第16回

日本臨床栄養代謝学会
中部支部学術集会

プログラム・抄録集

テーマ

臨床栄養学を活かす
～集いて学ぼう～

Web開催

ライブ配信　令和4年8月20日(土)

オンデマンド配信　令和4年8月24日(水)正午～9月6日(火)正午

大会長　廣野　靖夫
福井大学医学部附属病院
がん診療推進センター　センター長・診療教授
栄養部長

第 16 回日本臨床栄養代謝学会中部支部学術集会の開催にあたって

第 16 回日本臨床栄養代謝学会中部支部学術集会
会長　廣野靖夫
福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター 診療教授・センター長
同　　栄養部　部長

このたび、第 16 回日本臨床栄養代謝学会中部支部学術集会を、2022 年 8 月 20 日（土曜日）に開催させていただきます。日本静脈経腸栄養学会から日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）へ名称が変わるとともに、東海支部（愛知、静岡、岐阜、三重）と北陸支部（石川、富山、福井）が一つとなって中部支部が誕生しました。さらに長野県が加わり、中部支部会は現在約 3500 名という多くの会員が所属しております。中部支部会の発足後、第 14 回中部支部学術集会は COVID-19 の感染拡大のため、残念ながら中止となり、昨年の第 15 回中部支部学術集会は浜松医科大学の加藤明彦先生がオンラインで開催され、多くの学会員のご参加がありました。

新しい中部支部が誕生してから、未だに多くの会員の方が実際に顔を合わせて交流を深めながら学べる機会に恵まれなかったため、第 16 回中部支部学術集会は初めての集合形式での開催を目指して、スタッフ一同、心を込めて準備を進めてまいりました。しかし、直前での COVID-19 の感染再拡大により、残念ながらオンライン開催に変更させていただきました。参加者ならびに関係者の皆様には多大なるご迷惑をおかけしたことをこの場をお借りしてお詫び申し上げます。

初の集合開催を目指した経緯もあり、第 16 回中部支部学術集会のテーマは、**「臨床栄養学を活かす―集いて学ぼう―」**としております。私が専門としておりますがん治療やがんサポートでも栄養管理の重要性が強く認識されています。様々な医療の現場で、臨床栄養学を活かすことで、患者さんの健康寿命や予後の改善を図ることが重要な時代を迎えています。近年は成書からだけでなく、講演会や Web などを通じて、多くの臨床栄養学の知識を手に入れることが出来ます。しかし、それを知識として終わらせるのではなく、実践の場で活かしていただきたいと願い、本テーマとさせていただきました。集いの場は変わりましたが、願いは変わりませんので、このテーマのままで開催させていただきます。

特別講演は私が消化器外科医としても敬愛する千葉県がんセンターの鍋谷圭宏先生にお願いしております。そして招待講演として褥瘡ケアの第一人者である石川県立看護大学学長の真田弘美先生にご講演をして頂くことになりました。また、教育講演では中部支部 4 名の先生方に幅広い分野のお話をしていただきます。奥川喜永先生にがんゲノム関連、塚谷才明先生に嚥下関連、東敬一朗先生にリハビリ栄養関連、小川滋彦先生に PEG・在宅栄養関連のご講演をお願いしております。そして一般演題も 20 題と多数の応募をいただきました。この場を借りてお礼を申し上げます。

皆様を夏の福井でお迎えできませんでしたが、Web に変更した利点を活かして、当日の配信だけでなく、オンデマンド配信も準備いたします。より多くの方に本学術集会へご参加いただきますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

日本臨床栄養代謝学会中部支部会 世話人一覧

役職	氏名	都道府県	所属
支部長	清水　敦哉	三重県	済生会　松阪総合病院
副支部長	廣野　靖夫	福井県	福井大学　医学部　附属病院
代議員	石井　　要	石川県	公立松任石川中央病院
	石川　敦子	愛知県	野村医院
	井谷　功典	三重県	藤田医科大学　七栗記念病院
	伊藤　彰博	三重県	藤田医科大学　七栗記念病院
	伊藤　明美	愛知県	藤田医科大学病院
	茨木あづさ	岐阜県	街かど保健室　訪問看護ステーション街家
	上葛　義浩	愛知県	藤田医科大学岡崎医療センター
	臼井　正信	愛知県	藤田医科大学　医学部
	巨島　文子	長野県	諏訪赤十字病院
	小笠原　隆	静岡県	浜松医療センター
	岡本　康子	愛知県	愛知学泉大学
	荻野　　晃	岐阜県	トーカイ薬局　中津川市民病院前店
	加藤　弘幸	三重県	紀南病院（三重県）
	川瀬　将紀	三重県	JA 三重厚生連いなべ総合病院
	川瀬　義久	愛知県	公立陶生病院
	坂元　隆一	静岡県	医療法人弘遠会すずかけセントラル病院
	篠田　純治	愛知県	トヨタ記念病院
	白木　　亮	岐阜県	中濃厚生病院
	杉田　尚寛	石川県	株式会社スパーテル/医薬品情報室
	鈴木　恭子	静岡県	静岡県立こども病院
	祖父江和哉	愛知県	名古屋市立大学大学院医学研究科
	竹内　裕也	静岡県	浜松医科大学
	竹腰加奈子	三重県	藤田医科大学　七栗記念病院
	谷口めぐみ	愛知県	スギ訪問看護ステーション長草
	谷口　靖樹	三重県	JA 三重厚生連三重北医療センターいなべ総合病院
	都築　則正	愛知県	藤田医科大学
	寺邊　政宏	三重県	市立四日市病院
	中原さおり	三重県	JA 三重厚生連　鈴鹿中央総合病院
	中村　直人	愛知県	公立陶生病院
	原　　拓央	富山県	厚生連高岡病院
	東　敬一朗	石川県	医療法人社団浅ノ川　浅ノ川総合病院
	平野　勝康	石川県	市立輪島病院
	平山　一久	静岡県	静岡市立清水病院
	福沢　嘉孝	愛知県	愛知医科大学

役職	氏名	都道府県	所属
代議員	福本　弘二	静岡県	静岡県立こども病院
	福元　聡史	愛知県	トヨタ記念病院
	藤本　保志	愛知県	愛知医科大学
	二村　昭彦	三重県	藤田医科大学　七栗記念病院
	堀田　直樹	愛知県	増子記念病院
	前田　圭介	愛知県	国立長寿医療研究センター
	宮﨑　　徹	富山県	厚生連高岡病院
	宗本　義則	福井県	福井県済生会病院
	村井　美代	三重県	藤田医科大学
	毛利　靖彦	三重県	三重県立総合医療センター
	森　　直治	愛知県	愛知医科大学
	渡邉　誠司	静岡県	伊豆医療福祉センター
学術評議員	青山　　高	静岡県	静岡県立静岡がんセンター
	赤津　裕康	愛知県	名古屋市立大学医学研究科
	朝倉　洋平	愛知県	医療法人衆済会　増子記念病院
	新井　英一	静岡県	静岡県立大学
	池上　悦子	長野県	長野赤十字病院
	石田優利亜	愛知県	愛知医科大学病院
	磯﨑　泰介	静岡県	いそざきファミリークリニック
	一丸　智美	愛知県	藤田医科大学病院
	苛原　隆之	愛知県	愛知医科大学病院
	上岡　容子	三重県	尾鷲総合病院
	浦崎　優子	愛知県	藤田医科大学病院
	榎　　裕美	愛知県	愛知淑徳大学健康医療科学部
	榎本　佳子	静岡県	順天堂大学
	大上　英夫	富山県	富山市立まちなか病院
	大川　浩子	石川県	金沢赤十字病院
	大菊　正人	静岡県	浜松医療センター
	大西真理子	愛知県	藤田医科大学病院
	岡田　慶子	愛知県	公立西知多総合病院
	奥川　喜永	三重県	三重大学大学院　医学系研究科
	奥山　秀樹	長野県	佐久市立国保浅間総合病院
	加藤　明彦	静岡県	浜松医科大学医学部附属病院
	河北　知之	三重県	たまき玉川クリニック
	岸　　和廣	愛知県	金城学院大学
	北澤　千枝	長野県	社会医療法人栗山会　ウェルネスタウン丘の上

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	北山富士子	福井県	公益社団法人福井県栄養士会
	金原　寛子	石川県	公立松任石川中央病院
	葛谷　雅文	愛知県	名古屋大学大学院
	久保田美保子	静岡県	七間町村上内科クリニック
	久米　　真	岐阜県	朝日大学
	倉島　祥子	長野県	長野赤十字病院
	倉田　栄里	静岡県	総合病院聖隷三方原病院
	栗山とよ子	福井県	福井県立病院
	小塚　明弘	愛知県	小牧市民病院
	小林　　香	長野県	長野市民病院
	斎木　明子	福井県	福井大学医学部附属病院
	斎藤健一郎	福井県	福井県済生会病院
	酒向　　幸	愛知県	医療法人　香徳会
	島﨑　　信	岐阜県	国保関ヶ原診療所
	清水　昭雄	長野県	長野県立大学
	清水　　碧	静岡県	浜松医科大学医学部附属病院
	下平　雅規	長野県	宝クリニック
	白井由美子	三重県	伊賀市立上野総合市民病院
	白石　　好	静岡県	ゆきはな診療所
	関　　仁誌	長野県	長野市民病院
	髙橋　裕司	岐阜県	ぎふ綜合健診センター
	高橋　玲子	静岡県	地方独立行政法人静岡県立機構静岡県立総合病院
	高村　弘美	石川県	石川県立中央病院
	高柳　久与	静岡県	太田歯科
	滝澤　康志	長野県	飯山赤十字病院
	武内　有城	愛知県	たけうちファミリークリニック
	谷口　裕重	岐阜県	朝日大学歯学部
	谷村　　学	三重県	伊勢赤十字病院
	田村　　茂	愛知県	藤田医科大学病院
	辻　美千代	富山県	厚生連高岡病院
	中西　敏博	愛知県	トヨタ記念病院
	西田　保則	長野県	社会医療法人財団 慈泉会相澤病院
	野々垣知行	愛知県	愛知医科大学病院
	橋本　儀一	福井県	福井大学医学部附属病院
	長谷川　潤	愛知県	AOI 名古屋病院
	長谷川正光	愛知県	刈谷豊田総合病院高浜分院

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	長谷川裕矢	岐阜県	社会医療法人蘇西厚生会　松波総合病院
	華井　竜徳	岐阜県	岐阜大学医学部附属病院
	濱本　憲佳	愛知県	藤田医科大学病院
	早川麻理子	愛知県	名古屋経済大学
	早川　芳枝	愛知県	公立西知多総合病院
	早瀬　美香	福井県	福井大学医学部附属病院
	春田　純一	愛知県	日本赤十字社愛知医療センター　名古屋第一病院
	深津ひかり	三重県	ふかつ歯科
	藤田　征志	三重県	JA 三重厚生連　三重北医療センター　菰野厚生病院
	藤村　　隆	富山県	富山市民病院
	堀田　栄治	福井県	福井県済生会病院
	本田　　圭	石川県	（社）石川勤労者医療協会　城北病院
	前田　亜矢	福井県	福井県済生会病院
	松本　由紀	三重県	済生会松阪総合病院
	宮下　知治	石川県	金沢医科大学病院
	村元　雅之	愛知県	知多厚生病院
	最上　恵子	三重県	藤田医科大学　七栗記念病院
	百崎　　良	三重県	三重大学医学部附属病院
	森　　茂雄	愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会　豊田厚生病院
	八木　佳子	静岡県	静岡県立こども病院
	山口　　恵	三重県	医療法人　普照会　もりえい病院
	山本　美和	愛知県	旭労災病院
	湯下　範子	福井県	医療法人厚生会　福井厚生病院

