

日本栄養治療学会 近畿支部 第16回支部学術集会



プログラム・抄録集

必要な人に
適正な栄養管理は
届いているか？

会期 2024. 7.20 (土)

会場 京都テルサ 〒601-8047
京都府京都市南区東九条下殿田町70

会長 伊藤 明彦

国立病院機構東近江総合医療センター消化器内科
滋賀医科大学総合内科学講座

日本栄養治療学会近畿支部 第16回支部学術集会の開催にあたって

日本栄養治療学会近畿支部 第16回支部学術集会
会長 伊藤 明彦
国立病院機構東近江総合医療センター 消化器内科
滋賀医科大学 総合内科学講座



この度、『第16回日本栄養治療学会近畿支部学術集会』の当番会長を拝命いたしました。

日本栄養治療学会（JSPEN）は、24000名を超える会員が在籍する日本最大の臨床栄養系の学会で、中でも近畿支部の会員数は4000名を超え、コロナ前の学術集会には1000名を超える先生方にご参加いただいております、そのような会を主催させていただく事は、身に余る光栄です。

ご存知の通り、新型コロナウイルスの感染拡大は、臨床栄養の柱であるNSTを直撃しました。一方で、医療の高度化・細分化が進み、また超高齢化のスピードも加速し、栄養療法の重要性は増すばかりです。

本会開催に当たっては、テーマを「必要な人に適正な栄養管理は届いているか？」とさせていただきました。コロナの直撃で滞った栄養教育と学術活動を軌道に戻し、栄養療法の質の向上を目指して、明日からの臨床に役立つ魅力的な企画を用意しております。

できるだけ多くの先生方にご参加いただき、熱気溢れる学術集会となることを願っています。どうぞご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

日本栄養治療学会近畿支部 世話人一覧

役職	氏名	都道府県	所属
支部長	伊藤 明彦	滋賀県	東近江総合医療センター
代議員	天野 晃滋	大阪府	大阪大学医学部附属病院
	天野 良亮	大阪府	医療法人 天野医院
	荒金 英樹	京都府	愛生会山科病院
	飯島 正平	大阪府	大阪国際がんセンター
	井川 理	京都府	京都第二赤十字病院
	井端 剛	大阪府	箕面市立病院
	海堀 昌樹	大阪府	関西医科大学 外科学講座
	梶原 克美	大阪府	近畿大学病院
	桂 長門	兵庫県	神戸大学大学院医学研究科 外科系講座 災害・救急医学分野
	神谷 貴樹	滋賀県	滋賀医科大学医学部附属病院
	木村 豊	奈良県	近畿大学奈良病院
	鞍田 三貴	兵庫県	武庫川女子大学
	栗原 美香	滋賀県	滋賀医科大学医学部附属病院
	合田 文則	大阪府	千里リハビリテーション病院
	小谷 穰治	兵庫県	神戸大学大学院医学研究科外科系講座
	小西 尚美	兵庫県	兵庫医科大学病院
	西條 豪	大阪府	独立行政法人労働者健康安全機構 大阪労災病院
	杉浦 伸一	京都府	同志社女子大学
	武元 浩新	大阪府	大阪府済生会千里病院
	土岐祐一郎	大阪府	大阪大学
	鳥井 隆志	兵庫県	兵庫県立尼崎総合医療センター
	永野 彩乃	兵庫県	西宮協立脳神経外科病院
	中山 真美	兵庫県	兵庫医科大学
	二井麻里亜	京都府	京都光華女子大学
	西岡 弘晶	兵庫県	神戸市立医療センター 中央市民病院
	土師 誠二	京都府	蘇生会総合病院
	羽生 大記	大阪府	大阪市立大学大学院
	馬場 重樹	滋賀県	滋賀医科大学医学部
	東別府直紀	兵庫県	神戸市立医療センター中央市民病院
	平野 勝康	京都府	舞鶴共済病院
	藤本 美香	大阪府	近畿大学メディカルサポートセンター
	松岡 美緒	大阪府	大阪国際がんセンター
	松末 美樹	兵庫県	あんどろう消化器内科 IBD クリニック
	松谷 泰男	和歌山県	日本赤十字社和歌山医療センター
	松山 仁	大阪府	市立東大阪医療センター

役職	氏名	都道府県	所属
代議員	見戸 佐織	大阪府	箕面市立病院
	名徳 倫明	大阪府	大阪大谷大学
	村山 敦	大阪府	岸和田徳洲会病院
	室井 延之	兵庫県	地方独立行政法人神戸市民病院機構神戸市立医療センター中央市民病院
	矢田 光絵	大阪府	大阪急性期・総合医療センター
	矢吹 浩子	兵庫県	office HAND in HAND
	山田 圭子	京都府	医療法人財団康生会 武田病院
	山田 知輝	大阪府	大阪警察病院
	李 相雄	大阪府	大阪医科薬科大学
学術評議員	浅田 宗隆	大阪府	松下記念病院
	有岡 靖隆	兵庫県	神戸市立西神戸医療センター
	飯田 洋也	京都府	西京都病院
	生島 繁樹	奈良県	地方独立行政法人 奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター
	石田 秀之	大阪府	いしだ医院
	井谷 智尚	兵庫県	神戸市立西神戸医療センター
	岩本 昌子	兵庫県	神戸市立医療センター中央市民病院
	植田 道子	滋賀県	
	内橋 恵	兵庫県	正峰会訪問看護ステーション
	大里 恭章	大阪府	医療法人徳洲会 八尾徳洲会総合病院
	奥村 晋也	京都府	京都大学医学部附属病院
	奥村 仙示	京都府	同志社女子大学
	貝田佐知子	滋賀県	滋賀医科大学
	柏本佳奈子	大阪府	若草第一病院
	勝浦 知恵	兵庫県	公立学校共済組合 近畿中央病院
	加藤 恭郎	奈良県	天理よろづ相談所病院
	鎌田 紀子	大阪府	まちだ胃腸病院
	川端 良平	大阪府	堺市立総合医療センター
	貴島真佐子	大阪府	社会医療法人若弘会 わかくさ竜間リハビリテーション病院
	衣笠 章一	兵庫県	公立宍粟総合病院
	木村 拓也	大阪府	八尾徳洲会総合病院
	窪田 健	京都府	京都府立医科大学
	栗山真由美	京都府	明治国際医療大学
	黄 啓徳	京都府	医仁会 武田総合病院
	郷間 厳	大阪府	堺市立総合医療センター
	櫻井 克宣	大阪府	大阪市立総合医療センター
	塩濱奈保子	京都府	京都済生会病院

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	篠木 敬二	兵庫県	甲子園大学
	島本 和巳	滋賀県	淡海医療センター
	蛇持 聖子	大阪府	
	丈達 知子	大阪府	大阪大学大学院歯学研究科
	白石 裕子	京都府	医療法人 徳洲会 宇治徳洲会病院
	末廣 篤	京都府	京都大学大学院 医学研究科
	高井英月子	大阪府	重症心身障害児者施設 四天王寺和らぎ苑
	高嶋 典子	大阪府	大阪夕陽丘学園短期大学
	高田 俊之	兵庫県	尼崎だいもつ病院
	高橋 美貴	兵庫県	神戸大学医学部附属病院
	瀧藤 克也	和歌山県	済生会有田病院
	竹谷 耕太	大阪府	独立行政法人 労働者健康安全機構 大阪労災病院
	竹林 克士	滋賀県	滋賀医科大学
	田尻ゆかり	大阪府	近畿大学病院
	田附 裕子	兵庫県	兵庫医科大学
	辰巳 真穂	兵庫県	地方独立行政法人 加古川市民病院機構 加古川中央市民病院
	棚野 博文	大阪府	たなのファミリークリニック
	玉井由美子	京都府	京都大学大学院医学研究科
	辻川 知之	滋賀県	地方独立行政法人 公立甲賀病院
	豊田 実和	奈良県	医療法人和幸会 阪奈中央病院
	豊田 義貞	奈良県	株式会社わかば 若葉薬局生駒本店
	中川 理子	大阪府	NTT 西日本 健康管理センタ
	仲下知佐子	大阪府	
	中西 直子	滋賀県	滋賀医科大学医学部附属病院
	中山 環	大阪府	独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター
	西川 和宏	大阪府	大阪警察病院
	錦織 達人	京都府	京都大学大学院医学研究科消化管外科
	西田 香	滋賀県	滋賀医科大学付属病院
	西村 智子	京都府	社会福祉法人京都社会事業財団 西陣病院
	野原 幹司	大阪府	大阪大学大学院歯学研究科
	野村 栄治	大阪府	医療法人恒昭会 藍野病院
	畠山 淳司	大阪府	大阪医科薬科大学
	畑中 徳子	奈良県	天理大学
	濱口 雄平	大阪府	大阪赤十字病院
	平岡慎一郎	大阪府	大阪大学大学院歯学研究科
	福田 泰也	奈良県	近畿大学奈良病院

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	福永恵美子	滋賀県	滋賀医科大学医学部附属病院
	福原 真美	奈良県	公益財団法人天理よろづ相談所病院
	藤田 幸男	奈良県	奈良県立医科大学附属病院
	布施 順子	滋賀県	社会医療法人誠光会 淡海医療センター
	真壁 昇	大阪府	関西電力病院
	松本 史織	京都府	社団法人愛生会山科病院
	三浦 真香	兵庫県	西記念ポートアイランドリハビリテーション病院
	宮崎 安弘	大阪府	大阪急性期・総合医療センター
	村上 翔子	滋賀県	東近江総合医療センター
	本告 正明	大阪府	大阪急性期・総合医療センター
	百木 和	大阪府	摂南大学
	森住 誠	大阪府	社会医療法人寿楽会大野記念病院
	森安 博人	奈良県	南和広域医療企業団 五條病院
	安原 祥子	滋賀県	南草津ひだまりハートクリニック
	山口 千影	奈良県	奈良県立医科大学附属病院
	山根 泰子	大阪府	大阪急性期・総合医療センター
	山本 和義	大阪府	大阪大学
	柚木 大和	大阪府	社会医療法人医真会医真会八尾総合病院
	吉内佐和子	大阪府	関西医科大学附属病院
	吉川 雅則	奈良県	奈良県立医科大学

(2024 年 4 月 1 日 現在)

参加者へのご案内

■学会会場

京都テルサ

〒601-8047 京都府京都市南区東九条下殿田町 70

■参加受付

当日の受付混雑回避のため、事前参加登録へのご協力をお願いいたします。

事前参加登録：2024 年 6 月 10 日（月）正午～7 月 19 日（金）正午

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_kinki2024/registration.html

【参加登録費】

	事前参加登録 (7/19 (金) 正午まで)	当日参加登録 (7/20 (土) 18 時 ～8/31 (土) 正午まで)
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

【当日の現地参加登録について】

現地にて HP から参加登録をいただいた上で、現金もしくはクレジットカードでのお支払いとなります。対応時間に非常にお時間を要する場合がございますので、予めご了承ください。

当日参加受付 日 時：2024 年 7 月 20 日（土）8:20～15:30

場 所：西館 1F エントランスホール

■ネームカード

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 7 月 20 日（土）8:20～15:30

■ランチョンセミナー

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 分後まで有効といたします。

【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。近畿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・書籍販売

日 時：2024 年 7 月 20 日（土）10:00～16:30

場 所：東館 2F 中会議室／西館 2F ホールロビー
ぜひお立ち寄りください。

■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。

■Wi-fi のご案内

会場内には Free Wi-fi のご準備がございます。

パスワードは、当日会場でご確認ください。

■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・更新申請を行う際に、支部学術集会の単位は自動反映されません。手動で単位追加するのにダウンロードした受講票データが必要となります。詳しくは、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

配信期間：2024 年 7 月 30 日（火）正午～11 月 30 日（土）正午まで

配信講演：ランチョンセミナー・アフタヌーンセミナーを除く全講演

※一部配信が無い演題もございます。予めご了承ください。

■次期開催のご案内

日本栄養治療学会近畿支部 第 17 回支部学術集会

会長：荒金 英樹（愛生会山科病院 外科）

会期：2025 年 7 月 19 日（土）

会場：京都テルサ

■お問い合わせ

大会事務局：滋賀医科大学 総合内科学講座

〒527-8505 滋賀県東近江市五智町 255 東近江総合医療センター内

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_kinki@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
教育講演／特別講演	40 分	—
シンポジウム／パネルディスカッション	10 分	2 分
会長推薦セッション	8 分	2 分
一般演題	5 分	2 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 7 月 20 日（土） 8:20～15:30

場 所：西館 1F ホールロビー

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 Windows11 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、運営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。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“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

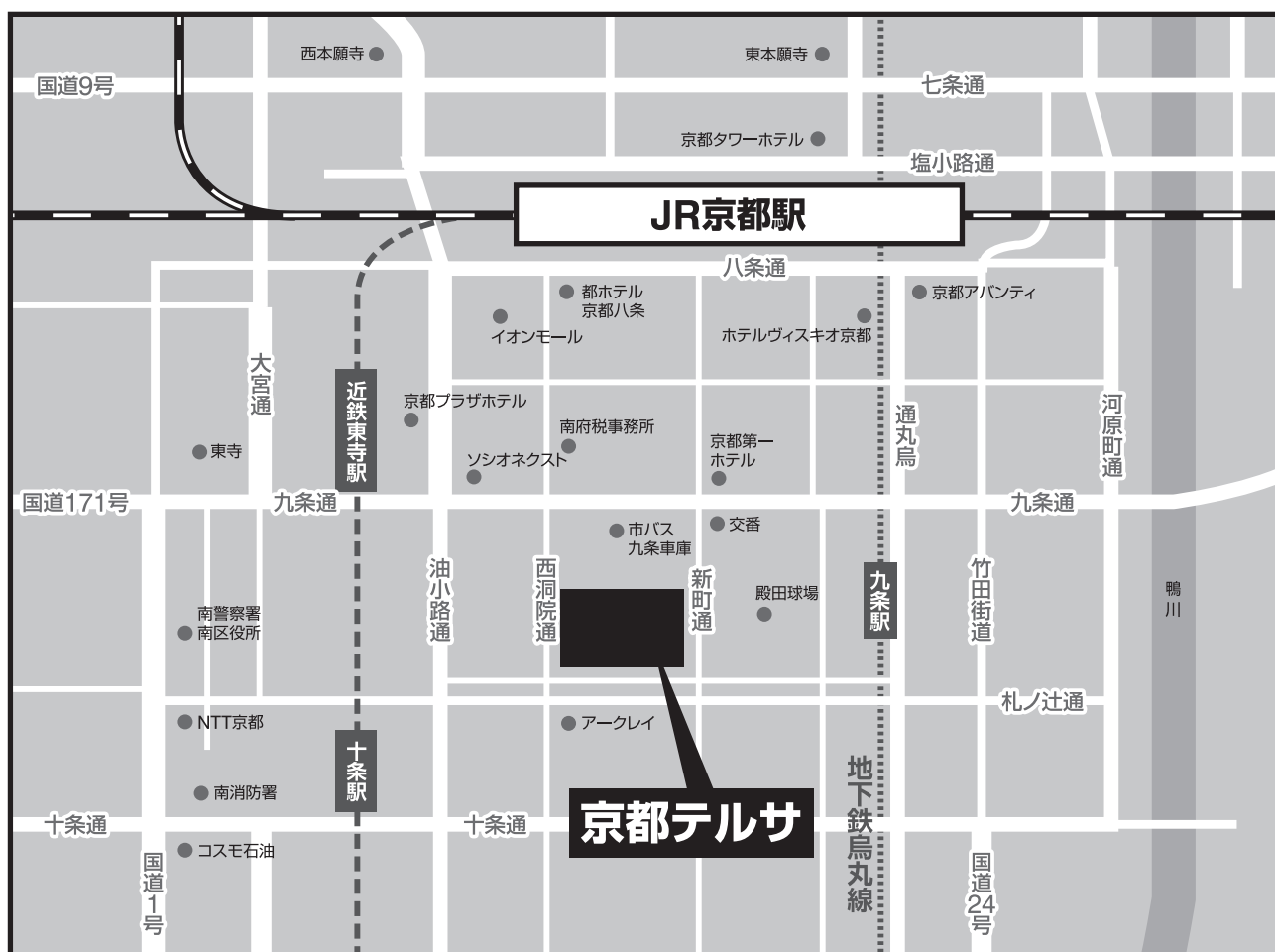
- ・ご担当セッションの開始 15 分前までに、会場前方の次座長席にご着席ください。その際に、進行係にお声がけくださいますようお願いいたします。
- ・スケジュールがタイトですので、くれぐれも時間厳守での進行をお願いいたします。

日程表

★ 現地開催のみ

	第1会場 (西館1F テルサホール)	第2会場 (東館2F セミナー室)	第3会場 (東館3F 大会議室)
9:00	8:55～9:00 開会式		
10:00	9:00～10:25 パネルディスカッション 管理栄養士企画 GLIM criteriaの導入と実践、 栄養治療への活用 平田 幸一郎、坂井 志保、 松岡 美緒、島田 菜帆、餅 康樹 座長：西條 豪、栗原 美香	9:00～10:20 会長推薦セッション 座長：錦織 達人、真壁 昇	9:00～9:56 一般演題1 地域連携・在宅医療・高齢者 座長：西岡 弘晶、松末 美樹
11:00	10:30～11:15 教育講演 病棟で遭遇する電解質異常 水・Na代謝異常を中心に 杉本 俊郎 座長：名徳 倫明	10:30～11:55 パネルディスカッション 看護師企画 エビデンスに基づく栄養療法の実践 ～自信がもてる栄養管理～ 土師 誠二、二井 麻里亜、浅田 宗隆、 柏本 佳奈子、豊田 義貞 座長：永野 彩乃、福原 真美	10:00～10:56 一般演題2 リハ栄養・摂食嚥下 座長：村上 翔子、塩濱 奈保子
12:00	11:15～12:00 特別講演 栄養管理から栄養治療へ 飯島 正平 座長：伊藤 明彦		11:00～11:56 一般演題3 PEG・PTEG 座長：島本 和巳、白石 裕子
13:00	12:05～13:05 ランチョンセミナー1 必要な人に適正なリハビリテーション・ 栄養・口腔管理は届いているか？ 若林 秀隆 座長：井川 理 共催：(株)大塚製薬工場 ★	12:05～13:05 ランチョンセミナー2 経管経腸栄養患者における 腸内細菌叢の現状とその対策 -プロ・プレバイオティクスの最善な活用を中心に 水野 英彰 座長：佐々木 雅也 共催：ニュートリー(株)／(株)カネカ ★	12:05～13:05 ランチョンセミナー3 腸内細菌代謝産物と肥満 木村 郁夫 座長：馬場 重樹 共催：ミヤリサン製薬(株) ★
14:00	13:05～14:48 シンポジウム1 NST活動と栄養関連診療報酬 基調講演：日名子 まき 竹内 裕貴、上田 涼葉、 滝元 里穂、畦地 英全 座長：松岡 美緒、伊藤 明彦	13:05～14:18 パネルディスカッション 薬剤師企画 経腸栄養と薬剤師 西田 香、的場 美香、 村井 良平、真壁 昇 座長：神谷 貴樹、名徳 倫明	13:05～14:30 シンポジウム3 周術期の栄養治療 木村 豊、竹林 克士、東別府 直紀、 土師 誠二、錦織 達人 座長：東別府 直紀、松山 仁
15:00	必要な人にPEG・PTEGは届いているか？ 伊藤 明彦 座長：西口 幸雄 共催：オリンパスマーケティング(株)	14:30～15:26 一般演題4 栄養評価・静脈栄養 座長：森安 博人、布施 順子	14:30～15:00 アフタヌーンセミナー2 ★
16:00	15:00～15:30 アフタヌーンセミナー1 ★	15:30～16:26 一般演題5 NST 座長：松谷 泰男、森住 誠	15:00～15:56 一般演題6 集中治療・周術期 座長：山田 知輝、浅田 宗隆
17:00	15:30～16:55 シンポジウム2 PEG・PTEGのベストプラクティス 鈴木 淳也、島本 和巳、西山 順博、 白石 智順、白石 裕子 座長：山田 圭子、玉森 豊		16:00～16:56 一般演題7 がん 座長：竹林 克士、中山 環
18:00	17:00～17:05 閉会式 17:15～18:00 近畿支部世話人会		

交通案内

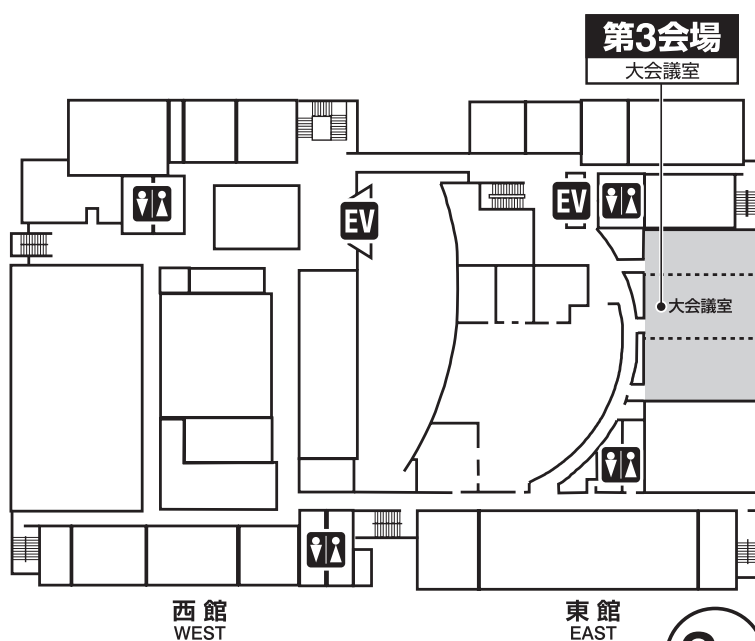


京都テルサ 〒601-8047 京都市南区東九条下殿田町70番地(新町通九条下ル 京都府民総合交流プラザ内)

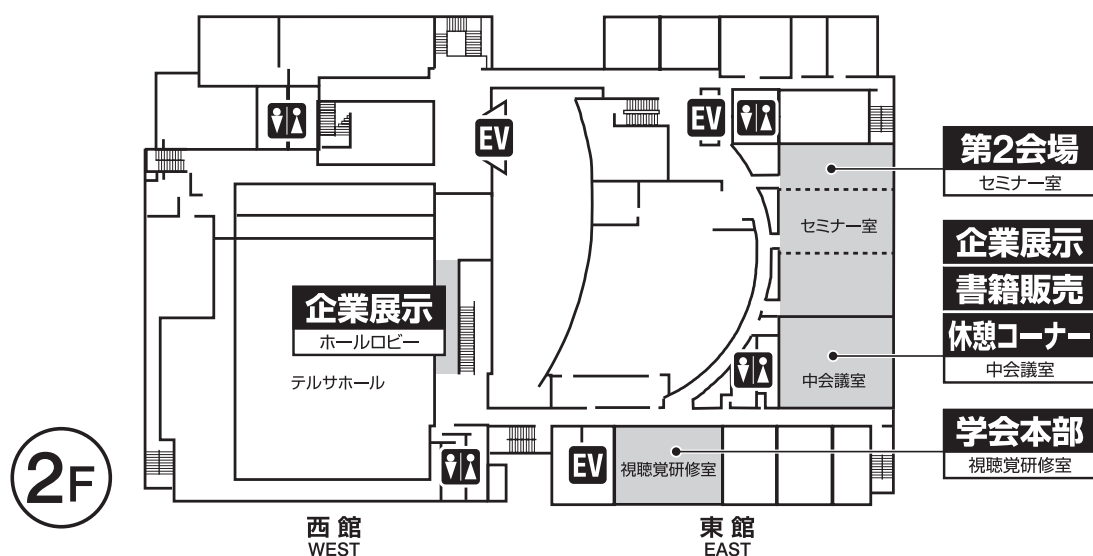
●地下鉄九条駅4番出口より西へ徒歩約5分 ●市バス九条車庫南へすぐ

会場案内

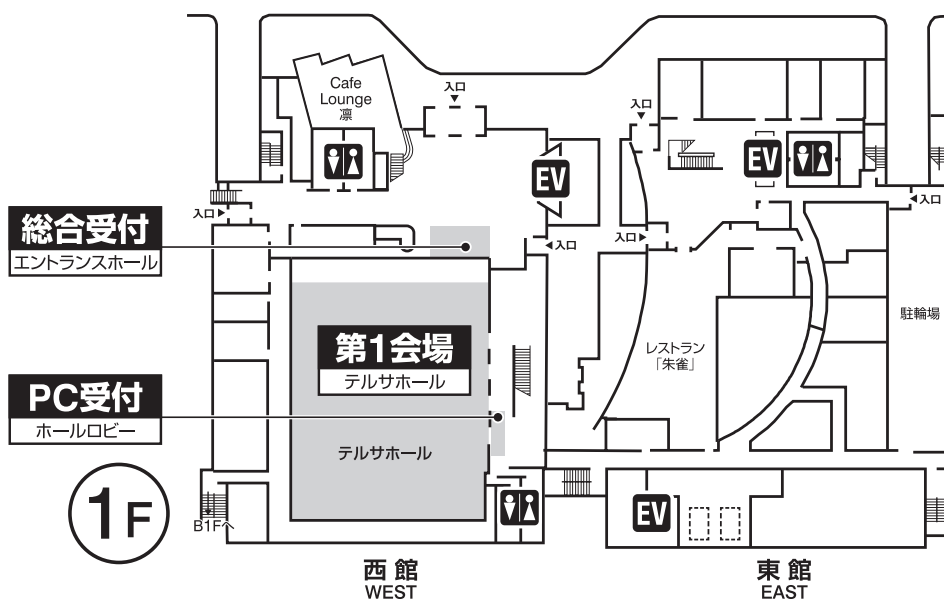
京都テルサ	
第1会場	西館1F テルサホール
第2会場	東館2F セミナー室
第3会場	東館3F 大会議室
企業展示	西館2F ホールロビー
	東館2F 中会議室
書籍販売	東館2F 中会議室
休憩コーナー	
総合受付	西館1F エントランスホール
PC受付	西館1F ホールロビー
学会本部	東館2F 視聴覚研修室



3F



2F



1F

プログラム

第 1 会場

開会式

8:55 ~ 9:00

伊藤 明彦

日本栄養治療学会近畿支部 第 16 回支部学術集会 会長
(国立病院機構東近江総合医療センター消化器内科 / 滋賀医科大学総合内科学講座)

パネルディスカッション 管理栄養士企画 GLIM criteria の導入と実践、栄養治療への活用

9:00 ~ 10:25

座長：西條 豪 (独立行政法人 労働者健康安全機構 大阪労災病院 栄養管理部)
栗原 美香 (滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部)

救命救急センターでの GLIM criteria の導入

平田幸一郎 (近畿大学奈良病院 栄養部)

HCU 入室患者の GLIM 診断の実態調査

坂井 志保 (独立行政法人 労働者健康安全機構 大阪労災病院 栄養管理部)

演題取り下げ

当院における入院時栄養評価としての GLIM 基準導入の方策と管理栄養士による栄養治療への活用

島田 菜帆 (蘇生会総合病院 栄養管理科)

高齢者の多いケアミックス型病院における GLIM 基準導入手順と課題 ～包括ケア病棟での実際～

餅 康樹 (大阪府済生会泉尾病院 栄養科)

教育講演

10:30 ~ 11:15

座長：名徳 倫明 (大阪大谷大学 薬学部 実践医療薬学講座)

病棟で遭遇する電解質異常 水・Na 代謝異常を中心に

杉本 俊郎 (滋賀医科大学総合内科学講座)

特別講演

11:15 ~ 12:00

座長：伊藤 明彦 (国立病院機構東近江総合医療センター消化器内科 / 滋賀医科大学総合内科学講座)

栄養管理から栄養治療へ

飯島 正平 (大阪国際がんセンター)

