

日本栄養治療学会九州支部 第15回支部学術集会

プログラム・抄録集

会 期：2024年9月7日（土） 9:25～16:15

会 場：カクイックス交流センター（かごしま県民交流センター）

〒892-0816 鹿児島県鹿児島市山下町14-50

TEL 099-221-6600

会長：加治 建（久留米大学医学部外科学講座 小児外科部門 主任教授）

日本栄養治療学会九州支部 第15回支部学術集会の開催にあたって

日本栄養治療学会九州支部 第15回支部学術集会
会長 加治 建
久留米大学医学部外科学講座 小児外科部門



このたび、日本栄養治療学会九州支部 第15回支部学術集会の大会長を拝命しました久留米大学外科学講座 小児外科部門の加治 建と申します。

本学術集会のテーマは「QOL向上をめざしてみんなで栄養管理を考えよう」といたしました。プログラムの内容は、特別講演を1題、教育セミナーを2題、ランチョンセミナーを企画しました。また、一般演題として、12題の演題を頂きましたことを心より感謝申し上げます。

令和6年度の診療報酬改定に伴い、栄養スクリーニングとGLIM基準による栄養評価が求められるようになりました。また、臨床の現場では、早期経腸栄養加算や管理栄養士の病棟配置をすすめるなど、今まで以上に多職種で行なうチーム医療の重要性が高まっていると考えています。これらの活動は患者様のQOLの向上に結びつくものであり、高齢化社会の日本においてはさらに重要な課題と考えております。本研究会では、講演を通じた新たな学びの場として、また、各施設の工夫や成果の発表を通して、明日からの臨床の参考になるようディスカッションを深めたいと考えております。

また、本研究会開催にあたり、皆様にご迷惑をおかけしたことをお詫び申し上げます。まず、途中で学会名が日本栄養治療学会に変更になり、本会も日本栄養治療学会九州支部 第15回支部学術集会に変更になりました。会場名が『かごしま県民交流センター』から『カクイックス交流センター』に変更になりました。さらに、事前参加登録システムについて、学会本部のシステムを利用しており、わかりにくい部分があったのではと思います。できるだけ早急に対応して参りましたが、至らなかった点があったかと思えます。ご参加頂く皆様にとって有意義な会になるよう最後まで鋭意準備して参りますのでご支援の程、何卒よろしく申し上げます。それでは、現地でお目にかかれますことを楽しみにしております。

日本栄養治療学会九州支部 世話人一覧

| 役職 | 氏名 | 都道府県 | 所属 |
|-------|-------|---------------|-------------------------|
| 支部長 | 大脇 哲洋 | 鹿児島県 | 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 |
| 代議員 | 朝川 貴博 | 福岡県 | 社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 |
| | 浅桐 公男 | 福岡県 | 雪の聖母会 聖マリア病院 |
| | 石井 信二 | 福岡県 | 聖マリア病院 |
| | 石橋 生哉 | 福岡県 | 久留米大学医学部 |
| | 井上 真 | 大分県 | 社会医療法人 敬和会 大分岡病院 |
| | 井樋 涼子 | 福岡県 | 医療法人光洋会 赤間病院 |
| | 岩崎 日香 | 福岡県 | 公益財団法人健和会 大手町病院 |
| | 大久保恵子 | 福岡県 | 医療法人 成晴会 |
| | 大原 寛之 | 長崎県 | 日本赤十字社 長崎原爆病院 |
| | 加治 建 | 福岡県 | 久留米大学医学部 |
| | 川口 巧 | 福岡県 | 久留米大学医学部 |
| | 北 英士 | 大分県 | 大分県厚生連鶴見病院 |
| | 後藤 渉 | 福岡県 | 社会医療法人 製鉄記念八幡病院 |
| | 小林 英史 | 鹿児島県 | 医療法人健翔会 慈遊館クリニック |
| | 七種 伸行 | 福岡県 | 雪の聖母会 聖マリア病院 |
| | 嶋津小百合 | 熊本県 | 社会医療法人令和会 熊本リハビリテーション病院 |
| | 白石 愛 | 熊本県 | 社会医療法人令和会 熊本リハビリテーション病院 |
| | 白尾 一定 | 宮崎県 | JCHO 宮崎江南病院 |
| | 鈴木 裕也 | 福岡県 | 社会医療法人 製鉄記念八幡病院 |
| | 鈴木 彰人 | 宮崎県 | 九州医療科学大学 |
| | 田崎 亮子 | 大分県 | 学校法人 別府大学 |
| | 轟 知光 | 福岡県 | 社会医療法人天神会 新古賀病院 |
| | 唐原 和秀 | 大分県 | 天心堂へつぎ診療所 |
| | 中島 信久 | 沖縄県 | 琉球大学病院 |
| | 長門 直 | 福岡県 | 社会医療法人シマダ 嶋田病院 |
| | 中道真理子 | 福岡県 | 原土井病院 |
| | 西岡 心大 | 長崎県 | 一般社団法人是真会長崎リハビリテーション病院 |
| | 橋詰 直樹 | 福岡県 | 久留米大学外科学講座 |
| | 林 勝次 | 福岡県 | 医療法人博愛会 京都病院 |
| | 藤井 航 | 福岡県 | 九州歯科大学 |
| | 松尾 晴代 | 鹿児島県 | 鹿児島市医師会病院 |
| | 山内 健 | 佐賀県 | 佐賀県医療センター好生館 |
| 吉田 貞夫 | 沖縄県 | ちゅうざん病院 | |
| 吉村 芳弘 | 熊本県 | 熊本リハビリテーション病院 | |

| 役職 | 氏名 | 都道府県 | 所属 |
|-------|-------|-----------------------|-----------------------|
| 学術評議員 | 明石 哲郎 | 福岡県 | 済生会福岡総合病院 |
| | 池松 禎人 | 長崎県 | 十善会病院 |
| | 井田 智 | 熊本県 | 熊本大学大学院 |
| | 伊東 弘樹 | 大分県 | 大分大学医学部附属病院 |
| | 井上 光鋭 | 福岡県 | 久留米大学病院 |
| | 岩坂日出男 | 大分県 | 医療法人輝心会 大分循環器病院 |
| | 大津山樹理 | 福岡県 | 久留米大学病院 |
| | 大林 光念 | 熊本県 | 熊本大学 |
| | 小倉 秀美 | 福岡県 | JCHO九州病院 |
| | 尾本 至 | 鹿児島県 | 医療法人あさひ会 金子病院 |
| | 居石 哲治 | 福岡県 | |
| | 片桐 義範 | 福岡県 | 公立学校法人福岡女子大学 |
| | 小橋川広樹 | 沖縄県 | 琉球大学病院 |
| | 坂本 早季 | 福岡県 | 久留米大学 |
| | 佐藤 清治 | 佐賀県 | 多久小城医療組合 |
| | 眞田 雄市 | 福岡県 | 福岡記念病院 |
| | 白土 健吾 | 福岡県 | 飯塚病院 |
| | 末継 拓郎 | 福岡県 | 久留米大学病院 |
| | 末廣 剛敏 | 福岡県 | 遠賀中間医師会 おかがき病院 |
| | 鈴木 達郎 | 福岡県 | 産業医科大学若松病院 |
| | 竹元 明子 | 宮崎県 | 南九州大学 |
| | 田中 誠 | 鹿児島県 | 池田病院 |
| | 谷口英太郎 | 福岡県 | らそうむ内科・リハビリテーションクリニック |
| | 中島 仁美 | 福岡県 | 高良台リハビリテーション病院 |
| | 長嶋フクエ | 福岡県 | 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院 |
| | 永田 茂行 | 福岡県 | 飯塚病院 |
| | 中野 広美 | 大分県 | 社会医療法人 関愛会 佐賀関病院 |
| | 長野 文彦 | 熊本県 | 熊本リハビリテーション病院 |
| | 永松 あゆ | 福岡県 | 久留米大学病院 |
| | 中村 晶俊 | 福岡県 | 国立病院機構小倉医療センター |
| | 西岡 絵美 | 長崎県 | 社団法人是真会長崎リハビリテーション病院 |
| | 林 章浩 | 佐賀県 | 佐賀大学医学部附属病院 |
| | 原 徳美 | 大分県 | 特別養護老人ホーム BASARA |
| 樋口 則英 | 長崎県 | 長崎みなとメディカルセンター | |
| 一ツ松 薫 | 福岡県 | 大濠内科 | |
| 福泉公仁隆 | 福岡県 | 独立行政法人国立病院機構 九州医療センター | |