（2022 年 4 月 1 日 現在）

参加者へのご案内

■開催形式

WEB 開催　LIVE 配信　　2022 年 8 月 20 日（土）

　　オンデマンド配信　2022 年 8 月 24 日（水）正午～9 月 6 日（火）正午

■参加登録期間

登録期間：2022 年 6 月 1 日（水）正午～9 月 5 日（月）正午

■参加登録方法

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

https://cs-oto3.com/jspen_chubu2022/registration.html

手順①　マイページログイン用 ID／パスワードの新規発行をしていただきます。

手順②　視聴の際に使用する端末とインターネット環境で、テスト動画の視聴をしていただきます。

手順③　問題なくテスト動画の視聴ができましたら、参加費をお支払いいただきます。

詳細はホームページに掲載されております、「参加登録操作マニュアル」をご参照ください。

※注意点

・オンラインクレジット決済の場合は、支払完了後すぐに参加登録完了となります。
　銀行振込の場合は、運営事務局の入金確認が完了するまで参加登録完了になりません。（完了後にメールでお知らせします。）

・LIVE 配信の視聴をご予定される方で、銀行振り込みをご利用の場合は、8 月 17 日（水）23:59 までに必ずご入金ください。

■参加登録料

学会員　　3,000 円

非学会員　4,000 円

※参加登録完了後に、『領収書・参加証明書』と『プログラム・抄録集（8 月上旬公開予定）』がダウンロードできるようになります。

※プログラム・抄録集は発刊いたしません。

※WEB 視聴に必要な ID／パスワードは、登録の際にメールでお知らせいたします。

■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

LIVE 配信およびオンデマンド配信のいずれにご参加いただいても、JSPEN 個人資格認定単位を取得可能となります。単位取得としての証明は、配信サイト「アカウント状況」より参加証明書をダウンロード・取得いただきます。

※ダウンロード期限：2022 年 9 月 30 日（金）正午

NST 専門療法士認定制度　　新規・更新申請：5 単位

臨床栄養代謝専門療法士認定制度　新規・更新申請：5 単位

■プログラム・抄録集

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

【大会参加者される会員および非会員】

参加登録時にメールでご案内しております ID／パスワードを入力してください。

【中部支部会員】

学会事務局より、メール配信で ID／パスワードをお知らせいたします。（8 月上旬予定）

■視聴に際しての注意事項

・サイト内に掲載されている全てのコンテンツの無断撮影、閲覧端末のスクリーンショット機能等を用いた記録や保存、ダウンロード、他サイトへの転載等は、かたく禁止します。

・第三者へのログイン ID／パスワードの譲渡・共有はかたく禁止します。1 つの参加登録 ID でご視聴頂けるのは 1 名のみです。必ずお一人ずつ参加登録をお済ませください。

・ご視聴にあたっては、必ず推奨環境をご確認いただき、指定のブラウザをご利用ください。アクセスが集中すると、指定ブラウザをご利用の場合でも動画再生に時間がかかる場合がございますので、あらかじめご了承ください。

■質疑応答

ライブ配信での質疑応答は、Zoom の Q&A 機能を利用して質問していただきます。質問の際は、所属・氏名を明記して投稿してください。座長・演者には、マイクを通して回答いただきます。時間の都合などにより、質問に回答いただけない場合もありますので、予めご了承ください。後日配信されるオンデマンド配信では、質疑応答の録画データも配信される予定です。所属・氏名が読み上げられることを同意いただいたうえで、質問を投稿していただきますようお願いいたします。

オンデマンド配信では質疑応答はありません。メール等で事務局に質問をお送りいただいても、対応いたしかねますのでご了承ください。

■次期開催のご案内

第 17 回日本臨床栄養代謝学会中部支部学術集会

会長：森　直治（愛知医科大学大学院医学研究科　緩和・支持医療学）

会期：2023 年 7 月 22 日（土）

会場：ウインクあいち

■お問い合わせ

大会事務局：福井大学医学部附属病院　がん診療推進センター／栄養部
事務局長　早瀬　美香
〒910-1193　福井県吉田郡永平寺町松岡下合月 23-3
TEL：0776-61-8655　FAX：0776-61-8656　E-mail : jspen-chubu@ml.u-fukui.ac.jp

演題募集・事前参加登録係：株式会社 オフィス・テイクワン
〒451-0075　名古屋市西区康生通 2-26
TEL：052-508-8510　FAX：052-508-8540　E-mail：jspen_chubu@cs-oto.com

当日運営サポート：株式会社ティーツゥー
〒910-0006　福井市中央 2-4-28 藤川ビル 2F

座長・演者へのご案内

■はじめに

本学会のプログラムは Zoom ウェビナーを使用したライブ配信となります。発表時に演者自身が画面共有しライブ講演するプログラムと、事前提出していただいた発表動画を配信担当が再生するプログラムがあります。質疑応答時は、いずれのプログラムも生中継で討議をしていただきます。ライブ配信の模様は録画され、後日オンデマンドでも配信いたします。

■発表動画の作成

対象プログラム：一般演題

事前提出していただく発表動画の作成・提出方法は、大会ホームページ「座長・演者へのご案内」よりご確認ください。

https://cs-oto3.com/jspen_chubu2022/chair.html

■発表時間

	発表	質疑応答	発表方法
特別講演	60 分		画面共有ライブ講演
招待講演	60 分		画面共有ライブ講演
教育講演	30 分		画面共有ライブ講演
大会長講演	15 分		画面共有ライブ講演
一般演題	5 分	3 分	事前提出動画再生

時間厳守での進行にご協力をお願いいたします。

動画作成時は時間超過がないようにご注意ください。

■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/

■Zoom 接続チェック（事前打合せ）

当日は全座長・演者の先生方を対象に、Zoom の使用方法ならびに音声と通信状況の事前確認をさせていただきます。希望者には当日までに操作説明をいたします。詳細につきましては、別途大会事務局よりご連絡いたします。

■インターネット接続

光通信の有線 LAN のご利用を推奨いたします。Wi-Fi などの無線では通信が安定しない場合があり、映像や音声に影響が出る可能性がありますのでご注意ください。

■使用する端末

Zoom は Windows、Macintosh、Android、iOS でご利用いただけます。Android、iOS の場合は、アプリをインストールする必要があります。Zoom アプリをご利用の場合は最新バージョンであることをご確認ください。

端末にはウェブカメラとマイクが必要です。内蔵マイクおよび内蔵スピーカーの利用は、周囲の雑音が入る可能性があり、また、ハウリングを発生させる原因となりますので、マイク付きヘッドフォン（イヤホン）のご使用を推奨いたします。

■動作環境安定のために

ご使用の端末は電源に接続し、バッテリーでの駆動は避けてください。

Zoom ウェビナーへの入室前に、Zoom 以外のアプリは閉じてください。

■質疑応答

視聴者からの質問は、Zoom の Q&A 機能を用いテキスト形式で受付けます。質問の採否は座長に一任いたします。採用した質問は、座長代読で進行をお願いいたします。視聴者が Q&A 機能で質問を投稿すると、Q&A に数字が付きますので、クリックして質問内容をご確認ください。

日程表

WEB開催

9:00	9:00-9:05	**開会のご挨拶**	廣野　靖夫（第16回日本臨床栄養代謝学会中部支部学術集会 会長）
	9:05-9:20	**大会長講演**	**臨床栄養学を活かす**　廣野　靖夫　座長：清水　敦哉
10:00	9:25-10:15	**一般演題1**	**がん治療** （O-1-1 ～ O-1-6） 座長：斎藤　健一郎、湯下　範子
	10:20-10:50	**教育講演1**	**栄養に関わる人が知っておきたい”がんゲノム医療”** 奥川　喜永　座長：宮下　知治
11:00	10:50-11:20	**教育講演2**	**誤嚥性肺炎に関する考察 ー食事開始・生命予後に関してー** 塚谷　才明　座長：巨島　文子
12:00	11:25-12:25	**一般演題2**	**NST・多職種連携** （O-2-1 ～ O-2-7） 座長：石井　要、宮崎　徹
13:00	12:35-13:35	**特別講演**	**臨床栄養学～集いて学ぶ重要性～** 鍋谷　圭宏 座長：廣野　靖夫 共催：株式会社大塚製薬工場
14:00	13:40-14:40	**招待講演**	**ケアイノベーションと褥瘡対策** 真田　弘美 座長：片山　寛次
15:00	14:45-15:15	**教育講演3**	**リハ栄養と健康寿命、そして薬剤師にできること** 東　敬一朗　座長：中村　直人
	15:15-15:45	**教育講演4**	**胃瘻栄養で「世直し」します！ー地域一体型NSTの復権のために** 小川　滋彦　座長：原　拓央
16:00	15:50-16:50	**一般演題3**	**栄養評価・管理** （O-3-1 ～ O-3-7） 座長：森　直治、中原　さおり
17:00	16:50-17:00	**次期会長のご挨拶** **閉会のご挨拶**	森　直治（第17回日本臨床栄養代謝学会中部支部学術集会 会長） 廣野　靖夫（第16回日本臨床栄養代謝学会中部支部学術集会 会長）

プログラム

開会のご挨拶　9:00 ～ 9:05

廣野　靖夫（第 16 回日本臨床栄養代謝学会中部支部学術集会　会長）

大会長講演　9:05 ～ 9:20

座長：清水　敦哉（済生会松坂総合病院　院長）

臨床栄養学を活かす

廣野　靖夫（福井大学医学部附属病院　がん診療推進センター / 福井大学医学部附属病院　栄養部）

一般演題 1　がん治療　9:25 ～ 10:15

座長：斎藤健一郎（福井県済生会病院　外科）
湯下　範子（福井厚生病院　栄養課）

O-1-1　３期大腸癌における術前後の血清コリンエステラーゼ値と予後の関連について

椿　　貴佳（福井大学医学部附属病院　がん診療推進センター / 福井大学医学部附属病院　消化器外科 / 福井大学医学部附属病院　NST）

O-1-2　血液内科で化学療法を受ける入院患者の排便コントロールの実際

岡井　瑞希（福井済生会病院 7B 病棟）

O-1-3　化学療法による重症消化管粘膜障害に対して経腸栄養投与にこだわり軽快を得たと考える 1 例

廣瀬　淳史（富山県立中央病院　外科）

O-1-4　化学療法中を行う切除不能、進行再発高齢がん患者における炎症 / 栄養関連スコアの意義

関根　慎一（かみいち総合病院　外科）

O-1-5　在宅静脈栄養を併用し化学療法継続可能であった進行再発胃癌の 1 例

石林　健一（厚生連高岡病院　外科）

O-1-6　小腸ストマ造設後の適切な栄養療法により化学療法が再開できた腹腔内悪性リンパ腫の一例

永野　　烈（トヨタ記念病院　薬剤科）

教育講演 1　10:20 ～ 10:50

座長：宮下　知治（金沢医科大学病院　一般・消化器外科）

栄養に関わる人が知っておきたい “ がんゲノム医療 ”

奥川　喜永（三重大学医学部附属病院　ゲノム医療部 / 三重大学大学院　消化管・小児外科）

教育講演 2　10:50 ～ 11:20

座長：巨島　文子（諏訪赤十字病院　リハビリテーション科）

誤嚥性肺炎に関する考察　　―食事開始・生命予後に関して―
塚谷　才明（公立松任石川中央病院　耳鼻咽喉科）

一般演題 2　NST・多職種連携　11:25 ～ 12:25

座長：石井　　要（公立松任石川中央病院　外科）
宮崎　　徹（厚生連高岡病院　薬剤部）

O-2-1　当院の NST の介入患者の現状と今後のカンファレンスへの課題
荒江　陽子（富山市立富山市民病院　看護部）

O-2-2　急性期病院 NST における SDGs の取り組み
野々垣知行（愛知医科大学病院　薬剤部 / 愛知医科大学医学部大学院医学研究科　緩和・支持医療学 / 愛知医科大学病院　栄養サポートチーム）

