

日本栄養治療学会中部支部 第19回支部学術集会



プログラム・
抄録集

本気の栄養治療

会期 2025年7月20日(日)

会場 富山国際会議場

〒930-0084 富山市大手町1番2号

会長 原 拓央

厚生連高岡病院 外科

写真提供: イナガキヤストさん「雪の大谷から見上げた富山の本気」

日本栄養治療学会中部支部 第 19 回支部学術集会の開催にあたって

日本栄養治療学会中部支部 第 19 回支部学術集会
会長 原 拓央
厚生連高岡病院 外科



日本栄養治療学会中部支部 第 19 回支部学術集会を、2025 年 7 月 20 日(日)に富山国際会議場(富山市)で開催いたします。2020 年に東海支部(愛知、岐阜、三重、静岡)、北陸支部(石川、富山、福井)と長野が一体となって会員数 3500 人を超える大きな支部となりました。今回が北陸で初めての現地開催となります。遠方からお越しいただく方が多いことを考慮し、3 連休の中日にあたる日曜日に予定いたしました。

テーマは「本気の栄養治療」です。ここ数年で GLIM 基準が広く周知され、エビデンスに基づいた栄養評価が臨床現場で着実に根付きつつあるように思われます。しかし我々の真の目的は評価を治療に結びつけ、患者の健康状態を改善することにあります。栄養治療とは経口栄養・経腸栄養・静脈栄養にとどまらず、リハビリや社会活動支援などを含む包括的な取り組みと理解しています。本学術集会が臨床に直結する実践的な議論を通じて、新しい知見やアイデアを共有できる場となること、また参加者同士が交流を深め栄養治療の進歩に寄与する契機となればと願っております。

今回は教育講演として聖路加国際病院の海道先生、支部長講演の森先生、ランチョンセミナーには U-45 のリーダーである金沢大学の松井先生、スポンサーセミナーに石川県立看護大学の紺家先生をお招きしました。いずれも聞きしに勝るお話をうかがえるものと確信しています。また今回は大変多くの応募演題をいただき誠にありがとうございました。このうち私が特に興味深く感じた演題をイチ押しセッションとしてまとめさせていただきましたので是非ご注目ください。また皆さんに壇上で発表いただきたく、少々タイトなタイムテーブルになりましたことをご容赦ください。

さらに当地の魅力にもぜひ触れていただきたいと思います。先ごろ New York Times が List of 52 Places to Go in 2025 を発表し、富山が 30 位にランクインしました。日本からは 38 位の大阪と 2 都市だけの選出です。立山連峰の雄大な絶景(ポスターの写真を撮られた写真家:イナガキヤストさんにもアフタヌーンブレイクとしてご登壇いただき、数々の素敵な写真をご紹介します)、豊かな山海の幸、歴史ある名勝地など、富山ならではの自然と文化は必ず皆さまを心身ともにリフレッシュしてくれることでしょう。

本学術集会の開催にあたり、数々のご支援をいただいております関係者の皆さまに深く感謝申し上げます。多くの方々のご参加を心よりお待ちしております。

日本栄養治療学会中部支部 世話人一覧

役職	氏名	都道府県	所属
支部長	森 直治	愛知県	愛知医科大学
副支部長	廣野 靖夫	福井県	福井大学 医学部 附属病院
会計監査	二村 昭彦	三重県	鈴鹿医療科学大学薬学部
代表世話人	奥川 喜永	三重県	三重大学医学部附属病院
	清水 敦哉	三重県	済生会 松阪総合病院
	竹内 裕也	静岡県	浜松医科大学
	原 拓央	富山県	厚生連高岡病院
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
	稲木 紀幸	石川県	金沢大学医薬保健研究域医学系
	茨木あづさ	岐阜県	コムラード株式会社
	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
	岡田 有司	愛知県	名古屋文理大学
	加藤 弘幸	三重県	紀南病院（三重県）
	川瀬 将紀	三重県	J A 三重厚生連 三重北医療センター 菰野厚生病院
	川瀬 義久	愛知県	公立陶生病院
	篠田 純治	愛知県	トヨタ記念病院
	清水 昭雄	三重県	三重大学附属病院
	清水 碧	三重県	
	白木 亮	岐阜県	中濃厚生病院
	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
	瀧口 修司	愛知県	名古屋市立大学
	竹腰加奈子	三重県	藤田医科大学七栗記念病院
	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	三重県	藤田医科大学病院
	寺邊 政宏	三重県	市立四日市病院
	中原さおり	三重県	学校法人鈴鹿医療科学大学
	中村 直人	愛知県	春日井市民病院
	中山 真美	愛知県	名古屋市立大学 医学研究科 総合診療医学 総合内科学分野

役職	氏名	都道府県	所属
代議員	東 敬一郎	石川県	医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院
	平山 一久	静岡県	浜松医療センター
	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
	堀田 直樹	愛知県	聖霊病院
	前田 圭介	愛知県	愛知医科大学
	宮崎 徹	富山県	厚生連高岡病院
	宮下 知治	富山県	富山市立富山市民病院
	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
	八木 佳子	静岡県	静岡県立こども病院
	山本 美和	愛知県	旭労災病院
	渡邊 栄三	愛知県	愛知医科大学病院
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	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
	朝倉 洋平	愛知県	医療法人衆済会 増子記念病院
	池上 悦子	長野県	長野赤十字病院
	石田 園光	福井県	福井大学医学部附属病院
	石田優利亜	愛知県	愛知医科大学病院
	一丸 智美	愛知県	藤田医科大学病院
	今井 一輝	三重県	藤田医科大学七栗記念病院
	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 岡崎医療センター
	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
	岡田 慶子	愛知県	
	岡本 浩一	石川県	金沢医科大学病院
	小川 祐介	長野県	国立病院機構信州上田医療センター
	加藤 明彦	静岡県	市立湖西病院
	門田 千晶	静岡県	聖隷浜松病院
	亀谷 浩史	富山県	富山県リハビリテーション病院・こども支援センター

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	川瀬 文哉	愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会 足助病院
	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
	金原 寛子	石川県	公立松任石川中央病院
	久保田美保子	静岡県	七間町村上内科クリニック
	久米 真	愛知県	医療法人瑞心会渡辺病院
	倉島 祥子	長野県	長野赤十字病院
	倉田 栄里	静岡県	浜松市リハビリテーション病院
	小塚 明弘	愛知県	小牧市民病院
	小林 香	長野県	清泉大学
	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
	島崎 信	岐阜県	JA 岐阜厚生連岐阜西濃医療センター西濃厚生病院
	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
	高橋 裕司	愛知県	大雄会第一病院
	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	静岡県歯科衛生士会
	滝澤 康志	長野県	飯山赤十字病院
	竹内 知子	愛知県	愛知医科大学病院
	田中 舞	富山県	市立砺波総合病院
	谷口 裕重	岐阜県	朝日大学歯学部
	谷口めぐみ	愛知県	スギ訪問看護ステーション長草
	田村 茂	愛知県	藤田医科大学病院
	椿 貴佳	福井県	医療法人 至捷会 木村病院
	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	A O I 名古屋病院
	長谷川正光	愛知県	高浜豊田病院
	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

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	長谷川陽子	石川県	石川県立看護大学大学院
	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
	早瀬 美香	福井県	福井大学医学部附属病院
	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
	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
	牧 香代子	愛知県	ファミリー・ホスピス株式会社
	松本 由紀	三重県	済生会松阪総合病院
	三輪 貴生	岐阜県	岐阜大学医学部附属病院
	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
	湯下 範子	福井県	医療法人厚生会 福井厚生病院
	渡邊 誠司	静岡県	伊豆医療福祉センター

(2025 年 4 月 1 日 現在)