| 役職 | 氏名 | 都道府県 | 所属 |
|-------|-------|------|-------------------------|
| 学術評議員 | 藤田 和彦 | 熊本県 | 熊本第一病院 |
| | 升井 大介 | 福岡県 | 久留米大学 |
| | 松尾 剛志 | 宮崎県 | 独立行政法人地域医療機能推進機構 宮崎江南病院 |
| | 松永 典子 | 長崎県 | 長崎大学病院 |
| | 水田 敏彦 | 佐賀県 | 聖医会 藤川病院 |
| | 武藤 充 | 鹿児島県 | 医療法人椎原会 有馬病院 |
| | 山野 修平 | 長崎県 | 長崎大学病院 |
| | 山本美紗子 | 佐賀県 | 佐賀県医療センター好生館 |
| | 山本 貴博 | 福岡県 | 中村学園大学 |
| | 吉田 索 | 福岡県 | 聖マリア病院 |
| | 吉山 恭子 | 福岡県 | 九州大学病院 |
| | 湧上 聖 | 沖縄県 | 宜野湾記念病院 |

会場のご案内

■ カクイックス交流センター（かごしま県民交流センター）

〒892-0816 鹿児島県鹿児島市山下町14-50 TEL：099-221-6600



■ 鹿児島空港から

- タクシー 約40分(高速道路利用時)
- 空港バス 「8番乗場」より約50分「市役所前」降車 → 徒歩 約5分
便によっては「市役所前」で停車しない場合があります。乗車時にご確認下さい。

■ JR 鹿児島中央駅から

- 路面電車 「鹿児島中央駅前」より約10分「水族館口」降車 → 徒歩 約5分
- バス 「東口バスのりば」より約12分「水族館口」降車 → 徒歩 約5分
「東口バスのりば」より約12分「交流センター前」降車 → 徒歩 約1分
- タクシー 約10分

■ JR 鹿児島駅から

- 路面電車 「鹿児島駅前」より約2分「水族館口」降車 → 徒歩 約5分
- 徒歩 約10分

【車をご利用の方】

- 九州自動車道「鹿児島北 I.C」より国道3号（伊敷街道）城山トンネル経由（約17分）
駐車場（地下1・2階）料金30分150円（施設利用者は駐車券を承認機に通すことで2時間まで無料）

参加者へのご案内

■開催形態

本学術集会は、現地開催となります。

※九州支部第15回支部学術集会においては、会期後のオンデマンド配信はございません。

■会期・場所

会期：2024年9月7日（土）

場所：カクイックス交流センター（かごしま県民交流センター） 2階 大ホール

住所：〒892-0816 鹿児島県鹿児島市山下町14-50

■参加登録

当日受付の混雑緩和のため、本学術集会ホームページより事前参加登録へのご協力をお願いいたします。

事前参加登録：2024年7月30日（火）～ 9月6日（金）正午

| | 事前参加登録 | 当日参加登録 |
|-----|--------|--------|
| 会員 | 3,000円 | 4,000円 |
| 非会員 | 4,000円 | 5,000円 |
| 学生 | | 無料 |

【事前参加登録をご利用の場合】

日本栄養治療学会ホームページの『マイページ』⇒『セミナーのご案内』から『九州支部学術集会』の受付をお願いします。ホームページ上には『九州支部、ランチョン事前申込（無）』と『九州支部、ランチョン付』の2種類がありますので、お間違えないようにお願いします。

事前登録終了後は、受講票をダウンロード、もしくはプリントアウトして持参してください。受講票内にあるQRコードを準備の上、受付にてご提示ください。ネームカードをお渡しいたします。

【学会会場にて当日参加受付をご利用の場合】

会場に準備しております“当日参加受付用紙”に必要事項を記載し、当日参加受付をご利用ください。

当日参加登録費の決済は、後日払いでクレジットカード、銀行振込をご選択いただけます。対応時間に非常に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。

※ 学生の方は、当日受付にて学生証のご提示をお願いいたします。

※ 参加登録完了の時点で、日本栄養治療学会NST専門療法士認定・更新申請の5単位が取得されます。

■受付（ネームカード引換）

時間：8：30～15：30

場所：カクイックス交流センター（かごしま県民交流センター）2階 大ホール前ネームカードに所属・氏名をご記入の上、会期中は必ずご着用ください。ネームカードホルダーは、参加受付で配ります。

■ランチョンセミナー

- ・フードロスおよび環境への配慮から、今年度よりランチョンセミナーにおいては事前参加登録制を採用することといたしました。『【九州支部】ランチョン付_九州支部第15回支部学術集会』から事前申込みされた方には、お弁当を用意いたします。事前参加受付時にQRコードをご呈示頂き、確認できましたらランチョン整理券をお渡しします。
- ・日本栄養治療学会マイホームページからの事前登録時には『ランチョン付』と『ランチョン無』の2種類がありますのでご確認ください。
- ・会場整理の都合上、『ランチョンセミナー整理券』はプログラム開始5分後まで有効といたします。
- ・ランチョンセミナーの事前申込をされていない方は、中ホールでのライブ上映をご視聴ください。中ホールでは、飲食はできませんこと、質疑応答はできませんことをご了承ください。

■領収証について

参加登録完了後、会員（非会員）マイページより発行可能となります。

JSPEN本部のマイページにログイン後、ご自身で領収書をダウンロードしてください。

（インボイス制度対応の領収書となります。）

※ 当日参加登録の方々は学会事務局にて入金確認後に、会員（非会員）マイページに登録いたします。入金確認後の平日1週間程度お時間がかかりますことをあらかじめご了承ください。

なお、ホームページ上にて登録がない方につきましては、領収書の発行ができませんので、ご了承ください。

■抄録集

プログラム・抄録集は発刊いたしません。九州支部会員ならびに事前参加登録された方に限り、プログラム・抄録集のPDFデータを、本会ホームページ「プログラム・日程表」内の「プログラム・抄録集」よりダウンロードしていただけます。ダウンロードには、ID / パスワードが必要になります。