O-2-3　同種造血幹細胞移植後に非感染性肺障害を合併し定期的に外来栄養食事指導を実施した 1 例
朝比奈涼子（浜松医科大学医学部附属病院　栄養部）

O-2-4　広範囲熱傷に対し早期からの栄養管理に NST が関わった 1 症例
辻　美千代（富山県厚生連高岡病院　栄養管理部）

O-2-5　入院外来支援における急性合併症（低血糖）に対する NST 専門薬剤師の挑戦
野村　浩夫（日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院　薬剤部）

O-2-6　再度摂食障害を発症した患者に多職種連携で関わった一例
岸下　宏美（福井大学医学部附属病院　栄養部）

O-2-7　NST 介入にて肝性脳症を疑い、肝硬変の診断に至った 1 症例
磯部　香純（医療法人厚生会　福井厚生病院　看護部）

特別講演　12:35 ～ 13:35

座長：廣野　靖夫（福井大学医学部附属病院　がん診療推進センター）

臨床栄養学～集いて学ぶ重要性～
鍋谷　圭宏（千葉県がんセンター　食道・胃腸外科 / 千葉県がんセンター　栄養サポートチーム（NST））

共催：株式会社大塚製薬工場

招待講演　13:40 ～ 14:40

座長：片山　寛次（さくら病院　院長（福井大学　名誉教授））

ケアイノベーションと褥瘡対策
真田　弘美（石川県立看護大学　学長（東京大学　名誉教授））

教育講演 3　14:45 ～ 15:15

座長：中村　直人（公立陶生病院　医療技術局薬剤部）

リハ栄養と健康寿命、そして薬剤師にできること

東　敬一朗（医療法人社団浅ノ川　浅ノ川総合病院　薬剤部）

教育講演 4　15:15 ～ 15:45

座長：原　　拓央（厚生連高岡病院　外科）

胃瘻栄養で「世直し」します！―地域一体型 NST の復権のために

小川　滋彦（小川医院　院長）

一般演題 3　栄養評価・管理　15:50 ～ 16:50

座長：森　　直治（愛知医科大学大学院医学研究科　緩和・支持医療学）
中原さおり（JA 三重厚生連　鈴鹿中央総合病院　栄養管理科）

O-3-1　頭頸部癌患者の入院時栄養評価結果の予後予測ツールとしての有用性について ―当院での GLIM の運用―

久徳　綾香（名古屋掖済会病院　耳鼻咽喉科）

O-3-2　高齢糖尿病患者の入院時の GLIM 基準低栄養は死亡リスクと関連する

原　なおり（愛知医科大学病院　栄養部）

O-3-3　口腔機能評価は栄養スクリーニングに有用か？

金森　恵佑（金沢医科大学病院　栄養部 / 金沢医科大学病院　NST）

O-3-4　当院地域包括ケア病棟入院患者の ADL 能力の改善と栄養指標について

増田　　賢（富山市立富山まちなか病院　技術科）

O-3-5　栄養リスク症例に対する栄養アセスメント未実施の要因調査

井上寿味子（愛知医科大学病院　看護部 / 愛知医科大学病院　栄養サポートチーム）

O-3-6　経胃瘻的空腸瘻が有用であった上腸間膜動脈症候群の 1 例

福家　洋之（済生会松阪総合病院　内科）

O-3-7　PTEG はなぜ普及しないのか？

石井　　要（公立松任石川中央病院　外科）

次期会長の挨拶　16:50 ～ 16:55

森　　直治（第 17 回日本臨床栄養代謝学会中部支部学術集会　会長）

閉会のご挨拶　16:55 ～ 17:00

廣野　靖夫（第 16 回日本臨床栄養代謝学会中部支部学術集会　会長）

指 定 演 題

抄 録

臨床栄養学を活かす

廣野 靖夫[1,2]

[1] 福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター
[2] 福井大学医学部附属病院　栄養部

がん治療と栄養管理

私は胃癌治療を専門としながら、がん治療に関わってきた。入局した金沢大学第2外科の胃癌グループは、当時の外科では珍しく切除可能胃癌だけでなく、切除が困難な高度進行例に対しても集学的な化学療法を行っていた。強力な化学療法を併用し切除することを学んだ。福井大学に移り、自分自身が高度進行胃癌に対する集学的治療を行う中で、治療成績の向上には栄養管理も重要ことを実臨床の中で感じて、HPN併用やONS使用、腸瘻増設などを行うようになった。

チーム医療

当初、自分だけでがん性腹膜炎の患者へのHPNの早期導入や時間外のトラブル対応を行っていたが、在宅療養担当師長や救急部師長が協力してくれるようになり、院内サポートが整ってきた。チーム医療のありがたみを身に染みて感じてきた。チーム医療とは無縁のところで、一匹狼として患者サポートを頑張っていた自分が、最終的にはチーム医療に加わり、これを啓蒙する立場となった。

学びと実践

これまでTNT修了者なのにがん患者の栄養管理に無頓着な医師や脂肪乳剤やONSを投与しようとしない医師を現場で見かけており、学びが身につかず、活かされていないと感じていた。現在、大学では臨床栄養の授業や講習会を担当しているが、実践的に伝えることを意識している。他臓器がんのグループにHPNや早期経腸栄養の良さを実際の症例を通して知ってもらうようにしている。

自身もESPENのLLLを知り、系統立てた栄養学の学びを行うためにDiplomaを取得した。

知識を活かす

若い医療者には低栄養を意識するように、栄養部スタッフには主治医とコミュニケーションを取るように伝えている。どんなに素晴らしい学びをしていても実践の場で活かさなければ意味はない。我々の目的は栄養学の力を借りて、患者の笑顔を目指すことである。

経歴

1990年 3月	金沢大学医学部卒業
1990年 5月	金沢大学第2外科入局　医員
1992年 4月	金沢大学大学院卒業
1996年 1月	恵寿総合病院　外科医長
1998年 4月	八尾総合病院　外科医長
2000年 4月	福井医科大学第1外科　助手
2015年 4月	福井大学医学部第1外科　講師
2019年 4月	福井大学医学部附属病院　がん診療推進センター　センター長及び腫瘍病態治療学講座　准教授　兼任
2021年11月	福井大学医学部附属病院　がん診療推進センター　診療教授

資格・役職

日本臨床栄養代謝学会　認定医、学術評議員・代議員、中部支部会　副支部長
欧州臨床栄養代謝学会（ESPEN）Diploma and Teacher of the Life-Long Learning Programme on Clinical Nutrition and Metabolism
日本胃癌学会　代議員
日本臨床外科学会　評議員
日本緩和医療学会　認定医、代議員
日本食道学会　食道科認定医、評議員
日本外科系連合学会　評議員
日本消化器病学会　支部評議員
日本外科学会（外科専門医、指導医）
日本消化器外科学会（専門医、指導医）
日本消化器内視鏡学会（専門医）
日本消化器病学会（専門医、指導医）
福井県がん診療連携協議会　研修部会長
日本腹膜播種研究会　理事

臨床栄養学～集いて学ぶ重要性～

鍋谷 圭宏[1,2]、前田 恵理[2,3]、金塚 浩子[2,4]、實方 由美[2,4]、高橋 直樹[2,5]

[1] 千葉県がんセンター 食道・胃腸外科、
[2] 千葉県がんセンター 栄養サポートチーム（NST）、
[3] 千葉県がんセンター 栄養科、[4] 千葉県がんセンター 看護局、
[5] 千葉県がんセンター 歯口科

2020年に発生したCOVID-19で現地開催中止となった最初の大きな学術集会は第35回JSPEN2020（佐々木雅也会長）であり、その後殆どの学術集会・会議がWEB開催となった。WEBでの「バーチャル」会議では、移動することなく「集う」ことが出来て、時間と経費の節約になる。しかし、数多く経験してみると、この「バーチャル」での会議では何か足らないと感じるのは私だけだろうか？表情も全体の雰囲気も分からない。そして何よりも「間」で遭遇する＋αの出逢いや情報を得る機会が殆どない。必要なことだけ短時間でこなすことが、時間を無駄にしない効率的な生き方であると言う人もいる。しかし、何が無駄で、何が将来役に立つか分からない。後の人生を変えるような人との偶然の出逢い、会議の前後や間でのちょっとした会話、聞きづらいが悩んでいたことへの答え、隣の人との内緒話など、「リアル」での集合でないと得られない出逢いや情報・知識は、実は財産として役立つことも多い。文献も、今はWEBでのキーワード検索で無駄なくできるが、図書館で製本された雑誌での検索で偶然目に入った論文が役に立つような幸運はない。

今日のがん診療は、ランダム化比較試験（RCT）による根拠に基づいた医療（EBM）中心の「ガイドライン（GL）治療」に則して行うのが基本である。しかし、高齢や社会的背景から、GL治療が行えないがん患者も少なくない。そうした患者に何らかのアドバイスをするには、非GL治療の経験も必要であり、そのtipsまで共有することが望ましい。「リアル」で集うことは、人との貴重な出逢い・再会、成書やGLに書かれていないが目の前にいる患者に必要な知識を得る機会も生まれ、そして何よりもチーム医療に最も重要なコミュニケーションの場となる。「バーチャル」の利点も勿論あって、その機会が今後なくなるとは思えないが、「リアルで集いて学ぶ」ことが如何に重要であるかを、私自身が第36回JSPEN2021の会長として実感した。本学術集会で廣野会長が「集いて学ぼう」と掲げたテーマは、今まさに本学会員が忘れてはならないことであり、その見識の高さに敬意を表したい。「リアル」の会場では、昼食目的でたまたま入った部屋での講演内容が後の研究に影響したという話も少なくない。当院での臨床栄養・NSTの経験も踏まえ、「偶然」の参加者にも廣野会長に代わって「集いて学ぶ重要性」を少しでもお伝え出来ればと思うが、どうだろうか。

経歴

1985年 3月　千葉大学医学部（医学部卓球部）卒業
1985年 6月　千葉大学医学部附属病院 第二外科 医員（研修医）
1990年 3月　千葉大学大学院医学研究科博士課程（外科系外科学第二）修了（医学博士）
1992年 6月　米国コーネル大学医学部 胸部外科学 留学（Visiting Research Fellow）
1999年10月　千葉大学医学部附属病院 第二外科 助手
2005年 6月　千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科学 講師
2010年 4月　千葉県がんセンター 消化器外科 主任医長、NST担当
2014年 2月　千葉県がんセンター 消化器外科 部長
2016年 4月　千葉県がんセンター 食道・胃腸外科 部長
2019年 6月　千葉大学医学部 臨床教授
2021年 4月　千葉県がんセンター 診療部長（食道・胃腸外科）、患者総合支援センター 部長
2022年 2月　千葉県がんセンター 周術期管理センター設立、同 部長

主な資格・役職
日本臨床栄養代謝学会 理事・代議員・学術評議員、指導医・認定医、学会誌JSPEN編集委員長、将来構想委員会委員長、教育委員会副委員長など、第5回関東甲信越支部学術集会会長（2017年）、第36回年次学術集会JSPEN2021会長（2021年）
Official Journal “*Annals of Nutrition and Metabolism*”：Member of Editorial Board
日本外科代謝栄養学会 元理事・評議員、教育指導医、教育委員会委員長、第62回学術集会会長（2025年）予定
日本外科感染症学会 理事・評議員、外科周術期感染管理教育医・認定医、財務委員長など
日本栄養療法推進協議会 理事
日本外科学会 指導医・専門医・認定医
日本消化器外科学会 指導医・専門医・認定医、消化器がん外科治療認定医
日本臨床外科学会 評議員、編集委員会委員
日本腹部救急医学会 評議員、腹部救急教育医・認定医、学会誌編集委員長、総務委員会委員長
日本食道学会 評議員、食道科認定医、食道外科専門医、教育委員会委員
Official Journal “*Esophagus*”：Member of Editorial Board
日本胃癌学会 代議員
千葉県NSTネットワーク 代表世話人
Fellow of the International College of Surgeons（F.I.C.S.）
European Society for Clinical Nutrition and Metabolism（ESPEN）：Block Member
American Association for Cancer Research：Active Member　など