参加者へのご案内

■学会会場

富山国際会議場

〒930-0084 富山市大手町 1 番 2 号 TEL. 076-424-5931

■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 5 日（木）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「参加登録はこちらから」よりお申込みください。

https://cs-oto3.com/jspen_chubu2025/registration.html

【参加登録費】

	事前参加登録 (6/5 (木) 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

【当日の現地参加受付について】

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 20 日（日）8:30～16:45

場 所：3F ホワイエ

■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。（事前申込制）

【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。

■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。

■企業展示

日 時：2025 年 7 月 20 日（日）9:00～16:45

場 所：3F ホワイエ

ぜひお立ち寄りください。

■クローク

日 時：2025 年 7 月 20 日（日）8:30～18:00

場 所：3F ホワイエ

傘、貴重品、壊れ物はお預かりできません。

開設時間中にお荷物の引き取りをお願いいたします。

■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

3 階ホワイエのみ Free Wi-Fi が利用できます。

ご利用いただけるエリアとパスワードは、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

参加登録をされた方は、会員（非会員）マイページより視聴が可能となります。

配信開始：2025 年 7 月 28 日（月）正午～

配信講演：会長講演・教育講演・支部長講演・見逃し厳禁!! 会長イチ押しセッション・一般演題
アフタヌーンブレイク・ランチョンセミナー・スポンサードセミナー
演者都合により、一部プログラムで配信不可の演題があります。

■次期開催のご案内

日本栄養治療学会中部支部 第 20 回支部学術集会

会長：二村 昭彦（鈴鹿医療科学大学 薬学部 薬学科）

会期：2026 年 7 月 11 日（土）

会場：三重県総合文化センター

■お問い合わせ

大会事務局：厚生連高岡病院 外科

〒933-8555 富山県高岡市永楽町 5 番 10 号

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_chubu@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
会長講演	15 分	
教育講演	45 分	
支部長講演	20 分	
アフタヌーンブレイク	15 分	
見逃し厳禁!! 会長イチ押しセッション	8 分	2 分
一般演題 1～3	6 分	2 分
一般演題 4	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。

■口演発表

1) PC 受付

日 時：2025 年 7 月 20 日（日）8:30～16:45

場 所：3F ホワイエ

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。

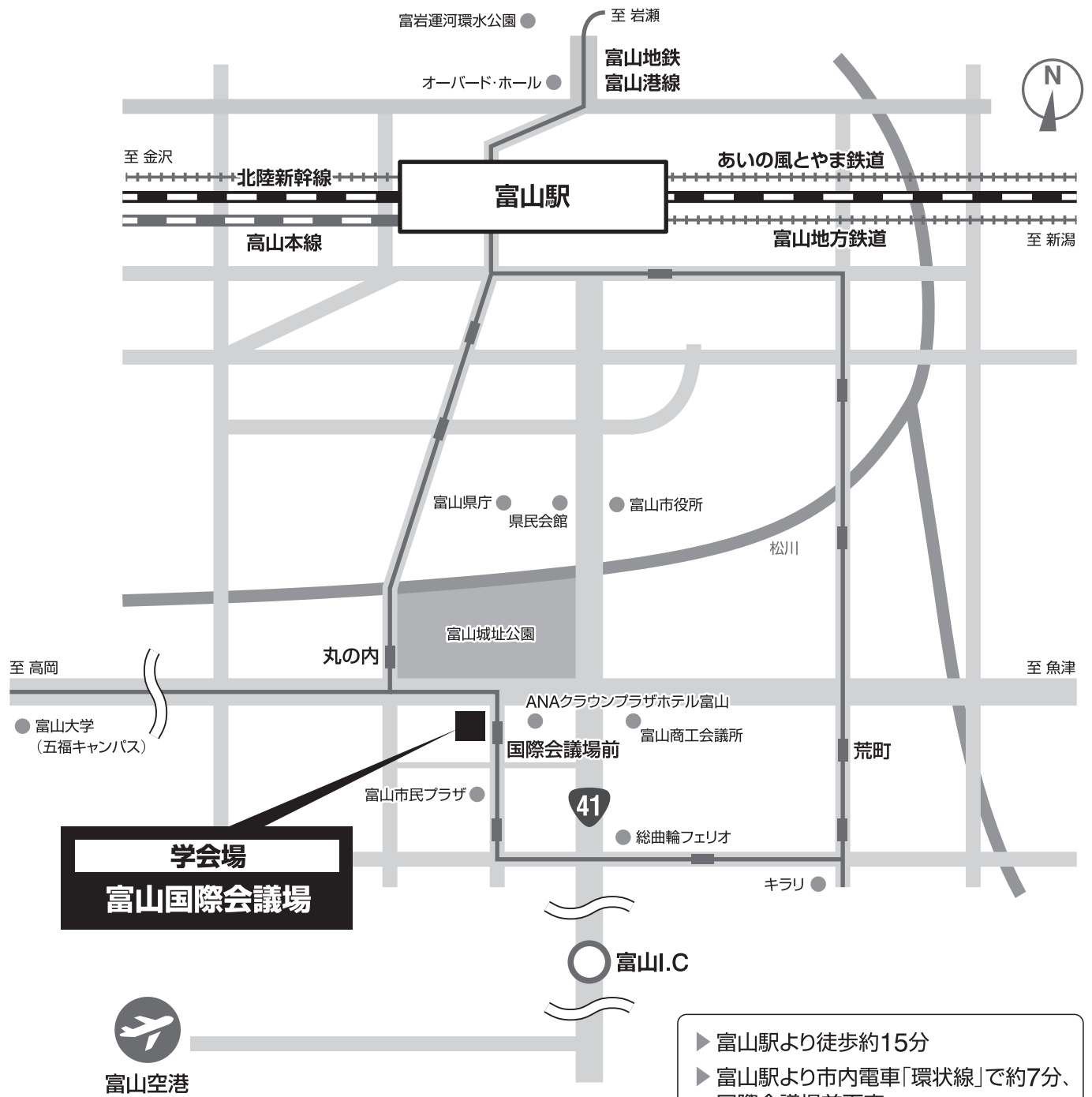
4) ご発表時のお願い

- ・ 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。

■座長の皆様へ

- ・ ご担当セッションの開始 15 分前までに、会場前方の次座長席にご着席ください。その際に、進行係にお声がけくださいますようお願いいたします。
- ・ 遅延しないように時間厳守にてお願いいたします。