【会員で事前参加登録された方】

マイページにてID / パスワードをご確認ください。

【非会員で事前参加登録された方】

事務局よりご登録いただいたメールアドレスへID / パスワードをお知らせいたします。

【当日参加登録された方】

受付にてID / パスワードをお知らせいたします。

第15回支部学術集会のホームページ『プログラム・日程表』からダウンロードしてください。

■世話人会

時間：11：20～12：00

会場：カクイックス交流センター（かごしま県民交流センター） 3階 中研修室2

■総会

時間：13：00～13：15

会場：カクイックス交流センター（かごしま県民交流センター） 2階 大ホール

■企業展示会・ドリンクサービス

時間：8：30～16：15

会場：カクイックス交流センター（かごしま県民交流センター） 2階 展示ロビー

※ドリンクサービスはなくなり次第終了となります。

■その他

- ・クロークは今回設置しておりません。
- ・強制ではございませんが、できるだけマスク着用をお願いします。
- ・ランチョンセミナーの際は、黙食にご協力ください。

■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。

座長・演者へのご案内

■発表時間

一般演題 発表7分、質疑3分

■座長の方へ

- ・質問、意見の採否は座長に一任いたします。
- ・セッション開始10分前までに、会場内右側の前方にある「次座長席」にお着きください。
- ・時間厳守の進行管理にご協力をお願いいたします。

■演者の方へ

【スライドについて】

- ・PC受付にて、発表セッションの開始約30分前までに試写をお済ませください。
場所：2階 中ホール前通路
日時：2024年9月7日（土）8：30～15：00
- ・ファイル名は「演題番号_演者名.pptx」としてください。（例：O-1学会太郎.pptx）
- ・ファイル名に半角・全角スペースは使用しないでください。
- ・発表データにリンクファイル（静止画・動画・グラフ等）がある場合は、発表分のPowerPointファイルとリンクファイルを1つのフォルダにまとめて保存してください。
- ・提出された発表データは、学術集会終了後、主催者側で責任をもって消去いたします。
- ・セッション開始30分前までにPC受付にて発表データの試写を行ってください。
- ・発表は演台上に設置されているマウス・キーボードを操作し、行ってください。

【データ持ち込みの場合】

- ・発表データは、PCデータのみのお持ち込みといたします。
- ・発表データに使用するWindows OSは、Windows11となります。
※Macintoshをご使用の方はご自身のパソコンをお持ちください（PC本体をお持ち込みの方へ：参照）。
- ・発表データは、USBメモリかCD-Rにてご持参ください。
※保存するメディアには発表に必要なデータのみとし、他のデータは保存しないでください。
※持ち込まれるメディアは、各自にて最新のデータによるウイルスチェックを必ず行ってご持参ください。
※バックアップとして予備のデータもお持ちいただくことをお勧めします。
- ・発表に使用できるデータは、PowerPoint 2016～2021となります。
- ・発表データに使用するフォントは、Windows11に標準搭載されているフォントを推奨いたします。
- ・PowerPoint上の動画は使用可能ですが、動画データはWindows11で標準状態のWindows Media Playerで再生できるファイル形式にて作成し、PowerPointにリンクしてください。
※事前に発表データを作成したPCとは別のPCで、動作確認をお願いいたします。
※動画データはPowerPointデータとともに使用する動画ファイルを同一フォルダーに整理し保

存のうえ、ご持参ください。

※標準的な動画コーデック以外の動画ファイルの場合、再生に不具合を生じる場合がございます。動画再生に不安のある方は、ご自身のPCをご持参いただくことをお勧めいたします。

※動画ファイルを埋め込み処理された場合は、別途その動画ファイルもご持参いただくことをお勧めいたします。

【PC本体をお持ち込みの方へ】

- ・Macintoshを使用される方は、ご自身のPCをお持ちください。
- ・接続端子は「HDMI」です。
※Macintoshや一部のWindowsマシンでは変換コネクタが必要となりますので、必ずご持参ください。
- ・スクリーンセーバー、省電力設定をあらかじめ解除してください。
- ・ACアダプターは必ずご持参ください。
- ・故障などの予期せぬトラブルに備え、バックアップデータをご持参ください。
- ・発表の際は、会場内演台付近のPCオペレーター席までPC本体を発表15分前にお渡しください。
- ・講演終了後、オペレーター席でPCを返却いたします。
- ・スムーズな進行をするためにPowerPointの「発表者ツール」の使用はお控えください。
- ・発表原稿が必要な方は、あらかじめプリントアウトをお持ちください。会場でのプリントアウトは対応しておりません。

■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、一般社団法人 日本栄養治療学会ウェブサイトよりご確認ください。

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

日程表

| | | |
|-------|---------------|---|
| 9:00 | 8:30 ~ | 受付 |
| | 9:25~9:30 | 開会の辞 加治 建 (日本栄養治療学会九州支部 第15回支部学術集会 会長) |
| 10:00 | 9:30 ~ 10:20 | 教育セミナー 1 「GLIM グリム ぐりむ – 入院患者さんの栄養評価」 講師：石橋 生哉 (久留米大学医学部外科学講座 周術期管理・栄養治療学担当 教授) 司会：大脇 哲洋 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 離島へき地医療人育成センター センター長 地域医療学分野 教授) |
| 11:00 | 10:25 ~ 11:15 | 特別講演 「NSTに必要な栄養管理のポイント」 ・栄養評価とたんぱく質の投与意義 ・栄養管理活動の現状 (ニュークックチルの導入と効果) 講師：田中 芳明 (朝倉医師会病院 院長特別補佐 久留米大学名誉教授) 司会：加治 建 (久留米大学医学部外科学講座 小児外科部門 主任教授) 共催：アポットジャパン合同会社 |
| | 11:15 ~ 12:00 | 休憩 11:20 ~ 12:00 日本栄養治療学会 九州支部 世話人会 会場：3F 中研修室 2 |
| 12:00 | 12:00 ~ 12:50 | ランチョンセミナー 便通異常症診療ガイドライン 2023 に基づいた慢性便秘症診療 ~腸内細菌に注目して~ 講師：伊原 栄吉 (九州大学大学院医学研究院 病態制御内科学 准教授) 司会：福泉公仁隆 (国立病院機構九州医療センター 臨床研究センター 医療管理企画運営部長) 共催：ミヤリサン製薬株式会社 |
| 13:00 | 13:00 ~ 13:15 | 総会 大脇 哲洋 (日本栄養治療学会 九州支部会長) |
| 14:00 | 13:15 ~ 14:05 | 教育セミナー 2 重症患者の管理に適した新規濃厚流動食品の開発 講師：中森 靖 (関西医科大学総合医療センター 救急医学科 教授) 司会：垣花 泰之 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 生体機能制御学講座 救急・集中治療医学分野 教授) 共催：株式会社大塚製薬工場 |
| | 14:05 ~ 14:10 | 休憩 |
| 15:00 | 14:10 ~ 15:10 | 一般演題 1 O-1 ~ O-6 座長：浅桐 公男 (聖マリア病院 小児外科 診療部長) 松尾 晴代 (鹿児島市医師会病院 看護部) |
| 16:00 | 15:10 ~ 16:10 | 一般演題 2 O-7 ~ O-12 座長：吉田 貞夫 (ちゅうざん病院 副院長) 深水 知英 (鹿児島大学病院 薬剤部 副薬剤部長) |
| | 16:10~16:15 | 次期大会長ご挨拶 吉田 貞夫 (日本栄養治療学会九州支部 第16回支部学術集会 会長) 閉会の辞 加治 建 (日本栄養治療学会九州支部 第15回支部学術集会 会長) |