ランチョンセミナー 1 現地開催のみ

12:05 ~ 13:05

座長：井川 理（亀岡シミズ病院）

LS1 必要な人に適正なリハビリテーション・栄養・口腔管理は届いているか？

若林 秀隆（東京女子医科大学 リハビリテーション科）

共催：株式会社大塚製薬工場

シンポジウム 1 NST 活動と栄養関連診療報酬

13:05 ~ 14:48

座長：松岡 美緒（大阪国際がんセンター 医療技術部 栄養管理部門）

伊藤 明彦（国立病院機構東近江総合医療センター消化器内科 / 滋賀医科大学総合内科学講座）

基調講演：令和6年度診療報酬改定の概要（主な栄養関連事項）について

日名子まき（厚生労働省 保険局医療課）

病棟管理栄養士と NST 活動の変遷と展望

竹内 裕貴（独立行政法人労働者安全機構 大阪労災病院 栄養管理部）

入院栄養管理体制加算と NST 介入について

上田 涼葉（滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部）

がん治療症例に届けたい栄養治療実践のための栄養サポートチーム（NST）の将来像

滝元 里穂（大阪国際がんセンター 医療技術部 栄養管理部門）

NST 活動のボトムアップに伴う NST 活動と NST 加算・早期栄養管理加算の変化

畦地 英全（京都桂病院 消化器内科）

アフタヌーンセミナー 1 現地開催のみ

15:00 ~ 15:30

座長：西口 幸雄（大阪市立総合医療センター）

AS1 必要な人に PEG・PTEG は届いているか？

伊藤 明彦（国立病院機構東近江総合医療センター消化器内科 /
滋賀医科大学総合内科学講座）

共催：オリンパスマーケティング株式会社

シンポジウム 2 PEG・PTEG のベストプラクティス

15:30 ~ 16:55

座長：山田 圭子（医療法人財団 康生会 武田病院）

玉森 豊（和泉市立総合医療センター 消化器外科）

PEG 造設・カテーテル交換におけるリスクマネジメント

鈴木 淳也（南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター 消化器内科）

個々の症例に応じた PEG、PTEG の選択

島本 和巳（淡海医療センター 消化器内科）

地域連携パスを活用した胃瘻管理の啓発

西山 順博（医療法人西山医院）

言語聴覚士の視点から PEG のベストプラクティスを考える

白石 智順（国立病院機構 東近江総合医療センター 栄養サポートチーム）

嚥下内視鏡検査による胃瘻造設前嚥下機能評価の役割

白石 裕子（医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院 看護部）

閉会式

17:00 ~ 17:05

荒金 英樹

日本栄養治療学会近畿支部 第 17 回支部学術集会 会長
（一般社団法人愛生会山科病院 外科）

第2会場

会長推薦セッション

9:00 ~ 10:20

座長：錦織 達人（京都大学大学院医学研究科消化管外科）
真壁 昇（関西電力病院 疾患栄養治療センター）

MNA-SF による COPD 患者の栄養評価と骨粗鬆症との関連

藤田 幸男（奈良県立医科大学附属病院 栄養管理部）

緊急入院した重症脳疾患に栄養療法は届いているか？

定政 信猛（康生会武田病院 NST チーム）

高齢大腿骨近位部骨折患者におけるサルコペニアの有無とアウトカムに関連する因子の検討

黒川 典子（武庫川女子大学 食物栄養科学部）

消化管癌手術の周術期リハビリテーション栄養における栄養投与量が、骨格筋量・運動機能変化に及ぼす影響

永田麻衣佳（蘇生会総合病院 栄養管理科）

呼吸器専門病院における経管栄養患者の下痢発生要因についての検討

山根あゆみ（独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 栄養管理室）

健常者を対象とした ^{13}C 呼気試験による術後早期回復プログラムにおける術前経口補水液の基礎検討

外池 奈実（滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部）

胃癌術後患者の遠隔栄養指導実施状況について

山本美紀子（大阪大学医学部附属病院 栄養マネジメント部）

災害時の栄養 ―能登半島地震 DMAT 出動経験を踏まえて―

丸山瑠里恵（地方独立行政法人 公立甲賀病院 栄養管理課 /
地方独立行政法人 公立甲賀病院 DMAT）

パネルディスカッション 看護師企画 エビデンスに基づく栄養療法の実践～自信がもてる栄養管理～

10:30 ~ 11:55

座長：永野 彩乃（西宮協立脳神経外科病院 看護部）
福原 真美（天理よろづ相談所病院）

Evidence-based practice (EBP) に基づく臨床栄養治療

―自信の持てる臨床栄養専門家であるために―

土師 誠二（蘇生会総合病院 外科）

脳卒中回復期におけるエネルギー・たんぱく質の設定と介入の実際

二井麻里亜（京都光華女子大学 健康科学部 健康栄養学科）

エビデンスを知ってこそ、自信がもてる - 自施設で行った攻めの栄養管理の実際 -

浅田 宗隆（松下記念病院 看護部 5 西病棟）

看護師が実践する栄養管理

柏本佳奈子（社会医療法人 若草第一病院）

在宅中心静脈栄養法をめぐる地域の課題～最低限の決まりは必要！～

豊田 義貞（若葉薬局本店）

ランチョンセミナー 2 現地開催のみ

12:05 ～ 13:05

座長：佐々木雅也（甲南女子大学 医療栄養学部 医療栄養学科 / 滋賀医科大学）

LS2 経管経腸栄養患者における腸内細菌叢の現状とその対策

- プロ・プレバイオティクスの最善な活用を中心に

水野 英彰（医療法人社団悦伝会 目白第二病院）

共催：ニュートリー株式会社 / 株式会社カネカ

パネルディスカッション 薬剤師企画 経腸栄養と薬剤師

13:05 ～ 14:18

座長：神谷 貴樹（滋賀医科大学医学部附属病院 薬剤部 / 医療安全管理部）

名徳 倫明（大阪大谷大学 薬学部 実践医療薬学講座）

栄養管理・NST において、栄養士が薬剤師へ望むこと

西田 香（滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部）

経腸栄養と薬剤師 ～チーム医療の中で経験した経腸栄養への薬剤師の関わり～

的場 美香（地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 薬局）

病棟担当薬剤師が関わった経腸栄養管理 ～外科病棟と内科病棟の症例より学ぶ～

村井 良平（公立学校共済組合近畿中央病院 薬剤部）

経腸栄養管理における薬剤師との協働は医療の質および効率性を向上させる

真壁 昇（関西電力病院 疾患栄養治療センター）

一般演題 4 栄養評価・静脈栄養

14:30 ～ 15:26

座長：森安 博人（南和広域医療企業団 五條病院）

布施 順子（社会医療法人誠光会 淡海医療センター）

○-4-1 Refeeding 症候群高リスク患者への早期介入

鈴木 翔太（国立病院機構 大阪医療センター 栄養管理室）

○-4-2 重度心身障害者の血清セレン濃度に関する実態調査 第2報

桶本 幸（独立行政法人国立病院機構 南京都病院）

○-4-3 亜鉛製剤長期内服による汎血球減少を呈した銅欠乏症の1例

後藤 啓太（国家公務員共済組合連合会 大手前病院 栄養管理室 /
国家公務員共済組合連合会 大手前病院 NST）

○-4-4 褥瘡患者に対するNST 介入効果

早田 将也（西京都病院 検査科）

○-4-5 NST 介入によって良好な経過をたどった褥瘡の一例

松本 直基（社会医療法人東和会 第一東和会病院）

- 4-6 下肢血管からのブドウ糖＋電解質輸液により広範囲の皮膚壊死が起こった一例
和田 昌幸（阪南中央病院 内科）
- 4-7 高齢者の栄養管理をどうするか～ ACP を繰り返し TPN を中止した一例
内貴 乃生（東近江総合医療センター 循環器内科）
- 4-8 胃癌術後早期に嘔吐が問題となった大食い傾向の過体重例での食事指導での反省
藤岡 有紗（大阪国際がんセンター 医療技術部 栄養管理部門）

一般演題 5 NST

15:30 ～ 16:26

座長：松谷 泰男（日本赤十字社和歌山医療センター 乳腺外科）
森住 誠（社会医療法人寿楽会大野記念病院）

- 5-1 精神疾患領域における軽度慢性低ナトリウム血症の現状と問題点
吉田 充代（木島病院 臨床検査グループ）
- 5-2 両足底のⅢ度熱傷患者へ NST 介入、コラーゲンペプチド投与管理を行い創部改善に繋がった 1 例
米満 沙織（北摂総合病院 診療技術部 栄養科）
- 5-3 ERCP 後に発症した重症膵炎と汎血球減少に対して NST 介入した一例
福万 智子（国立病院機構京都医療センター 臨床栄養科）
- 5-4 脳卒中ケアユニットの多職種での栄養管理と課題
舟橋 康弘（地方独立行政法人 堺市立病院機構 堺市立総合医療センター 看護局）
- 5-5 重症心身障害児・者の長期入所施設での NST 稼働前後の状況
園田 祐介（社会福祉法人びわこ学園 医療福祉センター草津 2 病棟）
- 5-6 看護師アンケートからみた当院 ICU における NST 介入の意義
金田 雅大（和泉市立総合医療センター 栄養管理室）
- 5-7 当院の NST に関する意識調査結果についての検討
久保田智恵子（西京都病院 看護部）
- 5-8 当院透析センターでの管理栄養士の役割
～重度栄養障害のある透析患者への新たな試み～
岩崎 早耶（医療法人 康仁会 西の京病院 栄養管理部）

第3会場

一般演題1 地域連携・在宅医療・高齢者

9:00～9:56

座長：西岡 弘晶（神戸市立医療センター 中央市民病院 総合内科）
松末 美樹（あんど消化器内科 IBD クリニック）

- 1-1 多職種連携で在宅医療での経静脈的脂肪乳剤投与を円滑に開始できた一症例
中島 玄行（株式会社ティエスプラン ティエス調剤薬局矢橋店）
- 1-2 在宅型有料老人ホーム入居者の栄養評価および栄養介入における問題点とその後の栄養介入結果
畦西 克己（摂南大学 農学部 食品栄養学科 / 医療法人亀寿会 亀岡内科）
- 1-3 在宅復帰により生じた意図しない脂肪乳剤の投与速度超過を是正した一例
堀 高之（スギ薬局 野洲店）
- 1-4 認知症を有する術後せん妄患者に対し、他の医療チームとの連携により経口摂取改善が見られた一症例
山本 遥香（康生会武田病院 栄養科）
- 1-5 胃切除術を行った95歳の長期臥床、低栄養患者の1例
有川 裕貴（公立宍粟総合病院 外科・消化器外科）
- 1-6 高齢者における、経腸栄養での栄養強化と終末期のギアチェンジの振り返り
光枝 典子（神戸マリナーズ厚生会ポートアイランド病院 看護部）
- 1-7 SGLT2 阻害薬内服中に過剰な食事制限を行い、正常血糖ケトアシドーシスを発症した2症例
大村 寧（公立甲賀病院 糖尿病・内分泌内科）
- 1-8 多職種連携により良好な食思とADLの改善を得て自宅退院が可能となった喘息症例
村上耕一郎（総心会長岡京病院 外科）

一般演題2 リハ栄養・摂食嚥下

10:00～10:56

座長：村上 翔子（国立病院機構 東近江総合医療センター 歯科口腔外科）
塩濱奈保子（京都済生会病院 栄養科）

- 2-1 脳卒中患者における回復期リハビリテーション病棟入棟時の嚥下状態がアウトカムに及ぼす影響
玉野由香理（社会医療法人 寿会 富永病院 栄養部）
- 2-2 舌腫瘍術後の再建皮弁の縮小に対し舌接触補助床が奏功した1例
酒井 洋徳（信州大学医学部附属病院 特殊歯科口腔外科）
- 2-3 摂食嚥下障害患者に対し義歯調整が奏効した1症例
村上 翔子（国立病院機構 東近江総合医療センター 歯科口腔外科）
- 2-4 皮下脂肪により顎引き嚥下が誤嚥を誘発した食道術後高度肥満症例の経験
安並 佳菜（大阪国際がんセンター 医療技術部 リハビリテーション部門）
- 2-5 魚骨が総胆管に迷入し総胆管結石となった1例
水谷 真（第一東和会病院）

○-2-6 左上肢骨折患者に対して運動療法と並行した分岐鎖アミノ酸の摂取により握力と歩行速度が改善した 1 例

松下 翔（京都きづ川病院 リハビリテーションセンター）

○-2-7 大腿骨近位部骨折患者の入院時栄養状態の検討

高橋 有未（同志社女子大学大学院生活科学研究科）

○-2-8 高齢 2 型糖尿病教育入院患者の Short Physical Performance Battery に影響する因子

高田 雄太（地方独立行政法人 公立甲賀病院 リハビリテーション課）

一般演題 3 PEG・PTEG

11:00 ~ 11:56

座長：島本 和巳（社会医療法人誠光会 淡海医療センター 消化器内科）

白石 裕子（医療法人 徳洲会 宇治徳洲会病院）

○-3-1 演題取り下げ

○-3-2 内視鏡下に整復したバンパー埋没症候群の一例

中尾さくら（滋賀医科大学 消化器内科）

○-3-3 経鼻胃管から PTEG への変更をきっかけに経口摂取量が改善した一例

勝本恵理香（東近江総合医療センター 栄養管理室 /
東近江総合医療センター 栄養サポートチーム）

○-3-4 当院における減圧目的 PTEG 造設症例の検討と食事提供の工夫について

神田 暁博（国立病院機構 東近江総合医療センター 消化器内科）

○-3-5 ストーマ排液管理に難渋した空腸瘻造設後の短腸症候群患者に対してラモセトロンを用いた 1 症例

塩飽 舞香（大阪府済生会千里病院 薬剤部 / 大阪府済生会千里病院 NST）

○-3-6 新規格・旧規格経腸栄養製品の賢い使いわけマニュアルのご紹介

永江 彰子（びわこ学園医療福祉センター草津 小児科）

○-3-7 PEG/PTEG に HACCP 導入しませんか

広田 鉄磨（一般社団法人 食品品質プロフェッショナルズ）

○-3-8 看護師特定行為研修における、ろう孔管理関連（胃ろうカテーテル交換）の教育・支援について考える

山元佑加理（滋賀医科大学医学部附属病院 看護部）

ランチョンセミナー 3 現地開催のみ

12:05 ~ 13:05

座長：馬場 重樹（滋賀医科大学医学部 基礎看護学講座（生化学・薬理学・栄養学））

LS3 腸内細菌代謝産物と肥満

木村 郁夫（京都大学大学院生命科学研究科 生体システム学分野）

共催：ミヤリサン製薬株式会社

シンポジウム 3 周術期の栄養治療

13:05 ~ 14:30

座長：東別府直紀（神戸市立医療センター中央市民病院 麻酔科）

松山 仁（市立東大阪医療センター 消化器外科）

胃切除後早期の経口栄養剤の服薬率が術後早期および長期の体重減少に及ぼす影響

木村 豊（近畿大学奈良病院 外科 / 関西消化器癌栄養研究会）

術前アバンドを取り入れた胸部食道癌周術期管理

竹林 克士（滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部 / 滋賀医科大学 外科学講座）

予定開心術大血管手術症例に対する周術期の栄養・リハビリ介入の現状

東別府直紀（神戸市立医療センター中央市民病院 麻酔科）

包括的栄養バンドル管理とスロートレーニング運動療法による周術期管理の臨床効果

土師 誠二（蘇生会総合病院 外科）

食道癌に対する周術期運動栄養療法の安全性と有効性：前向き介入研究

錦織 達人（京都大学 消化管外科）

アフタヌーンセミナー 2 現地開催のみ

14:30 ~ 15:00

座長：竹林 克士（滋賀医科大学医学部附属病院 消化器外科）

AS2 HMB/ アルギニン / グルタミン配合食を用いた心臓術前のプレハビリテーション

小川 真人（大阪保健医療大学）

共催：アボットジャパン合同会社

一般演題 6 集中治療・周術期

15:00 ~ 15:56

座長：山田 知輝（大阪警察病院 ER・救命救急科）

浅田 宗隆（松下記念病院 看護部 5 西病棟）

○-6-1 早期栄養介入管理加算における栄養開始時間短縮のとりくみ

豊嶋 晴香（弘善会矢木脳神経外科病院 栄養科）

○-6-2 当院 ICU における早期栄養介入管理加算に対する取り組みと管理栄養士増員後の効果

山本 順子（市立大津市民病院 栄養部）

○-6-3 敗血症性ショックを生じた患者への栄養管理の介入

蔦谷 敬之（社会医療法人東和会 第一東和会病院 薬剤部）

○-6-4 ICU でのプロテインパウダーの使用経験

山口佐智子（独立行政法人 市立東大阪医療センター）

○-6-5 手術症例に対する入院前栄養評価および周術期栄養管理の取り組み

福岡 学（独立行政法人 市立東大阪医療センター 医療技術局 栄養管理科）

○-6-6 当院における食道切除回結腸再建の術後栄養指標の推移

福尾 飛翔（滋賀医科大学 外科学講座 消化器・乳腺・小児・一般外科）

○-6-7 胃切除術が臍体積および臍機能に及ぼす影響

里井 俊平（大阪暁明館病院）

○-6-8 臍頭十二指腸切除術後の栄養管理に難渋した一例

瀬古由貴子（社会医療法人誠光会 淡海医療センター 栄養部）

一般演題 7 がん

16:00 ~ 16:56

座長：竹林 克士（滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部）

中山 環（独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 診療部栄養管理室）

○-7-1 小児・AYA 世代がん患者の栄養管理と栄養食事指導の活用に関する現状調査

三善 陽子（大阪樟蔭女子大学 健康栄養学部健康栄養学科 /
大阪大学大学院医学系研究科小児科学 /
日本小児内分泌学会 CCS・内分泌腫瘍委員会）

○-7-2 術後補助化学療法完遂までの体重減少を短期で回復できた食道癌の一例

高橋 芽衣（大阪府立病院機構大阪国際がんセンター 医療技術部 栄養管理部門）

○-7-3 演題取り下げ

○-7-4 胃癌術後患者における外来栄養指導の取り組みについて

須崎 裕香（社会医療法人 生長会 ベルランド総合病院 栄養管理室）

○-7-5 緩和治療における栄養用腸瘻再造設が有用であった胃癌の 2 症例

長岡 雅代（市立東大阪医療センター 看護局）

○-7-6 胃癌術後腸瘻栄養の在宅移行困難症例について

坂口 夏菜（市立東大阪医療センター 看護局）

○-7-7 全身倦怠・食欲不振・消化器症状が主訴であった薬剤性心不全の 1 症例

山野 智基（神戸掖済会病院 外科）

○-7-8 テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤（TS -1[®]）での口内炎に半夏瀉心湯が効果を有した 1 例

飯田由貴代（箕面市立病院 看護局）

指 定 演 題
抄 録

病棟で遭遇する電解質異常 水・Na代謝異常を中心に

杉本 俊郎

滋賀医科大学総合内科学講座



超高齢社会の我国において、入院患者における高齢者の占める割合が増えているのが現状である。加齢に伴う生理的機能の変化や複数の疾患に対する薬物治療等のため、血清 Na 濃度の異常を呈する症例が増加している。Na は、K や Mg 等の他の電解質と異なり、血中 Na 濃度の増減が、体内の Na 含量の増減を現すものではないということを理解しないと、正確な診断・加療が出来ないことが特徴である。本講演では、水・Na 代謝異常の病態生理を解説し、高齢者の栄養療法からみた水・Na 代謝異常への対応について、概説したい。

経歴

1989年 3月 滋賀医科大学卒業
同年 6月 滋賀医科大学医学部附属病院医員（研修医）
1991年 4月 滋賀医科大学大学院入学
1995年 3月 同上卒業 医学博士取得
同年 9月 米国ミシガン大学生化学研究員
1998年 4月 滋賀医科大学附属病院医員
1999年 4月 長寿科学振興財団リサーチレジデント
2000年 10月 滋賀医科大学医学部附属病院 医員
2002年 1月 滋賀医科大学内科学講座 助手
2007年 1月 同 講師（学内）
2008年 2月 滋賀医科大学医学部附属病院 卒後研修センター副センター長
2009年 4月 同 糖尿病・内分泌・腎臓内科外来医長
2010年 6月 同 糖尿病・腎臓・神経内科病棟医長
2011年 4月 滋賀医科大学総合内科学講座（地域医療支援）准教授
国立病院機構滋賀病院診療部内科医長
2015年 4月 滋賀医科大学総合内科学講座 准教授
国立病院機構東近江総合医療センター 診療部 総合内科部長
2020年 4月 滋賀医科大学総合内科学講座 教授
国立病院機構東近江総合医療センター 診療部 内科診療部長

所属学会 取得認定医・専門医
日本内科学会認定医・日本内科学会総合内科専門医
日本腎臓学会専門医・指導医・日本腎臓学会評議員
日本透析学会専門医、日本リウマチ学会専門医

主な著書

僕の内科ジェネラリスト修行 カイ書林 2016年
腎生理がわかれば、水・電解質異常がわかる 南山堂 2018年
詳述学べる・使える 水・電解質・酸塩基平衡異常 Q&A 辞典
日本医事新報社 2019年
もう困らない 外来・病棟での腎臓のみかた 中外医学社 2020年
腎生理がわかれば、酸塩基平衡がわかる 南山堂 2021年
わかる・使える・レベルアップ 賢者の利尿薬 南山堂 2022年
腎臓の診療にすぐに役立つ 63の Q&A 金芳堂 2024年

栄養管理から栄養治療へ

飯島 正平

大阪国際がんセンター



静脈栄養と経腸栄養がテーマの小研究会だった JSPEN が、今や会員 23000 名を超える巨大学会に成長した。そのきっかけは、国家職種別縦割り社会だった医療分野で、栄養サポートチーム (NST) という多職種参加の医療チームが栄養管理目線で、当時進行中の病院改革の一翼を担い、支持を得たことにある。栄養関連の研究や臨床管理の担い手医師たち有志を中心に、賛同の医療スタッフの参加と企業の支援を得て、JSPEN が推進の受け皿となり、世界的にも注目される全国的展開に結び付き、2010 年には初めて診療報酬制度で医療チーム活動が評価され、以後は制度が標準的な活動と認識されている。そして、2024 年、さらに一歩踏み出し、医療をダイナミックな代謝面より支える栄養治療を JSPEN はめざしている。

当時の課題は、NST の担い手にふさわしい教育の充実だった。JSPEN では資格制度含めた整備がなされ、多くの資格者を輩出し活動の下支えに貢献してきた。これから新たに学ぶ会員には高いハードルに映るかもしれないが、他の領域の制度要件とは比較できないほど高い質を維持している。学びにゴールはなく、JSPEN での学びを通し、医療の礎となる栄養治療を提供してもらいたい。

支部制度は、地域活動を支援する身近な組織として創設された。しかし、地域ごとに個々の活動が浸透済みで、支部ごとに歴史を感じる特色ある組織だった。しかし、今では、学会の法人化に伴い支部組織の整地化が求められている。支部ごとの事情から、画一的な活動は不可能だが、統一すべき事と地域性を活かすことへの振り分けが必要であろう。

一方で、栄養に関する情報収集に関しては IT 化の恩恵を受けていない。当時は紙カルテ全盛で、この間電子カルテ稼働と IT 化が進んだものの、栄養関連では今でも電子カルテ外での手作業を強いられ、給食管理も部門システム依存である。電子カルテベンダーシステムは旧来のオーダリングや主要診療行為を含む診療報酬にのみに特化しており、評価と計画を繰り返す栄養管理の基本情報はテキストレベルで各記録の隅々に散らばり、活動の足かせとなっている。人口減少時代へ突入し、医療スタッフ減少の未来医療では担い手の付け替えであるタスクシフト / シェアではなく、AI を含む効率的な情報処理を主導しなければならない。各施設から個別の要望や依頼では電子カルテベンダーは動かず、学会としての未来へのアクションを求めたい。

経歴

1959 年 3 月生まれ

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター
栄養腫瘍科主任部長、緩和ケアセンター長

1985 年三重大学医学部卒業後大阪大学第二外科 (現消化器外科) に入局。

関連病院で研修後 1992 年医学博士。

その後 1994 年より米国ニューヨーク病院コーネル大学総合医療センター (現ニューヨークプレスビテリアン病院 / ワイルコーネル医療センター) 外科; 腫瘍外科学部門。

1996 年帰国後関連病院を経て、2016 年より現職。

専門は消化管外科、代謝栄養学、外科感染症学。

指導医・専門医等は外科系をはじめ、日本臨床栄養代謝学会、日本外科代謝学会、日本外科感染症学会など。

大阪大学連合大学院 小児発達学研究科 先端治療・栄養学寄付講座 招へい教授、

大阪府がん対策推進委員会委員 同がん診療連携検討部会委員

大阪府がん診療連携協議会 緩和ケア部会長

本学会 元理事 (2011.2-2023.2)、第 37 回学術集会 会長

基調講演：

令和6年度診療報酬改定の概要（主な栄養関連事項）について



日名子 まき

厚生労働省 保険局医療課

診療報酬における栄養管理に関する評価は、約20年前までは、ほぼ栄養食事指導のみであったが、平成18年に栄養管理体制加算として、管理栄養士の配置や多職種連携による栄養管理体制の整備が評価され、その後、平成24年には入院基本料等の通則として栄養管理体制が位置づけられた。平成22年には栄養サポートチーム加算が新設され、累次の改定で対象病棟を拡大するとともに、チーム医療における栄養管理に関する評価も充実してきた。令和2年にはICUでの早期栄養介入、令和4年には周術期の栄養管理や特定機能病院における管理栄養士の病棟専従配置に関する加算が新設されるなど、高度な栄養管理も評価されるようになってきた。

今般の6年に1度の介護報酬との同時改定である令和6年度診療報酬改定では、入院医療について、後期高齢者の救急搬送の増加等、入院患者の疾患や状態の変化を踏まえて、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患のニーズ増大に対して地域包括医療病棟を新設するなど、患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう各病棟が果たすべき役割を念頭に評価体系を見直した。その中で、栄養管理についても、多岐にわたって評価の充実が図られ、GLIM基準の導入など新たな動きも始まったため、その概要について説明する。

経歴

民間企業等での勤務経験（管理栄養士）を経て、
平成23年 入省（健康局総務課生活習慣病対策室主査）
平成24年 健康局がん対策・健康増進課 栄養調査係長
平成26年 健康局がん対策・健康増進課栄養指導室 栄養管理係長
（老健局老人保健課併任）
平成27年 雇用均等・児童家庭局 母子保健課栄養専門官
平成29年 農林水産省消費・安全局消費者行政・食育課 課長補佐
平成31年 厚生労働省老健局老人保健課 介護予防栄養調整官
令和4年 7月から 現職

病棟管理栄養士と NST 活動の変遷と展望

竹内 裕貴¹、西條 豪¹、藤野 滉平¹、良本 佳代子^{1,2}¹ 独立行政法人労働者安全機構 大阪労災病院 栄養管理部、² 独立行政法人労働者安全機構 大阪労災病院 糖尿病内科

当院における NST 活動は、2003 年に発足し、コンサルテーション型で運営されていた。当時、管理栄養士は主にチーム医療の一員という形で入院患者の栄養管理に携わっており、病院の栄養管理は NST が担っていた。しかし NST 活動には、時間的制約や人的コストがかかることもあり、その介入件数は限られていた。

2016 年より、栄養管理部門の業務改革が開始された。管理栄養士の増員（2015 年：6 名→2024 年：12 名）とともに徐々に主業務を入院患者の栄養管理へシフトすることで、現在は病棟における管理栄養士による能動的な栄養介入を実施している。これに伴い NST 活動においては、NST 委員会で規定する患者介入フローチャートに基づいて、管理栄養士が病棟看護師と協議をする形で、必要性が高い患者のみを NST へ抽出する形をとっている。

近年、様々な栄養管理関連の診療報酬が新設されており、管理栄養士は医療従事者として、能動的かつ日々の変化に対応できる栄養介入が求められている。これら診療報酬の算定要件に、随所に他職種との連携が求められている。これらは、いわば病棟や診療科などのセクション単位での NST とも解釈できる。今後の NST の在り方は、病院全体の栄養管理における中枢として、栄養管理指針を構築するとともに、難渋する症例への対応および管理栄養士主導のセクション単位での NST を統率することが求められると考える。

シンポジウム 1 NST 活動と栄養関連診療報酬

入院栄養管理体制加算と NST 介入について

上田 涼葉¹、西田 香¹、栗原 美香¹、小泉 花奈絵¹、中西 直子¹、竹林 克士^{1,2}、馬場 重樹³、谷 眞至²¹ 滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部、² 滋賀医科大学医学部 外科学講座、³ 滋賀医科大学医学部看護学科 基礎看護学講座

【目的】診療報酬改訂において、特定機能病院にて入院栄養管理体制加算が新設された。当院では 2023 年 8 月より母子女性診療科病棟から開始した。今回、病棟配置の現状と NST との関わりについて検討した。

【方法】該当病棟の医師・看護師にアンケートを実施し、本加算や管理栄養士の病棟配置の認知度や業務負担軽減等を評価した。また、該当病棟の NST 介入症例について検討した。

【結果】本加算の認知度は 38.5%、病棟配置の認知度は 100% であった。病棟配置後の業務負担軽減は「そう思う」「どちらかというと思う」と回答したものは 69.3% であった。NST 介入症例は重症妊娠悪阻や化学放射線療法による経口摂取不良、腸閉塞による長期絶食症例などで、輸液の併用や電解質補正が必要な症例であった。

【考察・結語】病棟配置後、全患者の栄養管理が可能となり、病棟のアンケート結果でも一定の理解が得られている。一方、本算定要件では、NST 加算ができないため、NST の衰退を懸念する意見もある。しかし、管理栄養士だけの介入では栄養状態の改善が困難な症例も存在し、NST による多職種の集学的な栄養介入が必要である。高度の栄養障害患者では、NST 介入期間も長く、栄養管理体制加算よりも NST 加算収入が上回る場合には、当院では入院係にて取捨選択している。病棟専任管理栄養士が適切に栄養評価し、NST 介入依頼することでより充実した栄養管理が実践できる可能性がある。

がん治療症例に届けたい栄養治療実践のための栄養サポートチーム（NST）の将来像

滝元 里穂¹、松岡 美緒¹、高橋 芽衣¹、柳原 佳奈¹、庵森 靖弘³、伊藤 知佐江³、野崎 圭佑³、
 樋山 葉子³、松地 里沙子³、藤嶋 久美子⁴、三村 幸子⁴、古川 玲子⁴、加治木 祐子⁴、石橋 美樹⁵、
 飯島 正平²