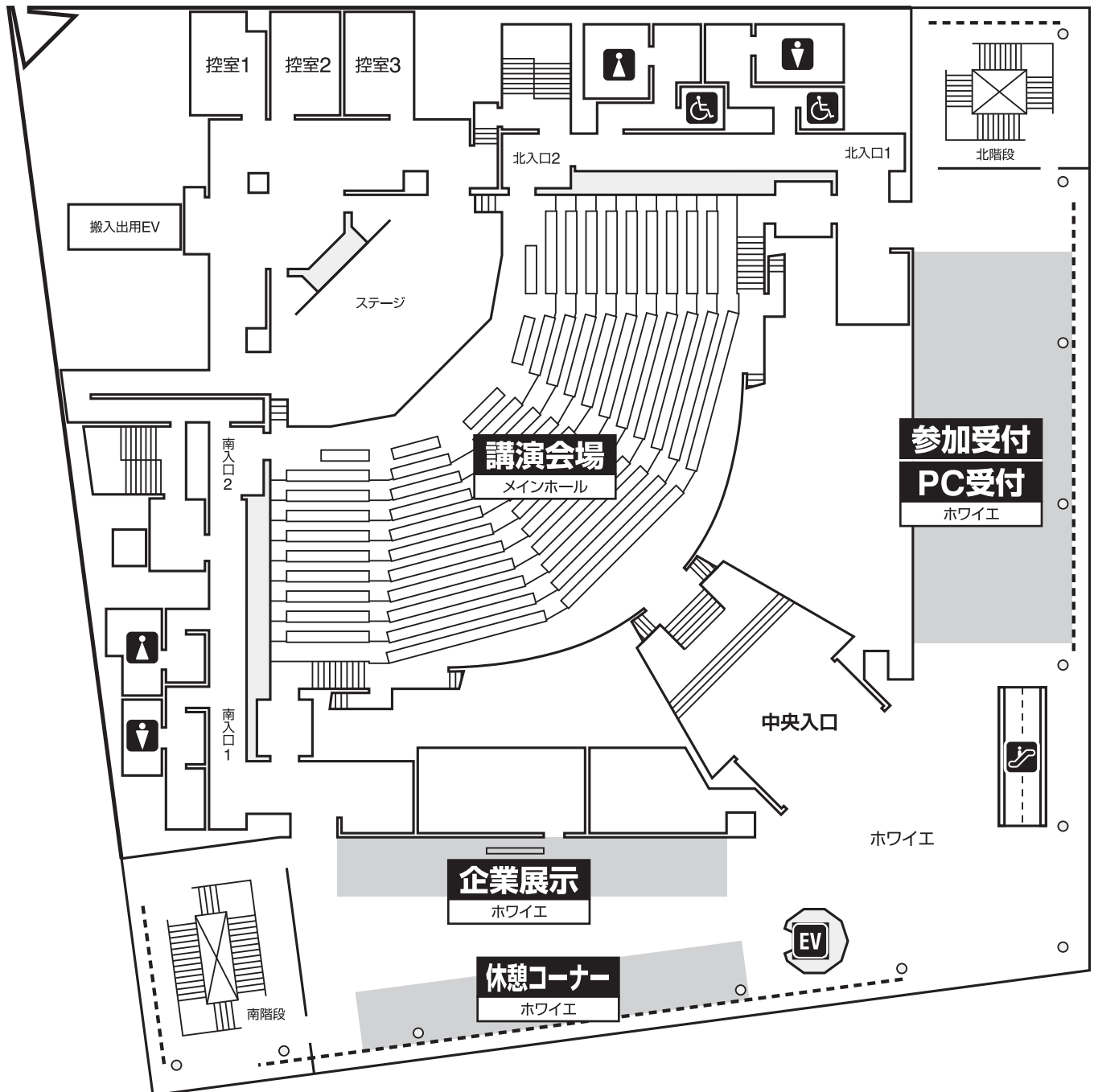
交通案内



- ▶ 富山駅より徒歩約15分
- ▶ 富山駅より市内電車「環状線」で約7分、国際会議場前下車
- ▶ 富山空港より車で15分
- ▶ 北陸自動車道富山インターより車で約10分

会場案内

富山国際会議場	
講演会場	3F メインホール
企業展示	3F ホワイエ
参加受付	
PC受付	
休憩コーナー	



日程表

	3F メインホール		2F 多目的会議室201	3F ホワイエ
9:00	開会の挨拶 9:10-9:15 原 拓央(日本栄養治療学会中部支部 第19回支部学術集会 会長)			
	会長講演 9:15-9:30 座長:廣野 靖夫 「ともに学び、ともに創る～栄養治療を支える多職種のか～」 原 拓央			9:20-16:45
10:00	一般演題1 9:35-10:25 座長:石井 要 宗本 義則 積極的治療期を熱く支える (O-1-1 ～ O-1-6)			
11:00	教育講演 10:30-11:15 座長:八木 真太郎 「周術期運動栄養療法とERASでイノベーションを起こそう!～仕事力は人間力～」 海道 利実			
	支部長講演 11:20-11:40 座長:原 拓央 「漏れなく上質な栄養ケアを届けよう」 森 直治			
12:00	ランチョンセミナー 11:50-12:50 座長:稲木 紀幸 「ハイリスク患者を『見える化』する～個別化を目指した周術期栄養治療～」 松井 亮太 共催:株式会社大塚製薬工場			
13:00				企業展示
	見逃し厳禁!! 会長イチ押しセッション 13:00-14:00 座長:竹内 裕也 藤井 努			
14:00	一般演題2 14:05-14:55 座長:篠田 純治 二村 昭彦 NSTの醍醐味!多職種の支援スキーム (O-2-1 ～ O-2-6)			
15:00	アフタヌーンブレイク 15:00-15:15 「写真で伝える #富山の本気」 写真家 イナガキヤストさん		15:00-15:30 世話人会	
16:00	一般演題3 15:20-16:10 座長:奥川 喜永 中原 さおり 支援的治療期を温かく支える (O-3-1 ～ O-3-6)			
17:00	スポンサードセミナー 16:15-17:00 座長:宮下 知治 「褥瘡と栄養:皮膚の脆弱性を脱却する栄養の可能性」 紺家 千津子 共催:ニュートリー株式会社			
	一般演題4 17:05-17:55 座長:廣瀬 淳史 宮崎 徹 症例からの大切な学び (O-4-1 ～ O-4-7)			
18:00	次期会長の挨拶 17:55-18:00 二村 昭彦(日本栄養治療学会中部支部 第20回支部学術集会 会長) 閉会の挨拶 原 拓央(日本栄養治療学会中部支部 第19回支部学術集会 会長)			

原 拓央（日本栄養治療学会中部支部 第19回支部学術集会 会長）

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）

ともに学び、ともに創る～栄養治療を支える多職種の力～

原 拓央（厚生連高岡病院 外科）

座長：石井 要（公立松任石川中央病院 外科）

宗本 義則（福井県済生会病院 外科）

○-1-1 頭頸部癌化学放射線療法患者における必要エネルギー量設定についての検討

田邊 晴葵（公立松任石川中央病院 栄養管理室）

○-1-2 乳がん患者の栄養指導に関する探索的検討—事例研究を通じた課題の考察

牧 香代子（ファミリー・ホスピス株式会社 ナースコール知立）

○-1-3 食道癌術後縫合不全症例における経腸栄養併用での栄養管理

関野 康（長野市民病院 消化器外科）

○-1-4 COPD 患者が食事中苦しくなるのは DIT が関与する

大場健一郎（社会保険田川病院 リハビリテーション課）

○-1-5 造血幹細胞移植患者への NST 介入による栄養支援

水野 苑美（富山県立中央病院 看護部）

○-1-6 栄養状態による免疫チェックポイント阻害薬の有効性への影響

斎藤健一郎（福井県済生会病院 外科）

座長：八木真太郎（金沢大学附属病院 肝胆脾・移植外科）

周術期運動栄養療法と ERAS でイノベーションを起こそう！～仕事力は人間力～

海道 利実（聖路加国際病院 消化器・一般外科）

座長：原 拓央（厚生連高岡病院 外科）

漏れなく上質な栄養ケアを届けよう

森 直治（愛知医科大学医学部大学院医学研究科 緩和・支持医療学）

ハイリスク患者を『見える化』する ～個別化を目指した周術期栄養治療～

松井 亮太（金沢大学附属病院 消化管外科）

共催：株式会社大塚製薬工場

見逃し厳禁!! 会長イチ押しセッション

13:00 ~ 14:00

座長：竹内 裕也（浜松医科大学外科学第二講座）

藤井 努（富山大学 消化器・腫瘍・総合外科）

卵巣癌患者における初回治療後の筋肉量減少の予後への影響とそのリスク因子

中山 真美（名古屋市立大学東部医療センター総合内科・中央検査科）

急性期脳卒中患者における機能的予後指標としての下腿周囲長：後ろ向きコホート研究

小蔵 要司（恵寿総合病院臨床栄養課 能登脳卒中地域連携協議会）

外来化学療法室における上腕周囲長を用いた GLIM 基準の検討

金森 恵佑（金沢医科大学病院 栄養部）

がん患者におけるせん妄と低栄養・サルコペニア指標（GLIM、ESPEN、ASPEN、SARC-F）との関連性の検討

加藤 涼子（愛知医科大学病院 薬剤部 / 愛知医科大学病院 緩和ケアチーム）

当院の GLIM 基準導入に向けての栄養スクリーニング法の検討

三橋 智也（福井大学医学部附属病院 栄養部）

慢性心不全患者の身体パフォーマンスに対するタンパク質とアミノ酸補給の影響：系統的レビューとメタ解析

前田 大忠（金沢医科大学病院 リハビリテーションセンター）

一般演題 2 NST の醍醐味！多職種の支援スキーム

14:05 ~ 14:55

座長：篠田 純治（トヨタ記念病院 内分泌・糖尿病内科）

二村 昭彦（鈴鹿医療科学大学 薬学部薬学科）

○-2-1 GLIM 基準元年を終えて ―管理栄養士養成施設教員の取り組み―

岸 和廣（金城学院大学 生活環境学部）

○-2-2 早期栄養介入における専任管理栄養士の役割と今後の課題

谷川 祐子（富山市立富山市民病院 栄養科）

○-2-3 当院における早期栄養介入管理加算の変遷と今後の課題

山内 達基（JA 愛知厚生連 海南病院 栄養管理室）

○-2-4 当院の生活習慣病の栄養指導実施者における服薬抵抗感について

林 実嶺（医療法人 BPR 会 いみずクリニック）

○-2-5 外科病棟看護師の栄養に関する意識と今後の課題

荒江 陽子（富山市立富山市民病院 看護部）

○-2-6 作業療法士が NST に関わる意義と今後の課題 -JSPEN でのアンケート調査結果からみえたこと-

田中 舞 (市立砺波総合病院 総合リハビリテーションセンター)

