

日本栄養治療学会 近畿支部 第17回支部学術集会

プログラム・抄録集

栄養管理の **点と点** をつなげる



会期 2025年7月19日(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 荒金 英樹 愛生会山科病院 消化器外科
実行委員長 錦織 達人 京都市立病院 総合外科
事務局長 中川 研人 御所西歯科中川クリニック

日本栄養治療学会近畿支部 第17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17回支部学術集会
会長 荒金 英樹
愛生会山科病院 消化器外科



この度、2025年7月19日（土）日本栄養治療学会近畿支部 第17回支部学術集会を京都市府民総合交流プラザ（京都テルサ）で開催させていただくことになりました。栄養系の学会では世界でも有数の規模を誇る日本臨床治療学会（JSPEN）の中で最大の会員数を誇る近畿支部会は我が国のみならず世界の栄養学の発展に大きく寄与してきた諸先輩方の功績に畏怖の念を抱きながらも、その支部学術集会を担当させていただくこと、自分含めた運営スタッフ一同、その重責とともに大変光栄に感じています。

今回の学術集会では「栄養管理の点と点をつなげる」をテーマに支部会ならではのユニークな企画を数多く盛り込みました。これまで近畿の栄養学を率いてきた先達にはその成果を紹介していただき、それを新進気鋭の次世代の先生方がどう発展させるかをシンポジウム1, 2で大いに語っていただきます。ほかにも医療現場で当然の如く掲げられる「多職種連携」も施設内だけではなく地域へどうつなげるか、医療と一般社会はどのように連携できるのかといった様々な「つなげる」をテーマに多くの方々に議論できるプログラムになっています。そして、特別講演では新たに JSPEN を率いる立場となられた市川大輔新理事長（山梨大学医学部 外科学講座第1教室教授）にこれから JSPEN が進む方向性を大いに語っていただきます。

本学術集会の開催日には祇園祭の宵山、山鉦巡行は終わっていますが、祭り自体は「後祭」含めて7月いっぱい開催されます。この祇園祭は平安時代に疫病が流行した際、神泉苑に神輿を送り、疫病退散を祈った「祇園御霊会」にその源があります。まさにコロナ禍で棄損した人と人とのつながりを取り戻す良い機会、時期です。暑い京都ですが、服装はネクタイ等は控えていただき軽装で涼しげに、しかし心と頭は熱く会場にお越しください。多くの方々のご参加を願っています。

最後に本学術集会の実質的な主導をしていただいた実行委員長 錦織達人（京都市立病院）、事務局長 中川研人（御所西歯科中川クリニック）の両先生、それを支えてくれた塩濱奈保子さん（京都済生会病院）、齋藤嘉子さん（介護老人保健施設 茶山の里）にはこの場を借りて御礼申し上げます。

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	大阪国際がんセンター
	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
	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
	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	大阪府	千里リハビリテーション病院
	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	市立貝塚病院
	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	Caresso
	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	京都府	京都医療センター
	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	株式会社 INOMIRAIZ
	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
	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	医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院

役職	氏名	都道府県	所属
代議員	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	大阪けいさつ病院
	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
	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
	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	
	内田洋一朗	京都府	京都大学医学部附属病院
	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
	大島 拓	兵庫県	神戸大学大学院医学研究科
	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
	額原 敦	奈良県	近畿大学奈良病院
	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	てんのうじ消化器・IBDクリニック
	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	大阪府	医誠会国際総合病院
	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
	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

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	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	兵庫県	園田学園大学
	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
	高森 翔子	滋賀県	東近江総合医療センター
	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
	玉井由美子	京都府	京都大学医学部附属病院
	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	京都市立病院
	西田 香	滋賀県	滋賀医科大学附属病院
	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
	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
	福永恵美子	滋賀県	ブルーレイク消化器内科クリニック
	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

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	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
	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
	山根あゆみ	兵庫県	市立伊丹病院
	山根 泰子	京都府	京都栄養医療専門学校
	山本 和義	大阪府	大阪国際がんセンター
	矢本 真也	大阪府	大阪市立総合医療センター
	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

(2025 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：2025 年 6 月 3 日（火）正午～7 月 18 日（金）正午

本会ホームページ「参加登録」内の最下部「参加登録方法」よりお申込みください。

https://cs-oto3.com/jspen_kinki2025/registration.html

【参加登録費】

	事前参加登録 (6/3 (火) 正午～ 7/18 (金) 正午まで)	当日参加登録 (7/20 (日) 18:00～ 8/29 (金) 17:00 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】

会場に開設される当日受付にて参加登録用紙にご記入いただきます。後日学会マイページからオンラインにて参加登録していただき、クレジットカードもしくは銀行振込でお支払いいただきます。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：2025 年 7 月 19 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。

■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

支部学術集会ホームページ「プログラム・日程表」内の「プログラム・抄録集」より PDF を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。

プログラム・抄録集 PDF 閲覧は会員特典となりますので、会員の方には会員マイページメニュー「お知らせ」に、各支部学術集会プログラム・抄録集ダウンロード用の ID／パスワードを掲載いたしております。非会員の方には参加登録後、ID／パスワードをメールにてお知らせいたします。

■プログラム・抄録集紙媒体

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

■企業展示

日 時：2025 年 7 月 19 日（土）10:00～16:30

場 所：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

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。参加登録完了後、受講票、参加登録完了メール、修了証いずれかの画像をダウンロードいただき、マイページ内の資格申請ページからアップロードいただくことで単位として反映していただきます。

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

■オンデマンド配信

配信開始：2025 年 7 月 28 日（月）正午～

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 18 回支部学術集会

会長：松山 仁（市立東大阪医療センター）

会期：2026 年 7 月 25 日（土）

会場：サンライズビル大阪

■お問い合わせ

大会事務局：御所西歯科中川クリニック

〒602-8018 京都府京都市上京区御霊町 69

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	総合討論
特別講演		50 分	5 分	—
教育セミナー		20 分	5 分	—
シンポジウム 1		15 分	—	30 分
シンポジウム 2		12 分	—	30 分
パネルディスカッション 1		12 分	—	30 分
パネルディスカッション 2		15 分	—	25 分
ディスカッションセッション	第 1 演者	20 分	—	25 分
	第 2 演者	15 分	—	
優秀演題候補セッション		8 分	3 分	—
ワークショップ		6 分	3 分	—
一般演題		5 分	2 分	—
ポスター		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：2025 年 7 月 19 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 HDMI 端子です。HDMI 端子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、パスワード入力は“不要”に設定してください。
- ・スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。

4) ご発表時のお願い

- ・次演者はセッション開始の 15 分前までに各会場内の次演者席にご着席ください。
- ・発表終了 1 分前に黄色ランプ、終了・超過時には赤色ランプを点灯してお知らせします。円滑な進行のため、時間厳守をお願いします。
- ・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。

■ポスター発表

ポスター発表演者は、日程表でご自身の発表時間をご確認の上、ポスター会場にお越しください。ポスター演者の受付はございませんので、ご自身の演題番号の表示があるパネルまで、直接お越しいただき、指定された日時に掲示・発表・撤去を行ってください。

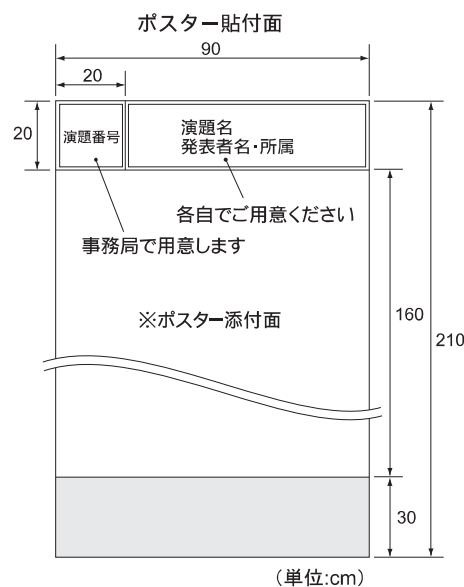
		7 月 19 日 (土)
貼 付		9:00～10:30
発 表	ポスター1 (嚥下・口腔ケア)	11:20～12:10
	ポスター3 (悪性腫瘍)	
	ポスター5 (重症・電解質異常・輸液療法)	
	ポスター2 (NST・多職種連携)	13:45～14:30
	ポスター4 (摂食・代謝疾患)	
	ポスター6 (地域連携)	13:45～14:15
撤 去		16:00～17:00

1) ポスター会場

東館 2F 中会議室

2) ポスターのサイズ・掲示について

- ・左上の演題番号（縦 20cm・横 20cm）は事務局でご用意いたします。
- ・演題名、所属、演者名を各自ご用意ください（縦 20cm・横 70cm）。
- ・ポスター貼付スペースは縦 160cm・横 90cm です。パネルから離れても判読できるよう、文字や図表も十分読み取れる大きさにする等、見やすい展示をお願いいたします。
- ・ポスター発表者は該当する利益相反（COI）の状態について発表時にご申告ください。申告はポスターパネルの最後に貼付してください。（申告すべき COI がいない場合、ある場合どちらの場合もご申告が必要です。）
- ・ご自分の演題番号が表示されているパネルに設置された掲示用のピンを使用し、ポスターを掲示してください。
- ・所定の時間内にポスターを撤去してお持ち帰りください。撤去時間を過ぎても掲示してあるポスターは事務局にて処分させていただきます。



3) 発表時間について

- ・発表者はご自身の発表時間区分を確認してポスター会場へお越しください。
- ・発表時間は 5 分、質疑 2 分です。座長の進行に従ってください。
- ・ご自身のポスターセッション開始 10 分前になりましたら、各パネルにご用意しています「発表者用ネームホルダー」を身に付け、1 番目の演題パネル前に集合してください。

■座長の皆様へ

1) 口演発表座長の方へのお願い

- ・ご担当セッションの開始 15 分前までに、会場前方右側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。
- ・遅延しないように時間厳守にてお願いいたします。

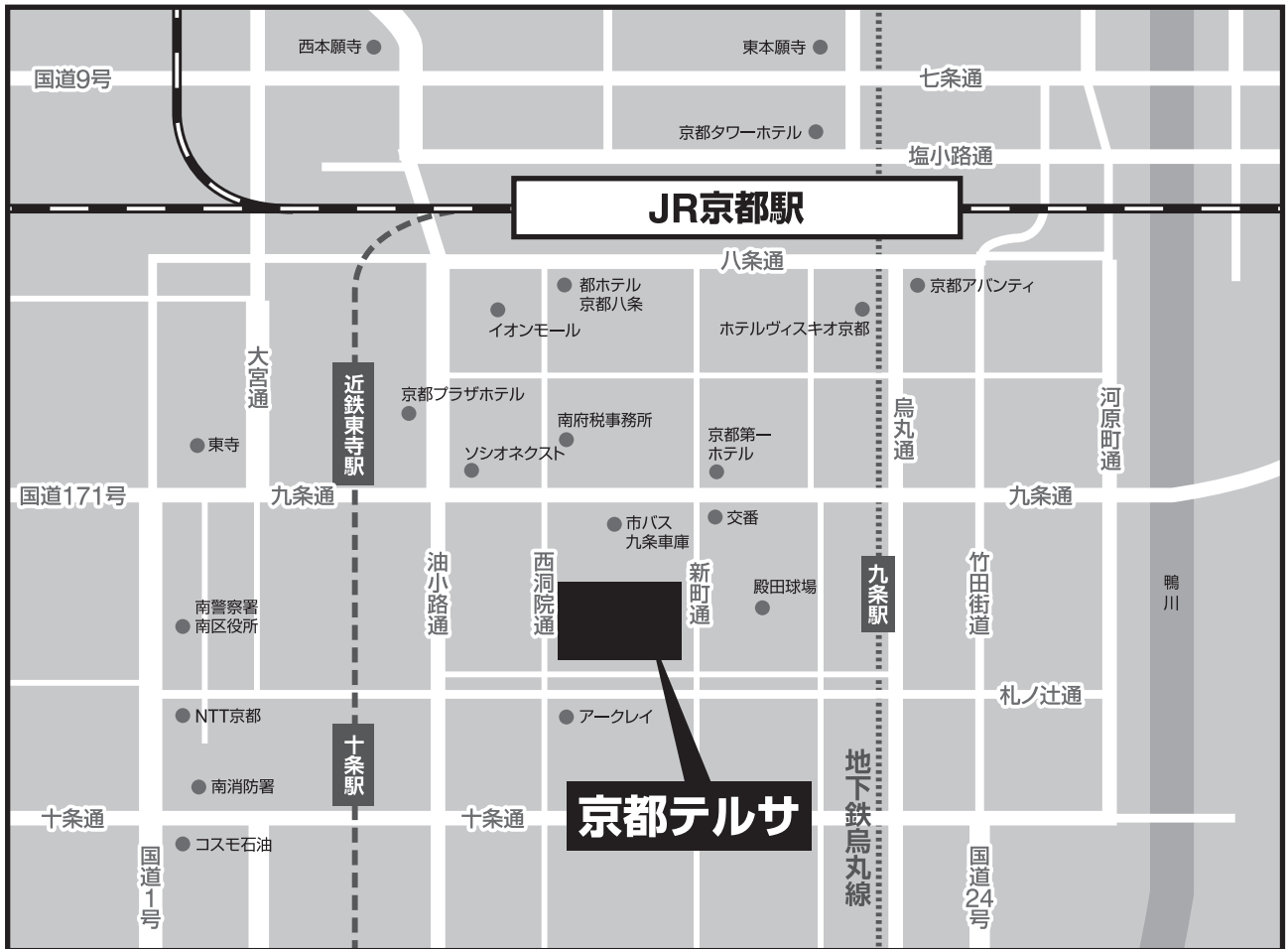
2) ポスター発表座長の方へのお願い

- ・ご担当セッション開始 15 分前までに、ポスター会場内の座長受付にお立ち寄りください。
- ・セッション開始 10 分前に、ご担当セッション 1 番目の演題パネル前に待機し発表者を確認してください。
- ・遅延しないように時間厳守にてお願いいたします。

日程表

	第1会場	第2会場	第3会場	ポスター会場		
	西館1F テルサホール	東館2F セミナー室	東館3F 大会議室	東館2F 中会議室		
	8:50～8:55 開会式					
9:00	9:00～9:50 ワークショップ1 ICU・重症患者 座長:東別府 直紀、栗原 美香	9:00～9:25 教育セミナー1 栄養評価 真壁 昇 座長:梶原 克美	9:00～10:30 シンポジウム1 近畿における 栄養治療研究のこれまで 岸本 裕充、海堀 昌樹、 今村 博司、土師 誠二 座長:木村 豊、小谷 穰治			
10:00	10:00～11:00 特別講演1 日々の癌診療で感じる 栄養管理の重要性と 今後の栄養治療の展望 市川 大輔 座長:伊藤 明彦	9:30～9:55 教育セミナー2 周術期栄養 山本 和義 座長:窪田 健				
11:00		10:00～10:25 教育セミナー3 口腔ケア 野原 幹司 座長:村山 敦				
		10:30～10:55 教育セミナー4 高齢者・在宅栄養 西村 智子 座長:西岡 弘晶	10:40～12:10 シンポジウム2 近畿における 栄養治療研究のこれから 犬尾 加奈、永野 彩乃、 神谷 貴樹、松野 頌平、 外池 奈実 座長:錦織 達人、松山 仁			
12:00	11:10～12:10 特別講演2 子どもの食べる力を育てる ～五感を引き出すサベレメソッド～ 染井 順一郎 座長:土師 誠二	11:10～12:10 ディスカッションセッション ポジティブ心理学×作業療法で実現する 栄養サポートの新たな地平 島井 哲志、齋藤 嘉子 座長:殿内 優斗		11:20～12:10 ポスター1 嚥下・ 口腔ケア 座長:白石 裕子、 高井 英月子	11:20～12:10 ポスター3 悪性腫瘍 座長:島本 和巳、 樋口 真宏	11:20～12:10 ポスター5 重症・ 電解質異常・ 輸液療法 座長:桂 長門、 竹谷 耕太
13:00	12:30～13:30 ランチョンセミナー1 頭頸部癌患者 専属栄養管理チームの活動 末廣 篤 座長:錦織 達人 共催:株式会社大塚製薬工場	12:30～13:30 ランチョンセミナー2 栄養、睡眠、生活習慣病の深い関係 ～睡眠時無呼吸症候群の 最新の診断と治療も含めて～ 白濱 龍太郎 座長:城谷 典保 共催:株式会社シーユーシー・ホスピス	12:30～13:30 第2会場 中継			
14:00	13:45～15:15 パネルディスカッション1 栄養の視点から考える がん治療と生活 平井 健次郎、藤野 滉平、 松岡 美緒、采野 優、 山中 英治 座長:錦織 達人、松本 史織	13:45～15:35 優秀演題候補セッション 座長:荒金 英樹、黄 啓徳	13:45～14:30 一般演題3 嚥下・口腔ケア 座長:糸田 昌隆、栗山 真由美	13:45～14:30 ポスター2 NST・ 多職種連携 座長:玉森 豊、 塩濱 奈保子	13:45～14:30 ポスター4 摂食・ 代謝疾患 座長:岡田 有司、 布施 順子	13:45～14:15 ポスター6 地域連携 座長:松末 美樹、 高嶋 典子
15:00			14:40～15:20 アフタヌーンセミナー	周術期感染対策のベストプラクティス ～外科専門医&感染症専門医の立場から～ 山本 健人 座長:飯田 洋也 共催:ミヤリサン製薬株式会社		
16:00	15:30～17:00 パネルディスカッション2 栄養・嚥下でつなげる 多職種連携 布施 慎也、近藤 健、 安井 裕香、西村 豪文 座長:中川 研人、山田 圭子	15:45～16:20 一般演題1 高齢者 座長:奥村 仙示、馬場 重樹	15:30～16:00 一般口演4 栄養評価・栄養介入 座長:二井 麻里亜、吉田 真也			
17:00		16:25～17:00 一般口演2 NST・多職種連携 座長:山根 泰子、竹林 克士	16:05～17:00 ワークショップ2 悪性腫瘍 座長:福原 真美、松谷 泰男			
	17:15～18:00 近畿支部世話人会	17:10～17:15 閉会式				
18:00						

交通案内

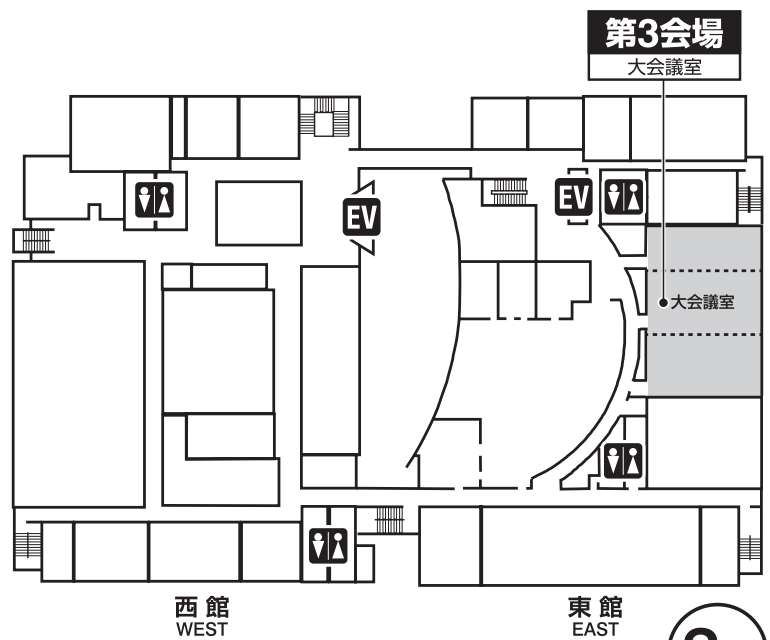


京都テルサ 〒601-8047 京都市南区東九条下殿田町70番地(新町通九条下ル 京都府民総合交流プラザ内)

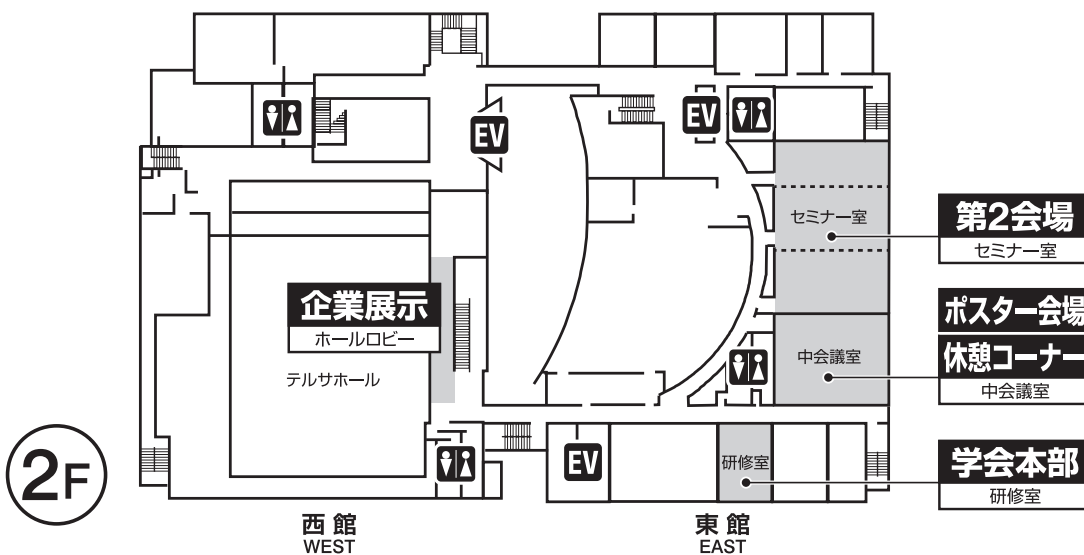
●地下鉄九条駅4番出口より西へ徒歩約5分 ●市バス九条車庫南へすぐ

会場案内

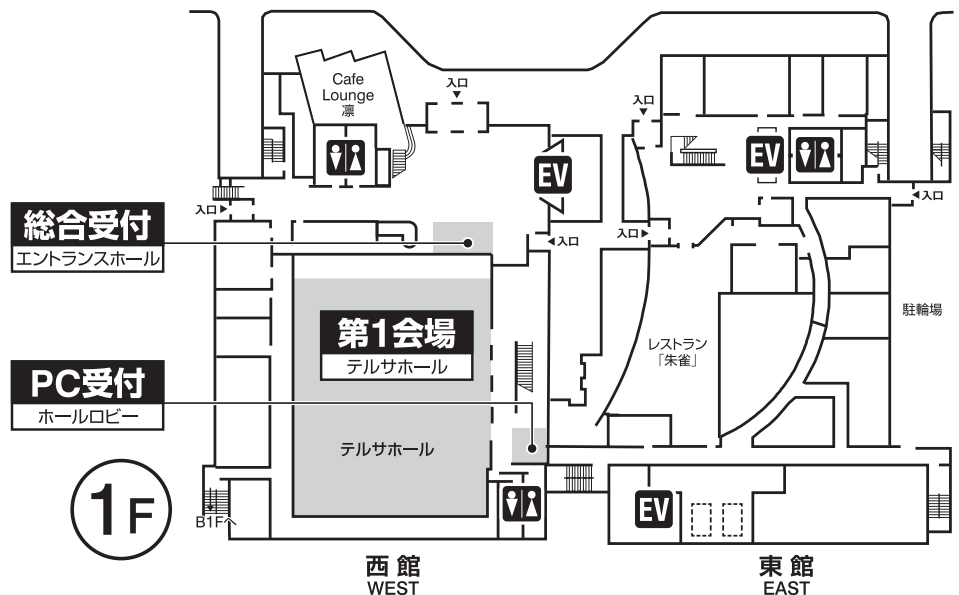
京都テルサ	
第1会場	西館1F テルサホール
第2会場	東館2F セミナー室
第3会場	東館3F 大会議室
企業展示	西館2F ホールロビー
ポスター会場	東館2F 中会議室
休憩コーナー	東館2F 中会議室
総合受付	西館1F エントランスホール
PC受付	西館1F ホールロビー
学会本部	東館2F 研修室



3F



2F



1F

プログラム

第1会場

開会式

8:50 ~ 8:55

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
(愛生会山科病院 消化器外科)

ワークショップ1 ICU・重症患者

9:00 ~ 9:50

座長：東別府直紀 (独立行政法人 国立病院機構 京都医療センター 麻酔科)
栗原 美香 (滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部)

WS1-1 ICUにおける早期経腸栄養への診療看護師の取り組み

川本 寿代 (独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 集中治療部)

WS1-2 当院ICUにおける管理栄養士配置後の栄養介入の推移

宇多佐智子 (市立東大阪医療センター 栄養管理科)

WS1-3 GLIM基準を用いた集中治療室およびハイケアユニットの栄養評価：現状と課題

温谷 恭幸 (公益社団法人都市市郡医師会病院)

WS1-4 当院ICU患者におけるエネルギー充足率および蛋白質投与量の現状

福岡 学 (市立東大阪医療センター 栄養管理科)

WS1-5 急性期脳卒中患者のADL改善に及ぼす栄養学的因子の検討

玉野由香理 (社会医療法人寿会 富永病院 栄養部)

特別講演1

10:00 ~ 11:00

座長：伊藤 明彦 (一般社団法人 日本栄養治療学会 近畿支部 支部長/
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)

SL1 日々の癌診療で感じる栄養管理の重要性と今後の栄養治療の展望

市川 大輔 (一般社団法人 日本栄養治療学会 理事長/山梨大学 外科学講座第1教室)

特別講演2

11:10 ~ 12:10

座長：土師 誠二 (蘇生会総合病院 外科)

SL2 子どもの食べる力を育てる～五感を引き出すサベレメソッド～

染井順一郎 (独法 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/
一社 味の教室協会)

LS1 頭頸部癌患者専属栄養管理チームの活動

末廣 篤（京都大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

共催：株式会社大塚製薬工場

パネルディスカッション 1 栄養の視点から考えるがん治療と生活

13:45 ~ 15:15

座長：錦織 達人（京都市立病院 総合外科）

松本 史織（愛生会山科病院 栄養科）

PD1-1 胃癌術後患者に対する経口栄養補助剤の体重減少抑制効果の検討：
多機関共同ランダム化比較試験

平井健次郎（日本赤十字社 大津赤十字病院 外科）

PD1-2 消化器内科における初回化学療法導入時の GLIM 基準を用いた低栄養有病率調査

藤野 滉平（国家公務員共済組合連合会 大手前病院 栄養管理室）

PD1-3 短期間の入院を繰り返すがん治療でのシームレスな栄養治療
- 頭頸部癌化学放射線治療（CRT）での取り組み -

松岡 美緒（大阪国際がんセンター 栄養管理部門）

PD1-4 がん悪液質の最新エビデンスから考えるこれからの栄養治療の展望

采野 優（京都大学医学部附属病院 緩和医療科）

PD1-5 高齢がん患者の QOL の視点から考える「がん地域連携パス」と人生の終末期医療

山中 英治（若草第一病院 外科）

パネルディスカッション 2 栄養・嚥下でつなげる多職種連携

15:30 ~ 17:00

座長：中川 研人（御所西歯科中川クリニック）

山田 圭子（医療法人財団 康生会 武田病院）

PD2-1 繰り返す誤嚥性肺炎のメカニズム

布施 慎也（京都府立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室）

PD2-2 訪問診療における栄養・嚥下診療との連携

近藤 健（おがわ内科呼吸器内科医院）

PD2-3 在宅における食支援の取り組み～歯科診療所に所属する管理栄養士の役割～

安井 裕香（御所西歯科中川クリニック）

PD2-4 地域密着型急性期病院における多職種連携 ～ ST の立場から～

西村 豪文（京都社会事業財団 西陣病院 リハビリテーション科）

松山 仁

日本栄養治療学会近畿支部 第18回支部学術集会 会長
(市立東大阪医療センター 消化器外科)

第2会場

教育セミナー 1 栄養評価

9:00 ~ 9:25

座長：梶原 克美（近畿大学病院 栄養部）

ES1 GLIM 基準を踏まえた栄養アセスメントの潮流

真壁 昇（関西電力病院 疾患栄養治療センター）

教育セミナー 2 周術期栄養

9:30 ~ 9:55

座長：窪田 健（医誠会国際総合病院 消化器外科）

ES2 消化器癌患者に対する栄養介入とサルコペニア対策 —エビデンスをつなぎ、実践へ活かす—

山本 和義（大阪国際がんセンター 消化器外科）

教育セミナー 3 口腔ケア

10:00 ~ 10:25

座長：村山 敦（岸和田徳洲会病院 歯科口腔外科）

ES3 肺炎予防としての口腔ケア～その効果と限界

野原 幹司（大阪大学大学院 歯学研究科 顎口腔機能治療学講座）

教育セミナー 4 高齢者・在宅栄養

10:30 ~ 10:55

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）

ES4 みんなで取り組む高齢者の逆流・嘔吐

西村 智子（社会福祉法人京都社会事業財団西陣病院 内科）

ディスカッションセッション ～ポジティブ心理学×作業療法で実現する栄養サポートの新たな地平～ 11:10 ~ 12:10

座長：殿内 優斗（京都民医連あすかい病院 リハビリテーション部）

DS-1 ポジティブな人生とリハビリテーション：ポジティブ心理学からのアプローチ

島井 哲志（関西福祉科学大学）

DS-2 “食べる喜び”を再定義する作業療法の挑戦：ポジティブ心理学を活用した食行為支援

齋藤 嘉子（介護医療院茶山のさと リハビリテーション課）

LS2 栄養、睡眠、生活習慣病の深い関係

～睡眠時無呼吸症候群の最新の診断と治療も含めて～

白濱龍太郎（医療法人 RESM / 慶應義塾大学先端科学技術研究センター）

共催：株式会社シーユーシー・ホスピス

優秀演題候補セッション

13:45 ~ 15:35

座長：荒金 英樹（愛生会山科病院 消化器外科）

黄 啓徳（医仁会武田総合病院疾病予防センター）

EX-1 食道癌周術期における Immuno-nutrition の可能性

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）

EX-2 胃癌術後低血糖と骨格筋量の関連

井上 博之（京都府立医科大学 消化器外科）

EX-3 半固形食を用いた 13C 呼気試験による胃癌患者の胃排出能の経時的比較検討

貝田佐知子（滋賀医科大学 外科学講座）

EX-4 胃癌患者における歯周病の実態とその影響

高畠 和也（京都府立医科大学 消化器外科）

EX-5 ヒトの肝切除前後における糖および脂肪合成の原因検討

尾上 千佳（同志社女子大学 食物栄養科学科 / 名古屋学芸大学 栄養科学研究科）

EX-6 脳卒中ケアユニットにおける専任管理栄養士配置が早期経腸栄養開始に与える影響：導入前後の比較検討

魚谷 奈央（滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部）

EX-7 在宅療養者の食を支える管理栄養士の存在を伝える

樹山 敏子（NPO 法人京都栄養士ネット）

EX-8 絶食を必要とする小児 IBD 患者の入院初期栄養管理の実態と課題：DPC データを用いた横断研究

清水 碧（前 医療法人啓成会 コンフォート岡田）

EX-9 年齢と性別の違いによる日本人の血漿アミノ酸濃度の検討

西岡 亜海（同志社女子大学大学院 生活科学研究科）

EX-10 日本人におけるコーヒーの摂取頻度と肝機能改善との関連

中尾 紗英（同志社女子大学大学院 生活科学研究科）

一般演題 1 高齢者

15:45 ~ 16:20

座長：奥村 仙示（同志社女子大学 生活科学部 食物栄養科学科）

馬場 重樹（滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部）

○-1-1 高齢者向け高エネルギー密度あずきあんの MCT オイル添加による物性への影響

夏目 彩里（同志社女子大学大学院 生活科学研究科）

○-1-2 高齢者向けアミノ酸・たんぱく質添加あずきあんの物性測定

木村 凜（同志社女子大学大学院 生活科学研究科）

○-1-3 画像試験による高齢者の食事設計における適切な 1 食の主菜重量の検討

今福三有紀（同志社女子大学大学院 生活科学研究科 食物栄養科学専攻）

○-1-4 高齢大腿骨近位部骨折患者の ADL 改善に寄与する因子の検討

鉾立 容子（医療法人尚和会 宝塚第一病院 栄養部）

○-1-5 多職種連携介入により手術・化学療法が可能であった高齢進行胃癌の 1 例

大橋 拓馬（西陣病院 外科）

一般演題 2 NST・多職種連携

16:25 ~ 17:00

座長：山根 泰子（京都栄養医療専門学校）

竹林 克士（滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部）

○-2-1 精神科単科施設の NST 活動における作業療法士の役割

高島 昌（医療法人 桐葉会 木島病院 精神科リハビリテーショングループ）

○-2-2 NST（栄養サポートチーム）コンサルテーションの実態調査と今後の課題

木田 順子（市立東大阪医療センター 栄養管理科／NST）

○-2-3 NST 介入にて静脈栄養から経管栄養、経口摂取へと移行、栄養状態改善となった一例

南 愛恵（わかくさ竜間リハビリテーション病院 医療技術部栄養課）

○-2-4 長期経腸栄養施行中の瘻孔漏れに対し NST 介入により経腸栄養が継続でき皮膚トラブルが改善した一例

桐本 梓（社会医療法人若弘会 若草第一病院 栄養課）

○-2-5 胃全摘後の通過障害に対し PTEG 造設した患者の QOL 向上への関わり ～多職種連携を意識した退院支援～

今中 由真（一般社団法人愛生会山科病院 看護部）

第3会場

シンポジウム1 近畿における栄養治療研究のこれまで

9:00 ~ 10:30

座長：木村 豊（近畿大学奈良病院 消化器外科）

小谷 穰治（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）

SY1-1 誤嚥性肺炎予防のためのオーラルマネジメント

岸本 裕充（兵庫医科大学 医学部 歯科口腔外科学講座）

SY1-2 肝胆道外科領域における栄養療法について

海堀 昌樹（関西医科大学 肝臓外科学講座）

SY1-3 多職種連携による胃癌周術期の栄養療法に関する多施設共同前向き研究 —KSES-001 試験と OGS-1108 試験—

今村 博司（市立豊中病院 消化器外科）

SY1-4 我々が行ってきた周術期がん栄養管理と未来への提言

土師 誠二（蘇生会総合病院 外科）

シンポジウム2 近畿における栄養治療研究のこれから

10:40 ~ 12:10

座長：錦織 達人（京都市立病院 総合外科）

松山 仁（市立東大阪医療センター 消化器外科）

SY2-1 栄養介入は急性期・回復期で終わりではない

～生活期の現場から伝えたい現状と課題～

犬尾 加奈（社会医療法人 甲友会 西宮協立在宅栄養ケアセンター／

西宮協立脳神経外科病院／

西宮協立デイケアセンターほほえみ・第2ほほえみ／

西宮協立認定栄養ケア・ステーション（機能強化型認定栄養ケア・ステーション））

SY2-2 経験を、知に。知を、未来へ ～臨床と研究のつなげかた～

永野 彩乃（Caresso コンサルタントナース）

SY2-3 薬剤師が実践する臨床栄養研究の課題と医療安全との接点

神谷 貴樹（滋賀医科大学医学部附属病院 薬剤部）

SY2-4 在宅における「栄養の分岐点」 ～多職種で考える摂食嚥下障害のこと～

松野 頌平（株式会社 Dental ホールディングス 医療法人メディエフ寺嶋歯科医院／

小児在宅歯科医療研究会）

SY2-5 術前経口補水療法における至適経腸栄養剤選定のための基礎検討

外池 奈実（滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部）

座長：糸田 昌隆（大阪歯科大学附属病院 口腔リハビリテーション科）

栗山真由美（明治国際医療大学 看護学部看護学科）

○-3-1 嚥下調整食 2 の粘度評価と調理者の認識差に関する検討

森 茂雄（JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 栄養管理室）

○-3-2 絶食と指示された患者が NST の介入によって経口摂取可能となった事例について

佐々木千佳（一般社団法人愛生会山科病院）

○-3-3 経鼻胃管による嚥下への影響が示唆された反回神経麻痺の 1 例

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）

○-3-4 左側下顎歯肉癌の軟性再建術後に当院 NSST 介入および顎義歯作成し
摂食嚥下機能を改善した 1 例

渋谷 和磨（京都大学大学院医学研究科 感覚運動系外科学講座 口腔外科学分野）

○-3-5 回復期リハビリテーション入院患者における口腔機能低下症の実態

三浦 真香（西記念ポートアイランドリハビリテーション病院 歯科）

○-3-6 腎不全患者の不明熱の原因であった急性壊死性潰瘍性歯肉炎：一症例報告

山本耕治郎（京都市立病院 腎臓内科）

座長：飯田 洋也（西京都病院）

AS 周術期感染対策のベストプラクティス ～外科専門医&感染症専門医の立場から～

山本 健人（京都大学医学部附属病院 消化管外科）

共催：ミヤリサン製薬株式会社

座長：二井麻里亜（京都光華女子大学 健康科学部 健康栄養学科）

吉田 真也（天理よろづ相談所病院 消化器外科）

○-4-1 血液透析患者の栄養評価～ GLIM 基準は有効か～

岡本 康子（医療法人社団三遠メディメイツ志都呂クリニック／
浜松医科大学 地域医療学講座）

○-4-2 GLIM 基準で低栄養であった頸椎前方固定術後患者に対し管理栄養士の長期介入後
に改善が見られた 1 症例

安藤 良（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）

○-4-3 院内調理から完全院外調理へ—嗜好調査結果から見えた課題

山本 純平（辻本病院 栄養科）

○-4-4 頭頸部放射線療法における粘膜障害に対する食事摂取支援の取り組みについて

赤尾 志（医療法人徳洲会宇治徳洲会病院）

座長：福原 真美（天理よろづ相談所病院 看護部）

松谷 泰男（日本赤十字社和歌山医療センター 乳腺外科部）

WS2-1 持続血糖モニタリングを用いて明らかとなった胃切除直後血糖の実態

西別府敬士（京都府立医科大学 消化器外科）

WS2-2 幽門側胃切除症例での血清 VB12 値と臨床病理学的特徴の相関

中西 保貴（国立病院機構京都医療センター）

WS2-3 骨髄抑制期における安全な食事管理と細菌検査の知見

古川 真由（滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部）

WS2-4 造血幹細胞移植後患者への LTFU 外来における栄養士の関わりについて

石田 香（泉大津急性期メディカルセンター 栄養管理室）

WS2-5 当院におけるアナモレリン投与の現状と早期導入のための取り組み

大住 悠介（国立病院機構東近江総合医療センター NST）

WS2-6 がん終末期に糖尿病内科医ができること

～当院の糖尿病死因調査の結果も踏まえて～

大村 寧（公立甲賀病院 糖尿病・内分泌内科／公立甲賀病院 NST）

ポスター会場

ポスター 1 嚥下・口腔ケア

11:20 ~ 12:10

座長：白石 裕子（医療法人 徳洲会 宇治徳洲会病院）
高井英月子（四天王寺和らぎ苑）

- P-1-1 当院での口腔癌治療における周術期栄養管理の実際
金山 宏幸（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 口腔外科）
- P-1-2 上咽頭癌化学放射線治療後の嚥下障害を有する患者に継続的に栄養介入を行った一例
福田 槇子（パナソニック健康保険組合 松下記念病院 栄養指導室／
パナソニック健康保険組合 松下記念病院 NST）
- P-1-3 精神疾患患者の摂食嚥下障害について
菅原 徐奈（東加古川病院 栄養課）
- P-1-4 膀胱癌術後補助化学療法にて重症筋無力症を発症し、重度嚥下障害を呈したが経口摂取可能となった1事例
深川喜久子（医療法人 宝生会 PL 病院 看護部）
- P-1-5 A 病院における嚥下調整食提供者に対するミールラウンドの報告
切通 京子（社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院 看護部）
- P-1-6 食道の運動障害と食道炎を合併した高齢者肺炎の一例
大竹 優樹（社会福祉法人京都社会事業財団 西陣病院 薬剤部）
- P-1-7 嚥下機能障害患者の便秘に対する服薬の現状調査
木村 梨乃（西陣病院 薬剤部）

