大学における人を対象とする研究等に関する倫理委員会による審査の承認を得て実施した。(承認番号: 2023-235-A)

【結果】対象症例は全 15 例。男性 10 例、女性 5 例で年齢の中央値は 61 歳だった。15 例中、血清 Se 値が基準値より低い症例は 6 例、セレン欠乏症が疑われる症例は 4 例であった。Se 中央値は全体で 11.0 $\mu\text{g}/\text{dL}$ 、低値群の Se 中央値は 7.2 $\mu\text{g}/\text{dL}$ であった。低値群のうち 5 名が男性、BMI18.5 未満の患者は 1 名だった。受診理由は多岐に渡っていた。

【結論】3 次救急を受診した患者のうちセレン低値を認めた患者は男性が多い傾向がみられた。ただし、今回の調査では、経口摂取が可能で早期に食事を再開できる患者が多く含まれると予想したため、入院からセレン測定まで 1 週間以上経過している患者を除外したが、疾患そのものによりセレンが低下する場合はより長い期間の観察が必要であると考ええる。

○-4-6 実践報告 A 病棟看護師に対する栄養 10minutes lecture - 臨床推論を支えるために -

森 みさ子¹、遠藤 尚子¹、武田 裕美¹、卜部 綾乃²、町田 慎二³、柴田 みち²

¹ 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護部、² 栄養部、³ 腎臓高血圧内科

【目的】A 病棟看護師の臨床推論能力向上を目的として、栄養管理に関連するミニレクチャー(以下、栄養 10minutes lecture)を開始した。本報告では、栄養 10minutes lecture の実践を振り返り実施状況を報告する。

【調査期間】2023 年 11 月 - 2024 年 4 月

【研究対象者】A 病棟看護師

【研究方法】①実施回数、テーマ、参加者数 ②看護師に対するインタビュー

【結果】実施回数 11 回、テーマは採血結果の読み方、急変を予測するデータの読み方など、参加者数は病棟看護師 1-2 名/回であった。インタビュー分析では、看護師は栄養に関する(共通言語を持っていないことによる苦しみ)や(未熟さを感じる体験)をしており、《知識不足による自己肯定感の低下》を招いている一方で、患者の栄養状態に対する関心として【専門職連携の困難さを感じる局面】【患者から学ぶ局面】【看護師から学ぶ局面】という 3 つのカテゴリーが生成され、《専門職連携の困難さ》を感じながらも、《看護の可能性を実感する》《キャリアを考える機会》となっていることが示された。

【考察】臨床においては、患者に対する治療処置が優先されるため栄養管理の優先順位が下がりやすい。その中で、看護管理者が栄養 10minutes lecture を導入し、担当者を決めて役割を任命したことは、看護師のモチベーションを上げる機会となったといえる。引き続き、看護の価値を感じながら実践できるような教育体制を整備したいと考える。

○-5-1 卵巣癌術後に低栄養と嚥下障害を認めた患者に対し複数のチーム介入が奏功した一例

高橋 理美子¹、荒木 昌美²、伊藤 淳子¹、大塚 将秀³、折目 和基⁴、根本 明宣⁵

¹ 横浜市立大学附属市民総合医療センター リハビリテーション部、² 横浜市立大学附属市民総合医療センター 看護部、

³ 横浜市立大学附属市民総合医療センター 集中治療部、⁴ 横浜市立大学附属市民総合医療センター 内分泌・糖尿病内科、

⁵ 横浜市立大学附属市民総合医療センター リハビリテーション科

【はじめに】NST で栄養管理を行った上で SST が介入し、スムーズに経口摂取へ移行、その後自宅退院となった症例を報告する。【症例】70 歳、女性。卵巣癌の手術目的に X 日入院。X+1 日単純子宮全摘術施行。術後創部感染、小腸穿孔による敗血症性ショックとなり、開腹ドレナージ術とイレウス管挿入術施行し挿管・人工呼吸器管理となった。X+10 日経管栄養を開始した。X+30 日気管切開術施行し呼吸器離脱した。栄養量を増やすと水様便となり栄養管理に難渋したため X+37 日 NST が介入した。【経過】介入時の栄養状態は身長 162cm、体重 69.6kg、BMI26.5kg/m²、CC31.2cm、Alb2.3g/dL、Hb9.2g/dL、CRP6.095mg/dL、握力 7.8kg/8.4kg であった。目標栄養量を 1800kcal とし、栄養剤の種類、投与方法、下痢に対する薬剤調整、離床促進等を提案した。X+57 日栄養投与経路を経口へ移行する目的に SST が介入した。SST 介入時の嚥下機能は FOIS：Level1 であった。SST では、カフ脱気・発声練習、直接訓練、食形態の提案、嚥下評価等を行った。X+71 日カニューレ抜去。X+72 日経鼻胃管抜去。X+81 日自宅退院となった。退院時の栄養状態は体重 69.1kg、BMI26.3kg/m²、CC32cm、Alb3.3g/dL、Hb10.6g/dL、CRP0.933mg/dL、握力 20.3kg/17.4kg。嚥下機能は、FOIS：Level7 と改善を認めた。【考察】NST で低栄養の進行防止及び身体機能向上を図り、適切なタイミングで SST が介入したことで自宅退院が可能となったと考える。