アフタヌーンブレイク

15:00 ~ 15:15

写真で伝える #富山の本気

イナガキヤスト (写真家)

一般演題 3 支援的治療期を温かく支える

15:20 ~ 16:10

座長：奥川 喜永 (三重大学医学部附属病院ゲノム医療部)

中原さおり (鈴鹿医療科学大学 保健衛生学部 医療栄養学科)

○-3-1 当院における被災嚙下障害者の経過について

上野真由美 (金沢西病院 リハビリテーションセンター)

○-3-2 患者の意思が確認されないまま看取り対象として療養病床に転入院した症例の検討

片山 寛次 (さくら病院)

○-3-3 進行胃癌に伴う悪液質に対するアナモレリン併用化学療法の治療経験

岡本 浩一 (金沢医科大学 一般・消化器外科)

○-3-4 超高齢者エンドオブライフ期の輸液療法の実態—癌と非癌疾患の違いに着目して—

居村 久子 (公立学校共済組合北陸中央病院医療技術部栄養管理科)

○-3-5 当院での中心静脈ポート造設術からみる末梢挿入型中心静脈カテーテル挿入の安全性についての検討

廣瀬 淳史 (富山県立中央病院 外科)

○-3-6 CLABSI に対する栄養サポートチームの効果と薬剤師の静脈栄養へのかかわり

二村 昭彦 (藤田医科大学)

スポンサードセミナー

16:15 ~ 17:00

座長：宮下 知治 (富山市民病院 外科)

褥瘡と栄養：皮膚の脆弱性を脱却する栄養の可能性

紺家千津子 (石川県立看護大学看護学部 成人・老年看護学講座 /
石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター)

共催：ニュートリー株式会社

座長：廣瀬 淳史（富山県立中央病院 外科）
宮崎 徹（厚生連高岡病院 薬剤部）

○-4-1 嚥下外来と NST の円滑な連携により ADL の低下を来す前に胃瘻を造設し在宅療養が継続できた一例

片岡恵理子（真生会富山病院 栄養科）

○-4-2 PTEG をドレナージ目的と経管栄養目的に使用し、3 か月の予後を得た進行胃癌術後十二指腸断端漏の 1 例

梅谷 有希（さくら総合病院 消化器病センター）

○-4-3 福祉施設（知的障害者施設）におけるチームでの栄養管理を経験して

辻 美千代（社会福祉法人たかおか新生会 新生苑）

○-4-4 JSPEN2025 呼吸器疾患ポスター採用症例を GLIM 基準で評価

長谷川正光（高浜豊田病院）

○-4-5 NST による多職種アプローチを行った右頬粘膜がんの 1 例

吉岡 詩織（浅ノ川総合病院 NST）

○-4-6 高齢低体重の HER2 陽性乳癌に対し、継続的な栄養介入により化学療法完遂が可能であった 1 例

江畑 七海（富山大学附属病院 栄養部 栄養管理室）

○-4-7 食道癌集学的治療における NST チームと病棟専従管理栄養士の連携

岩田 建佑（富山大学附属病院 栄養部 栄養管理室）

二村 昭彦（日本栄養治療学会中部支部 第 20 回支部学術集会 会長）

原 拓央（日本栄養治療学会中部支部 第 19 回支部学術集会 会長）

指 定 演 題

抄 録

ともに学び、ともに創る～栄養治療を支える多職種のかち～

原 拓央

厚生連高岡病院 外科



私は長らく上部消化管外科に携わっているが、必然的に食事指導や栄養管理に深く関心を抱いてきた。日々の診療や勉強の際に感じる疑問を検証・解決することは容易でないが、折しも NST が普及・発展する時代と重なり、多くの職員とともに様々な問題に取り組む機会を持つことができた。今回はその一部を紹介するとともに、多職種で課題を探究してゆく魅力をお伝えできれば幸いである。

若かりし頃、胃切除後の経口摂取は排ガス後に水分を開始し、経過を見ながら段階的に食上げをしてゆくのだと教わった。今思えば当時参考に使っていた文献は根拠が十分とはいえないが、特段の疑問を感じることなく順守していた。程なくクリニカルパスの普及や ERAS の応用が世の中を席卷し、多くの施設から様々な功績が発表された。鏡視下手術の普及で各施設の術式が安定したこともこれを後押ししたものと推察する。

当院では意図せず遭遇した症例をきっかけに、個々の摂食意欲を尊重する目的で自由選択食を試みた。手術翌朝に水分、昼から流動食、2日目から退院日までは患者が5分粥食、全粥食、軟飯食、常食から希望の食種を選択する。92%の症例が退院までプランを完遂し、従来のパスで管理した症例に比して入院期間中の摂取熱量が多く、術後1カ月の体重減少が少なかった。以上より術後早期から患者が希望する食事を提供しても問題ないと結論した。

この取り組みには症例の選択、摂取量の把握方法、推定熱量での記録など看護師や管理栄養士とともに入念な準備を要した。しかし多くの仲間が興味を持ち、積極的に関わることが結果につながり、さらには成果を発表する体験にまで結びついた。その後も食事や栄養関係だけでなく、検査技師・薬剤師などの支援も得て創傷保護や SSI 管理などの検討が後続し、研究マインドを醸成するきっかけになったことを付記したい。

経歴

1994 年	金沢大学医学部医学科卒業、金沢大学第一外科入局
1995 年	福井県立病院 外科
1997 年	金沢大学 第一外科
1999 年	富山赤十字病院 外科
2001 年	厚生連高岡病院 外科医長、NST 運営委員会
2010 年	厚生連高岡病院 外科診療部長
2015 年	厚生連高岡病院 NST 運営委員会委員長
2024 年	厚生連高岡病院 副院長

漏れなく上質な栄養ケアを届けよう

森 直治

愛知医科大学医学部大学院医学研究科 緩和・支持医療学



この2年間にわたり、本会ではすべての患者に“漏れなく上質な栄養ケア”を提供する体制づくりの重要性を話してきた。栄養ケアは医療の基本であり、その質と実効性は、各医療施設において標準的な栄養ケアフローを確立することで初めて担保される。まずは、すべての患者に対して正確な評価ツールを用いた栄養スクリーニングを行い、栄養リスクが確認された患者には、的確なアセスメントを実施することが求められる。

近年、GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) 基準の導入が進み、低栄養診断の標準化が日本でも徐々に定着しつつある。これは、日本の栄養ケアの質を大きく引き上げる絶好の機会である。一方で、依然としてアルブミン値など、本来は栄養指標ではない項目をスクリーニングやアセスメントに用いている施設も少なくない。アルブミンは炎症や予後のリスク評価には有用であるが、栄養状態を示す指標としては不適切である。このような誤認を正し、適切なツールの活用を徹底することが、正しい栄養ケアへの第一歩となる。

また、NST や病棟配置の管理栄養士が患者や医師から真に信頼される存在として機能するために、常に新しい知識を習得し、科学的根拠に基づいた提案を行う力が求められる。その力を育む学習ツールとして、ESPEN が提供する LLL (Life Long Learning) プログラムは非常に有用である。体系的に最新の臨床栄養の理論と実践を学べる LLL は、現場における課題解決力を高める有効な手段となる。本支部では昨秋、LLL の意義と臨床現場への応用をテーマにセミナーを開催した。多くの支部会員にこのプログラムを積極的に活用いただき、日常臨床に生かしていただきたい。