プログラム

開会のご挨拶

9:25～9:30

加治 建

日本栄養治療学会九州支部 第15回支部学術集会 会長

教育セミナー1

9:30～10:20

司会：大脇 哲洋（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 離島へき地医療人育成センター
センター長 地域医療学分野 教授）

ES1 GLIM グリム ぐりむ - 入院患者さんの栄養評価

石橋 生哉（久留米大学医学部外科学講座 周術期管理・栄養治療学担当 教授）

特別講演

10:25～11:15

司会：加治 建（久留米大学医学部外科学講座 小児外科部門 主任教授）

SL NSTに必要な栄養管理のポイント

- ・栄養評価とたんぱく質の投与意義
- ・栄養管理活動の現状（ニュークックチルの導入と効果）

田中 芳明（朝倉医師会病院 院長特別補佐 久留米大学名誉教授）

共催：アボットジャパン合同会社

ランチョンセミナー

12:00～12:50

司会：福泉公仁隆（国立病院機構九州医療センター 臨床研究センター 医療管理企画運営部長）

LS 便通異常症診療ガイドライン2023に基づいた慢性便秘症診療 ～腸内細菌に注目して～

伊原 栄吉（九州大学大学院医学研究院 病態制御内科学 准教授）

共催：ミヤリサン製薬株式会社

総会

13:00～13:15

大脇 哲洋

日本栄養治療学会 九州支部会長

教育セミナー 2

13:15 ~ 14:05

司会：垣花 泰之（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 生体機能制御学講座
救急・集中治療医学分野 教授）

ES2 重症患者の管理に適した新規濃厚流動食品の開発

中森 靖（関西医科大学総合医療センター 救急医学科 教授）

共催：株式会社大塚製薬工場

一般演題 1

14:10 ~ 15:10

座長：浅桐 公男（聖マリア病院 小児外科 診療部長）
松尾 晴代（鹿児島市医師会病院 看護部）

- O-1 高度肥満の頸髄症性脊髄症患者がADLを低下させずに減量し、手術に臨むことができた一例
和田 宜子（群馬大学医学部附属病院）
- O-2 MCセンターと連携した当院での周術期栄養管理の取り組み
秋山 優太（国立病院機構九州医療センター）
- O-3 腎疾患患者をいかに動かすか、多職種連携からの今後の取り組みについて
尾崎 太郎（坂出市立病院）
- O-4 亜鉛補充療法による銅欠乏性貧血が疑われた外来血液透析患者の1例
長嶋フクエ（社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院 薬剤部）
- O-5 Wallenberg症候群による嚥下障害患者に対し、多職種連携により再度経口摂取が可能になった事例
近藤由佳子（地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター）
- O-6 ～重症心身障害者のQOL向上を目指して～
胃食道逆流に対する半固形栄養剤への変更が有用であった1例
升井 大介（久留米大学外科学講座小児外科部門）

一般演題 2

15:10 ~ 16:10

座長：吉田 貞夫（ちゅうざん病院 副院長）
深水 知英（鹿児島大学病院 薬剤部 副薬剤部長）

- O-7 NSTと褥瘡チームが協働で創傷治癒過程に応じた栄養介入を行い、良好な経過が得られた1症例
赤星 睦美（長崎県病院企業団 長崎県壱岐病院 管理栄養士）
- O-8 分岐鎖アミノ酸、ヒドロキシプロリン、アルギニン、グルタミン等の投与が奏功した骨髄炎を伴う仙骨部褥瘡の一例
竹下 英子（高邦福祉会柳川療育センター 小児科）

- O-9 神経性やせ症患者の栄養重症度指標の検討
山下 真 (医療法人徳洲会福岡徳洲会病院)
- O-10 高度るいそを伴う進行直腸癌術後の気胸・肺性脳症に対する栄養療法の経験
真田 雄市 (社会医療法人大成会 福岡記念病院 消化器外科)
- O-11 がん患者におけるアナモレリンによる体重減少抑制効果の検討
富山 成章 (出水総合医療センター薬剤部)
- O-12 栄養×東洋医学による地域活性化～薬膳を用いた多学科連携での食育活動の取り組み～
児玉こころ (鹿児島大学医学部医学科)

次期大会長ご挨拶 / 閉会のご挨拶

16:10～16:15

吉田 貞夫

日本栄養治療学会九州支部 第16回支部学術集会 会長

加治 建

日本栄養治療学会九州支部 第15回支部学術集会 会長

特別講演
教育セミナー
ランチオンセミナー
抄 録

SL NSTに必要な栄養管理のポイント

- ・ 栄養評価とたんぱく質の投与意義
- ・ 栄養管理活動の現状（ニュークックチルの導入と効果）

田中 芳明

朝倉医師会病院 院長特別補佐 久留米大学名誉教授

栄養療法を実施するにあたり、適切に栄養状態を評価することは重要である。しかしながら、高齢化が進む現在の医療現場においては、低栄養状態により様々な合併症やトラブルが発生し、医療事故に発展するケースも少なくない。今年度の診療報酬改定では、入院基本料算定の五原則のうちの栄養管理体制について、栄養状態の評価や記録を退院時も含め定期的に行い、栄養管理体制の強化を行うことが求められている。

近年、栄養状態の評価においては、食物摂取不足による低栄養に加え、炎症などの疾患関連性低栄養も考慮したGLIM基準に基づく低栄養診断の有用性が指摘されている。本学会においてもGLIM criteria working groupが立ち上げられ、概略を掲載している。低栄養診断のアプローチにおいて、重症度判定に必要となる筋肉量の減少については、Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS 2019) が示すサルコペニアの診断基準にあるように、身体計測に加えて体組成の評価も有用と考えられる。生体電気インピーダンス法 (B I A: Bioelectrical Impedance Analysis) は体組成評価として普及してきたが、今回、加齢や臥床、疾患の相違による骨格筋量への影響について自験例を供覧し、特に高齢者におけるたんぱく質の必要性について言及したい。また、たんぱく質の同化を促進するロイシンやHMB (β -Hydroxy - β -Methyl Butyrate) について概説し、栄養提案を行ったNST症例を提示する。

最後に、将来の栄養管理に向けて、ニュークックチルを導入した給食業務の理解や患者個別の栄養管理が可能な管理栄養士の育成と、経営改革を目的とした当院栄養管理科の直営化、ならびにニュークックチルの導入に関して、その経過と効果についてお話ししたい。

ES1 GLIM グリム ぐりむ – 入院患者さんの栄養評価

石橋 生哉

久留米大学医学部外科学講座 周術期管理・栄養治療学担当 教授

2018年末に ESPEN、ASPEN、JSPEN、PENSA、FELANPE によって構成された Global Leadership Initiative on Malnutrition (以下 GLIM) working group によって GLIM 基準による低栄養の定義が策定され、2019年に3つの学会誌上に同時掲載された。この約5年間である程度の GLIM に関する研究もなされている。