主な受賞歴
1992年：Scholarship from the International Society for Diseases of the Esophagus（ISDE）
2005年：The best poster of the session（Clinicopathology）of the 6th International Gastric Cancer Congress
2016年：Outstanding Contribution in Reviewing Award（*Clinical Nutrition*, ESPEN）
2019年：Best Reviewer Award（*Annals of Gastroenterological Surgery*, 日本消化器外科学会）
2012～2023年（6期12年連続選出）：The Best Doctors in Japan

ケアイノベーションと褥瘡対策

真田 弘美

石川県立看護大学 学長（東京大学 名誉教授）

帰省

私は生まれも育ちも石川県金沢市で、金沢大学保健学科を退職して、東京大学の定年退職とともに18年ぶりに帰省し、再度、石川県立看護大学で働けることに心より感謝している。自身が65歳という前期高齢者になったこの頃、特に感じるのは、高齢化に対する東京と、石川県との格差である。超高齢者が多い大都会と、過疎化が進行する地域との高齢者個々の老い方と、必要とされる支援が大きく違うことである。一方、とても感動することもある。それは病院、施設、在宅における褥瘡対策には、都市も地方も大きく変わることなく、そしてガイドラインの改変に伴うエビデンスを基にした産学官連携は隅々まで行き届いている。

COVID-19は何をもたらしたか？

日に日に感染者が減少しているCOVID-19ではあるが、デルタ株がオミクロン株へ、そしてさらに次の株へと変異を続けるウイルスとの戦いは、我々の生活を一変させてしまった。とどまることない子どもへの感染に対して、今は集団免疫を期待する以外は方法がないのか？まずは、この状況の中、昼夜問わず、自身の感染の危険性がありながらも、このCOVID-19感染の患者のケアに携わってくださっている医療者の皆様に感謝を伝えたい。そして、この3年間、我々はこの新興感染から何を学んだろうか。

褥瘡対策は、今後どのように進化するか。

24時間の療養上の世話、診療の補助行為自体が感染源となり、従来の看護を大きく変革しなければ対処できない状況まで追い込まれたことは事実である。

すなわち、看て、触れて、寄り添うことを医療には求められたが、触れる、寄り添うことができない、物理的に触れることなく、寄り添うことなく、療養者へ安心をどのように提供するのか、この変革にSociety 5.0のコンセプトであるDXを使ったイノベーションは欠かせない。褥瘡予測、褥瘡アセスメント、褥瘡局所管理と全身管理、ICT、ロボット、AIなどのテクノロジーを導入することは必須であろう。

ここでは、これらテクノロジーの開発をコンセプトとする看護理工学の手法を用いた褥瘡対策の新技術について、前研究室での仕事を紹介するとともに今後の課題について言及する。

経歴

1979年	聖路加看護大学卒業
1987年	クリーブランドクリニック聖路加分校ETスクール修了
1989-90年	イリノイ大学大学院看護学部にて研修
1987-97年	金沢大学医学部研究生 博士（医学）
1998年	金沢大学医学部保健学科教授
2003年	東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学分野教授
2011-2012年	同専攻長
2015-2016年	同学科長
2017年より	東京大学大学院医学系研究科附属グローバルナーシングリサーチセンター センター長兼任。
2022年より	現職
2019年	American Academy of Nursing（FAAN）Fellow、Curtin University（Australia）Adjunct Professor
2021年	Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing・Member

主な資格・役職

1999年よりWOC看護認定看護師（現皮膚・排泄ケア認定看護師）。
国際リンパ浮腫フレームワーク・ジャパン研究協議会：理事長
日本褥瘡学会：元理事長（2011-2015）・前監事（2015-2021）・現評議員
日本創傷・オストミー・失禁管理学会：元理事長（2008-2017）・現監事
看護理工学会：前理事長（2013-2019）・現監事
日本看護科学学会：前理事長（2019-2021）・現代議員
日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会：理事
日本創傷治癒学会：監事
日本看護協会：元副会長（2011-2017）
International Lymphoedema Framework: International board of directors. International Wound Journal: Editor. Journal of Wound care: Editorial advisor. Journal of Tissue Viability: Editorial Boardなど

主な受賞歴

2013年：Innovation Award（JWC AWARDS 2013）
2020年：第16回ヘルシー・ソサエティ賞「パイオニア部門」受賞
2022年：WUWHS Lifetime Achievement Award

最近の著書

Bioengineering Nursing: New Horizons of Nursing Research（Nova Science Pub Inc, 2014）、看護理工学（東京大学出版会，2015）、スキンケアガイドブック（照林社，2017）、役立つ！使える！看護のエコー（照林社，2019）、排泄ケアガイドブック（照林社，2021）、エコーによる直腸便貯留観察ベストプラクティス（照林社，2021）など。

栄養に関わる人が知っておきたい“がんゲノム医療”

奥川 喜永 [1,2]、今岡 裕基 [2]、問山 裕二 [2]

[1] 三重大学医学部附属病院 ゲノム医療部、
[2] 三重大学大学院 消化管・小児外科

英国は 2012 年から Genomics England を、米国は 2015 年から Precision Medicine Initiative を立ち上げ、諸外国ではこの 10 年間にゲノム医療の推進を目指す様々な国を挙げてのプロジェクトが進行している。そのような背景もあり、本邦においても 2015 年に「ゲノム医療実現推進協議会」が設置され、2017 年には厚生労働省が「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」を設置し、がんゲノム医療の社会実装に向けた体制の整備が始まった。そして 2019 年にはがんゲノム医療の窓口となるがん遺伝子パネル検査が保険承認となり、さらにそれを実践していく医療機関としてがんゲノム医療中核拠点病院・拠点病院・連携病院が指定され、現在では全国 233 施設が活動している。このがん遺伝子パネル検査を保険適応として提供可能な対象は、治癒切除不能または再発病変を有する全身状態良好なかたで、標準治療がない希少癌・原発不明癌のみならず、標準治療が終了・または見込まれる段階の全固形癌患者であるため、大部分の対象者が標準治療となるがん薬物療法を年単位で施行されている。またがん遺伝子パネル検査を受検した後の薬剤選択到達率は約一割とされ、全身状態良好が絶対条件となる臨床試験や患者申し出療養制度が大きな出口となるが、最近では保険診療で提供可能な薬剤が見つかる可能性もあるため、標準治療継続中も全身状態を良好な状態を維持する支持療法は、後方治療に移行した際のがんゲノム医療の恩恵を享受できる可能性を広げる。またそれ以外にも、最近では、がん遺伝子パネル検査の結果、遺伝子変異量高値（Tumor Mutation Burden-High）を認めた全固形癌に対して免疫チェックポイント阻害剤が保険適応となったが、免疫チェックポイント阻害剤の奏効率を上げるための支持療法として栄養介入の有効性が期待されている。本発表では、本邦で始まったがんゲノム医療の現状を、とくに栄養に関わる医療従事者にとって認識しておくべきことを中心に紹介する。

経歴

2003 年	三重大学医学部卒業
2003-2004	聖路加国際病院初期研修医
2010-2012	三重大学臨床研修・キャリアセンター助教
2012-2015	Postdoctoral fellow, Baylor University Medical center
2017-2019	三重大学消化管・小児外科学講座・医学看護学教育センター 助教
2020 年 -	三重大学附属病院　ゲノム診療科　講師
2021 年 7 月 -	三重大学附属病院　ゲノム医療部・ゲノム診療科　部長・科長・教授

主な資格・役職
日本臨床栄養代謝学会　認定医、学術評議員　Under-45 委員、臨床栄養コンセンサス検討委員
日本消化器外科学会　消化器外科専門医・指導医、評議員
日本外科代謝栄養学会　評議員
日本遺伝性腫瘍学会　評議員、遺伝性腫瘍専門医
日本人類遺伝学会・日本遺伝カウンセリング学会　臨床遺伝専門医、地域活性化委員会東海地区委員
日本消化器病学会　消化器病専門医・指導医、東海支部会評議員
日本臨床外科学会　評議員
日本在宅経腸栄養研究会　世話人
日本緩和医療学会　専門医
日本臨床腫瘍学会　がん薬物療法専門医、大腸癌遺伝子検査等診療ガイダンス第四版 / 第五版作成委員
日本大腸肛門病学会　専門医・指導医、評議員
東京医科歯科大学　客員准教授

主な受賞歴
American Gastroenterological Association Fellow Travel Award 2015、
AGA-GRG Fellow Abstract Prize 2015、
日本外科学会 Young Investigator Award 2016、
American Gastroenterological Association Poster of Distinction for presentation award, 2017
日本消化器外科学会 Young investigator Award 2017、
日本外科学会 Young Researcher Award 2018 受賞、
日本静脈経腸栄養学会 小越章平 Best paper in the year 2019、
三重大学医学賞、日本外科代謝栄養学会学会賞（英文部門）2020、
2021 年度日本医師会医学研究奨励賞など

誤嚥性肺炎に関する考察　　―食事開始・生命予後に関して―

塚谷 才明

公立松任石川中央病院 耳鼻咽喉科

誤嚥性肺炎をおこした後の高齢者の食事にどのような方針で対応していくかは現場の医療者、介護者にとって悩ましい問題である。当院は地域の急性期病院であるため多くの重症誤嚥性肺炎患者が緊急入院してくる。食事開始にあたって安全性を優先するのか、スピード感を持って対処するのか、むせながら食べていくのか、むせのない食事に留めるのか、どのような例が代替栄養導入のよい適応なのかなど、嚥下サポートチームでは患者ごとに検討しながら対応してきた。この問題を難しくしている原因の一つとして目の前の患者の嚥下機能、誤嚥性肺炎がどのステージにあるのか、例えばすでに終末期に近いのか判断が難しいことがあげられる。また予後を規定する因子がはっきりしないことも判断を難しくしている要因の一つと考えられる。今回の教育講演ではまず誤嚥性肺炎後の食事開始に際して実際の症例を交えながら当院での考え方、対応を紹介する。次に誤嚥性肺炎患者の中長期的な生命予後ならびに予後因子に関して当院での検討で得られた結果を紹介する。食べたい、嚥下機能を戻して欲しい、長く生きたいという患者家族の希望は当然であるが、その期待に応えられないことも多い現実に向き合っている医療者にとって、今回の講演が判断の一助となれば幸いである。

経歴

1990 年	金沢大学医学部医学科卒業
1994 年	金沢大学大学院医学系研究科卒業
1998 年	金沢大学医学部附属病院耳鼻咽喉科　助手
2001 年～2002 年	バージニア州立大学医学部生理学教室に留学
2005 年	金沢大学医学部附属病院　学内講師
2007 年	公立松任石川中央病院　耳鼻咽喉科
2019 年	公立松任石川中央病院　副院長
2022 年	公立松任石川中央病院　病院長代理

資格・役職
日本耳鼻咽喉科学会　専門医・指導医
内分泌・甲状腺外科学会　専門医・指導医
金沢大学医薬保健学類医学類　臨床准教授（学外）
金城大学　特任教授

リハ栄養と健康寿命、そして薬剤師にできること

東 敬一朗

医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院 薬剤部

日本人の平均寿命と健康寿命の間には男女ともに乖離がある。健康寿命は「栄養」「運動」「社会参加」の 3 つの柱から成り立っているといわれている。近年リハビリテーション（以下、リハ）栄養が注目されるようになったが、その定義には「国際生活機能分類（ICF）で評価を行ったうえでフレイル高齢者や障害者の機能・活動・参加、QOL を最大限高めるため」と記載されており、これはまさに健康寿命のことを示している。