今回の学術集会テーマ「本気の栄養治療」には、昨年より学会名称に“栄養治療”を掲げた本会が、より実践的かつ真摯に臨床栄養に取り組もうとする強い決意を込めている。各施設における栄養ケア体制のさらなる充実と、学会員一人ひとりの臨床力の向上が期待される。将来を担う若い医療者が魅力を感じ、積極的に参画したくなるような学術団体であり続けるためには、経験豊かな会員の皆様による率先した学術活動への関与とリーダーシップな行動が何よりも重要である。ともに、次代へとつながる質の高い栄養ケアの構築に取り組んでいきたい。

経歴

1988 年	東京慈恵会医科大学 卒業
1988 年	大垣市民病院 研修医
1989 年	大垣市民病院 外科 医員
1993 年	KKR 東海病院 外科 医員
1995 年	名古屋大学 第一外科 医員
1996 年	米国ルイジアナ州立大学 メディカルセンター 研究員
1998 年	名古屋大学 第一外科 医員
1999 年	磐田市立総合病院 外科 科長
2002 年	知多市民病院 外科 部長
2011 年	藤田保健衛生大学 外科・緩和医療学講座 准教授
2017 年	愛知医科大学 大学院医学研究科 緩和・支持医療学 教授 現在に至る

【所属学会】

日本栄養治療学会、日本緩和医療学会、日本外科学会、日本消化器外科学会、日本外科代謝栄養学会、日本がんサポーターケア学会、日本カヘキシア・サルコペニア学会、European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)、Society on Sarcopenia, Cachexia and Wasting Disorders (SCWD) ほか

周術期運動栄養療法と ERAS でイノベーションを起こそう！～仕事力は人間力～

海道 利実

聖路加国際病院 消化器・一般外科



“マネジメントの父”と呼ばれる P.F. ドラッカーは、マーケティングとイノベーションの重要性を説きましたが、医療も例外ではありません。医療の現場において様々なニーズを抽出し、問題解決を行い、より良い方向に変えていくことが重要です。つまり、「臨床のニーズ」を「研究のシーズ」にすることが医療の進歩やイノベーションにつながります。そのためには、現場の問題点に気づいて、考えて、臨床試験を行って、妥当性を検証することが必要です。

また私は、医療の原則は「評価と介入」と考えます。評価して必要があれば介入する、必要なければ介入しない、というシンプルな考えです。例えば、運動栄養療法であれば、術前に骨格筋量や筋力、栄養パラメーター、GLIM 基準などを評価して、低値であれば運動栄養介入します。つまり、全員に介入するのではなく、必要な症例に介入するのです。そうすれば、マンパワーの問題も解決できますし、限られたリソースを有効に投入することが可能です。

そこで本教育講演では、私の専門領域である肝胆膵外科を例に、いかに現場の問題点を抽出して、どのように周術期運動栄養療法や ERAS を導入して、どのようなイノベーションを起こしたかを、具体的に分かりやすくご紹介したいと思います。

さらに、仕事に対する姿勢や楽しく効率的に仕事するコツなど、人生をすがすがしく生きるヒントを 12 章に分けて執筆した拙著「仕事力は人間力～聖路加国際病院外科部長からの 12 のメッセージ」(へるす出版)の内容もご紹介したいと思います。

きっと講演終了後には、楽しく前向きで幸せな気持ちになるでしょう！

経歴

1987 年 3 月 京都大学医学部卒業
1987 年 5 月 京都大学外科学教室入局
1988 年 4 月 公立豊岡病院外科
1992 年 4 月 京都大学大学院医学研究科博士課程入学
1996 年 3 月 京都大学大学院医学研究科博士課程修了
1998 年 4 月 日本学術振興会リサーチアソシエイト
1999 年 2 月 京都大学腫瘍外科助手
2001 年 4 月 大津市民病院外科医長
2007 年 4 月 京都大学肝胆膵移植外科・臓器移植医療部助教
2009 年 10 月 京都大学肝胆膵移植外科・臓器移植医療部准教授
2019 年 10 月 聖路加国際病院消化器・一般外科部長
2023 年 2 月 徳島大学医学部客員教授

写真で伝える #富山の本気

イナガキヤスト

写真家



僕が写真をはじめたきっかけは息子の誕生です。少しでも成長を綺麗に残したいとカメラを購入しました。

ですので、もともと写真家だったわけではなく、会社員をしながら写真はあくまでも趣味でした。そんな僕に転機が訪れたのはコロナ禍です。それまではただ好きで風景写真を撮っていただけでしたが、コロナ禍で外出できない人々が、もしかしたら自分の写真を見ることで少しでも気を晴らしてくれるのではないかと。そういう気持ちでSNSに写真投稿をしていたところ、自分の想像を遥かに超える反響をもらいました。この経験が、専門写真家になるきっかけとなりました。

富山は自然が豊かな場所ですが、街とのバランスがとても素晴らしいと感じています。

人々の生活を見守るようにそびえ立つ立山連峰など他ではなかなか見られない風景を見ることが出来ます。

今回はそんな富山の魅力を感じていただけるようなお気に入りの写真をご用意しておりますので楽しんでいただけると嬉しいです。

経歴

1981年生まれ 富山県射水市出身・在住の写真家。

富山県の風景や家族の写真をTwitterやInstagramなどで発表し話題に。SNS総フォロワー数22万人を超える。

NHK富山「イナガキヤストの本気旅」、KNB北日本放送「眺めのいい時間」などメディアへの出演も多数。

射水市公式フォトアンバサダー、富山県警察フォトアンバサダー、立山黒部アルペンルートアンバサダーを務める。

2022年12月、写真集『ぼくたちの大切な時間』出版。

2023年春にはジャポニカ学習帳の表紙に写真が採用される。

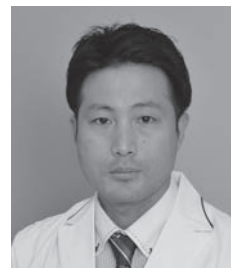
イナガキヤストさんのFacebook、Instagram、X(旧Twitter)は下記からご覧いただけます。



ハイリスク患者を『見える化』する ～個別化を目指した周術期栄養治療～

松井 亮太

金沢大学附属病院 消化管外科



外科周術期における栄養治療の大きな役割として、術後合併症の軽減、後治療のコンプライアンス向上などが挙げられる。これらを目的とした介入を行うためには画一的な管理ではなく、ハイリスク患者を意識した個別化が求められる。本講演ではハイリスク患者の同定と、個別化を意識した介入について解説する。

周術期アウトカムを予測するためには栄養アセスメントツールを用いた評価と並行して体組成評価を行うことが肝要である。筋肉量低下は術後合併症の増加、補助化学療法のコンプライアンス不良、長期予後不良に関わることが明らかになっている。また内臓脂肪量高値は術後合併症の増加に寄与するが、内臓脂肪量低値の方が補助化学療法のコンプライアンス不良に関わる。よって筋肉量と脂肪量を独立して評価することでより栄養介入を行うべき対象が明確になる。

見える化を行うためには握力測定も重要である。やせ型患者ではサルコペニア、肥満患者ではサルコペニア肥満の同定が可能となる。握力低下は術後合併症の増加、他病死を含めた長期予後不良に関わる。握力値は患者が数値として認識できるため、自己評価としての意識づけ、リハビリ介入後の経時的評価に有用である。介入効果をより高めるためにも握力による見える化を行うべきである。

周術期栄養治療では、術前栄養介入と術後栄養介入の目的が異なる。前者ではハイリスク患者に対する術後合併症軽減を目指した介入を行う。重度低栄養患者では10～14日間の介入期間を意識した栄養介入が合併症予防に有用である。免疫調整栄養剤は術後炎症が高値になりやすいサルコペニアや肥満患者で使用を考慮する。栄養介入後にはプレアルブミンを用いた経時的評価が有用である。10%以上の上昇は術後合併症軽減の指標となり、プレアルブミン上昇は長期予後にも関わることが示されている。術前に運動を併用する場合、サルコペニアは2週間、肥満は4週間を意識した介入を行うことが肝要である。後者では後治療のコンプライアンス向上を目指した介入を意識すべきである。1か月までの筋肉量減少が大きいほど補助化学療法のコンプライアンスが不良になることが示されているが、術後にアミノ酸投与を強化した静脈栄養を行うことで筋肉量減少が抑制できる。