2024年度の診療報酬改定では、入院基本料施設基準の中の栄養管理体制の基準に GLIM 基準を活用することが望ましいとされ、新設されたリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件には「GLIM 基準を用いた栄養状態の評価を行うとともに…」と記載され、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 について、「入退院時の栄養状態の評価に GLIM 基準を用いる…」と明文化されている。これらの改定を鑑みると、入院患者さんの低栄養を病院の大きな課題として取り組むことが意図されているようである。

そこで本セミナーでは、栄養評価について改めて考えていただくために、GLIM の導入、GLIM の利点と欠点、栄養評価とリスク評価について、当院での経験とこれまでの文献等を踏まえてお話する。

ES2 重症患者の管理に適した新規濃厚流動食品の開発

中森 靖

関西医科大学総合医療センター 救急医学科

私はこれまで救命救急センターで重症外傷、重症感染症、急性腹症などの診療にたずさわってきました。栄養管理とは縁遠かった私が、栄養に興味をもったのは2015年にDoigらが報告した論文でした。ICUで栄養開始後に低リン血症を呈した症例を対象に、標準的な栄養を継続する群と、リンが低下したらカロリーを制限する群を比較したところ、カロリー制限群で、死亡率、感染症合併率が低下したということです。数日の絶食でRefeeding症候群がおこるとは、考えたこともありませんでしたが、それ以降我々の救命救急センターでもルーチンの採血時にリンを測定するようになりました。確かに多くの患者で血清リンが低下しており、栄養管理の指標とするようになりました。しかし絶食後の再栄養でなぜ血清リンが低下するのかを文献等で調べても、明確なメカニズムにたどり着くことが出来ませんでした。またリンが低下したら人体にどのような影響が及ぶのかも納得できる答えが得られませんでした。濃厚流動食品の製造メーカーにこの話を持ち掛け、2018年に共同研究がスタートしました。低たんぱく食で食餌した、Refeeding症候群のモデルとなるラットを作成し様々な実験を行いました。低たんぱく食ラットに、絶食後に再栄養を行うと解糖系が亢進していました。炭水化物の含有量を減らし、脂肪を増やした製剤で再栄養するとリンの低下が抑制されました。タンパク質と炭水化物の比率を検討する過程で、ロイシンリッチなアミノ酸組成でよりリンが低下することをみいだしました。ロイシンは、同化と異化のバランスを調整するm-TORを活性化します。m-TORを阻害すると、細胞表面のリン酸輸送体の発現が減少し、リンの低下が抑制されました。m-TORの活性化は、侵襲期の生体にとって重要なオートファジー機構を阻害することで、侵襲期の生体に不利益をもたらす可能性が考えられました。昨今の集中治療領域における栄養管理では、急性期はカロリー、タンパク質の投与量を抑制する方向に向かっています。急性期の過剰な栄養が予後に悪影響を与える要因としてオートファジーの抑制が注目されています。今回新規に開発された濃厚流動食品のコンセプトと合致するところがあり、急性期の栄養管理に少しでも貢献できれば幸いです。

LS 便通異常症診療ガイドライン2023に基づいた慢性便秘症診療
～腸内細菌に注目して～

伊原 栄吉

九州大学大学院医学研究院 病態制御内科学 准教授

便秘は、生活の質や社会労働生産性を低下させる重要な症状である。さらに、腸内細菌を代表とした腸内環境の重要性が注目される中、腸内環境の維持と密接に関連する慢性便秘症が、循環器疾患、脳血管疾患、腎疾患さらには神経変性疾患などのさまざまな疾患に関与することで長期生命予後に関与することが疫学調査にて明らかとなった。また、上皮機能変容薬であるルビプロストンとリナクロチドに加えて、2018年には胆汁酸トランスポーター阻害剤であるエロピキシバット、ラクツロース製剤およびマクロゴール4000 (PEG) が慢性便秘症に対する適応を取得し、慢性便秘症治療の選択肢が増加した。このような状況下、2023年7月、慢性便秘症診療における新たな知見データを加えた便通異常症診療ガイドライン2023-慢性便秘症が発刊された。

便通異常症診療ガイドライン2023-慢性便秘症では、「便秘」は状態名として、「本来排泄すべき糞便が大腸内に滞ることによる兔糞状便・硬便、排便回数の減少や、糞便を快適に排泄出来ないことによる過度な怒責、残便感、直腸肛門の閉塞感、排便困難感を認める状態」と定義された。一方、慢性便秘症は、「慢性的に続く便秘のために日常生活に支障をきたしたり、身体にも様々な支障をきたし得る病態」と定義された。便通異常症診療ガイドライン2023-慢性便秘症では診療フローチャートが作成され、慢性便秘症の薬物治療については、第一に浸透圧性下剤による治療、第二に上皮機能変容薬または胆汁酸トランスポーター阻害薬による治療とする方針が明確に示された。また、刺激性下剤は、オンデマンド治療として位置づけられた。プロバイオティクス、漢方薬、消化管運動改善薬、膨張性下剤は代替・補助治療と位置付けられた。

本セミナーでは、第一に便秘を理解する上で重要な消化管機能として、消化管水分調節機構と消化管運動機能の機序について概説する。第二に便通異常症診療ガイドライン2023に基づいた慢性便秘症の診断と治療のポイントについて解説する。最後に腸内細菌と消化管機能の観点から考えられる慢性便秘症の病態について、当院で研究データを交えて、最新の知見を共有したい。

一 般 演 題
抄 録

O-1 高度肥満の頸髄症性脊髄症患者がADLを低下させずに減量し、手術に臨むことができた一例

和田 宜子、市川 佳孝、斉藤 丈浩

群馬大学医学部附属病院

【目的】

高度肥満の頸髄症性脊髄症患者が、NSTとリハビリテーション（以下；リハ）の介入により、減量し、ADLを低下させることなく手術に臨むことができた一例について報告する。

【患者紹介】

患者は50歳代、男性。既往歴に糖尿病があり。5年ほど前から、四肢の痺れが出現。入院する半年前から歩行不能となり、当院に精査目的で入院となる。入院時、身長：173cm、体重：122.7kg、BMI：41.1kg/m²と肥満4度であった。入院3日目、PTとOTによるリハが介入開始となる。リハ介入時のBarthel Index（以下；BI）は15点であった。入院4日目、精査の結果、頸髄症性脊髄症と診断され手術の方針となる。入院51日目に、減量目的のためNSTが介入開始となる。NST介入時、Alb：2.3g/dl、TTR：5.9mg/dl、CRP：20.20mg/dl、MNA-SF：8でAt riskと評価した。

【実施・結果】

必要エネルギー量：1920kcal、蛋白質：57.0gと設定した。しかし、体重減量しつつも、筋肉量維持のためメイプロテイン[®]（蛋白質：10g）とブイ・クレスCP10[®]（蛋白質：12g）を追加で提供した。入院3日目よりPTとOTによるリハは2単位ずつ介入開始となっていた。過体重で体動困難であったため、ベッド上での訓練となった。入院82日目、体重が106.1kg（-16.6kg）となり手術施行の運びとなる。Alb：3.2g/dl、TTR：15.0mg/dl、CRP：0.60mg/dl。BI：30点まで改善した。