¹ 大阪国際がんセンター 医療技術部 栄養管理部門、² 大阪国際がんセンター 栄養腫瘍科 消化器外科 緩和ケアセンター、

³ 大阪国際がんセンター 薬局、⁴ 大阪国際がんセンター 看護部、⁵ 大阪国際がんセンター 歯科

【緒言】NST 加算評価後今年で15年、この間に在院日数は短縮し、外来治療比重も増加した。がん診療では治療は多様化し、全治療期間はますます長期化傾向にある。栄養治療でもこの変化への対応が求められ、制度も例外ではない。当センターではその時々のがん診療に適した活動を意識しており、将来像を議論する上で2023年度の活動を紹介する。

【方法】2023年度当 NST 実績と、3月初回回診対象を後方視的に調査した。約7日の平均在院日数を踏まえ、必要な患者への早期回診を目指し、専任管理栄養士が毎日全入院患者の栄養評価を再確認し、回診対象を判断している。NST 非算定の ICU・HCU では専任管理栄養士を配置、必要な症例では日々情報共有され週複数回回診した。

【結果】2023年度、延べ2315人に5066件回診し、算定は3032件、初回回診は平均5.6病日、平均回診数/入院は2.1回だった。3月初回回診237例のうち102例が短期間の計画的再入院例で、繰り返す各入院を連続した治療期間とし、在宅自己管理を含めた評価に努めた。

【考察】入院中のみ週1回の回診が算定対象の現制度は現行がん診療には適応できない部分が多い。また、アクションとして、常に食は基本ながら、食で不足する場合は必ず存在し、早期の効果的な補助栄養は不可欠である。他の関連制度との連動を含め、マンパワーも考慮した抜本的な改定が必要な時期に来ていると考えられる。

シンポジウム 1 NST 活動と栄養関連診療報酬

NST 活動のボトムアップに伴う NST 活動と NST 加算・早期栄養管理加算の変化

畦地 英全¹、川野 さくら²、長谷川 日菜²、安達 唯²、高砂 美有²、白木原 梨央²、稲葉 直子²、
 池田 芙美²、川手 由香²、宮田 仁実³、寺坂 勇亮⁴

¹ 京都桂病院 消化器内科、² 京都桂病院 栄養科、³ 京都桂病院 腎臓内科、⁴ 京都桂病院 救急科

【目的】当院の NST 活動の変遷とボトムアップに伴う NST 加算と早期栄養管理加算の変化について紹介する。

【当院の NST 活動の変遷】2016年から NST 専門療法士認定教育施設に認定され院内にて40時間の臨床実地修練が可能となった。同年看護部 NST が設立され病棟看護師の NST 活動の体制が整った。また院内の NST 勉強会に加え特別講師を招いた講演会が毎年開催された。2017年からは体験型研修会(NST フェスティバル:多職種ブースで様々な体験を行う)を毎年開催し、NST 活動を楽しんで理解するよう工夫した。2020年 NST 救急チームが設立され、当時CCU10床しかなかったが、2023年1月ICU6床とHCU/SCU18床の新設に伴い各特定集中治療室にて早期栄養管理加算が追加された。

【結果】2016年から NST メンバー数は増加し、マンパワー不足の解消、特に NST 回診に必要な看護師(三交代制)参加がスムーズになった。NST チーム数も増加し NST 加算も増加した。早期栄養管理加算も増加している。

【考察と結論】2016年まで NST 活動は少ないマンパワーで行っていたが、NST 専門療法士認定教育施設に認定された事や看護部の協力、NST 体験型研修等の工夫によって NST 活動のボトムアップに成功し、安定した NST 活動が行えるようになった。入院患者への栄養治療改善のアウトカム評価はできていないが、少なくとも特定集中治療室においてはエビデンスのある早期栄養管理はできている。今後は栄養治療のアウトカム評価を行いたい。

PEG 造設・カテーテル交換におけるリスクマネジメント

鈴木 淳也¹、堀内 葉月¹、菊池 真優子¹、玉田 喜規¹、榎木 優¹、森本 一祐³、大谷 絵美³、
大倉 康志¹、明石 陽介²、澤 信宏²、澤井 正佳¹、森安 博人³、松本 昌美¹

¹ 南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター 消化器内科、² 南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター 総合診療科、

³ 南和広域医療企業団 五條病院 内科

【目的】

経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）は経口摂取困難患者において有用な栄養投与ルートであるが、基礎疾患を有する栄養状態不良な患者が対象となることから十分な安全管理が重要である。今回、当院で行っている PEG 造設・交換における対策につき検証したので報告する。

【方法】

2006 年から 2022 年に当院で PEG 造設を行った 378 例、2016 年から 2022 年に外来および入院中に交換を行ったのべ 324 例、在宅にて交換を行った 13 例を対象とした。1. 造設時対策：造設前スクリーニングで内視鏡のみでの造設リスクが高い症例は LAPEG を選択している。造設翌日に腹部 CT を行い、気腹の程度や他臓器誤穿刺の有無を確認している。2. 交換時対策：外来・入院では基本的に内視鏡下でバンパー・ボタン型の交換を行っている。訪問診療症例についてはバルーン・ボタン型の交換を行っている。胃内留置確認は在宅初回交換時のみ細径内視鏡を用い、2 回目以降は Sky blue 法で確認する。

【結果】

1. 造設方法は内視鏡的造設が 355 例、腹腔鏡補助下 PEG（LAPEG）が 23 例であった。前述の対策を行うことで重篤な合併症は経験していない。2. 外来・入院における交換方法は内視鏡下 290 例、透視下 34 例であった。在宅交換では、非専門医であっても全例において安全に交換が行われた。

【結論】

十分な安全対策を行うことでより安全に PEG 造設・交換が行える。また、偶発症発生時には早期に発見し速やかに対応することに繋がる。

シンポジウム 2 PEG・PTEG のベストプラクティス

個々の症例に応じた PEG、PTEG の選択

島本 和巳¹、藤田 浩輝¹、本郷 真功¹、森 直子¹、西野 恭平¹、小林 遊¹、伴 宏充¹、福田 希帆³、
中嶋 容子³、西村 直子²、布施 順子³

¹ 淡海医療センター 消化器内科、² 淡海ふれあい病院 栄養部、³ 淡海医療センター 栄養部

目的

PEG、PTEG の適応や有効性、合併症について、自施設での経験症例と文献を踏まえて検証する。

方法

対象症例は 2016 年から 2023 年に当院で PTEG を施行した 95 名、そのうち 65 名は消化管減圧目的、30 名が経腸栄養の経路作成目的、同じく 2016 年から 2023 年に PEG を施行した 196 名、うち 3 名が消化管減圧であった。先んじて誤嚥防止手術を行った症例についても対象とした。

結果

低アルブミン血症で PEG を施行出来なかった症例に対して PTEG を行ったが術後の重篤な合併症はなかった。消化管減圧において PEG を行ったが効果不十分で QOL を低下させた症例があった。高度の誤嚥リスク患者では、PEG や PTEG を行う前に誤嚥防止手術を行うことが有効と考えられたケースがあった。胃癌や癌性腹膜炎の患者で PEG が困難と判断した症例に対し、減圧あるいは栄養目的として PTEG を施行し化学療法を継続できた症例があった。合併症としては、PEG より PTEG で後出血が少ない傾向にあった。

結論

PEG は食事摂取が困難な患者に対して QOL を維持するための第一選択であるが、経腸栄養を安全に継続できそうかどうか、目的に応じて PEG か PTEG いずれが適しているか、個々の症例に応じて慎重な検討と Informed Consent が重要と考えられた。

地域連携パスを活用した胃瘻管理の啓発

西山 順博¹、中村 智子¹、北見 元哉²、八木 俊和³、皆川 優季⁴、今井 隆行⁵、佐々木 雅也⁶¹ 医療法人西山医院、² 大津赤十字病院 消化器内科、³ 独立行政法人 地域医療機能推進機構 滋賀病院 消化器外科、⁴ 地方独立行政法人 市立市民病院 消化器内科、⁵ 国立大学法人滋賀医科大学付属病院 消化器内科、⁶ 国立大学法人滋賀医科大学付属病院 栄養治療部

在宅医療の現場において、地域の先生方に栄養管理の重要性、栄養管理・胃瘻管理の方法を実践の中で理解していただく必要がある。まずは胃瘻患者の QOL 向上を目指して、PEG 地域連携パス（PEG パス）をと考え、滋賀 PEG ケアネットワークと滋賀県 NST ネットワークにて 2 年間の試行錯誤を重ね、大津市医師会病診連携推進委員会の協力を得て 2008 年 12 月に稼働した。

PEG パスは A4 サイズの裏表 2 枚で構成されている。院内パスとは違い、病診、病病、診診の架け橋となるためのものとして、どちらかというチェックシートのようになっている。PEG 患者の胃瘻情報を伝えることと、退院後から次の交換までの良好な胃瘻管理と良好な栄養状態の維持を目標としている。1 枚は『医療者用』、もう 1 枚は『患者用』である。医療者用パスにより、退院後の医療機関でも計画性のある標準的医療が提供できるようになっている。毎月の訪問診療時には①栄養評価のための診察（身体症状）、②胃瘻の観察、③口腔汚染の状態、④床上嚥下の状態、⑤褥瘡の状態を記載するようにし、胃瘻の管理だけでなく栄養管理も行えるように工夫している。患者用パスには、PEG カテーテルの種類、栄養剤の種類・量、訪問診療・採血の予定が掲載されている。裏面には、事故・自己抜去時の緊急連絡先や、トラブル発生時の統一した対処法を掲載した。

PEG パスの発行件数は、年間 250 ～ 300 件。PEG 協力施設（造設・交換施設と管理施設）も 88 施設となっている。経管栄養管理のニュースとしては、2014 年頃よりアルブミンの測定方法が BCG 法から BCP 改良法への移行が開始し、施設間調整が必要となった。2018 年度の保険改定で、「C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料（2,500 点）」が新設された。2022 年度には接続コネクタが特別な症例を除き、国際規格に変更された。その都度、大津市 PEG 地域連携パス小委員会にて、PEG パスおよび利用マニュアルの改訂を行うことで、しっかりと啓発していければと思っている（大津市医師会ホームページ（<http://www.otsu.shiga.med.or.jp/>））。

シンポジウム 2 PEG・PTEG のベストプラクティス

言語聴覚士の視点から PEG のベストプラクティスを考える

白石 智順¹、藤岡 江里子¹、勝本 恵理香¹、畠中 真由¹、鈴木 翔太²、井上 美咲¹、村上 翔子³、伊藤 明彦¹¹ 国立病院機構 東近江総合医療センター 栄養サポートチーム、² 国立病院機構 大阪医療センター 栄養室、³ 国立病院機構 東近江総合医療センター 歯科口腔外科

嚥下障害などで経口摂取による栄養充足が困難になると、胃ろうや経鼻胃管、中心静脈栄養など経口摂取以外の栄養投与ルートを選択や、ACP やその時点での家族・本人の意向によって積極的な栄養投与を行わないといった選択に迫られる。

その選択には病態それぞれの適性や倫理的観点での問題があるが、胃瘻に関しては 2012 年ころから始まったバッシングなどの影響が大きく、とくに「胃ろうをしたら口から食べることができない」といった誤解が根強く広まっており、適応度の高い患者に対しても、患者の拒否的な反応や医療提供側の説明不足によって適切な時期に胃瘻造設ができない事例が散見する。こういった事例ほど誤嚥などリスクが高い状態のまま、経口摂取で栄養の充足を図らざるを得ない状況が継続し摂食機能訓練に携わるスタッフに重圧がかかるケースが少なくない。

摂食機能訓練に携わる言語聴覚士の立場では、胃瘻により栄養が充足し体力が回復することで、造設前より食事を楽しむことができるようになるケースを経験することも多く、胃瘻が嚥下訓練に良い効果を及ぼすことを実感している。そのため私自身は言語聴覚士として【口から食べる】訓練を進めていくうえで最も重要な因子の一つに【経口によらない手段による栄養の充足】があげられると考えている。

今回は胃ろうの適応について経口摂取・嚥下訓練の視点から、疾患別に症例の呈示も交えそのベストプラクティスを考察する。

嚥下内視鏡検査による胃瘻造設前嚥下機能評価の役割

白石 裕子

医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院 看護部

1. 目的：平成 26 年度診療報酬改定において、胃瘻造設時嚥下機能評価加算が開始となり、当院でも胃瘻造設前は原則嚥下内視鏡下での嚥下評価を行っている。昨年度嚥下内視鏡検査は 153 件施行、そのうち胃瘻造設前嚥下内視鏡検査は 31 件であった。この症例をカルテから後ろ向きに調査し胃瘻造設前嚥下機能評価の役割を考えていきたいと思う。
2. 方法：2023 年 4 月～2024 年 3 月までで胃瘻造設目的で依頼のあった嚥下内視鏡検査 31 件について、電子カルテを用いて後ろ向きに調査を行った。
3. 結果：男性 15 名、女性 17 名で平均年齢は 75 歳であった。診療科は脳神経外科 39%と最も多かった。認知機能障害がある患者は 94%であった。造設後の転機は自宅 10%、死亡 3%、転院 87%であった。造設後経口摂取移行が確認できた患者は 3 名、胃瘻造設前嚥下内視鏡検査の結果で胃瘻造設せず経口摂取移行となった患者が 1 名であった。
4. 結論：在院日数短縮や病院機能の細分化に伴い急性期から慢性期まで継続して関わるのが困難となり、視覚的な評価である嚥下内視鏡検査は継続したリハビリを提供するために、施設を超えた共有ツールとして大きな役割を果たす可能性を持っていると考える。今回は胃瘻造設前評価にスポットを当てたが、胃瘻造設後も経口摂取を支える環境作りの一端を担っていきたい。

胃切除後早期の経口栄養剤の服薬率が術後早期および長期の体重減少に及ぼす影響

木村 豊^{1,2}、西川 和宏²、岸 健太郎²、井上 健太郎²、松山 仁²、赤丸 祐介²、田村 茂行²、
川田 純司²、川瀬 朋乃²、川端 良平²、藤井 千賀²、下川 敏雄³、今村 博司²

¹ 近畿大学奈良病院 外科、² 関西消化器癌栄養研究会、³ 和歌山県立医科大学 臨床研究センター

【背景】胃切除後障害のため胃切除後早期の栄養剤の服薬率は不良で、至適な服薬量も明らかでない。今回、成分栄養剤（ED）の服薬率と胃切除後の体重減少（WL）抑制効果の関連性について術式別に検討した。

【対象と方法】R0 幽門側胃切除（DG）（n=65）、胃全摘（TG）（n=35）を受けた Stage I-III の胃癌患者 100 例を対象。食事開始時に無作為割付、EN 群（n=53）：食事 +ED（300kcal/day）を 6-8 週間投与、対照（C）群（n=47）：栄養剤なし。服薬手帳を作成し、メディカルスタッフが服薬状況を確認。EN 群の ED 服薬率と術後 6-8 週、1 年の WL 率を C 群と比較して術式別に検討。

【結果】EN 群の ED 服薬率は $68.7 \pm 30.4\%$ 、（DG： $63.7 \pm 32.8\%$ 、TG： $79.0 \pm 22.3\%$ [p=0.072]）。C 群、EN 群の WL 率は DG 症例：術後 6-8 週で $5.3 \pm 4.1\%$ 、 $4.8 \pm 3.8\%$ （p=0.596）、術後 1 年で $6.0 \pm 6.2\%$ 、 $5.8 \pm 7.9\%$ （p=0.993）、TG 症例：術後 6-8 週で $5.0 \pm 3.7\%$ 、 $9.1 \pm 5.4\%$ （p=0.012）、術後 1 年で $15.1 \pm 6.8\%$ 、 $9.7 \pm 6.0\%$ （p=0.015）。DG 症例：ED 服薬率が 80% 以上、80% 未満で BW 率は、術後 6-8 週、術後 1 年 % とも C 群と差なし（NS）。一方、TG 症例：術後 6-8 週でそれぞれ $4.9 \pm 3.6\%$ 、 $5.3 \pm 4.1\%$ 、術後 1 年でそれぞれ $9.5 \pm 5.1\%$ 、 $10.0 \pm 8.0\%$ で、80% 以上内服できた症例で C 群と比較して 80% 以上で有意に WL が抑制（p=0.022、p=0.012）。

【結語】TG 症例に対する術後早期からの ED の栄養介入による WL 抑制効果を確実に得るためには多職種介入によって ED の服薬率を 80%（1 日平均 240kcal）以上に向上させる必要がある。

シンポジウム 3 周術期の栄養治療

術前アバンドを取り入れた胸部食道癌周術期管理

竹林 克士^{1,2}、貝田 佐知子²、栗原 美香¹、西田 香¹、大井 彰子¹、上田 涼葉¹、小泉 花奈絵¹、
三宅 亨²、小島 正継²、前平 博充²、石川 原²、馬場 重樹³、谷 眞至²

¹ 滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部、² 滋賀医科大学 外科学講座、³ 滋賀医科大学 基礎看護学講座

【背景】褥瘡治療や熱傷、術後創傷治癒遅延に対しては calcium β -hydroxy- β -methylbutyrate・L-アルギニン・L-グルタミン配合飲料（以下、アバンド）の有用性が報告されている。今回、われわれは当院の術前アバンド内服を取り入れた胸部食道癌周術期管理について検証した。

【方法】対象は 2016 年 4 月から 2023 年 11 月までに当院で胸部食道癌根治術を施行した 131 例。アバンド 1 日 2 包の内服を手術前 7 日間に周術期栄養療法に追加したアバンド群 95 例とアバンドの投与を行っていない対照群 36 例における治療成績を比較検証した。

【結果】男性：111 例、女性：20 例。年齢中央値：68（38-84）歳。cStage I / II / III / IVa: 37 / 26 / 61 / 7。術前化学療法症例 75 例。開胸手術 21 例、胸腔鏡手術 110 例。術前の栄養指標などの背景因子には両群間で有意差はなし。アバンド群で胸腔鏡手術が 93 例（97.8%）、対照群の 30 例（83.3%）に対して、アバンド群で有意に多かった（p=0.001）。手術時間（429min vs 453min、p=0.071）、出血量（194ml vs 225ml、p=0.052）はアバンド群で低い傾向であった。肺炎はアバンド群 18 例（18.9%）、対照群 8 例（22.2%）、縫合不全はアバンド群 10 例（10.5%）、対照群 8 例（22.2%）であった。術後感染性合併症はアバンド群 20 例（21%）、対照 16 例（44.4%）であり、アバンド群で有意に少なかった（p=0.007）。また、Clavien-Dindo 分類 grade 3 以上の術後感染性合併症はアバンド群で 10 例（10.5%）、対照群で 10 例（27.8%）であり、アバンド群で有意に少なかった（p=0.014）。術式に関して傾向スコアマッチングを行ったところ、縫合不全の発症率（5.5% vs 22.2%、p=0.011）と Grade3 以上の術後感染性合併症の発症率（5.5% vs 27.8%、p=0.04）が、アバンド群で有意に低かった。また、縫合不全発症例において治療期間中央値を比較するとアバンド群で 18（7-25）日、対照群で 25（21-56）日であり、アバンド群で有意に短かった（p=0.033）。

【結論】アバンドを取り入れた胸部食道癌周術期管理は食道癌術後縫合不全の発症率低下、術後感染性合併症の制御、創傷治癒の促進に寄与する可能性がある。

予定開心術大血管手術症例に対する周術期の栄養・リハビリ介入の現状

東別府 直紀¹、伊藤 次郎¹、西岡 弘晶²¹ 神戸市立医療センター中央市民病院 麻酔科、² 神戸市立医療センター中央市民病院 総合内科

近年、周術期の患者の状態を最適化することにより合併症を減らし、術後の機能予後を改善し、早期に退院することを目指してERASが普及している。しかしながら未だ心臓大血管手術でのERASの効果は明確には示されていない。当院では2022年1月から開心術、大血管手術を行う心臓血管外科症例も周術期外来の対象となった。同外来での栄養状態の評価、リハビリ介入の臨床的な影響、実際の介入率を明らかにするために単施設後ろ向き観察研究を行った。

対象：2020年10月から2023年3月までに当院にて予定開心術、胸部大血管手術を行った症例 方法：周術期外来開始前後での予後の変化、ならびに周術期外来開始後の栄養障害あり（Malnutrition Universal Screening Tool, MUST>1）の症例での栄養介入の有無、その内容について調べた。また、リハビリ介入の変化についても検討した。

結果：対象は周術期外来開始前、開始後175名ずつであった。転院先、生存退院日数ともに差はなかった。ASA-PSは2が前群5.7%、後群で2.9%、4が前群3.4%、後群で8.6%であった。リハビリ介入は前群15例（8.6%）、後群10例（5.7%）であった。測定された症例のみの検討であるが術前と外来でのSMIの変化は前群、後群とも差はなかった。

後群内での栄養状態の評価と予後の関連については、MUST≤1群（148例）の死亡率：2%、転院率：15.6%、退院率：82.4%、>1群（25例）の死亡率：0%、転院率：11.1%、自宅退院率：88.9%と関連は認めなかった。MUST>1群内での栄養介入は、介入不要と判断された：3例、特に介入なし：6例、栄養剤の提案：3例、体重増量のための食事内容の相談：11例、食事の調整：2例であった。

考察 周術期介入前後でのリハビリの介入に差は認めず、栄養介入も多くはなかった。周術期外来による予後の変化は認めなかった。予定手術であり、その低い死亡率が原因であった可能性がある。

シンポジウム 3 周術期の栄養治療

包括的栄養バンドル管理とスロートレーニング運動療法による周術期管理の臨床効果

土師 誠二、亀井 武志、小林 良平、吉川 徹二、内田 晃輔

蘇生会総合病院 外科

【目的】周術期回復促進プログラムを始めたとした周術期管理は在院日数短縮などの臨床効果をもたらした反面、術式、患者背景を考慮した管理法が必要と考えられる。我々は手術侵襲度から、高度侵襲手術では免疫栄養、早期経腸栄養を、中等度侵襲手術ではあ早期経口摂取を軸とした栄養管理を行い、術後早期高蛋白質量、血糖管理を加えた包括的栄養バンドル管理を行なっている。周術期リハビリテーションでは、高齢サルコペニア症例に安全性を配慮したレジスタンス運動としてスロートレーニングを取り入れている。今回、これらの周術期管理の意義について臨床的検討した。

【対象および方法】高度侵襲手術例として膵頭十二指腸切除（PD）、膵全摘、肝切除+胆道再建を施行した膵胆道十二指腸癌120例を、バンドル管理群51例と通常栄養管理対照群69例に分けて比較した。術後エネルギー、蛋白投与量、非蛋白カロリー/窒素（NPC/N）比、CRP、ALB、BUN、Cr変動、術後感染性合併症、SSI、重症合併症（Clavian-Dindo分類III以上）発生率、術後在院日数を比較した。次に栄養バンドル管理を行い、かつ身体構成比/機能として術前および退院時に骨格筋量測定（Inbody）、握力、5回起立テスト、歩行速度、膝伸展筋力が評価可能であった消化器癌80例（食道癌5例、胃癌18例、大腸癌57例）を対象に、術後7日目の栄養投与量と骨格筋量変化、握力変化との関連を評価した。さらに加速度センサー（ライフコーダ）を装着して術後14日目まで連日の活動量を計測、最大歩行量（歩行数/日）との関連を調査した。

【結果】高度侵襲手術に対するバンドル群で術後3日目のエネルギー、蛋白投与量、NPC/N比は20.4kcal/kg、1.3g/kg、92.3、対照群16.1kcal/kg、0.6g/kg、137で差を認めた。SSI、重症合併症発生率はバンドル群で低くで術後在院日数も短縮した。身体構成比/機能評価では、術後7日目の栄養投与量が25kcal/kg以上群では25kcal/kg未満群に比べて骨格筋減少量は少なかった。

【結語】包括的栄養バンドル管理と運動療法は術後合併症予防に有用であり、適切な栄養投与は術後筋肉量減少の抑制に寄与した。

食道癌に対する周術期運動栄養療法の安全性と有効性：前向き介入研究

錦織 達人¹、上野 剛平¹、吉田 真也^{1,2}、角田 茂¹、久森 重夫¹、細木 久裕²、小林 亜海³、
登 由紀子³、吉岡 佑二⁴、大島 洋平⁴、金谷 誠一郎²、小濱 和貴¹

¹ 京都大学 消化管外科、² 大阪赤十字病院消化器外科、³ 京都大学医学部附属病院疾患栄養治療部、

⁴ 京都大学医学部附属病院リハビリテーション部

【背景】食道癌に対する食道切除術は高侵襲な術式で、われわれは術後に骨格筋量が約 7.5% 減少することを報告した。【目的】食道切除術を予定する食道癌患者を対象に、周術期栄養運動量を実施し、安全性と有効性を検討する。【方法】15-30 日後に根治的な食道癌手術を予定する患者を対象に、術前 3 週間、術後 4 週間の介入を実施した。運動療法として週 3 回、30 分間の歩行とレジスタンストレーニングを行い、術後は早期離床から徐々に運動量を増加させ、退院後も術前と同様の内容を指導した。栄養療法として 30kcal/kg のカロリー摂取、1.5g/kg のタンパク質摂取を指導し、術中に経腸栄養チューブを留置し、術後も同様の栄養摂取を行った。【結果】36 人を解析対象にした。骨折や転倒といった有害事象は認めなかった。介入後、タンパク質摂取量は増加し、術前に骨格筋量は 4.9%、歩行速度は 12%、30 秒椅子立ち上がりテストは 16%、それぞれ有意に増加した。術後は経口摂取カロリー、タンパク質量が減少したが、経腸栄養を行うことで術前と同様の値を維持できた。術後も身体機能の改善は維持されたが、骨格筋量は 10.1% 減少した ($P < 0.001$)。【結論】食道癌周術期栄養運動療法は安全に実施可能で、身体機能を維持できる可能性があるが、骨格筋量減少を予防する効果は認めなかった。

救命救急センターでの GLIM criteria の導入

平田 幸一郎

近畿大学奈良病院 栄養部

当院では救命救急センターに管理栄養士を配置し、栄養アセスメント、早期経腸栄養や静脈栄養のプランニングを行っている。重症患者の栄養アセスメントについては日本集中治療医学会の重症患者の栄養療法ガイドラインにも明記されている通りであるが、信頼性の高い評価指標がないことが課題である。アルブミン等の血清蛋白質は急性相反応蛋白の合成増加と血管透過性亢進による血管外漏出のため正確な栄養状態の反映はできない。

そのような背景から、今回 GLIM criteria を用いて重症患者の栄養評価を行うことについて臨床業務を行う管理栄養士の立場から意見を述べたい。

GLIM criteria は表現型基準と病因基準の両基準から 1 項目以上該当することで低栄養と診断できる簡便な基準である。しかし、一方で救命救急センターに入院する患者のほとんどが病因基準の『急性疾患や外傷による炎症』の項目に該当する。ゆえに表現型基準が重要となるが『意図しない体重減少』については経過がわからないこと、本人から聴取ができない場合などが多く該当しづらい。そのため『低 BMI』、『筋肉量減少』が表現型として極めて重要である。上記をまとめると、救命救急センターへ入室する患者は痩せていること、骨格筋が減少していることが低栄養と診断する一助となることは言うまでもない。

いずれにしても重症患者への栄養介入は侵襲に対抗するためには極めて重要であり、早期栄養介入が重要である。

HCU 入室患者の GLIM 診断の実態調査

坂井 志保、松本 聖美、藤野 滉平、左手 裕美、藤井 歩美

独立行政法人 労働者健康安全機構 大阪労災病院 栄養管理部

【目的】HCU 入室患者の GLIM 基準を用いた評価の報告は少ない。また、2022 年には早期栄養介入管理加算の算定が拡大されたように、HCU での栄養障害の評価は適切な栄養プランニングに必要である。本研究では HCU 入室時に GLIM 基準にて低栄養診断を行なった患者の特徴について調査した。

【対象と方法】2023 年 7 月から 2024 年 3 月までに大阪労災病院 HCU/CCU/SCU に入室した患者のうち、3 日以上在室が見込める患者で、管理栄養士が 7 日以内に介入した患者を対象とした。GLIM 基準にて低栄養の診断を行い、低栄養の有無に応じて 2 群比較を実施した。調査項目には年齢、疾患、Clinical Frailty Scale、リフィーディング症候群リスク、食欲の評価 (SNAQ)、血液検査などを用いた。

【結果】最終解析対象は 228 名（男性 137 名、女性 91 名）であった。低栄養あり群は 131 名（57%）、低栄養なし群は 97 名（43%）であった。年齢（中央値 77vs81 歳、 $p=0.005$ ）は 75 歳以上が低栄養あり群で有意に高く、性別や疾患では有意差がなかった。Clinical Frailty Scale 5 以上（17vs49%、 $p<0.001$ ）、SNAQ14 点未満（17vs50%、 $p<0.001$ ）、リフィーディング症候群リスク（2vs27%、 $p<0.001$ ）は低栄養あり群で有意に多かった。

【結論】HCU 入室患者で低栄養状態にある患者は、高齢、フレイル、食欲不振、リフィーディング症候群リスクを伴っていることが多い。栄養状態の改善だけでなく、他職種と連携した多面的なアプローチが必要である。