ポスター 3 悪性腫瘍

11:20 ~ 12:10

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）
樋口 眞宏（愛生会山科病院 薬剤部）

- P-3-1 スキルス胃がん患者に対して W-ED チューブによる栄養治療と化学療法が奏効した一例
樋富 美咲（淀川キリスト教病院 栄養管理課）
- P-3-2 悪性消化管閉塞に対する PTEG の効果と“PTEG 症候群”への対応
菅田 美葉（愛生会山科病院 薬剤部）
- P-3-3 術前化学療法中の発熱性好中球減少症患者への NST 介入事例
望月 貴子（京都市立病院 栄養科）
- P-3-4 外来化学療法時の栄養指導の ONS（経口的栄養補助）の嗜好・経済的負担についての検討
青木 綾子（医療法人徳洲会宇治徳洲会病院）
- P-3-5 当科で施行した 80 代の胃癌手術症例の検討
赤神 正敏（阪和記念病院消化器外科）

P-3-6 胃癌術後の経口栄養補助のランダム化比較試験に参加した当院の4症例の narrative base の検討

影山 悠（京都市立病院 外科）

P-3-7 がん患者の栄養管理に関する包括的理解：

ESPEN の教育プログラム LLL ライブコース Topic41 の学習経験

辰巳 真穂（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 薬剤部）

ポスター 5 重症・電解質異常・輸液療法

11:20 ~ 12:10

座長：桂 長門（神戸大学大学院医学系研究科外科系講座 災害・救急医学分野）

竹谷 耕太（大阪労災病院 栄養管理部）

P-5-1 重傷患者における経鼻胃管先端位置確認システム“タムガイド®”の有用性

伊集院真一（兵庫県災害医療センター 救急部）

P-5-2 補助栄養療法が効果的であった超高齢の熱傷患者の一例

荒木 里美（大阪医科薬科大学病院 栄養部栄養課）

P-5-3 肝不全用アミノ酸輸液長期投与時、増量を契機に高クロール性アシドーシスの診断に至った1症例

飯野 倫子（宝生会 PL 病院 薬剤部）

P-5-4 輸液ポンプ精度を知り指示量の全量投与を目指す取り組み

畑野 見帆（医療財団法人 康生会 武田病院）

P-5-5 高カロリー輸液の静脈栄養関連肝障害に対してサイクリック PN が奏功した一例

北川 寛明（一般社団法人愛生会 山科病院 内科）

P-5-6 低 Na 血症への対応

～たんぱく質負荷により低 Na 血症の改善が得られた症例を通して

勝本恵理香（国立病院機構 大阪医療センター 栄養管理室）

P-5-7 腸閉塞に対して保存的加療中に超重症低ナトリウム血症をきたした1例

有川 裕貴（公立宍粟総合病院 外科・消化器外科）

ポスター 2 NST・多職種連携

13:45 ~ 14:30

座長：玉森 豊（和泉市立総合医療センター 消化器外科）

塩濱奈保子（京都済生会病院 栄養科）

P-2-1 侵襲的治療を繰り返す熱傷患者の微量元素不足に対して NST が介入した1例

光高 蓉平（京都第二赤十字病院 薬剤部／京都第二赤十字病院 看護部／

京都第二赤十字病院 栄養課／

京都第二赤十字病院 糖尿病・腎臓・膠原病科／

京都第二赤十字病院 耳鼻咽喉科）

P-2-2 急性大動脈解離術後に他職種の連携で術後早期から座位での経口摂取を促進して栄養状態が維持できた一例

友成 さき（医誠会国際総合病院 リハビリテーション部）

- P-2-3 大腸全摘術後に CV ポート造設と多職種による教育により脱水再発を回避できた一例
上出紗栄加（医誠会国際総合病院 薬剤部）
- P-2-4 回復期病棟で高度な視野障害を併発している患者へ NST チーム連携した食支援
内橋 恵（医療法人社団南淡千遙会 神戸平成病院）
- P-2-5 嚥下障害を伴う脳出血後患者のライフイベント参加に向けた回復期リハビリテーション入院中の取り組み
古川 迪子（京都大原記念病院 神経内科／国立精神・神経医療研究センター病院）
- P-2-6 多職種連携により、重度嚥下障害から経口摂取可能となった一例
林田 智陽（公立甲賀病院 リハビリテーション課）

ポスター 4 摂食・代謝疾患

13:45 ~ 14:30

座長：岡田 有司（名古屋文理大学 健康生活学部 健康栄養学科）

布施 順子（社会医療法人誠光会 淡海医療センター 栄養部）

- P-4-1 周術期栄養管理に難渋した局所進行口腔癌の 1 例
金山 宏幸（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 口腔外科）
- P-4-2 インスリン自己免疫性症候群の血糖コントロールにコンスターチ療法が有効だった 1 症例
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）
- P-4-3 肥満症を伴う視神経脊髄炎スペクトラム障害患者の回復期リハビリテーション中の栄養管理
古川 迪子（京都大原記念病院 神経内科／国立精神・神経医療研究センター病院）
- P-4-4 神経性食思不振症に対するオランザピンの効果
長野由紀子（愛生会山科病院 薬剤部）
- P-4-5 SMA 症候群を併発した神経性食思不振症に対して wEDtube を留置し栄養サポートを行った 1 症例
岡田 典子（京都府立医科大学附属病院 栄養管理部／京都府立医科大学附属病院 NST）
- P-4-6 MCT オイルを用いた栄養療法が一助となった重度摂食障害患者の一例
笠松 大悟（兵庫県立尼崎総合医療センター 救急集中治療科）

ポスター 6 地域連携

13:45 ~ 14:15

座長：松末 美樹（あんどろ消化器内科 IBD クリニック）

高嶋 典子（園田学園大学 人間健康学部 食マネジメント学科）

- P-6-1 各領域（急性期病院から在宅まで）の栄養管理の違いについて～ベテラン管理栄養士の実務経験から～
小林 広明（栄養相談所 はむはむ（ボランティア団体））

- P-6-2 介護施設における PTEG 造設後対象者の受け入れに関する取り組みの実践報告**
加藤 麻緒（株式会社シーユーシー・ホスピス 本社所属）
- P-6-3 京都市西京地域“all 西京栄養を考える会”活動報告**
川手 由香（京都桂病院 栄養科／武庫川女子大学 食物栄養学科）
- P-6-4 当院における栄養情報連携料算定の状況と課題**
垣谷 知佐（社会医療法人榮昌会 吉田病院栄養管理室）

SL1

**日々の癌診療で感じる栄養管理の重要性と
今後の栄養治療の展望**

市川 大輔

一般社団法人 日本栄養治療学会 理事長／山梨大学 外科学講座第1教室



世の中の超高齢化社会の到来と共に、我々が治療にあたる消化器癌患者の多くが高齢者であり、癌患者における栄養管理の重要性が益々高まっている。消化器癌の中でも、特に胃癌や食道癌の外科治療においては、周術期に栄養状態が不良になることが多く、術前の栄養状態が術後短期成績や長期予後に影響することや、術後の体重減少や筋肉量減少が予後に大きく影響することが広く認識されている。さらに、近年盛んに行われている周術期薬物療法中の栄養状態も、治療効果や予後に影響を及ぼす可能性も示唆されている。これらの知見から、周術期における積極的な栄養介入の必要性が認識されるようになったが、栄養剤投与に関する大規模臨床試験では、なお明確なエビデンスは得られていない。そのため、チーム医療としての多職種連携の深化に加え、栄養剤投与の効果を最大限に生かすための服薬アドヒアランスの向上や、運動療法との併用といった実地での工夫が求められている。私自身、消化器外科医として、腹腔鏡手術やロボット手術などの低侵襲治療を積極的に取り入れ、さらに術後栄養状態の改善を目指した機能温存手術にも取り組んできた。また、これら日々の臨床経験の中で、食道癌患者の術後の嚥下機能評価の重要性や、胃癌患者の術後の持続血糖モニタリングによる解析結果などから、栄養治療における個別化の必要性も痛感している。

本講演では、これら日々の臨床経験に基づく周術期の栄養管理の現状と課題を整理すると共に、栄養治療に携わる様々な医療従事者に今後の栄養治療の展望について論じてみたい。さらに、今年度よりJSPEN 理事長として重点施政方針として掲げた①新たなNSTの確立、②若手に対する教育体系の確立と研究の深化、ならびに③学術活動の基盤となる学会の恒久的な運営についても紹介し、臨床と学術をつなぐ次世代へのメッセージを伝えたい。

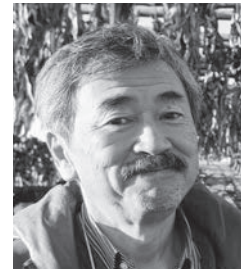
経歴

1990年	京都府立医科大学医学部医学科 卒業
1990年	京都府立医科大学附属病院 研修医
1992年	済生会京都府病院 外科
1994年	京都府立医科大学附属病院 第一外科医員
1996年	米国ワシントン大学 Pathobiology 教室 研究員
1997年	京都府立医科大学附属病院 第一外科医員
1998年	京都きづ川病院 外科
1999年	京都第一赤十字病院 外科
2002年	京都府立医科大学消化器外科教室 助手
2011年	京都府立医科大学消化器外科教室 講師
2015年	京都府立医科大学消化器外科教室 准教授
2017年	山梨大学医学部外科学講座第一教室 教授
2021年	山梨大学医学部附属病院 院長補佐 総合がん診療部部長
2023年	山梨大学医学部附属病院 副病院長 総合がんセンター長

SL2

**子どもの食べる力を育てる
～五感を引き出すサペレメソッド～**

染井 順一郎

独法 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 / 一社 味の教室協会

サペレメソッドは、感覚学習や内発的動機づけを重視した、これまでの食育とは異なる新しいアプローチです。単なる好き嫌いの克服にとどまらず、好奇心・観察力・表現力・共感力など、「生きる力」を育むことを目的としています。すでにフィンランドをはじめとした欧州諸国で実践が進んでいます。

「サペレ」はラテン語で「知る・味わう」を意味し、自らの五感で食と向き合い、気づきを他者と共有することで、食への興味が深まり、相互理解や食の楽しさへとつながります。

私はこれまで農業開発を担う公務員や外来栄養食事指導を行う栄養士として、食と向き合う中で、「食から健康と喜びを得る」本質的なアプローチの必要性を感じてきました。その答えが、かつて勤務したフィンランドで出会ったサペレメソッドでした。

国土全体が条件不利でありながらも日本の倍以上の食料自給率を維持し、日本の特定保健指導のモデルともなった糖尿病予防を推進するフィンランドで、幼少期からの食育が重視され、そこにサペレメソッドが使われていました。

2017年より河口八重子氏と共に、保育園の2・3歳児を対象に「五感をきたえる味の教室」を開始し、現在は5歳児まで対象を広げ、これまでに600回以上実施してきました。コロナ禍でも継続したことが、園からの信頼と活動の有効性を裏付けています。

本講演では、乳幼児への実践事例を通してサペレメソッドの魅力を紹介します。この手法は、高齢者や食へのこだわりが強い成人にも応用可能であり、多様な対象へのアプローチのヒントになれば幸いです。

経歴

1983年千葉大学園芸学部卒業、国家公務員として北海道開発庁、農林水産省、外務省（在フィンランド日本大使館一等書記官）、国土交通省に勤務。早期退職後、京都栄養医療専門学校に入学、管理栄養士科卒業。（公財）京都健康管理研究会中央診療所で栄養指導外来担当、理事歴任。2018年一般社団法人味の教室協会設立、代表理事。（独法）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所属。管理栄養士、技術士（総合技術監理、農業）、教員免許（栄養教諭、中高理科）。

ES1

GLIM 基準を踏まえた栄養アセスメントの潮流

眞壁 昇¹、眞継 賢一²¹ 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み、健康寿命の延伸を目指した ADL の維持改善が最優先課題である。高齢者人口の増加からフレイルやサルコペニアの概念が提唱され、健康寿命の短縮に至る重大な病態として認識されるようになった。フレイルの診断基準には「体重減少（6 ヶ月で 2～3kg 以上）」が含まれており、サルコペニアの発症要因の一つにも栄養障害が示されていることから、両者の病態は低栄養と強く関連する。栄養障害の進行により除脂肪量（LBM）が減少し、免疫能の障害や創傷治癒の遅延と発生しやすい状態となり、さらに種々の臓器障害と並行して LBM が約 30～40% 以上低下すると不可逆的な Nitrogen Death に至る。そのため、疾病早期からの栄養管理によって LBM の維持・改善を図ることが重要である。とくに、急性期 ICU に入室する重症患者や周術期においては高度侵襲および回復過程における種々の要因に伴う二次性サルコペニアの制御が注目され、生体侵襲に関わる病態制御とともに、侵襲による異化亢進を抑制するための栄養療法が求められる。

栄養アセスメントの目的は、栄養障害の予防・改善を図るために、栄養学的問題点を抽出することである。栄養アセスメントの意義は、栄養障害リスクのある患者をスクリーニングし、栄養に係わる問題点を明確にすることで適切な栄養ケアプランに基づく栄養介入を早期から実施することにある。そのため、種々の栄養アセスメント手法が提唱されてきた。従来、国際疾病分類に示されている低栄養状態を特徴づける分類として、クワシオルコルやたんぱく質・エネルギー欠乏症が用いられてきた。しかし低栄養の病態解明が進展し、疾患／炎症の存在が重要視されるなかギャップが生じていた。そこで、GLIM（Global Leadership Initiative on Malnutrition）基準による低栄養の判定基準が示された。我が国では令和 6 年度の診療報酬改定において GLIM 基準を要件化する動きとなり、この手法を取り入れる病院や栄養分野のリーサーチが増加している。具体的には体重に占める筋量および代謝栄養の変化が焦点であり、これを左右する疾病不可／炎症と食事栄養摂取量および消化管吸収能の評価が求められる。今後は、GLIM 基準に包括される重症度判定に係わる日本人を対象とした基準値のコンセンサスが必要であろう。現在、疾病領域ごとの GLIM 基準の横断調査が順次報告され、我が国におけるスタンダードな低栄養基準に向け動いている。

経歴

【略歴】1999 年北里大学保健衛生専門学院臨床栄養科卒、1999 年～聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院インターン、2000 年東葛クリニック病院（NST Director）、2004 年近森病院栄養サポートセンター（科長・（NST Associate Director））、2011 年～美作大学（2023 年～客員教授併任）、2014 年～関西電力病院疾患栄養治療センター部長兼栄養管理室（併任）

【所属学会・役職】日本病態栄養学会・監事、日本臨床栄養協会・評議員、日本褥瘡学会・理事、日本臨床栄養代謝学会・学術評議員など

【2028 年 第 30 回日本褥瘡学会学術集会 大会長を拝命】

ES2

消化器癌患者に対する栄養介入とサルコペニア対策
—エビデンスをつなぎ、実践へ活かす—

山本 和義

大阪国際がんセンター 消化器外科



Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) は術後の早期回復・社会復帰を目的とした、エビデンスに基づく術後回復強化プログラムで、近年ありとあらゆるクリニカルパスに導入されている。しかし、ERAS プログラムにはついて来られないフレイルな患者も一定数存在し、そういった症例を同定し、画一的なクリニカルパスで管理するのではなく、手術を遅らせてでも、適切な術前介入を実施する必要がある。消化器癌手術において、患者の高齢化とともに低栄養やサルコペニアの重要性が増しており、術後合併症の発生や予後への影響が強く示唆されている。特に胃癌症例では、「術後合併症が起こると予後が悪くなる」ことが報告されており、栄養状態や身体機能の適切な評価と包括的な介入が治療成績の向上に直結する。本講演では、当院における実臨床のデータとエビデンスを融合させ、周術期の栄養管理およびサルコペニア対策の実践的なアプローチについて紹介する。

まず、術前の栄養介入に関しては、ESPEN ガイドラインに基づき、IBW × 25kcal/ 日以上の栄養量を確保し、10 日間以上の介入を行うことで、術後の Surgical Site Infection (SSI) 発生率を 1/7 に減らせることを 800 例以上の解析から明らかにし、最新の ESPEN ガイドラインでも我々の報告が引用されている。次に、サルコペニア対策として、高齢胃癌患者に対する術前リハ栄養 (prehabilitation) プログラムを導入し、レジスタンストレーニングと栄養補給を組み合わせた多職種連携の介入を行った。リハビリテーション科の協力のもと、中等度の負荷での運動プログラムを実施し、一定期間の介入によりサルコペニアの改善や除脂肪体重の増加が得られた。また、ランダム化比較試験においても、術前介入群は非介入群に比べて術前の除脂肪体重の減少を有意に抑え、有意ではないが術後合併症発生率も低い傾向にあった。今後は、外科医・管理栄養士・理学療法士が一体となった多職種チームによる周術期マネジメントを通じて、科学的根拠に基づいた低栄養およびサルコペニア対策をさらに進化・標準化させる必要がある。

経歴

職歴

2001 年 5 月～2002 年 5 月 大阪大学医学部附属病院第 2 外科研修医
2002 年 6 月～2007 年 3 月 市立堺病院 外科医師
2007 年 4 月～2011 年 3 月 大阪大学消化器外科 非常勤医師 (大学院生)
2011 年 4 月～2016 年 3 月 国立病院機構大阪医療センター 外科医師
(2012 年 3-5 月 Yonsei University Severance Hospital Visiting Fellow)
2016 年 4 月～2017 年 3 月 NTT 西日本大阪病院 外科医師
2017 年 4 月～2020 年 3 月 大阪国際がんセンター 消化器外科副部長
2020 年 4 月～2020 年 9 月 大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部 助教
2020 年 10 月～2023 年 3 月 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学 助教
2024 年 4 月～2024 年 6 月 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科 講師
2024 年 7 月～ 現職

学会認定等

日本外科学会 (専門医・指導医)
日本消化器外科学会 (専門医・指導医、評議員)
日本内視鏡外科学会 技術認定医 (胃)
Certificate of da Vinci Console Surgeon
日本消化器病学会 (専門医)
日本静脈経腸栄養学会 (認定医、学術評議員)
日本癌治療学会、日本がん治療認定医機構 (がん治療認定医)
日本食道学会 (食道科認定医)
日本胃癌学会 (代議員)
日本外科代謝栄養学会 (評議員、教育指導医、臨床試験委員会委員、広報委員会委員)
近畿外科学会 (評議員)
日本がんサポーターケア学会 (Cachexia 部会員)
日本がんチーム医療研究会 (世話人)

表彰

日本外科代謝栄養学会 2010 年度優秀論文 (英文部門)
平成 23 年度 がん研究助成奨励金
2015 年 大阪大学外科学講座同窓会 Young Investigator Award
日本外科代謝栄養学会 2015 年優秀論文 (和文部門)
2017 年日本胃癌学会 優秀研究賞
22nd Congress of the KSSMN & 2017 International Symposium Travel Grant
Best Oral Presentation Award of Korean International Gastric Cancer Week 2018
Best Oral Presentation Award of Korean International Gastric Cancer Week 2023
2023 年 第 61 回日本癌治療学会学術集会 優秀演題賞
2025 年 KSSMN&ASSMN2025 Travel Grant
2025 年 KSSMN Best Academic Award

獲得研究費

2021 年 令和 3 年度文科省科研基盤 C「高齢胃癌患者の治療成績向上を目指した術前リハビリテーションおよび利用療法の開発」
2022 年 日本胃癌学会 2022 年度胃癌に関する研究課題「切除不能進行再発胃癌に対するエドルミズ投与に関する観察研究」

ES3

肺炎予防としての口腔ケア～その効果と限界

野原 幹司

大阪大学大学院 歯学研究科 顎口腔機能治療学講座



口腔ケアが誤嚥性肺炎の予防に繋がりうるという報告が出て以来、医療・介護の現場で口腔ケアは飛躍的に広まった。「肺炎予防のためには口腔ケアが必要」という logic は医療者以外にも周知されている。しかし、これほど広まったからといって、誤嚥性肺炎が減ったかという、日本人の死因別死亡率をみるかぎり、そうではなさそうである。当たり前のことながら、口腔ケアがすべての誤嚥性肺炎を予防できるわけではない。

口腔ケアが誤嚥性肺炎を減らすというのはエビデンスのある臨床的事実であるとして、すべてが予防できないのであれば、どのような肺炎であれば予防し得るのであろうか。どのような肺炎は予防できないのであろうか。本講演ではその次の段階として、誤嚥性肺炎予防としての口腔ケアの適応症を考えてみたい。適応症が見えてくれば、口腔ケアの必要度のトリアージが可能となり、マンパワーの適正配分が期待できる。

誤嚥性肺炎の定義は、その名の通り「誤嚥によって生じる肺炎」であり、いたって単純で明確である。しかし、「誤嚥性肺炎」という病名に対して持つイメージは、その個人の職種や置かれた環境などによって異なるのではないだろうか。誤嚥性肺炎は、「口腔ケアで予防できる」、「抗菌薬で治療する」、「食べ物を誤嚥することで発症する」、「嚥下訓練で予防できる」などいろいろな見方があるが、これらイメージをよく考えると矛盾があるように思える。前の2つからは細菌の関与を疑わせる一方で、あとの2つは食事の誤嚥を連想させる。例えば、誤嚥性肺炎が食事の誤嚥のみで生じるのであれば、抗菌薬は無効なはずである。誤嚥性肺炎が細菌によって生じるのであれば、嚥下訓練が発症予防に繋がると言われてもピンとこない。ではこれらのイメージが間違っているのかということではなく、これらはすべて「広義の誤嚥性肺炎」の病態を捕らえている。すなわち臨床でいわれる（研究でもいわれている？）「誤嚥性肺炎」はヘテロな病態を表しており、口腔ケアの適応症を考えるには、誤嚥性肺炎を一つの疾患として捉えるのではなく、病態ごとに分けて考える必要がある。

今回の講演では、誤嚥性肺炎を「誤嚥性肺炎(狭義)」「誤嚥性肺臓炎」「びまん性嚥下性細気管支炎(DAB)」に分け、口腔ケアの適応症を考察してみようと思う。本講演が誤嚥性肺炎再考のきっかけになれば嬉しく思う。

経歴

1997年 大阪大学歯学部歯学科卒
2001年 大阪大学大学院歯学研究科修了 博士号取得(歯学)
2001年 大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部 医員
2002年 大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部 助手(2007年より助教)兼医長
2015年 大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能治療学講座 准教授

ES4

みんなで取り組む高齢者の逆流・嘔吐

西村 智子¹、今井 文恵²、西村 豪文³、木村 梨乃⁴、
大竹 優樹⁴、石本 昌裕⁴、坂本 京子¹、大橋 拓馬⁵、
柳田 國雄¹



¹ 社会福祉法人京都社会事業財団西陣病院 内科、

² 社会福祉法人京都社会事業財団西陣病院 栄養科、

³ 社会福祉法人京都社会事業財団西陣病院 リハビリテーション技術部、

⁴ 社会福祉法人京都社会事業財団西陣病院 薬剤部、

⁵ 社会福祉法人京都社会事業財団西陣病院 外科

高齢者における嘔吐および胃・食道からの逆流は、消化管の器質的・機能的変化、頭部を含む全身疾患による症候性のもの、薬剤の影響など、多因子的に発症しやすい症状である。これらは、しばしば食欲不振などの非典型的な症状として現れるため見逃されやすく、結果として低栄養、脱水、誤嚥性肺炎のリスクを高める要因となる。

本講演では、高齢者の日常診療で見られる嘔吐および逆流の病態と診断上の注意点、栄養管理上の留意点について、実践的な視点から概説する。特に経口摂取が可能な場合には、食事の形態や内容、摂取時の姿勢や環境調整が極めて重要であり、嚥下評価や咀嚼力の確認を含めた個別対応が求められる。一方、経口摂取が困難なケースでは、経腸栄養における胃残量の評価や、経管投与中の逆流・嘔吐への対策（投与速度の調整や半固形化栄養剤の活用など）がカギとなる。

また、便秘の改善など消化管の順行性の運動を高めるための薬物療法との併用による相乗効果についても言及する。さらに、多剤併用が多い高齢者においては、嘔吐や逆流を悪化させる薬剤の影響を見極める視点も欠かせない。嘔吐・逆流への対応は、病態評価と栄養介入、薬剤調整、消化管運動改善へのアプローチを並行して行う視点が必要であり、再発予防のための支援や環境設定も極めて重要である。

したがって、医師、薬剤師、歯科医師、看護師、管理栄養士、リハビリテーションスタッフ、医療ソーシャルワーカー、介護スタッフ等が連携したチーム医療が不可欠である。

本講演では、近年注目されている消化管機能の個別評価法として、胸腹部CTや嚥下造影、上部消化管内視鏡に基づいた栄養アプローチも交え、多職種連携による症状緩和、栄養改善および再発予防の試みについて、具体的な症例を交えて紹介する予定である。また、消化管運動改善に向けたリハビリテーションの有用性について、最新の知見も併せて提示する。嘔吐・逆流への対応は、単に症状緩和にとどまらず、患者の全体的な栄養状態の維持・改善と直結する。よりよい栄養療法の実現のために、病態を深く理解し、多角的な視点での介入を行う重要性について、本講演を通じて共有したい。

経歴

略歴

1996年 京都府立医大卒 京都府立医大第一内科入局 京都府立医大付属病院研修医

1998年 六地藏総合病院内科医員

2001年 京都府立医大大学院医学研究科生涯医療系所属

2005年 洛和会音羽病院消化器内科医長

2011年 京都大原記念病院内科医員

2012年 産育休を経て複数の医療機関で非常勤勤務

2019年 西陣病院内科医長

現在に至る。

専門医資格等

日本内科学会 認定医・総合内科専門医

日本消化器病学会 専門医

日本消化器内視鏡学会 専門医・指導医・近畿支部評議員・学術評議員

日本臨床栄養代謝学会 認定医・学術評議員

欧州臨床栄養代謝学会 (ESPEN) LLL Diploma holder, Certificated teacher

日本摂食嚥下リハビリテーション学会 認定士

医学博士

SY1-1

誤嚥性肺炎予防のためのオーラルマネジメント

岸本 裕充

兵庫医科大学 医学部 歯科口腔外科学講座



栄養摂取の経路として、経静脈よりも経腸、さらに可能なら経口が望ましいことは誰も否定しないであろう。しかしながら、食べることが難しい患者や、食べることができるのに経口摂取を制限されている患者が少ないという現状がある。演者は「食べられる口を CREATE (=つくる)」するためのオーラルマネジメント (OM) に取り組んできた。

OM の成果の一例として、食道癌手術後の誤嚥性肺炎予防がある。食道癌患者は術後合併症と肺炎が非常に多く、その背景として当時は開胸開腹で手術侵襲が高度で術後数日間は ICU で気管挿管管理、誤嚥を生じやすい解剖学的要因がある。加えて、喫煙・大酒家が多く、これは歯周病のリスクファクターと重なることもあり、口腔の状態が劣悪な患者が多い。そこで、「手術前に口腔環境を整備すれば術後の誤嚥性肺炎を予防できる」という仮説を検証するために OM による介入を開始した。

気管挿管下の ICU での口腔清掃は手技的にも難しいことから、手術前日の絶食開始後に歯垢の完全除去 (=プラークフリー; PF) にするとともに、口腔環境の整備として、う蝕の応急処置、歯石除去、動揺歯の固定や抜歯などを行った。これにより介入前の術後肺炎発症率 20% から 8.7% と半減できた。さらに、手術前日の絶食開始後の PF では時間的制約があったため、2、3 日前の PF でも可と条件を緩める代わりに、患者教育として、患者自身による口腔衛生管理の動機付けを徹底した。その結果、術後肺炎発症率 4.1% にまで低下した。私たちの OM による介入は、2012 年の診療報酬改定における周術期口腔機能管理料の新設のモデルとなり、術後肺炎の予防効果は他の多くの施設でも追試された。

「OM = 口腔清掃 (cleaning; C)」としばしば誤解されているが、C 以外も重要で、術後肺炎を予防できればリハビリ (R) を早期に開始でき、C は R 時に誤嚥を生じた際のリスクを低減できる。患者参加型の医療に患者への教育 (education; E) は重要で、手術直前の C を指導した。う蝕や歯石があると C は不完全となるための確なアセスメント (A) が前提となり、必要なら歯科治療 (Treatment; T) をする。これが術後早期からの食べる (eat; E) に繋がる。以上を順に並べた C・R・E・A・T・E が OM の構成要素であり、「食べられる口を CREATE」が目標である。

経歴

1989 年 3 月 大阪大学歯学部卒業
 1989 年 6 月 兵庫医科大学病院臨床研修医 (歯科口腔外科)
 1996 年 9 月 兵庫医科大学歯科口腔外科学講座 助手
 2002 年 1 月～2004 年 1 月 米国インディアナ大学医学部外科博士研究員
 2005 年 4 月 兵庫医科大学歯科口腔外科学講座 講師
 2009 年 4 月 同 准教授
 2013 年 4 月 同 主任教授、現在にいたる

日本歯科専門機構認定 口腔外科専門医、
 日本口腔外科学会認定 口腔外科指導医
 日本口腔インプラント学会認定 口腔インプラント専門医、同 指導医
 ICD 制度協議会認定 インфекションコントロールドクター

日本口腔感染症学会 理事長
 日本口腔外科学会 副理事長
 日本口腔リハビリテーション学会 理事
 日本口腔インプラント学会 理事
 日本歯科薬物療学会 理事
 口腔顔面神経機能学会 理事、他