リハ栄養において薬剤師には重要な役割があり、主に「1：経口摂取、経腸栄養が困難場合でもリハの効果を最大限発揮できるようにするための輸液栄養管理」、「2：摂食嚥下機能に悪影響を及ぼす薬剤の適宜漸減･中止の提案」である。後者はリハ薬剤ともいわれる。リハ薬剤とはリハ栄養の薬剤版であり、リハの効果を最大限発揮するための薬物療法であり、薬物療法の内容に応じて最大限のリハを実施することでもある。高齢者の多剤併用によって起こる有害作用や相互作用はポリファーマシーといわれ、現在社会問題となっている。中には、運動や活動、栄養に悪影響を及ぼす薬剤も多くあるため、そのような薬剤を漸減・中止することがリハにとってメリットとなることもある。

現状、薬剤師はリハ栄養はもちろんリハ患者の薬物療法にも十分関与できていない。このことが、実は健康寿命の増進の妨げになっている可能性があるという点について、今回考察してみたい。

経歴

1999 年 3 月　摂南大学薬学部　卒業
2001 年 3 月　摂南大学大学院薬学研究科（博士前期課程）　修了
2001 年 4 月　金沢大学附属病院薬剤部　入職
2004 年 4 月　同　栄養サポートチーム（NST）スタッフ
2012 年 3 月　金沢大学大学院自然科学研究科（博士後期課程）　修了
　　博士号（薬学）　取得
2012 年 4 月　金沢市立病院薬剤室　入職、主任
2014 年 11 月　浅ノ川総合病院薬剤部　入職
2019 年 4 月　同　主任

主な資格・役職
日本臨床栄養代謝学会　学術評議員、代議員
日本老年薬学会　学術評議員
日本リハビリテーション栄養学会　代議員、理事

主な受賞歴
2013 年　日本医療薬学会　Postdoctoral Award　受賞
2013 年　石川県病院薬剤師会 学術奨励市村賞　受賞

教育講演 4

8 月 20 日（土）15:15 ～ 15:45

胃瘻栄養で「世直し」します！―地域一体型 NST の復権のために

小川 滋彦

小川医院 院長

栄養管理の大原則は、患者の持てる力を最大限引き出すことではなかったのか。しかし、10 年前の「胃瘻バッシング」は NST のあるべき姿を「地域一体」でゆがめてしまった。口から食べる力があれば、その力を少しでも引き出す。消化管が使えれば、その能力を生かす。胃瘻は本来、そういった使われ方をしてきたはずだ。その胃瘻自体を否定することの本質は、胃瘻の力を借りて生きていること自体を否定することであり、体のいい障がい者バッシングだったと言え、多くのモラルハザードを地域にもたらした。医療区分 3 にするための「大人の都合」の中心静脈栄養、尊厳死派の無理やり ACP、在宅医療の看取り成功報酬など、今こそ患者不在の医療界にメスを入れるべきである。「胃瘻バッシング－No！」と言える勇気が、地域医療を元気にすると信じて、本日の教育講演をお引き受けした。

そうは言っても、胃瘻によって患者を不幸にしては、元も子もない。とりわけ、今の時代に胃瘻を望む患者家族は、相当意識の高い人たちだと考えられ、栄養管理の成果を是非とも味合わせてあげたいのだ。そのために、皆様と学びましょう。本日は、在宅胃瘻管理 31 年の取り組みから、胃瘻管理のツボをご披露したい。

経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）でつくられた胃瘻の管理において、まず 1)「強固な胃瘻」かどうか、2）PEG カテーテルの内側（胃側）はどうなっているか、3）正しく物品を使っているか、を常に念頭におくことが大切であり、本講演においてご参加の皆様の知識が一挙に整理できるようなお話をさせていただくつもりである。

経歴

1984 年　岐阜大学医学部卒業
1984 年　金沢大学第 2 内科入局
1990 年　石川県済生会金沢病院消化器内科医長
1991 年　消化管ホルモンの分泌動態に関する論文で医学博士（金沢大学）の学位取得
1996 年　小川医院　副院長
2001 年　小川医院　院長

主な資格・役職：
日本内科学会認定 総合内科専門医
日本消化器内視鏡学会 指導医、学術評議員
日本消化器病学会 専門医
PEG・在宅医療学会 理事
北陸 PEG・在宅栄養研究会 代表世話人
NPO 法人 PDN 理事
金沢在宅 NST 経口摂取相談会 代表
元金沢大学医学部臨床教授（学外）（2009 年 4 月～ 20017 年 3 月）。

一 般 演 題

抄 録

O-1-1　3 期大腸癌における術前後の血清コリンエステラーゼ値と予後の関連について

椿 貴佳 [1,2,3]、廣野 靖夫 [1,2,3,4]、森川 充洋 [2]、橋本 儀一 [3]、石田 園光 [3]、斎木 明子 [3]、岸下 宏美 [4]、朝井 瞳 [3,4]、早瀬 美香 [3,4]、五井 孝憲 [2]

[1] 福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター、[2] 福井大学医学部附属病院 消化器外科、
[3] 福井大学医学部附属病院 NST、[4] 福井大学医学部附属病院 栄養部

【目的】
我々は大腸癌において術前コリンエステラーゼ(ChE)値が術前 PNI や CONUT と相関し有用であることを報告してきた。今回は 3 期大腸癌に注目して、術前の ChE 値だけでなく、術後の変化についても予後との検討を行った。
【方法】
対象は当院で 2006-2014 年に手術を施行し、かつ術直前 ChE が測定されていた大腸癌患者 661 例のうち 3 期症例 209 例（結腸癌 115 例、直腸癌 94 例）。平均年齢は 71.3 歳。予後は Kaplan-Meier 法と Logrank test を用いて検討した。全 661 例の 5 年生存をアウトカムに ROC 曲線を作成し、ChE の cut-off 値を求めると 240 IU/L であった。
【結果】
術前 ChE の平均値は 260.7 IU/L で、87 例（41.6%）が低下していた。術 1 か月後も測定されていたのは 181 例で平均値は 235.5 IU/L、92 例（50.8%）で低下していた。術前 ChE 値正常群と低下群に分けて検討すると、術前正常群は低下群に比べて有意に予後良好であった。また、術 1 か月後の ChE 値正常群も低下群に比べて有意に予後良好であった。術前後の ChE 値の変化に注目して、術前後とも正常群（A）、低下群から正常群に改善（B）、正常群から低下群に悪化（C）、術前後とも低下群（D）の 4 群に分けて、予後を検討すると、A 群が最も予後が良好で D 群が最も不良であった。C 群は D 群と変わらず、B 群は A 群と C 群の間であった。
【結語】
3 期大腸癌治療において術前 ChE 値は有用であるが、術 1 か月後の ChE 値もその有用性が示唆され、周術期での低下に注意が必要である。

O-1-2　血液内科で化学療法を受ける入院患者の排便コントロールの実際

岡井 瑞希、進士 裕佳、観田 知世、猪之詰 美香

福井済生会病院 7B 病棟

【目的】血液内科で化学療法を受ける入院患者が行っている排便コントロールに対する内服調整の実際を明らかにし、看護介入の示唆を得る。
【方法】調査期間：2021 年 6 月～ 9 月。対象：B 病棟に入院した血液疾患により化学療法（内服以外の抗がん剤）を投与し排便コントロールのため下剤を内服している患者。調査方法：自記式質問紙調査。調査項目：年齢、治療回数、下痢の回数、患者が思う下痢の性状と便秘日数、下剤の調整方法、排便時の皮膚トラブルなど全 17 項目（便の性状にはブリストルスケールを使用）。分析：単純集計と治療回数と下剤の回数は Pearson の相関関係。研究はA病院臨床研究倫理審査委員会の承認を得て内容を遵守して実施した。利益相反なし。
【結果】対象者は 23 名（回答率 100%）対象者は下痢の性状､便秘日数について理解できていた。下剤内服の調製方法は、下痢に近い性状でも下剤を全て内服していたり、便秘でも下剤を内服していなかった者が多かった。排便間隔に変化を認めた者が皮膚トラブルを起こしていた。治療回数と下剤の回数にはやや相関があった（r=0.325）。
【結論】対象者は下痢の性状、便秘日数について理解できていたが、下痢・便秘の状態であっても下剤内服の調整ができていなかった。看護師は、治療回数と下剤の回数にやや相関があることを意識し、患者自身による排便性状の観察と看護師への報告により排便コントロールができるよう支援することが重要である。

O-1-3 化学療法による重症消化管粘膜障害に対して経腸栄養投与にこだわり軽快を得たと考える 1 例

廣瀬 淳史[1]、柄田 智也[1]、中田 竜介[2]、河口 絵里奈[3]、五十嵐 朱美[3]、里見 美佳[3]、中谷 洋子[4]、畑野 佐稚子[4]、田中 裕子[5]、中村 志富[5]、伊東 えりな[5]、東山 亜梨朱[5]、今井 莉奈[5]

[1] 富山県立中央病院 外科、[2] 富山県立中央病院 内分泌・代謝内科、[3] 富山県立中央病院 看護部、[4] 富山県立中央病院 薬剤部、[5] 富山県立中央病院 栄養管理科

症例は 68 歳男性。
直腸癌術後化学療法中の下痢と嘔吐で入院し、入院後 3 日目に血圧低下と血液検査で感染所見と肝機能障害、血液培養で腸内細菌が検出された。化学療法の消化管粘膜障害（以下 GMD）による Bacterial translocation の可能性を考え、集中治療管理を行いつつ整腸剤とエレンタール（以下 ED）の少量投与を開始、数日で警戒し経腸栄養開始後 4 日で一般病棟に転棟した。
その後中心静脈栄養（以下 TPN）を併用し経腸栄養を増量している最中に吐血を認めた。上部消化管内視鏡検査（以下 GTF）にて、上部消化管全域に高度のびらんを認めた。やはり化学療法の GMD と判断し、GTF 後 2 日目より ED 少量投与を再開、GTF 後 11 日目の GTF 再検査で所見改善を認めた。しかしその翌日に消化管穿孔で緊急手術となり、直腸吻合部口側での穿孔と左側結腸全域の菲薄化を認め、穿孔部閉鎖と右側横行結腸双孔式ストマ造設術を行った。
その後、第 2 術後病日（以下 POD）より TPN 併用下での ED 少量投与を再開したが、12POD よりストマからの血便を認めた。しかし、経過より化学療法の GMD と判断していたため、同管理を継続した。その後も粘血便が続くも徐々に軽快し、33POD に粘血便が止まり TPN を終了し経管栄養下の嚥下リハビリを開始、54POD に経管栄養を終了し完全経口摂取に移行、97POD（入院後 124 日目）に転院、現在は当院外来通院に復帰している。
上記治療を行った経緯について、文献的考察を踏まえて供覧する。