GLIM 基準を参考にした院内栄養評価手順の導入

演題取り下げ

当院における入院時栄養評価としての GLIM 基準導入の方策と管理栄養士による栄養治療への活用

島田 菜帆、永田 麻衣佳、木山 由莉菜、坂本 陽子、井上 貴美子、内田 晃輔、土師 誠二

蘇生会総合病院 栄養管理科

【目的】

2024 年度診療報酬改定により入院時栄養評価を GLIM 基準で行うことが要件化され、病院として新たな対応が求められるようになった。さらに GLIM 基準陽性例に対してどのように栄養治療を展開するかに関しても今後の課題といえる。今回、GLIM 基準導入における当院の取り組みと今後の栄養管理の課題について発表する。

【方法と結果】

当院は 290 床のケアミックス病院であり、急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟と療養病棟を有する。これまで当院では独自の栄養スクリーニングツールを用いて判定し、高リスク例に対して NST 依頼を主治医がオーダーする運用としていた。

GLIM 基準導入に際して、入院時栄養スクリーニングとして MUST を用い、MUST 陽性例に対して GLIM 基準評価を実施する。具体的には、入院時に病棟看護師が BMI 測定、体重減少率と食事摂取量減少率を問診し、MUST 陽性例に対して下腿周囲長測定を行う。病棟配置栄養士は GLIM 基準陽性例に対して栄養治療計画を立案する。その後、NST 介入が必要と判断された症例に対しては NST 依頼をオーダーする、という流れとした。術前に骨格筋量測定（Inbody）、握力、歩行速度を測定した消化器癌待機手術患者 119 例を対象に GLIM 基準判定を行うと、MUST 陽性 25 例のうち GLIM 基準陽性は 24 例、一方、サルコペニアは 43 例に認められた。

【結語】

GLIM 基準導入に際しては、入院時の栄養不良リスク患者に対する病棟配置管理栄養士と NST の適切な連携が肝要と思われた。

高齢者の多いケアミックス型病院における GLIM 基準導入手順と課題 ～包括ケア病棟での実際～

餅 康樹、川口 章樹

大阪府済生会泉尾病院 栄養科

【はじめに】当院は、HCU を含む急性期病棟に加え、地域包括ケア、回復期リハ、療養病棟を有する 440 床のケアミックス型病院である。4 月より低栄養診断に GLIM 基準を採用し、一部急性期病棟と回復期リハ病棟、包括ケア病棟にて評価を開始している。【導入手順】これまで別シートで運用していた看護師の SGA と管理栄養士によるアセスメントを改変のうえ紐づけし、「表現型：意図しない体重減少」及び「病因：食事摂取量減少／消化吸収能低下」を看護師聞き取りにて評価、管理栄養士は一次栄養スクリーニング結果及び下腿周囲長を用いた筋肉量減少、疾患負荷／炎症を JSPEN が提唱する内容及び当院栄養科で策定した基準にて評価し、最終的に低栄養診断を 1 枚のシートで行えるよう必要となる情報を集約化させた。さらに一次栄養スクリーニング結果と GLIM による低栄養診断結果を栄養管理計画書に紐づけし、スクリーニング→診断→計画書作成までの円滑化を図っている。【包括ケア病棟での実際】入院患者の 4 割が 80 歳以上である当院において、転入時に医原性廃用合併にて立位保持困難となっている患者が非常に多く、体重測定は少数配置のセラピストにて実施せざるを得ない状況であり、食事摂取量についても認知症・せん妄の進行から聞き取りに難渋するため転入前病棟の情報から管理栄養士が評価することがほとんどである。その他導入後の課題や問題点、加えてアウトカムとして何を求めるかについて共有したい。

Evidence-based practice (EBP) に基づく臨床栄養治療 —自信の持てる臨床栄養専門家であるために—

土師 誠二

蘇生会総合病院 外科

【目的】

近年、治療行為に対して各学会からガイドラインが発表され、治療方針の決定には適切なエビデンスが要求されている。栄養治療においても主要な国際栄養学会もしくは国内栄養関連学会から様々な提言がなされ、臨床の現場で活用される機会も多い。そこで本シンポジウムの基調講演にあたり、栄養治療における EBP の意義と問題点について臨床家の立場から概説する。

【方法と結果】

栄養治療の例として、1) 経腸栄養開始時の GFO® 顆粒の投与、2) 炎症を伴う褥瘡へのアルギニン強化経腸栄養剤の使用、3) ERAS® を代表とする周術期栄養管理プログラムにおける術直前炭水化物投与、を取り上げ、エビデンスを調査した。無作為比較試験 (RCT) または観察研究 (OBS) を抽出し症例報告は除外した。一方、ガイドラインの推奨が無条件に正しいとも言いきれない。ガイドラインの作成にはクリニカルクエスチョン (CQ) の解決に必要な RCT を集積する必要があるが、各 RCT の対象疾患が異なる、あるいは結果の解釈が異なる場合も見受けられる。ガイドラインごとにコンフリクトも生じる。したがって栄養治療における EBP は常に検証を伴いながら進めていくべきであり、しかし実際にこれを個人で遂行することはなかなか困難なため、学術団体、研究会、ひいてはチーム医療内で討議を進めながら導入していくものとする。最後に、EBP に栄養治療を行って良かった症例はあるのか、という問いがあるが、栄養治療に限らずエビデンスに基づかない治療を実施し最悪の転帰を迎えた場合、それは医療紛争の対象となる。すなわち、EBP に基づく栄養治療は選択肢ではなく基盤である。

【結語】

EBP に基づく栄養治療は臨床栄養専門家の基盤であり、同時に実践から経験知を蓄積しなければ臨床家とはいえない。個人もしくは医療チームとして解決に当たる必要がある。

脳卒中回復期におけるエネルギー・たんぱく質の設定と介入の実践

二井 麻里亜

京都光華女子大学 健康科学部 健康栄養学科

リハビリテーション（以降リハ）において、リハ実施中の低栄養、過栄養の改善、疾患に合わせた栄養管理は、患者のアウトカムに影響を及ぼすことが知られている。リハ実施中の低栄養患者に対しては、エネルギー蓄積量の設定とたんぱく質 1.2～1.5g/kg を中心に栄養設定を行うことを推奨している。逆に過栄養の患者に対しては低エネルギー、高たんぱく質が推奨される。しかし、実際の臨床現場において、適切な栄養量が提供されていないことが少なからずある。原因として考えられるのは、栄養計画の段階での過不足、職種間で同意形成不足、患者本人の摂取拒否などが原因として挙げられる。これらの原因を取り除くことで、適切な栄養管理を行うことが可能になると考えられる。今回は、適切な栄養量を提供できる仕組みづくりについて管理栄養士の視点から考えたい。

前職における管理栄養士の介入について紹介する。入院時に、病歴、栄養歴を含む栄養評価を行い、栄養管理計画を作成する。入棟カンファレンスに参加し、現在の患者背景を確認するとともに、現在の栄養状態、課題、対応について職種間で共有する。必要に応じて患者に今後の栄養管理についての説明を実施する。適宜、食事摂取状況、活動量、関連する指標を確認し、栄養計画の見直しを行う。定期カンファレンスにおいて、これらの情報を職種間で共有する。一見単純な仕組みであるが、これらを繰り返し行うことで、患者に必要な栄養管理が行えると考えている。

エビデンスを知ってこそ、自信がもてる - 自施設で行った攻めの栄養管理の実際 -

浅田 宗隆

松下記念病院 看護部 5 西病棟

急性期病院では、できるだけ在宅復帰を目指すために入院中から栄養状態の維持・向上を行い低栄養の予防を行う必要がある。特に重症管理が必要な患者では骨格筋減少による身体機能低下により在宅復帰が出来ても QOL が低下してしまうケースも少なくない。重症管理に関わらず、入院する患者には早期栄養管理を行うことが在宅復帰につながると考えている。

一般病棟に入院中の患者においても約 30% の患者において低栄養状態であった。また 1 週間以上入院している患者においては約半数で 30kcal/kg/ 日以下のエネルギー投与量であった。入院期間中にサルコペニアを発症することもあり、入院期間の延長や在宅復帰が困難となり転帰先の変更を余儀なくされるケースもある。

A 病院では看護師を対象に早期経口摂取を目指した嚥下評価者を育成する研修を開催している。嚥下評価のスキルを身に着けた看護師が嚥下評価を行うことで早期経口摂取が可能となっている。

症例を通して実践内容を振り返るが、Evidence を参考にすべての患者に対して理想通りのケアを提供することは困難であり、また患者によって起こり得る結果も様々である。しかし、Evidence を知らなければ実践することさえも困難であると言える。Evidence を知ったうえで、多職種と協力し出来るだけベストを尽くすことで自信につながる栄養管理が行うことができる。

看護師が実践する栄養管理

柏本 佳奈子、山中 英治

社会医療法人 若草第一病院

【目的】 当院は年間約 4000 件の救急患者を受け入れ、緊急手術や高齢入院症例が多く栄養不良も多いため、術後合併症のリスクも高い。栄養管理が重要であるが、医師が手術等に専念できる医療現場の「働き方改革」の実践には、エキスパートによるタスクシェアが必要である。栄養管理の知識と技術を習得した看護師の特定行為によるタスクシェアを行ってきたので報告する。

【方法】 2015 年の保助看法改正による看護師の特定行為開始と同時に、認定看護師による特定行為を導入している。腹膜炎手術の術後などは消化吸收機能の回復が遅延することも多く、末梢静脈栄養では十分な栄養が投与できない。また高齢者では末梢静脈の確保も困難な症例も多い。周術期に十分な輸液栄養管理を行うには、迅速に CVC からの TPN に移行すべきである。特定行為研修を修了した看護師が中心となって、医師の指示の下、PICC の挿入やその後の挿入部ドレッシングなどを診療科の枠を越えて担当するシステムを導入した。研修医への指導も看護師が行っている。

【結果】 手技に熟練したナースが PICC を挿入する利点として、外科医の労働時間の短縮以外に、治療に即したタイムリーな挿入、挿入時間の短縮、介助者不要、コスト漏れ解消等が挙げられる。特定行為以外にも患者と家族への周術期の心身のケアに関しては専門家である看護師が行うことで丁寧になる。

在宅中心静脈栄養法をめぐる地域の課題～最低限の決まりは必要！～

豊田 義貞

若葉薬局本店

地域で栄養治療に携わるものとして、在宅中心静脈栄養法（以下 HPN）を安全かつ適正に実践していくことは数ある重要な役割の一つであるが、頭を悩ませる課題でもある。医療において ICT の発達が目まぐるしい昨今でも、病院と薬局の間で取り交わされる情報は非常に乏しく、入院中どのような輸液療法がおこなわれていたのか、薬剤の混注はあったのかはおろか疾患情報すら得られないまま、当日交付指示の処方箋だけが突然ファックスで送られてくるケースを未だ経験する。

また、退院元の病院や地域で形成されるチームごとにローカルルールがあり、「人は環境の子なり」という格言通り、以前に勤務していた病院での管理手法に拘りチーム内で口論になることもある。そのたび当学会のガイドライン等を照会するが、静脈栄養について一定の情報が示されているものの、HPN となれば皆無であることから解釈に苦慮する。在宅医療では常に看護師が常駐しているわけでもなく 5 分で医師がベッドサイドに来るわけでもない。脂肪乳剤を投与するだけで多くの地域リソースを消費し、混注後 24 時間以降の安定性が保証されない薬剤が多数あって、別の薬局から毎日輸液を届けるべきかどうか相談を受けることもある。

こうした経験から、勤務した地域ごとに情報共有プラットフォームの形成を促す取組みを継続してきた。その内容は地域ごとに異なっており、本発表ではその理由・症例とともに解説し課題の共有としたい。

栄養管理・NSTにおいて、栄養士が薬剤師へ望むこと

西田 香¹、栗原 美香¹、神谷 貴樹²、堀江 美弥²、伊藤 早織²、竹林 克士^{1,3}、馬場 重樹⁴、伊藤 明彦⁵

¹ 滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部、² 滋賀医科大学医学部附属病院 薬剤部、

³ 滋賀医科大学医学部外科学講座 消化器・乳腺・小児・一般外科、

⁴ 滋賀医科大学医学部 看護学科 基礎看護学講座（生化学・薬理学栄養学）、⁵ 滋賀医科大学医学部総合内科学講座

管理栄養士はこれまで給食管理や栄養指導が業務の中心であったが、入院栄養管理体制加算、早期栄養介入管理加算など、より積極的に患者さんへの関わりが求められている。また、NSTにおいては栄養障害例の抽出・アセスメント、栄養管理のプランニング、経腸栄養剤・食形態の選択、病棟での栄養剤の適正使用の指導、栄養療法に関する合併症の対策や予防、患者・家族への説明・指導などを担っている。

臨床現場では、経口摂取が思うように改善しない症例や、経腸栄養における有害事象の対応に難渋することも多く、これまでも栄養指導・化学療法の対応などで、管理栄養士は薬剤師をはじめ他職種と連携しながら業務を行ってきた。電解質管理や排便コントロール、化学療法の有害事象のコントロール、食事や経腸栄養法に関連する薬剤の影響などは薬剤師などその領域に長けている職種の意見を取り入れることで、管理栄養士のみで判断するより個々の症例に応じた適切な栄養管理ができる可能性がある。輸液の追加・調整の具体策などの提案だけでなく、病状・処方内容・相互作用などを勘案した上での、薬剤師ならではの提案を受けることも多い。また、NSTとリンクする摂食嚥下チームでの関わりにおいても同様である。

NSTのカンファレンスの場で、管理栄養士と薬剤師がどのようなやりとり・提案などを行っているかなど症例を通して提示し、これからの管理栄養士と薬剤師の関わり方について議論を深めたい。

パネルディスカッション 薬剤師企画 経腸栄養と薬剤師

経腸栄養と薬剤師 ～チーム医療の中で経験した経腸栄養への薬剤師の関わり～

的場 美香

地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 薬局

私が最初の病院に勤めていた2000年頃は、まだNSTという概念もなく多職種のチーム医療もまだまだ行われていない時代であった。薬剤師業務の中で栄養療法の重要性を認識したのは薬剤師3～4年目にある患者さんと出会ったことがきっかけである。糖尿病壊疽を起こしているMRSA菌血症の高齢女性の患者で、私はバンコマイシンの薬物血中濃度モニタリング等に関わっていたが、治療効果が得られず難渋していた。さらには、自分の痰を詰めて心肺停止状態になるなど重篤な状況であった。その患者さんの病状が好転したのは、先輩薬剤師が主治医の先生と相談し、もともと投与していた高カロリー輸液も継続しつつ、経腸栄養を始めてからである。経腸栄養を始めてから、壊疽していた足底に肉芽が出来始め、血糖コントロールも改善、最終的には車いすに座れるまで元気になり老健施設に入所されたことを覚えている。栄養療法の基礎も知らなかった薬剤師である私にとって、どんな治療でも十分な栄養量が必要であること、栄養療法において腸の使用の重要性を認識する機会であった。

その後、たくさんの先達の先生方の尽力によって栄養療法の重要性が認識されるようになり、2010年は栄養サポートチーム加算、2020年はICUにおける早期栄養介入加算が設立された。早期に経腸栄養を開始した場合の有効性が多数報告され、現在ではたくさんの経腸栄養剤が発売されている。しかし経腸栄養剤の投与時には、下痢や誤嚥など様々な問題が起こることも多く、対応に苦慮することも少なくない。経腸栄養剤を投与している時の様々な問題に関して、薬剤師はどのような介入ができるだろうか。例えば、下痢の場合には、栄養剤の変更や経腸栄養剤の投与速度の減速、胃瘻であれば半固形化栄養剤への変更も提案できるだろう。またCollagenous colitisの原因となる不要なプロトンポンプ阻害薬の中止も提案できるかもしれない。一方、週1回のNST回診では、変更後のモニタリングができないため、病棟薬剤師との情報共有・連携も必要であると考え。本パネルディスカッションにおいて、私の経験した経腸栄養への介入の症例などを紹介させていただき、NSTにおける薬剤師の役割について有意義な討論ができればと思う。

病棟担当薬剤師が関わった経腸栄養管理 ～外科病棟と内科病棟の症例より学ぶ～

村井 良平¹、勝浦 知恵¹、水野 純男¹、芝田 英里¹、門 敦子²、羽藤 良³、木谷 博代³、
半部 枝津子³、斎藤 博⁴、真貝 竜史⁵、間狩 洋一⁵

¹ 公立学校共済組合近畿中央病院 薬剤部、² 公立学校共済組合近畿中央病院 栄養管理部、

³ 公立学校共済組合近畿中央病院 看護部、⁴ 公立学校共済組合近畿中央病院 内分内分泌科、

⁵ 公立学校共済組合近畿中央病院 外科

【はじめに】

病棟薬剤師の経腸栄養管理における役割として①経腸栄養の処方支援、②経腸栄養の投与速度、配合変化、相互作用等のリスク管理③経腸栄養管理に伴う医原性合併症の回避、患者・家族への指導と連携支援等がある。

外科病棟、内科病棟の症例から、病棟薬剤師の経腸栄養管理への介入について報告する。

【症例1】

胃体部癌 cT4bN (+) M1、cStage IV b

胃癌による通過障害で入院。胃空腸吻合、腸瘻造設術施行も、経口摂取量不十分で、経腸栄養を行いながら化学療法を開始。食欲不振が継続し、アナモレリンの処方を提案。投与後、食欲不振は改善し経口摂取量増加したが、不十分で、在宅で経腸栄養と化学療法を継続となり、経腸栄養の指導を行い退院。

【症例2】

右アテローム血栓性脳梗塞症

構音障害、左上肢脱力感、左口角下垂あり、当院緊急搬送、右MCA領域の脳梗塞で入院。嚥下障害あり、経鼻胃管挿入し、経腸栄養を開始。開始後より、下痢症状あり、主治医と投与速度、投与量を調整。下痢改善し、必要栄養量を投与できた。リハビリテーション継続し、嚥下食を経口摂取可能となり、経腸栄養終了、転院。

【まとめ】

症例1は癌に伴う、食欲低下に対する介入、在宅経腸栄養管理の指導、連携を行った。症例2は経腸栄養の合併症を回避する介入を行った。

【結語】

病棟薬剤師は、患者の病態を考慮し、多職種と連携し、経腸栄養の管理、有害事象を防ぐため、積極的な介入を行うことが重要である。

経腸栄養管理における薬剤師との協働は医療の質および効率性を向上させる

真壁 昇¹、眞継 賢一²

¹ 関西電力病院 疾患栄養治療センター、² 関西電力病院 薬剤部

我が国は、世界で最も高齢化が進展し併存疾患を患う高齢患者が増加、また意思決定支援とともに老老介護など退院後の生活環境の調整を鑑みた継続可能な栄養療法の支援が求められます。そのため、非経口栄養療法の第一選択となる経腸栄養管理においても種々の課題が生じ栄養処方設計に難渋することがあります。とくに、誤嚥性肺炎で入院する高齢患者の場合、フレイルやサルコペニアを併存していることが多く、しばらく食事栄養摂取が少ない期間を鑑みたりフィーディング症候群の対策をする事例が増加し、低リン血症の対応数も増えています。このような患者では電解質異常やビタミン欠乏を伴い、また不顕性誤嚥対策に難渋することが多く、ときに褥瘡やスキン-テアを認めるばかりかポリファーマシーの状態にある患者も少なくありません。最近では、経腸栄養管理にあたり薬剤師の積極的な介入で、前述の患者においても業務プロセスがスムーズとなり、薬剤調整も適切に早く行うことが出来るように変遷しています。医師・看護師などから薬剤師へのタスクシフト・シェアが有益に機能していることを実感しています。

経腸栄養管理における具体的な連携事例を羅列しますと、簡易懸濁法、亜鉛やリンなどの補完、DPC算定から出来高算定における輸液からのビタミン製剤の選択、消化管運動不耐症に対する運動促進薬の調整、オピオイド誘発性便秘の対策、止痢剤や下剤の適正使用、抗菌薬関連下痢症に係わる対応、投与ルートの相談、静脈栄養併用下における輸液処方設計の相談、エレンタールのフレーバー調整、B型肝炎治療薬使用時における経腸栄養投与時間の調整、在宅栄養管理における薬局との連携と調整など、経腸栄養管理における薬剤師との協働にて診療の質の向上をもたらしていると考えています。

一般演題 抄録

MNA-SF による COPD 患者の栄養評価と骨粗鬆症との関連

藤田 幸男、岩田 琢、齊藤 慈子、井岡 司、中尾 美芳、小村 真里

奈良県立医科大学附属病院 栄養管理部

【目的】慢性閉塞性肺疾患（COPD）において、栄養スクリーニングツールである MNA-SF が病態や増悪と関連することを報告されているが、骨粗鬆症との関連は明らかではない。今回、骨粗鬆症のスクリーニングツールとしての MNA-SF の可能性を検討する。【方法】対象は外来通院中の COPD 患者 37 例（男性 35 例、女性 2 例、69 歳 [65-77 歳]、% FEV1: 46.7% [37.5-61.2 %]）。MNA-SF、腰椎骨密度、低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）の血中濃度、骨粗鬆症の頻度を評価した。MNA-SF は 11 点以上を栄養状態良好、10 点以下を低栄養のリスクありとした【結果】骨粗鬆症は 13 例（35.1%）、MNA-SF では栄養状態良好 20 例（54.1%）、低栄養のリスクあり 17 例（45.9%）認めた。腰椎骨密度と血清 ucOC は MNA-SF と相関したが、% FEV1 とは関連がなかった。BMI（<18.5kg/m²）よりも MNA-SF（≤ 10）の方が骨粗鬆症の感度は良好（それぞれ、46.2%、76.9%）であった【結論】COPD 患者における MNA-SF は骨粗鬆症のスクリーニングツールとして有用あることが示唆された。

会長推薦セッション

緊急入院した重症脳疾患に栄養療法は届いているか？

定政 信猛、山本 遥香、巽 朋子、鈴木 花奈、西垣 美沙、木村 麻紀、山田 圭子、高橋 周史

康生会武田病院 NST チーム

【背景】重症脳疾患（重症脳卒中や重症頭部外傷、てんかん重積状態）については、嘔吐の危険性などから当面の間静脈栄養を行い、その後 1 週間程度で徐々に経腸栄養を開始させる傾向にあるとされる。今回我々は、当院に緊急入院された重症脳疾患症例における静脈並びに経腸栄養の開始時期について検討した。

【方法】2018 年 1 月から 2024 年 4 月までに当院脳神経外科に入院となった延べ 4380 例のうち、入院時 Japan Coma Scale（JCS）が 100-300 の 257 例を重症と定義し抽出した。このうち当初より DNAR の者や急性期死亡例等を除外した 174 例について、背景因子や静脈栄養または経腸栄養の開始時期を検討した。

【結果】平均年齢は 74.3 ± 15.7 歳、男：女 = 81：93、JCS の内訳は 100：58 例、200：82 例、300：34 例であった。病名は脳梗塞 51 例、脳出血 57 例、くも膜下出血 19 例、外傷 21 例、てんかん 22 例、その他 4 例であった。静脈または経腸栄養の開始時期については入院後 48 時間以内 77 例（44.3%）、48 時間以上 72 時間以内 46 例（26.4%）であった。161 例（92.5%）で入院後 1 週間以内に経管栄養が経口摂取が開始されていた。出血性脳卒中においてはそれ以外に比して有意に静脈並びに経管栄養の開始が遅かった（P=0.003、P=0.008）

【結論】当院における重症脳疾患緊急入院例において、多くの症例で栄養は早期に開始されていたが、まだ早められる症例も散見された。今後も NST からの早期栄養開始を提言していきたい。

高齢大腿骨近位部骨折患者におけるサルコペニアの有無とアウトカムに関連する因子の検討

黒川 典子¹、鉾立 容子²

¹ 武庫川女子大学 食物栄養科学部、² 医療法人尚和会 宝塚第一病院 栄養部

【目的】 高齢大腿骨近位部骨折患者におけるサルコペニアの有無と ADL の改善に関連する因子を検討することを目的とした。

【方法】 ① 2023 年 3 月～6 月大腿骨近位部骨折で T 病院に入院し、手術を行った患者のうち包含基準をみたした 50 名を対象とした。サルコペニアの有無により 2 群分けし、在院日数、臨床所見、ADL、身体組成、嚥下障害の有無について、比較検討した。ADL 評価には Barthel Index（以下 BI）を用いた。【結果】 サルコペニア群において、BMI が有意に低値であった。認知症割合、嚥下障害有の割合は、サルコペニア群で有意に高かった。臨床所見では、CRP（mg/dL）が有意に高く、YAM 値（%）、位相角は有意に低値であった。入院時の BI についてはいずれの項目においても差を認めなかったが、退院時では「食事」「排便コントロール」「排尿コントロール」「BI 合計」において、サルコペニア群で有意に低い結果となった。ADL 改善リスクとなる因子は重回帰分析の結果、認知症有と位相角の低値が独立因子であった。【考察】 低栄養はサルコペニアの原因の一つであることが報告されている。本研究においてもサルコペニア有群はサルコペニア無群と比較して体重・BMI が低値であり、サルコペニアを有する大腿骨近位部骨折患者への早期栄養介入の必要性が示唆される。

消化管癌手術の周術期リハビリテーション栄養における栄養投与量が、骨格筋量・運動機能変化に及ぼす影響

永田 麻衣佳¹、島田 菜帆¹、木山 由莉菜¹、坂本 陽子¹、井上 貴美子¹、稲田 拓郎²、前田 啓人²、
内田 晃輔²、小林 良平³、土師 誠二³

¹ 蘇生会総合病院 栄養管理科、² 蘇生会総合病院 がんリハビリテーションチーム、³ 蘇生会総合病院 外科

1. 目的

消化管癌手術患者では術後に体重減少や骨格筋量減少が起りやすいことから、周術期リハビリテーション栄養の重要性が指摘されている。しかし、術後の骨格筋量、運動機能低下を最小限にするための適切な栄養管理に関する報告は少ない。そこで術後の栄養投与量が骨格筋量・運動機能に及ぼす影響について検討した。

2. 方法

当院消化管癌手術患者のうち、術前・退院時に骨格筋量測定（Inbody）、握力、歩行速度が評価可能であった 67 例を対象とした。術後 3・7 日目・退院時の栄養投与量を、エネルギー量 25kcal/kg 以上（HE 群）と 25kcal/kg 未満（LE 群）、もしくは蛋白量 0.8g/kg 以上（HP 群）と 0.8g/kg 未満（LP 群）にそれぞれ分け、術前と退院時の骨格筋変化量、握力、歩行速度への影響を検討した。

3. 結果

対象患者の平均年齢は 71.8 歳、男 40 例、女 27 例で、サルコペニアを 30 例に認めた。全身骨格筋変化量は、術後 7 日目、退院時のエネルギー投与量が HE 群で -1.01kg、-0.74kg、LE 群で -1.82kg、-1.90kg と退院時エネルギー投与量で差を認めた（ $p = 0.0312$ ）。同様に下腿骨格筋変化量は、術後 7 日目、退院時エネルギー投与量は HE 群でそれぞれ -0.78kg、-0.50kg、LE 群で -1.10kg、-1.38kg で差を認めた（ $p = 0.039$ ）。

4. 結語

消化管癌手術の周術期リハビリテーション栄養において、術後、とくに退院時の栄養投与量は骨格筋量減少の抑制、栄養状態の維持に寄与し、適切な栄養管理の必要性が示唆された。

呼吸器専門病院における経管栄養患者の下痢発生要因についての検討

山根 あゆみ、中山 環

独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 栄養管理室

【目的】 当院は呼吸器専門病院であるため、抗菌薬使用頻度が非常に高く、経管栄養管理において下痢は高率で発生する合併症のひとつである。今回、下痢の発生因子について検証した。

【方法】 対象は2024年4月から12月までに当院へ入院した患者のうち、3日以上経管栄養を施行した患者64名とした。泥状便および水様便が3日以上続いた患者を下痢有り群（以下、有群）、それ以外を下痢無し群（以下、無群）とし、年齢、BMI、在院日数、生化学検査データ（Alb、Hb、CRP）、使用薬剤、栄養剤、投与栄養量等について調査した。

【結果】 有群は49%、無群は51%であった。入院時の年齢、BMI、血清Alb値においては両群間に有意な差は認められなかったが、Hb値は有群 10.4 ± 2.2 g/dL、無群 11.5 ± 1.5 g/dLと有群が有意に低値であった（ $P < 0.05$ ）。また在院日数も有群 47 ± 24 日、無群 38 ± 28 日と有群が有意に長かった（ $P < 0.05$ ）。抗菌薬・抗結核薬の使用について両群間で差は認められなかったが、プロトンポンプ阻害薬（PPI）の使用が有群で有意に多かった。

【結論】 下痢を呈する患者の血清Hbは低値であった。このことは、経管栄養投与前に下痢の発生リスクが高い患者を予測する指標として有用である可能性がある。また、PPIはcollagenous colitisを引き起こし下痢を誘発するとの報告がある。下痢により在院日数の長期化を招く可能性もあり、リスク患者を見極め、栄養管理方法を検討することが今後の課題であると考えられた。

会長推薦セッション

健常者を対象とした¹³C呼気試験による術後早期回復プログラムにおける術前経口補水液の基礎検討

外池 奈実¹、浦野 あゆみ¹、栗原 美香¹、井上 沙貴¹、能登 帆奈美¹、小泉 花奈絵¹、上田 涼葉¹、西田 香¹、中西 直子¹、竹林 克士^{1,2}、貝田 佐知子²、谷 眞至²