以上、ハイリスク患者の同定と介入には『見える化』を意識することが重要である。

経歴

平成 21 年 (2009 年) 3 月	自治医科大学医学部医学科卒業
21 年 (2009 年) 4 月	石川県立中央病院 初期臨床研修医
23 年 (2011 年) 4 月	市立輪島病院 一般内科 医員
25 年 (2013 年) 4 月	公立穴水総合病院 内科 医員
26 年 (2014 年) 4 月	石川県立中央病院 消化器外科 医員
28 年 (2016 年) 4 月	公立穴水総合病院 消化器科 医長
30 年 (2018 年) 4 月	石川県立中央病院 消化器外科 医長
30 年 (2018 年) 7 月	順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器・一般外科 助手
令和 4 年 (2022 年) 4 月	公益財団法人がん研究会有明病院 胃外科医員
令和 7 年 (2025 年) 4 月	金沢大学附属病院 消化管外科 助教

褥瘡と栄養：皮膚の脆弱性を脱却する栄養の可能性

紺家 千津子^{1,2}¹ 石川県立看護大学看護学部 成人・老年看護学講座、² 石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター

高齢化の進行に伴い、褥瘡は医療・介護現場における重要な課題として、ますます注目を集めています。褥瘡は単なる皮膚の損傷にとどまらず、患者の生活の質（QOL）を著しく低下させ、時には生命予後にも影響を及ぼす深刻な慢性創傷です。

その発症および治癒には、局所的な創傷管理のみならず、全身状態の的確な把握と介入が不可欠であり、なかでも「栄養状態」は極めて重要な因子として位置づけられています。2023年に改訂された「褥瘡予防・管理ガイドライン第5版」では、栄養管理の意義が一層強調されており、褥瘡ケアにおける栄養療法は、もはや補助的手段ではなく、中心的な治療戦略の一つといえます。

皮膚・排泄ケア認定看護師として臨床現場で褥瘡ケアに携わる中で実感するのは、栄養療法の介入が遅れることで創傷治癒が遅延し、再発リスクが高まるという現実です。さらに、褥瘡発生リスクの高い対象者では、発症時に強い疼痛を伴うスキン-テア（皮膚裂傷）を併発するケースも少なくありません。また、栄養管理が不十分なまま水様性の便失禁が継続すると、失禁関連皮膚炎（IAD）に加えて褥瘡が重複して発生し、皮膚障害の重症化を招くこともあります。

このように、栄養療法は単に褥瘡の発症や治癒に影響を及ぼすだけでなく、スキン-テアや排便管理といった他の皮膚障害にも深く関与しており、皮膚障害の連鎖的悪化、いわば“負のスパイラル”を引き起こす要因となり得ます。そのため、皮膚の健康を包括的に守る視点から、栄養管理の重要性を再認識し、より早期かつ的確な介入が求められます。

このような視点は、急性期病院に限らず、慢性期医療機関、高齢者施設、在宅療養の場においても同様に重要であり、さらに災害時の被災地支援においても例外ではありません。平時・発災時を問わず、「生きるための食事」の提供とともに、栄養状態の的確なアセスメントと早期介入を行う体制の整備が不可欠です。

本講演では、皮膚・排泄ケア認定看護師としての平時の実践に加え、令和6年能登半島地震における褥瘡ケア支援の経験を踏まえ、栄養療法の臨床的意義と今後の課題について、多職種連携の視点から考察したいと思います。

経歴

石川県立看護大学看護学部 成人・老年看護学講座 教授
石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター センター長

経歴

1986年	金沢大学医学部附属病院勤務
1998年	金沢大学医学部保健学科看護学専攻 助手
2005年	金沢大学大学院医学系研究科博士後期課程修了 保健学（博士）
2006年	金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻 助教授
2010年	金沢医科大学看護学部 教授
2019年より	石川県立看護大学看護学部 成人・老年看護学講座 教授
2022年より	石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター長 兼務 (2023年よりセンターに皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程開講)

主な資格・役職

WOC看護（現 皮膚・排泄ケア）認定看護師（1997年～）
日本創傷・オストミー・失禁管理学会 理事長（2021年～）
日本創傷治癒学会 理事、将来構想検討委員会委員長
日本褥瘡学会 評議員
看護理工学会 評議員
日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 評議員
日本老年医学会 代議員
日本看護科学学会 代議員
日本看護研究学会 評議員

主な著書

ベストプラクティス スキン-テア（皮膚裂傷）の予防と管理（照林社、2015）
IAD ベストプラクティス（照林社、2019）
ストーマケア ガイドブック（照林社、2024）

【共催：ニュートリー株式会社】

一般演題

抄録

卵巣癌患者における初回治療後の筋肉量減少の予後への影響とそのリスク因子

中山 真美¹、中山 健太郎²、牧 香代子³

¹ 名古屋市立大学東部医療センター総合内科・中央検査科、² 名古屋市立大学東部医療センター産婦人科、

³ ファミリーホスピス株式会社ナースコール知立

【背景と目的】 がん患者において、侵襲的治療に伴う筋肉量減少が予後不良因子であることが報告されているが、卵巣癌における影響は不明である。本研究の目的は、卵巣癌患者の初回手術および術後化学療法後の筋肉量減少が予後に与える影響を明らかにし、筋肉量減少のリスク因子を同定することである。

【対象と方法】 卵巣癌に対し腫瘍減量手術および術後化学療法を実施した患者のうち、術前および初回化学療法後の CT 画像解析が可能であった 58 名を対象とした。第 3 腰椎レベルの CT スライス画像を用いて、初回治療前後の筋肉量および脂肪量の変化を測定し、予後との関連を解析した。さらに、筋肉量減少に関連する臨床的因子を検討した。

【結果】 筋肉量減少および脂肪量減少は、それぞれ 50% の患者で認められ、両者は独立して発生していた。筋肉量が減少した患者は、維持または増加した患者と比較して、無病生存率および全生存率が有意に低かった。一方、脂肪量減少は予後と有意な関連を示さなかった。また、筋肉量減少のリスク因子として、残存腫瘍の有無および NLR が関連していた。

【結語】 卵巣癌患者において、初回治療後の筋肉量減少は予後不良因子であり、残存腫瘍および NLR 高値がそのリスク因子であった。予後改善のためには、可能な限り腫瘍減量術を適切に実施するとともに、NLR を指標としたリスク評価を行い、高リスク患者に対する筋肉量維持のための介入が重要である。

急性期脳卒中患者における機能的予後指標としての下腿周囲長：後ろ向きコホート研究

小蔵 要司

恵寿総合病院臨床栄養課 能登脳卒中地域連携協議会

目的：本研究の目的は、入院時の下腿周囲長（calf circumference; CC）が、急性期脳卒中患者における退院時の日常生活動作（activities of daily living; ADL）とその改善に影響を及ぼすかどうかを評価することである。

方法：2020 年 7 月から 2024 年 6 月に、能登脳卒中地域協議会のデータベースに登録された 20 歳以上の急性期脳卒中患者のデータを後方視的に解析した。解析対象者の入院時の下腿周囲長を、Maeda 基準（男性 30cm、女性 29cm 未満）に基づき、低 CC 群と非 CC 群の 2 群に分類した。退院時の modified Rankin Scale（mRs）スコアを用いて、患者の退院時の障害レベルを評価した。入院時の CC と退院時の mRs との関連性を調査するため、単変量および多変量回帰分析を実施した。

結果：データベースから 611 名の解析対象者を抽出した。解析対象者の平均年齢±標準偏差は 76.2 ± 11.9 歳で、48.1% が女性であった。低 CC 群 / 非 CC 群の退院時の mRs の 0～5 のレベル割合（%）は 7.2/14.0（レベル 0）、13.7/27.5（レベル 1）、17.0/22.6（レベル 2）、13.7/12.9（レベル 3）、30.7/14.0（レベル 4）17.7/9.0（レベル 5）で 2 群間の割合の比較で有意差を認めた。多変量解析では入院時の低 CC は退院時の mRs と独立して関連していた（偏回帰係数 0.162、95% 信頼区間 0.044～0.280、 $P<0.007$ ）。