O-1-4 化学療法中を行う切除不能、進行再発高齢がん患者における炎症 / 栄養関連スコアの意義

関根 慎一、森山 亮仁、関島 梓、土井 淳詩、広瀬 真由美、浦田 紀子、佐藤 幸浩

かみいち総合病院 外科

【目的】好中球 / リンパ球数比（NLR）、血小板 / リンパ球数比（PLR）Prognostic Nutrition Index：PNI、Controlling Nutritional Status：CONUT、modified Glasgow Prognostic Score：mGPS は炎症の状態を反映する指標として知られており、これらの予後予測因子としての有用性が報告されている。今回、化学療法を行う高齢がん患者における炎症 / 栄養関連スコアの意義について検討した。【方法】2019.4 ～ 22.3 月の間に、当院で化学療法を行った 80 歳以上の再発・切除不能消化器癌患者 9 症例を対象とした。（疾患は胃癌：4 例、大腸癌：4 例、膵癌：1 例）。PNI、CONUT、NLR、PLR、mGPS について、化学療法中の開始前・後での変化を確認した。mGPS は血清 Alb と CRP で評価し、A 群：正常、B 群：通常低栄養、C 群：癌悪液質予備群、D 群：癌悪液質とした。【結果】化学療法の平均回数は 16.8 回（6-38 回）であった。化学療法開始→後で、PNI は 45.4 → 38.1 と低値、NLR：2.2 → 4.5、PLR：162 → 235、CONUT も 1.9 → 4.4 と高値であった。mGPS は、A：6、B：1、C：2、D：0 → A：0、B：1、C：3、D：5 と癌悪液質群または予備群が増加した。【結語】化学療法継続が可能な高齢患者では、今回検討した栄養スコアが保たれていることが多い。一方で、BSC へ移行した患者はそれまでの化学療法により癌悪液質に陥っている。高齢がん患者の化学療法においては、予後予測と関連する栄養評価とそれに基づいた栄養療法を実践する必要があると考察する。

O-1-5　在宅静脈栄養を併用し化学療法継続可能であった進行再発胃癌の 1 例

石林 健一、澤田 幸一郎、齊藤 浩志、藤森 大輔、山本 大輔、大島 正寛、林 泰寛、尾山 佳永子、原 拓央

厚生連高岡病院 外科

胃癌術後再発に対する化学療法は副作用のみならず術後体重減少や再建による影響のため治療継続困難となることがある。特に上部胃癌に対する胃全摘術や噴門側胃切除術は術後体重減少率が高く、栄養障害を来たしやすい。今回我々は進行胃癌に対し胃全摘術施行後に再発を認め、摂食困難となった患者に対し在宅静脈栄養を導入し栄養状態維持することで化学療法を継続可能であった 1 例を経験した。症例は 69 歳男性。2019 年に心窩部痛精査目的に施行した上部消化管内視鏡検査にて食道胃接合部に 1/2 周性 2 型病変を認めた（por2）。腹部造影 CT 検査では小弯側リンパ節腫大を認め cStage Ⅲと診断された。以上より開腹胃全摘術（R-Y 再建 D2 郭清）を施行し術後病理検査の結果は pT4aN3bM0CY1 であった。術後 XELOX 療法を施行し 7 コース目で明らかな再発所見は認めなかったが Grade2 の血小板減少を認めたためオキサリプラチンは中止し XELODA 単剤継続とした。化学療法開始後約 1 年 9 ヶ月後に腹痛を認め、腹部 CT 検査の結果後腹膜再発、癌性腹膜炎と診断された。2 次治療開始（パクリタキセル + ラムシルマブ療法）と並行して CV ポート造設のうえ在宅補液療法を導入した。経口摂取量は減少したが体重維持しており外来化学療法継続可能であった。2 次治療開始後 5 ヶ月目に通院困難となり BSC の方針となりその 1 ヶ月後に永眠された。在宅補液療法で栄養状態を維持することは予後を延長させる選択肢の一つになり得ると考えられる。

O-1-6　小腸ストマ造設後の適切な栄養療法により化学療法が再開できた腹腔内悪性リンパ腫の一例

永野 烈[1]、中西 敏博[1]、篠田 純治[2]、渥美 宗久[3]、米田 厚子[4]、能登 英子[1]、山室 栄一[1]、福元 聡史[5]、丘山 智子[5]、矢須田 侑兵[5]

[1] トヨタ記念病院 薬剤科、[2] トヨタ記念病院 内分泌･糖尿病内科、[3] トヨタ記念病院 総合内科、[4] トヨタ記念病院 看護室、[5] トヨタ記念病院 栄養科

【緒言】小腸ストマ造設後にるい痩が進行し悪性リンパ腫に対する治療が中断となったが、適切な栄養管理を実施し治療再開できた症例を経験したので報告する。

【経過】70 代女性　X 年 7 月腹腔内腫瘤による腸閉塞を起こし小腸ストマ造設、腹腔内リンパ節生検を行った。生検の結果悪性リンパ腫と判明。また上部消化管内視鏡検査にて胃癌も判明し、X 年 12 月幽門前庭部切除術を実施された。体重はストマ造設時 X 年 7 月 50.5kg、胃切時 X 年 12 月 44.8kg であった。胃切後は経口摂取していたが、術後 30 日で 34.2kg まで減少したため、悪性リンパ腫の治療は中断となり、血液内科医より NST 依頼となった。小腸ストマの造設により栄養吸収阻害が発生している可能性を考え、23.6%/ 月の体重減少、経口摂取 1000kcal/ 日を継続していたことから吸収不良と判断し、基礎代謝量 924.8kcal（H-B 式）、必要エネルギー 1100kcal（活動係数 1.1、障害係数 1.1）として中心静脈栄養をメインに栄養管理をすることを提案。X+1 年 4 月には 43kg まで増加し、化学療法は再開となった。その後も化学療法は継続しており、ストマ閉鎖するまでは中心静脈栄養も継続し、在宅静脈栄養法を行う予定である。

【考察】本症例は小腸ストマ造設後に栄養素の吸収に有効な残存小腸が確保されておらず、術後の栄養管理に対する配慮が足りなかったためるい痩が進んだと考えられた。小腸切除例は切除部位に応じた栄養素、微量元素の吸収不良に注意する必要がある。

O-2-1 当院の NST の介入患者の現状と今後のカンファレンスへの課題

荒江 陽子[1]、竹下 雅樹[2]、高橋 けい子[1]、満保 恵[1]、堀江 妙子[3]、武藤 昴一郎[4]、谷川 裕子[5]、藤村 隆[2]

[1] 富山市立富山市民病院 看護部、[2] 富山市立富山市民病院 外科、[3] 富山市立富山市民病院 臨床検査科、
[4] 富山市立富山市民病院 薬剤科、[5] 富山市立富山市民病院 栄養科

【目的】当院は週 1 回カンファレンスを実施し、適切な栄養療法により患者の栄養状態の改善を図っている。現行のカンファレンスには ST 不参加のため、近年介入時に経口栄養より静脈栄養の提案が多くなっている印象があった。そこで介入患者の現状を把握し、現行のカンファレンスを見直すため、今後の課題を検討した。【方法】2020 年 4 月から 2022 年 3 月までの介入患者 419 名（男性 200 名､女性 219 名）を後方視的に調査した。【結果】患者は平均年齢 82.6 ± 10.3 歳、BMI 20kg/m²、介入日数 11 日、在院日数 34 日であった。転帰別に生存群 342 人の介入前後の生化学指標の比較ではリンパ球数にのみ有意な上昇があった。介入依頼項目は「摂取量の減少」「生化学指標（Alb 3g/dl 以下）」が多かった。介入時 137 件（33%）の患者の嚥下評価が未実施であり、点滴内容の提案が 117 件と圧倒的に多かった。退院時には経口栄養は 411 件（30%）に減少し、静脈栄養のまま転院に至っていた。【結論】患者は高齢者が多く、介入時すでに低栄養の可能性があり、現状を踏まえた介入依頼項目を見直す必要がある。リンパ球数にのみ有意差があり介入効果が示唆されたが当院は急性期病院であり、介入日数が短いため、転院・転所先へ情報共有し栄養連携が必要である。嚥下評価未実施の症例が多く、摂食嚥下チームと協働し回診時に嚥下状態の確認・早期嚥下評価の提案や経口を持続する対策が必要と考える。

O-2-2 急性期病院 NST における SDGs の取り組み

野々垣 知行[1,9,10]、石川 真代[1,10]、笹川 文[1,10]、井上 寿味子[2,10]、太田 梨江[3,10]、鈴木 崇峰[4,10]、伊藤 邦弘[5,10]、堀田 直樹[6,10]、早川 俊彦[7,10]、福沢 嘉孝[8]、森 直治[9,10]

[1] 愛知医科大学病院 薬剤部、[2] 愛知医科大学病院 看護部、[3] 愛知医科大学病院 栄養部、[4] 愛知医科大学病院 中央臨床検査部、
[5] 愛知医科大学病院 歯科口腔外科、[6] 増子記念病院 消化器内科、[7] 早川医院、[8] 愛知医科大学病院 先制･統合医療包括センター、
[9] 愛知医科大学医学部大学院医学研究科 緩和・支持医療学、[10] 愛知医科大学病院 栄養サポートチーム

【目的】SDGs（持続可能な開発目標）は、2015 年 9 月の国連持続可能な開発サミットで採択された、2030 年までの国際目標である。本研究では、愛知医科大学病院 NST で実現可能な SDGs に着目し、具体的な取り組みと課題を検討することを目的とした。
【方法】SDGs の 17 のゴール（なりたい姿）と 169 のターゲット（具体的な達成基準）のうち､当院 NST スタッフにアンケートを実施し、当院で実現可能なゴール、ターゲットを決定した。アンケートは､「現在行っていること」「今後できること」「解決すべき問題点」の 3 項目を質問した。
【結果】8 名の NST スタッフから回答が得られた。現在行っていること､今後できることは 17 のゴールのうち､10 のゴール（目標 2、3、4、8、11、12、13、14、16、17）との回答だった。今後、これらの目標を実現するために解決すべき問題点として、NST のマンパワー不足、時間不足、医療スタッフへの教育・意識改革、自宅や他施設を含めた連携、診療報酬、特殊な患者に対する栄養評価・スクリーニングツール・アセスメントツールの開発、システム開発、コスト、限られた材料の中での食事の種類の増加・工夫、COVID-19 流行、などが挙げられていた。
【結論】当院 NST で実現可能な SDGs のゴール、ターゲットは複数あり、問題点を解決すればさらに多くのターゲットが実現できると思われた。SDGs を日々の業務に取り入れ、今後も幅広く社会に貢献していきたい。

O-2-3　同種造血幹細胞移植後に非感染性肺障害を合併し定期的に外来栄養食事指導を実施した 1 例

朝比奈 涼子 [1]、位田 文香 [1,2]、渡邉 潤 [1]、小野 孝明 [3,4]、三井 梢 [4]、花島 渉 [5]、加藤 明彦 [1]

[1] 浜松医科大学医学部附属病院 栄養部、[2] 名古屋学芸大学大学院栄養科学研究科、
[3] 浜松医科大学医学部附属病院輸血・細胞治療部、[4] 浜松医科大学医学部附属病院造血細胞移植センター、
[5] 浜松医科大学医学部附属病院リハビリテーション部

【緒言】肺合併症は同種造血幹細胞移植後に致命的となる合併症であり、非感染性肺障害もしばしば認められる。今回、当院で同種造血幹細胞移植後に非感染性肺障害を合併し、多職種連携し定期的に栄養食事指導を実施した 1 症例について報告する。
【症例】44 歳女性。X-2 年 3 月、慢性骨髄性白血病に対して同種造血幹細胞移植を施行。移植後 173 日に非感染性肺障害と診断された。X-2 年 9 月から PSL20mg/ 日が開始され、以後漸減し PSL10mg/ 日で退院となった。移植前から早期に NST 介入となり、退院後は定期的に外来栄養食事指導を実施し X-1 年 9 月に終了した。呼吸状態の悪化と起立時困難の訴えがあり、リハビリ介入と併せて食事内容の改善が必要であることを指摘され、指導再開となった。食事記録評価では、2500-3000kcal/ 日程度摂取していたが、体重増加が認められなかったため、間食をタンパク質含有食品へ変更することや、中鎖脂肪酸油の使用を継続すること、運動後に蛋白強化ドリンクを摂取することを指導した。さらに医師、造血細胞移植コーディネーター、理学療法士と相談し、気流閉塞に伴う代謝亢進と考えられたため、夜間就寝前補食の摂取を行う方針となり現在も指導継続中である。
【考察】同種造血幹細胞移植後の肺合併症が背景にある患者に対して、栄養食事指導の継続が重要であり、今後は栄養食事指導内容についても検討していく必要がある。