¹ 滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部、² 滋賀医科大学 外科学講座

【目的】 術前経口補水療法は脱水の補正やインスリン抵抗性の改善などに有効と報告されている。今回我々はたんぱく質・糖質・脂質含有量の異なる種々の経腸栄養製品が術前経口補水液として使用できるか検討した。

【方法】 対象者は健常者6名で年齢25.5(25-27)歳、BMI 20.6(18-21.6) kg/m²、試験飲料は6種類で200mlあたりエネルギー(kcal)、たんぱく質(g)、脂質(g)は、次の通りである。飲料A(20、0、0)、飲料B(160、4、0)、飲料C(200、10、0)、飲料D(200、10、4.4)、飲料E(400、15、11.2)、飲料F(137、6.8、7.8)。それぞれ200mlに¹³C標識化合物を混和し、摂取後4時間まで呼気を採取した。胃排出は実測値によるTmax、Wagner-Nelson解析による半量排出時間(T1/2)を用いて、胃排出速度を評価した。

【結果】 Tmaxの平均値は飲料Aが27.5(±6.1)分、Bが43.3(±17.2)分、Cが42.5(±6.1)分、Dが50(±15.8)分、Eが75(±19.7)分、Fが49.2(±15)分であった。飲料Aに比べ他の飲料で有意に胃排出が遅延していた（ $p < 0.05$ ）。T1/2の中央値は飲料Aが10.1(±4.9)分、Bが19.2(±3.1)分、Cが16(±6)分、Dが14(±6.4)分、Eが33.7(±10.1)分、Fが25.1(±6.5)分であった。飲料Aに対しDでは有意差はないが、他の飲料では有意に遅延していた（ $p < 0.05$ ）。

【結論】 たんぱく質・脂質を含む飲料は胃排出速度が遅延していたが、いずれも2時間以内には胃から排出されており、術前経口補水液としては使用できると考えられた。

胃癌術後患者の遠隔栄養指導実施状況について

山本 美紀子¹、山本 和義²、朝山 優¹、高橋 沙苗¹、森田 隆介¹、徳澤 千恵¹、長井 直子¹、
三吉 範克²

¹ 大阪大学医学部附属病院 栄養マネジメント部、² 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学

〔目的〕胃癌術後の体重減少は、患者 QOL や術後化学療法のコンプライアンスを低下させることが知られている。特に術後3ヶ月目までは体重減少が生じやすく、この期間での体重減少の抑制が重要である。令和2年度診療報酬改定においては、外来栄養食事指導での情報通信機器の利用が可能になった。当院では従来の定期的な胃癌術後の栄養指導に加え、術後2ヶ月目に情報通信機器を用いた遠隔栄養指導を導入した。〔方法〕1. 入院中の栄養指導時に遠隔指導について紹介。2. 遠隔指導を希望した患者に実施方法を説明し、事前登録を依頼。3. 術後2ヶ月目に、患者は自宅からパソコン・スマートフォンを、栄養士は院内の遠隔診療端末を用いて、画面越しに栄養指導を行った。実施可能な患者にはスマートフォン AI アプリにて食事記録をつけるよう依頼した。〔結果〕2022年9月～2024年4月に胃切除術を受けた患者のうち31名（男性17名、女性14名、平均年齢69±15歳）に遠隔栄養指導を実施した。スマートフォン AI アプリで食事記録をつけている患者においては、食事写真や摂取エネルギーの計算結果を双方がリアルタイムに共有でき、より円滑に遠隔指導を実施できた。〔結論〕当院で行っている胃癌術後患者の遠隔栄養指導実施状況について報告した。今後は他の消化器癌患者にも対象を広げ、遠隔栄養指導ならびにスマートフォン AI アプリの導入率向上を目指す。

会長推薦セッション

災害時の栄養 ―能登半島地震 DMAT 出動経験を踏まえて―

丸山 瑠里恵^{1,3}、大村 寧²、内門 隆廣³、蔀 香奈³、寺田 麻衣子³、伝川 洋子³、中井 美加¹、
松田 昌美¹、太田 裕之⁴、岡林 旅人^{3,5}、南部 卓三⁶、辻川 知之⁶

¹ 地方独立行政法人 公立甲賀病院 栄養管理課、² 地方独立行政法人 公立甲賀病院 糖尿病・内分泌内科、

³ 地方独立行政法人 公立甲賀病院 DMAT、⁴ 地方独立行政法人 公立甲賀病院 外科、

⁵ 地方独立行政法人 公立甲賀病院 循環器内科、⁶ 地方独立行政法人 公立甲賀病院 消化器内科

【背景】

災害時に活動するチームは複数あり、筆頭演者は災害派遣医療チーム（DMAT）と日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）に所属している。

災害時の栄養としては、フェーズ0～1では高エネルギー食、フェーズ2以降ではタンパク質・ビタミン・ミネラル不足への対応が必要である。また、血栓予防に水分摂取や体を動かすことも大切だと言われている。

2024年1月1日に起こった能登半島地震に対し、1月4日から1月7日までDMATとして活動したので報告する。

【結果】

避難所の状況調査時に食事の聞き取りを行った。農家が多い所は、持ち寄りで野菜なども摂取されていた。一方、比較的交通の便が良くても、カップ麺を1個/日のみしか配布できていない所もあった。生活面では、仕事や自宅の整理などで体を動かしている人もいれば、洗顔や着替えもできず小さな部屋で極限まで体を動かさない人もいた。徒歩2分しか離れていない避難所でも、食事内容や生活環境には大きな違いがあった。

自分自身も食事バランスが悪くなり、日中の飲水量を200ml程度に控えてしまう日もあった。

【考察】

限られた食事と活動量の低下した状態では、生活習慣病が悪化することは容易に想像できる。

災害時には、栄養管理を必要とする人は非常に多い。食料の確保や配布する人材に加えて、栄養管理の知識の重要性を感じた。被災地でも適正な時期に適正な栄養を届けられるよう、今回の経験を活かして活動していく。

○-1-1 多職種連携で在宅医療での経静脈的脂肪乳剤投与を円滑に開始できた一症例

中島 玄行

株式会社ティエスプラン ティエス調剤薬局矢橋店

【症例】HPN においては経静脈的脂肪乳剤は投与に長時間を要すること、投与ルートフラッシュや交換などの管理方法が煩雑であることから実臨床では避けられることが多い。多職種と連携し安全かつ簡便な脂肪乳剤の投与について実施できたので報告する。在宅患者が退院後、体重減少を認め、イントラリポス 20% 50ml 投与開始となった。本症例では在宅移行前の基幹病院でも脂肪乳剤が投与されたがその際に吐き気を中心とした副作用のために投与を中止していた経緯があった。そのため、在宅では訪問医療機関医師、訪問看護師、訪問薬剤師が脂肪乳剤投与に関して投与速度や投与量、副作用の管理を連携して行い投与を継続できた。【考察及び結論】今回の取り組みにより、副作用の管理を目的とした脂肪乳剤の投与の適正化を進めることができたと考える。脂肪乳剤の投与では、末梢からのエネルギー補給を目的とした連日投与の大量の脂肪乳剤の投与速度も中心静脈から必須脂肪酸補給を目的とした週に数日程度の少量の脂肪乳剤の投与速度も等しく 0.1g/kg/hr 以下での投与が JSPEN のガイドラインでは推奨されている。在宅で脂肪乳剤投与を投与する上で限られた人的医療資源を効率的に活用し、安全に投与する必要がある。HPN での経静脈的脂肪乳剤の投与速度については目的に応じた投与速度の設定と副作用の管理が重要である。

○-1-2 在宅型有料老人ホーム入居者の栄養評価および栄養介入における問題点とその後の栄養介入結果

畦西 克己^{1,3}、織田 奈央子¹、岸本 良美¹、坂根 貞樹¹、田中 文彦²、亀山 慶一³

¹ 摂南大学 農学部 食品栄養学科、² 名古屋大学医学部附属病院 栄養管理部、³ 医療法人亀寿会 亀岡内科

【緒言】超高齢社会において非常に所在数が多い住宅型有料老人ホームに入所する高齢者の栄養状態を把握し、低栄養高齢者の栄養介入から延命並びに介護度の維持が見込まれ、ADL および QOL の改善の期待ができる。【方法】住宅型有料老人ホームに入所する高齢者を調査対象とし n=33 (男 9、女 24)、年齢 83.7 ± 9.5 歳、介護度 3.3 ± 1.2、BMI20.5 ± 4.0、血清 ALB 値 3.6 ± 0.4 であった。対象者の血清 ALB 値が 4.0 ≤ を栄養良好群、3.5 < ≤ 3.9 を低栄養予備群、≤ 3.5 を低栄養群に分類し、介入前評価と低栄養群で栄養介入を行った。体組成、MNA-SF などの栄養評価も行った。【結果】各調査および検査の 1 年経過観察後、栄養良好群 n=7 では BMI20.4 ± 3.4 → 19.7 ± 3.3、体重減少率 3.5 ± 5.2%、血清 ALB 値 4.1 ± 0.1 → 4.1 ± 0.3、エネルギー充足率 95.8 ± 9.80%、たんぱく質充足率 93.0 ± 9.1% 低栄養予備群 n=12 では BMI20.4 ± 3.7 → 20.5 ± 3.7、体重減少率 -0.2 ± 3.5%、血清 ALB 値 3.8 ± 0.1 → 3.7 ± 0.3、エネルギー充足率 89.4 ± 16.7%、たんぱく質充足率 86.5 ± 16.2% 低栄養群 n=14 では BMI20.7 ± 4.7 → 20.1 ± 4.5、体重減少率 2.2 ± 7.1%、血清 ALB 値 3.3 ± 0.3 → 3.2 ± 0.3、エネルギー充足率 85.6 ± 12.8%、たんぱく質充足率 83.2 ± 12.5% 【考察】すべての群でエネルギー、たんぱく質充足率を満たしておらず、体重減少や血清 ALB の低値を示した。栄養介入における問題点を明確にし、低栄養群において早期の栄養介入が求められた。

○-1-3 在宅復帰により生じた意図しない脂肪乳剤の投与速度超過を是正した一例

堀 高之¹、土井 武司²、永田 雅史³、伊津田 知樹⁴

¹ スギ薬局 野洲店、² スギ薬局 大津富士見台店、³ スギ薬局 福町店、⁴ スギ薬局 新金岡店

【背景】脂肪乳剤は Iriyama らが適切な投与速度を 0.1g/kg/hr 以下としており、静脈経腸栄養ガイドライン第 3 版でも同様の投与速度が推奨されている。

【症例】60 歳代女性。体重 40kg。全身性強皮症に伴う腸管蠕動運動障害と吸収不良症候群のために在宅中心静脈栄養を施行。人工肛門造設。上腸間膜動脈症候群による通過障害・麻痺性イレウスにより緊急入院。減圧目的の胃瘻造設。CV ポート感染を繰り返したため PICC 挿入。本人希望により在宅療養の運びとなる。オンラインによる退院カンファレンスに参加し、文書で院外処方箋の記載例を情報提供。側管用ルートは 20 滴 ≒ 1mL である旨、使用予定器材の型番・カタログも併せて情報提供をした。脂肪乳剤輸液 20%100mL は 5 時間かけて投与する必要がある。しかし退院後の服薬指導時に、訪問看護師によらない自己管理時は 5 時間より早く投与されている事が判明した。退院元に確認すると入院時は小児用輸液セット 60 滴 ≒ 1mL を使用しており、時間当たり同じ滴数設定により投与速度が 3 倍になっていた。

【結果】服薬指導時に、脂肪乳剤の投与速度が超過すると十分に代謝されないため 5 時間で投与していただく事を説明し、投与速度が是正された。

【考察】オンラインによる退院カンファレンスでコミュニケーションに困難が生じる部分もあったと思われるが、栄養関連器材の種類や手技に関してはより詳細な連携を実施して適正な栄養管理を届ける必要がある。

○-1-4 認知症を有する術後せん妄患者に対し、他の医療チームとの連携により経口摂取改善が見られた一症例

山本 遥香¹、定政 信猛²、高橋 周史³、山田 圭子⁴、木村 麻紀⁵、西垣 美沙⁵、巽 朋子¹、
鈴木 花奈¹、佐々木 柚華⁶、篁 綾香⁵、西塚 秀明⁷

¹ 康生会武田病院 栄養科、² 康生会武田病院 脳卒中センター、³ ラクトクリニック、

⁴ 康生会武田病院 看護部患者サポートセンター、⁵ 康生会武田病院 薬局、⁶ 康生会武田病院 リハビリテーション科、

⁷ 康生会武田病院 看護部

【目的】術後せん妄、認知症の行動・心理状況（BPSD）の悪化により、暴力やケアへの拒否が見られた患者に対して、NST と認知症・せん妄ケアチームとの連携の中で経口摂取、精神状態の安定が見られた一症例を経験したので報告する。

【症例】85 歳、男性。既往歴：慢性硬膜下血腫、鼠径ヘルニア、認知症。右中大脳動脈閉塞に対し血栓回収術を施行され入院。加療中に急性胆嚢炎を認め、胆嚢摘出術を施行し、術後せん妄を発症。易怒性が高く、覚醒安定せず経口摂取困難な状態であった。【経過】せん妄症状に日間変動があり、症状悪化の要因があると考え、認知症・せん妄ケアチームとの連携を提言した。薬剤調整や身体拘束解除に伴い、易怒性が低下した。更に食事摂取改善のために、食事姿勢・形態・内容の調整に加え、本人の抱えている不安や思いを対話を通して引き出し、口腔ケアや腹部症状の確認等を実施し、不快感を取り除くよう努めた。背部粉瘤に対する切開が必要となり、再度覚醒状態・経口摂取共に不良となったが、疼痛管理後改善が見られた。【考察及び結論】管理栄養士として、摂取栄養量や食事形態ばかりに着目せず、摂取不良は何かの不調のサインと捉える必要がある。認知症やせん妄症状により食事摂取が困難な方への食支援として、職域やチームを超えて関わる事が経口摂取改善の可能性を広げるために大切だと再確認された。

○-1-5 胃切除術を行った 95 歳の長期臥床、低栄養患者の 1 例

有川 裕貴¹、衣笠 章一^{1,2}、構 尚子²、福山 康代²、藤村 由紀子²、川西 正敏³、佐竹 信祐^{1,2}

¹ 公立宍粟総合病院 外科・消化器外科、² 公立宍粟総合病院 NST、³ 公立宍粟総合病院 内科

【背景】 切除可能な 90 歳以上の胃癌症例の治療に携わる機会が増えてきたが、胃切除手術においては術後の栄養状態も考慮して治療する必要がある。施設入所中で ADL の低下した超高齢胃癌症例を経験したので報告する。【症例】95 歳女性。体重 47.5kg。BMI 21kg/m²。入所中の施設より吐血を主訴に救急搬送された。初診時アルブミンは 2.1g/dL、ヘモグロビン 3.8g/dL と低下していた。緊急内視鏡で幽門部に巨大潰瘍を認め、生検で胃癌と診断された。輸血と TPN を行いアルブミン 2.5 g/dL、ヘモグロビン 9.8g/dL まで改善し嚥下機能にも問題はなかったが、握力は左右共に 5kg 未満、SMI 4.0kg/m² と重度サルコペニアの状態であった。相談の結果幽門側胃切除術（B-1 再建）を施行した。術後 4 日目より経口摂取開始したが、6 日目に COVID-19 に罹患した。重症化することなく経過したが、経口摂取量のみでの必要エネルギー到達には時間を要し、TPN を併用しながら管理し術後 13 日目に地域包括ケア病棟へ転棟となった。ONS 補充で経口摂取量の増量に努めながら徐々に経静脈栄養を減量し、経口摂取のみで必要エネルギー量に達し、術後 44 日目、地域包括ケア病棟 31 日目に元の施設へ退院することができた。退院前体重 42kg、アルブミン 2.5g/dL、ヘモグロビン 9.7g/dL、トランスサイレチン 17.1mg/dL であった。超高齢重度サルコペニアの症例においても幽門側胃切除術で嚥下機能が保たれていれば、経口摂取のみの管理が可能である。

○-1-6 高齢者における、経腸栄養での栄養強化と終末期のギアチェンジの振り返り

光枝 典子、三宅 由樹、藤田 奈穂美、米澤 美喜代

神戸マリナーズ厚生会ポートアイランド病院 看護部

目的

経腸栄養にて経腸栄養にて、栄養強化、終末期のギアチェンジを実施した経過を振り返る。

方法

患者紹介、86 歳女性、肺がん ラグナ梗塞（2022 年 7 月発症）入院期間 2022 年 9 月 7 日～2024 年 2 月 20 日 朝の申し送り時にミニカンファレンスを実施イベント発生時には検査データ、排痰量、症状を確認し水分量、栄養カロリーを話し合った。また、口腔ケア汚染度で症状が改善、増悪することがあり、状態を各勤務帯申し送った。

結果

2023 年 11 月 13 日より褥瘡発生により 900kcal を 1100kcal にアップした。入院より alb、Hb は徐々に低下していたが、Alb2.6～2.9 Hb10～11 を維持し褥瘡は治癒ができた。12 月 26 日には COVID-19 発症 2024 年 1 月には治癒をしたが、投与後の排痰量が急激に増量主治医と報告、相談。看護師判断にて栄養調整の許可がでた。600kcal に減量。2 月には水分のみとなった。2 月 20 日家族に看取られ永眠された。

結論

家族の希望に沿った治療、看護をできた。スタッフ間での申し送りとミニカンファレンスを実施することで栄養アセスメントと情報共有ができ、ケアに活かせたと考える。今後の課題として 6 月より診療報酬改定が開始、管理栄養士の病棟配置も始まった。今回は看護、介護スタッフ間であったが、今後は多職種連携に強化し、よりよい栄養管理ができるように努めていく。

○-1-7 SGLT2 阻害薬内服中に過剰な食事制限を行い、正常血糖ケトアシドーシスを発症した 2 症例

大村 寧¹、丸山 瑠里恵²、中井 美加²、松田 昌美²、清水 彩永¹、石田 絢子¹、小杉 和希¹、
太田 裕之³、南部 卓三⁴、辻川 知之⁴

¹ 公立甲賀病院 糖尿病・内分泌内科、² 公立甲賀病院 栄養管理課、³ 公立甲賀病院 外科、⁴ 公立甲賀病院 消化器内科

< 症例 1> 40 代女性、BMI31.0。4 か月前に近医で糖尿病を指摘され SGLT2 阻害薬（SGLT2i）を処方されていたが、内服は不規則であった。職場検診前で、食事を極端に制限していた。頭痛・嘔気・嘔吐あり、食事も摂取できず、翌朝に症状悪化したため救急搬送。血糖 186mg/dL、HbA1c 8.7%、pH 7.025、HCO₃⁻ 3.8mmol/L、尿ケトン（2+）で、正常血糖ケトアシドーシス（euDKA）と診断し緊急入院。< 症例 2> 50 代男性、BMI29.0。15 年前より糖尿病、DPP4 阻害薬、チアゾリジン、SGLT2i 内服で HbA1c 8% 前後。過剰な食事制限をして、約 2 か月で 91kg→84kg まで減量した。胸やけ、心窩部痛を主訴に救急受診、血糖 173mg/dL、HbA1c 7.5% と糖尿病は 2 か月前より改善しており、上部内視鏡検査は特に異常なかったため帰宅。その後さらに経口摂取不良となったが、SGLT2i は欠かさず内服していた。2 日後に呼吸困難となり救急搬送、血糖 203mg/dL、pH 7.104、HCO₃⁻ 2.0mmol/L、尿ケトン（3+）で、euDKA の診断で緊急入院。< 考察> euDKA は明らかな高血糖を合併しないケトアシドーシスをきたす病態で、SGLT2i 服用者が脱水時や過剰な糖質制限をすると起きやすい。全身倦怠・悪心・嘔吐・腹痛などを主訴に救急受診した糖尿病患者が SGLT2i を服用していた場合には高血糖を示さないことが多く、euDKA の存在を見逃してしまう可能性もある。SGLT2i の心不全・腎不全の適応拡大に伴い処方件数も増加しており、注意すべき病態として報告する。

○-1-8 多職種連携により良好な食思と ADL の改善を得て自宅退院が可能となった喘息症例

村上 耕一郎¹、高谷 陽子²、和田 茉奈美³、益川 紗恵子³、西川 美雪⁴、成富 勇夫⁵

¹ 総心会長岡京病院 外科、² 総心会長岡京病院 薬剤科、³ 総心会長岡京病院 リハビリテーション部、

⁴ 総心会長岡京病院 看護部、⁵ 総心会長岡京病院 栄養管理課

（症例）85 歳女性、喘息で近医かかりつけ。独居で ADL 自立、経口摂取も良好であった。（経過）労作性の呼吸苦を認め急性期病院へ紹介、重積発作と診断され入院、リンデロン点滴 9 日間により発作は寛解するも食思不振持続、自宅復帰困難としてリハビリ目的に当院転院となった。（所見）転院時ふらつきが持続しており転院前日に転倒して臀部を打撲、骨折は認めないが疼痛で自立歩行困難であった。身体所見に異常はなく、画像上は活動性の肺炎や通過障害を認めなかった。血液検査では炎症所見や貧血は認めず。摂取量は 1400kcal 食の平均 3-4 割程度であった。（治療）多職種介入を行った。管理栄養士が食形態や味付けなどで個別対応し幾分改善するが空嘔を認め食べきれず、筋力低下はないが倦怠感やめまい症状によりリハビリも進まなかった。薬剤師の指摘により持参薬のテオフィリン血中濃度を測定すると 26.7 μg/mL と過多であり、呼吸症状をみながら減量し、10 μg 程度に維持したところ、数日で摂取量が常時 10 割となり、ふらつきもなく ADL が改善傾向となり、1 ヶ月後に独歩で自宅退院した。（考察）本件は後方視的には単純な症例ととられるかもしれないが、長期使用薬剤の副作用は基礎疾患を有する高齢患者では見過ごされがちでもある。また患者に合わせた柔軟なリハビリや食事の提供体制にも言及したい。今回多職種連携により速やかに原因検索、治療につなげることができたと考え、報告する。

○-2-1 脳卒中患者における回復期リハビリテーション病棟入棟時の嚥下状態がアウトカムに及ぼす影響

玉野 由香理¹、惣島 依子¹、黒川 典子²

¹ 社会医療法人 寿会 富永病院 栄養部、² 武庫川女子大学 食物栄養科学部

【目的】脳卒中患者における回復期リハビリテーション病棟入棟時の嚥下状態がアウトカムに及ぼす影響を検討することを目的とした。【方法】2022年1～7月、T病院回リハ病棟に入院した脳卒中患者100名を対象とした。嚥下障害有無により2群分けし、身体所見、臨床所見、ADL、アウトカムについて比較検討した。ADL評価にはFIMを、ADL改善の評価としてFIM effectivenessを算出した。【結果】嚥下障害有無において年齢、性別、身体所見、併存疾患の有無についてはいずれも差は認めなかった。回復期入棟時におけるエネルギー及びたんぱく質摂取量に差は認めなかった。嚥下障害有群において、回リハ入棟時のONSの付加、回リハ退棟時のたんぱく質摂取量が有意に多かった。アウトカム項目については、嚥下障害有群において、体重減少率、在院日数は有意に高く、自宅退院の割合は有意に低かった。FIM得点の比較では、入退棟時いずれも嚥下障害有群において有意に低く、FIM effectivenessも有意に低かった。【考察】回リハ入棟時に栄養摂取量に差を認めなかったことは、嚥下障害有群においても、食形態の調整により適切な食事の提供が行われていたことが窺える。嚥下障害有群において、体重減少率が有意に高かったことから、リハビリによるエネルギー消費の亢進により結果として、エネルギー摂取不足を招いたと考える。【結論】脳卒中発症後の嚥下障害はADL改善と負の相関があることが示唆された。

○-2-2 舌腫瘍術後の再建皮弁の縮小に対し舌接触補助床が奏功した1例

酒井 洋徳¹、荒川 裕子¹、丸山 夏佳²、飯島 真理²、栗田 浩¹

¹ 信州大学医学部附属病院 特殊歯科口腔外科、² 信州大学医学部附属病院 臨床栄養部

諸言：口腔腫瘍術後の合併症では、摂食・嚥下機能障害ならびに発音機能障害が生じる。今回われわれは、舌腫瘍術後の再建皮弁縮小により生じた、摂食・嚥下機能障害に対し舌接触補助床（以下PAP）を用いて機能回復できた症例を経験したので報告する。

症例：58歳、女性。

主訴：嚥下時の絞扼感。

原病歴：57歳時、他院にて舌癌に対し気管切開、頸部郭清術、舌半側切除、前腕皮弁再建術を施行された。その後、経過観察中に局所再発を疑う所見を認め、当院を紹介受診となった。

口腔内所見：舌正中から左軟口蓋、咽頭側壁が前腕皮弁により再建されている。

嚥下時痛はないが絞扼感を認める。

口腔外所見：顔貌左右対称、左側頸部に手術痕あり。

治療経過：

初診＋4M 気管切開、左側舌亜全摘、大腿外側筋皮弁再建

POD20 経口より直接訓練開始

POD24 嚥下調整食開始

POD32 食上げ施行

POD55 退院

外来での経過観察時に嚥下困難な訴えあり、その際の口腔内は再建皮弁が縮小傾向であった。舌の口蓋への接触が困難であったため、退院後6M後にPAPを作成し使用開始したところ、むせがなくなり、カレーが食べられるようになった。

考察：PAPは嚥下の準備期（咀嚼・食塊形成）並びに口腔期の機能改善に寄与する。今回の症例においても機能障害の主たる部位は舌であったため、PAPによる機能改善がなされたものと考えられた。

○-2-3 摂食嚥下障害患者に対し義歯調整が奏効した 1 症例

村上 翔子¹、勝本 恵理香²、畠中 真由²、井上 美咲²、藤岡 江里子³、白石 智順³、堤 泰彦¹、山口 剛⁴、伊藤 明彦⁵

¹ 国立病院機構 東近江総合医療センター 歯科口腔外科、² 国立病院機構 東近江総合医療センター 栄養管理室、

³ 国立病院機構 東近江総合医療センター リハビリテーション科、⁴ 国立病院機構 東近江総合医療センター 外科、

⁵ 国立病院機構 東近江総合医療センター 消化器内科

目的：当院では入院時に摂食嚥下障害患者を抽出してスクリーニング評価し、早期に嚥下訓練を開始している。精査が必要な患者には主に嚥下造影検査（以下、VF）を歯科医師参加のもと実施し、症例に応じて歯科のアプローチを行っている。今回、摂食嚥下障害患者に義歯調整を実施し、良好な経過が得られたため報告する。

症例：70歳代男性。COVID-19 中等症Ⅱにて入院。入院時のスクリーニング評価では反復唾液嚥下テスト（以下、RSST）：2、改定水飲みテスト（以下、MWST）：3であった。せん妄により上下顎総義歯を装着できず、咀嚼機能低下や咀嚼筋・舌骨上筋群弛緩による口腔機能低下、水分嚥下後むせを認めたため、嚥下ゼリー食から開始、段階的嚥下訓練にて入院 4 日目にはとろみ水をむせなく嚥下可能となり、ペースト食へ変更となった。ペースト食での直接嚥下訓練を進める中で意識状態が改善し、入院 20 日目に VF を実施した。VF では咽頭期は比較的保たれていたが、食塊形成不良で、上下顎義歯適合不良であった。義歯調整（床裏装）を実施したところ、咀嚼効率の向上だけでなく咀嚼筋・舌骨上筋群の機能向上が認められ、入院 25 日目には全粥さざみ食全量摂取となった。嚥下簡易検査は RSST:3、MWST:5 と改善を認めた。結論：リハビリ・栄養・口腔の連携が注目されている。摂食嚥下障害患者へのアプローチには、嚥下訓練だけでなく義歯調整等歯科治療による咀嚼機能改善が重要であることを再認識した。

○-2-4 皮下脂肪により顎引き嚥下が誤嚥を誘発した食道術後高度肥満症例の経験

安並 佳菜¹、松浦 尚子¹、松岡 美緒²、橋田 直³、田宮 大也¹、宮田 博志⁴、飯島 正平⁵

¹ 大阪国際がんセンター 医療技術部 リハビリテーション部門、² 大阪国際がんセンター 医療技術部 栄養管理部門、

³ 大阪大学医学部附属病院 摂食嚥下センター、⁴ 大阪国際がんセンター 消化器外科、⁵ 大阪国際がんセンター 栄養腫瘍科

【はじめに】食道癌術後嚥下障害での咽頭期障害では顎引き嚥下が有効とされている。今回、顎引き嚥下により頸部の皮下脂肪が食物の通過を制限し、誤嚥を来した高度肥満症例を経験したため報告する。

【症例】50歳代男性。入院時身長 164.6cm、体重 128.3kg、BMI47.36kg/m²

【経過】X 日に食道癌に対し胸腔鏡下食道亜全摘出術、2 領域リンパ節郭清術、胸骨後経路胃管再建術実施。術後 6 日目に立位での嚥下造影検査（以下、VF）では顎引き嚥下で食道入口部以降へ造影剤が達することなく全量を誤嚥し、上部消化管内視鏡検査では吻合部狭窄はないものの残食道が壁外から圧迫を受けており、頸部の皮下脂肪を疑った。術後 8 日目に実施の頸部伸展位での VF では口腔内取り込み後誤嚥なく、術後 11 日目よりゼリー 1 品（嚥下コード 1j）から経口摂取を開始し、体幹後傾位・頸部伸展位での食事摂取を指導した。術後 14 日目には 3 食主食全粥・副菜三分菜食（嚥下コード 3）450kcal/ 日が摂取可能となり腸瘻からの経腸栄養を併用し自宅退院となった（体重 125.5kg）。