○-5-2 Refeedinng 症候群の 1 例

小泉 恵子、野中 茜、小澤 恒彦、堀込 かずみ、小林 光、野澤 穂多香、浅川 浩樹、井出澤 剛直、中瀬 一

北杜市立甲陽病院

【目的】現病歴：54 歳 男性。
1 ヶ月間食事が入手できずコンビニで食事をもらいに行ったところで動けなくなり、市の職員と受診。入院となった。アパートはゴミ屋敷であり、電気・水道も止められていた。入院前は食べ物がなく砂糖や味噌をなめていた。歯磨き粉やティッシュも食べていた。神社で水汲みし、しのいでいたとのこと。現症：空腹、動悸感。心電図上 2 段脈あり。身長 175cm、体重 38.5Kg、BMI12.6。四肢計測値：AC 右 17cm、左 17cm、TSF 右 8mm、左 8mm、CC 右 25cm、左 25cm。入院時検査成績：アルブミン 3.6g/dL、クレアチニン 1.16mg/dL、カリウム 2.4mEq/L、リン 3.3mg/dL。低栄養と電解質異常をきたしており、NST 介入を行い多職種との連携をはかった。【方法】嚥下障害や消化器症状は認めなかったため経口摂取を 800kcal/日から開始したが、脱水対策として輸液とカリウムを追加した。カリウムは第 5 病日から上昇。リンは第 5 病日に 2.3mg/dL だったがその後上昇。2 段脈は第 3 病日から目立たなくなった。リハビリは可能な範囲から開始した。【結果】身体機能は外出可能なレベルとなり、さらに生活再建を市と進めて退院調整を行った。【結論】Refeedinng 症候群は飢餓後の再栄養時に細胞内への水分や電解質の移動により発生する。血中 P、K、Mg の低下を認め時に致命的になる。静脈栄養、経腸栄養いずれでも起こりえる。本症例は食事があれば摂取は可能だったので注意を要した。

○-5-3 夜間腸瘻による経管栄養法を行い、体重や ADL の改善ができた 1 例

工藤 志帆¹、石井 良昌²

¹ 蓮田一心会病院 栄養科、² 座間総合病院 歯科口腔外科

【目的】術後経口摂取困難による体重減少をきたす症例は多い。今回、夜間腸瘻を併用し体重や ADL が改善できた症例を経験したので報告する。【症例】73 歳男性 病前 ADL は自立。20XX 年 12 月胃癌の診断にて A 病院で胃全摘術（R-Y 再建）腸瘻造設術を施行。術後 2 病日から経管栄養剤を少量持続投与。術後 15 病日、胃切後 6 回食を開始したが、摂取不良で腸瘻を併用するも入院時より体重も 8kg 減となり廃用も進行したため、リハ目的にて当院入院。身長：167cm 体重：38kg BMI：13.6 FIM：97 胃切後 6 回食を提供したが、間食拒否と摂取不良により摂取量は（エネルギー（以下：E）150kcal、蛋白質（以下：P）7.5g であり、腸瘻より経腸栄養剤 600mL（E：600kcal P：26.4g）を日中注入し、合計 E：750kcal P：34g であった【経過】第 8 病日 NST 介入。潰瘍 3 回食＋MCT に変更し、栄養剤注入を日中から夜間に変更【結果】食事回数を減らし、経腸栄養を夜間にした事で、食間の時間を確保しリハ時間を増加できた。第 37 病日には E：1700kcal P：70g を経口摂取可能となり、腸瘻を中止。4kg 増の 42kg となり、FIM：106 歩行可能 ADL 改善、退院となった【結論】経管栄養の患者は、リハ時間確保と必要栄養量注入のバランスが求められている。本症例では、経口摂取量が中々増えなかったが、腸瘻栄養投与を夜間に変更、食事回数を減らす事でリハ時間を確保し、ADL の改善だけではなく、空腹感を導き日中の喫食量を増加することができた。