O-2-4　広範囲熱傷に対し早期からの栄養管理に NST が関わった 1 症例

辻 美千代、宮崎 徹、中島 悟、秋山 るい子、志村 政明、東 慶之助、米沢 みなみ、淺香 有希、菊川 哲英、毛利 永利子、林 幸代、原 拓央

富山県厚生連高岡病院 栄養管理部

広範囲熱傷の管理についての多職種で関わった経験をしたので紹介する。
【症例】20 歳代、男性、身長 170cm、体重 99.9kg。仕事中に水蒸気を全身に浴びて受傷、救急搬送され、広範囲熱傷Ⅱ度 64％＋Ⅲ度 18％と診断。発熱が続き循環動態も不安定であり、4 病日約 800kcal/ 日で静脈栄養を開始し漸増（Alb1.1g/dl）。早期経管栄養を検討したが臀部熱傷あり、排便による汚染を回避したいと要望された。フレキシシールを挿入し便を排出、9 病日より経管栄養 GFO 開始後 11 病日より消化態栄養剤エレンタールで開始。900kcal/ 日まで増量し PN と併せ 2130kcal/ 日タンパク質 84.6g で管理（Alb1.7g/dl）。便性は水様便少量でフレキシシールにて創汚染を予防できたため EN は 1800kcal/ 日まで増量。18 病日リハビリ（PT・OT）介入 19 病日人工呼吸器離脱。同時期 ST 介入し口腔機能練習が開始された。体調の安定に伴い EN の半消化態栄養剤への移行を検討。24 病日よりテルミール 2.0 を 2400kcal/ 日、便性を見ながら食物繊維・乳酸菌を追加、創治癒促進を意図してアバンドを追加し 3700kcal/ 日タンパク質 150g で経過観察した。厳重な創感染への対応と繰り返し植皮手術を必要としたが、Alb2.6g/dl と回復、植皮の生着も良好であった。
今後、気道熱傷の影響が軽減したところで経口摂取を検討していく。褥瘡対策や感染管理などあらゆる医療チームが関わり、問題点の共有や対策の検討をできたことが良好な経過に繋がったと思われる。

O-2-5　入院外来支援における急性合併症（低血糖）に対する NST 専門薬剤師の挑戦

野村 浩夫[1]、山本 侑里[1]、服部 哲幸[1]、櫛原 朋恵[1]、櫛原 秀之[1]、清田 篤志[2]、吉岡 裕一郎[3]、春田 純一[4]

[1] 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 薬剤部、[2] 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 内分泌内科、
[3] 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 一般消化器外科、
[4] 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 消化器内科

【目的】日本糖尿病学会と老年医学会の GL より高血糖だけでなく低血糖が認知症発症率を倍増することが明らかとなった。このため糖尿病薬を始めとするハイリスク薬の把握は重要といえる。当院では入院外来支援において薬剤師が介入し一時中断薬の確認、薬剤禁忌ブロックを行っている。今回、我々は常備ブドウ糖内服薬の払い出し状況、そして手術処置等における一時中断薬に関しての業務を確立したので報告をする。
【方法】1）常備ブドウ糖内服薬 2 年間の払出調査、2）薬剤鑑別ソフトをエクセルで構築、結果を薬剤鑑別報告書として患者へ配布、退院後の再開指示へ繋ぐ、3）禁忌薬剤を電子カルテ上でブロック
【結果】1）内分泌内科以外にもブドウ糖は払い出されていた、糖尿病治療を受けていない患者に低血糖症状発症。2）薬剤師介入患者総数 10,797 名（外来：1,178 名、入院：9,619 名（一時中薬有：6,099 名、一時中断薬無　薬情のみ：1,668 名、同レジメ再入院：243 名、常用薬無：1,609 名））／ 2021 年度のみ、3）平均 91 件／月ブロック
【結語】糖尿病治療薬が無い患者における低血糖は消化器疾患を持った患者であった。薬剤鑑別報告書は患者本人、かかりつけ医師・薬剤師だけでなく入院中の治療や退院後の再開指示確認としても有用。薬剤禁忌業務により安心安全な継続的治療環境を設定することができ今後は地域連携できるツールや環境つくりスタッフの育成にも貢献していきたいと考えている。

O-2-6　再度摂食障害を発症した患者に多職種連携で関わった一例

岸下 宏美[1]、薗田 翔平[2]、石橋 知明[2]、上野 幹二[2]、三橋 智也[1,3]、朝井 瞳[1,3]、早瀬 美香[1,3]、石田 園光[3]、斎木 明子[3]、橋本 儀一[3]、椿 貴佳[3,4]、廣野 靖夫[3,4]

[1] 福井大学医学部附属病院 栄養部、[2] 福井大学医学部附属病院 神経科精神科、[3] 福井大学医学部附属病院 NST、
[4] 福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター

【はじめに】当院では摂食障害の患者が神経科精神科に入院した場合、NST と連携して栄養管理を実施している。神経性やせ症は、再発することが散見される。今回、他院での入院加療で体重増加し退院したが、再度、体重減少を来たし入院となり、栄養管理、行動療法、疾患教育を経て退院となった 1 例を報告する。【症例】10 代女性。既往：神経性やせ症、6 ヶ月の入院治療で 39.3 → 42kg で退院。現病歴：前医退院後 4 ヶ月で 6kg の体重減少あり入院。【入院時経過】身長 155.3cm、体重 35.9kg、BMI14.9kg/m^2、TP7.4g/dL、Alb4.7g/dL、ChE133U/L、K4.1mmol/L、Mg2.0mg/dL、IP3.2mg/dL、FT3 ＜ 1.5pg/mL。退院目標は 43kg。栄養開始時はリフィーディング症候群を考慮し、K、P、ビタミン B1 の補充と血清 P、K、Mg のモニタリングを行い、栄養剤 800kcal で開始。5 病日目には食事を開始し、栄養量を 2320kcal まで徐々に増やした。4 ヶ月で体重 43.7kg（BMI18.1）となり、退院。体重増加に伴い考え方が柔軟になり、退院前には家人同伴で栄養指導を実施。外泊での食事内容を評価し、共に振り返りを行った。【考察】多職種と関わることで、専門性を活かしながら患者にアプローチできることを学んだ症例であった。今後は、連携の強化、評価項目や栄養管理の手順等の設定も検討していきたい。

O-2-7　NST 介入にて肝性脳症を疑い、肝硬変の診断に至った 1 症例

磯部 香純 [1]、湯下 範子 [2]、竹内 由樹 [1]、吉田 瞬 [1]、野村 真理 [3]、吉川 知世 [3]、吉川 初子 [4]、天野 美鶴 [2]、道鎮 正規 [5]、浅田 康行 [6]

[1] 医療法人厚生会 福井厚生病院 看護部、[2] 栄養課、[3] 薬剤課、[4] リハビリ課、[5] 消化器内科、[6] 消化器・一般外科

【はじめに】多発性脳梗塞で経口摂取不良患者に対しての NST 回診で肝性脳症を疑い、肝硬変の診断に至った症例を経験したので報告する【症例】90 歳　男性　入院前日は傾眠傾向、低酸素血症を認め救急搬送された。血液検査で CRP8.7 一過性の意識障害も認め入院となる。MRI で多発性脳梗塞を認め、入院 3 病日の検査で感染性心内膜炎と診断、抗菌薬投与で改善したが食事摂取不良が続き、10 病日経鼻胃管挿入し経口摂取と併用した。栄養状態改善目的で 18 病日 NST 介入となる。身長 153.2cm　体重 64.9kg　経口での栄養摂取が困難なため、40 病日胃瘻造設となる。栄養状態の改善を図るため TEE1450kcal であったが 1600kcal/ 日の注入を行っていた。栄養の充足は図れたが CHE140 代と低値のままであり、遷延する低 Alb 血症、血糖高値が続き、肝硬変を疑い NST より消化器内科のコンサルトを推奨し、消化器内科では成因不明の肝硬変との診断であった。81 病日の血液検査では NH3　136 と高値であり肝性脳症のリスクがあるためアミノレバン ®EN が開始、栄養剤の調整を行い NH3　67 μg/dl と改善が見られ 108 病日療養病院へ転院となる。【考察】当初、経口摂取不良と意識障害については多発性脳梗塞の影響と考えていた。NST 介入後 2 ヶ月以上を経過してから肝性脳症の疑いに至った。主治医は慢性期患者の栄養管理は NST に任せている傾向があるため、NST では常に患者の病態把握も必要であることを反省させられた症例であった。

O-3-1　頭頸部癌患者の入院時栄養評価結果の予後予測ツールとしての有用性について ―当院での GLIM の運用―

久徳 綾香 [1]、岸本 真由子 [2]、井上 寿味子 [4]、太田 梨江 [5]、石川 真代 [6]、森 直治 [3]、藤本 保志 [2]

[1] 名古屋掖済会病院 耳鼻咽喉科、[2] 愛知医科大学耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座、[3] 愛知医科大学病院緩和ケアセンター、[4] 愛知医科大学病院看護部、[5] 愛知医科大学病院栄養部、[6] 愛知医科大学病院薬剤部

GLIM（The Global Leadership Initiative on Malnutrition）は、低栄養診断の際に用いる国際的な基準として知られている。当院では、入院時全例に病棟看護師による栄養スクリーニングを実施し、スクリーニングにて「低栄養リスクあり」と判断された患者については NST（Nutrition Support Team）の介入により GLIM を含めた複数の指標を用いた栄養評価を実施している。

今回我々は、2019 年 4 月から 2021 年 2 月までの当科入院患者の入院時栄養スクリーニングで低栄養リスクありと判断された計 302 症例のうち、入院の原因疾患が頭頸部領域の腫瘍性病変であった計 77 症例について、栄養評価結果により生存期間に差が認められるかを検討した。生存期間は Kaplan-Meier 法を用いて計算し、ロングランク検定により比較した。この結果、GLIM では低栄養群と非低栄養群に生存期間の有意な差は認めなかったが、筋肉量の減少や炎症状態の有無を単独で用いた SARC-F・mGPS の各基準では、リスクありと判断された群では有意に生存期間の短縮を認めた。患者の層別化等の課題は残るものの、GLIM を用いた治療前の栄養状態評価は頭頸部癌患者の予後予測に有用な可能性がある。

O-3-2　高齢糖尿病患者の入院時の GLIM 基準低栄養は死亡リスクと関連する

原 なおり[1]、浅野 紗恵子[2]、竹内 知子[1]、太田 梨江[1]、井上 寿味子[3]、石川 真代[4]、野々垣 知行[4]、脇田 嘉登[5]、岸本 真由子[6]、藤本 保志[6]、森 直治[7]

[1] 愛知医科大学病院 栄養部、[2] 愛知医科大学病院 糖尿病内科、[3] 愛知医科大学病院 看護部、[4] 愛知医科大学病院 薬剤部、[5] 愛知医科大学病院 総合診療科、[6] 愛知医科大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科、[7] 愛知医科大学病院 緩和ケアセンター