【考察】本症例は高度肥満症例で、頸部皮下脂肪が厚く、吻合部付近に脂肪が多かったため、顎引き嚥下が食物の通過を制限し、誤嚥を引き起こしたと考えられた。肥満傾向がある食道癌術後症例での嚥下機能評価では頸部の皮下脂肪を意識し、顎引き嚥下の適応について慎重に判断すべきである。

○-2-5 魚骨が総胆管に迷入し総胆管結石となった 1 例

水谷 真、松本 直基、鳶岡 成佳、佐古 さやか、鳶谷 敬之、山下 進士、桑原 萌、三浦 萌、
山本 美愛、藤本 歩

第一東和会病院

80 歳代男性。主訴：無症状。既往歴：2018 年に胃癌で開腹胃切除術（Roux-en-Y 再建術）。現病歴：2023 年 5 月に胆石症を指摘され、2023 年 10 月に胆石、総胆管結石に対して腹腔鏡下総胆管切石術を施行した。胆石は 10mm 大 1 個であった。総胆管結石は 30mm 大の魚骨＋胆泥であった。術後順調に経過し術後 5 日目に退院となった。結石分析の結果、総胆管結石（魚骨）の赤外吸光波形は鯖の骨の赤外吸光波形と一致した。考察：本人は鯖が好きでいつも食べていた。本症例では鯖の骨を飲み込み総胆管結石となったと考えられた。魚は食事として摂取する機会が多く、魚骨を飲み込んだ場合は総胆管結石に限らず消化管穿孔、膿瘍形成など様々な病態をおこす可能性がある。しかし本症例の様に胃切除術後、しかも Roux-en-Y 再建術後に逆行性に魚骨が総胆管に迷入し総胆管結石となった症例はまれである。また、総胆管結石（魚骨）に対して腹腔鏡下総胆管切石術で治療した症例もまれである。まとめ：今回、魚骨が総胆管に迷入し総胆管結石となった 1 例を経験したので報告した。今後、認知症症例の増加が予想される高齢化社会において魚を摂取する場合にはよく咀嚼すること、魚骨をできるだけ飲み込まないよう注意する必要があると考えられた。

○-2-6 左上肢骨折患者に対して運動療法と並行した分岐鎖アミノ酸の摂取により握力と歩行速度が改善した 1 例

松下 翔¹、塚本 剛士¹、宮川 信太郎¹、文室 勲¹、藤田 朋子²、小倉 由美³、野村 嘉彦⁴、
前田 利郎⁵

¹ 京都きづ川病院 リハビリテーションセンター、² 京都きづ川病院 栄養管理部門、³ 京都きづ川病院 看護部、

⁴ 京都きづ川病院 リハビリテーション科、⁵ 京都きづ川病院 消化器内科

【症例】左大腿骨頸部骨折の手術治療と左橈骨遠位端骨折の保存治療を行った 78 歳女性で、BMI は 17.0 であった。第 20 病日に回復期リハビリテーション病棟に転棟し、必要栄養量 1516kcal に対して摂取栄養量は 1500 kcal、左上肢の MMT は 2～3、歩行器歩行が軽介助であった。また、今回入院の約 2 週間前、左不全片麻痺を呈したラクナ梗塞の入院治療後に退院していた。【方法】第 32 病日に作業療法士から管理栄養士に依頼し、分岐鎖アミノ酸（BCAA）配合流動食リハサポート Mini 摂取を開始した。リハサポート Mini 運動の前後で摂取し、運動療法は筋力増強運動や ADL 練習を実施した。【結果】BCAA 摂取開始後約 3 週間後、体重は 40.9kg から 42.7kg に、健側握力は 13kg から 16kg に、歩行器歩行は軽介助から自立に、10m 歩行テストは歩行器使用で 16.25 秒から 12.66 秒に、歩数は 28 歩から 24 歩に改善を認めた。【考察】井上らは高齢者においても運動療法と並行した BCAA の摂取で骨格筋量、筋力、身体機能の改善効果を得られるとし、本症例でも健側握力や 10m 歩行テストにおいて改善を認めた。また、小野田らは握力低下群では移動能力の低下が転倒リスク因子になるとし、本症例では健側握力が入院前よりも改善したため、退院後の転倒リスクを下げることに繋がったと考える。【結論】リハビリテーション治療において、われわれセラピストも栄養管理を意識して対応していくことが重要であると考ええる。

○-2-7 大腿骨近位部骨折患者の入院時栄養状態の検討

高橋 有未¹、村田 敬^{1,3,5}、坂根 直樹⁴、山田 茂⁶、田中 雅彰^{1,2}

¹同志社女子大学大学院生活科学研究科、²同志社女子大学生生活科学部、³国立病院機構京都医療センター臨床栄養科、

⁴国立病院機構京都医療センター臨床研究センター予防医学研究室、⁵国立病院機構京都医療センター糖尿病センター、

⁶国立病院機構京都医療センター整形外科

【目的】 大腿骨近位部骨折患者の術後には適切な栄養介入が必要である。一方、施設入所者は大腿骨近位部骨折の予後不良因子の可能性がある。そこで本研究では、大腿骨近位部骨折で入院した施設入所者と在宅患者の背景および栄養状態につき検討した。

【方法】 2019年11月から2023年10月の期間に大腿骨頸部骨折で国立病院機構京都医療センターに入院した患者を対象として、後方視的に情報を収集した。

【結果】 対象者は216名（施設入所者29名、在宅患者187名）である。施設入所者は在宅患者よりも高齢であったが（ 86.4 ± 5.5 歳 vs. 81.4 ± 7.9 歳、 $p=0.001$ ）、両群間で男性比率に差は認められなかった（27.6% vs. 24.6%、 $p=0.818$ ）。入院時に血清アルブミン値 3.0g/dL 未満の低アルブミン血症を有する患者の割合は両群間に差は認めなかったものの（10.3% vs. 10.2%、 $p=1.000$ ）、施設入所者の BMI 値は有意に低く（ $17.9 \pm 3.1\text{kg/m}^2$ vs. $20.2 \pm 3.5\text{kg/m}^2$ 、 $p=0.003$ ）、GNRI 値も有意に低かった（ 87 ± 10.5 vs. 92.7 ± 11.7 、 $p=0.022$ ）。また、施設入所者の術後5日間のエネルギー充足率は有意に低かった（ $77.4 \pm 29\%$ vs. $99.3 \pm 33\%$ 、 $p=0.003$ ）。

【結論】 施設入所者は在宅患者と比較して高齢であり、低アルブミン血症を有する患者の割合に差はなかったものの BMI や GNRI が有意に低く栄養状態が悪い可能性が示唆され、管理栄養士による早期介入の必要性が示唆された。

○-2-8 高齢 2 型糖尿病教育入院患者の Short Physical Performance Battery に影響する因子

高田 雄太¹、大村 寧²、山添 徹¹、大谷 明日輝¹、森 広輔¹、宿谷 直輝¹、中島 三香子¹、丸山 瑠里恵³、中井 美加³、松田 昌美³、太田 裕之⁴、南部 卓三⁵、辻川 知之⁵

¹ 地方独立行政法人 公立甲賀病院 リハビリテーション課、² 地方独立行政法人 公立甲賀病院 糖尿病・内分泌内科、

³ 地方独立行政法人 公立甲賀病院 栄養管理課、⁴ 地方独立行政法人 公立甲賀病院 外科、

⁵ 地方独立行政法人 公立甲賀病院 消化器内科

【目的】

高齢糖尿病患者の併存症としてサルコペニアの頻度は高い。Short Physical Performance Battery (SPPB) は、サルコペニア新診断基準 (AWGS2019: Asian Working Group for Sarcopenia) の身体機能評価の一部である。高齢 2 型糖尿病入院患者における SPPB 使用の報告は少なく、関連する臨床指標は明らかでない。よって本研究は、高齢 2 型糖尿病教育入院患者の SPPB に関連する臨床指標を明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象は、2021 年～2023 年の間に介入を行った 65 歳以上の糖尿病教育入院患者 68（男性 40 女性 28）名。年齢・性別・糖尿病罹患期間・Body Mass Index・HbA1c・神経障害の有無・インスリン治療の有無・運動習慣の有無・SPPB・握力・膝伸展筋力を調査した。SPPB は満点群と減点群に分類し、各項目における 2 群比較として、Mann-Whitney の U 検定と Fisher の正確検定を用いた。さらに二項ロジスティック回帰分析を実施し、減点の有無に関連する因子を検討した。統計解析は、「R」を使用し有意水準は 5% 未満とした。

【結果】

SPPB の相違による比較は、年齢・糖尿病罹患期間・神経障害・運動習慣・膝伸展筋力・握力に関連がみられた。SPPB と関連する因子は、神経障害と運動習慣であった。

【結論】

高齢 2 型糖尿病教育入院患者のサルコペニアの発生リスクを軽減するためには、神経障害の管理と運動習慣の教育が重要である。

【倫理的配慮】

当院倫理審査にて承認（612 番）を得た。

○-3-1 演題取り下げ

○-3-2 内視鏡下に整復したバンパー埋没症候群の一例

中尾 さくら¹、今井 隆行¹、木村 英憲²、新谷 修平¹、井上 博登²、大野 将司¹、森田 幸弘¹、
松本 寛史¹、西田 淳史¹、馬場 重樹³、稲富 理¹

¹ 滋賀医科大学 消化器内科、² 滋賀医科大学 光学医療診療部、³ 滋賀医科大学 基礎看護学講座（生化学・薬理学・栄養学）

【症例】90歳代 女性【主訴】胃瘻の可動性不良【現病歴】X-1年に嘔吐を主訴に救急外来受診し、単純CTで胃軸捻転を認めた。内視鏡的整復術を実施したが、整復困難であり緊急手術となった。開腹時、捻転は解除されていたが、術後経口摂取困難予想されたため、胃体部前壁に胃瘻造設された。経口摂取量が改善すれば胃瘻抜去予定であったが、改善せず、16Frバルーンタイプから徐々にサイズアップして、バンパー・ボタン型20Fr 4cmに変更した。X年、徐々に浸出液の増加を認め、胃瘻の可動性悪化と瘻孔部の疼痛を認めていた。胃瘻交換目的に当院当科を受診した。【治療経過】上部内視鏡検査でバンパーが胃粘膜に埋没していたため、バンパー埋没症候群と診断した。単純CTで胃瘻は胃内から逸脱していたが、穿孔や膿瘍形成は認めなかった。内視鏡下にガイドワイヤーを胃内に留置し、バンパーを進展させながら、胃瘻のバンパー部分を引き伸ばした後、瘻孔に問題がないことを確認して抜去した。最終バンパー・ボタン型20Fr5cmに交換した。胃側から造影したところ腹腔内に造影剤の流出は認めず、止血確認をして終了した。【考察】バンパー埋没症候群は内部ストッパーの圧迫により胃内部バンパーが胃壁瘻孔内に埋没することで生じる有害事象である。今回我々は内視鏡下に整復したバンパー埋没症候群を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

○-3-3 経鼻胃管から PTEG への変更をきっかけに経口摂取量が改善した一例

勝本 恵理香^{1,4}、畠中 真由^{1,4}、井上 美咲^{1,4}、鈴木 翔太^{2,4}、東 里映^{3,4}、白石 智順⁴、
村上 翔子⁴、山口 剛⁴、伊藤 明彦⁴

¹ 東近江総合医療センター 栄養管理室、² 大阪医療センター 栄養管理室、³ 大阪医療センター 薬剤部、

⁴ 東近江総合医療センター 栄養サポートチーム

【背景】経皮食道胃管挿入術（PTEG）は経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）が困難な場合の経管栄養や腸管減圧に有用であるが、PEG や経鼻経管栄養と比較すると認知度が低い。今回は化学療法中の食欲不振に対し NST でアプローチし、経鼻胃管から PTEG への変更をきっかけに経口摂取量が著明に改善した症例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代男性、身長 174cm、体重 52kg、BMI17.0。目標栄養量 1700kcal。進行胃癌に対し通過障害改善目的に胃空腸バイパス術を施行。化学療法中に味覚異常、食欲不振を認め化学療法継続が困難となり NST 介入。介入時体重 52kg、Alb1.6。経口摂取 0kcal、末梢静脈栄養 420kcal。経口摂取困難な状態が続き、通過障害を疑い第 25 病日に W-ED チューブ挿入、経腸栄養開始となった。第 65 病日に経腸栄養は 1500kcal に到達。以降も喉の強い違和感とともに食欲不振は持続。PEG は解剖学的に困難であり、第 94 病日に PTEG が造設された。造設後すぐに食事摂取量が著明に増加。経口摂取 1770kcal、PTEG より 200kcal の半消化態栄養剤の注入で第 123 病日に自宅退院となった。退院 2 週間後の評価で経口摂取 2000kcal、PTEG より 200kcal の栄養補給が保たれており、体重は 54kg、Alb3.7 まで上昇。化学療法の継続が可能となった。

【考察】経鼻胃管から PTEG への変更をきっかけに経口摂取量が著明に改善した。経鼻胃管が苦痛となり経口摂取量に影響する場合があります、漫然と経鼻胃管を続けるのではなく経腸栄養法の適切な選択が必要であると実感した。

○-3-4 当院における減圧目的 PTEG 造設症例の検討と食事提供の工夫について

神田 暁博¹、勝本 恵理香²、畠中 真由²、井上 美咲²、片岡 準¹、柴田 直季¹、森 太平¹、
桂木 淳志¹、山口 剛³、伊藤 明彦¹

¹ 国立病院機構 東近江総合医療センター 消化器内科、² 国立病院機構 東近江総合医療センター 栄養管理室、

³ 国立病院機構 東近江総合医療センター 外科

【背景】経皮経食道胃管挿入術（PTEG）は、栄養目的だけでなく、癌による消化管閉塞に対する減圧目的においても有効な手技である。癌患者において症状緩和だけでなく、食事形態を工夫することで経口での摂取も楽しむことができる。当院における減圧目的に造設した PTEG 症例を検討し、造設後の食事提供に試行錯誤した症例の提示も含めて、発表する。

【結果】当院にて 2017 年 4 月～2024 年 4 月に行った減圧目的 PTEG 造設 12 症例を検討した。胃管挿入から PTEG 造設までの日数は平均 21.2 日であり、他科依頼の症例は胃管の期間が長い傾向にあった。

造設後の経口摂取は持ち込みをされる場合が多かったが、当院から提供する場合は栄養補助食品に加え、流動・ペースト食、アイスや具なし茶碗蒸しなどを個々人と相談の元、提供を行った。1 例においては、経口摂取への意欲が強く、素麺摂取を強く希望されたため刻むことで提供を行ったが、減圧によりチューブが詰まることもあり、より太い胃管へ入れ替えを行い、定期的にフラッシュすることで詰まりを予防しながら経口摂取を楽しまれた。

【考察】造設後に食事形態や管理方法を工夫することで様々な味を楽しむことができ、本人の QOL 改善にも寄与したと思われる。院内で PTEG を周知することで他科症例も早めに適応を判断し、多職種連携を行い施行錯誤することで、「味を楽しむ」機会を損なわないように努めていきたい。

○-3-5 ストーマ排液管理に難渋した空腸瘻造設後の短腸症候群患者に対してラモセトロンを用いた 1 症例

塩飽 舞香^{1,6}、喜多 茉莉子^{2,6}、吉田 尚子^{2,6}、佐藤 裕美^{3,6}、森脇 茉美^{3,6}、赤井 知香子^{3,6}、星 歩^{4,6}、武元 浩新^{5,6}

¹ 大阪府済生会千里病院 薬剤部、² 大阪府済生会千里病院 栄養科、³ 大阪府済生会千里病院 看護部、

⁴ 大阪府済生会千里病院 糖尿病内科、⁵ 大阪府済生会千里病院 消化器外科、⁶ 大阪府済生会千里病院 NST

【背景】小腸の広範切除に起因する短腸症候群では栄養素の吸収不良や重度の下痢が問題となる。今回、ストーマ排液が多く、排液コントロールに難渋した短腸症候群患者に対してラモセトロンを使用した症例を報告する。

【症例】84歳の男性。冠動脈バイパス術施行後40病日に非閉塞性腸管虚血となり、小腸全摘術を施行した。残存小腸はTreitz靱帯より20cmのみで、同部で空腸瘻を造設した。術後はTPNで1200kcal前後を投与し、術後18病日からは経口摂取開始した。術後29病日よりテデュグルチド2.2mgの投与を開始したが、ストーマからの排液は4000mL/日前後で推移していた。ロペラミド12mgなどの止瀉薬を投薬するも排液の減少傾向はみられなかったため、ラモセトロン5μgを開始した。開始後、空腸瘻からの排液は1500mL/日程度まで減少し、ロペラミド6mgまで減量できた。なお、体重は術後44kgから47kgまで増加している。

【考察】ラモセトロンは下痢抑制作用や腸管の水分輸送異常改善作用を有する。小腸ストーマを造設した短腸症候群の患者において、ストーマからの大量の排液により脱水や電解質異常などが問題となる。本症例ではラモセトロンを投与することで排液量は減少し、併用する止瀉薬も減量できた。このことから、短腸症候群の下痢や小腸ストーマの排液コントロール目的でラモセトロンを投与することは有用であると考えられる。

○-3-6 新規格・旧規格経腸栄養製品の賢い使いわけマニュアルのご紹介

永江 彰子¹、奈倉 道明²、浅野 一恵³、伊藤 明彦⁴、口分田 政夫¹

¹ びわこ学園医療福祉センター草津 小児科、² 埼玉医科大学総合医療センター 小児科、

³ 社会福祉法人 小羊学園重症心身障害児・者施設 つばさ静岡 小児科、

⁴ 国立病院機構 東近江総合医療センター 消化器内科

1 目的

2023年10月10日付で発せられた厚生労働省からのQ & A（以下、QA）を受けて、新規格と旧規格経腸栄養製品の具体的な使いわけのマニュアルの要望が複数施設より挙がり、4月25日付で完成した。本マニュアルの意義と内容を広く関係者に知ってもらうことを本発表の目的とする。

2 方法

本マニュアルは、医師、看護師および栄養士を対象として日本重症心身障害学会社会活動委員会コネクタ問題ワーキンググループが監修作成した。1) はじめに、2) 両規格を賢く使いわけましょう、3) 旧規格製品を必要とする病態、4) 新、旧規格製品の比較対照、および5) 参考資料と解説、の5項目より成り、2) と3) はQAに旧規格製品が必要な病態として記載されている3つ（①胃内の空気や内容物の吸引が頻回に必要な患者、②ミキサー食や半固形化された栄養剤や流動食が必要な患者、および③新規格製品の操作で過度な負担を感じる患者について）の詳細を記載した。小児科関係だけでなく、経腸栄養に関わる多方面の先生方に査読頂き、内容を改良した。

3 結果

査読のコメントより、企業主体の国際規格1本化ではなく、医療者視点での新規格と旧規格の併存の必要性を、両規格の利点と欠点を踏まえた上で医療者が知ることには貢献できたと考えられる。

4 結論

今後の国際規格化に順応するために、新規格、旧規格製品のメリットおよびデメリットを医療者が知った上で、場面に応じてうまく使いわけることが必要である。

○-3-7 PEG/PTEG に HACCP 導入しませんか

広田 鉄磨¹、松本 徳文²

¹一般社団法人 食品品質プロフェッショナルズ、²関西大学 化学生命工学部

HACCP が完全制度化されてより 3 年が経過した。HACCP を実施することが義務とされ、中身の充実の度合いはともかくとして 今では小さな飲食店までもを含む全食品産業従事者が HACCP を実施しているものとされている。現に病院にあっても 職員や入院患者にたいしての普通食提供、嚥下や咀嚼に関して介助を必要とする患者に向けての介護食提供などは すでに HACCP 実施の前提下に置かれている。

PEG/PTEG に関して言えば それが 食事ではなく医療行為として認識されているため HACCP はいまだ浸透する気配を見せない。しかしながら PEG/PTEG で栄養補給を受けている対象者は 明らかに免疫弱者であり、栄養補給する折には その提供において一層の衛生的な配慮がされるべきであることは言うまでもない。

にもかかわらず 現在までのところは 栄養剤注入後のカテーテルの水によるフラッシング、食酢の封入、コネクタの定期的な洗浄、胃ろう周辺の衛生状態の維持、そして 栄養剤コンテナを取り付ける際の手指の洗浄 つまり手技・手法群がガイドラインで謳われているだけにとどまっており その手技・手法による達成基準の明確化はない。つまり HACCP でいうところの PDCA のうちの D: Do つまり手技・手法だけが独り歩きし、PCA が 欠如してしまっている。

今回 医療という範疇には属さない新鮮な立場から PEG/PTEG の衛生管理の PDCA をどのように向上することができるのかの提言を行いたい。

○-3-8 看護師特定行為研修における、ろう孔管理関連（胃ろうカテーテル交換）の教育・支援について考える

山元 佑加理

滋賀医科大学医学部附属病院 看護部

【目的】

滋賀医科大学は 2017 年に、ろう孔管理関連（胃ろうカテーテルの交換）を開講した。受講者の所属施設は特定機能病院、一般病院、訪問看護ステーションと様々である。他施設に所属する受講者の意見から現状を知り、課題を抽出し、今後の研修教育や研修後の活動支援についての示唆を得るとした

【方法】

ろう孔管理関連（胃ろうカテーテルの交換）を 2022 年までに受講した 29 名中、研究協力者 3 名（研修修了後年数は半年～3 年半程度）に対しインタビュー調査を行い、インタビュー内容に沿って分析を実施した

【結果】

インタビュー内容は（1）看護師特定行為研修について①研修を受講した経緯 ②講義（対面講義、e-ラーニング）・演習・OSCE ③物品の貸し出し・動画教材④各講義・演習・OSCE の実践への効果の割合（2）研修修了後の活動について、カテゴリー化を行った。26 カテゴリーと 7 項目に分類し、インタビューの設問に沿って考察した

【結論】

看護師特定行為研修修了者は、特定行為のみではなく、看護の関わりのなかで特定行為も含めた医療を提供することを心にとめ、安全性と看護の専門性を発揮した活動を展開することが求められる。そのため、胃ろうカテーテルの交換という手技の確立、および胃ろう造設から日常の管理も含め、特定行為を取り巻く環境を支えるために、自律的に学ぶ意識を持つことが必要である。研修教育については継続的な学びや相談の場の提供が、支援に繋がると考える

○-4-1 Refeeding 症候群高リスク患者への早期介入

鈴木 翔太¹、勝本 恵理香⁴、源藤 真由¹、畠中 真由⁴、井上 美咲⁴、東 里映²、山根 あゆみ³、
内藤 裕子¹、村上 翔子⁴、伊藤 明彦⁴

¹ 国立病院機構 大阪医療センター 栄養管理室、² 国立病院機構 大阪医療センター 薬剤部、

³ 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 栄養管理室、⁴ 国立病院機構 東近江総合医療センター NST

目的

Refeeding 症候群（以下 RS）とは、慢性的な栄養不足の患者に対し急速な高エネルギーの補給にて生じる代謝合併症の総称である。当院では RS 高リスク患者について、NICE ガイドラインを元としたスクリーニングシートで抽出・介入を行っており、その現状について報告してきた。今回は早期栄養介入管理加算導入の効果について調査した。

方法

加算が開始となった 2022 年 7 月～2024 年 3 月（A 群）と、対照の 2020 年 7 月～2022 年 3 月（B 群）に入院した患者のうち、RS 高リスクの患者 80 名を対象とした。年齢、抽出理由及びエネルギー摂取量、血清リン値等を調査した。加算対象の患者は 5 名のみであった。

結果

RS 高リスクの原因はアルコール摂取過剰が 32.5% と最も多く、患者抽出は栄養士が 7 割を占めていた。栄養士介入までの日数は 2.0 ± 1.9 日（B 群）→ 1.2 ± 1.5 日（A 群）と短縮傾向（ $P = 0.06$ ）、医師による患者抽出が 22.5%（B 群）→33.3%（A 群）と増加していた。入院時の血清リン値は $3.4 \pm 1.4\text{mg/dl}$ 、3 日目は $2.5 \pm 1.0\text{mg/dl}$ であったが、7 日目には $3.1 \pm 0.7\text{mg/dl}$ まで改善していた。

考察

介入時期の短縮や医師による患者抽出の増加など、高リスク患者へより早期介入できている現状が分かった。背景には加算導入による早期介入の意識付けや、啓発活動による院内全体の RS への認識が深まったことが考えられた。しかし、介入遅れによる大幅な血清リン値の低下を招いた症例もあり、介入体制の更なる改善が必要であると考ええる。

○-4-2 重度心身障害者の血清セレン濃度に関する実態調査 第 2 報

桶本 幸¹、関本 裕美²

¹ 独立行政法人国立病院機構 南京都病院、² 同志社女子大学薬学部医療薬学科

1. 目的

第 1 報では、当院入院中の重度心身障害者のうち、血清セレン濃度が基準値以下の患者においてセレン欠乏症状を呈することがなかったことから血清セレン濃度の基準値を満たす必要はないかもしれないとの報告を行った。今回、重度心身障害者（児）の多くに合併するてんかんに着目し、抗てんかん薬による血清セレン濃度への影響を調査したので報告する。

2. 方法

調査対象は、当院入院中の 18 歳以上の重度心身障害者で食事の摂取形態には関わらない。調査項目は年齢、性別、血清セレン濃度及び抗てんかん薬服用の有無と血中濃度である。調査期間は 2022 年 4 月～2024 年 3 月までとした。

3. 結果

対象者は 65 名であり、内訳は男性 42 名女性 23 名であり、平均年齢は 46.3 歳であった。抗てんかん薬服用患者が 58 名で、そのうち 17 名がバルプロ酸 Na を服用していた。2023 年測定時に、血清セレン濃度が基準値内であったのは 38 名（58.4%）、以下は 25 名（38.5%）、以上は 2 名（3.1%）であった。2022 年からの 2 年間で血清セレン濃度の基準値を満たしたのは 26 名で、そのうち 4 名がバルプロ酸 Na を服用していた。

4. 結論

バルプロ酸 Na 服用患者において 2 年連続して血清セレン濃度の基準値を満たした患者は少なく、相互作用の可能性が疑われた。今後も血清セレン濃度に対する抗てんかん薬の影響に関するモニタリングを続ける必要がある。

○-4-3 亜鉛製剤長期内服による汎血球減少を呈した銅欠乏症の 1 例

後藤 啓太^{1,2}、入谷 真千子^{1,2}、小野 寛道^{1,2}、徳田 裕子¹、鈴木 知世²、久保田 和代²、
柳川 智子²、萩原 愛²、斎藤 百合奈^{2,3}、宮垣 博道^{2,3}、佐山 皓一^{2,4}

¹ 国家公務員共済組合連合会 大手前病院 栄養管理室、² 国家公務員共済組合連合会 大手前病院 NST、

³ 国家公務員共済組合連合会 大手前病院 外科、⁴ 国家公務員共済組合連合会 大手前病院 代謝内分泌内科

【緒言】銅欠乏の臨床症状としては血球異常と神経症状が特徴的である。銅欠乏誘発性血球減少症のメカニズムは不明な点も多く、しばしば骨髄異形成症候群（MDS）と鑑別が難渋することがある。今回は亜鉛製剤長期内服による汎血球減少を呈した銅欠乏症を経験したので報告する。【症例】80 代女性。サービス付高齢者向け住宅に入所中。黒色嘔吐あり当院へ救急搬送。入院時血液検査で Hb 2.6g/dL と高度貧血あり。上部消化管出血疑いで入院となる。【経過】上部消化管中視鏡検査で早期胃癌（M、Ant、Type0-IIc、por、cT1bN0M0cStage I）と診断。10 病日目に血液検査で RBC $273 \times 10^4/\mu\text{L}$ 、WBC $950/\mu\text{L}$ 、PLT $15.6 \times 10^4/\mu\text{L}$ 汎血球減少を呈し MDS が疑われたが、11 病日目の血液検査で血清銅 $6 \mu\text{g/dL}$ 、血清セロプラスミン 6mg/dL 、血清亜鉛 $96 \mu\text{g/dL}$ の著明な血清銅の低値が明らかとなった。亜鉛製剤の内服中止とエンシュア H、ココアパウダーによる銅補充により血清銅と血球の改善がみられた。【まとめ】本例は亜鉛製剤の長期内服による銅欠乏症を発症した 1 症例であった。MDS に類似した血球減少の所見が得られた場合には、銅欠乏症も鑑別疾患に想起すべきであると考えられた。

○-4-4 褥瘡患者に対する NST 介入効果

早田 将也、工藤 愛莉沙、富阪 由津奈、久保田 智恵子、兒玉 大、飯田 洋也

西京都病院 検査科

【目的】褥瘡患者に対する栄養治療の重要性は報告されている。当院の NST は 2023 年 12 月より新規チームの立ち上げを行った。今回、介入を行った褥瘡患者の介入前後の血液検査所見を検討し、NST 介入効果を評価することを目的とした。