○-5-4 院内褥瘡発生患者の転帰からみた栄養摂取量と栄養介入の検討

田中 美有¹、雨宮 巳奈¹、富永 菜月¹、天野 佑美¹、伊藤 智美¹、志村 友紀²、望月 美希²、
長田 厚³、岡本 篤司^{1,4}、宮坂 芳明⁵

¹ 山梨県立中央病院 栄養管理科、² 山梨県立中央病院 看護局、³ 山梨県立中央病院 皮膚科、⁴ 山梨県立中央病院 緩和ケア科、

⁵ 春日井総合リハビリテーション病院 内科

1. 目的

院内褥瘡発生患者の栄養摂取状況を把握し、今後の栄養介入方法を検討することを目的に栄養摂取状況を調査した。

2. 方法

当院で褥瘡発生した患者 44 名を対象とし、褥瘡の転帰が治癒・改善した群、不変・悪化した群の 2 群に分け、褥瘡チーム介入前後の栄養摂取量を比較した。また治癒・改善群において NST 介入を必要とした難治症例患者の転帰までの経過を調査した。

3. 結果

褥瘡チーム介入後の栄養摂取量ではエネルギー摂取量 [治癒改善群 19.5 (2-24) kcal/kg/日 vs 不変悪化群 11.5 (0.6-33) kcal/kg/日、p=0.01]、タンパク質摂取量 [治癒改善群 0.8 (0-2.3) g/kg/日 vs 不変悪化群 0.55 (0-1.4) g/kg/日、p=0.03] で有意差がみられた。多変量解析においてエネルギー摂取量 [OR=1.12 (95%CI：1.02-1.23)、p=0.01] が転帰に影響した因子となった。カットオフ値はエネルギー摂取量 14kcal/kg/日、タンパク質摂取量 0.6g/kg/日であった。

4. 結論

褥瘡発生患者において、エネルギー摂取は転帰に関連する因子となり、多いほど良好な転帰となったが、各種ガイドラインや報告上の必要栄養量には達していない。このことから患者全体の栄養摂取量の底上げに向け、褥瘡発生ハイリスクへの栄養介入、また難治症例患者においても治療期間短縮に向け、早期からの NST 介入を進めている。

日本栄養治療学会首都圏支部 第15回支部学術集会 協賛企業・団体一覧

日本栄養治療学会首都圏支部 第15回支部学術集会の開催にあたり、下記の皆様にご協賛いただきました。
ここに深甚なる感謝の意を表します。

日本栄養治療学会首都圏支部 第15回支部学術集会
会長 市川 大輔

ランチョンセミナー 共催

株式会社大塚製薬工場

ミヤリサン製薬株式会社

企業展示

アボットジャパン合同会社

株式会社インボディ・ジャパン

株式会社大塚製薬工場

尾西食品株式会社

キッセイ薬品工業株式会社

大和電設工業株式会社

テルモ株式会社

東京ヤクルト販売株式会社

ニュートリー株式会社

ネスレ日本株式会社ネスレヘルスサイエンスカンパニー

株式会社 長谷川綿行

株式会社 明治

プログラム・抄録集 広告／バナー広告

アストラゼネカ株式会社

アッヴィ 合同会社

アボットジャパン合同会社

ヴィアトリス製薬株式会社

EA ファーマ株式会社

MSD 株式会社

カーディナルヘルス株式会社

科研製薬株式会社

協和キリン株式会社

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

全国病院用食材卸売業協同組合

第一三共株式会社

武田薬品工業株式会社

中外製薬株式会社

株式会社ツムラ

帝人ヘルスケア株式会社

テルモ株式会社

一般社団法人 日本血液製剤機構

日本イーライリリー株式会社

ノバルティスファーマ株式会社

ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

北杜市立甲陽病院

森永乳業クリニコ株式会社

株式会社ヤクルト本社

スイーツ菓子 協賛

株式会社 シャトレーゼ

ネームカードストラップ協賛

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

寄付

大陽食品株式会社

株式会社 八光

豊前医化株式会社

北杜市立甲陽病院

マグミット製薬株式会社

山梨ストーマ研究会

後援

山梨県医師会

山梨県栄養士会

山梨県看護協会

山梨県作業療法士会

山梨県病院薬剤師会

(五十音順 2024年4月11日現在)