SY1-2 肝胆道外科領域における栄養療法について

海堀 昌樹¹、井ノ上 恭子^{1,2}、小坂 久¹¹ 関西医科大学 肝臓外科学講座、² 大阪成蹊短期大学 栄養学科

肝臓の治療法は切除術が根治的な治療であり、当施設は肝臓切除国内High volume centerの一つである。肝臓周術期における栄養管理の目的は、手術が安全・円滑に進み術後合併症予防や長期経過後の肝臓再発および死亡率の低下である。進行癌患者や高齢癌患者は、術前から低栄養状態や一次性もしくは二次性サルコペニアを合併していることが多く、術後合併症発生リスクが高率である。そのため術前肝機能評価、栄養状態、炎症所見、骨格筋量・質等の正確な評価は重要である。当科の術前栄養スクリーニングにおいて中等度栄養障害がある場合は、手術適応をより慎重に検討し、手術時期を延期し栄養介入による栄養障害の改善を図っている。肝臓は栄養・エネルギー代謝における中心的役割を担う臓器であるため、肝切除による手術侵襲でエネルギー代謝異常や術後高血糖、また免疫機能低下による感染症発生率が高くなることから周術期の栄養管理は極めて重要である。特に肝切除後の栄養管理では、残存肝の再生を円滑に進め、術後の異化期を迅速に離脱することが求められている。術後の異化期においてアミノ酸（BCAA）の投与が蛋白代謝の改善に寄与することから、低アルブミン血症を呈する症例に対してBCAA製剤を投与し血清アルブミン値の改善を図っている。一般的に肝臓手術以外の消化管手術等においては、術後5日間の平均エネルギー摂取量がESPENガイドラインで推奨している必要エネルギー量より少ないと、筋量が減少していたことを報告している。障害肝併存の肝臓患者に対する手術侵襲による短期間の絶食や食欲低下は、容易に飢餓状態となり体タンパクの崩壊が生じ筋肉量の減少にも繋がることから、筋肉量維持のためにも周術期の栄養・運動療法が重要と考えられる。本セッションでは、適切な栄養管理を実施するためにはどのようなプロセスが必要か、EBM（Evidence based Medicine）を基本とした肝臓周術期の栄養管理について概説する。

経歴

1991年 関西医科大学 卒業
 1997年 関西医科大学大学院 医学研究科博士課程修了
 1997年 京都大学 医学部移植外科国内留学
 2009年 関西医科大学 外科学講座 講師
 2013年 関西医科大学 外科学講座 准教授
 2015年 関西医科大学次世代低侵襲外科治療学講座（寄附講座）准教授（兼任）
 2018年 関西医科大学 外科学講座 診療教授、関西医科大学次世代低侵襲外科治療学講座（寄附講座）教授（兼任）
 2020年 関西医科大学 サージカルサイエンス社会連携講座 教授（兼任）
 2024年 関西医科大学 肝臓外科学講座 主任教授 現在に至る

SY1-3

多職種連携による胃癌周術期の栄養療法に関する多施設共同前向き研究 —KSES-001 試験と OGS-1108 試験—

今村 博司¹、木村 豊²、西川 和宏³、川瀬 朋乃¹、
新野 直樹¹、野間 俊樹¹

¹ 市立豊中病院 消化器外科、² 近畿大学奈良病院 消化器外科、
³ 市立吹田市民病院 消化器外科



胃癌根治術後の体重減少は、QOL を低下させ、また、術後合併症発生リスク因子にもなり、その結果、生存率を低下させる可能性が示されている。また、II / III 期胃癌の標準治療は胃切除による根治手術＋術後補助化学療法であるが、胃癌根治術後の体重減少は、術後補助化学療法の治療継続性の阻害因子であり、その結果、生存率を低下させる可能性が示されている。そこで、胃癌根治術後に積極的な栄養サポートを行うことで、術後の体重減少を有意に軽減することはできないか、またその結果、術後補助化学療法の治療継続性を有意に向上させることができないかについて、2つの多施設共同の前向き臨床試験（KSES-001 試験、OGS-1108 試験）によって検討した。

KSES-001 試験：【対象と方法】胃癌根治術（幽門側胃切除と胃全摘）の患者 100 例を通常栄養管理の対照群（47 例）と通常栄養管理に術後 6～8 週間に 300kcal/day の成分栄養剤を付加する ED 群（53 例）にランダム割付した。主要評価項目は、術後 6～8 週後の体重減少割合（%）とした。**【結果】**対照群、ED 群の体重減少割合は、それぞれ、6.60%、4.86%で、ED 群の方が有意に体重減少が軽減されていた（ $P=0.047$ ）（Imamura H., et al. Ann Surg Oncol. 2016）。

OGS-1108 試験：【対象と方法】1 年間の S-1 による術後補助化学療法を予定されている胃癌術後患者に対して、少なくとも前半の 6 か月間は、300kcal/day の成分栄養剤を併用することで、S-1 の治療継続性が向上しないかについて、主要評価項目を S-1 の治療完遂割合（S-1 が 1 年間治療継続でき、かつ、RP 値が 70% 以上であった患者の割合）として検討した。1 年間の S-1 による術後補助化学療法の有効性を検証した ACTS-GC 試験の S-1 投与群の治療完遂割合の 56.6%を閾値とした。**【結果】**S-1 の治療完遂割合は、69.0%（56.9%-79.5% 95% CI）であり、成分栄養剤を併用することで、S-1 の治療継続性が向上する可能性が示唆された（Imamura H., et al. Ann Gastroenterol Surg. 2021）。**【考察】**多施設共同前向き研究によって、経口栄養補助剤（ONS）を用いた栄養療法の有効性を検討する場合、食事に関する栄養療法と ONS のアドヒアランスを高めるための多職種連携によるチーム医療の取り組みが重要であると考えられた。**【結語】**胃癌周術期の栄養サポートによって、胃切除後の体重減少を軽減し、術後補助化学療法の治療継続性が向上する可能性が示唆された。

経歴

1990 年 3 月：大阪大学医学部 卒業
1990 年 5 月：大阪大学医学部附属病院 第二外科 研修医
1991 年 7 月：国立大阪病院 外科 レジデント
1994 年 7 月：大阪大学医学部 第二外科教室医員
1995 年 7 月：大阪大学医学部 分子生理化学教室医員
1998 年 3 月：学位取得（大阪大学 医学博士）
「癌細胞の転移・浸潤に関する低分子量 G タンパク質による細胞内シグナル伝達機構」
1999 年 7 月：市立堺病院外科医長
2010 年 4 月：同、外科主任部長
2012 年 7 月：市立豊中病院 外科部長

現在：

市立豊中病院：副院長／消化器外科主任部長（兼）／がん診療部部長（兼）／消化器センター長（兼）／臨床研究センター長（兼）
大阪大学医学部消化器外科 臨床教授

SY1-4 我々が行ってきた周術期がん栄養管理と未来への提言

土師 誠二、亀井 武志、小林 良平、二木 元典

蘇生会総合病院 外科



【目的】周術期がん栄養管理の可能性を追求すべく侵襲代謝制御、がん細胞内環境修飾を目的に臨床研究を行ってきた。研究結果を提示し臨床栄養治療研究の目指すべき到達点を考える。【方法】(検討1: 肝臓術前免疫栄養) 肝臓切除 97 例を無作為に術前免疫栄養群 48 例と非投与対照群 49 例に分け組織中脂肪酸分画、術後免疫能変化、合併症発生率を比較、さらに肝細胞癌 (HCC) 例で切除癌内の制御性 T 細胞発現率を調査。(検討2: HCC 切除と分岐鎖アミノ酸 (BCAA) 投与) HCC 切除 88 例を無作為に周術期 BCAA12g/日投与群 44 例と非投与群 44 例に分け、BTR、ALB、HOMA-R 変化、合併症発生率を比較、一部で HCC 内の mTOR 系刺激伝達経路の遺伝子発現量を調査。(検討3: 高度侵襲手術の周術期栄養バンドル管理) 高度侵襲肝胆膵手術 124 例を免疫栄養、早期経腸栄養、強化血糖管理、高蛋白投与のバンドル群 53 例と対照群 71 例に分け、SSI 発生率、在院日数を比較。【結果】(検討1) 免疫栄養群で侵襲反応が制御、末梢血 TH1 細胞比率が高値、感染性合併症発生率が減少 (JJSNM 2010, 44)。(検討2) BCAA 群で術後 BTR 高値、インスリン抵抗性改善、感染性合併症発生が減少、癌細胞内アポトーシス誘導遺伝子発現が上昇 (JJSNM 2013, 47)。(検討3) バンドル群で SSI 発生率が低く在院日数も短縮 (J Jpn Bronchoesophagol.Soc.2022, 73 (2))。【結語】作用機序解明とサイエンスに基づく周術期がん栄養管理が今後目指すべき栄養管理に重要である。

経歴

昭和 63 年 徳島大学医学部医学科卒業

昭和 63 年 神戸大学医学部第一外科 入局

平成 1 年 帯広第一病院外科 外科医員

平成 2 年 淀川キリスト教病院外科 外科医員

平成 3 年 神戸海岸病院外科 外科医員

平成 4 年 神戸大学医学部第一外科 研究室

平成 6 年 県立姫路循環器病センター 外科医長

平成 8 年 近畿大学医学部第二外科 助手

平成 11 年 近畿大学医学部第二外科 肝胆膵部門講師

平成 23 年 大阪府済生会中津病院 外科・消化器外科 部長

平成 27 年 社会医療法人愛仁会高槻病院 副院長・消化器外科主任部長

- ・がん診療支援センター長
- ・手術センター長
- ・臨床研修センター副センター長
- ・感染対策委員長
- ・NST 委員会副委員長

平成 30 年 蘇生会総合病院 副院長・外科部長・救急科部長

- ・手術センター長
- ・安全対策委員長
- ・感染対策委員長
- ・NST 委員長

—現在に至る

SY2-1 栄養介入は急性期・回復期で終わりではない
～生活期の現場から伝えたい現状と課題～

犬尾 加奈^{1,2,3,4}、山田 佳孝²

¹ 社会医療法人 甲友会 西宮協立在宅栄養ケアセンター、
² 西宮協立脳神経外科病院、
³ 西宮協立デイケアセンターほほえみ・第2 ほほえみ、
⁴ 西宮協立認定栄養ケア・ステーション
(機能強化型認定栄養ケア・ステーション)



【目的】令和6年度の医療・介護報酬改定でリハビリ・口腔・栄養の一体的な取り組みが提唱された。急性期・回復期で積極的な栄養管理体制が構築される一方で、生活期では栄養介入を行える社会資源が十分とは言えない。また、入院中は治療目線の栄養介入が主となり、退院後の生活期を見据えた栄養介入は課題が散見される。在宅栄養の現状報告と病院を外から見た課題を検討する。【方法】①デイケア栄養活動：2018年5月より栄養スクリーニング加算、2021年6月より栄養アセスメント加算に移行した。栄養改善加算は2018年6月より算定した。②訪問栄養食事指導：2019年10月より開始した。③デイケアと訪問の活動を通して病院との連携や課題をまとめた【結果】①利用者319名に栄養スクリーニングを行った結果、55.1%が低栄養・低栄養おそれありに該当した。栄養改善加算は2024年12月までに67名に算定した②5年間で130名に介入し、90%以上が低栄養・低栄養おそれありに該当した③病院とは電話・メール・FAXで情報連携を行った。退院時に血液検査結果の連携がない・サマリーに食事内容の詳細や身体計測の記載がない等の状況は情報確認に時間を要した。退院時に栄養指導を受けていない、もしくは指導内容に混乱し、退院直後の生活混乱期に栄養状態が低下した利用者もいた。【結論】急性期・回復期の治療効果を生活期で活かすためには、入院中からの退院時支援と生活期の社会資源の充実が望まれる。

経歴

最終学歴

甲子園大学栄養学部栄養学科卒業(2005年)

経歴：

2005年	大学卒業後、給食会社や療養型病院に勤務。
2013年	社会医療法人 甲友会 西宮協立脳神経外科病院に入職。
2018年	介護報酬改定に伴い、在宅部門へ異動。 ・西宮協立デイケアセンターほほえみ・第2 ほほえみ ・介護付き有料老人ホームやすらぎ
2019年9月	西宮協立認定栄養ケア・ステーション開設 (介護保険の訪問業務として西宮協立在宅栄養ケアセンター)
2023年9月	機能強化型認定栄養ケア・ステーション認定

SY2-2

経験を、知に。知を、未来へ ～臨床と研究のつなげかた～

永野 彩乃

Caresso コンサルタントナース



日々の臨床において、患者さんと向き合うなかで、私たちは数え切れないほどの「小さな疑問」に出会います。「なぜこの患者さんは食事を摂れないのか?」「どうして同じケアでも効果に差が出るのか?」——それは、時にはテキストや文献を調べることで解決することもあります。逆に謎が深まることも少なくありません。

こうした“臨床の疑問”を、わからないまま流してしまうのか。それとも、自ら仮説を立てて検証し、根拠ある知として整理するのか。臨床研究の原点は、まさにこの選択にあると考えます。看護師は現場の最前線に立ち、患者の変化に最も近い距離で関わっています。その中で得た経験や感覚——「このような病態のときには、こう対応すればうまくいくことが多い」という経験に基づく判断や、感覚的な知識は、実は非常に価値のある“現場の知”です。

しかし、そのまま個人の経験にとどめておくのはもったいないことです。その“現場の知”を、臨床研究という手法で「法則」として言語化・構造化し、同僚の看護師や他職種と共有できれば、チーム全体のケアの質を高め、栄養治療の実践レベルを大きく引き上げることができます。

私自身、病棟看護師として勤務するかたわら、栄養や摂食嚥下障害に関する臨床研究に取り組んできました。研究とは決して特別な誰かが行うものではなく、日常の「なぜ?」から始められる、ケアの延長線上にある営みであるということです。そして、研究によって導き出された知見は、目の前の患者さんだけでなく、他の病院、地域、ひいては未来の患者さんのケアにつながっていく可能性を秘めています。本講演では、看護師が臨床で得た経験をどのように研究へつなげ、実践に還元するのか、そのプロセスと意義について、私自身の取り組みを通じて考察します。「経験を知に。知を未来へ。」——看護職が果たしうる研究の役割と、栄養治療のこれからにおける可能性について、皆さんと共有できれば幸いです。

経歴

【学歴】

2007年3月 独立行政法人国立病院機構 兵庫中央病院附属看護学校 卒業
2021年3月 武庫川女子大学大学院看護学研究科 修士課程修了
2024年3月 愛知医科大学大学院医学研究科 博士課程修了 医学博士

【職歴】

2007年4月 国立循環器病センター（現 国立循環器病研究センター）入職 看護部
2010年2月 西宮協立脳神経外科病院 看護部
2025年4月 コンサルタントナースとして独立 Caresso（カレッソ）代表

【資格等】

摂食嚥下障害看護認定看護師 NST 専門療法士
栄養治療専門療法士 リハビリテーション栄養指導士
ESPEN（欧州臨床栄養代謝学会）LLL Diploma

【業績】

- Nagano A, Yamada Y, Miyake H, Domen K, Koyama T. Comparisons of predictive equations or resting energy expenditure in patients with cerebral infarct during acute care. Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease, 2015.
- Nagano A, Yamada Y, Miyake H, Domen K, Koyama T. Increased resting energy expenditure after endovascular coiling for subarachnoid hemorrhage. Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease. 2016.
- A Nagano, S Nishioka, H Wakabayashi. Rehabilitation nutrition for iatrogenic sarcopenia and sarcopenic dysphagia. Journal of Nutrition, Health and Aging. 2019.
- Nagano A, Maeda K, et al. Association of Sarcopenic Dysphagia with Underlying Sarcopenia Following Hip Fracture Surgery in Older Women. Nutrients. 2020
- Nagano A, Maeda K, et al. Effects of Physical Rehabilitation and Nutritional Intake Management on Improvement in Tongue Strength in Sarcopenic Patients. Nutrients. 2020
- Nagano A, Maeda K, Shimizu A, Murotani K, Mori N. Effects of Carbonation on Swallowing: Systematic Review and Meta-Analysis. Laryngoscope. 2022
- Nagano A, Ueshima J, et al. Effect of tongue strength on clinical outcomes of patients: A systematic review. Arch Gerontol Geriatr. 2022
- Nagano A, Shimizu A, et al. Predictive Value of Temporal Muscle Thickness for Sarcopenia after Acute Stroke in Older Patients. Nutrients. 2022
- Nagano A, Onaka M, et al. Prevalence and Characteristics of the Course of Dysphagia in Hospitalized Older Adults. Nutrients. 2023
- Nagano A, Maeda K, et al. Feeding Assistance Skill Score: development and verification of reliability and validity. Eur Geriatr Med. 2024

他

SY2-3 薬剤師が実践する臨床栄養研究の課題と医療安全との接点

神谷 貴樹

滋賀医科大学医学部附属病院 薬剤部



薬剤師による栄養治療領域での学術研究は、脂肪乳剤の投与速度の適正化の取り組みや輸液内容の検討など臨床的な活動報告はあるものの、十分とはいえない。演者自身は、造血幹細胞移植における静脈栄養の有用性や鎮痛薬トラマドールの遺伝子多型による薬物動態変化について臨床研究を進めてきたが、臨床栄養に関わる薬剤師ならではの研究実施は難しいと感じている。様々な障壁が考えられるが、薬剤師が臨床栄養領域で主体的に研究を計画し実行する本質的な難しさや、研究体制の問題、病院薬剤師と保険薬局薬剤師双方の関係性が希薄であることが要因であると感じる。

一方、大学病院の医療安全専従薬剤師として携わってきた中で、院内全体で発生するインシデントに目を向けてみると胃瘻やCVカテーテルなどの栄養投与デバイスの挿入時の合併症や管理上の問題点に関する事象報告は比較的多い。報告数は少ないものの、窒息事例も医療安全部門では詳細な症例経過を確認している。また、全体の約1/3を占めるほど薬剤に関連したインシデント報告は多く、薬剤師が医療安全に関わる利点は大きい。

医療が高度化する中で、医療の安全性の担保や標準化・均てん化は今後ますます重要な視点であると考ええる。医療安全分野では、日本医療機能評価機構や医薬品医療機器総合機構への報告が一般的とされているが、栄養治療に関連した有害事象や安全対策について、エビデンスへと昇華するためのプロセスもJSPEN 薬剤師を含め栄養治療に関わる多職種で進める研究分野として重要と考える。

医療安全専従薬剤師として、臨床栄養を取り巻く安全管理について考え、患者だけでなく医療従事者にとってもより安全な栄養管理が実践できるような基盤を構築するための臨床研究の展望について議論を深めたい。

経歴

2004年3月 大阪薬科大学薬学部薬学科 卒業
 2006年3月 大阪市立環境科学研究所附設栄養専門学校 卒業
 2006年4月～2010年3月 調剤薬局 勤務
 2010年4月 滋賀医科大学医学部附属病院薬剤部 入職
 2020年3月 滋賀医科大学大学院医学系研究科博士課程 修了
 2023年4月 滋賀医科大学医学部附属病院 薬剤部医薬品安全管理室長 / 医療安全管理部副部長
 2025年4月 同 副薬剤部長・医薬品情報管理室長 (医療安全管理部兼務)
 現在に至る

SY2-4

在宅における「栄養の分岐点」 ～多職種で考える摂食嚥下障害のこと～

松野 頌平^{1,2}

¹ 株式会社 Dental ホールディングス 医療法人メディエフ寺嶋歯科医院、

² 小児在宅歯科医療研究会



「君の願いはちゃんと叶うよ」

ひとりの大人として、すべての子どもたちに伝えたい思いのひとつだが、ひとりの医療人として、こんな風に話せない場面に遭遇することは少なくない。

2021年9月に施行された医療的ケア児支援法により、医療的ケア児やその家族への支援における国や地方公共団体の責務が明文化されたことは、記憶に新しいブレイクスルーである。一方で、児や家族の日々の一場面にフォーカスを当てると、法的効力を発揮しにくい様々な課題が存在することも事実である。その日々の課題のひとつとして挙げられる摂食嚥下障害については、多視点で捉え子どもたちの状態に合わせて対応していく必要がある。

在宅療養児への食支援は、支援体制がまだ十分に整っていない現状がある。この分野の発展において、「歯科と栄養」の連携が果たす役割は重要であると考えられ、当院の小児在宅歯科医療では、口腔ケアや歯科治療などで口腔内環境を整えることに加え、摂食嚥下や栄養に関する課題への対応に重点的に取り組んでいる。病院主治医（新生児科・小児科）、在宅主治医、訪問看護ステーションなどと連携し、歯科医師による嚥下機能評価や、管理栄養士による食形態調整、訪問栄養食事指導などを実施することで、子どもたちの食の可能性を広げる支援を行っている。

在宅における「栄養の分岐点」のひとつは、「口から食べる」ことが困難になり始める瞬間である。病状進行による摂食嚥下機能の低下、食欲不振、栄養管理の必要性の認識変化、生活環境の変化などが複合的に影響する。この分岐点を迎えると、経口摂取だけでは栄養維持が難しくなり、経腸栄養や静脈栄養といった代替手段の検討が必要となる。

今後の課題として、早期の分岐点認識と多職種連携による包括的な支援体制の構築が挙げられる。医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、ケアマネージャーなどが密に連携し、個々の状態に合わせた栄養評価と介入を行う必要がある。また、家族への十分な情報提供と相談支援、地域における資源の活用も重要となる。さらに、安全で質の高い在宅栄養管理のための人材育成や、テクノロジーを活用した遠隔モニタリングなどの導入も検討すべき課題である。

本シンポジウムで、これらの課題をふまえ、近畿における栄養治療研究のこれからについて、現場の声を盛り込みつつ議論できれば幸いである。

経歴

歯科医師・歯学博士

2009年 大阪大学歯学部卒

2009年～ 大阪大学歯学部附属病院

2014年～ 重症心身障害児者施設四天王寺和らぎ苑 歯科科長

2017年～ 現職

株式会社 Dental ホールディングス 医療法人メディエフ寺嶋歯科医院 副院長

箕面市医療的ケア児等コーディネーター

大阪府立箕面支援学校 協力歯科医師

箕面市障害者自立支援センターあかつき園 協力歯科医師

箕面市障害者福祉センターささゆり園 協力歯科医師

社会福祉法人大阪手をつなぐ育成会 支援センターい～な 協力歯科医師

医療的ケア児を地域で支える多職種勉強会（CLASS）Co-Founder

小児在宅歯科医療研究会 世話人

日本障害者歯科学会 認定医

日本摂食嚥下リハビリテーション学会 認定士

SY2-5

術前経口補水療法における至適経腸栄養剤選定のための 基礎検討

外池 奈実¹、浦野 あゆみ¹、栗原 美香¹、西田 香¹、
小泉 花奈絵¹、魚谷 奈央¹、井上 沙貴¹、中西 直子¹、
竹林 克士^{1,2}、貝田 佐知子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 基礎看護学講座



【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、健常者を対象に種々の経腸栄養製品の胃排出速度について検討した。

【方法】対象は男性6名、女性6名。年齢中央値は27.0(25-30)歳、BMI中央値は22.4(18.0-30.8) kg/m²。試験飲料200mlあたりのエネルギー(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 25.0 ± 6.7分、B 40.4 ± 16.2分、C 40.8 ± 8.2分、D 46.4 ± 13.1分、E 68.3 ± 18.5分、F 45.0 ± 13.0分。飲料Aに比して他の飲料はいずれも有意に遅延していた(p<0.05)。T1/2の平均値は飲料A 8.9 ± 4.1分、B 16.9 ± 7.1分、C 18.3 ± 11.1分、D 13.8 ± 7.8分、E 27.4 ± 12.7分、F 23.2 ± 5.7分。飲料Aに比して飲料B、C、E、Fには有意な遅延を認めた(p<0.05)。

【結論】クリアウォーターに比べ、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。しかし脂質を含まないものは比較的早くに胃排出されており、術前経口補水液として用いることができる可能性が示唆された。

経歴

最終学歴

2023年3月 滋賀県立大学 人間文化学研究科 生活文化学専攻 健康栄養部門 修了

職歴

2023年4月 - 滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部

PD1-1

胃癌術後患者に対する経口栄養補助剤の
体重減少抑制効果の検討：多機関共同ランダム化比較試験

平井 健次郎¹、上野 剛平²、錦織 達人²、金谷 誠一郎³、
畑 啓昭⁴、間中 大⁵、三木 明⁶、戸田 孝祐⁷、山下 好人⁸、
金城 洋介⁹、小濱 和貴²

¹ 日本赤十字社 大津赤十字病院 外科、² 京都大学 消化管外科、
³ 大阪赤十字病院 消化器外科・小児外科、
⁴ 京都医療センター 外科、⁵ 京都桂病院 消化器センター・外科、
⁶ 公立豊岡病院 外科、⁷ 滋賀県立総合病院 外科、
⁸ 日本赤十字社和歌山医療センター 消化器外科、
⁹ 姫路医療センター 消化器外科



【目的】胃癌術後患者において炭水化物とタンパク質を主とした風味の良い経口栄養補助剤（ONS）による介入の体重減少抑制効果を明らかにし、握力、栄養摂取量、QOL等を包括的に評価する。【方法】胃切除術予定患者を対象とした19施設の多機関共同ランダム化比較試験である。介入として1日400ml（400kcal）のONSを術後8週まで継続するONS群と通常管理群に1：1ランダム割付した。層別因子は臨床病期と術式とした。介入のアドヒアランス向上のため資料・動画による意識づけ、術後1ヶ月での外来フォローを行った。主要評価項目は術前から術後8週までの体重減少率、副次的評価項目は握力、HRQoL、食事摂取量、ONS摂取状況とした。【結果】2段階登録とし、術前登録した133人のうち非手術・経口摂取困難例などを除外した124人を術後登録・ランダム割付した。同意撤回などでONS群に2名の脱落を認めONS群60人 vs 通常管理群62人となった。主要評価である術後8週目の体重減少率はONS群で有意に少なかった（-4.8% vs -6.4%、 $p=0.039$ ）が握力に差はなかった。不眠・食欲低下・下痢スコアはONS群で高かった。ONS群のタンパク質摂取量は有意に高く（1.1 vs 0.9g/kg、 $p=0.025$ ）、摂取エネルギー・炭水化物は差がなかった。ONS摂取量は平均309ml/日で、目標とした200ml/日を85%の症例が達成した。【結論】アドヒアランスに配慮した胃癌術後ONS摂取介入は良好な摂取割合を達成し、術後8週目の体重減少を抑制した。

経歴

【最終学歴】

2014年03月 京都大学大学院博士課程消化管外科学 修了

【職歴】

2003年05月 京都大学医学部附属病院 外科 研修医
2004年04月 滋賀県立成人病センター 外科 医員
2013年04月 京都大学消化管外科、京都大学臨床研究総合センター 特定助教
2016年01月 市立大津市民病院 外科・消化器外科・乳腺外科 医長
2021年04月 市立大津市民病院 外科・消化器外科・乳腺外科 消化器部門診療部長
2022年07月 日本赤十字社大津赤十字病院外科 医長

PD1-2

消化器内科における初回化学療法導入時の GLIM 基準を用いた低栄養有病率調査



藤野 滉平、後藤 啓太、入谷 真千子、小野 寛道

国家公務員共済組合連合会 大手前病院 栄養管理室

【目的】

化学療法中の外来患者において、GLIM 基準での低栄養（以下、低栄養）は有害事象の発生率が高く、さらに重度の低栄養は6カ月生存率悪化の独立した要因であると報告されている。一方、初回化学療法導入時点での低栄養の有無を評価した報告は少ない。

今回、切除不能消化器がん患者における、初回化学療法導入時点での低栄養有病率を調査したため、その特徴及び経過と併せて報告する。

【方法】

2024年9月1日から2025年2月14日に、初回化学療法導入目的で大阪労災病院消化器内科へ入院した患者を対象とした。低栄養ありの患者を低栄養群、なしの患者を対照群とし、後ろ向き観察研究を行った。

【結果】

20例が対象となり、低栄養ありと診断された患者は13例、有病率は65%であった。がんの原発部位（上部消化管／肝胆膵／下部消化管）は低栄養群：3例（23%）／7例（54%）／3例（23%）、対照群：2例（29%）／5例（71%）／0例であった。

低栄養群のうち低栄養の重症度は、中等度：8例（62%）、重度：5例（38%）であった。表現型の該当は、意図しない体重減少：12例（92%）、低BMI：4例（31%）、筋肉量（下腿周囲長）減少：4例（31%）であった。病因の該当は、摂取量減少／消化吸収能低下：11例（85%）、疾患負荷／炎症：9例（69%）であった。

【結論】

化学療法導入の時点で、65%の患者が低栄養に陥っていた。

経歴

2009年4月 神戸学院大学栄養学部栄養学科 入学
2013年3月 神戸学院大学栄養学部栄養学科 卒業
2013年6月 社会福祉法人 明石恵泉福祉会 恵泉第3特別養護老人ホーム 入社
2016年9月 医療法人社団 仁恵会 石井病院 入社
2018年5月 独立行政法人 労働者健康安全機構 大阪労災病院 入社
2025年4月 国家公務員共済組合連合会 大手前病院 入社

PD1-3

短期間の入院を繰り返すがん治療でのシームレスな栄養
治療 - 頭頸部癌化学放射線治療 (CRT) での取り組み -

松岡 美緒¹、滝元 里穂¹、高橋 芽衣¹、柳原 佳奈¹、
西川 知可子¹、中井 映理子¹、中野 満喜¹、安井 富美子¹、
山口 智勢¹、飯島 正平²

¹ 大阪国際がんセンター 栄養管理部門、

² 大阪国際がんセンター 栄養腫瘍科



【緒言】

近年のがん治療は、1度の入院単位ではなく、外来比重が増加し、短期入院を繰り返す場合もある。がん治療を栄養視点で考える場合、一連の治療計画内でサポートする体制が必要である。短期入院の入院期間は治療終了によって規定され、退院後の栄養治療は患者による自己管理に委ねられている。がん治療中の食事摂取量低下は珍しくなく、栄養不良は体重減少や予定外入院となって表れる。がん治療で栄養を考える場合、自己管理は治療開始時から一貫して実施されるべきものである。今回、当センターの頭頸部癌化学放射線療法での取り組みを紹介し、今後の課題について検討したい。

【方法】

2021年より、CRT初回入院時から管理栄養士がシームレスな支援を開始し、2024年4月からは取り組みを強化し、入院までの経口摂取状況、食環境などの患者背景から、栄養評価と不良リスクを評価し、自己管理確立を念頭に栄養治療目標を設定し、摂取不足対応としての栄養補助の有用性と早期の導入判断などを患者と共有し、外来指導に繋いでいる。毎度の入退院に加え、病状変化時なども至近在宅期間中の自己管理指標として評価している体重と摂取熱量の推移を対策強化前41例(2021年1月～6月)と比較も行った。

【結果】

症例数は33で、治療開始時を100%とした入退院時体重(%;中央値)は、1回目100→100(94-104)、2回目98(91-104)→97(89-104)、3回目74(87-103)→96(88-103)。摂取熱量(kcal;中央値)は1回目2000(1000-2300)→1800(500-2300)、2回目1650(600-2300)→1500(500-2300)、3回目1500(1000-2000)→1500(800-2000)だった。変更前比較では5%以上の体重減少症例は54%から39%に減少、摂取熱量は減少変動幅が小さく安定した推移だった。また、1例で管理栄養士指導後に経鼻経管栄養導入を受け入れた。

【考察】

短期入院を繰り返すCRTの体重減少は在宅期間にも生じている。在宅比重が高い現状では、対策は開始時からが有効で、患者も主体的に取り組まざるを得ない。在宅でも評価可能な体重を指標に低栄養予防を目指し、変動する摂取量に応じた自己管理として、補助栄養を含めた栄養治療を一体的に実践できることが重要だ。医療者は、患者背景を考慮しつつ、自己管理能力の向上に導くことが求められる。

経歴

2010年3月 武庫川女子大学大学院 生活環境学研究科 食物栄養学専攻 修士課程修了

2010年4月 箕面市立病院 医療技術局 栄養部

2013年3月 大阪府立成人病センター 栄養管理室

2017年3月 大阪国際がんセンター(大阪府立成人病センター移転名称変更) 栄養管理室

2025年4月 同 総括主査 現在に至る

日本栄養治療学会 代議員、学術評議員、NST委員会委員、栄養士・管理栄養士部会委員、学術・研究委員会委員
NST専門療法士、栄養治療専門療法士[がん専門療法士]

PD1-4 **がん悪液質の最新エビデンスから考えるこれからの栄養
治療の展望**

采野 優

京都大学医学部附属病院 緩和医療科



がん悪液質は、炎症を背景とする複合的な代謝障害であり、進行性がん患者の40%～70%に認められる。近年、この病態の解明と治療法の開発において、Growth Differentiation Factor-15 (GDF-15) が注目されている。GDF-15は、がん患者において血中濃度が上昇し、悪液質の進行と関連することが知られている。2024年には、New England Journal of Medicine 誌より、GDF-15を標的とするヒト化モノクローナル抗体「ポンセグロマブ」の有効性に関する第II相無作為化二重盲検試験が報告され、ポンセグロマブは用量依存的に体重や身体活動量の増加をもたらすことが示唆された。さらに、GDF-15とがん免疫応答との関連を示す知見が蓄積しており、がん免疫療法と悪液質治療の併用、さらに栄養・運動療法との複合的介入の可能性も示されている。ここでは、がん悪液質に関する最新エビデンスを俯瞰しつつ、栄養を含めた包括的ながん治療の支援と、患者の生活の質向上を目指した今後の展望について議論する。

経歴

2012年 大阪市立大学医学部医学科 卒業
2012年 洛和会丸太町病院 初期研修医
2014年 京都大学医学部附属病院 がん薬物治療科 医員
2017年 Royal Surrey County Hospital/ St Lukes' Cancer Centre (UK) Research Fellow
2017年 聖隷三方原病院 ホスピス科 医師
2021年 日本学術振興会 特別研究員 (DC2)
2022年 医学博士 (京都大学)
2022年 京都大学医学部附属病院 腫瘍内科 医員
2024年 京都大学医学部附属病院 緩和医療科 特定講師

PD1-5 高齢がん患者のQOLの視点から考える
「がん地域連携パス」と人生の終末期医療

山中 英治¹、宗正 由貴²、桐本 梓²、矢倉 久仁香³、
平櫛 実穂³、中江 優貴⁴、野口 智恵子⁵、山本 直美⁶

¹ 若草第一病院 外科、² 若草第一病院 栄養課、
³ 若草第一病院 薬剤部、⁴ 若草第一病院 療法課、
⁵ 若草第一病院 医療秘書課、⁶ 若草第一病院 看護部



【目的】大阪府のがん登録患者の平均年齢は70歳以上で、がん診療拠点病院で地域医療支援病院の当院は80歳代が最多である。がん対策推進基本計画では「がん地域連携パス」の整備が求められたが、高齢がん患者ではがん以外の併存疾患も多くがん以外の医療も重要であり、高齢者のQOLの視点から連携パスや緩和ケアを行ってきた。

【方法】大阪府がん診療連携協議会が作成した統一型パスを利用し、かかりつけ医がある場合はかかりつけ医との連携、ない場合は逆紹介として近隣の診療所にかかりつけ医を依頼、医療機関と患者・家族にパスを渡して連携した。終末期がん患者には緩和カードを発行し在宅療養を行う際の入院のバックアップを行った。また認定看護師中心に在宅移行前にACPを行った。入院時はNSTが介入した。