【結論】

NSTとリハの介入により、ADLを低下させることなく減量し、手術に臨むことができた。

一般演題 1

O-2 MCセンターと連携した当院での周術期栄養管理の取り組み

秋山 優太

国立病院機構九州医療センター

1. 目的

本邦では周術期における適切な栄養管理を推進する観点から、2022年度より、全身麻酔を伴う手術を実施した患者に対し「周術期栄養管理実施加算」が新設された。当院では2023年から総合医療支援センター（以下、MCセンター）と連携し、消化管外科で全身麻酔下手術を受ける予定の患者を対象に周術期の栄養管理を目的とした栄養指導を行っている。取り組みから約1年が経過し、周術期栄養管理の現状と効果、課題を明らかにするため、分析を行った。

2. 方法

当院の電子カルテに登録されている情報をもとに、指導件数や内訳、手術部位などの集計を行った。また、外来で術前から栄養指導を受けた患者のうち、身長、体重、年齢、性別、血液データ等に欠損が無い者を対象とし、外来栄養指導実施時から入院時までのデータ比較を行った。

3. 結果

2023年度における消化管外科での周術期の栄養指導件数は計466件、周術期栄養管理実施加算件数は181件であった。外来栄養指導実施時から入院時までの各データについては著変無く、維持傾向にあった。

なお、現時点では手術以降の体組成分析が困難であり、手術前後の比較ができていないことが課題となっている。

4. 結論

当初は消化管外科から始まった取り組みだが、現在は他科にも対象を拡大している。MCセンターとの連携でシームレスな栄養管理の実践に繋がっていると考える。今後も活動を継続し、取り組みの充実を図っていきたい。

0-3 腎疾患患者をいかに動かすか、多職種連携からの今後の取り組みについて

尾崎 太郎

坂出市立病院

血液維持透析・腹膜透析中の患者のみならず、保存期CKD患者さんの異化亢進や筋力低下は非常に重要な問題である。腎不全という酸化ストレスが常時負荷されており、健常人よりも筋肉の減少や、活動性の低下が否めない。特に、末期腎不全が近づくにつれ、タンパク質摂取の制限や貧血による活動時の倦怠感・呼吸苦などの症状も加わり、糖尿病合併症患者ではさらに体重管理が難しくなる。このように糖尿病合併の慢性腎臓病として紹介された際にはすでにBMIも高く、腰や膝を痛めている患者も多く認められる。

こういった患者さんのADL改善や今後の筋力維持には、どういった食事、運動、薬物療法がよいのかは、医師のみでは到底太刀打ちできない問題であり、それぞれの体格、疾患、生活や性格にあった対応が必要である。

また、指導側である医師、栄養士、理学療法士の先生方でも考えの共有が重要である。

通院透析中患者さんへのリハビリテーションの現状とともに、外来通院中CKD患者さんの状況も含めここに考察・発表し、多職種の方から意見をいただいたうえで、さらにブラッシュアップを行いたいと考える。

0-4 亜鉛補充療法による銅欠乏性貧血が疑われた外来血液透析患者の1例

長嶋 フクエ¹、小野 沙織^{1,2}、加藤 京子^{1,2}、深見 正恵²、松本 洋子²、朝川 貴博³、
吉田 索⁵、石井 信二⁴、浅桐 公男⁵

¹ 社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院 薬剤部、² 聖マリア病院NST、³ 聖マリア病院栄養支援管理部、

⁴ 聖マリア病院安全・感染・QI本部、⁵ 聖マリア病院小児外科

【はじめに】透析患者では亜鉛欠乏が起きやすく亜鉛補充の必要性が高い。一方、亜鉛は消化管で銅の吸収と拮抗するため、亜鉛強化は銅欠乏を招き、貧血や汎血球減少が発症する可能性がある。今回、貧血の精査目的で紹介された透析患者で定期的な亜鉛補充による銅欠乏性貧血と考えられた症例を経験した。

【症例】86歳男性、慢性糸球体腎炎でX-4年から近医にて血液透析を行っていた。X-1年8月、血清亜鉛値60 μ g/dL、血清銅値70 μ g/dLが確認された。同年10月には酢酸亜鉛(50mg/日)が処方されており、12月には100mg/日に増量されていた。X年4月倦怠感を覚え同医を受診、Hb4.7g/dLと著しい貧血を認め消化管出血疑いにて当院へ紹介された。来院時WBC2010/ μ L、Hb4.7g/dL、PLT24.7万/ μ L、消化管内視鏡検査で活動性出血は認められなかった。酢酸亜鉛100mg/日が継続服薬されており亜鉛値213 μ g/dL、銅値1 μ g/dLであった。緊急輸血後、銅欠乏性貧血を疑い酢酸亜鉛の服薬を中止し、銅補充としてココア摂取を開始した。16病日にはWBC4040/ μ L、Hb8.4g/dLまで改善し、18病日に転院となった。

【考察および結語】本例は酢酸亜鉛の定期服薬に伴う銅欠乏性貧血と考えられた。酢酸亜鉛の定期処方の際は、亜鉛・銅値のモニタリングのうえで、処方継続の判断や用量調整が不可欠である。

O-5 Wallenberg 症候群による嚥下障害患者に対し、多職種連携により再度経口摂取が可能になった事例

近藤 由佳子、富士 倫子、大内田 由佳、西野 芙季、鄒 明憲、西口 真意子

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター

【はじめに】脳幹部梗塞は嚥下障害の高危険群であり、Wallenberg 症候群は嚥下障害を合併する頻度が高い。今回、重度の咽頭期嚥下障害を呈した患者に対し多職種と連携を図りながら、摂食嚥下リハビリテーションを行うことで、経口摂取を再獲得できたため報告する。

【症例】前医にて右後下小脳動脈瘤に対し母血管閉塞術を施行された 50 代男性。術中母血管に損傷あり、右延髄外側梗塞により嚥下障害や眩暈が出現、第 33 病日当院転院となった。嘔吐があり、栄養管理に対し不安の訴えも多かった。

【初期評価】初診時、唾液嚥下が困難で、RSST 0 回、嚥下造影検査では食道入口部の開大不全を認め、梨状窩への残留が著明であった。喉頭侵入を認めたが喀出力が強く、咽頭クリアランスは良好であった。またバルーン法にて即時効果を認めた。

【経過】第 49 病日嚥下機能改善に伴い、医師と連携し経鼻経管栄養から経口摂取と間歇的口腔食道経管栄養法（以下 OE 法）に移行した。経鼻経管を抜去した為、バルーン法が実施可能となった。また看護師と患者に対し言語聴覚士が資料を用いて指導を行った。第 51 病日管理栄養士と連携を取り、栄養補助食品の付加を行った。摂取量増加に伴い、第 61 病日 OE 法を離脱し、経口のみでの栄養管理となった。