結論：入院時の CC は、急性期脳卒中患者における退院時の機能予後に影響を及ぼす可能性がある。

外来化学療法室における上腕周囲長を用いた GLIM 基準の検討

金森 恵佑¹、長谷 恵¹、気谷 恵理子¹、竹下 欣吾¹、古市 賢吾^{1,3}、平木 祥子²、戸塚 弘幸²、安本 和生⁴

¹ 金沢医科大学病院 栄養部、² 金沢医科大学病院 薬剤部、³ 金沢医科大学 腎臓内科学、⁴ 金沢医科大学 腫瘍内科学

【目的】 GLIM 基準における筋肉量の評価は、下腿周囲長（以下、CC）を用いるのが一般的であるが ESPEN では上腕周囲長（以下、AC）の利用も推奨されている。今回、CC を用いた GLIM 基準に対し、AC を用いた場合のカットオフについて検討した。

【方法】 対象は 2024/10 から当院外来で初回化学療法を受けた患者のうち栄養リスク有と判定された 48 名。CC を用いた場合の GLIM 基準を元に、AC のカットオフの違いによる栄養状態の一致率を検討した。

【結果】 先行文献のカットオフを用いて診断をした場合、CC と AC による栄養状態が一致する割合は、73%（35/48 例）であった。CC に対して AC で栄養状態悪化を過大評価した割合は、25%（12/48 例）であった。次に ROC 曲線により AC のカットオフを検討したところ、低栄養無と中等度低栄養を分けるカットオフは、22.5cm（感度 / 特異度 = 87.5% / 52.8%、AUC = 0.705、P=0.019）、中等度と重度低栄養を分けるカットオフは 18.5cm（感度 / 特異度 = 71.4% / 91.1%、AUC = 0.871、P=0.002）であった。このカットオフを用いた場合、CC と AC による栄養状態が一致する割合は、92%（44/48 例）であった。

【結語】 AC のカットオフを調整することにより、AC を用いた GLIM 基準でも CC を用いた GLIM 基準と判定が一致する割合が上がることを確認された。今回のカットオフを他のコホートでも検証する必要がある。

がん患者におけるせん妄と低栄養・サルコペニア指標（GLIM、ESPEN、ASPEN、SARC-F）との関連性の検討

加藤 涼子^{1,6}、竹内 知子^{2,6}、水野 愛^{2,6}、伊藤 真理^{3,6}、安永 ちはる^{3,6}、松田 真弓^{4,6}、小園 友明^{1,6}、野々垣 知行¹、前田 圭介⁵、大西 正文¹、森 直治^{4,5,6}

¹ 愛知医科大学病院 薬剤部、² 愛知医科大学病院 栄養部、³ 愛知医科大学病院 看護部、⁴ 愛知医科大学病院 緩和ケアセンター、

⁵ 愛知医科大学 医学研究科緩和・支持医療学、⁶ 愛知医科大学病院 緩和ケアチーム

【目的】 栄養障害はせん妄の誘因の一つとされているが、低栄養やサルコペニア関連指標との関連性を検証した報告は乏しい。本研究では、低栄養評価指標である GLIM、ASPEN、ESPEN、およびサルコペニアのスクリーニング指標である SARC-F と、せん妄との関連性を検討した。【方法】 2020 年 8 月～2023 年 12 月に当院へ入院し、緩和ケアチームが介入したがん患者 1384 例を対象とした。ルーチンで評価された各指標と、DSM-5 に基づいて評価したせん妄の有無をもとに後方視的に比較・検討した。【結果】 せん妄は全体の 7.4% に認められた。Fisher 検定ではすべての指標が有意（ $p < 0.05$ ）に関連し、単変量・ROC 解析でも SARC-F ≥ 4 （OR=5.71, 95%CI: 3.44-9.48, AUC=0.697）をはじめ各指標が有意な関連・予測精度を示した。年齢・性別を共変量とした多変量・ROC 解析では、SARC-F ≥ 4 が最も強い関連を示し、adjusted OR=5.42(95%CI: 3.25-9.04, $p < 0.0001$)、AUC=0.747(95%CI: 0.701-0.793)であった。GLIM 重度（OR=2.04, 95%CI: 1.30-3.18）、ASPEN（OR=5.25, 95%CI: 1.62-17.00）、ESPEN（OR=1.98, 95%CI: 1.17-3.34）も有意であったが、AUC は SARC-F に比べやや低かった（0.655～0.665）。【結論】 SARC-F はがん患者のせん妄との最も高い関連と予測精度を示し、サルコペニアが重要な誘因となる可能性が示唆された。GLIM、ASPEN、ESPEN も有意な指標であり、低栄養とせん妄の関連を支持する結果となった。

当院の GLIM 基準導入に向けての栄養スクリーニング法の検討

三橋 智也¹、朝井 瞳¹、野村 香里¹、三上 三千代¹、山内 晴河¹、中田 奈都子¹、藏川 真紀子¹、岸下 宏美¹、酒井 郁美²、石田 園光²、森田 陽介³、斎木 明子³、早瀬 美香¹、椿 貴佳⁴、廣野 靖夫^{1,4}

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 看護部、³ 福井大学医学部附属病院 薬剤部、

⁴ 福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター

【目的】

令和6年度診療報酬改定を受け GLIM 基準の院内導入を計画するにあたり、看護師がスクリーニングを実施していくために、当院の特性に合い無駄なく多くのリスク症例を見出せる栄養スクリーニングを選ぶ必要性を認めた。そこで当院における最適なスクリーニングツールを明らかにすることを目的に検討した。

【方法】

2024年9月から12月に当院入院症例のうち小児病棟以外の病棟からランダムに選んだ370例を対象に、代表的なツール（MNA[®]-SF、MUST、NRS-2002）を用いてスクリーニングを行い、GLIM 基準にて低栄養診断を実施した。評価困難者4例を除く366例を用いて各ツールによる低栄養リスク症例と GLIM 基準で低栄養と診断された症例を検証した。

【結果】

いずれかのツールでリスクありと判断された症例は182例（49.7%）で MNA[®]-SF158例（43.1%）、MUST133例（36.3%）、NRS-2002 83例（22.6%）だった。リスクありと判断された182例のうち、GLIM 基準で低栄養と診断された症例数は91例だった。各スクリーニングで陽性となり、GLIM 基準で低栄養と診断された症例数は、MNA[®]-SF86例、MUST83例、NRS-2002 56例だった。また MNA[®]-SF と MUST でスクリーニングを行うと178例が抽出され、その中に今回 GLIM 基準で低栄養と診断された91例すべてが含まれた。

【結論】

当院では、MNA[®]-SF と MUST を合わせて実施することで漏れなく低栄養リスク患者を抽出することができると考えられる。今後導入を検討していきたい。

慢性心不全患者の身体パフォーマンスに対するタンパク質とアミノ酸補給の影響：系統的レビューとメタ解析

前田 大忠¹、倉澤 康之²、藤田 悠斗¹、松下 功³、若狭 稔⁴、岡本 浩一^{5,9}、北川 孝⁶、中川 睦美^{7,9}、武内 渚^{7,9}、金森 恵佑^{7,9}、宮東 利恵^{8,9}、北川 奈津子^{8,9}、赤井 佑三子⁸

¹ 金沢医科大学病院 リハビリテーションセンター、² 長野保健医療大学 健康科学部 リハビリテーション学科、

³ 金沢医科大学 リハビリテーション医学科、⁴ 金沢医科大学 循環器内科、⁵ 金沢医科大学 一般・消化器外科、

⁶ 信州大学 医学部保健学科 理学療法専攻、⁷ 金沢医科大学病院 栄養部、⁸ 金沢医科大学病院 薬剤部、⁹ 金沢医科大学病院 NST

【背景】慢性心不全（CHF）は高齢者を中心に増加し、サルコペニアの併発による身体パフォーマンス低下が問題となるが、栄養介入の効果に関するエビデンスは不十分である。本研究は、CHF 患者の身体パフォーマンスに対するタンパク質とアミノ酸補給の影響を系統的レビューとメタ解析で検証した。