【対策と方法】2023 年 9 月から 2024 年 3 月末まで当院で入院加療を要した褥瘡患者 22 名を対象とした。血中 ALB 値と CRP 値を、2023 年 9 月から 2023 年 11 月末までの NST 非介入期と 2023 年 12 月から 2024 年 3 月末までの NST 介入期で比較した。各患者ごとに非介入期と介入期に行った血液検査所見の平均を算出し比較した。

【結果】ALB 値は NST 非介入期が $2.8 \pm 0.53 \text{ g/dL}$ 、介入期が $2.8 \pm 0.52 \text{ g/dL}$ と同等であった。CRP 値は NST 非介入期が $1.6 \pm 1.4 \text{ mg/dL}$ 、介入期が $3.1 \pm 4.1 \text{ mg/dL}$ と上昇を認めたが有意差はなかった（ $p=0.1$ ）。また、CRP 値上昇例を除外した 12 例で ALB 値の変化を検討したところ、NST 介入により ALB 値は $2.79 \pm 0.63 \text{ g/dL}$ から $2.94 \pm 0.64 \text{ g/dL}$ に上昇した（ $p=0.58$ ）。

【結語】症例数が少ないが、褥瘡患者において NST 介入前後で ALB 値の改善は見られなかった。CRP 値低下の患者では ALB 値の改善が見られたため、感染制御が栄養治療において重要であり、褥瘡チームとのチーム医療が重要と考えられた。

○-4-5 NST 介入によって良好な経過をたどった褥瘡の一例

松本 直基、水谷 真、鳶岡 成佳、佐古 さやか、薦谷 敬之、山下 進士、桑原 萌、三浦 萌、
山本 美愛、藤本 歩

社会医療法人東和会 第一東和会病院

褥瘡治療において適切な栄養管理は非常に重要である。今回、仙骨部に発生したステージ 4 の褥瘡に対して、NST の介入によって良好な経過をたどった症例を経験したので報告する。症例は 81 歳女性。特に誘因なく 1 か月ほど前から自宅で体動困難となり、1 週間前からは食事摂取量が減少した。今回、介護者である夫がおむつ交換をする際に、仙骨部に巨大な褥瘡を発見したため当院へ救急搬送となった。来院時、仙骨部に直径約 10cm の自潰した褥瘡があり、多量の排膿を伴っていた。内部には筋膜、仙骨骨膜露出を認めステージ 4 の褥瘡と診断した。入院後、全身麻酔下にデブリードマンをおこない、局所陰圧閉鎖療法を開始した。当初、摂取総カロリー、タンパクともに必要量を大きく下回っており、アルブミン値は 2.5 g/dL であった。入院時より NST が介入し、入院 14 日頃には必要量近くまで摂取可能となり、肉芽増生は促進した。局所陰圧閉鎖療法が終了した時点で創縁は上皮化傾向にあったが、皮膚欠損部はまだ大きく、全層植皮をおこなう方針とした。入院 2 ヶ月後、形成外科によって皮弁形成術が施行された。植皮術後 4 日目、初診後 65 日目に施設転院となった。ステージ 4 の褥瘡は完治までに 6 ヶ月以上を要する場合も多いが、本症例では適切な栄養管理がおこなわれたことによって治癒期間を短縮することができ、介護者の負担も大幅に軽減させることができた。

○-4-6 下肢血管からのブドウ糖＋電解質輸液により広範囲の皮膚壊死が起こった一例

和田 昌幸

阪南中央病院 内科

(症例) 81 歳男性、(主訴) 左上下肢不全麻痺 (現病歴) 糖尿病などで近医加療中であったが、1 ヶ月前に左上下肢の不全麻痺が発生して他院を受診、脳梗塞と診断され加療を受けた。その後のリハビリ、また血糖コントロール目的で当院に転院となった。(経過) 転院前から徐々に食欲低下が進んでおり、転院後拒食、拒薬などが発生した。静脈栄養を行っていたが、上肢からの血管確保が困難となっており、かつ自己抜去を頻回に行うことから下肢からの輸液を行うことが常態化していた。入院約 3 週間後に低血糖発作あり、当直医によって 10% ブドウ糖 500ml + KCL (20mEq) 1A を混注したものを下肢の静脈路より点滴、その後体動により血管外漏出が起こった。冷却などで経過観察していたが、皮膚壊死が発生し、その範囲が拡大して足背から下腿にかけて壊死状態となった。(考察) 血管外漏出で皮膚障害が起こりやすい薬剤については種々注意喚起がなされており、電解質輸液、また高濃度のブドウ糖に関しても注意が必要であるが、当該患者では、糖尿病が進行して神経障害を認めており、輸液が漏出しても痛みを訴えにくかったこと、また動脈硬化を認めており、下肢血流の低下が予測されたこと、食思低下による低栄養が急速な悪化を招いた要因と推測される。(結論) 下肢血管からの輸液に関してはなるべく避けるべきであるが、薬剤を厳密に限定する事が必要である

○-4-7 高齢者の栄養管理をどうするか～ ACP を繰り返し TPN を中止した一例

内貴 乃生、生田 一幸、勝本 恵里香、畠中 真由、伊藤 明彦

東近江総合医療センター 循環器内科

はじめに：高齢患者の急性期疾患治療後、これを契機に食思や嚥下機能を損ない決定的に経口摂取が低下する事例は多い。通常は、経口摂取に中心静脈栄養を併用し NST やリハビリスタッフの協力のもと状態回復を目指す。しかし経口摂取が回復せず消化管瘻の作成も行わない場合、TPN を継続し転院となるか TPN を中止し終末を迎えることになる。患者家族が不安なく受け入れられるよう ACP を繰り返し TPN を中止した経験について発表したい。

症例：開業医で眠剤と緩下剤の処方を受けていた 90 歳男性。誤嚥性肺炎にて同院で外来点滴抗生剤にて治療され、その 1 ヶ月後に誤嚥性肺炎を再発し入院となった。感染治療開始と並行し嚥下及び身体リハビリを行ったが誤嚥性肺炎を再燃。TPN にて栄養管理を行いリハビリを継続したが、その後も肺炎を繰り返した。入院当初から状態悪化時の治療方針や経管栄養の希望確認、また行わない場合に推測される経過の説明を行い『延命治療』は希望されなかった。方針確認後も家族と面談を繰り返し経過説明の度に意向を再確認した。最終的には補液を絞り看取りに至った。

考察：病前 ADL が比較的保たれていたり疾患治療の経過が良かった場合、栄養療法の中止は難しい問題である。疾患治療以外の医療行為の最適化も ACP を行う前提として必要である。その上で、ACP は人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスであり、繰り返し理解を深めることで EOL の向上に繋がると考える。

○-4-8 胃癌術後早期に嘔吐が問題となった大食い傾向の過体重例での食事指導での反省

藤岡 有紗¹、松岡 美緒¹、中井 映理子¹、滝元 里穂¹、高橋 芽衣¹、柳原 佳奈¹、安井 富美子¹、西川 知可子¹、飯島 正平²

¹ 大阪国際がんセンター 医療技術部 栄養管理部門、² 大阪国際がんセンター 栄養腫瘍科

【目的】

術後早期退院では在宅での食上げは患者自らが担うが、退院後頻回嘔吐をみた胃癌切除例を経験したので報告する。

【症例】

40 代男性。身長 172cm、術前体重 87.2kg、BMI29.5kg/m²。患者は胃癌に対する幽門側胃切除術後 8 日目に術後五分菜食（1000kcal、5 回食）を全量摂取し、体重 83.3kg で退院した。食事指導では、大食い癖であり咀嚼せずの丸吞みが危惧され、当面はよく噛んで食べ、一回量を減じ、分割食 1300kcal/日を推奨、術後嘔吐などの消化管症状対策や食事量調整に効果的と説明した。しかし、退院後 2 週間の指導時、頻回な嘔吐を確認、1 日 3 食 2000kcal 摂取だった。本人は食事摂取目標を術前レベルに据え、早期からの目標量摂取が回復に繋がると信じ、嘔吐は次第に軽快すると考えていた。以前の指導内容は理解を示しつつ、食以外の術後経過は極めて良好で、胃切除後順応の初期段階のような指導実践時期はすでに過ぎ、嘔吐が続いても摂取を頑張る時期と思い込んでいた。指導では認識違いを修正、嘔吐無きことを目標とし、1 食量と食事時間を具体的に設定した。2 週間後再診時、体重 80.2kg、2000kcal 4 回食で 30 分以上かけ、嘔吐は 1 回 / 週程度で、計画的減量も意識し指導継続中である。

【考察】

周術期指導では定型的だが、患者背景の個別性に応じ自己管理が可能な対応が必要である。

O-5-1 精神疾患領域における軽度慢性低ナトリウム血症の現状と問題点

吉田 充代¹、樋口 敬一²、久住 朋²、柳澤 伶美²、中川 美智加³、谷家 陽香⁴、藤原 幸枝⁵、
田村 知之⁵、高島 昌⁶、玉置 康介⁷、松末 智⁷

¹ 木島病院 臨床検査グループ、² 木島病院 栄養グループ、³ 木島病院 医療社会福祉グループ、⁴ 木島病院 薬剤グループ、
⁵ 木島病院 看護グループ、⁶ 木島病院 精神科リハビリテーショングループ、⁷ 木島病院 診療グループ

【背景と目的】

軽度低ナトリウム（Na）血症では、無症状として不介入経過観察となる場合が多い。しかし注意機能低下などの認知機能障害や、転倒や骨折といった二次的要因のリスクが高く、それに伴う QOL の低下が報告されている。今回、精神疾患患者における軽度低 Na 血症患者の実態と問題点を解明し、今後のケアに役立てる目的で調査した。

【方法と対象】2020 年 1 月より 2022 年 12 月に、当木島病院で定期採血を行った 1020 人のデータより、血清 Na 値が 2 回以上 135mEq/L 未満であった患者 86 人の内、経過が追えた 54 人（男性 35 人、女性 19 人、年齢 38～97 歳）を対象に、後方視的に原疾患、身体疾患の有無、転倒や骨折の状況、対処法を調査した。

【結果】原疾患は、統合失調症 42 例、認知症 14 例、その他 9 例であり、多飲症（水中毒）が 32 例（59.2%）あった。併存症は心疾患など 21 人に認められた。転倒した患者は 36 人（66.6%）であり、その内、骨折を伴うものは 4 人（7.4%）だった。薬剤（塩化 Na）処方 4 人、食事調整 6 人に対処して、血中 Na 値が改善した患者は 5 人であった。

【考察】当院の軽度慢性低 Na 血症患者も転倒や転落といった報告は一定数あった。精神科領域では多飲症（水中毒）などの影響もあるが、栄養障害やストレス、減塩などの生活習慣も要因となる可能性があると感じた。一見、無症状であっても積極的な介入を行い、QOL 維持の一助になればと考える。

O-5-2 両足底のⅢ度熱傷患者へ NST 介入、コラーゲンペプチド投与管理を行い創部改善に繋がった 1 例

米満 沙織¹、竹内 徹²、森 あずみ⁴、下垣内 順子⁴、森 智沙⁵、岡本 大尚¹、山崎 順子¹、
狩野 慎太郎¹、山本 修平¹、小林 佑輝¹、門戸 典子⁶、西谷 仁³

¹ 北摂総合病院 診療技術部 栄養科、² 北摂総合病院 診療部 糖尿病・内分泌内科、³ 北摂総合病院 診療部 消化器内科、
⁴ 北摂総合病院 看護部、⁵ 北摂総合病院 診療技術部 薬剤科、⁶ 北摂総合病院 看護部 皮膚排泄ケア認定看護師

1. はじめに

コラーゲンペプチド（以下 CP）は肉芽形成を促進し、褥瘡に有用であることが報告されている。今回、食思不振を呈する熱傷患者に NST 介入を行い、経口栄養量の安定、CP 投与を行い創傷改善に繋がった症例を報告する。

2. 症例

4 型進行胃がん（STAGE4）に対し外来抗がん剤治療中の 58 歳男性。職場で体動困難となり救急搬送され、ヒーターにより黒色壊死を伴う両足底熱傷と診断される。エネルギー、たんぱく質必要量増大が予想されたが食思不振や嘔気あり。入院時 Alb1.8g/dL、創部治癒遅延の可能性があり第 3 病日目より NST 介入となる。

3. 経過

嘔気の持続、吃逆があり、胃がんや脱水の影響を考え、病院食ではなく嗜好・食思に合わせた食事提供を行うこととなる。脱水改善、食事内容聞き取りにより食思改善・嘔気軽減を認め、第 6 病日目に少量の病院食へ変更となる。安定した食事摂取が可能と判断し、第 9 病日目には CP 含有飲料（CP10g）の付加開始と共に提供栄養量、たんぱく質のアップを図った。提供栄養量を漸増し第 17 病日には提供栄養量 2400kcal/日、たんぱく質 110g/日が可能となる。NST 介入前後で Alb1.2→1.7g/dL、TTR2.4→7.0mg/dL と推移し、熱傷の黒色壊死部軟化や縮小を認め、外来管理が可能となり自宅退院となった。

4. 考察

食思改善が認められたタイミングでたんぱく質補給に加え CP 投与が可能となり創部治癒促進に繋がることが示唆された。

O-5-3 ERCP 後に発症した重症膵炎と汎血球減少に対して NST 介入した一例

福万 智子¹、大谷 哲之¹、大江 智子²、八瀬 恵理子³、綿榎 充穂³、坂部 浩一⁴、村田 敬¹¹ 国立病院機構京都医療センター 臨床栄養科、² 国立病院機構京都医療センター 看護部、³ 国立病院機構京都医療センター 薬剤部、⁴ 国立病院機構京都医療センター リハビリテーション科

【症例】50 歳代、男性。他院にて総胆管結石に対し ERCP 後、重症膵炎発症し当院へ救急搬送。複数回の壊死巣除去後、経過中に呼吸状態悪化、急性腎不全併発し、人工呼吸器管理、気管切開、CHDF 施行。その後、下行結腸穿孔し回腸双孔式人工肛門造設され、NST 介入依頼がなされた。

【経過】NST 介入当初は胃内容排泄遅延あり、W-ED チューブにより胃内容減圧、空腸より消化態栄養剤及びビタミン・ミネラル栄養補助飲料を持続注入、水分管理を行った。第 152 病日に脂質含有消化態栄養剤に変更したが、脂肪便の排泄を認め、排液量も増加したため、一旦成分栄養剤に変更した。その後、成分栄養剤に加え、消化酵素剤とともに脂質含有消化態栄養剤も少量から開始。徐々に成分栄養剤から消化態栄養剤へ切替えた。第 191 病日、ST より飲水可の評価あり、補助飲料を提供。第 239 病日に食事摂取開始。経鼻経腸栄養チューブ抜去し、軟菜食を提供。

第 271 病日に一旦退院したが、第 274 病日に経口摂取増加、胃内容排泄遅延による嘔吐・脱水等で再入院。再入院後は食事内容を調整しながら徐々に脂質付加量を増やした。ロペラミドも併用し、最終的に普通食形態を提供した。退院前に栄養指導を実施し、第 410 病日に自宅退院となった。

【考察】重症膵炎にて胃内容排泄遅延あり、W-ED チューブによる胃内容減圧し、NST 介入により、経腸栄養の調整、経口摂取へ移行し、自宅退院へつなげることができた。

O-5-4 脳卒中ケアユニットの多職種での栄養管理と課題

舟橋 康弘¹、村上 夏代¹、鈴田 薫¹、鶴島 礼香¹、北川 彰洋²、郷間 巖³、植村 昌弘⁴、馬場 千歳⁵¹ 地方独立行政法人 堺市立病院機構 堺市立総合医療センター 看護局、² 消化器外科、³ 呼吸器内科、⁴ 薬剤科、⁵ 栄養管理科

I. 目的

当院は 2023 年 6 月より脳卒中ケアユニット（以下 SCU と略す）で早期栄養介入管理加算の算定を開始した。SCU にて多職種で毎朝カンファレンスを開催し、栄養管理を行った患者の栄養管理と課題について報告する。

II. 対象および方法

研究期間は 2023 年 6 月 1 日～2024 年 3 月 31 日の 10 か月間。

研究対象は A 病院の SCU に入院した 321 名を対象とした。

データ収集は年齢・性別・疾患名・入院期間・栄養状態・嚥下機能・食形態などをカルテより情報収集を行った。

倫理的配慮として、個人が特定されないように配慮し、プライバシーの保護に努めた。当院の臨床研究倫理委員会で承認を得た。

III. 結果

管理栄養士・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が平日の毎朝にカンファレンスを実施した。入院平均 2 日以内に言語聴覚士による嚥下評価を行い、嚥下機能に合わせた食事の提供を行った。普通食を摂取している患者と経管栄養を行っている患者の栄養状態は改善した。しかし、嚥下調整食を摂取している患者の栄養状態は悪化していた。

IV. 結論

嚥下調整食を 3 食経口摂取できている患者であっても、栄養状態が悪化したのは意識障害・高次脳障害・嚥下障害などが原因になっていると考える。経口摂取している患者であっても、食事摂取量や食形態などの確認を行い、適切な介入が行えるシステムの構築が必要である。

O-5-5 重症心身障害児・者の長期入所施設での NST 稼働前後の状況

園田 祐介、永江 彰子、口分田 政夫

社会福祉法人びわこ学園 医療福祉センター草津 2 病棟

1 目的

当施設は障害者施設等入院基本料を算定している一般病棟である。2023 年 4 月から NST 回診を開始して NST 加算を取得し、1 年余が経過した。回診稼働後の状況について報告する。

2 方法 (NST 回診の具体的導入方法)

126 床中入所利用者 107 名が対象者である。回診チームは、常勤医師 3 名、管理栄養士 1 名、薬剤師 1 名、言語聴覚士 1 名および看護師 2 名で、いずれの職種も専任であった。NST 回診は 10:30-12:00 を月 2 回、月当たり目標 30 名とした。回診稼働前の NST の課題として、NST に病棟から具体的な検討事項が挙がらない、検討事項が挙がっても入所者の特異性が強くなかなか助言が成立しないということがあり、これらを NST 回診導入にて克服できるかは未知であり、具体的な検討事項が挙がらない場合は、対象者の栄養状態と病態を関係者で共有していくことを回診の目的とした。

3 結果

2023 年度の介入件数は延べ 167 件である。経管栄養中の下痢、経管栄養の経路・管理、体重管理、低アルブミン、微量元素の欠乏・過剰、褥瘡・皮膚トラブルが具体的な検討事項として挙がり、下痢は全例便性の改善を認めた。1 名経鼻胃管から離脱した。それら以外の検討事項は、回診毎に経過を報告し合い、調整を重ねている。定期薬剤の見直しにより、45 名 26 種類 82 剤を削減し、253,010 円 / 月の減額となった。

4 結論

NST 回診により栄養管理上の問題を解決し得た。データを蓄積して重症心身障害児者の栄養特性を見極めたい。

O-5-6 看護師アンケートからみた当院 ICU における NST 介入の意義

金田 雅大¹、上野山 碧¹、佐治 利章¹、河井 貴志²、山内 佑里子²、濱崎 淳哉³、裏山 悠哉³、
藤原 琴³、石田 あかね⁴、近藤 敬秀⁴、坂口 浩樹⁵、雪本 清隆⁶、玉森 豊⁶¹ 和泉市立総合医療センター 栄養管理室、² 和泉市立総合医療センター 看護部、³ 和泉市立総合医療センター 薬剤部、⁴ 和泉市立総合医療センター 歯科口腔外科、⁵ 和泉市立総合医療センター 肝胆脾内科、⁶ 和泉市立総合医療センター 消化器外科

【目的】

当院 NST は年度ごとに介入件数が増加しており、特に ICU における介入が増加している。そこで今回は、当院 ICU における NST 介入の意義について調べることを目的とした。

【方法】

ICU 看護師に対し、NST 介入に関するアンケート調査を実施した。また、2023 年度に ICU 看護師が選定した NST 対象患者および NST 非対象者の栄養障害度 (NUTRIC スコア) を比較した。さらに、NUTRIC スコア (IL-6 除く) が 5 点以上の NST 対象患者の介入終了理由を調べた。

【結果】

ICU 看護師 (n=17) に行ったアンケートより、NST に対する関心については①ある:5 名、②どちらかといえばある:10 名、③どちらかといえば無い:2 名、④無い:0 名であった。ICU 患者に対する NST 介入が必要と感じるかについては①はい:17 名、②いいえ:0 名であった。ICU にて NST が役立っていると感じるかについては①はい:17 名、②いいえ:0 名であった。また、NUTRIC スコアは、NST 非対象患者 (n=665) の平均 2.0 点 (SD1.4) と比較して NST 対象患者 (n=124) の平均 3.4 点 (SD1.7) が高値であった ($p<0.001$)。さらに、NUTRIC スコア 5 点以上の NST 対象患者 (n=29) の介入終了理由は改善:12 名、不変:8 名、退院:2 名、転院:1 名、悪化:0 名、死亡:6 名であった。

【結論】

NST に対して ICU 看護師の関心が高く、栄養障害度がより高い患者において NST 介入の意義があるのではないかと考えられた。今後は、ICU における NST 介入の有用性について詳しく調べ、NST の質の向上に繋げることが課題である。

O-5-7 当院の NST に関する意識調査結果についての検討

久保田 智恵子、富阪 由津奈、工藤 愛莉沙、早田 将也、兒玉 大、飯田 洋也

西京都病院 看護部

【目的】

2023 年 11 月より NST 委員会を立ち上げたが、2024 年 3 月末日時点で職員からの NST 介入依頼は 0 件である。今後 NST 活動の定着のためにはより多くの職員の理解と協力が必要ではないかと考えた。NST 介入に対する意識調査を実施することで、NST 活動の定着へ向けた効果的な取り組みを検討する。

【方法】

対象は病棟に勤務する医師・看護師・PT・OT・ST と薬剤師・栄養士・臨床検査技師の計 168 名。調査期間は 2024 年 4 月 8 日～25 日。独自に作成した無記名のアンケートにて調査を実施した。

【結果】

回答総数は 53 件。NST 委員会を知っていると答えた人は 85%、活動に関心があると答えた人は 92%であった。一方で委員会活動に参加したいと思わないと答えた人は 56%だった。NST 介入依頼の方法を知っていると答えた人は 19%、介入依頼をしたいと思わない人は 51%であった。当院採用の付加食等を把握している人は 15%、オーダー方法を知っている人は 30%であった。

【結論】

当院の記録上の問題点として付加食等の摂取量の記入もれが挙げられるが、今回の結果から提供している食事の内容を職員が把握できていないことが示唆された。

関心が高いにも関わらず NST 介入方法が浸透していない、活動への参加に消極的であるということから、NST 活動に対しての信頼が得られていないという現状が明らかとなった。

以上の点から NST 活動の定着へ向けた効果的な取り組みとして、職員全体の栄養に関する知識向上が必要であると考えられる。

O-5-8 当院透析センターでの管理栄養士の役割
～重度栄養障害のある透析患者への新たな試み～岩崎 早耶¹、岡村 早香¹、名塚 みなみ¹、明道 知巳²、野口 幸³、山岡 みゆき⁴、樋口 侑子⁴、
樋口 敦⁴、吉岡 伸夫⁴¹ 医療法人 康仁会 西の京病院 栄養管理部、² 同リハビリテーション科、³ 同臨床工学科、⁴ 同透析センター

【はじめに】

当院では透析患者 350 名の平均年齢が 71 歳と高齢で、69%が GNRI 中等度以上のリスク群である。2020 年には透析サルコペニアサポートチーム（以下 SST）を発足し透析患者の食事・運動療法に取り組んできたが、より専門性の高い栄養介入が必要な重度栄養障害患者の増加に伴い、透析栄養サポートチーム（以下 NST）の活動を開始した。SST がコメディカルで構成されているのに対し、透析 NST は経口摂取のみならず補液や経静脈的栄養補充療法（以下 IDPN）などの輸液管理を含む栄養管理を行うもので、医師を中心に管理栄養士と薬剤師、看護師で担っている。今回透析 NST の介入により栄養状態改善と ADL 向上に繋がった症例を報告する。

【症例】

72 歳女性、末期腎不全により透析導入、透析歴 2 年 10 ヶ月、第 10 胸椎圧迫骨折のため入院した。介入時 NRI-JH：11 点で栄養障害高リスク群、食事摂取量不足に対して食事内容の調整と IDPN を実施した。介入前栄養摂取量 1016kcal、蛋白質 41g に対して介入後は 1542kcal、蛋白質 65g まで増加し目標量の 93%まで充足した。Alb 値 2.7g/dL から 3.6g/dL、ChE 値 147U/L から 203U/L に上昇、FIM は 98 点から 116 点まで改善した。

【考察】

本症例では食事対応と IDPN を継続することで栄養状態が安定し、運動を行う体制が整えられたことが ADL 改善の要因であると考えられる。

【結論】

透析患者の低栄養対策には管理栄養士が介入すべきであり、重度栄養障害患者には専任医師との連携が欠かせない。

○-6-1 早期栄養介入管理加算における栄養開始時間短縮のとりくみ

豊嶋 晴香

弘善会矢木脳神経外科病院 栄養科

【目的】2020 年早期離床・在宅復帰の観点から早期栄養介入管理加算が新設、当院は 2022 年から算定を開始した。重症患者の栄養療法ガイドラインでは早期（48 時間以内）の経腸栄養開始が推奨される。2022 年度当院早期栄養管理対象者の経腸栄養開始不可症例は 3.2%。2023 年度この割合減少と栄養開始時間の短縮を目的とした活動と実績について報告する。

【方法】2022 年度の早期栄養開始不可原因を患者側と病院側（指示遅延 / 嚥下評価遅延等）に分けた。病院側理由の栄養開始指示遅延に対し医師への周知・食事開始の依頼を行い、術後の指示遅延には積極的な指示受け強化。嚥下評価遅延に対し当院摂食嚥下初期評価を改訂。実績の検討方法: 対象 SCU/HCU 入室患者、介入前 2021 年度と介入後 2022 年度、2023 年度後方視的調査。①入室後栄養開始時間の比較②早期経腸栄養不可割合と要因。③診療報酬データ集積。

【結果】①入室後栄養開始時間: 介入前 18.9h 介入後 2022 年度 13.4h、2023 年度 11.3h ($p<0.05$) 介入後の栄養開始時間は有意に短縮②早期経腸栄養不可割合: 介入前 8.9% 介入後 2022 年度 3.2%、2023 年 2.8%に減少。要因: 循環動態不安定 / 消化機能低下 / 経管栄養同意未 / 週末勤務体制等。③収益約 1067 万円 / 年 (250 点減少 400 点増加)。

【結論】病院側理由の改善により不要な絶食が減り栄養開始時間は有意に短縮し栄養科収益も得た。今後は本来の目的である感染症抑制等追跡調査を検討したい。

○-6-2 当院 ICU における早期栄養介入管理加算に対する取り組みと管理栄養士増員後の効果

山本 順子¹、中井 聡志¹、光崎 彩乃¹、田村 仁美¹、仲川 満弓¹、松本 恵子¹、石井 通予²

¹ 市立大津市民病院 栄養部、² 市立大津市民病院 糖尿病・内分泌内科

【目的】2020 年度診療報酬改定により早期栄養介入管理加算が新設され、当院では管理栄養士を増員し 2021 年 3 月より算定を開始した。特定集中治療室（以下 ICU）での早期栄養介入管理加算の体制と算定状況、管理栄養士増員後の効果について報告する。

【方法】2021 年 4 月～2022 年 2 月の導入早期群（以下: 早期群）と、2023 年 4 月～2024 年 2 月の導入後期群（以下: 後期群）を対象とし、ICU 在室日数や在院日数、算定状況を後方視的に比較検討した。

【結果】早期群 193 名、後期群 359 名。男 / 女比 (328/224)。対象症例の中央値は、年齢 75 (16-100) 歳、BMI22 (11.3-42.1) kg/m²、ICU 在室日数 [早期群 3 (1-118) 日、後期群 3 (1-38) 日: $p<0.05$]、在院日数 [早期群 20 (3-187) 日、後期群 25 (1-125) 日: $p=0.190$]。48 時間以内の経腸栄養開始率は早期群 29.3%に対し、後期群 36.2%に増加した。診療報酬改定で 250 点も算定可能となり、算定率は後期群で 2.1 倍増加 ($p<0.05$)、収益も 1.7 倍増加した。

【結論】早期群と後期群の在院日数に統計的な有意差は認められなかったが、ICU 在室日数は有意に短縮した。栄養部内で教育体制を構築し連休中の体制を整え、管理栄養士が ICU に従事する時間を増やした事で、多職種との関わりや医師への提案が増加した。食事や経腸栄養剤の調整、注入トラブルにも早期から対応可能となり、経腸栄養開始率増加や収益増加に繋がったと考える。

○-6-3 敗血症性ショックを生じた患者への栄養管理の介入

薦谷 敬之、水谷 真、松本 直基、佐古 さやか、藤本 歩、桑原 萌、三浦 萌、山本 美愛、
山下 進士

社会医療法人東和会 第一東和会病院 薬剤部

【はじめに】重篤な疾患を有した患者はまず生命リスクを有する疾患の治療が最優先され、栄養面でのサポートは後回しにされるケースが多い。今回敗血症の治療において、比較的早期に NST が介入できた症例を報告する。