【考察】患者の嚥下機能だけでなく生活の向上や経口摂取獲得にむけ、言語聴覚士が中心となり多職種と協働することで、患者を包括的視点から支援できたと考える。

**O-6 ～重症心身障害者の QOL 向上を目指して～
胃食道逆流に対する半固形栄養剤への変更が有用であった 1 例**

升井 大介、橋詰 直樹、古賀 義法、吉田 寛樹、愛甲 崇人、中原 啓智、靄久 士保利、
倉八 朋宏、東館 成希、加治 建

久留米大学外科学講座小児外科部門

【はじめに】半固形栄養剤の使用は、臨床的に誤嚥性肺炎や胃食道逆流症を疑う症例に対して効果的であるとされる。しかし、客観的評価を行った報告は少ない。24 時間食道インピーダンス pH 検査 (MII-pH) は酸逆流だけでなく、食後や酸分泌抑制薬による非酸性逆流を評価できる有用な検査とされている。今回、胃食道逆流 (GER) の症状を有する重症心身障害者に対して MII-pH の結果をもとに半固形栄養剤へ変更し、有効であった症例を経験したので報告する。

【症例 1】水痘後急性脳症後遺症の 47 歳、男性。GERD の既往のため、上部消化管内視鏡検査で食道胃接合部に 15mm 大の隆起性病変を認めた。生検で Tubular adenocarcinoma Group 5 と診断され、EMR が施行された。1 年後の検査では再発を認めなかったが、茶褐色嘔吐を時折認め、GERD によるものと考え、P-CAB が処方された。嚥下機能評価、GERD の精査目的に当院へ紹介となった。喉頭ファイバー検査で嚥下障害を認め、喉頭気管分離術を行った。MII-pH では重度 GERD (pH index 50.8%) を認めた。噴門形成術を検討したが、高度な側彎と噴門部胃癌 EMR 術後であることから、P-CAB の内服だけでは不十分と考え、半固形栄養剤を併用した。変更後 2 カ月後に行った MII-pH では pH index 0% と著明に改善を認め、茶褐色嘔吐が見られなくなった。

【結語】重症心身障害者は状況に応じた治療選択を行わなければならないことがある。重症心身障害者においては重症心身障害者の胃食道逆流症状に対して半固形栄養剤は選択肢の一つである。

0-7 NSTと褥瘡チームが協働で創傷治癒過程に応じた栄養介入を行い、良好な経過が得られた1症例

赤星 睦美¹、横山 操⁵、岩本 由衣⁶、小川 瑠美⁷、平野 あかね¹、品川 博光²、松下 雄太⁴、蒲池 裕紀³、平田 祐造²

¹長崎県病院企業団 長崎県壱岐病院 管理栄養士、²長崎県病院企業団 長崎県壱岐病院 外科医師、

³長崎県病院企業団 長崎県壱岐病院 整形外科医師、⁴長崎県病院企業団 長崎県壱岐病院 内科医師、

⁵長崎県病院企業団 長崎県壱岐病院 皮膚排泄ケア認定看護師、⁶長崎県病院企業団 長崎県壱岐病院 診療看護師、

⁷長崎県病院企業団 長崎県壱岐病院 看護師

【はじめに】 当院では、創傷管理が必要な患者に対しNSTが介入している。今回、仙骨部褥瘡ステージ4を保有した患者に対し、入院時より褥瘡チームと協働し、創傷治癒過程に応じた栄養介入を行った結果、良好な経過が得られた症例を報告する。

【症例】 82歳女性。既往歴：中心性脊髄損傷後遺。COVID-19罹患後ADL低下。自宅療養中、仙骨部に褥瘡発生。悪化を認め褥瘡治療目的にて入院。

【経過】 入院後よりNST、褥瘡チーム介入。必要栄養量1500kcal/日、必要蛋白質量60g/日。経口栄養補助食品（以下ONS）提供開始。経口摂取量は安定、PPN使用せず経口のみ栄養管理とした。5病日、褥瘡に対し洗浄・デブリードマン術実施。炎症期には高エネルギー高蛋白質のONSを提供。10病日より局所陰圧閉鎖療法（以下NPWTi-d）開始。NPWTi-d中、疼痛のため食事摂取量低下を認めた。NPWTi-d終了、増殖期へ移行後、新生肉芽の増生は遅延。栄養再評価。肉芽形成促進のため、オメガ脂肪酸含有の栄養製剤提供開始。食事摂取量は6割程度であったが、ONSは全量摂取で安定。更に良好な肉芽形成が進み創傷治癒過程は順調に経過した。

【結果・考察】 NSTと褥瘡チームが連携し、褥瘡の治療や創傷治癒経過を把握し、タイムリーな栄養評価や介入ができたことで、創傷治癒促進効果を高めることに繋がったと考える。褥瘡治療において、創傷治癒過程に応じた栄養介入は有効であることが示唆された。

一般演題 2

0-8 分岐鎖アミノ酸、ヒドロキシプロリン、アルギニン、グルタミン等の投与が奏功した骨髄炎を伴う仙骨部褥瘡の一例

竹下 英子¹、古川 鈴²、川野 奈緒²、木庭 知美³、野島 真帆⁴、下田 貴史¹、升永 憲治¹、中村 紀子¹、本庄 哲¹、山下 裕史朗¹

¹高邦福祉会柳川療育センター 小児科、²高邦福祉会柳川療育センター 看護部、

³高邦福祉会柳川療育センター リハビリテーション室、⁴高邦福祉会柳川療育センター 薬剤部

（症例） 症例は22才男性。1才時溺水しCPAから蘇生されたが、低酸素性脳症から痙性四肢麻痺と不随意運動を生じている。

（経過） 繰り返す気道感染症から体重減少し、BMIは13.5と低値。令和6年2月急に仙骨部にDESIGN-Rスコア28点の褥瘡を生じた。CRP24.1と高く血液培養、創スミアからMRSAが検出されたため、バンコマイシン、メロペネム点滴静注開始した。創から2回腐骨が排出された。バクロフェン、ダントロレン、フェノバルビタール、ジアゼパム投与にても筋緊張は緩和しなかったため、ミダゾラム、ヒドロキシジンで鎮静をかけた。アクアセルAgにて処置していたが創はなかなか縮小しなかった。アバンドTM、ブイクレスTMを併用した頃より良性肉芽が創面を覆うようになった。鎮静による創の安静、エネルギー消費の軽減がえられたところで、約3か月半で褥瘡は治癒した。

（考察） アバンドTM、ブイクレスTM投与後に創の急速な改善をみたが、これは含まれている分岐鎖アミノ酸、ヒドロキシプロリン、アルギニン、グルタミンの蛋白、コラーゲン合成作用、体蛋白分解抑制作用、過剰な炎症の調整作用、腸内環境の調整作用が関係していると考えられた。褥瘡治癒には多くのエネルギーが必要であるが、この症例ではエネルギー消費を抑えるため鎮静が必要であった。

一般演題 2

0-9 神経性やせ症患者の栄養重症度指標の検討

山下 真

医療法人徳洲会福岡徳洲会病院

1. 目的 神経性やせ症 (anorexia nervosa ; AN) 患者において、低血糖は重大な身体合併症の一つである。AN患者の低血糖の要因を把握することは临床上重要である。本研究の目的は、AN患者の血糖値に寄与する因子を検討することである。
2. 方法 対象は、2011年から2022年の間に当科へ入院したAN患者である。診療録から入院時の臨床データを抽出した。臨床データ項目は、性、年齢、身長、体重、血糖値 (随時血糖)、アルブミン、AST、ALT、 γ GTP、プロトロンビン時間 (PT) % である。血糖値を従属変数、体重、BMI、アルブミン、AST、ALT、 γ GTP、PT%を独立変数とした重回帰分析を行った。統計解析にはSPSS ver. 28を用いた。
3. 結果 患者数は34例、全例女性。年齢 38.4 ± 15.6 (歳)、BMI 13.0 ± 2.8 kg/m²、血糖値 77.2 ± 25.9 mg/dl。血糖値 (mg/dl) 70未満が10例、70以上が24例。重回帰分析の結果、ステップワイズ法でPT%以外の変数は除外された。R²値 .238, PT%の標準化係数ベータ .511, 有意確率 .002であった。
4. 結論 AN患者の血糖値とPT%値との関連が示唆された。PT%値はANの栄養重症度指標の一つとなる可能性が考えられた。