【結果】年間がん登録数は大腸がんが約90例と最多で、連携パス運用も高齢者大腸がんが多かった。早期大腸がんは予後良好で治癒症例が多いが、高齢者では連携パスのかかりつけ医から誤嚥性肺炎などを診断され当院で治療するなど連携パスが有用であった。また誤嚥性肺炎の高齢者は入院時にNST介入対象になることが多く平均年齢は約80歳であった。緩和カードは年間約20例に発行したが多くは在宅での看取りとなった。

【結論】全国調査でもがん終末期医療は在宅の方が病院よりも患者満足度が高く、がんも高齢患者が多いので、がん治療だけでなくQOLを考慮した地域医療連携が大事である。

経歴

学歴：1983年 関西医科大学卒業
職歴：1992年 関西医科大学外科助手
1997年 関西医科大学外科医局長
1998年 関西医科大学外科講師
1998年 岸和田市民病院外科医長
2006年 若草第一病院外科部長
2007年 若草第一病院副院長
2009年 若草第一病院院長
現在に至る

PD2-1 繰り返す誤嚥性肺炎のメカニズム

布施 慎也

京都府立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室



“嚥下障害を診る”にあたり、日常診療において他の疾患の治療よりも多くの困難さを感じている方が多いのではないかと。嚥下障害患者には様々な現疾患や既往歴、年齢などの多種多様な背景があることに加えて、また、患者やその家族、看護師・言語聴覚士・薬剤師・管理栄養士などのコメディカルスタッフ、歯科医師、嚥下診療医師、そして他科の主治医との綿密な連携が必要である。まさに嚥下診療には真の包括医療が求められる。

演者自身、嚥下診療に関わるようになった初期の頃、嚥下に関する検査・リハビリなどを行っていく上で、何を目標に治療を行っていけば良いのかが不明瞭に感じていた時期があった。そのような時期に基礎研究を行う機会をいただき取り組んでいる中で、少しずつ霧が晴れるように、嚥下診療の目指すべき目標が明瞭化していく実感をえた。まさに基礎的背景の理解は診療の地図のような役割をしているのではないかと考えるに至り、嚥下セントラルパターンジェネレーター (Central Pattern Generator: CPG) 内のネットワーク解明を主テーマとして研究に取り組んでいる。

咽頭期嚥下は咽頭喉頭感覚刺激による求心性インパルスが嚥下セントラルパターンジェネレーター (CPG) に伝達されることにより出力されるパターン化された運動である。どのような条件下でも誤嚥を防ぐ必要があるため、嚥下 CPG には常に一定の運動出力を生じるメカニズムが内在されている。この一定に出力されるメカニズムに障害をきたすことにより誤嚥を防ぐ機構が破綻することにより誤嚥が生じる。そして、誤嚥性肺炎に至り、繰り返し罹患することにより低栄養状態を引き起こし、さらに悪循環に陥る。病態の解明なくして、この疾患の治療は困難である。

嚥下障害を引き起こす病態としては、末梢感覚低下による入力障害、嚥下パターン障害、出力低下によるクリアランス低下などが挙げられる。また、呼吸と嚥下には密接な関係がある。呼吸と嚥下の協調性およびそれを担う各 CPG ネットワーク間の詳細な調節メカニズムについては未だ不明な点が多いが、喉頭感覚刺激は咽頭期嚥下の惹起や嚥下運動出力調整に重要であり、同時に嚥下時無呼吸の誘発および嚥下時の呼吸リズム調節にも重要な役割を担っている。この呼吸と嚥下の協調性が崩れると誤嚥のリスクが上がる。

本発表を通じて、基礎的背景が他職種間での“共通言語”になることを願っている。

経歴

2011 年 兵庫医科大学 卒業
 2011 年 京都第二赤十字病院 初期研修
 2013 年 京都府立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 入局
 2014 年 京都市立病院 耳鼻咽喉科
 2016 年 京都府立医科大学大学院医学研究科 入学
 2020 年 京都府立医科大学大学院医学研究科 卒業
 2021 年 京都府立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 病院助教
 2022 年 済生会滋賀県病院 耳鼻咽喉科 副部長
 2024 年 京都府立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 助教

PD2-2 訪問診療における栄養・嚥下診療との連携

近藤 健

おがわ内科呼吸器内科医院



訪問診療の目的は、「病を抱えていても、その人らしい生活ができるように支える」ことである。必ずしも治癒だけが目的となるわけでは無い。むしろ、訪問診療においては治癒不可、治癒困難な疾患や状態となっている方が多い。現状に応じた心不全や呼吸不全ケアなどを行い、適切な緩和ケアを行うことになる。非薬物療法的な支援も大事である。医療面以外にも様々なサポートが必要であり、多職種連携を通じて、その方の生活まるごと支えていくことになる。そして、「生きることは食べること」である。訪問歯科診療や訪問栄養指導との連携・導入によって、患者さんが得られるものは極めて大きい。しかしながら、訪問歯科診療や訪問栄養指導は、訪問診療や訪問看護ほどの広がりを見せていないのが実情である。当セッションでは、訪問診療の立場から、訪問歯科診療や訪問栄養指導との連携の実際について論じる。

訪問診療では高齢者を対象する機会が多く、嚥下障害を伴っていることが多い。病院では、嚥下不可との評価で退院してくる方もいる。ただ、病院には肺炎等の何らかの不調で入院しているのであり、最も悪いコンディションでの嚥下評価とも言える。退院後に在宅にて嚥下評価すれば、実は経口摂取を再獲得する方もいる。そこでは、訪問歯科による嚥下評価、訪問栄養による食事形態の検討・指導、言語聴覚士(ST)による嚥下リハビリを積極的に行うことが重要である。そして、歯科医師に経口摂取全般に関わる司令塔になっていただく。ただ、新規患者さんを病院から紹介される時点では、訪問診療や訪問看護を導入することになっても、訪問歯科、訪問栄養、STリハビリを直接導入されることは稀である。よって、訪問医師が起点となって、経口摂取を支援するチームを導入するのがよい。

高齢者は何らかの嚥下障害を伴っていることも多いが、はっきりとした嚥下障害がなくとも、まずは口腔ケア目的に訪問歯科を導入するのもよい。また癌末期など、終末期の患者さんにおいても口腔ケアは肝要である。こういった具合で、訪問診療においては、多くの患者さんにおいて食支援チームを導入することが、その方の生活の質を上げる、もしくは心地よく過ごすことに寄与することになる。訪問に携わる医師は、普段の診療から、積極的に食支援チームの導入を心掛けることが肝要である。

経歴

2004年	滋賀医科大学卒業
2004年4月～2009年3月	京都桂病院 呼吸器センター
2009年4月～2012年3月	天理よろづ相談所病院 呼吸器外科
2012年4月～2016年3月	京都大学大学院医学研究科
2016年4月～2017年9月	いしが在宅ケアクリニック
2017年10月～現在	おがわ内科呼吸器内科医院 訪問診療責任者

PD2-3

在宅における食支援の取り組み
～歯科診療所に所属する管理栄養士の役割～

安井 裕香、長野 紋佳、中川 研人

御所西歯科中川クリニック



1. 目的 当院では、歯科医師と管理栄養士が連携し、嚥下内視鏡検査（VE: videoendoscopic evaluation of swallowing）を活用した食支援に取り組んできた。本研究は、今後の課題を検討することを目的とし、在宅での VE を希望した患者のカルテを後方視的に分析した。
2. 方法 対象者は、2024 年 1 月 1 日～12 月 31 日に VE を希望した患者とし、年齢、既往歴等の患者背景、栄養摂取方法、VE 所見や評価に基づく摂食条件の変更や管理栄養士の新規介入件数等を調査した。
3. 結果 対象者は 33 名(男性 54.5%)、平均年齢 76.3 ± 10.0 歳であった。療養場所は自宅 25 名(75.8%)で、要介護 3 以上が 90.9%であった。嚥下障害となる主疾患は、脳血管障害が 15 名(45.5%)と最も多く、次いで神経難病が 11 名(33.3%)であった。VE 時に経口摂取をしていた者は 20 名(60.6%)で、栄養摂取方法が経口摂取のみは 11 名(33.3%)、胃瘻や経鼻胃管の使用は 22 名(66.7%)であった。VE 所見は、軽度以上の誤嚥を認めた者が 21 名(63.6%)であった。評価により摂食条件の変更があった者は 25 名(75.8%)で、うち管理栄養士の新規介入は 6 名(18.2%)であった。
4. 結論 対象者の多くは軽度以上の誤嚥を認め、VE 評価を基に個々に対応する支援が実施されていた。在宅患者への食支援は、食事内容、支援体制、摂食嚥下機能、身体機能等を総合的に考慮する必要がある、管理栄養士の介入もその一つの手段となることが示唆された。

経歴

2015 年 3 月	同志社女子大学 生活科学部 食物栄養科学科 管理栄養士専攻 卒業
2015 年 4 月～2022 年 3 月	社会福祉法人京都社会事業財団 西陣病院 栄養科
2022 年 4 月～	御所西歯科中川クリニック、国立循環器研究センター健診部（非常勤研究員）
2023 年 4 月	同志社女子大学大学院 生活科学研究科 入学
2025 年 3 月	同志社女子大学大学院 生活科学研究科 修了（食物栄養科学）
現在に至る。	

PD2-4 地域密着型急性期病院における多職種連携
～STの立場から～

西村 豪文¹、中村 文哉¹、永島 史生⁶、古原 将馬⁷、
中嶋 大喜¹、中川 研人²、大河 貴久³、水野 昭彦⁴、
西村 智子⁵



¹ 京都社会事業財団 西陣病院 リハビリテーション科、
² 御所西歯科中川クリニック、³ 大河歯科医院、⁴ 水野歯科医院、
⁵ 京都社会事業財団 西陣病院 内科、
⁶ 関西医科大学附属病院 リハビリテーション科、
⁷ 関西医科大学総合医療センター リハビリテーション科

言語聴覚士（以下 ST）は主に失語症や構音障害などコミュニケーション障害や摂食嚥下障害を持つ対象者にリハビリテーションを提供する専門職である。

当院、西陣病院は22診療科で急性期医療を行い、地域包括ケア病床、慢性期病床で患者様を生涯にわたり支えるケアミックス型の病院である。入院患者の平均年齢は81歳、75歳以上の後期高齢者が80%を占めており、高齢者誤嚥性肺炎例を多く受け入れている。

高齢者誤嚥性肺炎例では、低栄養状態であることも多く、可及的速やかに嚥下機能・栄養状態を評価、適切な栄養ルートを確認する必要がある。当院では、内科医師、歯科医師、言語聴覚士で構成するSST（Swallowing Support Team）を立ち上げた。主治医からのリハビリ処方による嚥下評価・訓練は勿論、多職種からの「食にかかわる相談」（①嚥下機能および栄養評価②口腔評価など）にリハビリテーション科を窓口とし対応している。

①嚥下機能および栄養評価：迅速に包括的評価を行うことで、安全かつ早期の食事開始、適切な栄養管理を行うことを目指し内科医師とSTで依頼当日に評価を行っている。病棟スタッフからの情報、各種サマリー、各種検査結果（画像・血液検査等）を踏まえ、スクリーニング検査やミールラウンドで総合的に評価を行い、適切な食事条件・栄養ルートを決めている。一方、高齢者誤嚥性肺炎例においては不顕性誤嚥の他、食道期障害、頸椎骨棘など器質的嚥下障害を呈していることも多いが、これらは、スクリーニング検査では評価困難であり、必要に応じて依頼当日に嚥下造影検査（以下VF）で評価も行っている。

②口腔評価：高齢者誤嚥性肺炎例では、セルフケア能力の低下や歯科通院が困難さから、口腔衛生不良や義歯不適合等の問題を併発していることが多い。当院は歯科を標榜していないため京都府歯科医師会口腔サポートセンターの協力の下、週2回の歯科ラウンドで義歯含む口腔機能評価を行い、スタッフや患者に対する助言だけでなく、必要に応じ歯科往診にて治療を開始している。

食支援には医師、歯科医師、そしてコメディカルの多岐にわたるアプローチが重要である。

パネルディスカッション2では当院SSTの紹介、早期退院に向けた「多職種職種連携」が功を奏した症例についてVF動画を供覧しながら提示したい。

経歴

資格：2003 言語聴覚士
2016 日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士
2003 芙蓉会 南草津病院 リハビリテーション科
2006 良善会 ひかり病院 リハビリテーション科
2009 学校法人 関西医科大学付属総合医療センター リハビリテーション科
大阪府守口保健所 母子・難病・地域ケアチーム（非常勤講師）
2013 京都社会事業財団 西陣病院 リハビリテーション科
京都社会事業財団 特別養護老人ホーム 舟山庵（非常勤）

DS-1

ポジティブな人生とリハビリテーション： ポジティブ心理学からのアプローチ

島井 哲志

関西福祉科学大学



ポジティブ心理学は、ポジティブな感情状態、ポジティブな特性、ポジティブな制度を通じて、ウェルビーイングを実現することをめざしている心理学の応用領域である（島井，2006）。実践としては、強み（strengths）や希望（hope）、感謝（gratitude）、意味（meaning）、レジリエンス（resilience）といったポジティブな心理資源を活用するポジティブ心理学介入PPIを軸に展開している。

ポジティブ心理学は、学際的なつながりを持ち、隣接領域である精神医学ではポジティブ精神医学が提案されており、看護領域でのポジティブ心理学の研究も盛んにおこなわれている。そして、近年、リハビリテーションの領域においても、ポジティブ心理学を活かした介入が注目されている（若林，2023）。そこでは、ポジティブ心理学を活かして、単なる機能回復や症状の軽減だけではなく、本人の強みや希望、意味の再構築といった「ウェルビーイング」がめざされる。それは、介入目標の変更であると同時に、そこで活かす個人／社会資源の拡大でもある。

ポジティブ心理学を直接的に応用した報告はそれほど多くはないが、脊髄損傷者におけるリハビリでは、「希望」の強さが参加意欲に関連し、神経リハ領域ではフロー（flow）体験が回復意欲と学習を高める要因となること、高齢者リハビリでは、感謝や意味づけ介入が抑うつ予防に有効であることが報告されている。また、精神リハビリでは、強みベースのアプローチが症状軽減と社会的適応を支え、発達障害児者支援では、自己決定の促進がQOLの改善に寄与するとされる（Chan et al., 2013, Albaum et al., 2021, Hong et al., 2025）。慢性疾患患者に対するポジティブ思考訓練が、食事療法へのアドヒアランスや治療継続意欲を高めることが報告されている（Sabouri et al., 2023）。

また、ポジティブ心理学は、支援対象のためのものだけではなく、支援者自身もその対象であるという観点も重要である。支援者が、自分自身の「強み」を理解して、それを活かす経験があることは、支援対象者の「強み」に対する洞察力を高めることにつながり、それを柔軟に活かすことの実現につながるものである。支援者が「希望」をもつことは、その対象者の「希望」が育つための土台を作り、さまざまな困難を乗り越えていく「レジリエンス」のある社会、そして、ウェルビーイングの高い社会を形成していくことにつながると考えられる。

経歴

関西福祉科学大学 客員教授／大阪大学 全学教育推進機構 招へい教員
博士（医学）・指導健康心理士・上級疫学専門家
関西学院大学大学院心理学専攻博士課程を修了。福島県立医科大学より博士（医学）を取得。
福島県立医科大学、神戸女学院大学、日本赤十字豊田看護大学などを経て関西福祉科学大学、2024年に退職し、客員教授。
専門はポジティブ心理学、健康心理学、公衆衛生学。

DS-2

“食べる喜び”を再定義する作業療法の挑戦： ポジティブ心理学を活用した食行為支援

齋藤 嘉子

介護医療院茶山のさと リハビリテーション課



『食べる』という行為は、人々のQOLに大きく影響し、治療場面では疾患の治療や回復への意欲にも深く関わります。『食べる』とは単に「動作」や「栄養を摂取する行為」だけを指すのではなく、食物の認識に始まり、手で口へ運び、咀嚼し、味わい、飲み込み、消化・吸収し、最終的に排泄に至るまでの一連の過程を含みます。この過程を通じて身体を構築し、心身機能を育んでいくとともに、食べ物を誰が・どのように作り、どの環境で食べるかという社会的・文化的側面も重要な意味を持ちます。『食べる』という活動は、多くの対象者が最初に獲得する基本的なADL動作です。『食べる』ことが困難な状況下では、身体機能の改善や意欲の向上、QOLの改善は望めず、まずはその原因を多角的に分析する必要があります。

作業療法（以下OT）は、身体計測や食事時の姿勢調整、食器・食具の選定、食環境の設定、排泄状況の評価、在宅生活指導などを通じて対象者の栄養状態を把握し、個人因子（ICF）から生活機能レベルまでを見据えた多面的な支援を行います。OTの強みは、対象者に寄り添いながら、チーム医療全体をマネジメントし、対象者が目指す生活や活動・参加を最大限実現できるよう取り組む点にあります。

また近年、OTにおける「食べる」介入には、身体的・環境的アプローチに加え、心理社会的視点からの再設計が求められています。ここで注目したいのが、ポジティブ心理学を取り入れた支援です。ポジティブ心理学×OTの組み合わせは、対象者が持つ健康的な食生活のための強みや自信を引き出し、自己効力感とモチベーションを高めることで内発的な適応力を促進します。結果として、“食べる喜び”を増幅させ、栄養摂取だけでなく、心の満足感をもたらす新たな接点をチーム医療にもたらす可能性があります。

本ディスカッションセッションでは、OTによる「食べる」支援を、心理社会的視点から再設計する必要性を提起し、ポジティブ心理学×OTが栄養サポートにおける新たな地平となり得ることを議論します。最終的に、対象者の“食べる喜び”を最大化し、QOLの向上につなげるための実践的アプローチと今後の展望を提示したいと思います。

経歴

略歴：1990年3月 藍野医療技術専門学校作業療法学科卒業

1990年4月 弘仁会大島病院

1998年4月 信和会京都民医連第二中央病院（現 京都民医連あすかい病院）リハビリテーション部
入院リハビリテーション課長

2017年3月 信和会介護老人保健施設（現 介護医療院）茶山のさとリハビリテーション課長
現在に至る

資格・役員：認定作業療法士、臨床栄養代謝学会専門療法士（リハビリテーション）、日本リハビリテーション栄養指導士、日本作業療法士協会福利厚生委員、京都府作業療法士会制度対策委員、京滋摂食嚥下を考える会世話人、近畿リハビリテーション栄養ネットワーク研究会

所属学会・研究会：日本作業療法士協会、日本臨床栄養代謝学会、日本リハビリテーション栄養学会

LS1

頭頸部癌患者専属栄養管理チームの活動

末廣 篤

京都大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科



低栄養状態は、標準治療中の合併症発生を高めることが知られており、癌治療時に適切な栄養介入を行うことの必要性は ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) の癌患者に対する栄養介入のガイドラインでも強く推奨されている。やっかいなことに、頭頸部癌患者では、癌による通過障害や嚥下障害により、早期より経口摂取が制限されていることが多く、治療開始前にすでに低栄養状態にある患者が少なくない。例えば、我々が外来でしばしば遭遇する、『3ヶ月前からごはんが通りにくくて、麺類とゼリーしか食べていません。体重は5キロ減りました・・・』というような進行下咽頭癌患者は、治療が始まる前からすでに悪液質に分類される (European palliative care research collaborative の悪液質分類 2011)。さらにこの低栄養状態は、頭頸部癌の治療が進めば進むほど、治療の副作用、合併症に起因する摂食困難などのためにますます悪化することとなる。よって、頭頸部癌の治療においては、癌そのものに対する治療はもちろんのこと、栄養障害に対する治療も同時並行で行われなければならないと考えている。

そこで我々の施設では、頭頸部癌患者のみを対象とする個別の栄養管理チームを立ち上げ、活動を行っている。NST 実施資格を有する頭頸部外科医がチームの中心を担っているため、治療の phase によって日々変化する嚥下機能に応じた栄養の投与方法と投与内容の決定にリアルタイムで介入することができる。これまでに他誌でも報告してきたが、当科を初診した口腔癌・咽頭癌の T4 症例の約半数が低栄養状態であった。すでに悪液質に分類されるものも 3% 存在した。それらの低栄養患者に対し、入院 (治療開始) までの期間に外来で栄養指導を行い、必要なものには栄養剤の投与を行ったところ、介入できなかった群では平均で体重が減少していたのに対し、介入できた群では平均で体重を増加させることができた。入院中は、週一回の栄養評価と月一回以上の嚥下評価を行い、ほとんどの症例で血中蛋白質値の維持・改善を得ることができた。今回の公演では、実際のデータを提示しつつ、上記活動の詳細について報告する。

経歴

平成 11 年	京都大学医学部医学科 卒業
平成 22 年	医学博士 取得
平成 11 年	京都大学医学部附属病院耳鼻咽喉科 (研修医)
平成 12 年	倉敷中央病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 (医員)
平成 16 年	赤穂市民病院 (科長)
平成 21 年	米国 Vanderbilt 大学 耳鼻咽喉科 (研究員)
平成 23 年	草津総合病院 (部長)
平成 26 年	神戸市立医療センター中央市民病院 (医長)
平成 28 年	京都大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 (助教)
令和 2 年	京都大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 (病院講師)
令和 3 年	京都大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 (特定講師)
令和 6 年～	京都大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 (特定准教授)
平成 31 年～	京都大学医学部附属病院 リハビリテーション科 (兼務)
令和 4 年～	京都大学医学部附属病院 摂食嚥下診療センター (副センター長、兼務)

【共催：株式会社大塚製薬工場】

LS2

**栄養、睡眠、生活習慣病の深い関係
～睡眠時無呼吸症候群の最新の診断と治療も含めて～**白濱 龍太郎^{1,2}¹ 医療法人 RESM、² 慶應義塾大学先端科学技術研究センター

睡眠、特に睡眠時無呼吸症候群（SAS）と栄養、そして生活習慣病は深く関連している。生活習慣病には、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、心血管疾患などが含まれ、不適切な生活習慣が原因で発症することが多い。SASはこれらの病気と密接な関係を持ち、その予防や管理には栄養と睡眠の質が重要な役割を果たす。

SASは、睡眠中に呼吸が断続的に停止する疾患であり、骨格や肥満が主な原因となることが多い。肥満は気道を圧迫し、閉塞性睡眠時無呼吸症候群（OSAS）の発症リスクを高める。また、SASは睡眠の質を低下させるだけでなく、日中の眠気や疲労感を引き起こし、血圧上昇やインスリン抵抗性の悪化、心血管系への負担を増加させる。これらは生活習慣病の進行を促進する要因となる。

栄養面では、抗酸化物質を豊富に含む野菜や果物、オメガ3脂肪酸を多く含む魚やナッツ類の摂取が推奨される。これらの食品は体内の炎症を抑え、血管の健康を保つ助けとなる。また、精製炭水化物や過剰な糖分、脂肪分の摂取を控え、全粒穀物や食物繊維を多く摂ることで肥満予防に寄与する。これにより、SASの発症リスクも低下する可能性がある。

睡眠不足は食欲を制御するホルモン（レプチンとグレリン）のバランスを乱し、過食を招く。これが肥満の悪化を促し、生活習慣病やSASのリスクを増大させる。良質な睡眠を確保することでホルモンバランスを整え、健康的な体重維持が可能となる。SASの改善に用いられる治療としては、経鼻的持続陽圧呼吸療法（CPAP）治療や体重管理を含めた生活習慣の是正が挙げられるが、舌下神経刺激療法といった、本邦において保険適応となった新規治療に関しての情報提供も行う。

栄養、睡眠、生活習慣病は互いに影響を及ぼし合い、相乗効果をもたらす要素である。これらを意識的に改善することで、生活習慣病の予防と健康維持が期待できる。適切なライフスタイルの選択が長期的な健康の鍵となる。

経歴**【学歴・留学歴】**

筑波大学医学群医学類 卒業（2002年）

東京医科歯科大学大学院統合呼吸器病学 修了（医学博士）

ハーバード大学医学部・ハーバード公衆衛生大学院客員研究員（2018年）

【現任】

医療法人 RESM 理事長

慶應義塾大学先端科学技術研究センター 訪問准教授

順天堂大学医学部公衆衛生学 客員准教授

福井大学医学部地域医療推進講座 客員准教授

日本ライフスタイル医学会 会長

【職歴】

2002- 東京医科歯科大学医学部附属病院内科

2003- 国家公務員共済組合東京共済病院呼吸器内科

2006- 東京医科歯科大学呼吸器内科（病棟指導医・関連病院勤務）

2010- 東京医科歯科大学睡眠制御医学快眠センター

2013- 医療法人 RESM（リズム）理事長

2014- 順天堂大学医学部公衆衛生学非常勤講師（現在、客員准教授）

2018- 米国ハーバード公衆衛生大学院客員研究員

2019- 慶應義塾大学先端科学技術研究センター特任准教授（現在、訪問准教授）

2022- 福井大学医学部地域医療推進講座 特任准教授（現任）

【共催：株式会社シーユーシー・ホスピス】

AS

**周術期感染対策のベストプラクティス
～外科専門医&感染症専門医の立場から～**

山本 健人

京都大学医学部附属病院 消化管外科



外科治療に関わる医療従事者は周術期の感染対策に精通している必要があるが、実際には、臨床医自身の経験のみに基づいた術後抗菌薬の選択がなされたり、長年染み付いた施設の習慣やローカルルールに基づいた術中感染対策が取られたりするケースは少なくない。手術そのものに関わるデバイスや術式に関心を持つ外科医は多い一方、感染対策のエビデンスに関するアップデートはどうしても後回しにされがちである。

実際、演者はこれまでの経験の中で、上級医から「術後合併症は全てカルバペネムを使うべき」と指示を受け、その選択に疑問を感じながらも異を唱えることができなかつたり、感染症関連のセミナーで「外科医から“術後感染症の治療方針は執刀医が全て決める”と言われて感染症医の介入を許してもらえない」という悩みを聞いたりなど、外科医として苦い思いをすることが少なからずあった。

演者はこうした現状に課題感を抱き、外科医自身が感染症治療に精通していなければならいとの考えから、日本外科学会外科専門医資格を取得して3年後に日本感染症学会感染症専門医の資格を取得した。当時、外科専門医と感染症専門医のダブルライセンスは全国でも非常にまれであったが、あえて感染症に関する論文を筆頭著者として積極的に書き、専門性を発信することに努めてきた(World J Emerg Surg. 25; 10: 24, 2015/BMC Surg. 15: 128, 2015/Int Surg. 102: 145-150, 2017/ Int Surg. 104 (7-8) : 338-343, 2019/Frontiers in Surgery. 10, 1150460, 2023)。

本セミナーでは主に、術前腸管処置、皮膚消毒、SSI対策をテーマに知っておくべきエビデンスを紹介するとともに、日本栄養治療学会での講演であることを念頭に、シンバイオティクスの重要性にも触れながら、精通しておくべきガイドライン上の知識を解説する。その上で、自身の経験に基づき、感染症対策をどのように学び、専門性を持って発信していくべきかについて、後進への教育的観点からお話する。

経歴

2004年4月1日	京都大学医学部医学科 入学
2010年3月24日	同上 卒業 医師免許取得
2010年4月1日	神戸市立医療センター中央市民病院 入職
2010～2012年	同上 臨床研修医
2012～2015年	同上 外科後期研修医
2015年3月31日	神戸市立医療センター中央市民病院 退職
2015年4月1日	田附興風会医学研究所北野病院 入職
2015～2017年	同上 消化器外科医員
2017年3月31日	田附興風会医学研究所北野病院 退職
2017年4月1日	京都大学大学院医学研究科博士課程(医学専攻・消化管外科学分野) 入学
2021年3月23日	同上 博士課程修了
2021年4月1日	田附興風会医学研究所北野病院 入職
2021～2024年	同上 消化器外科医員・腫瘍研究部研究員
2024年3月31日	田附興風会医学研究所北野病院 退職
2025年4月1日	京都大学医学部附属病院 消化管外科

【共催：ミヤリサン製薬株式会社】

EX-1 食道癌周術期における Immuno-nutrition の可能性

竹林 克士^{1,2}、貝田 佐知子²、福尾 飛翔²、大竹 玲子²、栗原 美香¹、西田 香¹、小泉 花奈絵¹、
魚谷 奈央¹、外池 奈美¹、井上 沙貴¹、三宅 亨²、小島 正継²、前平 博充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

【目的】 食道切除術は高度侵襲手術で治療成績の向上には適切な栄養管理が重要である。今回、周術期の Immuno-nutrition の治療成績への寄与について検証する。

【方法】 2012 年 1 月から 2024 年 12 月に当院で根治術を施行した cStageII、III の胸部食道癌 132 例を対象とした。calcium β -hydroxy- β -methylbutyrate・L-アルギニン・L-グルタミン配合飲料（アバンド）の 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 85 例と投与のない非アバンド群 47 例において短期・長期治療成績について検討した。

【結果】 男性：107 例、女性：25 例。年齢中央値：70（38-92）歳。cStage II / III：31 / 101。術前化学療法症例 102 例。開胸手術 24 例、胸腔鏡手術 108 例。胃管再建 118 例、回結腸再建 14 例。肺炎、縫合不全、Clavien-Dindo 分類 grade 3 (CDG3) 以上の術後感染性合併症 (PIC) は 14 例 (10.6%)、11 例 (8.3%)、16 例 (12.1%)。年齢、性別、術前治療、臨床病期に関して傾向スコアマッチングを行い 41 例ずつで比較したところ、CDG3 以上の PIC の発症率 (9.7% vs 29.3%, $p=0.025$) はアバンド群で有意に低かった。全生存率 (57.6% vs 43.6%, $p=0.4$) に有意差はなかったが、5 年無再発生存率 (63.2% vs 38.3%, $p=0.09$) はアバンド群で高い傾向にあった。

【結論】 アバンドの術前投与は PIC の発症率低下に寄与する可能性がある。長期予後への寄与についても今後さらに検証する必要があると考えられた。

EX-2 胃癌術後低血糖と骨格筋量の関連

井上 博之、窪田 健、小菅 敏幸、大橋 拓馬、西別府 敬士、高畠 和也、弓場 将之、名西 健二、
清水 浩紀、有田 智洋、山本 有祐、小西 博貴、森村 玲、藤原 斉、塩崎 敦

京都府立医科大学 消化器外科

【目的】

胃切除後の合併症として、骨格筋量 (SMI: skeletal mass index) の減少が注目されている。一方、コントロール不良の糖尿病では SMI が低下することが報告されている。今回我々は、食事摂取量低下の他に、胃切除後血糖変動が栄養指標の一つである SMI 減少に関与している可能性があると考え、持続血糖モニタリング (CGM: continuous glucose monitoring) を用いて胃癌術後血糖と SMI の関連を調べた。

【対象と方法】

2017 年 9 月から 2020 年 12 月に胃癌根治切除を施行した症例を対象とした。CGM は術後 1 年目に 2 週間測定。SMI は術後 1 年目の CT を用い、L3 下縁レベルでの腸腰筋断面積 (cm²) / 身長 (m²) とした。

【結果】

対象は 69 例、男 / 女: 33/36 例、平均年齢 65.8 歳、開腹 / 腹腔鏡 / ロボット支援下: 17/30/22 例、幽門側胃切除 / 胃全摘: 63/6 例、SMI (mean $\pm$ SD): 5.89 $\pm$ 1.5 (cm²/m²) であった。男女別に SMI の中央値を cut off とし (男: 6.45 [cm²/m²]、女: 5.18 [cm²/m²])、患者背景、術後 1 年目の血糖値との相関を検討した結果、SMI 低値群では、夜間の血糖値 70mg/dl 以下の時間が有意に長いことが判明した ($P=0.027$)。一方で術前の HbA1c や再建方法とは相関を認めなかった。また夜間低血糖時間が長い患者において、ダンピング症状など明らかな症状はなかった。

【結論】

胃切除後、夜間低血糖時間と骨格筋量の減少が関連することが判明した。夜間低血糖を予防することで栄養状態改善の可能性があると示唆された。

EX-3 半固形食を用いた 13C 呼気試験による胃癌患者の胃排出能の経時的比較検討

貝田 佐知子¹、竹林 克士^{1,2}、福尾 飛翔¹、大竹 玲子¹、浦野 あゆみ²、西田 香²、栗原 美香²、
谷 総一郎¹、前平 博充¹、小島 正継¹、三宅 亨¹、馬場 重樹³、谷 眞至¹

¹ 滋賀医科大学 外科学講座、² 滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部、

³ 滋賀医科大学医学部 基礎看護学講座（内科学・栄養学）

【目的】胃癌手術の術式および再建別の胃切除後障害のメカニズムを経時的かつ非侵襲的に解析すること。

【方法】2021 年 4 月から 2024 年 7 月に胃癌 / 食道胃接合部癌根治手術を施行した患者 95 例を対象とし、半固形試験食による 13C 呼気試験法胃排出能検査（摂取前、摂取後 10、20、30、40、50、60、90、120、180、240 分の呼気を採取）を行った。呼気中 13C 変化率を測定し、Wagner - Nelson 解析にて定量的に残胃排出能（50% 排出時間：T1/2）を計算した。術前および術後 1、6、12 ヶ月後に同検査を行った。

【結果】年齢 72（40 - 85）歳、男性：女性 = 68：27、BMI 22.7（15.2 - 31.7）kg/m²。手術アプローチは開腹：腹腔鏡：ロボット = 7：29：59、術式は胃全摘（TG）：幽門側胃切除（DG）：噴門側胃切除（PG）= 12：58：25、再建は DG で B - I：R - Y = 35：23、PG で mSOFY 法再建：ダブルトラクト再建 = 24：1、TG では全例 R - Y 再建であった。リンパ節郭清は D1+：D2 = 52：43。残胃排出能（T1/2）中央値は術前 42.0 分と比較して術後 1 ヶ月は 45.9 分と有意に低下（p = 0.044）し、術後 6、12 ヶ月は 23.4 分、18.7 分と有意に亢進していた（p = 0.02、0.01）。術式別では DG で B - I 群が 1、6、12 ヶ月で 54.9、24.8、17.8 分、R - Y 群が 1、6、12 ヶ月で 70.5、19.0、17.6 分と低下から亢進に転じたのに対し、PG SOFY 群、TG 群では 1、6、12 ヶ月で 26.3、31.3、33.6 分と 3.1、2.7、2.4 分と一貫して亢進していた。