【患者背景】80 歳代女性、発熱、 SPO_2 低下、意識レベルダウンにより、他院より受け入れ要請。到着時のバイタルサイン、臨床データより敗血症性ショックの状態であると診断、細胞外液、カテコールアミン及びメロペネムの投与が開始された。その後、敗血症性ショックから離脱、呼吸状態も改善と判断され栄養管理の検討を始めた。第 8 病日より輸液を末梢用アミノ酸輸液に変更、その後 TPN1 号輸液に移行した。さらに翌日よりペプタメン S を用いた経腸栄養を開始した。リフィーディング 下痢等の副作用に注意しながら経腸栄養剤の投与量を徐々に増やしていき、経腸栄養開始後 8 日目にアイソカルサポートに変更した。

【結果】栄養療法開始時は ALB : 2.0 であったが、2 日後 2.3 5 日後 2.6 7 日後 2.8 と有意に効果があらわれた。その後入院 32 日目に紹介元に転院の運びとなったが、この時点での ALB は 3.3 であった。

【考察】重篤な疾患の治療を行っていく過程のうえで早期に栄養療法に介入することにより、低栄養状態の改善とともに、病態の治癒促進に十分に寄与することができたと推測される。

○-6-4 ICU でのプロテインパウダーの使用経験

山口 佐智子、福岡 学、友井 有希、谷村 香奈子、巽 由美子、田中 智子、宮田 歩、松山 仁

独立行政法人 市立東大阪医療センター

【背景】重症患者では、異化亢進により急速に筋肉量の減少が進行する。また早期にリハビリテーション介入が行われるため、たんぱく質を積極的に投与することが望まれる。

【目的】2022 年 4 月～2023 年 6 月の間に、ICU 患者にプロテインパウダーを使用した 5 例を経験したため報告する。

【症例】年齢の中央値は 67 歳 (84 歳 -63 歳)、原疾患は心疾患が 4 例、脳血管疾患が 1 例であった。プロテインパウダー使用開始までの日数の中央値は 9 日であった。使用理由は、経腸栄養剤の容量を維持し、たんぱく質投与の増加を目的とした。プロテインパウダー 5g/包 (たんぱく質含有量 4g/包) を白湯 20mL で溶解し、栄養剤投与後にボラス投与した。患者の状態に合わせて必要栄養量は、 $\text{IBW} \times 20 \sim 30\text{kcal}$ 、たんぱく質量は $\text{BW} \times 1.0 \sim 1.4\text{g}$ で設定した。使用した経腸栄養剤は半消化態栄養剤 (20kcal/mL) 3 例、半消化態栄養剤 (15kcal/mL) 1 例、成分栄養剤 (10kcal/mL) 1 例であった。エネルギー充足率はプロテイン使用前の中央値が 94%/273%/88%/124%/113%、使用後は 70%/103%/99%/108%/90% であった。たんぱく質充足率は、使用前は 65%/91%/82%/93%/41%、使用後は 69%/99%/100%/101%/74% と改善が見られた。

【結論】ICU では水分制限を要する心不全・血液透析症例などが多く、水分管理の観点から経管栄養剤を選択することが多い。このような症例で投与たんぱく質を増量するにはプロテインパウダーを用いることが簡便かつ有用であると考ええる。

○-6-5 手術症例に対する入院前栄養評価および周術期栄養管理の取り組み

福岡 学¹、松山 仁²、巽 由三子¹、谷村 香奈子¹、友井 有希¹、山口 佐智子¹、宮田 歩³、
田中 智子¹

¹ 独立行政法人 市立東大阪医療センター 医療技術局 栄養管理科、

² 独立行政法人 市立東大阪医療センター 医務局 消化器外科、³ 独立行政法人 市立東大阪医療センター 看護局

【目的】当院では手術症例に対する栄養管理の取り組みとして術後低栄養のリスクがある胃癌手術症例に対する栄養指導・栄養摂取状況の確認と膵癌（膵頭十二指腸切除術）症例に対する入院時からの NST 介入を行っている。今回は全身麻酔下の全手術症例（予定入院）に対する術前栄養評価及び周術期栄養管理を開始することを目的とした取り組みについて報告する。

【方法】2023 年 9 月から全身麻酔下での予定手術症例を対象に入院前の術前栄養評価と術後栄養評価を開始した。術前栄養評価は入院説明時に管理栄養士が面談し「MUST」を用いて行う。MUST が 2 点以上の高リスク症例に対して入院時からの NST 介入を依頼する。術後栄養評価は術後 3 日目を目処に栄養摂取状況や必要栄養量の充足率を確認し、状況に応じて NST への介入を検討する。

【結果】2023 年 9 月～2024 年 1 月に術前・術後の栄養評価を行った件数は 506 件（全身麻酔下での予定手術症例：1017 件）であった。MUST の評価は 0 点：1 点：2 点以上＝368：70：68（13.4%）[人]であり、NST 介入は 17 人（介入対象 68 人中の 25.0%）であった。入院期間の中央値は 8 日であった。

【結論】入院前からの術前栄養評価を行うことで栄養障害リスクを有する症例の早期抽出が可能である。しかし NST 介入は対象者の 25% にとどまっており、人為的な依頼漏れや短い入院期間が要因だと考えられる。今後は栄養評価方法や運用について見直していきたい。

○-6-6 当院における食道切除回結腸再建の術後栄養指標の推移

福尾 飛翔¹、竹林 克士²、貝田 佐知子¹、三宅 亨¹、小島 正継¹、谷 総一郎¹、前平 博充¹、
石川 原¹、谷 眞至¹

¹ 滋賀医科大学 外科学講座 消化器・乳腺・小児・一般外科、² 滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部

【目的】食道切除後の再建には胃管が第一選択となることが多い。しかし、胃癌の合併や胃摘出後の症例には、小腸や結腸による再建が選択される。今回、我々は当院の食道切除回結腸再建症例の術後栄養指標変化について検証した。

【方法】2016 年 4 月から 2023 年 6 月までに食道癌に対して当院で施行した食道亜全摘術回結腸再建を行った 26 例を対象とし、体重変化や栄養学的指標の推移を検証した。

【結果】年齢中央値は 69.5（56-90）歳、男性 23 例、女性 3 例。腫瘍占拠部位は Ut：3 例、Mt：8 例、Lt：7 例、Ae：8 例。1 期的手術は 15 例、2 期分割手術は 11 例。術後合併症は 6 例に認め、内訳は肺炎 2 例、縫合不全 1 例、腸炎 1 例、術後出血 1 例、脳梗塞 1 例であった。術前、術後 3 ヶ月、1 年目での PNI 中央値は 43.3（34.9-50.9）、42.9（35.7-59.8）、42.8（34.4-50.5）。術前、術後 3 ヶ月、1 年目での CONUT スコア中央値は 2（0-6）、3（0-6）、3（1-7）。術後 3 ヶ月、1 年目での体重減少率の中央値は 8.45（-12.5 - 14.2）%、14.65（-4.2 - 27.5）%であった。

【結論】食道切除回結腸再建術後の体重変化として、術後 3 ヶ月以上経過してからも減少する傾向がみられた。術後長期的にわたり体重減少がみられるので積極的な栄養介入や栄養療法の強化が必要と考えられた。

○-6-7 胃切除術が膵体積および膵機能に及ぼす影響

里井 俊平¹、木村 豊²、吉田 雄太³、松本 正孝³、村瀬 貴昭³、亀井 敬子³、中居 卓也³、
松本 逸平³、竹山 宜典^{1,3}

¹ 大阪暁明館病院、² 近畿大学奈良病院 外科、³ 近畿大学病院 肝胆膵外科

目的

胃癌に対する胃全摘術後、膵体積は減少するとの報告があるが、胃全摘術後の膵体積と膵分泌機能との関係は不明である。本研究では、胃全摘術後の膵体積と膵外分泌・内分泌機能との関係を検討した。

方法

幽門側胃切除術患者 18 例と胃全摘術患者 15 例の膵体積を、術後 5 年まで CT を用いて後方視的に測定した。対照として直腸低位前方切除術患者 10 人を選んだ。さらに、早期胃癌に対して腹腔鏡下胃全摘術を行った 9 例に対して、術前と術後 1 年後に膵体積と便中エラスターゼによる膵外分泌機能、グルカゴン負荷試験によるインスリン分泌機能を前向きに検討した。

結果

低位前方切除後は膵体積の変化はなかったが、幽門側胃切除および胃全摘後は、膵体積は 5 年目まで持続的に減少した。前向き検討では、胃全摘術後の便中エラスターゼは 1 年後に $865.8 \mu\text{g/g}$ から $603.2 \mu\text{g/g}$ に有意に減少した ($p=0.0316$)。また、グルカゴン負荷試験において、負荷前後の血糖値は、術前術後共に有意差がなかったが、インスリン分泌能は 3.83ng/mL から 2.26ng/mL に有意に減少した ($p=0.0019$)。

結論

胃癌に対する胃全摘術後、膵体積は持続的に減少し、胃全摘術後の膵萎縮とともに膵外分泌機能および膵内分泌機能も低下する。

○-6-8 膵頭十二指腸切除術後の栄養管理に難渋した一例

瀬古 由貴子¹、今神 透²、中嶋 容子¹、布施 順子¹

¹ 社会医療法人誠光会 淡海医療センター 栄養部、² 社会医療法人誠光会 淡海医療センター 消化器外科

【症例】膵頭十二指腸切除術 + 腸瘻造設術を施行した 70 代男性、身長 164cm・体重 54.7kg。既往歴：糖尿病・アルコール性肝障害。必要量 1600kcal を目安に、POD2 に腸瘻からペプチーノ（10ml/h）開始し徐々に速度アップ。POD4 敗血性ショックとなる。CV ポートよりグラム陰性桿菌検出にて、CV 抜去し経腸栄養メインとなるが下痢続き、速度調整と G ファイン追加で対応、POD13 に経口摂取に移行。患者希望に合わせ、流動食→低脂肪全粥食に変更するが摂取量思うように増加なく、POD20 に腸瘻よりペプタメン ST（15ml/h）再開。患者の経口摂取への意欲低迷あり、摂取量は 500kcal に満たない状況。1 日 5 回の下痢継続あり薬剤追加で対応。持込食許可あり、適宜病床訪問にて経口摂取量確認し栄養補助食品の追加、経腸栄養の減量調整し、約 1000kcal まで経口摂取量増加。POD48 に退院後の食事や飲水確認を目的に主治医より腸瘻オフでの外泊提案あり。外泊で自宅生活のイメージがついたと自信がつき、帰院後は経口摂取量の増加が見られ、1600kcal 食を 10 割摂取可能となり腸瘻オフにて POD61 で退院。

【まとめ】排便コントロールと食思低迷に苦慮しながらも、経腸栄養による栄養確保ができたことで、栄養状態改善と経口摂取増量が図れた症例を経験した。

○-7-1 小児・AYA 世代がん患者の栄養管理と栄養食事指導の活用に関する現状調査

三善 陽子^{1,2,3}、橘 真紀子²、長井 直子⁴、赤尾 正¹、安達 昌功³、伊藤 純子³、鹿島田 健一³、
菅野 潤子³、佐藤 武志³、長井 静世³、堀 友博³、堀川 玲子³、室谷 浩二³、森川 俊太郎³、
岡田 賢³

¹ 大阪樟蔭女子大学 健康栄養学部健康栄養学科、² 大阪大学大学院医学系研究科小児科学、

³ 日本小児内科学会 CCS・内分泌腫瘍委員会、⁴ 大阪大学医学部附属病院栄養マネジメント部

【背景】小児・AYA 世代がん患者は治療後に晩期合併症を発症するリスクがある。合併頻度の高い内分泌代謝異常や心血管疾患の予防には、食生活を含む健康管理が重要である。

【目的】小児内分泌医によるがん患者の栄養管理の現状を調査する。

【方法】日本小児内科学会評議員対象に 2022 年アンケートを実施した。

【結果】1 次調査：回答者 171 名中 158 名（回収率 92.4%）。栄養食事指導の依頼経験あり 141 名（89.2%）。小児・AYA 世代がん患者の診療経験あり 118 名（74.7%）。2 次調査（がん患者の診療経験あり 2 次調査に同意 107 名対象）：回答者 104 名（回答率 97.2%）。がん患者の栄養食事指導の依頼経験あり 43 名（41.3%）。依頼件数：半数が 1-9 件 / 年。依頼病名：肥満症 30 名、糖尿病 20 名、低栄養状態 18 名、がん患者 13 名。依頼時期：退院 1 年以後 29 名。依頼内容：食事量の指導 35 名、食事メニューの指導 32 名、摂食状況の評価 32 名。栄養管理で困った症状：肥満 76 名、成長障害 70 名、食欲不振 58 名、体重減少 53 名。栄養管理上の問題：医療者の知識・理解不足 62 名、栄養食事指導に対する認知度の低さ 55 名、人員や業務時間の不足 51 名、医師から患者への栄養管理に関する説明不足 47 名。

【考察】小児・AYA がん経験者に対する栄養食事指導の積極的な活用が望まれる。

○-7-2 術後補助化学療法完遂までの体重減少を短期で回復できた食道癌の一例

高橋 芽衣¹、松岡 美緒¹、滝元 里穂¹、柳原 佳奈¹、西川 知可子¹、中井 映理子¹、安井 富美子¹、
藤岡 有紗¹、飯島 正平²

¹ 大阪府立病院機構大阪国際がんセンター 医療技術部 栄養管理部門、

² 大阪府立病院機構大阪国際がんセンター 栄養腫瘍科

【目的】近年のがん治療は、手術・薬物療法・放射線治療などを繰り返す入院で長期実施される。栄養指導では支持的な在宅自己管理計画と短期評価が必要だが、治療関連の変動は避けられない。今回、独居例ながら患者主体で最終的に術後体重維持に至った症例を報告する。【症例】60 代、男性。独居。胸部食道癌で食道全摘 / 胃瘻造設術・術後補助化学療法を実施。初診時体重 59.1kg・BMI22.5kg/m²、狭窄症状なく体重変動もなかった。術後 1 週間は順調に経過し、経口摂取 1200kcal と 600kcal の経腸栄養を併用、体重は 5kg 減少の 54kg で自宅退院、独居で可能な自己管理策を重点的に伝えた。退院後は 3 食欠食なく 1000-1200kcal を摂取し経腸栄養も継続、術後 67 日目の術後化学療法開始時でも体重は 54kg だった。しかし、開始 3 日目より嘔気等で摂取量が大幅に減少、指導に沿った経腸栄養増量後実施困難に陥り熱量不足となり、1 コース後 51.6kg で一時退院。2 コース開始時には 53.9kg に回復後、同様の経過で退院時体重は 49.4kg だった。しかし、24 日後再診時には 1700kcal を摂取、体重は 52.9kg まで回復し、胃瘻を抜去した。【考察】がん治療関連の一時的な摂取低下と体重減少は避けられないが、短期間での回復を目指すには在宅期間での管理の質を担保し、患者環境に適した現実的な支援策と見守りが必要である。

○-7-3 演題取り下げ

○-7-4 胃がん術後患者における外来栄養指導の取り組みについて

須崎 裕香、近藤 貴子、花房 祐子、林 侑希子

社会医療法人 生長会 ベルランド総合病院 栄養管理室

【目的】胃がん術後は消化吸収不良や食事量の低下などで、体重減少が起こりやすい。体重減少は術後の治療や ADL 低下に影響する為、術後体重減少を抑制したいとの思いで、2022 年 1 月～外来栄養指導の了承が得られた患者へ指導を開始した。今回、胃がん術後の外来栄養指導が体重増加に寄与したかを調査したので報告する。

【方法】2022 年 4 月～2023 年 3 月の期間に胃がん切除を施行し入院栄養指導を実施した患者で外来栄養指導の介入群と非介入群について、退院時の体重から術後半年および 1 年後の体重増減を後ろ向きに調査し、カイ 2 乗検定を行った。尚、退院時・術後半年・1 年後の体重測定記録のない患者は除外した。

【結果】対象患者 26 名の体重増減は、術後半年では介入群 8 名のうち増加 3 名 (37.5%)、減少 5 名 (62.5%)、非介入群 18 名のうち増加 5 名 (27.8%)、減少 13 名 (72.2%)。1 年後の介入群では増加 4 名 (50%)、減少 4 名 (50%)、非介入群では増加 8 名 (44.4%)、減少 10 名 (55.6%) であった。術後半年および 1 年後ともに介入群と非介入群での有意差は見られなかった。

【結論】胃がん術後の外来栄養指導が体重増加への寄与を確認できなかったが、術後半年および 1 年後において介入群の方が体重増加の割合が多かった。また、術後半年の非介入群では体重減少の割合が多かった。しかし、介入群であっても体重が減少した患者もいた為、要因の分析を行い今後も外来栄養指導を継続していきたいと考える。

○-7-5 緩和治療における栄養用腸瘻再造設が有用であった胃癌の 2 症例

長岡 雅代¹、松山 仁²、福岡 学³、山口 佐智子³、友井 有希³、巽 由美子³、宮田 歩¹、
田中 智子³

¹ 市立東大阪医療センター 看護局、² 市立東大阪医療センター 消化器外科、³ 市立東大阪医療センター 栄養管理科

【はじめに】がん終末期では症例個々で必要とする栄養療法が異なる。その中で、在宅での終末期治療を施行するうえで経管栄養は有用な手段の一つである。胃癌手術時に栄養用腸瘻を造設して腸瘻栄養を施行し、終末期を迎えた際に栄養用腸瘻を再造設した 2 症例を経験したので報告する。【症例 1】75 歳で pStageIIIC 胃癌に対して胃全摘+脾摘術を施行し、腸瘻栄養を 6 か月間併用しながら術後補助化学療法を施行した。約 3 年後に胃癌再発を認め、BSC の治療方針となった。栄養用腸瘻を再造設し、経口摂取に加えて腸瘻栄養による栄養サポートを開始した。約 6 か月間の在宅腸瘻療養を経てそのまま自宅で永眠された。【症例 2】80 歳で pStageIIIA 胃癌に対して胃全摘術を施行し、術後は 3 か月間の腸瘻栄養を在宅で継続した。術後 1 年で胃癌再発を認め、Parkinson 病悪化による嚥下障害も出現したため栄養用腸瘻を再造設した。経口摂取量の減少に応じて腸瘻栄養量を増量するとともに、投薬にも使用した。6 か月経過した時点で腸瘻チューブの閉塞を認め、チューブ交換を要した。約 8 か月間の在宅腸瘻療養を経て自宅で永眠された。【まとめ】術後腸瘻栄養の忍容性が良好であった症例では、がん再発時や終末期の栄養サポートや投薬を目的とする栄養用腸瘻再造設は有用である。ただし、腸瘻チューブの閉塞や抜去に対する対策や、地域医療連携には改善の余地があると考えられた。

○-7-6 胃癌術後腸瘻栄養の在宅移行困難症例について

坂口 夏菜¹、松山 仁²、福岡 学³、山口 佐智子³、友井 有希³、巽 由美子³、岡林 直子¹、
宮田 歩¹、田中 智子³

¹ 市立東大阪医療センター 看護局、² 市立東大阪医療センター 消化器外科、³ 市立東大阪医療センター 栄養管理科

【目的】近年は胃癌手術症例の高齢化が進み、術後補助化学療法の毒性も強くなっている。術後補助化療は予後向上に寄与するが、術後骨格筋減少が完遂率低下を招く因子として報告されている。術後体重減少が進む中での栄養サポートについては更なる対策が望まれる。一方、栄養用腸瘻造設は周術期の栄養管理のみならず、退院後の長期的な在宅栄養管理にも有益である。手術時に腸瘻を造設するも、在宅移行困難であった症例について検討した。【方法】2021.1 月から 2023.12 月に胃癌手術+腸瘻造設を施行した 48 例を対象とし、腸瘻栄養の在宅移行状況や移行困難症例の状況について検討した。【結果】182 例の胃癌手術のうち 48 例 (26.4%) に腸瘻造設術を施行した。年齢中央値は 74 歳 (37-88) であり、腸瘻症例では 79 歳 (71-88) であった。術前より在宅腸瘻栄養について説明し、術後には腸瘻栄養手技の指導を看護師より行った。在宅移行は 37 例 (77.1%) で行い、95 日間 (14-182) 継続した。一方在宅移行困難であった 11 例の原因として患者拒否 5 例 (45.5%)、腸瘻栄養手技獲得困難 3 例、経口摂取可能 2 例、訪問看護導入拒否 1 例であった。【結論】胃癌術後の腸瘻栄養は、手技指導や訪問看護導入などで比較的高い在宅移行率 (77.1%) が達成できていた。しかし独居や老々介護世帯が多く、在宅での腸瘻栄養継続には地域連携の充実が望まれる。

○-7-7 全身倦怠・食欲不振・消化器症状が主訴であった薬剤性心不全の 1 症例

山野 智基、大鶴 実

神戸掖済会病院 外科

(症例) 50 代女性 (主訴) 全身倦怠、食欲不振、嘔気

(既往歴) 小児喘息、右乳癌 (8 か月前に右乳房切除 + 腋窩郭清、術後化学療法とホルモン治療)

(現病歴) ○年△月上旬の外来受診時に、先月下旬から全身倦怠、吃逆、胸が痞える感じ、心窩部不快感、頭痛といった症状があると訴えた。血液検査で AST/ALT の上昇が見られたが、炎症所見は無く、胸部 XP も著変無かった。術前も同様の消化器症状を訴えていたため経過観察とした。症状が改善しないため翌日、翌々日に救急外来受診、入院となった。(入院後経過) 入院時血液検査は 2 日前と同様に AST/ALT の上昇を認めた。入院後も症状の改善は無く、食事はほとんど摂取出来ない状態であった。精査目的にて入院 3 日後に CT 検査を行ったところ、両側胸水、心拡大、腹水、舌区の無気肺が認められ心不全が疑われたため、循環器科紹介となった。心エコーにて EF は 22%、MR が III ~ IV°、TR : III° で右房・右室の肥大が認められ、薬剤性心不全と診断された。体重も 46kg から 50kg へと増加していた。原因薬剤としてはエピルビシン (85mg × 6 回、約 3 か月前に終了) が疑われた。

(考察) 患者主訴からは消化器疾患による、食欲不振、全身倦怠が考えられた症例である。食欲不振のため輸液が行われたが、心不全を悪化させた可能性がある。NST では全身倦怠、食欲不振を訴える患者を診る機会が多いが、その原因として心不全も考慮するべきと示唆する症例と考えたので報告する。

○-7-8 テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤 (TS -1[®]) での口内炎に半夏瀉心湯が効果を有した 1 例

飯田 由貴代¹、見戸 佐織¹、浅野 なつ美²、小島 敦子²、平尾 隆文³、井端 剛⁴

¹ 箕面市立病院 看護局、² 箕面市立病院 栄養部、³ 箕面市立病院 外科、⁴ 箕面市立病院 糖尿病・内分泌代謝内科

1、目的

TS -1[®] により口内炎が発症し経口摂取困難となったが、半夏瀉心湯の含嗽で改善した症例を経験したため報告する。

2、方法

80 歳代男性、十二指腸乳頭癌にて亜全胃温存瘻頭十二指腸切除術施行。退院後、初回外来時より、TS -1[®] 内服による補助化学療法を開始した。内服開始 9 日目に口内炎が発症、10 日目に下口唇、両頬粘膜に CTCAEver.5.0 Grade4 の潰瘍を認めた。他の有害事象も重なり、12 日目に TS -1[®] の内服は中止し、16 日目水分摂取困難のため入院となった。入院後、局所麻酔薬入りアズレン含嗽液での口腔ケア、グルタミン加工食品の飲用や含嗽を行った。入院 4 日目、胃空調吻合部縫合不全後遺症により絶食となり、グルタミン加工食品の使用は中止した。近年、半夏瀉心湯が化学療法による口内炎に対して有効であるとの報告があり、この症例に対して溶解した半夏瀉心湯の含嗽を実施した。

3、結果

入院時、CTCAEver.5.0 Grade4 の口内炎であったが、半夏瀉心湯投与開始 7 日目で CTCAEver.5.0 Grade2 となり、疼痛が軽減した。14 日目で治癒となった。

4、結論

半夏瀉心湯で口内炎が改善した症例を経験した。外来で TS -1[®] の投与を開始し、症状悪化後の介入であり、改善までに時間を要した。口内炎の発症は、経口摂取に影響を与え栄養状態を悪化させると共に、治療への意欲を損なう可能性がある。予防介入が重要であり、今後は化学療法開始前からの半夏瀉心湯の投与を検討していきたい。

共催セミナー

日本栄養治療学会 近畿支部 第16回支部学術集会



ランチョンセミナー1

日時 2024年7月20日(土) 12:05～13:05

会場 第1会場(西館1F テルサホール)

必要な人に適正な リハビリテーション・栄養・ 口腔管理は届いているか？

座長

井川理 先生

亀岡シミズ病院 副院長

演者

若林秀隆先生

東京女子医科大学 リハビリテーション科 教授

共催: 日本栄養治療学会近畿支部 第16回支部学術集会
株式会社大塚製薬工場



日本栄養治療学会近畿支部 第16回支部学術集会
ランチョンセミナー2

経管経腸栄養患者における 腸内細菌叢の 現状とその対策

-プロ・プレバイオティクスの最善な活用を中心に



座 長

甲南女子大学 医療栄養学部 学部長 医療栄養学科 教授
滋賀医科大学 客員教授

佐々木雅也 先生

演 者

医療法人社団 悦伝会 目白第二病院
副院長

水野 英彰 先生

日時

2024年7月20日(土) 12:05~13:05

会場

京都テルサ 第2会場 東館2F セミナー室

601-8047 京都市南区東九条下殿田町70番地(新町通九条下ル)

共催

日本栄養治療学会近畿支部 第16回支部学術集会
ニュートリー株式会社／株式会社カネカ



日本栄養治療学会近畿支部 第16回支部学術集会

ランチョンセミナー3

腸内細菌代謝産物と肥満

座長

馬場 重樹 先生

滋賀医科大学医学部
基礎看護学講座（生化学・薬理学・栄養学）
教授

演者

木村 郁夫 先生

京都大学大学院生命科学研究科
生体システム学分野
教授

日時

2024. **7 / 20** (土)

12:05 ~ 13:05

場所

**京都テルサ
第3会場** (東館 3階 大会議室)

京都府京都市南区東九条下殿田町70

共催 日本栄養治療学会近畿支部 第16回支部学術集会・ミヤリサン製薬株式会社

Miyarisan



JSPEN
日本栄養治療学会
Japanese Society for Parenteral and Enteral
Nutrition Therapy

日本栄養治療学会近畿支部 第16回支部学術集会 アフタヌーンセミナー1

日時：2024年7月20日(土) 15:00 - 15:30

開催場所：第1会場 (西館1F テルサホール)

座長

大阪市立総合医療センター
病院長

西口 幸雄先生

講演

「必要な人にPEG・PTEGは届いているか？」

国立病院機構東近江総合医療センター 消化器内科医長

滋賀医科大学総合内科学講座 准教授

伊藤 明彦先生

共催：日本栄養治療学会近畿支部 第16回支部学術集会
オリンパスマーケティング株式会社

OLYMPUS



Abbott



日本栄養治療学会近畿支部 第16回支部学術集会 アフタヌーンセミナー2

日時：2024年7月20日(土)14:30～15:00

場所：京都テルサ 第3会場(東館3F 大会議室)

「HMB/アルギニン/グルタミン配合食を用いた 心臓術前のプレハビリテーション」

座長：竹林 克士 先生

滋賀医科大学医学部附属病院 消化器外科 講師

演者：小川 真人 先生

大阪保健医療大学 講師

共催：日本栄養治療学会近畿支部 第16回支部学術集会
アボットジャパン合同会社

日本栄養治療学会近畿支部 第16回支部学術集会 協賛企業・団体一覧

日本栄養治療学会近畿支部 第16回支部学術集会の開催にあたり、下記の皆様にご協賛、ご後援いただきました。ここに深甚なる感謝の意を表します。

日本栄養治療学会近畿支部 第16回支部学術集会
会長 伊藤 明彦

セミナー共催

アボットジャパン合同会社	株式会社カネカ
株式会社大塚製薬工場	ニュートリー株式会社
オリンパスマーケティング株式会社	ミヤリサン製薬株式会社

企業展示／書籍販売

アバノスメディカルジャパンインク	株式会社 神陵文庫
アボットジャパン合同会社	ニプロ株式会社
一丸ファルコス株式会社	ニュートリー株式会社
株式会社インボディ・ジャパン	株式会社 長谷川綿行
SB カワスミ株式会社	富士システムズ株式会社
株式会社大塚製薬工場	株式会社 明治
オリンパスマーケティング株式会社	森永乳業クリニコ株式会社
カーディナルヘルス株式会社	

プログラム・抄録集 広告／幕間スライド 広告／ホームページバナー 広告

アステラス製薬株式会社	太陽化学株式会社
アッヴィ合同会社	テルモ株式会社
EA ファーマ株式会社	ノーベルファーマ株式会社
石黒メディカルシステム株式会社	藤本製薬株式会社
SB カワスミ株式会社	ボストン・サイエンティフィック ジャパン
小野薬品工業株式会社	株式会社増田医科器械
オリンパスマーケティング株式会社	株式会社 明治
キッセイ薬品工業株式会社	持田製薬株式会社
協和キリン株式会社	

寄付

株式会社三笑堂	NPO 法人 PDN
滋賀医科大学 和仁会	

(五十音順 2024年6月27日現在)