目的：糖尿病はインスリンの作用不足により、筋肉量や筋力が低下しやすいため、栄養状態の評価は重要である。GLIM 基準による栄養診断が有用とされているが十分な検証はされていない。今回は、高齢糖尿病患者の入院時の GLIM 基準による栄養診断と生存率との関連を明らかにすることを目的とした。
方法：対象は 2019 年 4 月～ 2021 年 3 月に入院時栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクありと分類した糖尿病内科入院の糖尿病患者（≧ 65 歳）のうち、栄養アセスメントを実施した 106 例。GLIM 基準による栄養診断から低栄養群、非低栄養群に分類し、後ろ向きに調査した。低栄養と 1 年生存率との関連は生存期間分析及び Cox 比例ハザード回帰により解析した。
結果：低栄養群 43 例（平均年齢 79.2 ± 6.3 歳、女 24 名（55.8％））、非低栄養群 63 例（平均年齢 77.6 歳 ± 6.8 歳、女 47 名（54.0％））で、低栄養群は非低栄養群と比較して、低 BMI（20.0 ± 3.6 vs. 22.9 ± 5.1、p=0.002）、低 HbA1c（9.1 ± 2.9 vs. 10.3 ± 2.5、p=0.024）、1 年生存率が低かった（p=0.003）。年齢、性別、HbA1c を調整した多変量解析においても低栄養群は高い死亡リスク（ハザード比 5.05、95％ Cl 1.33-19.11、p=0.017）と関連した。
結論：GLIM 基準による低栄養は、高齢糖尿病患者において高い死亡リスクと関連した。入院時の GLIM 基準による栄養診断は、死亡率を予測し、実臨床とって積極的な栄養介入を実施するために重要な意味をもつ可能性がある。

O-3-3　口腔機能評価は栄養スクリーニングに有用か？

金森 恵佑[1,3]、山村 真由美[2]、東川 久代[2]、加藤 崇雄[3,4]、宮下 知治[3,5]

[1] 金沢医科大学病院 栄養部、[2] 金沢医科大学病院 口腔衛生技術部、[3] 金沢医科大学病院 NST、[4] 金沢医科大学 顎口腔外科学、[5] 金沢医科大学 一般・消化器外科学

（目的）近年、オーラルフレイルが注目されているが、口腔機能と栄養状態の関連については明らかではないことが多い。そこで口腔機能の情報が栄養スクリーニングに有用かを検証した。
（方法）対象は 2019 年から 2020 年に当院消化器外科 NST に依頼のあった患者のうち歯科連携加算が算定できた 78 名（男 / 女 = 53/25 名、年齢 72.2 ± 11.0 歳）。栄養状態と口腔機能を比較するため PNI ＞ 40（N=25）、PNI ≦ 40（N=53）の 2 群を作成し比較･検討した。その後、有意差を認めた項目を説明変数、PNI を目的変数として多変量解析を実施した。なお、全ての統計処理において有意水準は 5％未満とした。
（結果）PNI で比較した 2 群間において年齢、FIM、Hb、残存歯数、アイヒナー B3 以上、義歯の使用の有無に有意差を認めた。それらを説明変数とした多変量解析では FIM、Hb、アイヒナー B3 以上が有意な因子として抽出された。
（結論）栄養指数である PNI ≦ 40 の症例は予後不良を示すとされている。一方でアイヒナーの分類は咬合支持域の評価に用い、B4 以下の場合は硬い肉料理などの咀嚼が困難とされている。今回、我々の検証で PNI は Hb といった栄養指標のみならず咬合支持能力が栄養状態に影響している事が示された。FIM も有意差を認める事から咀嚼機能の保たれた症例はエネルギー・タンパク質の密度が高い食事を日頃から摂取し、潜在的に栄養状態良好となったと考えられ、口腔機能の評価は栄養スクリーニングに有用な可能性が示された。

O-3-4　当院地域包括ケア病棟入院患者の ADL 能力の改善と栄養指標について

増田 賢 [1]、大上 英夫 [2]

[1] 富山市立富山まちなか病院 技術科、[2] 富山市立富山まちなか病院 外科

【目的】当院は 2021 年 4 月から全病床を地域包括ケア病床として運用を開始した。当院の地域包括ケア病床では頻回な検査等は行われておらず、血液検査等のデータから経過を追跡しフォローすることができていないのが現状である。そこで今回入院時の栄養指標から ADL 能力の予測ができないか検討を行った。【方法】2021 年 4 月から同年 8 月中に当院に入院しリハビリ介入を行った 88 名を対象とした。死亡退院、癌終末期、急性期でコントロールされていない心不全・腎疾患、入院時 FIM の運動項目が 76 点以上は除外した。FIM 利得が高い群（23 点以上:28 名、男性 14 名、女性 14 名）と低い群（23 点未満：60 名、男性 27 名、女性 33 名）の 2 群に分け、入院時 BMI、Alb、TP、CRP、TLC について後方視的に比較検討を行った。【結果】両群において性別、年齢、在院日数に有意差は認めなかった。上記項目で比較したところ、入院時 BMI のみ有意差を認め（FIM 利得高い群：21.5、低い群：19.7）、その他の項目では統計学的には有意差は認めなかった。【結論】今回検討した入院時の栄養指標の中で入院時 BMI が FIM 利得と関連がある可能性があり、当院入院患者の ADL 改善の程度を予測する一要因となる可能性が示唆された。

O-3-5　栄養リスク症例に対する栄養アセスメント未実施の要因調査

井上 寿味子 [1,6]、濱﨑 友紀子 [1,6]、佐藤 義明 [1,6]、柴田 裕紀 [1,6]、加藤 泰子 [1,6]、藤田 翔一 [1,6]、松原　奈緒 [1,6]、福本 紗弓 [1,6]、太田 梨江 [2,6]、水野 愛 [2,6]、原 なおり [2,6]、石川 真代 [3,6]、笹川 文 [3,6]、松田 真弓 [4,6]、森 直治 [5,6]

[1] 愛知医科大学病院 看護部、[2] 愛知医科大学病院 栄養部、[3] 愛知医科大学病院 薬剤部、[4] 愛知医科大学病院 歯科口腔外科、[5] 愛知医科大学医学部大学院医学研究科 緩和・支持医療学、[6] 愛知医科大学病院 栄養サポートチーム

1. 目的
当院は 900 床を有する大学病院であり、全成人入院患者に対し検証済みのツールを用いた栄養スクリーニングを行い、NST が栄養リスク症例に対し栄養アセスメントを行っている。3 つの診断基準（ESPEN、ASPEN、GLIM）を用いた栄養評価を導入し 3 年が経過した。全成人入院患者数は年間約 21,000 人に対し、栄養リスク症例は 7,460 件前後（35 ～ 38%）である。そのうち 2019 年度 5,169 件（69%）、2020 年度 4,736 件（63%）、2021 年度 4,580 件（61%）に栄養アセスメントを実施した。今回、栄養アセスメントの実施及び未実施の内訳を検証したため現状報告する。
2. 方法
2022 年 1 月～ 3 月に入院し栄養リスク症例に該当した患者の介入状況の割合について調査した
3. 結果
3 か月の全成人入院患者数は 5,232 件、うち栄養リスク症例は 1,839 件（35.1%）であった。そのうち、栄養アセスメント実施症例は 1,134 件（61.7%）、未実施症例は 705 件（38.3%）であった。未実施症例の内訳は、短期入院 615 件（33.4%）、不在や処置中 44 件（2.4%）、陰圧対応中 32 件（1.7%）、拒否 9 件（0.5%）、その他 5 件（0.3%）であった。ここでいう短期入院とは、1 泊 2 日ないし 2 泊 3 日の検査や治療目的入院をさし、その割合が多く占めた。
4. 結論
今回の結果から不在や処置中の 2.4%に対する未実施で今後の課題を残すもの、短期入院症例を除外すると栄養リスク症例の 92.6%に栄養アセスメントを実施できており、さらなる向上には不在症例への対応が課題と考えられた。

O-3-6　経胃瘻的空腸瘻が有用であった上腸間膜動脈症候群の１例

福家 洋之[1]、松本 由紀[2]、中井 佐奈[3]、清水 敦哉[1]
[1] 済生会松阪総合病院 内科、[2] 済生会松阪総合病院 管理栄養課、[3] 済生会松阪総合病院 看護部

【はじめに】上腸間膜動脈症候群（SMA 症候群）は十二指腸水平脚が SMA と大動脈や脊椎の間で圧迫され通過障害を生じる状態である。今回、胃瘻造設後の経管栄養管理中に SMA 症候群を発症し経胃瘻的空腸瘻（PEG-J）が有用であった１例を経験したので報告する。【症例】60 歳代男性。X-5 年、外傷性くも膜下出血のため経口摂取困難となり胃瘻造設。X-1 年、嘔吐後に誤嚥性肺炎を発症し当院で入院加療。入院前は液体栄養剤 1200kcal/ 日で管理されていたが、嘔吐を考慮し半固形栄養剤 900kcal/ 日に減量し退院。退院時 Alb3.4g/dL、体重 46.7kg であった。その後 Alb 値は 3.2 ～ 3.7g/dL で推移したが、体重は 4.7kg/11 ヶ月減少した。X 年、嘔吐後に発熱、誤嚥性肺炎を発症し当院入院となった。【経過】入院時身長 155cm、体重 41.2kg、BMI17.1kg/m^2。CT では両下肺野背側に肺炎像、胃から十二指腸水平脚にかけて著明な液貯留および拡張を認めた。抗生剤治療後入院第５病日、胃瘻から内視鏡を挿入し十二指腸造影を施行、水平脚で造影剤の停滞を認めたが、粘膜面には異常を認めなかった。体重減少を契機に発症した SMA 症候群と診断し PEG-J を留置した。その後、経腸栄養を再開するも嘔吐なく経過、1200kcal/ 日の液体栄養剤の投与が可能となり第 20 病日退院となった。【考察】PEG-J は、胃食道逆流や誤嚥性肺炎を繰り返す胃瘻症例に有用とされているが、SMA 症候群に対しても有用であると考えられる。

O-3-7　PTEG はなぜ普及しないのか？

石井 要、林 健太郎、真智 涼介、南 宏典、山﨑 祐樹、山口 紫、尾山 勝信
公立松任石川中央病院 外科

【はじめに】PTEG（経皮経食道的胃管挿入術）は、胃瘻造設が困難な症例に対する消化管瘻として非常に有効な方法の一つとされる。一方で、患者家族のみならず医療従事者の中でも認知度が低いのも現状である。そこで今回、PTEG について紹介するとともに、当科での成績を検討し考察を踏まえたので報告する。【対象と方法】当科では、PTEG 造設には専用キットを用い、透視室あるいは手術室にて局所麻酔下（症例によっては全身麻酔下）に行っている。医師は 1-2 名、放射線技師と看護師それぞれ１名の計 3-4 名の体制としている。PTEG の適応は、胃瘻造設が困難とされた症例としており、栄養管理あるいは消化管減圧がその目的である。2010 年４月～ 2022 年５月までに、当科にて施行した PTEG は 23 名であった。【結果】全例、栄養管理を目的とした造設であった。造設時には、重篤な合併症は認めなかった。また、施行できなかった症例はなかった。術後、全例で経腸栄養が開始となっている。【まとめと考察】当科で経験した PTEG に関して、いずれも安全に施行が可能であった。胃瘻造設が困難と判断され、中心静脈ポート造設となる症例が減るよう PTEG の普及に努めたい。

第 16 回日本臨床栄養代謝学会中部支部学術集会 協賛企業・団体一覧

第 16 回日本臨床栄養代謝学会中部支部学術集会の開催にあたり、下記の皆様にご協賛いただきました。ここに深甚なる感謝の意を表します。

第 16 回日本臨床栄養代謝学会中部支部学術集会
会長　廣野　靖夫

特別講演 共催

株式会社大塚製薬工場

寄付

社会医療法人寿人会　木村病院
テルモ株式会社

プログラム・抄録集 広告

株式会社アイエス
アボットジャパン合同会社
エーザイ株式会社
MSD 株式会社
カーディナルヘルス株式会社
協和キリン株式会社
セントラルメディカル株式会社
株式会社ツムラ
テルモ株式会社
冨木医療器株式会社
日本イーライリリー株式会社
ノーベルファーマ株式会社
藤本製薬株式会社
ミヤリサン製薬株式会社
株式会社明治

（五十音順）