【結語】胃癌術後は再建術式および時間依存的に排出能が変化する可能性が示唆された。

優秀演題候補セッション

EX-4 胃癌患者における歯周病の実態とその影響

高畠 和也¹、窪田 健²、井上 博之¹、西別府 敬士¹、小菅 敏幸¹、小西 博貴¹、藤原 斉¹、塩崎 敦¹

¹ 京都府立医科大学 消化器外科、² 医誠会国際総合病院 消化器外科

目的

本研究は、胃癌で胃切除術を受けた患者において、歯周病の重症度とヘリコバクター・ピロリ感染や内視鏡所見を含む臨床的パラメータとの関連を検討することを目的とした。

方法

2020 年から 2023 年にかけて、周術期の口腔評価および口腔ケアを実施し、根治的胃切除術を受けた 145 例を対象とした。重度歯周病は、ポケットプロービングデプス（PPD） ≥ 6 mm、水平性骨吸収 $\geq 33\%$ 、根分岐部病変（class II/III）、垂直性骨吸収 ≥ 3 mm、または残存歯数 <20 歯のいずれかを満たす場合と定義した。

結果

残存歯数の中央値は 24 本であり、65.5% の患者が 20 歯以上を有していた。PPD ≥ 6 mm は 29.4%、歯肉出血は 71.3% に認められた。全体の 64.8% が重度歯周病と診断され、高齢（70 歳以上：70% vs. 39%、P<0.001）、CRP 高値（ ≥ 0.5 mg/dL：19% vs. 0%、P<0.001）、アルブミン低値（ <3.5 g/dL：14% vs. 2%、P=0.009）と有意に関連していた。さらに、分化型腺癌（P=0.005）およびリンパ管侵襲（P=0.006）は重度歯周病群で有意に多く認められた。一方で、ヘリコバクター・ピロリ感染状態および内視鏡所見は歯周病の重症度とは関連しなかった。

結論

胃癌患者では重度歯周病の有病率が高く、全身炎症、栄養状態不良、および腫瘍の悪性度との関連が示唆された。これにより、歯周病ケアを統合的に管理する重要性が示された。

EX-5 ヒトの肝切除前後における糖および脂肪合成の原因検討

尾上 千佳^{1,5}、野邊 悠太郎²、岡田 希和子⁵、平山 明由³、森根 裕二⁴、竹谷 豊²、奥村 仙示^{1,2,5}¹同志社女子大学 食物栄養科学科、²徳島大学 臨床食管理学分野、³慶応義塾大学 先端生命科学研究所、⁴徳島大学病院 胆肝脾消化器移植外科、⁵名古屋学芸大学 栄養科学研究科

【目的】肝がん患者の開腹直後非腫瘍部（Nf）に比し、切除後非腫瘍部（N）でグルコース上昇とアミノ酸異化のための上昇を報告した。手術中は少量の維持液しか投与していないため、それらの由来は不明である。今回、肝切除による代謝の変動を明らかにするため、関連酵素を測定したので報告する。【方法】対象は肝切除術を施行した肝癌患者9名（男性8名/女性1名）。年齢 70 ± 7.0 歳、BMI 22.5 ± 2.3 、nBnC / HBV / HCV : 3 / 3 / 3 名、手術時間 384 ± 27 分。グルコース代謝、脂質代謝経路の酵素の mRNA について RT - PCR を行い、Nf から N への肝臓の遺伝子の変化を調査した。【結果】糖質代謝では、N は Nf に比べて、グリコーゲンを分解する PYGL1、グルコースからグルコース 6 リン酸を生成する G6P は有意に減少、一方で ADPGK、グルコース 6 リン酸からグルコースへ分解する G6PC は有意に上昇した。ピルビン酸からアセチル CoA の合成を行う酵素 PDC を阻害する PDK4 は上昇したが有意差はみられなかった。脂質代謝では、N は Nf に比べて、脂肪酸伸長酵素 Elovl6 は有意に上昇した。脂肪酸不飽和化酵素 SCD1 は上昇傾向を示したが、有意差はみられなかった。【結論】肝切除により、アミノ酸からの糖新生に加えて、グルコースや脂肪蓄積経路酵素の上昇がみられた。特に糖質代謝において、肝切除前後の肝臓グルコース上昇は肝臓の貯蔵グリコーゲンよりも、グルコース 6 リン酸からグルコースへの代謝変化によると推測した。

EX-6 脳卒中ケアユニットにおける専任管理栄養士配置が早期経腸栄養開始に与える影響：導入前後の比較検討

魚谷 奈央¹、栗原 美香¹、西田 香¹、小泉 花奈絵¹、外池 奈実¹、馬場 重樹³、竹林 克士^{1,2}、北村 彰浩⁵、小川 暢弘⁵、吉田 和道⁴、漆谷 真⁵¹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 消化器・乳腺・小児・一般外科、³同 看護学科基礎看護学講座（生化学・薬理学・栄養学）、⁴同 脳神経外科学講座、⁵同 内科学講座 脳神経内科

【目的】当院では 2023 年 11 月から脳卒中ケアユニット（SCU）に専任管理栄養士の配置、早期栄養介入管理加算の算定を開始した。本研究では管理栄養士配置後の早期経腸栄養投与と配置前後の変化を検討する。【方法】対象は 2021 年 5 月～2024 年 12 月の SCU 入院患者で、配置前の症例 185 名（男/女:117/66）と配置後の 100 名（男/女:58/42）とした。配置前後の栄養管理状況及び早期経腸経口栄養開始の有無における消化器症状等を比較検討した。【結果】専任管理栄養士配置後 100 名のうち、経腸経口栄養を 48 時間以内に開始した症例は 79 名（早期開始群）、49 時間以降に開始した症例は 19 名（非早期開始群）、入院中開始されなかった症例は 2 名。専任管理栄養士配置後に経腸経口開始までに要した時間の中央値は 23.3（9.9, 45.8）時間であり、配置前の 32.0（18.0, 57.8）時間と比較し有意に短縮された（ $P=0.009$ ）。在室中の肺炎の発症率は早期開始群で有意に低く（3.8% vs 31.6% $P=0.001$ ）、尿路感染の発症率は早期開始群で低い傾向が認められた（6.3% vs 21.1% $P=0.065$ ）。早期開始群は非早期開始群と比して、年齢（ $P=0.008$ ）、NIHSS（ $P=0.002$ ）は有意に低く、在院日数（ $P=0.004$ ）、SCU 在室日数（ $P=0.004$ ）も有意に短縮し、退院時の A1b（ $P=0.004$ ）、GCS（ $P=0.004$ ）は有意に高かった。【結論】専任管理栄養士配置により栄養投与までの時間は短縮され、感染症の発症抑制という点で早期経腸栄養投与の意義があると考えられた。

EX-7 在宅療養者の食を支える管理栄養士の存在を伝える

樹山 敏子¹、南 陽子¹、石井 由貴¹、荊木 文子^{1,2}、宮崎 圭子¹、山下 良子¹、松木 さなえ¹、
藤田 圭子¹、砂川 彩子¹

¹NPO 法人京都栄養士ネット、²一般社団法人愛生会山科病院

【目的】京都市山科区で訪問活動を開始して14年となり、京都市内を中心に活動は広がってきたが、高齢化率が高い京都府北部では、訪問栄養食事指導自体認知されているとは言えない状況にある。その打開を図るため、訪問型短期集中支援事業を受託したM市において、この事業を通じて、活動が見える取り組みを行い、在宅訪問栄養食事指導の実現を図ることにした。【方法】①訪問型短期集中支援事業の状況をまとめ、M市に報告した。②訪問事例の中で、食べる機能に問題があり栄養食事指導を望まれたケースを、市が実施した「口腔ケア事業の検討会」において発表した。③管理栄養士が行う訪問指導に関心が高まったことを好機ととらえ、歯科医師、言語聴覚士、介護支援専門員に呼びかけ、在宅患者を支える多職種を対象の交流会を実施した。【結果】研修会では、各職種が担う役割や連携の重要性を、支援・関わりを時系列で示し、具体的にイメージしてもらう構成とした結果、参加者から多職種連携の必要性が理解できたとの感想を得た。

現在、M市では居宅療養管理指導での訪問を2医療機関で実施している。【考察】訪問栄養食事指導の推進のために、地域包括ケアシステムの中での管理栄養士の存在と役割を周知していくこと、活動・役割の中身を見える化していくことが重要であり、他地域でも実践していきたいと考えている。

EX-8 絶食を必要とする小児IBD患者の入院初期栄養管理の実態と課題：DPCデータを用いた横断研究

清水 碧¹、清水 昭雄²、百崎 良²

¹前 医療法人啓成会 コンフォート岡田、²三重大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野

【目的】小児炎症性腸疾患（IBD）患者における入院初期3日間の栄養提供状況を明らかにし、特にエレンタール使用の有無による違いを検討する。

【方法】JMDC.incのDPCデータベースを用い、2014年3月から2024年8月までに入院契機ICD小分類がK50またはK51で入院した18歳以下の小児患者1094名を対象とした。入院後3日間で経口摂取、NG使用、食品による経腸栄養の提供がない症例789名を解析対象とし、栄養提供方法（絶食・末梢静脈栄養群、エレンタール群、中心静脈栄養群）別にエネルギー提供量と脂肪乳剤使用率を比較した。

【結果】対象のうち561名（71.1%）が絶食・末梢静脈栄養のみ、22名（2.8%）がエレンタールを使用、58名（7.4%）が中心静脈栄養を受けていた。エレンタール群は入院初期3日間のエネルギー提供量が他群より有意に多く（ $p<0.001$ ）、脂肪乳剤使用率も僅かに高かった。絶食・末梢静脈栄養群はエネルギー提供量が最も少なかった。

【結論】小児IBD入院患者において、エレンタール使用症例は入院初期から十分なエネルギーが提供されていた。一方、絶食・末梢静脈栄養群では入院初期3日間の栄養提供が不十分であった。今後、これらの栄養管理法が患者の臨床経過や重症度に与える影響についてさらに検討が必要である。

EX-9 年齢と性別の違いによる日本人の血漿アミノ酸濃度の検討

西岡 亜海¹、中尾 紗英¹、尾上 千佳²、片山 貴文³、土屋 誠司⁴、奥村 仙示^{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 生活科学部 食物栄養科学科、

³ 兵庫県立大学 看護学部 看護学科、⁴ 同志社大学 理工学部 インテリジェント情報工学科

【目的】血液中のアミノ酸濃度は、肥満者で分岐鎖アミノ酸の上昇、2型糖尿病患者でグリシンの低下が観察され、病態のバイオマーカーとして注目されている。しかし、日本人の血漿アミノ酸濃度を、年齢により比較した詳細な報告は少ない。そこで、年齢や性別による日本人の血漿アミノ酸濃度の違いについて解析した。

【方法】東北大学の地域住民コホート特定健診相乗り型ベースライン調査 TMM67K から 857 名（男/女、317/540 名）、20 代から 70 代までの血漿アミノ酸代謝物 19 種類において、対象者を年代ごとに区分し、アミノ酸濃度の性差を検討した。また、年代間のアミノ酸濃度の違いについて、多重比較検定を用いて解析した。

【結果】分岐鎖アミノ酸のバリン、ロイシン、イソロイシンは、全ての年代において、男性が女性より有意に高値を示した。年齢による比較において、男性では有意な差は認められなかった。一方、女性のバリン、イソロイシンは 20 代に対し 30 代で有意に低値、30 代に対し 50 代、60 代、70 代で有意に高値を示した。また、ロイシンについては 30 代に対し全ての年代において有意に高値を示した。非必須アミノ酸であるグリシンは、男性が女性に比し 50 代および 60 代において有意に低値を示した。

【結論】血漿アミノ酸濃度は、生涯にわたって一定ではなく、アミノ酸の種類によって年齢による変動や性別による違いがみられた。

EX-10 日本人におけるコーヒーの摂取頻度と肝機能改善との関連

中尾 紗英¹、伊津野 未羽²、小池 美月²、西岡 亜海¹、見坂 未優¹、夏目 彩里¹、西山 遥香¹、
今福 三有紀¹、尾上 千佳²、奥村 仙示^{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 生活科学部 食物栄養科学科

【目的】コーヒー摂取は肝臓がんのリスクを低減させると報告されている。その機能性はカフェインによるものである可能性が考えられるが、カフェインは緑茶にも含まれており、コーヒー特有の機能であるか不明である。そこで、疫学調査において、コーヒー、緑茶、水の摂取頻度が肝機能に与える影響を検討した。

【方法】東北大学の地域住民コホート特定健診相乗り型ベースライン調査（3746 名）からコーヒー、緑茶、水の摂取頻度および血漿カフェイン濃度を用いて、肝機能指標に対する各飲料の摂取頻度の影響を重回帰分析により解析した。

【結果】緑茶および水の摂取頻度は、肝機能指標と有意な関連は示さなかった。一方、コーヒーの摂取頻度は、AST および Fib-4index と有意な負の関連を示した。さらに、血漿カフェイン濃度で調整した上で、各飲料摂取と肝機能指標との影響を検討した結果、緑茶および水の摂取頻度は肝機能指標と有意な関連は示さなかった。一方、コーヒーの摂取頻度は、AST、Fib-4index と有意な負の関連を示した。血漿カフェイン濃度は、肝機能指標と有意な関連を示したが、肝機能の改善とは直接的な関係はみられなかった。

【結論】コーヒーの摂取頻度が高いほど、AST および Fib-4index の低下と有意に関連した。さらに、血漿カフェイン濃度とは独立して、コーヒーの摂取頻度が肝機能の改善に貢献することが示唆された。

WS1-1 ICUにおける早期経腸栄養への診療看護師の取り組み

川本 寿代¹、中村 さやか²、桐山 有紀¹、西田 朋代¹、金山 宏幸³

¹ 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 集中治療部、² 大阪母子医療センター 集中治療科、

³ 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 口腔外科

【目的】重症患者において早期経腸栄養が推奨されるようになり、当院ICUでは各科管理で統一されていなかった栄養管理を2019年から経腸栄養プロトコル作成を主導し、その後の評価も継続してICU専属の診療看護師が行った。2020年から開始された早期栄養介入管理加算算定率推移から栄養管理に診療看護師が関わった効果を検討する。【方法】活動内容としては各科医師にプロトコルを説明し運用いただく。重症患者は時間単位で全身状態や投薬内容が大きく変化する。栄養開始後の評価は重症患者管理に慣れたICU診療看護師が中心に行い、胃内残量や排便状況を確認しながら消化管不耐症に早期に介入した。2020～2023年のICU入室患者を対象に48時間以内の経腸栄養開始率の年次変化を、各科ごとの早期栄養介入管理加算算定率から算出した。【結果】ICU利用の多い科は早期栄養介入管理加算算定率70%以上と変化がなかった。対して利用の低い科は当初30%以下の加算率であったが年々上昇しており現在では60%以上と当院ICUの平均とほぼ同等だった。【結論】プロトコル使用により、標準化された投与法で消化管不耐症が早期発見でき、迅速に診療看護師が介入することで症状改善に繋がりプロトコル使用が継続可能となっている。ICUにて経腸栄養プロトコルを推進する役割を継続的にICU専属の診療看護師が行うことにより医師の栄養管理に対する認識を上げ早期経腸開始率が上昇した。

WS1-2 当院ICUにおける管理栄養士配置後の栄養介入の推移

宇多 佐智子¹、福岡 学¹、友井 有希¹、谷村 香奈子¹、巽 由美子¹、田中 智子¹、近藤 裕志⁴、
岡林 直子³、宮田 歩³、松山 仁²

¹ 市立東大阪医療センター 栄養管理科、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 看護局、

⁴ 市立東大阪医療センター 薬務局

【背景】

当院は2021年からICUへ管理栄養士を配置した。当初は週1回午前中に管理栄養士がICUに訪室し、集中治療医から相談を受け提案を行っていた。現在は平日中の午前中に配置し、多職種と連携しながら積極的に提案をしている。

【目的】

ICUへ管理栄養士を配置した後の3年間の介入状況を後方視的に評価した。

【方法】

当院ICUに48時間以上滞在した、2021年度244名、2022年度308名、2023年度359名を対象とした。介入項目は食事調整・経管栄養の提案・輸液の提案・その他に分類し、件数の推移を評価した。さらに経腸栄養開始時間（中央値）、ICU退室後のNST介入依頼の件数の推移を評価した。

【結果】

2021年度：介入数6名（介入割合2.5%）、経腸栄養開始時間26.7時間、食事調整6件、経管栄養の提案1件、輸液の提案0件、その他0件、NST依頼29名

2022年度：介入数202名（介入割合65.6%）、経腸栄養開始時間29.4時間、食事調整126件、経管栄養の提案72件、輸液の提案14件、その他36件、NST依頼121名

2023年度：介入数258名（介入割合71.8%）、経腸栄養開始時間23.0時間、食事調整164件、経管栄養の提案110件、輸液の提案19件、その他14件、NST依頼122名

【まとめ】

食事調整、経管栄養の提案は増加傾向で能動的な介入を行っていた。ICU退室後、約4割にNSTが必要と判断され継続的な栄養管理に繋がっている。休日にも管理栄養士を配置し、より充実した栄養管理に繋げることが今後の課題である。

WS1-3 GLIM 基準を用いた集中治療室およびハイケアユニットの栄養評価：現状と課題

温谷 恭幸、岩切 弘直

公益社団法人都市郡医師会病院

【目的】 当院は 2020 年より早期栄養介入管理加算算定に伴い Global Leadership Initiative on Malnutrition（以下、GLIM 基準）を導入。本邦は当院の特定集中治療室・ハイケアユニット（以下、ICU/HCU）に入院した患者の栄養状態を GLIM 基準で評価し、現状と課題を考察することを目的とする。

【方法】 2020 年 4 月 1 日～2024 年 3 月 31 日に当院 ICU/HCU に入院した患者 3,074 名から欠損値がある患者 1,770 名を除く 1,304 名を対象に表現型基準と病因基準の各項目と栄養評価の実態を示す。なお、意図しない体重減少については「不明」の項目を追加し、不明は低栄養リスクに含めた。また、筋肉量減少は下腿周囲長を用いて、中等度減少は男 <30cm、女 <29cm と定義。

【結果】 中等度低栄養以上の割合は全体で 71%（男 70%、女 72%）、意図しない体重減少は全体で 46%（男女共に 46%）、不明は 40%（男 39%、女 41%）。低 BMI は全体で 23%（男 17%、女 30%）。筋肉量減少は中等度減少以上の割合が男 27%、女 43%。食事摂取量減少 / 消化吸収能低下で設問 3 つのうち 1 つ以上に該当する全体の割合は 44%（男 42%、女 47%）、疾患負荷 / 炎症で設問 2 つのうち 1 つ以上に該当する全体の割合は 86%（男 88%、女 83%）。

【結論】 ICU/HCU 患者の約 70% に中等度低栄養以上を認めたことから、早期栄養介入の重要性が示唆。ただし、意図しない体重減少においては、約 40% が不明として評価されているため、真の中等度低栄養以上の評価については一定の課題が残る。

WS1-4 当院 ICU 患者におけるエネルギー充足率および蛋白質投与量の現状

福岡 学¹、松山 仁²、川口 義彦³、近藤 裕志⁴、宮田 歩⁵、田中 智子¹、巽 由三子¹、木田 順子¹、谷村 香奈子¹、友井 有希¹、山口 佐智子¹

¹ 市立東大阪医療センター 栄養管理科、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 内分泌代謝内科、⁴ 市立東大阪医療センター 薬務部、⁵ 市立東大阪医療センター 看護局

【目的】 集中治療室（ICU）における栄養管理では段階的に栄養量を増やし、入室後 4～7 日目に目標エネルギー量の 70～100% を投与目標とすることが広く知られており、蛋白質の推奨量は「日本版重症患者の栄養管理ガイドライン 2024」の改定で 1.0～1.2g/kg/day 以上→1.2g/kg/day 以上に引き上げられた。今回、当院 ICU での投与エネルギーや投与蛋白質の状況について調査し、現状の把握と課題の抽出を行う。

【方法】 ICU の入室期間が 7 日以上症例における 7 日目のエネルギー充足率、投与蛋白質量、栄養投与方法を後方視的に分析する。必要エネルギー量の算出には 25～30kcal/kg/day の簡易式を用いる。

【結果】 2024 年 1 月～12 月の期間で ICU に 7 日以上入室した症例は 163 例（全 793 例）であり入室から経腸や静脈栄養の開始期間（中央値）は 2 日であった。7 日目の必要エネルギー量（中央値）は 28kcal/kg/day（20-35）、投与エネルギー・蛋白質量（中央値）は 22kcal/kg/day（0-41）、0.7g/kg/day（0-1.7）であった。エネルギー充足率 70% 以上は 112 例（69%）、投与蛋白質が 1.0g/kg/day 以上は 48 例（29%）、1.2g/kg/day 以上は 20 例（12%）であった。栄養投与方法は「経管栄養のみ」が 47% と最も多かった。

【結論】 早期に栄養の投与を開始できているが、目標量の低い症例もあり投与エネルギー・蛋白質量が低い傾向であった。また目標量及び投与量を他職種との共有が不足していることも投与量が低くなっている要因であると思われる。

WS1-5 急性期脳卒中患者の ADL 改善に及ぼす栄養学的因子の検討

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 食物栄養学科

【目的】脳卒中急性期の低栄養状態は予後不良因子であり、早期からの適切な栄養管理が求められている。本研究では、急性期脳卒中患者の栄養摂取量が ADL 改善に及ぼす影響について検討することを目的とした。【方法】2022 年 1 月～2023 年 10 月の期間に脳卒中にて富永病院の急性期病棟に入院後、回復期病棟を経て退院した患者 257 名のうち包含基準を満たした 76 名を対象とし、入院翌日から 1 週間の平均エネルギー摂取量により 2 群分けし（充足群 Vs. 非充足群）、回復期病棟転棟時および退院時の栄養摂取量、ADL (FIM) について比較検討した。【結果】非充足群において、エネルギー摂取量 (kcal/kg/日)、たんぱく質摂取量 (g/kg/日) とともに、回復期転棟時、回復期退院時において、で有意に低かった。急性期在室日数は、充足群で有意に短かった。回復期転棟時 FIM は、運動項目合計、認知項目合計、FIM 合計において非充足群で有意に低かった。回復期退院時 FIM はすべての項目において、両群間に有意差はみられなかった。【考察】充足群において急性期在室日数が有意に短く、回復期転棟時 FIM が有意に高かったことから急性期の栄養摂取量が回復期転棟時における ADL 改善に関連した可能性が考えられる。一方で、回復期退院時においては、両群とも ADL 改善を認めており、急性期の栄養摂取量が回復期における ADL 改善に及ぼす影響について関連は見出せなかった。

ワークショップ2 悪性腫瘍

WS2-1 持続血糖モニタリングを用いて明らかとなった胃切除直後血糖の実態

西別府 敬士¹、窪田 健^{1,2}、井上 博之¹、高畠 和也¹、小菅 敏幸¹、小西 博貴¹、藤原 斉¹、塩崎 敦¹

¹ 京都府立医科大学 消化器外科、² 医誠会国際総合病院

【目的】一般的に、術直後は手術侵襲によりインスリン抵抗性が低下し、高血糖になると言われている。さらに、術後の高血糖は SSI などの合併症を引き起こすと報告されている。しかしこの報告の多くは定時的な血糖測定によるもので、持続的血糖モニタリング (CGM) を用いた報告はない。そこで我々は CGM を用いて、胃切除直後の血糖変動について調べた。【対象と方法】2022 年 10 月から 2023 年 9 月に胃切除をした 40 例を対象とした。術直後に CGM センサーを貼付し、術翌日から退院時までの持続血糖を解析した。【結果】年齢の中央値は 69 歳、男/女：30/10 例、開腹/腹腔鏡/ロボット：4/19/17 例、噴門側胃切除/幽門側胃切除/胃全摘/胃局所切除：8/22/3/7 例であった。術後の炎症反応 (白血球、CRP) や術後合併症 (CD 分類 II 以上) の有無、術式 (開腹 vs. lap/robot) と高血糖 (140mg/dl 以上) は相関していなかった。しかし、唯一、術前の HbA1c 高値例 (6% 以上) は、高血糖時間が長く血糖変動も大きかった。【結語】胃切除直後は、高血糖はあまり起きていなかったが、術前 HbA1c 高値例は術後高血糖や血糖変動に注意する必要があると考えられた。

WS2-2 幽門側胃切除症例での血清 VB12 値と臨床病理学的特徴の相関

中西 保貴、畑 啓昭、小嶋 大也、井田 智之、井上 広海、庭野 公聖、出川 佳奈子、末永 尚浩、堀 佑太郎、横山 大受、西川 元、水野 礼、中村 公治郎

国立病院機構京都医療センター

(背景)

萎縮性胃炎や胃切除が VB12 の吸収に影響を与えることが広く知られている。胃全摘では VB12 補充療法が一般的に行われているのに対し、幽門側胃切除が VB12 吸収に与える影響については十分な知見はない。

(目的)

胃癌幽門側胃切除症例における血清 VB12 の経時的推移を明らかにし、VB12 低値例の臨床病理学的特徴を明らかにする。

(方法)

2015 年 1 月から 2018 年 12 月までに当院にて胃癌に対し腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行され、術後 5 年のうち 3 回以上 VB12 値を測定できた 76 例を対象とした。血清 VB12 値の経時的推移、VB12 低値例の臨床病理学的特徴を解析した。

(結果)

血清 VB12 中央値 (pg/ml) は、術後 6 か月 344、術後 1 年 327、術後 2 年 374、術後 3 年 348、術後 4 年 404.5、術後 5 年 388 であり、各群間に有意な差を認めなかった。また各症例での最低値は術後 2 年以内が多い傾向であった。

術後 5 年経過中 VB12 が基準値 (233pg/ml) を下回った症例は 28 例 (36.4%) であった。VB12 最低値が正常例 (48 例) と基準値以下で Hb 値を比較したが、VB12 低値と貧血に正の相関は認めなかった。

VB12 正常例では、Billroth- I 法再建を多く認めた ($p=0.057$)。年齢・性別・血清 Alb 値・病変の局在・進行度・術後補助化学療法・再発などの因子と VB12 低値に有意な相関は認めなかった。

(結語)

幽門側胃切除症例において観察中 3 割に VB12 低値を認めた。VB12 吸収の観点では、Billroth- I 法が推奨される再建法と考える。

WS2-3 骨髄抑制期における安全な食事管理と細菌検査の知見

古川 真由、栗原 美香、西田 香、大井 彰子、小泉 花奈絵、魚谷 奈央、竹林 克士

滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部

【目的】造血幹細胞移植や化学療法により骨髄抑制を伴う患者では、感染予防のため食事由来の菌制限が必要となる。造血幹細胞移植患者ガイドラインでは、大量調理マニュアルに準拠すれば皮つき果物の提供が可能とされているが、実際に菌検査を行っている医療施設は限られる。本研究では、当院における処理後果物の安全性を評価した。【方法】2012 年 4 月～2025 年 4 月に当院で実施された食品検査データのうち、リンゴ・オレンジ・ブドウ・パイナップル・缶詰果物の一般生菌数 (cfu/g) を抽出し解析した。パイナップルは、次亜塩素酸ナトリウム消毒のみ (加熱無し群) と、加えて加熱処理を行った群 (加熱有り群) で菌数を比較した。【結果】パイナップルの一般生菌数は 2.4×10^3 (2.3×10^2 – 5.9×10^3) cfu/g で、他の果物では 300 cfu/g 未満であったのに対し有意に多かった ($p<0.05$)。また、加熱無し群は 2.5×10^3 (5.8×10^2 – 6.0×10^3) cfu/g で、加熱有り群は 1.7×10^3 (5.0×10^2 – 3.3×10^3) cfu/g であった ($p=0.476$)。【結論】パイナップルは他の果物より菌数が多く、次亜塩素酸ナトリウムの殺菌効果には限界があり、通常の処理では安全に提供できない可能性が示唆された。今後、食材の特殊性を加味した処理の見直しが必要である。

WS2-4 造血幹細胞移植後患者への LTFU 外来における栄養士の関わりについて

石田 香、藤谷 幸子、辻下 明日香、眞砂 ゆきな、栗本 奈央子、南方 海羽、河合 こころ

泉大津急性期メディカルセンター 栄養管理室

【目的】

栄養士は造血幹細胞移植患者に対して入院中食事調整や退院後の食事指導など、全体を通して栄養管理を行っている。2022 年 2 月より移植後長期フォローアップ（以下 LTFU）外来で、血液内科病棟担当の栄養士が退院後の食事に対する栄養指導を行っている。今回介入患者の退院後の状況を把握し、今後の課題について検討したので報告する。

【方法】

2022 年 2 月～2025 年 3 月延べ 19 名を対象に、①必要栄養量の充足、②体重減少の有無、③副作用症状の有無、④食事療法に対する疑問点の有無について後ろ向きに調査した。

【結果】

①必要栄養量充足 11 名、未充足 8 名。②体重減少有り 8 名、無し 11 名。③副作用症状有り 18 名、無し 1 名。④食事療法に対する疑問点有り 4 名、無し 15 名であった。副作用症状の内訳としては食欲不振と味覚異常が 10 名と最も多く、便秘や下痢 3 名、嘔気 3 名であった。

【結論】

副作用症状による食欲不振や味覚異常が続いている患者や食事療法についての疑問点を抱えている患者が多かった。患者によって食事に対しての困りごとや戸惑いは様々であり、今後も LTFU 外来に栄養士が介入することで少しでも食事に対する不安軽減や栄養状態の維持改善に繋がる様、介入を継続していきたい。また当院では血液内科病棟を経験している栄養士が 2 名のみとなっており、顔なじみの職員が対応することで信頼関係が築きやすい一方で緊急時の対応が難しい一面もある。

WS2-5 当院におけるアナモレリン投与の現状と早期導入のための取り組み

大住 悠介¹、東 里映²、勝本 恵理香³、畠中 真由¹、山口 剛¹、伊藤 明彦¹

¹ 国立病院機構東近江総合医療センター NST、² 国立病院機構大阪医療センター 薬剤部、

³ 国立病院機構大阪医療センター 栄養管理部

【目的】 がん悪液質は予後に悪影響を及ぼすため、集学的な早期介入が推奨されている。当院ではアナモレリン導入患者の効果不十分・状態悪化により投与中断となる症例が多かった。今回は当院におけるアナモレリン投与開始時期の検討、及び早期導入に向けた取り組みについて報告する。

【方法】 2021 年 7 月から 2023 年 12 月までの間に、アナモレリンが処方された患者 16 名を対象とし、服用基準を満たした日から服用開始日までが 100 日未満の患者を A 群、100 日以上を B 群とした。臨床症状や身体組成、臨床検査値、転帰について、後ろ向きに調査した。

【結果】 患者背景は、各項目で有意差はなかったが、B 群の方が高齢で、癌に対する治療は BSC の方針が多く、服用開始時の体重は低い傾向であった。経口摂取量については、服用基準を満たした時点ですでに低下し、B 群の方がより低い傾向であった。EPCRC によるがん悪液質のステージ分類では A 群 3 名、B 群 4 名が予後 3 か月未満で投与開始が遅かったと思われた。

【結論】 現在、アナモレリン早期導入に向けて、多職種向けの勉強会の開催、外来化学療法時の薬剤師からの提案のシステム化を検討中である。

WS2-6 **がん終末期に糖尿病内科医ができること
～当院の糖尿病死因調査の結果も踏まえて～**

**大村 寧^{1,2}、丸山 瑠里恵²、的羽 真矢²、山下 貴子²、高木 彩乃^{2,3}、竹田 善哉^{2,4}、石川 原⁵、
太田 裕之^{2,5}、北川 奈津子^{1,2}、清水 彩永¹、樋口 美帆子¹、岡垣 哲弥⁶、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 NST、³ 公立甲賀病院 腎臓内科、⁴ 公立甲賀病院 消化器内科、

⁵ 公立甲賀病院 外科、⁶ 公立甲賀病院 緩和ケア内科

＜症例＞肺がん終末期の86歳男性。糖尿病（HbA1c 10.4%、血糖 684mg/dL）は予後を考慮し前医では経口薬とインスリンスケールでのみ対応。緩和ケア病棟入院後、糖尿病内科医が強化インスリン療法開始、血糖値は著明に改善。本人の希望でアイスクリームを提供し「こんな美味しいもの久しぶりに食べた、血糖高いからもう食べたらかんと思ってた」と、家族も非常に満足されて、翌朝眠るように逝去された。＜考察＞糖尿病学会が2011-2020年に施行した糖尿病患者の死因に関する大規模調査に、当院は465人（男293/女172、平均死亡時年齢76.6歳）を登録した。死因ががんであったのは246（男165/女81）人で、多い順に脾、肺、血液、肝、胆、大腸、胃、食道、乳腺、膀胱、前立腺、腎、子宮と早期発見や治療が難しいがんが上位を占めた。がん終末期は疾患の進行、食欲不振・嘔気などで食事量が不安定になる上に、ステロイド使用で血糖管理が難しくなる症例も多い。特に在宅でのインスリン・血糖測定は家族の負担も考慮する必要がある。一方で血糖値は最期まで良くすることができ、治療意欲にも関わるからこそ、長期に治療に関わってきた糖尿病内科医の腕の見せ所でもある。死因ががんである割合が、学会調査38.7%に比して当院は52.9%と高いことは、緩和ケア病棟で糖尿病内科医が最期まで血糖管理する成果の現れともいえる。症例を通して学んだことで、がん終末期に糖尿病内科医ができることを検討したい。

○-1-1 高齢者向け高エネルギー密度あずきあんの MCT オイル添加による物性への影響

夏目 彩里¹、木村 凜¹、今井 瑛美²、山本 寿^{1,2}、奥村 仙示^{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 生活科学部 食物栄養科学科

【目的】 高齢者は、摂取エネルギー量や嚥下機能の低下がみられるため、少量でも無理なくエネルギーが摂取できる高エネルギー密度かつ物性に考慮した食品開発が必要である。そこで、高齢者の嗜好性が高いあずきあんに MCT オイルを添加し、かたさや付着性の良好な組成を検討することを目的とした。

【方法】 試料は食品 100 g あたり、こしあんパウダー（井村屋フーズ）20.8g、上白糖 20.8 g、水 58.3 mL に調整した。そこに、MCT オイル（日清オイリオ）を全体量に対して 0 - 21%まで添加し、室温、非加熱状態で攪拌した。直径 40 mm、高さ 15 mm のシャーレに詰め食品を準備した(n=5)。クリープメーター RHEONER(RE-3305)と直径 8 mm プランジャー、測定速度 1 mm / sec で測定した。

【結果】 MCT オイルを全体量に対し 10%まで添加することにより、かたさが 7921N/m² から 5000N/m² 台まで下降した。しかし、10%以上添加すると下降が緩やかになる傾向がみられ、21%まで添加するも 4487N/m² と 4000N/m² を下回らなかった。付着性は 3842J/m³ から添加量に沿って下降を続けたが全体量に対し 21%添加するも 1432J/m³ と嚥下食ピラミッドの移行食である L4 の基準値 1000J/m³ を下回らなかった。

【結論】 MCT オイルの添加により、かたさ、付着性の低下が見られたが、嚥下食ピラミッド L4 の物性値には達しなかった。今後加熱や凝固剤の添加を含め、さらなる検討が必要である。

○-1-2 高齢者向けアミノ酸・たんぱく質添加あずきあんの物性測定

木村 凜¹、夏目 彩里¹、今井 瑛美²、山本 寿^{1,2}、奥村 仙示^{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 生活科学部食物栄養科学科