一般演題 2

0-10 高度るいそを伴う進行直腸癌術後の気胸・肺性脳症に対する栄養療法の経験

眞田 雄市、御鍵 和弘

社会医療法人大成会 福岡記念病院 消化器外科

背景：高度栄養不良を伴う周術期患者において、積極的な栄養療法を行うことが推奨されている。今回、高度るいそを伴う直腸癌症例に対するハルトマン手術後に、気胸による肺性脳症を発症し栄養管理に難渋した症例の経験を提示し、投与設計の在り方を考察する。

症例提示：80歳代のCOPDの既往のある男性が下部直腸癌と診断され当科紹介となった。身長172cm体重46kg、BMI 13.7であり、GLIM基準ではステージ2であった。経口摂取が不可能であったため経鼻経管栄養 (以下EN)を開始したが、腫瘍による閉塞のため腹部膨満が増悪し中止、TPNを10日間施行後に、ハルトマン手術を行った。術後17病日に意識障害・ショックを認め、右気胸とCO₂の上昇 (191mmHg)を認め、胸腔ドレナージと気管内挿管を行い、人工呼吸器管理とした。CO₂分圧が正常化した19病日よりENを開始し、28病日にはENで600kcal/day、PNで630kcal/dayとなった。35病日に気管切開術を行った。以降ENを緩徐に増量し、46病日にはENで900kcal/day、PNで630kcal/dayとなった。スタッフとコミュニケーション (筆談など) が取れるようになり66病日にリハビリテーション病院へ転院した。

考察：消化管術後、肺性脳症を発症したことにより、栄養投与による有害事象が発現しやすい病態となった。COPDによる必要量の増加を考慮し、35kcal/kg/day以上のエネルギー投与へ至った。高度るい瘦患者に対するエネルギー投与は、基礎疾患を考慮して設計する必要がある。

一般演題 2

O-11 がん患者におけるアナモレリンによる体重減少抑制効果の検討

富山 成章¹、田實 裕介¹、越智 みき子²、田中 美紀²、花田 法久³

¹出水総合医療センター薬剤部、²出水総合医療センター栄養科、³出水総合医療センター外科

【目的】 がん悪液質に使用されるアナモレリンについて、体重への影響について検討した。

【方法】 出水総合医療センターにおいて、2021年5月から2024年4月にアナモレリンの処方歴のあった患者のうち、浮腫のあった症例を除外した症例を対象とした。アナモレリン初回投与前4週間と投与後4週間における体重減少量、およびアナモレリン初回投与前後におけるアルブミン値 (Alb)、CRPおよびHbを比較した。また、アナモレリン投与期間中の副作用を調査した。

【結果】 症例は9例、年齢中央値70歳 (42-82)、男性5例、女性4例、現疾患は胃癌2例、大腸癌4例、膵癌3例、平均投与期間は84.9±36.0日であった。アナモレリン初回投与前4週間、および投与後4週間における体重減少量はそれぞれ-2.0±0.6kg、および-0.02±0.8kgであり、アナモレリン投与後に体重減少は有意に抑制されていた (p=0.0273)。アナモレリン初回投与前のAlb、CRPおよびHbは、それぞれ2.9±0.2g/dL、5.0±2.2mg/dLおよび11.1±0.6g/dL、アナモレリン投与後はそれぞれ2.9±0.3 g/dL、4.9±1.6 mg/dLおよび10.5±0.7 g/dLであり、アナモレリン投与前後で有意な差はなかった。重篤な副作用として急性心不全 (grade4) 1例を認めた。

【結論】

本検討からアナモレリンによる体重減少抑制効果が認められた。また、アナモレリン投与中は心機能について注意が必要と考えられた。

一般演題 2

O-12 栄養×東洋医学による地域活性化～薬膳を用いた多学科連携での食育活動の取り組み～

児玉 こころ¹、小島 直子¹、松村 采奈¹、斎藤 愛子¹、網谷 真理恵^{2,4}、改元 香³、志水 倫子⁴、鈴木 甫^{4,5}、市原 愛心¹、河野 裕佳¹、指宿 りえ²、水間 喜美子²、崎山 隼人²、大脇 哲洋²

¹鹿児島大学医学部医学科、²鹿児島大学大学院医歯学総合研究科離島へき地医療人育成センター、

³鹿児島女子短期大学生活科学科食物栄養専攻、⁴鹿児島大学大学院漢方診療センター、

⁵鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面外科学分野

目的 令和4年度医学教育モデル・コア・カリキュラムでは『未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の育成』を医学、歯学、薬学共通化したキャッチフレーズに掲げている。また栄養学教育モデル・コア・カリキュラムにおいても公衆栄養分野で連携・協働を進めるネットワーク作りが掲げられている。学科の垣根を越えて連携し、地域活性化をすすめるリーダーシップ能力も身に付けていく必要がある。

私たちは、地域の活性化を軸とした人材育成プログラム「鹿児島健康まちづくりプロジェクト」に参加し、多学科で連携した活動を実践している。今回薬膳を通じた地域活性化と食育活動について報告する。

方法 活動 かがしまの食材を用いた薬膳レシピの考案および試作会

医学科、保健学科、栄養科、歯学科を含む多くの学部の学生が参加し、東洋医学とかがしまの旬の食材の視点からレシピ開発、および試作調理を行った。

結果 食を通じた多学部との交流は、視点の変容を促されると同時に、自らの専門性について自覚する契機となった。栄養学的な視点に加えて‘旬’の食材を用いることが東洋医学的な意味があることを理解することで新たな食育活動につながった。

考察 食と栄養について栄養科、医学科、歯学科、など学部の垣根を越えて意見を交わすことで、新たな視点が芽生え、東洋医学を横軸とした食育推進が生まれた。今後も地域活性化のために学科を超えた取り組みを実践していきたい。

日本栄養治療学会九州支部 第15回支部学術集会 協賛企業一覧

日本栄養治療学会九州支部 第15回支部学術集会を開催するにあたり、下記の皆様に多大なるご協力ならびにご厚情を賜りました。この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

日本栄養治療学会九州支部 第15回支部学術集会
会長 加治 建

アイドゥ株式会社
アボットジャパン合同会社
株式会社インボディ・ジャパン
株式会社大塚製薬工場
株式会社グリーム
株式会社トップ
株式会社ナリコマエンタープライズ
株式会社長谷川綿行
株式会社ヤクルト本社
太陽化学株式会社
東亜新薬株式会社
ニュートリー株式会社
ネスレ日本株式会社
藤本製薬株式会社
ミヤリサン製薬株式会社
森永乳業クリニコ株式会社
山下医科器械株式会社

五十音順・敬称略