【目的】 高齢者は、エネルギー量とたんぱく質摂取量の低下、嚥下機能の低下がみられるため、エネルギー・たんぱく質摂取の工夫が必要である。そこで、高齢者の嗜好性が高いあずきあんにたんぱく質・アミノ酸を添加し、物性について調べることを目的とした。【方法】 試料は、こしあんパウダー（井村屋フーズ）、上白糖、水に、1) アミノ酸：Gly、Ala、Lys、Glu、Met、Asp、2) たんぱく質：エンジョイプロテイン（EP、クリニコ）、カゼイン、きなこをそれぞれ加え、室温、非加熱状態で攪拌した。アミノ酸、たんぱく質非添加を対照とした。試料は直径 40 mm、高さ 15 mm のシャーレに詰め、クリープメーターと直径 8 mm のプランジャーで物性測定を行った（n=5）。かたさ、凝集性、付着性についてアミノ酸・たんぱく質ごとに多重比較検定を行った。【結果】 アミノ酸添加では、かたさは Gly、Ala、Lys で有意に低下し、Glu、Met、Asp で有意に上昇した。凝集性には有意差は見られなかったが、付着性は Gly、Lys で有意に低下し、Glu、Met、Asp で有意に上昇した。たんぱく質添加では、かたさは EP で有意に低下し、カゼインときなこで有意に上昇した。凝集性には有意差はなかったが、付着性はカゼインおよびきなこで有意に上昇した。【結論】 アミノ酸やたんぱく質の種類により食品の物性に違いが生じることが確認された。特に、Gly、Lys および EP の添加によりかたさを低下させることができた。

O-1-3 画像試験による高齢者の食事設計における適切な 1 食の主菜重量の検討

今福 三有紀¹、米山 果穂²、西山 遥香¹、山本 優希¹、尾上 千佳¹、奥村 仙示¹¹ 同志社女子大学大学院 生活科学研究科 食物栄養科学専攻、² 同志社女子大学 生活科学部 食物栄養科学科

【目的】カロリー密度（CD）とは食品 1g あたりのエネルギー（kcal/g）のことであり、食べやすさに関わる指標である。高齢者において少量で十分なエネルギーを摂取可能な、高 CD 食の開発が必要である。そこで、高齢者が無理なく摂取できる主菜量の画像を用いて 1 食の食事設計を検討することを目的とした。【方法】主食 150g、副菜 120g、飲料 150g を固定し、主菜（肉・魚・豆・卵）の摂取量を変数として調査を行った。各主菜を 10g から 500g までの 10g 刻みで画像を作成し、主食・副菜・飲料と併せて提示し、「普段無理なく食べられる量」を調査した。画像は、食品の重量が増加する方向（増加試験）と減少する方向（減少試験）で見せ、感覚の違いを調べ、各主菜の平均で多重比較検定を行った。【結果】4 種の平均摂取量は、増加試験で $117 \pm 63\text{g}$ 、減少試験で $143 \pm 72\text{g}$ 、両試験の平均値で $130 \pm 63\text{g}$ であった。これにより、飲料を除く食品の総重量の 329 ～ 467g を摂取可能と推定された。主菜別の比較では、肉に対して全ての食品で有意に多く食べられると視認していることが示された。また、画像の試験方法で摂取量に差が見られ、増加試験では減少試験より少ない量が選択されることが分かった。【結論】高齢者が無理なく摂取できる主菜量は、食品の種類および提示方法で変動することが明らかとなった。本調査の結果を踏まえ、今後は高齢者への試食試験を通じて実用的な高 CD 食の開発および高齢者の食事設計へ応用させる。

O-1-4 高齢大腿骨近位部骨折患者の ADL 改善に寄与する因子の検討

鉾立 容子¹、黒川 典子²¹ 医療法人尚和会 宝塚第一病院 栄養部、² 武庫川女子大学 食物栄養科学部 食物栄養学科

【目的】高齢者における大腿骨近位部骨折患者は増加しており、介護が必要となる要因になっている。そこで、本研究では、高齢大腿骨近位部骨折受傷患者の ADL 改善に寄与する因子を検討することを目的とした。【方法】2023 年 3 月から 8 月に宝塚第一病院に大腿骨近位部骨折で入院・手術を行った 70 歳以上の患者 85 人のうち包含基準を満たした 49 人を対象とし、退院時の Barthel Index（BI）60 点以上（ADL 自立群）と、60 点未満（ADL 非自立群）の 2 群に分け、患者背景、栄養摂取量、嚥下機能評価（IDDSI）、骨粗鬆症・サルコペニア関連項目、臨床指標等について比較検討した。【結果】ADL 非自立群において年齢が有意に高く、IDDSI は入院時、退院時ともに有意に低かった。25OH- ビタミン D は ADL 非自立群で有意に低かった（中央値 10Vs. 14 ng/mL、 $p=0.020$ ）。その他の項目に有意な差は認められなかった。栄養摂取量についても有意な差は認めなかった。【考察】本研究において、ADL 改善にエネルギー摂取量は有意な相関は認めず、また、ESPEN ガイドラインが示す必要量を満たしていないことが判明した。管理栄養士による早期からの栄養介入により、充足させる必要があると考える。ADL 改善に関し、有意差を認めた項目が「IDDSI」「25OH- ビタミン D」であったことから、嚥下機能による食形態の調整、ビタミン D の補充など、管理栄養士による継続した栄養管理が重要であることが示唆された。

○-1-5 多職種連携介入により手術・化学療法が可能であった高齢進行胃癌の 1 例

大橋 拓馬¹、西村 智子²、今井 文恵³、西村 豪文⁴、木村 梨乃⁵、大竹 優樹⁵、石本 昌裕⁵、
坂本 京子²、柳田 國雄²、古家 裕貴¹、高木 剛¹、福本 兼久¹

¹ 西陣病院 外科、² 西陣病院 内科、³ 西陣病院 栄養科、⁴ 西陣病院 リハビリテーション技術部、⁵ 西陣病院 薬剤部

【背景】

高齢者の非治癒進行胃癌症例においては QOL を維持しつつ手術や化学療法継続をするために多職種連携が重要である。栄養士による栄養指導を含む多職種連携により手術、化学療法継続が可能となった症例について報告する。

【症例】

症例は 84 歳女性。食事摂取困難を主訴に受診し、初診時には低栄養状態であった。栄養士の介入による栄養指導、食形態調整と経口栄養剤導入で栄養状態改善を認めた。手術所見で腹膜播種と横行結腸への浸潤を認めたが、症状緩和目的に郭清を伴わない幽門側胃切除および横行結腸部分切除を施行。術後も栄養介入を継続し、独居であった為ケースワーカーにより訪問看護を導入し自宅退院可能となった。SOX+Nivolumab 療法を開始し強い嘔気・倦怠感が出現したが、薬剤士との検討で S1+Nivolumab へ変更、支持療法を併用することで継続が可能となった。免疫関連有害事象（irAE）として出現したリウマチ症状・皮膚症状に対し膠原病内科・皮膚科による診察、処方改善を認めた。現在術後 10 か月時点でも化学療法を継続できている。

【考察】

本症例では、摂食困難による低栄養状態、独居のための退院困難、化学療法による有害事象を認めたが多職種による介入が功を奏し、手術および化学療法継続が可能であった。高齢・進行胃癌患者においても、QOL を重視した集学的なサポート体制により、治療継続と生活の質の両立が可能であることを示唆する症例である。

一般演題 2 NST・多職種連携

○-2-1 精神科単科施設の NST 活動における作業療法士の役割

高畠 昌¹、吉田 充代²、樋口 敬一³、久住 朋³、宮垣 花穂⁴、玉置 康介⁵、松末 智⁵、藤原 幸枝⁶、
田村 知之⁶、横井 裕人⁷

¹ 医療法人 桐葉会 木島病院 精神科リハビリテーショングループ、² 医療法人 桐葉会 木島病院 臨床検査グループ、

³ 医療法人 桐葉会 木島病院 栄養グループ、⁴ 医療法人 桐葉会 木島病院 医療社会福祉グループ、

⁵ 医療法人 桐葉会 木島病院 診療グループ、⁶ 医療法人 桐葉会 木島病院 看護グループ、

⁷ 医療法人 桐葉会 木島病院 薬剤グループ

【目的】 栄養管理でのリハビリテーション（以下 RH）の重要性が注目されているが、精神科単科施設での RH は作業療法士（OT）に限られている事が殆どである。精神科単科施設である木島病院（以下当院）では 2016 年より NST が稼働し、2018 年 OT が参入した。今回 NST-OT の役割の意義を検証した。発表には当院倫理委員会の承認を得ている。【方法】 当院 NST は介入患者の評価を行い、ミーティングで現状の共有、栄養管理計画作成の上、回診、計画実行を行っている。その中で、NST-OT は患者の作業程度の把握、嚥下時の体制保持機能の評価、嚥下自体の評価、体動評価を行い、機能亢進のための支援を計画している。今回過去 2 年間に NST 介入患者で NST-OT が関与した患者の経過を調査した。【結果】 2023-24 年の NST 介入患者は 191 人であった。年齢平均 77 歳（35-99）、男 107 人、女 84 人、原病、併存症、介入要件では、誤嚥 60 例、絶食 45 例、摂食不良 35 例など。その内 OT 介入は絶食や誤嚥性肺炎が 9 例、骨折などの ADL 低下が 8 例であった。【結論】 NST 活動は低栄養の改善を中心に述べられる事が多いが、それと共に患者中心の総合的ケアを根本と考える立場からは身体機能改善が相まって居ることが理想である。従って、NST 活動における身体機能改善の RH は低栄養患者への NST 介入の初期から評価、計画、実践が望ましい。患者ケアの観点からここに関わるのが NST-OT の重要な役割であると考ええる。

O-2-2 NST（栄養サポートチーム）コンサルテーションの実態調査と今後の課題

木田 順子^{1,5}、松山 仁^{2,5}、宇多 佐智子¹、巽 由美子¹、谷村 香奈子¹、友井 有希¹、福岡 学¹、
宮田 歩^{3,5}、岡林 直子^{3,5}、近藤 裕志^{4,5}、田中 智子¹

¹ 市立東大阪医療センター 栄養管理科、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 看護局、⁴ 市立東大阪医療センター 薬務局、⁵ NST

背景 当院では、多職種連携によるコンサルテーションを基盤とした NST 介入を実施している。

目的 必要な患者への適切な栄養療法提供における当院の課題を明らかにするため、NST のコンサルテーション状況を評価した。

方法 当院に入院した 7650 名の NST コンサルテーションの実施状況を後方視的に検討した。具体的には、コンサルテーション件数、依頼元（栄養評価ツールに基づく結果、周術期の一定基準に準じた結果、多職種チーム協議結果、主観的判断）、および主観的判断によるコンサルテーション依頼においては依頼職種の内訳を調査した。

結果 対象患者 7650 名のうち、NST コンサルテーションされたのは 682 名（8.9%）であった。依頼元は、栄養評価ツールに基づく結果が 67 件、周術期の一定基準に準じた結果が 50 件、多職種チーム協議結果が 34 件、主観的判断によるものが 531 件であった。主観的判断における依頼職種は、栄養士が 369 件と最も多く、次いで医師 83 件、看護師 43 件、薬剤師 35 件、言語聴覚士 1 件であった。また栄養士を除くそれらの職種の 71% は NST に携わるメンバーであった。

結論 NST に携わるメンバー以外からのコンサルテーション件数が少ない傾向が認められた。今後の課題として、NST 介入の成果を現場に積極的にフィードバックし、多職種が NST 介入の必要性を認識できるような体制構築が必要である。

一般演題 2 NST・多職種連携

O-2-3 NST 介入にて静脈栄養から経管栄養、経口摂取へと移行、栄養状態改善となった一例

南 愛恵

わかさ竜間リハビリテーション病院 医療技術部栄養課

（目的）

入院中、経口摂取から絶食となったが NST 介入にて静脈栄養から経管栄養、経口摂取へと移行、栄養状態改善となった症例を報告する。

（方法）

68 歳男性。施設入所中、反応乏しく救急要請され、高 Ca 血症、腎前性腎不全の診断で入院となった。入院日（X 日）、補液、抗生剤投与開始した。BMI17.2kg/cm²、藤島 Gr8 であった。X+10 日より経口摂取開始したが X+18 日に痙攣、発熱あり PPN 管理となった。X+33 日、状態安定し静脈栄養から経腸栄養移行目的で NST 介入となった。介入時 BMI17.2kg/cm²、MNA-SF6 点、MUST4 点、GNRI59 であり高度低栄養と判断した。X+33 日（初回 NST）、必要栄養量は 1124kcal（BEE × AF1.1 × ST1.1）と設定し経管栄養を開始した。X+36 日には消化態栄養剤の提供を開始し X+43 日に半消化態栄養剤へ変更した。X+45 日、食事（嚥下学会分類 2-1）摂取を開始し経管栄養と併用した。X+51 日、食事を嚥下学会分類 2-2 へと変更し摂取量も安定していたため経管栄養は中止し、X + 58 日、入院時より施行していた補液は電解質補正されたため中止となった。

（結果）

X+73 日、施設退院となった。退院時、BMI17.0kg/cm²、MNA-SF8 点、MUST2 点、GNRI70、藤島 Gr7 であった。目的であった静脈栄養から経管栄養への移行は NST 介入 10 日後に達成した。

（結論）

チーム介入により経管栄養剤の選択、補液での電解質補正、認知や嚥下機能を考慮しての食事形態選択を柔軟に行え栄養状態改善しながら経口移行可能となった。

○-2-4 長期経腸栄養施行中の瘻孔漏れに対し NST 介入により経腸栄養が継続でき皮膚トラブルが改善した一例

桐本 梓¹、宗正 由貴¹、矢倉 久仁香²、平櫛 実穂²、中江 優貴³、宮崎 照美⁴、親泊 智英⁵、山中 英治⁶

¹ 社会医療法人若弘会 若草第一病院 栄養課、² 薬剤課、³ リハビリテーション課、⁴ 看護部、⁵ 診療部 消化器内科、

⁶ 診療部 院長

【緒言】

胃瘻・腸瘻のトラブルの一つとして皮膚トラブルがある。今回、瘻孔漏れを繰り返す患者への介入で漏れが改善し、必要栄養量投与に至った症例を経験したので報告する。

【症例】

41 歳男性。24 年前より頭部外傷で遷延性意識障害・永久気管孔増設状態であり、経腸栄養管理となっていたが瘻孔漏れがあり PEG-J に変更。今回 PEG-J でも瘻孔漏れあり、瘻孔周囲のただれの悪化があり PEG-J 交換目的で入院となった。

【経過】

PEG-J 交換後第 1 病日目、白湯から開始。造影で通過障害ないことを確認し第 2 病日目、食物繊維投与。第 3 病日目に消化態栄養剤へ移行し、1 日毎に 1P ずつ増量したが 3P に増量時点で、PEG 周囲から茶色粘液漏れあり絶食となった。第 6 病日目に再度造影、通過障害・逆流は無いが小腸ガスが著明であった。胃ルーメンを開放し胃内圧を減圧、消化管蠕動促進薬を開始し、食物繊維から再開した。排液継続するも増加は見られず消化態栄養剤から半消化態栄養剤に変更。排液の増加を考慮し栄養剤の濃度を上げてエネルギーを増量、第 15 病日目には輸液と併用で目標栄養量充足し転院となった。

【考察】

PEG-J は瘻孔漏れ対策の一つではあるが、先端が空腸に留置されていても腸管の動きが悪く腸管内にガスが貯留し胃内に逆流することで、瘻孔漏れが発生すると考えられた。胃減圧と腸管蠕動促進薬ととの併用で、経腸栄養の継続、瘻孔漏れを軽減できたと考える。

○-2-5 胃全摘後の通過障害に対し PTEG 造設した患者の QOL 向上への関わり ～多職種連携を意識した退院支援～

今中 由真¹、松川 香織¹、木村 祥子^{1,2}、佐々木 千佳^{1,2}、柏木 万為子²、松本 史織²、仁田 美由希²、菅田 美菜²、長野 由紀子²、樋口 真宏²、八木 聖子²、北川 寛明²、黒田 杏理²、荒金 英樹²

¹ 一般社団法人愛生会山科病院 看護部、² 一般社団法人愛生会山科病院 NST

【はじめに】

経皮経食道的胃管留置術（以下 PTEG）は胃瘻造設困難な患者での経管栄養や緩和医療目的での消化管減圧など幅広い応用が可能な手技のため、当院では様々な病態に応じて積極的に導入している。今回、他院で施行された胃全摘術後の通過障害に対し PTEG が著効した症例を経験した為報告する。

【症例】

80 歳女性。慢性腎不全・胃体部癌から他院にて幽門側胃切除＋ビルロードⅡ法再建。輸出脚の通過障害から胆汁性嘔吐・誤嚥性肺炎から全身状態悪化し栄養管理目的にて当院紹介入院となる。

【経過】

輸出脚が屈曲していた為 PTEG で W-ED チューブ留置し残胃での減圧、輸出脚での経腸栄養を図るも残胃の減圧が不十分であった為 PTEG の瘻孔より 12Fr 減圧チューブを残胃に留置、6.5Fr 栄養チューブを輸出脚の屈曲部を超えて留置し経管栄養と残胃の効果的な減圧を図った。徐々に全身状態改善し再手術目的にて手術実施病院へ転院となる。同院にて再再建術実施後、摂食訓練・療養先選定目的にて再入院。再入院後、多職種連携にて治療・リハビリや退院調整を行い QOL 改善し患者・家族の希望にて転院となる。

【結語】

PTEG は様々な病態への応用が可能な手技であるが実施施設が少なく、病院や施設間連携に課題が多い。地域の医師だけではなくメディカルスタッフへの情報共有が今後の課題と考え、パンフレットの作成や他院や施設スタッフに対し実際に情報提供を行う等、様々な活動に取り組んでいる。

○-3-1 嚥下調整食2の粘度評価と調理者の認識差に関する検討

森 茂雄

JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 栄養管理室

目的:嚥下調整食2(学会分類)は、一般にミキサー食とされ、スプーンですくって食べられることを想定している。しかし、粘度調整は調理者の感覚に依存し、統一性に課題がある。そこで、当施設で提供される嚥下調整食2の粘度を測定し、調理者の認識との違いを明らかにすることで、改善につなげることを目的とした。

方法:当院で提供されるミキサー食の粘度を、Line Spread Test (以下、LST)を用いて測定した。

結果:LST 測定による学会分類とろみは、芋類 (5品):薄い以下3品、濃い1品、濃い以上1品。主菜 (14品、既製品使用):薄い2品、中間11品、濃い1品。副菜 (7品、既製品使用):中間3品、濃い3品、濃い以上1品。主食 (1品):薄い1品であった。

結論:調理者はすべての料理を中間と認識していたが、料理ごとにばらつきがあった。嚥下調整食2はスプーンで容易にすくえることが求められるため、中間または濃い粘度が適切と考えられる。しかし、料理の種類によって付着性などが増強し、嚥下しにくくなることが想定されるため、単に粘度のみを評価するのではなく実際に試食して、安全性と食べやすさを両立する必要がある。本調査では、LST 値による粘度測定であることから、LST と粘度の完全な相関は認められない。しかし、食事検討の客観的指標としての活用は可能である。今後、調理者、管理栄養士と多職種が連携し、粘度管理の精度向上を図ることが重要である。

○-3-2 絶食と指示された患者が NST の介入によって経口摂取可能となった事例について

佐々木 千佳、長野 由紀子、松本 史織、柏木 万為子、仁田 美由希、菅田 美菜、八木 聖子、樋口 眞宏、北川 寛明、黒田 杏理、荒金 英樹

一般社団法人愛生会山科病院

【はじめに】

肺炎後廃用症候群により、他院で禁食を指示されていた摂食嚥下障害患者に対し、NSTによりリハビリや環境調整等の介入した結果、経口摂取のみの栄養管理に移行した症例を経験したため報告する。

【症例】

87歳、女性。腰椎圧迫骨折術後に誤嚥性肺炎を繰り返し、肺炎後廃用症候群に対するリハ目的で前院に入院。前院での嚥下評価で咳嗽反射は弱く、唾液・トロミ水やゼリーで誤嚥を認め食事も乏しく、経口摂取は訓練中にトロミ水を少量摂取のみから経鼻経管栄養が実施されていた。更なる経口摂取の可能性の検討を目的に当院に転院となる。

【経過】

当院転院時、身長140cm、体重33.7kg、BMI 17.7 kg/m²。ADLは全介助レベルであった。経鼻胃管を2回自己抜去されたのを機に栄養アクセスを経鼻胃管からCVルートに変更した。当院での嚥下造影検査でも不顕性誤嚥を認めたが、家族了承のもと、食事姿勢と食事形態の調整を行いながら経口摂取を継続した。味覚異常や食思不振により摂取量はわずかであったが、オランザピン内服開始後、意欲と食思が改善し摂取量が増え、人工栄養から離脱し経口摂取のみの栄養管理へと移行した。退院時には自己摂取可能となり、この間誤嚥性肺炎の再発は認めなかった。

【結語】

不顕性誤嚥を認めた場合、経口摂取に対し慎重になる場合が多いが、こうした症例に対し、家族を含めた多職種の意見を交わしながら方針を決定していくことの重要性を感じた症例であった。

○-3-3 経鼻胃管による嚥下への影響が示唆された反回神経麻痺の1例

白石 智順、藤岡 江里子、畠中 真由、高森 翔子、伊藤 明彦

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

【症例】60代男性 ADL自立 認知機能低下なし【現病歴】Y月Z-13日頃より嚥下障害、嘔声や食事するたびにむせが出る状況、直近1週間で8キロ体重減少しY月Z日当院受診し入院加療となった。【入院時所見】右咽頭カーテン兆候。喉頭ファイバー所見：右声帯正中固定、唾液貯留多い。MRI：下部脳幹に新鮮脳虚血を疑わせる所見なし。【経過】Z+1日、経鼻胃管から3食濃厚流動食の注入開始。血清学的検査結果から带状疱疹ウイルス感染による反回神経麻痺として、抗ウイルス薬とステロイドパルス、摂食嚥下リハビリ開始。Z+6日カーテン兆候、氣息性嘔声が軽減。ゼリー食経口摂取開始。ゼリー食の増量や飲料追加など行うがカーテン兆候や嘔声の改善に比べ、嚥下時の違和感や残留が継続するためZ+14日VF検査実施。正面像で経鼻胃管は健側の左咽頭を通過し食物の残留は左側に多く経鼻胃管の影響が考えられた。Z+15日、経鼻胃管抜去し3食経口摂取に移行。Z+18日、症状軽快にて自宅退院。

【考察および結論】発症当初高度の嚥下障害のため経口摂取が減少し1週間で8キロの体重減少があり入院されたが、入院後ただちに経鼻胃管による経腸栄養を開始し体力低下を予防することで2次的なサルコペニアによる嚥下障害の悪化は予防できた。しかし経鼻胃管を健側咽頭に留置していたため、経口移行訓練の経過で健側での咽頭残留などを認め、患側咽頭に経鼻胃管留置を行うべきであったと考えられた。

○-3-4 左側下顎歯肉癌の軟性再建術後に当院 NSST 介入および顎義歯作成し摂食嚥下機能を改善した1例

渋谷 和磨¹、福原 紫津子¹、秋月 祥¹、竹島 万貴¹、田中 絵美¹、吉野 楓²、嶋田 義仁³、佐藤 真理²、岩永 健²、末廣 篤²、廣田 誠¹

¹ 京都大学大学院医学研究科 感覚運動系外科学講座 口腔外科学分野、

² 京都大学大学院医学研究科 感覚運動系外科学講座 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野、

³ 京都大学医学部附属病院 疾患栄養治療部

【緒言】京大病院 NSST（摂食嚥下栄養管理チーム）では、食事や栄養状態の改善を目指し、2021～2023に193例の頭頸部疾患患者に介入している。頭頸部腫瘍切除後は摂食・嚥下・構音などの機能障害に繋がりがやすく、多職種連携した治療介入が望ましい。特に、顎骨切除後に軟性再建を施行した場合、術後創部の瘢痕形成等により咬合偏位、異常が生じやすい。今回われわれは、左側下顎歯肉癌に対する軟性再建後に摂食嚥下機能が低下した患者に対し、NSST 介入および咬合面形態を工夫した顎義歯を作成することで摂食嚥下機能が改善した1例を経験したので報告する。

【症例提示】83歳男性。左側下顎歯肉癌 cT4bN2bM0 に対し、2024/7/8 左側下顎区域切除、皮膚合併切除、前外側大腿皮弁再建、気管切開術施行後、放射線治療を施行された。軟性再建術後 NSST 介入し、嚥下機能評価の後、ペースト食にて経口摂取開始（FOIS Level4）した。舌機能訓練等によりトロミ菜、全粥摂取可能（FOIS Level5）となるも、経時的に創部の瘢痕により下顎の患側への偏位が生じ、咬合接触不良により食上げに難渋した。当科にて口蓋に咬合面を付与した形態の顎義歯を作成することで咬合機能を改善し、当初の目標であったソフト菜摂取可能（FOIS Level6）となり退院となった。

【結論】早期からの多職種連携した治療介入により口腔内の有害事象予防および摂食嚥下機能改善に繋がりが、歯肉癌患者の周術期における QOL を改善できた。

○-3-5 回復期リハビリテーション入院患者における口腔機能低下症の実態

三浦 真香¹、渋谷 恭之²、横山 玲奈¹、松本 さわ¹、真保 亜衣³、小澤 修一⁴、酒井 良忠⁵、明石 昌也⁶

¹ 西記念ポートアイランドリハビリテーション病院 歯科、

² 名古屋市立大学大学院医学研究科感覚器・形成医学講座 口腔外科学分野、

³ 西記念ポートアイランドリハビリテーション病院 栄養科、⁴ 西記念ポートアイランドリハビリテーション病院 内科、

⁵ 神戸大学大学院医学系研究科外科系講座 リハビリテーション機能回復学分野、

⁶ 神戸大学大学院医学系研究科外科系講座 口腔外科学分野

1. 目的：回復期リハビリテーション入院患者における口腔機能低下症の実態を明らかにすること。 2. 方法：2024年6月から2024年9月に当院回復期リハビリテーション病棟に入院した患者152例のうち、口腔機能低下症の疑いがあった9例を対象とした。対象の主病名は脳卒中3例（脳梗塞2例、脳出血1例）、廃用症候群2例（上腕骨骨折後1例、大腿動脈瘤切除後1例）硬膜下血腫1例、低酸素脳症1例、誤嚥性肺炎1例、大腿骨骨折後1例であった。舌苔付着量、口腔内湿潤度（ムーカス[®]）、咬合力（残存歯数）、舌口唇運動（健口君[®]）、舌圧（JMS舌圧測定器[®]）、嚥下機能（EAT10）等により口腔機能低下症の有無を調べた。3. 結果：舌苔付着量は0～83（平均55）%、口腔内湿潤度は32.2～37.4（平均34.1）、残存歯は3～28（平均17）本、舌口唇運動は0～6.0（平均2.4）回/秒、舌圧は0～21.4（平均10.7）kPa、嚥下機能は0～24（9.4）点等であり、全例が口腔機能低下症と診断された。入院期間中に全例に対して口腔リハビリテーションを実施したが、最終的に口腔機能低下症から離脱できた症例はなかった。4. 結論：回復期リハビリテーション入院病棟においては5.9%で口腔機能低下症を認めた。今後は、口腔機能低下症の改善にどのような口腔リハビリテーションが有効かを明らかにする予定である。

○-3-6 腎不全患者の不明熱の原因であった急性壊死性潰瘍性歯肉炎：一症例報告

山本 耕治郎¹、井上 亮²、小間 淳平³、玉置 信行⁴、万木 さゆり⁵、森 茂子⁵、長谷川 優子⁵、山南 貴一⁶、細川 真弥⁶、江波 瑞生⁶、望月 貴子⁷、植木 明⁷

¹ 京都市立病院 腎臓内科、² 京都市立病院 歯科口腔外科、³ 京都市立病院 糖尿病代謝内科、

⁴ 京都市立病院 総合外科、⁵ 京都市立病院 看護科、⁶ 京都市立病院 薬剤科、⁷ 京都市立病院 栄養科

目的：

腎不全患者における不明熱の一因として急性壊死性潰瘍性歯肉炎が寄与した例を報告するとともに、口腔ケアアセスメントの重要性を再認識させるものである。

症例：

慢性腎不全による血液透析治療中であった83歳女性。

経過：

感冒症状後、廃用が進行し体動困難となり入院した。入院21日目にはCRPが3.7 mg/dLまで低下したが、その後徐々に上昇し、30日目に37.8℃の発熱および倦怠感を認めた。診察、培養検査、全身画像検査を実施したが、明確な感染源は認められなかった。なお、この時点では口腔開口が約2横指程度であったため、口腔内評価が不十分であった。35日目には食事摂取が困難となり、歯肉および舌に潰瘍と白苔が認められ、歯科診察により急性壊死性潰瘍性歯肉炎と診断された。局所の歯肉洗浄および抗菌薬治療を開始したが、その後新規にてんかんおよび誤嚥性肺炎を発症し、54日目に死亡退院した。

結論：

免疫不全状態にある腎不全患者では、口腔内の微細な感染が全身性炎症反応を引き起こす可能性があり、診断評価において定期的な口腔ケアアセスメントの組み込みが不可欠である。今後、同様のリスクを有する患者に対しては、早期の口腔内評価と迅速な歯科的介入が、発熱の原因究明および合併症予防に寄与することが示唆された。

○-4-1 血液透析患者の栄養評価～ GLIM 基準は有効か～

岡本 康子^{1,2}、辻 尚子³、井島 順子¹、神谷 誠¹、吉川 修一¹、大石 和久¹、吉野 篤人²

¹ 医療法人社団三遠メディメイツ志都呂クリニック、² 浜松医科大学 地域医療学講座、

³ 浜松医科大学医学部附属病院 血液浄化療法部

目的：慢性腎臓病（CKD）は慢性炎症により筋肉や脂肪の貯蔵量が減少し、低栄養によるサルコペニアのリスクが高い。本研究では、透析患者における GLIM 基準と身体計測（下腿周囲長 [CC]、骨格筋指数 [SMI]）を併用した低栄養評価の有用性を検討した。

方法：透析患者 131 名を対象に、透析前の血液検査と GNRI、透析直後の InBody® での SMI と CC 測定を行い、MNA-SF® で At Risk と判定された患者に GLIM 基準を適用、年齢別に比較した。

結果：対象者のうち 61.1% が 70 歳以上で、同群は体重・BMI・CC・SMI・GNRI の全項目で有意に低値（ $p < 0.001$ ）を示した。At Risk は全体の 38.9%、そのうち 72.5% が 70 歳以上であった。

GLIM 基準での低栄養該当は 70 歳未満で 36%（5/14 名）、うち中等度 3 名、重度 2 名、70 歳以上では、78%（29/37 名）、うち中等度 10 名、重度 19 名で、重度低栄養の割合が顕著であった。GNRI は中等度から重度の栄養リスクと評価されていた。SMI は女性 77%、男性 71% が基準未満であり、サルコペニアのリスクが高かった。

結論：GLIM 基準は透析患者の栄養評価に有効であり、特に高齢者には早期介入が重要と考えられた。

○-4-2 GLIM 基準で低栄養であった頸椎前方固定術後患者に対し管理栄養士の長期介入後に改善が見られた 1 症例

安藤 良、竹谷 耕太、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

【目的】 GLIM 基準で低栄養と診断された頸椎前方固定術後患者に対して、管理栄養士の長期的な介入後に低栄養が改善した症例を経験したので報告する。

【症例】 69 歳 女性、身長 145cm、体重 44kg、BMI20.8kg/m²、下腿周囲長（CC）27.9cm。長期に渡る首下がり状態の影響による経口摂取量不良があり、入院時点で 6 カ月に 6% の体重減少があった。入院翌日、首下がり症に対して頸椎前方固定術を施行された。術後 2 日目より管理栄養士による栄養介入を開始した。介入時の GLIM 基準で低栄養と診断、「炎症を伴わない慢性疾患関連の低栄養」に分類された。嚥下機能障害に加えて、疼痛による意欲低下もあり、これらに対し経口摂取量の必要性を説明し、食事内容調整と声掛けを実施した。その後約 5 カ月間、週 5 日程度昼食時に訪室して摂食嚥下機能や喫食状況の評価し、食事内容の調整を行っただけでなく、想いや感情を傾聴してカウンセリングを行った。これにより摂取栄養量の確保と栄養摂取の必要性について理解を得ることができ、最終的にエネルギー 35kcal/kg/day、たんぱく質 1.5g/kg/day の摂取量を維持することができた。その結果、転院時の GLIM 基準での評価では低栄養なしの診断となった。

【結論】 管理栄養士の長期的および頻回な介入により摂取栄養量を改善、維持することができ、低栄養の改善に繋がったと考えられる。

○-4-3 院内調理から完全院外調理へ—嗜好調査結果から見た課題

山本 純平¹、富永 敏治²、山田 浩司³、平出 彩乃³、松本 ゆかり⁴、矢原 直子⁵、中島 綾香¹

¹ 辻本病院 栄養科、² 辻本病院 外科、³ 辻本病院 薬剤科、⁴ 辻本病院 看護部、⁵ 辻本病院 リハビリテーション科

【目的】

当院では 2024 年 7 月に院内調理からクックチルシステムの完全院外調理へ委託会社を移行した。移行前後の嗜好調査の結果をもとに、食事提供における現状と課題を検討する。

【方法】

2023 年 8 月（院内調理）と 2024 年 10 月（院外調理）に、経口摂取患者を対象に嗜好調査を実施した（2023 年 50 名、2024 年 51 名）。主食（米飯、全粥）は量・温度、副食（一般食、心臓・高血圧食、糖尿病食、腎臓病食）は味付け・温度・満足度についてアンケートを実施した。

【結果】

2023 年度 41 名、2024 年度 40 名が回答した。主食では両形態とも「多い」との回答が増加した。主食・副食ともに「冷たい」が減少し、「ちょうどよい」温度の回答が増加した。味付けは一般食で「薄い」が減少し、糖尿病・腎臓病食では増加した。「満足」の回答は 1.5 倍に増加した。

【考察・課題】

院外調理への移行に伴い、温冷配膳車の導入で温度管理は改善したが、主食の量は高齢患者には多く、さらなる調整が必要である。治療食では制限がある中で味の満足度向上が課題となる。満足度の向上は、温かい食事の提供が要因と考えられる。今後は、量を増やさず効率よく栄養を摂取できる工夫が必要である。

○-4-4 頭頸部放射線療法における粘膜障害に対する食事摂取支援の取り組みについて

赤尾 志、青木 綾子、奥村 朱莉、前田 葉奈、本川 凧沙

医療法人徳洲会宇治徳洲会病院

【目的】頭頸部への放射線療法を実施した患者の多くは口腔内や食道の粘膜障害が発生して食事摂取量が減少してしまう。一方で実際の診療の場では治療が優先され、患者の食事摂取量低下や低栄養などは軽視される現状もある。今回は頭頸部放射線療法を受ける患者用のパンフレット作製を通じてチームでの栄養管理、患者指導を検討したので報告する。

【方法】放射線療法の粘膜障害時の食事について医師・看護師・管理栄養士がそれぞれ指導を行っていたが、指導内容の違いがあり、患者が混乱するので、共通の資料を作成し栄養指導を行った。指導は放射線療法開始前と粘膜障害等が生じやすいとされる 20Gy(グレイ)程度照射を行った際の 2 回を基本とした。低栄養の患者については追加で指導を行った。

【結果】2025 年 3 月から上記の指導を開始した。期間が短く体重が増加したなどの結果は得られなかったが「患者からは資料がまとまっているので見やすい」や「一人暮らしなので簡単に食べれるレシピ等ありがたい」などの意見があった。

【考察】以前は化学療法の副作用等の患者指導用資料を用いて放射線療法の食事の注意点についての指導を行っていたが、同じ粘膜障害でも症状が異なるので専用の資料があった方が良いと考えられる。今後も栄養指導を通じて治療による体重減少や食事の不安解消について検討を加えたい。

P-1-1 当院での口腔癌治療における周術期栄養管理の実例

金山 宏幸¹、矢谷 実英¹、古田 実花³、川本 寿代²、源藤 真由³

¹ 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 口腔外科、² 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 集中治療部、

³ 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 栄養管理室

【目的】口腔癌治療では手術に加え、化学療法や放射線療法が実施されることも多く、治療全体を通じた栄養管理が予後や QOL に与える影響は大きい。本発表では当院での周術期栄養管理の工夫について報告する。

【方法】手術症例では術前の血液検査や体重変化、体成分分析から栄養状態を評価し補食や鎮痛薬で状態改善を図る。術後は整腸補助食から開始し、高タンパク栄養剤を段階的に増量し、経管栄養を持続から間歇的投与へと移行している。化学療法・放射線療法では口腔咽喉頭粘膜炎による疼痛緩和のため鎮痛薬や含嗽薬を併用し、歯科衛生士による口腔ケア介入、鼻咽腔内視鏡による粘膜観察を定期実施し、嚥下困難時は経鼻胃管による栄養管理を行っている。いずれも状態に応じて言語聴覚士による摂食嚥下リハビリテーション介入を行い、適宜制吐剤や栄養材の調整等で消化器症状にも対応している。

【結果】各治療段階に応じた栄養管理により、重篤な栄養障害を回避でき、多くの症例で安定した治療の継続と創傷治癒が得られている。また、多職種カンファレンスにより柔軟な方針変更が可能となっている。

【結論】口腔癌に対する多様な治療において、段階ごとの適切な栄養介入とチーム医療の連携が不可欠である。今後は客観的評価指標を取り入れたプロトコル整備が望まれる。

P-1-2 上咽頭癌化学放射線治療後の嚥下障害を有する患者に継続的に栄養介入を行った一例

福田 慎子^{1,5}、吉竹 菜月^{4,5}、花村 亜由美^{4,5}、浅田 宗隆⁴、鎮目 奈々^{1,5}、中村 愛美¹、渡邊 大樹²、橋本 善隆^{3,5}

¹ パナソニック健康保険組合 松下記念病院 栄養指導室、² パナソニック健康 保険組合 松下記念病院 耳鼻咽喉科、

³ パナソニック健康 保険組合 松下記念病院 糖尿病・内分泌内科、⁴ パナソニック健康保険組合 松下記念病院 看護部、

⁵ パナソニック健康保険組合 松下記念病院 NST

【背景】

頭頸部癌の放射線療法による晩期嚥下障害は低栄養の原因となる事が知られている。今回、同疾患患者に対し、継続的な栄養サポートにより、体重と筋肉量が改善したため報告する。

【症例】

73 歳、身長 149cm、体重 35kg の女性。10 年前に上咽頭癌化学放射線治療を施行された。頸部の瘢痕形成があり、嚥下機能は徐々に増悪した。頸部痛の増悪と発熱を認め、急性蝶形骨洞炎で入院となった。

【経過】

入院後、経口摂取のみで必要栄養量充足は困難であり、胃瘻造設となった。少量の経口摂取と並行し、半固形化栄養剤を 900kcal 投与した。退院時体重 32kg、四肢骨格筋量（以下、ASM）11.3kg であった。

退院 2 カ月、経口摂取量は減少するも、体重 33.4kg、ASM12.1kg と改善した。

退院 5 カ月、経口摂取量はさらに減少し、体重 30.6kg、ASM11.6kg へ減少したため、経口摂取している栄養剤を胃瘻より追加で注入することを提案した。

退院 7 カ月、誤嚥性肺炎のため緊急入院、栄養剤増量を提案し 1380kcal 投与で自宅退院となった。退院時体重 33.4kg、ASM11.9kg であった。

さらに退院 2 カ月後の外来受診時には投与栄養量を維持できており、体重は 34.3kg、ASM12.4kg へ増加した。

【結語】

経口摂取と経管栄養を併用する頭頸部癌患者は、摂取栄養量や栄養状態を経時的にモニタリングし、必要に応じて栄養介入が行える中長期的なサポート体制が重要と考えられる。

P-1-3 精神疾患患者の摂食嚥下障害について

菅原 徐奈

東加古川病院 栄養課

1. 目的

精神疾患を持つ患者の摂食嚥下障害の背景には、嚥下機能そのものの問題だけではなく、摂食行動の問題、精神疾患等様々な背景が重なり合って影響している。患者の症状にはそれぞれ個性があり一括りで扱うことは難しい場合が多い。今回嚥下機能そのものの問題だけでなく、摂食行動に問題のある精神疾患患者に対し、多職種連携で介入を行うことで摂食嚥下障害が改善された症例を経験したので報告する。

2. 症例

58歳男性。2012年6月より器質性パーソナリティ障害・高次脳機能障害にて入院中。ADL自立、食事はご飯常菜を摂取されていたが掻き込み食べがあり全粥刻みに変更。2024年5月27日発熱、5月31日誤嚥性肺炎に伴う呼吸不全により救急搬送。嚥下機能の低下は軽度であったが喀痰多く早期経口摂取が困難な状況にて経鼻チューブ留置のまま6月10日再入院。経口摂取開始も喀痰多く窒息が見られたため絶食。7月1日よりゼリー1個より経口再開。当初は食事形態を上げると掻き込み食べが再燃したが看護師・管理栄養士による声掛けにて掻き込み食べは改善。2025年3月現在軟飯1cmキザミまで食形態改善。再入院時2.8mg/dlであったAlb値は4.0mg/dlと改善。

3. 結果

肺炎後の精神疾患を持つ患者の摂食嚥下障害に関して多職種連携で介入することで嚥下障害の改善が図れた。

4. 結論

多職種連携で介入することで嚥下機能のみならず精神状態の変化と把握ができたことが功を奏したと考えられる。

P-1-4 膀胱癌術後補助化学療法にて重症筋無力症を発症し、重度嚥下障害を呈したが経口摂取可能となった1事例

深川 喜久子

医療法人 宝生会 PL 病院 看護部

【はじめに】重症筋無力症（以下MGと略す）のリハビリは疲労を残さず軽めの負荷、少ない回数での運動が良いとされている。本事例は3ヶ月間の廃用も相まって全身、嚥下筋力の低下があった。疲労感を見極めつつ全身、嚥下のリハビリの成果があったため報告する

【事例】70歳代男性 膀胱癌に対しロボット支援下膀胱全摘+回腸導管 術中直腸損傷ありダブルストマ造設。術後オプジーボ投与後に心筋炎、MG併発し一時的にNIPPV管理。嚥下機能低下あり胃瘻造設にて栄養管理 術後はADL自立であったが合併症併発後 FIM 48点まで低下、移乗動作は中等度の介助が必要。リハビリ目的にて転院。

【転院時嚥下評価】喉頭挙上は0.5横指以下で湿性嚙声著明、喀出力は不十分で吸引が必要。RSST 2回 トロミ MWST 3点（複数回嚥下後も湿性嚙声残存）FT 4点（複数回嚥下あり）VE評価ではゼリーでも少量の誤嚥はあるが喀出可能と評価。MG発症後はリハビリも十分行なえておらず嚥下筋力ももう少し改善可能と予測し、ゼリー少量から直接訓練は開始可能と評価。

【結果】代償法（発声嚥下）習得してもらい喀出力の強化訓練とともに、段階的に直接訓練を実施「楽しみ食べ」からトロミ食3食可能となった

【考察】MGだからといって諦めてしまうのではなく、どのようにすれば「口から安全に食べる」ことができるかを考え、リハビリと協働し、喀出力の強化、代償方法の習慣化は効果があった。

P-1-5 A 病院における嚥下調整食提供者に対するミールラウンドの報告

切通 京子¹、田中 利幸²、小松原 隆司³

¹ 社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院 看護部、² 社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院 栄養室、

³ 社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院 消化器外科

＜目的＞

A 病院の嚥下調整食提供者に対する今後の課題を明らかにすることを目的とした。

＜方法＞

2024 年 4 月から 2024 年 9 月の期間に嚥下調整食提供者を対象にミールラウンドを行い、ラウンド時の BMI、嚥下機能、食欲の有無、口腔内の状態（OHAT）、必要栄養量に対する充足率、病棟スタッフに対して提案した内容を後方視的に調査した。

＜結果＞

データが得られた 60 名（平均年齢 85.3 歳、男性 31 名、女性 29 名、平均 BMI 18.8）の内、42%が必要栄養量に達していなかった。嚥下機能（FOIS）Level は平均 4（1-6）、口腔内の状態（OHAT）は 0-3 点：54 名、4 点以上：3 名、食欲はあり：43 名、なし：11 名、不明：6 名であった。ラウンド時の提案内容と件数は、補助食品の追加が 11 件、介助方法の変更 / 言語聴覚士の介入依頼が各 6 件、嚥下調整食の変更・中止が 7 件、窒息・誤嚥の予防策が 2 件であった。

＜結論＞

対象者は高齢であり BMI から栄養不良が疑われたが、栄養充足率は低い結果であった。積極的な栄養介入だけでなく高齢者の精神・神経機能も考慮した複合的なアプローチの必要性が示唆された。概ね嚥下機能に応じた嚥下調整食が提供されていたが、経口摂取中止が望ましい状況もあったため、知識の普及やプロトコルの作成など、安全性の向上に向けたシステムの構築や指導・相談体制の確立が必要と考えられた。

P-1-6 食道の運動障害と食道炎を合併した高齢者肺炎の一例

大竹 優樹¹、木村 梨乃¹、今井 文恵²、西村 豪文³、石本 昌裕¹、大橋 拓馬⁴、西村 智子⁵、
坂本 京子⁵、柳田 國雄⁵

¹ 社会福祉法人京都社会事業財団 西陣病院 薬剤部、² 社会福祉法人京都社会事業財団 西陣病院 栄養科、

³ 社会福祉法人京都社会事業財団 西陣病院 リハビリテーション科、

⁴ 社会福祉法人京都社会事業財団 西陣病院 外科、⁵ 社会福祉法人京都社会事業財団 西陣病院 内科

背景：高齢者の嘔吐は食道の運動障害がみられることがあり、使用薬剤についてその可能性を考慮し対応する必要がある。今回肺炎で入院された症例に食道の運動障害と食道炎を合併した症例を経験したので報告する。

症例：90 代女性。発熱、嘔吐を主訴に来院。CT にて右肺中葉に肺炎、食道は拡張し残渣が多量に認められ入院となった。BMI16.7、MNA-SF で低栄養、GLIM 評価で重度低栄養であった。肺炎に対し抗菌薬加療と絶食にて食道内の清浄化を図った。第 2 病日に上部消化管内視鏡検査を実施、中部～下部食道に広範に白苔の付着を認め、食道炎の所見と中等度の食道裂孔ヘルニアを認めた。プロトンポンプ阻害薬を開始しペースト食から食事を再開し嘔吐なく経過された。第 7 病日に嚥下造影検査を実施、嚥下の咽頭期機能に大きな問題はなかったが、食道は蠕動が低下し食道内に残留と食道内の逆流を認めた。食事摂取は良好で米飯の摂取で問題なく経過された。薬剤は食道に残留する可能性があり、十分量の飲水とともに服用して頂くよう説明し、第 12 病日に自宅退院された。

考察：高齢者では食道の運動機能が低下していることがある。食物の食道内残留の軽減に努め、薬剤についても剤型の大きい薬剤や薬剤性食道炎の報告が多い薬剤の服薬方法を工夫し適切に指導する必要がある。

結論：高齢者の嘔吐は食道期の障害を考慮するとともに、食道への薬剤の影響を考慮して対応する必要があると考えられた。

P-1-7 嚥下機能障害患者の便秘に対する服薬の現状調査

木村 梨乃¹、大竹 優樹¹、今井 文恵²、西村 豪文³、石本 昌裕¹、大橋 拓馬⁴、西村 智子⁵、
坂本 京子⁵、柳田 國雄⁵

¹ 西陣病院 薬剤部、² 西陣病院 栄養科、³ 西陣病院 リハビリテーション科、⁴ 西陣病院 外科、⁵ 西陣病院 内科

目的：嚥下機能障害は摂食量の低下・水分不足の原因となりやすく、また、運動量の減少から便秘の合併が高率にみられる。便秘の改善は適切な栄養摂取にもつながる。一方で、嚥下機能障害により服薬が困難な場合もあり、治療には課題がある。今回、当院で嚥下機能障害症例の便秘治療の服薬方法を調査した。

方法：当院で2023年6月から12か月間で嚥下造影検査（以下VF）を施行した56例うち、VF前後一週間で便秘に対する内服治療を行った45例について後視的に診療録を調査した。

結果：対象者の年齢の中央値は87歳、男女比は30：15であった。摂食・嚥下グレード7以上は34例であった。服薬に濃いとろみの水分が適正とされたのは3例、中間18例、薄い11例、とろみなし9例、ペクチン入りゼリー4例であった。使用薬剤は酸化マグネシウム錠12例、センノシド錠9例、ラクツロースゼリー8例、ピコスルファートナトリウム内用液7例、センノシド細粒4例、センナエキス錠5例、マクロゴール4000・塩化ナトリウム・炭酸水素ナトリウム・塩化カリウム配合内容剤3例、ルビプロストンカプセル3例、他3例であった。もとの剤形で内服したり、粉碎しとろみ付きの水で内服したり、水に溶解する薬剤にとろみを付けた症例も見られた。

結論：嚥下機能障害の患者の便秘治療の服薬は確立されたものではなく、症例毎に現場で対応している状況であると思われる。安全な服薬についての情報を共有していく必要性が感じられた。

ポスター 2 NST・多職種連携

P-2-1 侵襲的治療を繰り返す熱傷患者の微量元素不足に対してNSTが介入した1例

光高 蓉平^{1,2,3,4,5}、瀬下 貴大¹、川島 裕明¹、堀内 あす香¹、石田 なおみ²、山口 真紀子³、
山崎 真裕⁴、内田 真哉⁵、友金 幹視¹

¹ 京都第二赤十字病院 薬剤部、² 京都第二赤十字病院 看護部、³ 京都第二赤十字病院 栄養課、

⁴ 京都第二赤十字病院 糖尿病・腎臓・膠原病科、⁵ 京都第二赤十字病院 耳鼻咽喉科

【目的】

熱傷患者は代謝率と蛋白異化亢進により低栄養状態を併発しやすく、熱傷創からの流出により微量元素不足に陥りやすい。その結果、創傷治癒を遷延させることがある。今回、デブリードマンなどの侵襲的治療を繰り返す低温熱傷患者に対して、NSTが亜鉛および銅の補正に介入した症例を経験したので報告する。

【症例提示】

70歳代男性、低温熱傷で前医に入院した。手術加療目的で第23病日に当院へ転院した。傾眠傾向のため食事摂取量の低下があり、第33病日にNSTが介入し、創傷治癒を促すために経腸栄養剤を適宜調節することで栄養改善に取り組んだ。転院前よりヘモグロビンが低値であること、前医から亜鉛欠乏に対して酢酸亜鉛錠の定日内服をしていることから微量元素不足を疑い、第61病日に血清亜鉛と血清銅の測定を実施した。亜鉛は82μg/dlと正常値であったが、銅は52μg/dlと低値であった。そのため、微量元素を多く含有する経腸栄養剤に変更した。第80病日、銅は53μg/dlと変化なかったが、亜鉛は111μg/dlと上昇しており、酢酸亜鉛錠は中止した。第86病日、創部状態改善のためリハビリ目的も兼ねて転院した。

【考察及び結論】

熱傷や手術加療を実施した患者はその病態から低栄養状態を併発しやすく、NSTが介入することが多い。亜鉛や銅は創傷治癒およびタンパク合成に重要であるため、微量元素を早期に測定することが病態の改善に寄与する可能性がある。

P-2-2

急性大動脈解離術後に他職種の連携で術後早期から座位での経口摂取を促進して栄養状態が維持できた一例

友成 さき¹、高井 信幸²、宮本 真³、上出 紗英加⁴、岸本 理沙⁵、西尾 美優⁵、山田 果穂⁵、新井 真梨恵⁶

¹ 医誠会国際総合病院 リハビリテーション部、² 医誠会国際総合病院 透析医療センター、

³ 医誠会国際総合病院 耳鼻科、⁴ 医誠会国際総合病院 薬剤部、⁵ 医誠会国際総合病院 栄養管理部、

⁶ 医誠会国際総合病院 看護部

1. 症例

70 歳代、女性。突然の背部痛で近位を受診して単純 CT で大動脈解離と診断されて当院へ転院搬送された。来院 時は意識清明で血圧 208/122mmHg、造影 CT で血栓閉鎖型大動脈解離（Stanford A 型）を認めたが弓部主要 3 分枝と両側総腸骨動脈の造影は良好であった。

2. 経過

第 1 病日に ICU へ入室、第 2 病日から理学療法を開始、第 3 病日に大動脈癌切除術と大動脈弁形成術を施行、第 4 病日から心臓リハビリテーションを導入、第 6 病日に抜管、第 7 病日に理学療法士による端座位訓練を開始、第 8 病日に一般病床へ転出して経管栄養が開始、第 9 病日に言語聴覚療法の初回介入で嚥下機能を評価、第 10 病日から端座位で嚥下訓練食を開始、第 11 病日に付加食ゼリーを追加すると共に歯科衛生士が介入、第 13 病日に付加食ゼリーを増量、第 17 病日に動揺歯の抜歯と嚥下内視鏡検査による兵藤スコアの評価を行った。術 後の回復経過は良好で第 29 病日にリハビリテーション目的で転院となった。

3. 結果

他職種が早期介入したことで、抜管後は速やかに経口摂取へ移行、座位保持を強化しながら嚥下訓練を進めて、嚥下内視鏡検査で適切な食事形態を選定することで、廃用進行や嚥下性肺炎を起こすことなく転院に至ることが出来た。

4. 考察

理学療法と言語聴覚療法のカルテ記載は SOAP 形式を基本として必須記載項目を設定することで他職種への情報提供を容易にしている。

P-2-3

大腸全摘術後に CV ポート造設と多職種による教育により脱水再発を回避できた一例

上出 紗英加¹、高井 信幸²、宮本 真³、岸本 理沙⁴、西尾 美優⁴、山田 果穂⁴、友成 さき⁵、新井 真梨恵⁶

¹ 医誠会国際総合病院 薬剤部、² 医誠会国際総合病院 透析医療センター、³ 医誠会国際総合病院 耳鼻咽喉科、

⁴ 医誠会国際総合病院 栄養管理部、⁵ 医誠会国際総合病院 リハビリテーション部、⁶ 医誠会国際総合病院 看護部

1. 症例

50 歳代女性、右乳がん術後の既往。20 歳代で潰瘍性大腸炎と診断され、発症後 25 年時の下部消化管内視鏡検査により高度異形成を認めて大腸全摘術が行われた。

2. 経過

腹腔鏡下大腸全摘術と回腸囊肛門管吻合術が行われ、病理検査により高分化管状腺癌と診断された。術後経過は良好であり第 10 病日に退院した。退院 1 週間後倦怠感が強くなり受診、脱水所見を認めたため入院を勧めるが本人の意向で外来での治療継続となった。しかしその後、食事が摂れないため再受診し高度脱水状態になり入院での治療が行われた。多職種の協同による食事形態や輸液療法の調整が行われ、軽快退院となったが、退院後ふたたび脱水状態になり入院した。右下腹部痛の訴えが頻回であり、精査により回腸囊縫合不全と診断され、抗菌薬の開始と食事形態の変更が行われた。患者は病識が乏しかったため、多職種で協同し体液管理など患者教育を実施した。退院後の管理も必要であったため訪問診療との連携を行った。

3. 結果

成分栄養剤や止痢薬の服薬アドヒアランスが向上し、さらに訪問診療とも連携することで在宅にて脱水症状を起こさずに生活することができている。

4. 考察

大腸全摘術後当初、患者は病理理解が乏しく怠業も多かったため脱水症状に陥っていた。入院中の患者教育や訪問診療により現在は脱水症状を起こすことなく生活できている。

P-2-4 回復期病棟で高度な視野障害を併発している患者へ NST チーム連携した食支援

内橋 恵、岡本 敏江、渡辺 啓介、奥坂 昭洋、鳴坂 涼音、梶 耀奈、前之園 ユリ、中津 春美

医療法人社団南淡干遙会 神戸平成病院

1. 目的

SAH を発症した患者が高度な視野障害の併発より食欲低下を引き起こし、チーム連携で摂取量が増量した食支援の実践を報告する。

2. 症例

60 歳代女性 A 氏。既往) RA

転院時身長 162cm 体重 61.2kg BMI 23.3 MMSE 16 点

SAH のクリッピング施行後、回復期リハ病棟に転院となる。高度な視野狭窄と注意障害・失行あり。SPO2 低下もあり運動強度 1METs より開始。約 1400kcal の提供食に対して摂取量 4 割であり NST 介入。CC：左右 36.5cm 握力右 9.0/左 10.1kg 骨格筋量 16.7kg/ m2 SMI 5.2 kg/m2 とサルコペニアリスク状態であった。

3. 経過

A 氏の視野障害の程度をスタッフが共有していなかったため、食事介助の方法にばらつきがあった。自宅退院後の食事摂取も考慮した自立食事摂取方法の統一を構築することになった。まず、A 氏に主食・副食をひとつ一つ近づけ、見える距離感や食事動作を OT が動画に撮り、目前約 10cm で食器が見えることが分かったが、食事内容は見えていなかった。そのため、オーバーテーブルに赤テープでマーキングし、A 氏や夫と食器の位置を固定した。配食時、献立を説明して嗅ぐことで食欲を刺激した。

4. 結論・考察

1 ヶ月後 体重 61.2kg 摂取量 10 割。

CC：左右 36.8cm 握力右 12.2/ 左 11.8kg 骨格筋量 17.6 kg/ m2 SMI 5.8 kg/ m2 と上昇した。

食事介助方法を統一したため食事量の増量となった。また、A 氏だけでなく夫と一緒に、自宅を想定した配食の決定が自立摂取につながったと考える。

P-2-5 嚥下障害を伴う脳出血後患者のライフイベント参加に向けた回復期リハビリテーション入院中の取り組み

古川 迪子^{1,2}

¹ 京都大原記念病院 神経内科、² 国立精神・神経医療研究センター病院

【はじめに】脳血管障害は突然発症であり、種々の要因から発症前に予定していたライフイベントへの参加を断念せざるをえないことがある。今回、嚥下障害を伴う視床出血例の回復期リハビリテーション入院中の安全な食事摂取に着目したライフイベント参加に向けた取り組みを報告する。

【症例】50 歳代の女性。発症前 ADL は自立。右視床出血を発症し急性期加療後、発症 33 日目にリハビリテーション目的に当院に入院した。入院時、遷延性意識障害、左片麻痺、嚥下障害があり、経鼻胃管栄養、ADL は全介助であった。入院時に家族より数ヵ月後に控えたライフイベントに参加させたいと強い希望があった。リハビリテーションで能力向上を図りつつイベント参列を視野に嚥下能力の評価、食事形態・食事姿勢や補助具の検討、家族に対して介護方法の指導を行った。発症 93 日目には経管栄養から離脱し、管理栄養士より家族に対して食事形態やトロミのつけ方など栄養指導し、開催施設と情報共有できるように資料を提供した。発症 137 日目にイベントに参加を果たした。

【考察・結語】本例のように遷延性意識障害を伴う脳血管障害例ではリハビリテーション入院時点で正確な予後予測が難しく、経過でライフイベントへの参加可否を判断する必要がある。本例は多数の課題があり、早期より多職種が連携し、リハビリ進捗に合わせて家族や開催施設と情報共有し最終的に入院中のイベントへの参列を成し得た症例である。

P-2-6 多職種連携により、重度嚥下障害から経口摂取可能となった一例

林田 智陽¹、辻川 世玲華¹、保井 樹奈¹、竹内 渚¹、丸山 瑠里恵²、清水 彩永³、畑 俊嘉⁴、
藤田 美奈子⁵、大村 寧³

¹ 公立甲賀病院 リハビリテーション課、² 公立甲賀病院 栄養課、³ 公立甲賀病院 糖尿病・内分泌内科、

⁴ 公立甲賀病院 脳神経内科、⁵ 公立甲賀病院 リハビリテーション科

【はじめに】低栄養状態がリハビリの予後に影響することは、脳卒中や摂食・嚥下障害など様々な疾患で報告されており、適切な栄養管理と多職種での連携が必要である。今回、心原性脳塞栓症発症後に複数回脳出血を繰り返したが、リハビリと栄養管理により機能改善が得られた症例を経験したため、報告する。

【症例】70歳代女性。左半球に広範な脳梗塞を発症し、右半身重度麻痺・全失語・発語失行・右半側空間無視を認めた。脳梗塞で入院後4回の脳出血と右半球に再梗塞を繰り返し、覚醒不良状態が続いた。

【既往歴】2型糖尿病、増殖糖尿病網膜症、脂質異常症、心房細動

【経過】経鼻胃管留置、胃瘻造設の後に徐々に覚醒が改善。仮性球麻痺による嚥下障害が疑われたが、間接・直接嚥下訓練を経て第48病日にゼリー食提供を開始。最終的には経口摂取のみでカロリー充足確立に至り、身体機能面においても改善が得られた。当初は急性期から療養病院へ転院予定であったが、今後も更なる改善が見込めるとして第68病日に回復期リハビリテーション病院へ転院となった。

【考察】近年、リハビリ・栄養・口腔の三位一体の取り組みが重要視されているが、早期からの適切な栄養管理と多職種間での連携が機能改善に寄与した症例として報告する。

ポスター 3 悪性腫瘍

P-3-1 スキルス胃がん患者に対して W-ED チューブによる栄養治療と化学療法が奏効した一例

樋富 美咲

淀川キリスト教病院 栄養管理課

症例・経過

70歳、男性、食欲不振・嘔吐を主訴に当院紹介受診となり、上部消化管内視鏡検査にて胃前庭部の壁肥厚と全周性狭窄をみとめスキルス胃癌の診断で入院となった。

身長170cm、体重67.45kg、BMI23kg/m²と標準体格ではあるものの、体重減少率は約3週間で20%以上と有意な減少がみられた。慢性的な炎症もみられ、高度の低栄養と判断した。

腹部造影CTにて腹水と高度の腹膜播種を認めたため、胃空腸バイパス手術の適応は乏しいと判断され、化学療法の方針となった。液体栄養剤の経口摂取を試みたが頻回の嘔吐を認めたため、第8病日にW-EDチューブを留置し、胃液のドレナージと経腸栄養経路の確保を行った。第17病日には、必要栄養量の確保ができ栄養指標の改善をみとめた。

第37病日に在宅管理における経腸栄養剤の選定のためNSTが介入。経腸ポンプ管理が必要であったため、ツインラインへ変更し在宅管理に向けて投与スケジュールを調整した。

化学療法の2クール後の効果判定で腹水の消失、腹膜播種の著明な縮小を認めたため、胃空腸バイパス術が施行され、経口摂取が可能となった。

考察

本症例は腸管使用による腸管免疫の維持や十分な栄養を確保しつつ化学療法を完遂できたことで奏効につながり、胃空腸バイパス術につなげられた可能性がある。W-EDチューブを用いた経腸栄養が患者の生命予後とQOL向上に貢献できた一例であったと考える。

P-3-2 悪性消化管閉塞に対する PTEG の効果と “PTEG 症候群” への対応

菅田 美菜、松本 史織、木村 祥子、柏木 万為子、岡本 佳奈子、仁田 美由希、長野 由紀子、八木 聖子、樋口 眞宏、佐々木 千佳、北川 寛明、黒田 杏理、荒金 英樹

愛生会山科病院 薬剤部

【目的】

当院では悪性疾患による消化管閉塞の減圧目的で経皮経食道的胃管留置術（以下 PTEG）を実施している。PTEG により患者は経鼻胃管留置による苦痛から解放され良好な QOL を得られているが、多量の排泄による低 Cl 性アルカローシスを生じ意識変容が誘発されることが多い。当院ではこれを PTEG 症候群と呼びその対応策を実施している。PTEG 症候群を呈したが速やかな対策により改善がみられた一症例について報告する。

【症例】

70 歳代男性。切除不能の進行胃がんから幽門狭窄をきたしたため、減圧目的で経鼻胃管が留置されていた。経鼻胃管の長期留置にともなう QOL 低下の改善目的で当院へ紹介入院となる。

【結果】

当院転院翌日に PTEG 施行、先端は胃内とした。経口摂取は特に制限しなかった。PTEG 留置以前より TPN で栄養管理を行っていたが、経口からの摂取増加にともない排泄が急増した。血清 K 値 2.4mEq/L、血清 Cl 値 97mEq/L と低下し、低 Cl 性アルカローシスを呈していた。そこで PPI の投与を行うとともに生理食塩液を投与し、血清 K 値、Cl 値ともに改善がみられ、緩和ケア病棟へ転院となった。

【結論】

PTEG による減圧は QOL 改善に極めて有効な手段であるが、胃酸を含む多量の排泄による電解質異常、特に PTEG 症候群には注意が必要である。その際には低 K 血症を呈することがあるが、PTEG 症候群の本質は大量の胃酸喪失による低 Cl 性アルカローシスであるため、生理食塩液による補正が有効と考えられる。

P-3-3 術前化学療法中の発熱性好中球減少症患者への NST 介入事例

望月 貴子¹、山南 貴一²、細川 真弥²、万木 さゆり³、長谷川 優子³、井上 亮⁴、小間 淳平⁵、山本 耕治郎⁶、玉置 信行⁷

¹京都市立病院 栄養科、²京都市立病院 薬剤部、³京都市立病院 看護部、⁴京都市立病院 歯科口腔外科、

⁵京都市立病院 糖尿病代謝内科、⁶京都市立病院 腎臓内科、⁷京都市立病院 外科

【背景】化学療法は発熱性好中球減少症（FN）など様々な副作用や合併症が生じる事があり早急な対応が求められる。本症例では膀胱癌の術前化学療法中に FN を来し NST が介入した一事例を紹介し患者の栄養状態や臨床経過に与えた影響を考察する。

【症例】筋層浸潤性膀胱癌（pT2N0M0）治療中の 50 代男性。X 月に ddMVAC 療法 2 クール目を施行、8 日目に体動困難で救急搬送。血液、便から *campylobacter jejuni* を検出し FN を伴う感染性腸炎による敗血症性ショックと診断され ICU へ入室、挿管管理下で絶食、抗生剤治療を開始した。

【入院中の経過と NST の介入】口腔粘膜障害により食事が進まず中心静脈栄養で管理。第 20 病日目に NST 介入開始。症状軽快後も開口障害、味覚障害、下痢などで食事摂取は進まず。腸管への負担を考慮しながら嗜好や配膳時の温度など患者の希望を取り入れ食事管理を行った。多職種のアプローチにより徐々に症状は改善し意欲的な姿がみられるようになった。第 86 病日目に退院、期間内の平均栄養投与量はエネルギー 17.5kcal/kg/ 日、たんぱく質 0.6g/kg/ 日と少なかったものの体重は入院時と同等（化学療法前 -8%）まで回復した。

【結論】本症例は FN における NST の役割と多職種連携の重要性が示唆された一例であった。早期の栄養評価と介入が感染症治療のサポートとなる可能性があり、今後より多くの症例を蓄積し標準的な栄養管理方法の確立が求められる。

P-3-4

外来化学療法時の栄養指導の ONS（経口的栄養補助）の嗜好・経済的負担についての検討

青木 綾子、赤尾 志、辻 勇、岡崎 葵

医療法人徳洲会宇治徳洲会病院

【目的】化学療法の進歩により入院より、外来での化学療法が増加し、管理栄養士が化学療法患者の栄養管理に積極的に取り組むことが求められている。ONS 等の栄養補助食品を勧めた場合に必要性があるが嗜好や経済的負担から継続困難になる場合がある。今回は嗜好や患者負担を考慮した ONS の提案を検討したので報告する。

【方法】外来化学療法患者で経口摂取量が十分でない患者に市販の ONS を勧めている。

栄養補助食品としての ONS はメイバランス・ミニ®、カロリーメイトゼリー®等を使用している。嗜好や経済的負担から、使用が難しい患者には一般の食品を ONS に代用できないかを当院の管理栄養士と化学療法センタースタッフで検討を行った。検討内容は味と、購入しやすさ、調理等の手間、エネルギー・蛋白質などの栄養素について行った。

【結果】一般の食品は、味や購入のし易さでは優れているが、調理の手間やエネルギー・蛋白質などの栄養補給では劣るものが多い結果であった。

【考察】摂取栄養量が不足している場合、どのような食事の提案を行えばよいかは個々の患者の状況により異なる。また、外来患者は入院中の栄養管理と違い、調理担当者の有無、経済的負担など社会的な背景も考慮に行う必要がある。患者に提案できる選択の幅を広げる意味で一般の食品を用いた ONS の検討を行う意義があると感じた。

P-3-5

当科で施行した 80 代の胃癌手術症例の検討

赤神 正敏、小林 淳志、岡本 共弘、田中 宏和、橋田 裕毅

阪和記念病院消化器外科

1, 背景・目的

高齢胃癌患者の周術期の栄養状態は、退院後の生活や予後にも影響を及ぼすことがあり、特に術前に消化器症状や腫瘍随伴症状を伴う手術症例では、術後合併症や経過についてはリスクを伴うことが多い。当科の手術症例を対象に、手術適応や術式について検討すること。

2, 方法

2024 年 1 月から 2025 年 1 月までに当科で施行した 80 代の胃癌手術症例の 7 例を対象に栄養状態と経過について検討した。

3, 結果

男性 4 例・女性 3 例、cT1 が 4 例・cT3 が 2 例・cT4 が 1 例、cN0 が 5 例で cN1 は 2 例、術前に消化器症状を認めたものが 2 例・腫瘍随伴症状を認めたものが 2 例であった。術式は腹腔鏡補助下幽門側胃切除が 6 例（開腹移行が 1 例）・開腹残胃全摘が 1 例、郭清は D2 が 2 例・D1+ が 3 例・D1 が 2 例、術後合併症は 3 例で認められ誤嚥・リンパ瘻・膵液瘻で、縫合不全・創傷治癒遅延は認めなかった。施設への退院は 2 例で、うち 1 例は自宅から入院した症例であった。

4, 結論

胃全摘を施行した症例は術後の体重減少が著しく、低下した ADL が改善しなかったため施設へ退院した、一方で幽門側切除例では、GNRI や PNI が低くても術後に重篤な合併症は生じず、自宅への退院が可能になった症例が多かった。さらに腫瘍随伴症状を呈しており、栄養指標では切除・吻合に多大なリスクが存在すると推測された症例でも比較的軽微な合併症を回避できうる印象であった。

P-3-6 胃癌術後の経口栄養補助のランダム化比較試験に参加した当院の4症例の narrative base の検討

影山 悠¹、錦織 達人¹、望月 貴子²、坂口 正純³、安次富 駿介¹、坂東 祐貴¹、西川 裕太¹、直原 駿平¹、久保田 豊成¹、玉置 信行¹、奥田 雄紀浩¹、森 友彦¹、上 和広¹、松尾 宏一¹、秦 浩一郎¹

¹ 京都市立病院 外科、² 京都市立病院 栄養科、³ 京都大学医学部附属病院 消化管外科

【背景】われわれは、胃癌術後の経口補助栄養剤（ONS）の効果を多機関共同ランダム化比較試験にて検証した。122 人を通常治療群と介入群に分け、後者には 1 本 200ml（200kcal）の ONS を 1 日に 2 本、術後 8 週まで提供した。通常治療群 vs 介入群の術後 8 週目の体重変化率は、- 6.4% vs - 4.8%（P = 0.039）と ONS 投与は術後体重減少を抑制することが示された。

【目的】当院で本試験に参加した 4 症例を対象に Narrative Base で胃癌術後 ONS の効果と課題について検討した。

【方法】介入群と通常治療群が 2 例ずつの術後の栄養療法についての訴えを食事指導や外来カルテから抽出した。

【結果】各症例の術後 8 週目の体重減少は介入群で 7.3% および 5.9%、通常治療群で 11.5% 及び 7.1% であった。4 例すべてで食欲低下や嗜好の変化を訴えていた。食事指導では分割食について説明したが、通常治療群では家族などが補食や食事の形態、摂り方について懸念があったり模索したりしている描写が多かった。一方、介入群では食事および食事以外の補食として ONS を利用し、それぞれ日平均 330mL、400mL を摂取していた。

【結論】胃癌術後に、患者は食欲低下や嗜好の変化を経験するため、ONS の風味に配慮する必要がある。また、食事に対する不安や模索の過程にあり、ONS は患者の分割食に対する負担を軽減させる可能性がある。

P-3-7 がん患者の栄養管理に関する包括的理解：ESPEN の教育プログラム LLL ライブコース Topic41 の学習経験

辰巳 真穂、岡崎 彰仁

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 薬剤部

目的

がん患者の栄養管理は治療効果の向上、合併症の軽減、生活の質の改善において重要な役割を果たしている。ヨーロッパ臨床栄養代謝学会（ESPEN）が提供する LLL（Life Long Learning）の Topic41: Nutrition in Cancer: Focus on Tumor Types の受講・学習経験について報告する。

方法

LLL で Topic41 の 4 つの Module（1: Foregut Tumors の栄養管理、2: 乳がんの栄養管理、3: 大腸がんの栄養管理、4: 胃がん・膵臓がんの栄養管理）を受講した。各 Module の学習内容、臨床的意義、及び実践への応用可能性について検討した。

結果

各 Module を通じて、がん種別の栄養不良の特徴、栄養スクリーニングと評価方法、治療（手術、化学療法、放射線療法）に応じた栄養サポート戦略について体系的に学んだ。特に強調されていた点として、1) がん種により栄養不良の発生率と特徴が異なる事、2) GLIM 基準等の標準化された評価ツールの活用、3) 治療前の栄養状態の最適化の重要性、4) 周術期における栄養管理の ERAS プロトコルとの統合、5) 免疫栄養の役割、6) 治療に関連した副作用に対する栄養的アプローチが挙げられる。

考察

Topic41 は、エビデンスに基づくがん患者の栄養管理に関する包括的な知識を提供するものであり、各がん種に特化した栄養管理の知識は、多職種チームにおける栄養サポートの質を高め、がん治療の効果を最大化し、患者の生活の質を向上させる可能性がある。今後は本コースで得た知識を臨床現場で役立てたい。

P-4-1 周術期栄養管理に難渋した局所進行口腔癌の 1 例

金山 宏幸¹、矢谷 実英¹、川本 寿代²、古田 実花³、源藤 真由³

¹ 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 口腔外科、² 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 集中治療部、

³ 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 栄養管理室

【症例の概要】

糖尿病既往のある 70 代女性。局所進行下顎歯肉癌（cT4bN0M0）に対し、術前より入院下に血糖管理を行い、下顎・舌・上顎切除、両側頸部郭清、気管切開および腹直筋皮弁による再建を実施した。術後頸皮弁に壊死兆候と感染を認め、抗菌薬加療とデブリードメントを繰り返したがその後移植皮弁も全層壊死した。術後 3 週目に PMMC/DP 皮弁で再建を行い、VAC 療法併用により 2 か月で創部上皮化を得た。その後は感染兆候なく安定して経過したが、再手術後 6 か月で頭蓋底近傍に深部再発を認め BSC となった。

【考察と結語】

術前より内科と連携して血糖管理を行ったが、術後の感染・炎症遷延により血糖コントロールは困難を極め、創部治癒不全と移植皮弁への感染波及に至ったと考えられた。本症例は糖尿病を背景とする周術期血糖管理及び栄養管理の困難さが創傷治癒・感染制御・治療計画に大きく影響することを示しており、集学的全身管理にさらなる工夫が必要であることを再認識させるものであった。

P-4-2 インスリン自己免疫性症候群の血糖コントロールにコンスターチ療法が有効だった 1 症例

後藤 啓太¹、小野 寛道¹、入谷 真千子¹、富山 正俊¹、藤野 滉平¹、佐山 皓一²

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 代謝・内分泌内科

【緒言】インスリン自己免疫性症候群はインスリン注射の使用歴がないにも関わらず、体内でインスリンに対する自己抗体が産生されることにより低血糖発作を引き起こす自己免疫疾患である。今回は糖原病で行われるコンスターチ療法をインスリン自己免疫性症候群に対して行ったところ、血糖値の改善を経験したので報告する。【症例】70 代女性。近医にて透析施行後より意識レベルの低下がみられ当院救急搬送となった。来院時、血糖値が 36mg/dL と著名な低血糖があり、初回低血糖発作のため経過観察目的に当院入院となった。【経過】入院時血液検査で血糖値 37mg/dL にも関わらず、IRI が 196 μ IU/mL と低血糖時にインスリン分泌が抑制されておらず、インスリンノーマも考慮し原因精査を行ったが腫瘍性病変は指摘されなかった。その後インスリン自己抗体が検出されたためインスリン自己免疫性症候群と診断された。12 病日より就寝前にコンスターチ 50g の経口摂取を開始し、早朝時低血糖が改善した。食前低血糖が主体のため 26 病日に分割食と α -グルコシダーゼ阻害薬を導入した。29 病日より透析後に低血糖あり、31 病日から透析前にもコンスターチ 10g の摂取を開始した。37 病日からステロイド治療の併用を開始し、透析後の低血糖も改善し 57 病日に退院となった。【まとめ】退院後もコンスターチの経口摂取を継続しているが、ステロイドの内服量は減量できており、退院後も低血糖発作を防ぐことができた。

P-4-3 肥満症を伴う視神経脊髄炎スペクトラム障害患者の回復期リハビリテーション中の栄養管理

古川 迪子^{1,2}

¹ 京都大原記念病院 神経内科、² 国立精神・神経医療研究センター病院

【はじめに】肥満症を伴う視神経脊髄炎スペクトラム障害症例の回復期リハビリテーション（リハビリ）中の栄養管理を報告する。

【症例】発症前 ADL 自立の 30 歳代男性。急性期病院で免疫療法後、リハビリ目的に当院に転院した。入院時、身長 170cm、体重 82.9kg、BMI 28.6 kg/m²、食事・整容以外の ADL は全介助であった。活動量や併存症を鑑み初期必要エネルギー量を設定し、リハビリでの運動負荷量や能力向上に伴う病棟での活動量にあわせ体組成分析を併用しつつ栄養治療を継続した。退院時、体重は増加も体脂肪量は減少し、高血圧症や脂質異常症などの併存症は改善した。発症 9 ヶ月目に独歩で退院した。

【考察・結語】肥満症では過剰に蓄積した内臓脂肪に起因する複数の健康障害を呈し、内臓脂肪の減少を目的とした減量がガイドラインで推奨されている。本例では入院経過で体重は増加し、内臓脂肪の増加が危惧されたが、体組成分析を用いることで体重増加は体脂肪量の減少・筋肉量の増加であることを確認しつつ介入しえた。リハビリ治療中は筋肉量増加による体重増加と脂肪増加による体重増加とを区別することが栄養介入上で重要である。本例は体組成分析を併用することで肥満症に対して適切な栄養治療介入ができ、肥満症の治療目標である併存症の改善を入院期間で達成した。患者のモチベーション向上も得られ肥満症を伴うリハビリ介入症例では体組成分析を併用した栄養療法の有用性が示唆された。

P-4-4 神経性食思不振症に対するオランザピンの効果

長野 由紀子、佐々木 千佳、松本 史織、菅田 美菜、八木 聖子、樋口 眞宏、柏木 万為子、岡本 佳奈子、
仁田 美由紀、木村 祥子、北川 寛明、黒田 杏理、荒金 英樹

愛生会山科病院 薬剤部

【はじめに】

オランザピンは食欲増進作用のある抗精神病薬であり、当院の NST では神経性の食思不振に対し使用している。今回、顕著な食思不振を呈する患者にオランザピンが有効であった症例を報告する。

【症例】

82 歳女性。認知機能低下のため、内服および食事摂取が困難な状態となり当院に転院となった。転院後、NST が介入し、食環境の整備や摂食嚥下リハ、VF による嚥下評価、個別対応食を行っていたが、3 週間経過後も覚醒状態が悪く食事摂取量の増加を認めないため、オランザピンを導入した。

【結果】

オランザピン投与 4 日目より食事摂取量の増加を認めた。1 週間後には覚醒状態が良くなり提供量を全量摂取されるようになったため、提供量を増量し、2 週間後にはほぼ全量摂取可能となった。

【考察】

本症例は、オランザピンの食欲増進作用により十分な食事摂取が可能となった。オランザピンは神経性の食思不振による栄養障害に有効である可能性が考えられるため、さらなる分析を行い、栄養障害のある患者の QOL 改善に繋げていけるように検討していきたい。

P-4-5 SMA 症候群を併発した神経性食思不振症に対して wEDtube を留置し栄養サポートを行った 1 症例

岡田 典子^{1,2}、青谷 望美^{1,2}、笹井 由起子^{1,2}、松本 雅美^{1,2}、岡垣 雅美^{1,2}、桑原 明子³、
飯田 直子³、濱口 真英^{1,2,4}、福井 道明^{1,2,4}

¹ 京都府立医科大学附属病院 栄養管理部、² 京都府立医科大学附属病院 NST、

³ 京都府立医科大学大学院医学研究科 精神機能病態学、⁴ 京都府立医科大学大学院医学研究科 内分泌・代謝内科学

【症例】10 代女性、身長 164cm、体重 70kg、BMI26.0kg/m² であったが COVID-19 に罹患したことを契機に摂食不良となり体重減少した。その後回復に伴い体重は再度増加したが、以後ダイエットを行うようになり約 1 年間で 33.2kg、BMI12.3kg/m² まで減少し、当院精神科受診時に栄養不良状態が著しいと判断され緊急入院となった。

【経過】入院日から Refeeding 症候群のリスクが高いためビタミンや電解質の補充を開始された。また食事と経鼻胃管で栄養投与を行ったが腹痛・嘔吐があり CT 造影にて SMA 症候群の所見あり中止となった。12 病日に主科から NST 介入依頼あり、介入時には静脈栄養からエネルギー 924kcal/日、蛋白質 30g/日が投与されていた。NST からは電解質を適宜補充しながら 2 日ごとに 200～300kcal 増加させていくメニューを提案した。17 病日には再度経口から医薬品栄養剤を開始したが胃管クランプ解除後に一定量の逆流や腹部症状が続いたため 65 病日に十二指腸狭窄部以遠への wEDtube を留置された。その後、濃厚流動食を投与し消化器症状は問題なく経過し 87 病日には静脈栄養は終了、95 病日には経鼻胃管も終了し、経口にて 2300kcal/日摂取可能となり退院時には 44.3kg まで回復し退院となった。

【結論】wEDtube を十二指腸以遠に留置したことで栄養投与がスムーズとなり患者の栄養状態改善に効果的であったと考える。

P-4-6 MCT オイルを用いた栄養療法が一助となった重度摂食障害患者の一例

笠松 大悟¹、井場 大樹²、有田 亜美³、篠木 萌花³、鈴木 崇生¹

¹ 兵庫県立尼崎総合医療センター 救急集中治療科、² 兵庫県立尼崎総合医療センター ER 総合診療科、

³ 兵庫県立尼崎総合医療センター 栄養管理部

1. はじめに

極度の低体重を伴う摂食障害は栄養療法に難渋することが多く、生命予後にも関わる臨床的課題である。近年、中鎖脂肪酸トリグリセリド (MCT) オイルがグレリン活性化を介して食欲促進や栄養状態改善に寄与する可能性が報告されている。今回、NST 介入のもと若年の摂食障害患者に MCT オイルを用いた栄養療法を行った結果、体重増加を認めた症例を報告する。

2. 症例

16 歳女性。8 ヶ月前から食事摂取量が減少し、体重が 41 → 26kg (BMI:11) まで減少し経口摂取困難のため緊急入院となった。摂食障害と広汎性発達障害と診断され、Refeeding 症候群高リスクのため栄養を低カロリーから開始したが、第 13 病日に体重 22.2kg (BMI:9.8) まで減少した。経腸栄養を増量するも食事の匂いや満腹感のため経口摂取量はわずかであり、第 81 病日の体重は 24kg で間接熱量計により安静時エネルギー消費量は 1029 kcal/日だった。同日精神科病棟へ転棟し、NST 介入により食事に MCT オイルを追加した頃より経口摂取意欲が向上した。徐々に食事摂取量は増加し、第 142 病日には食事のみで 2400kcal 摂取可能となり経腸栄養は中止した。体重は第 155 病日に 31.3kg (BMI:13.8) まで回復し、第 166 病日に退院した。

3. 考察

本症例では、MCT オイル導入後に経口摂取量と体重の増加を認めた。MCT オイルは食欲亢進作用と効率的なエネルギー源としての特性から、摂食障害の栄養療法において有用な選択肢となる可能性がある。

P-5-1 重傷患者における経鼻胃管先端位置確認システム“タムガイド®”の有用性

伊集院 真一、金田 晴貴、西村 健、井上 明彦、石原 諭

兵庫県災害医療センター 救急部

タムガイド® はタムガイド® ファイバーとタムガイド® 光源装置からなるハンディタイプの経鼻胃管先端位置確認システムである。先端に LED 光を採用しており経鼻栄養チューブに挿入・留置に使用することで、チューブ先端の胃内挿入を体表から直接確認することが可能である。これまで、予定手術の麻酔導入後の症例や小児症例においては有用性が報告されているが、重症患者に対する報告は無い。今回、当院 ICU に入室した重症患者に対してタムガイドを用いた経鼻栄養チューブの挿入・留置について有用性の検討を行ったので報告する。

P-5-2 補助栄養療法が効果的であった超高齢の熱傷患者の一例

荒木 里美¹、浦瀬 真理子¹、畠山 淳司²

¹ 大阪医科薬科大学病院 栄養部栄養課、² 大阪医科薬科大学病院 救急医学教室

【背景】超高齢の熱傷患者に対して、経口摂取量の不足に補助栄養療法を行い、良好な経過を認めたため報告する。
 【症例】94 歳男性、入所施設の浴槽内で熱湯による臀部、陰部、両側足底部に計 9% のⅡ度からⅢ度熱傷を認め、入院となった。
 【経過】入院時は意識清明であり常食 (29kcal/kg) を摂取していたが、創部の便汚染予防のため便失禁管理システムを挿入したことによる腹部膨満感および処置時の鎮痛薬の使用による嘔吐や意識障害により、摂取栄養量は不足した。熱傷部の疼痛により処置困難となったため、第 11 病日に人工呼吸管理を開始し同時に経腸栄養を開始、25kcal/kg、たんぱく質 1.5g/kg 投与した。第 13 病日、人工呼吸管理を中止し経口摂取を試みたが不足し静脈栄養を併用した。第 21 病日に胃管を再挿入、座位による痛みを軽減するため投与時間を短縮できる粘度可変型経腸栄養剤を食事摂取後に投与した。第 49 病日に植皮術を施行し、術後は人工呼吸管理とし第 54 病日に抜管した。再度、粘度可変型経腸栄養剤へ変更、経口摂取を再開した。その後、経口摂取量が増量し、第 65 病日には経口摂取のみの栄養管理となった。創部は上皮化しつつあり、第 75 病日に転院となった。
 【結語】臀部の熱傷により疼痛があり、食事摂取量が不足する患者に対し胃管を挿入し経腸栄養を投与した。日々細かく経腸栄養剤や食事内容を調整したことで必要栄養量を概ね充足しながら経口摂取へ移行することができた。

P-5-3 肝不全用アミノ酸輸液長期投与時、増量を契機に高クロール性アシドーシスの診断に至った 1 症例

飯野 倫子、須原 良海

宝生会 PL 病院 薬剤部

【背景】肝不全用アミノ酸輸液は、肝性脳症時の血中及び脳内遊離アミノ酸パターンを是正し、脳内モノアミン代謝の改善に用いられる。副作用として、大量・急速投与にてアシドーシスの報告が頻度不明で記載されている。今回、肝不全用アミノ酸輸液増量を契機に高クロール性アシドーシスを経験したので報告する。

【症例】アルコール性肝硬変の 68 歳女性。肝性脳症にて入院し、肝不全用アミノ酸輸液 500mL を投与開始となった。入院時の血清アンモニア値（以下：血清 NH₃ 値）204 μg/dL、血清カリウム値（以下：血清 K 値）4.0mEq/L だった。投与 6 日後、血清 NH₃ 値 185 μg/dL と高値維持あり、傾眠傾向継続しており、投与 9 日目、肝不全用アミノ酸輸液 1000mL に増量となった。投与 12 日目、血清 K 値 5.0mEq/L、血清クロール値 121mEq/L と上昇あり、アシドーシスによる高 K 血症を疑い、薬剤師から主治医へ血液ガスの評価を提案した。血液ガス結果は pH7.203、HCO₃7.3mmol/L であり高クロール性アシドーシスと診断された。炭酸水素ナトリウム投与と肝不全用アミノ酸輸液は 500mL へ減量し、意識レベル改善を認めた。

【考察および結論】

肝不全用アミノ酸輸液は、プロトンが多くアシドーシスに注意が必要であり、本症例ではプロトン負荷が起こったと考えられる。肝不全用アミノ酸輸液使用時は、血清 NH₃ 値、血清 K 値、血清クロール値の経時的な評価が重要と考える。

P-5-4 輸液ポンプ精度を知り指示量の全量投与を目指す取り組み

畑野 見帆、山本 遙香、鈴木 花奈、翼 朋子、西垣 美沙、木村 麻紀、山田 圭子、定政 信猛、高橋 周史

医療財団法人 康生会 武田病院

【背景】

輸液ポンプは投与精度 ± 10% 程度であり輸液の粘度や濃度によっても左右されることが考えられる。当院では輸液ポンプを数多く使用しているが精度を加味したルールは定めていない現状である。投与時間で算出した滴下速度投与では残液があったため、水分や栄養分は正しく投与されているか実際のポンプ精度を検証し指示量投与の方法を検討したい。

【目的】

実際の輸液ポンプ精度を明らかにし、水分・栄養の適正投与に繋げるための研究とする。

【方法】

対象は、2024 年 3～4 月に輸液ポンプを使用し投与速度ではなく投与時間指示がある患者を対象とした。方法は、滴下速度を計算し速度そのまま投与する群（A）速度に +10% 群（B）として残量を比較した。

【結果】

①エネフリード投与 550ml 8 時間投与指示

(A) 69ml/h 残 60ml (B) 75ml/h 残 30ml

②ビーフリード 500ml 8 時間投与指示

(A) 63ml/h 残 65ml (B) 69ml/h 残 17ml

③エルネオパ 1 号 1000ml 24 時間投与指示

(A) 42ml/h 残 88ml (B) 46ml/h 残 8ml

【考察】

A 群では約 10% の残量となった。輸液ポンプ使用により予測される投与量と実際の投与量に誤差が生じ、輸液製剤によっても残量に変化する可能性が示唆された。輸液ポンプを使用し投与する際は、輸液の種類に合わせて滴下速度の調整を考慮する必要があると考えた。

【結語】

・輸液ポンプ精度について周知する。

・速度調整の方法を検討する。

以上を NST 活動の一環として行っていきたい。

P-5-5 高カロリー輸液の静脈栄養関連肝障害に対してサイクリック PN が奏功した一例

北川 寛明、黒田 杏理、長野 由紀子、菅田 美菜、柏木 万為子、岡本 桂奈子、八木 聖子、樋口 眞宏、
松本 史織、仁田 美由希、荒金 英樹

一般社団法人愛生会 山科病院 内科

はじめに：経静脈栄養の合併症の一つに肝機能障害があり、その治療の一つとして静脈栄養の投与速度に変化をつけるサイクリック PN (cyclic Parenteral Nutrition；以下 cPN) が挙げられる。

症例：患者は身長 153.0 cm、体重 43.1 kg、90 歳の男性で、X 年 1 月に視床出血・脳室穿破の重症脳内出血で救急搬送後、保存的加療の方針で当院へ転院となった。既往歴は高血圧、2 型糖尿病、不整脈疑いなどがあったが、肝疾患に関して特記事項はなかった。

治療経過：2 月 28 日まで末梢静脈栄養を行っていたが、家族の希望もあり、3 月 1 日より完全静脈栄養に変更、210 kcal から 840 kcal へ投与カロリーを増量した。3 月 3 日には AST 47 IU/L、ALT 61 IU/L、ALP 145 IU/L と肝機能障害が示唆され始め、3 月 14 日には AST 55 IU/L、ALT 91 IU/L、ALP 188 IU/L まで増悪した。翌 15 日より輸液の速度を 0-12 時は 75mL/h、12-24 時は 50mL/h へ調整したところ、3 月 17 日には AST 36 IU/L、ALT 60 IU/L、ALP 183 IU/L、3 月 28 日には AST 25 IU/L、ALT 23 IU/L、ALP 182 IU/L まで改善した。

結果：短期間でも静脈栄養を受けた患者は肝機能障害を来することが知られており、cPN により ALP 以外の数値に関しては改善が得られることも知られている。本症例でも投与カロリーを減らすことなく肝機能障害が改善した。

考察：持続的な経静脈栄養を行う際は 24 時間一定の速度で投与することが多いが、肝機能障害を予防・治療するには cPN が有効である。

**P-5-6 低 Na 血症への対応
～たんぱく質負荷により低 Na 血症の改善が得られた症例を通して**

勝本 恵理香¹、畠中 真由²、井上 美咲³、白石 智順²、高森 翔子²、山口 剛²、伊藤 明彦²

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 東近江総合医療センター 栄養サポートチーム、

³ 国立病院機構 南京都病院 栄養管理室

【背景】

NST 活動の中で低 Na 血症を認める高齢患者に遭遇することは多い。頻用される NaCl の経口投与は、高齢者では体液過剰やうっ血性心不全の増悪リスクがあり、口渇感で水制限が困難となる問題も生じやすい。今回、水制限とたんぱく質摂取による溶質排泄増加に着目し、たんぱく質負荷を図ることで、Na 値の改善が得られた症例を経験したので報告する。

【症例】

80 歳代女性。身長 142cm、体重 40kg、BMI19.8。左大腿骨頸部骨折で入院。入院時、血清 Na126mEq/L と低値。細胞外液での補正では改善せず手術は延期。摂取不良があり、第 4 病日より NST 介入。短期間の利尿薬投与が行われ、血清 Na 値は 135mEq/L まで改善。第 8 病日に手術を施行したが、術後に再度低 Na 血症を認めた。水制限に加え、たんぱく質摂取による溶質排泄増加に着目し、たんぱく質負荷を行った。たんぱく質摂取量は術後 71g/日 まで増加。第 19 病日には血清 Na135mEq/L まで改善し、必要栄養量の確保も可能となり、第 50 病日にリハビリ病院へ転院となった。

【考察】

NaCl の経口投与は、口渇感で水制限の継続が困難となり得る。また、NaCl を摂取するために水分の多い食形態への変更希望も多くなるが、エネルギー摂取量の低下に繋がり NST が目指す栄養管理から遠ざかる。今回は、たんぱく質量に着目することで食品の選択肢が増え、食事調整の幅が広がった。その結果、必要栄養量・必要たんぱく質量の確保にも繋げることが出来た。

P-5-7 腸閉塞に対して保存的加療中に超重症低ナトリウム血症をきたした 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】単純性腸閉塞に対しては絶食補液にて入院加療を行うことは臨床上よく経験することである。今回、症状の経過を確認しながら細胞外液から維持液に変更し、食事を開始していく過程で超重症低ナトリウム血症となった症例を経験したため報告する。

【症例】直腸癌に対し腹会陰式直腸切断術の既往のある ADL が自立した 82 歳男性。腸閉塞症状を繰り返しており、今回右側腹部痛を主訴に受診した。CT 検査にて糞便性腸閉塞と診断し、絶食と補液にて入院加療を行った。入院時は Na : 129mmol/L。入院初日は細胞外液を 1500ml 投与、翌日より細胞外液 1000ml + 維持液 500ml に変更した。入院 5 日目より食事摂取を開始し、食事量に合わせて補液量を調整していたが、入院 9 日目に腸閉塞が再燃し再度絶食で細胞外液 500ml + 維持液 1500ml に変更となった。入院 13 日目に不穏と意識レベルの低下を認めたため血液検査を実施したところ、Na : 103mmol/L と超重症低ナトリウム血症をきたしていた。入院中に带状疱疹に罹患しており、アシクロビルによる加療も行っていたため、带状疱疹やアシクロビルを被疑薬とする薬剤性、維持液による希釈、高齢に伴う塩類喪失腎症、副腎不全などを鑑別にあげて、各種検査を行いながら Na の補正を開始した。Na 補正開始後は意識レベル、Na 値ともに徐々に改善し、退院直前には Na : 129mmol/L、退院後の外来では 137mmol/L と正常値まで回復した。

ポスター 6 地域連携

P-6-1 各領域（急性期病院から在宅まで）の栄養管理の違いについて
～ベテラン管理栄養士の実務経験から～

小林 広明

栄養相談所 はむはむ（ボランティア団体）

■目的

栄養管理は病院から自宅までシームレスに行うことが重要視されている。40 年間急性期から回復リハ・地域包括病棟、介護施設・老人ホーム、在宅まで経験し、各領域での栄養管理方法や特性など実務経験した管理栄養士として、シームレスな栄養管理の解決の一助になるよう事例も交えて述べてみたい。

■結果

急性期病院では、入院期間が短く具体的な栄養状態の結果は困難であり、管理栄養士としての実感が乏しかった（事例あり）。回復リハ・地域包括病棟では、人間の治療力向上の栄養管理となる。また患者本位の管理は非現実的であり、家族や退院先など考慮した管理が求められた（事例あり）。介護施設・老人ホームでは、食事も生活の一部として捉え楽しく過ごすことが目的である。人間力が大事だと学んだ。在宅では、患者の尊厳や家族へのケアが重要である。個人が判断し行動しなければ成り行かないことも学んだ（事例あり）。地域連携では、正確な情報や早急に実施出来る事が重要だと学んだ。

■結論

シームレス化と叫ばれていますが、各領域での方法や考え方は違います。各領域の理解や本人や家族、各職種側に立った考えが無ければ成り立ちません。また高齢社会となりご本人の意向に沿わない方向になる場合もあります。最後に栄養管理は、栄養素を見るのではなく人間を見る“人間栄養学”として考える必要があると最近ようやく理解出来ました。

P-6-2 介護施設における PTEG 造設後対象者の受け入れに関する取り組みの実践報告

加藤 麻緒¹、瀬見井 千砂²

¹ 株式会社シーユーシー・ホスピス 本社所属、² 株式会社シーユーシー・ホスピス ReHOPE 京都太秦

【目的】

PTEG（経皮経食道胃管挿入術）は胃瘻が困難な症例に対し在宅医療でも用いられるが、介護施設での受け入れ例は少なく、対応への不安が課題である。本研究では、PTEG 増設後対象者の受け入れに際し看護師が抱く不安と、その軽減に有効な事前準備について明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象は A 施設に勤務する看護師 10 名。不安の強さを入居前・準備中・ケア実施後の 3 段階に分け、10 段階評価と自由記述を含む質問紙調査を実施した。

【結果】

不安の平均値は入居前 5.1、準備中 3.62、ケア後 2.7 と軽減傾向を示した。動画やパンフレットによる情報提供、実地指導が有効との意見が多かった一方で、実践を通じてトラブル対応への不安が新たに生じたという意見もあった。

【考察】

事前の情報共有や教育的支援により不安軽減は可能であり、経験を重ねることでさらなる安心感に繋がることが示唆された。一方、トラブル時対応の不安は残るため、今後は対応マニュアルや実践的な指導体制の構築が重要である。

【結論】

PTEG は介護施設でも十分対応可能な医療処置であり、看護師の不安軽減には事前準備と情報共有が有効であることが明らかとなった。

P-6-3 京都市西京地域“all 西京栄養を考える会”活動報告

川手 由香^{1,2}、池田 芙美¹、南 あゆみ³、長谷川 剛道⁴、榎川 知廣⁵、児島 さゆり⁶、栗田 法宣⁷、杉山 有美⁸、守上 佳樹⁹、松谷 泰男¹⁰

¹ 京都桂病院 栄養科、² 武庫川女子大学 食物栄養学科、³ 沓掛寮・くつかけ七彩の家 栄養管理部、

⁴ シミズ病院 栄養科、⁵ 洛西シミズ病院 栄養科、⁶ 洛西ニュータウン病院 栄養部、⁷ 洛西ふれあいの里療護園、

⁸ 三菱京都病院 栄養管理科、⁹ よしき往診クリニック、¹⁰ 日本赤十字社 和歌山医療センター

【目的】在宅時代を見据え安心して老いることができる町づくりに栄養面から貢献することを目的に「all 西京栄養を考える会」を立ち上げ活動しているので報告する。

【方法】病院管理栄養士、NST 研修施設の NST 指導医師、地域の往診クリニック院長の 3 名が発起人となり、京都市西京区の入院入所施設の管理栄養士が集まり 2018 年 3 月に第 1 回会合を開催し現在に至る。

【結果】京都市西京区の 17 施設が会員である。会合では行き来する利用者の摂食嚥下機能に適した食事を速やかに提供できるよう学会分類と写真を付した各施設の食事内容、流動食をはじめとした使用特殊食品、地域で利用できる宅配弁当の情報整理を行い、一覧表を作成し共有している。また栄養情報連携書を使用しやすいように西京バージョンに改編するなどして連携強化、栄養管理の質向上、施設経営への寄与を念頭に活動している。コロナ禍では連携継続のためにオンラインによる会合を行い、現在は食材費高騰とマンパワー不足、食物アレルギー等の対応などの情報共有を行っている。

【結論】京都西京地域の栄養連携の取り組みを紹介した。この取り組みで地域施設の特色、食事内容、抱える栄養問題の共有と連携の環境整備が行えている。しかし個々の問題への介入は難しい。今後は入所を有さない施設や在宅領域の管理栄養士、そして地域の食に携わる多職種へと活動を広げ、地域栄養の質向上に今後も寄与していく。

P-6-4 当院における栄養情報連携料算定の状況と課題

垣谷 知佐

社会医療法人榮昌会 吉田病院栄養管理室

【目的】患者の栄養状態の維持・向上には、入院医療機関から退院先医療機関・施設への栄養情報提供が不可欠である。今回 2024 年診療報酬改定で新設された栄養情報連携料の算定状況について 2024 年 9 月～2025 年 3 月間の実績を分析し、課題と改善策を検討したため報告する。

【方法】2024 年 9 月～2025 年 3 月間で、施設・病院へ退院した 138 名を対象とした。情報提供書は厚生労働省が示した書式を使用し、退院前に退院先の管理栄養士に電話で説明後、情報提供書を FAX した。作成数、送付の可否とその理由を集計し、送付率と送付不可の理由を分析した。

【結果】対象数は 138 件であった。情報提供書の送付数は 90 件、未送付は 48 件、送付率は 65.2% であった。未送付理由として、「連絡が困難」11 件、「短期入院」4 件、「相手先の管理栄養士が不在」13 件、「作成が間に合わなかった」20 件であった。

【結論】未送付の理由別では、「作成が間に合わなかった」の 19 件（未送付数の 40%）が最も多く、次いで「連絡が困難」の 11 件（同 23%）、「相手先の管理栄養士が不在」の 12 件（同 25%）であった。これらの課題を解決するためには、情報提供の必要性を関係者間で共有し、円滑な情報伝達のための体制整備が必要と考える。今後は、情報提供書の作成、送付率向上に向けた取り組みを継続的に行い、その効果を検証していく。

—MEMO—

日本栄養治療学会近畿支部 第17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17回支部学術集会の開催にあたり、下記の企業・団体様より格別のご支援をいただきました。ここに謹んで御礼申し上げます。

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

セミナー共催

株式会社大塚製薬工場
株式会社シーユーシー・ホスピス

ミヤリサン製薬株式会社

企業展示

アボットジャパン合同会社
石黒メディカルシステム株式会社
株式会社インボディ・ジャパン
Contrea 株式会社
さつき株式会社

三栄メディシス株式会社
ニプロ株式会社
株式会社 Fujitaka
株式会社 明治
森永乳業クリニコ株式会社

広告

アステラス製薬株式会社
遊部工芸株式会社
オリンパスマーケティング株式会社
コヴィディエンジャパン株式会社
佐野器械株式会社
ジョンソンエンドジョンソン株式会社

株式会社辰馬コーポレーション
テルモ株式会社
日本歯科薬品株式会社
ネスレ日本株式会社
ノーベルファーマ株式会社
株式会社増田医科器械

寄付

一般社団法人愛生会

(50音順・敬称略)
(2025年6月10日現在)