【方法】PRISMA 2020 に準拠し電子データベースで文献検索を実施し、無作為化比較試験のみを対象とした。独立した2名で文献スクリーニング、バイアスリスク評価（RoB 2.0）、エビデンスの確実性評価（GRADE）を行い、主要アウトカムは身体パフォーマンス（6分間歩行距離など）とした。

【結果】最終的に744人の患者を含む15件の研究が適格と判定された。身体パフォーマンスを評価した9件の研究のメタ解析では、サプリメント群が対照群に比べ有意な改善を示した（平均差 35.25 m、95% 信頼区間 15.93–54.58、 $I^2 = 38\%$ ）。サブグループ解析では65歳以上でも同様の傾向がみられたが、65歳未満群と比較して有意差はなかった。運動療法併用やサプリメント種類の違いにおいても、この2群間に有意差は確認できなかった。

【考察】蛋白質・アミノ酸の補給はCHF患者の身体パフォーマンス改善に有効な可能性が示唆されたが、研究の質にはばらつきがあり、GRADEではエビデンスの確実性は「低」と判定された。

【結論】CHF患者における蛋白質・アミノ酸の補給は身体パフォーマンス改善に寄与する可能性がある。

○-1-1 頭頸部癌化学放射線療法患者における必要エネルギー量設定についての検討

田邊 晴葵¹、長東 菜穂¹、樋口 陽子²、牧本 泰子²、金原 寛子³、石井 要⁴

¹ 公立松任石川中央病院 栄養管理室、² 公立松任石川中央病院 看護部、³ 公立松任石川中央病院 薬剤室、

⁴ 公立松任石川中央病院 外科

【背景】

頭頸部癌治療に対する化学放射線療法（以下 CRT）中の栄養管理の重要性は広く認識されており、当院でも積極的な栄養管理を行っている。しかし、必要エネルギー量の目標設定量は明確となっていないのが現状である。

【目的】

今回、当院で CRT を実施した頭頸部癌患者で体重減少が抑制できた症例の要因を調査し、当院の必要エネルギー量の設定が妥当であるかを検討した。

【方法】

2019 年 1 月～2024 年 12 月に入院し CRT を実施した頭頸部癌患者のうち、情報が不十分であった 5 名と BMI30 以上の 3 名を除外した 29 名を対象とした。必要エネルギーの設定量は BMI18.5 以上 25 未満は 30～35kcal/kg / 入院時 BW（以下 BW）、BMI18.5 未満は 30～35kcal/kg / IBW、BMI25 以上は 30kcal/kg / IBW とした。入院中の体重減少率が 5% 未満であった症例を体重維持群（n = 13）、体重減少率 5% 以上を体重減少群（n = 16）に分けた。調査項目は患者背景（年齢、性別、在院日数、入院時 BMI、原発部位、NST 介入の有無）、摂取エネルギー量とした。

【結果】

患者背景では両群に差を認めなかった。治療中の摂取エネルギー量は体重維持群 30 ± 7kcal/kg / BW、体重減少群 24 ± 7kcal/kg / BW であり、治療中の摂取エネルギー量に差を認めた（p < 0.05）。

【結論】

今回の検討では、当院の必要エネルギー量の設定は妥当であることが示唆された。今後も体重が維持できた症例の解析を重ねて必要エネルギー量の妥当性を検討したい。

○-1-2 乳がん患者の栄養指導に関する探索的検討—事例研究を通じた課題の考察

牧 香代子

ファミリー・ホスピス株式会社 ナースコール知立

目的

乳がん患者の栄養状態は、治療の副作用や心理的要因に影響されるが、外来治療が中心であるため、入院患者に比べ栄養支援の機会が限られている。本研究は、乳がん患者の栄養指導の現状と課題を探索的に検討する。

方法

乳がん治療を受けた患者 3 名（40 代 2 名、50 代 1 名）を対象に、がん専門病院およびがん拠点病院で治療を受けた後、半構造化オンライン質問紙調査を実施し、質的分析を行った。

結果

全員が外科治療を受け、2 名は化学療法（分子標的療法含む）、1 名は放射線治療を受けた。全員が食事に関する困難を経験し、便秘 1 名、食欲不振 2 名、味覚障害 2 名、消化器症状 3 名が報告された。食事の調整を試みたのは 1 名のみで、栄養指導や医療者からの食事に関する助言を受けた者はいなかった。

また、多職種による支援も提供されておらず、患者は治療中の副作用の予測情報、必要時の相談窓口、日常生活に取り入れやすい食事の工夫に関する情報を求めている。さらに、治療経験者の工夫を共有できる場の必要性も指摘された。

結論

乳がん患者に対する栄養指導は外来治療中心の現状において十分に提供されていないことが示唆された。今後、個別の栄養情報の提供や相談窓口の整備、患者同士の情報共有の仕組み構築が課題となる。

○-1-3 食道癌術後縫合不全症例における経腸栄養併用での栄養管理

関野 康¹、春原 ゆかり²、小池 泰子²、山田 明子²、染川 沙絵子²、近藤 奈美³、駒津 睦子³、
町田 典子⁴、西村 陽平⁴、小林 宏正⁵、佐近 雅宏¹、関 仁誌¹

¹ 長野市民病院 消化器外科、² 長野市民病院 栄養科、³ 長野市民病院 看護部、⁴ 長野市民病院 薬剤部、
⁵ 長野市民病院 検査科

【目的】食道癌手術は高度侵襲手術である。術後早期の経腸栄養管理は術後合併症を低減させることが示されている。周術期管理の進歩により合併症は低下傾向と思われるが、一定の発生は避けられない。特に縫合不全（anastomosis failure：以下 AF）は時に致命的にもなり得る。今回、当科での食道癌手術 AF 症例での経腸栄養施行状況を検討した。【方法】2012 年 1 月から 2024 年 12 月までに当科で施行した食道癌手術症例 161 例のうち AF 症例 15 例を対象とし、経腸栄養の施行状況を後方視的に検討した。【結果】全 161 例の年齢中央値は 68 歳、男性：女性 は 138：23、AF15 例の年齢中央値は 68 歳、男性：女性 は 14：1 であった。死亡症例はなく全例自宅退院となった。AF 診断日、経腸栄養開始日、経口摂取再開日、退院日の中央値はそれぞれ 7、3、38、47 病日であった。14 例で経腸栄養を併用しており、1 例は経腸栄養未施行であった。10 例で創傷治癒促進効果のあるアルギニン入り製剤が併用された。2019 年には 3 病日からの経腸栄養開始とアルギニン製剤の使用を周術期管理でルーチン化した。ルーチン化前 9 症例での経腸栄養開始日および退院日の中央値が 5、49 病日に対して、ルーチン化後 6 症例は 3、45.5 病日と術後在院日数が短縮傾向であった。【結論】AF 発生症例においても全症例自宅退院できており、経腸栄養は有用であったと思われる。今後は術前からの栄養管理介入により合併症発生も低減させたい。

○-1-4 COPD 患者が食事中苦しくなるのは DIT が関与する

大場 健一郎¹、長谷川 正光²

¹ 社会保険田川病院 リハビリテーション課、² 高浜豊田病院

背景：2025 年 2 月 JSPEN の呼吸器疾患ポスターでブドウ糖とパルミチン酸では同じエネルギーを得るのに後者がより多くの酸素を必要とする為、脂質使用が呼吸器の負荷軽減になるか疑問を持った。

目的：1 日 2000kcal 消費モデルを考え以下のシミュレーションを行った。

①健康な人がブドウ糖（以下 G）とパルミチン酸（以下 P）を使った場合の呼気中の酸素、二酸化炭素の変化② COPD の人が G と P を使った場合の呼気中の酸素、二酸化炭素の変化③運動負荷をかけた場合の変化④食事後 DIT による変化。
方法：残気量、吸気量を設定し混合、呼吸 1 回で消費される酸素を減じ、生成する二酸化炭素と水を加え（飽和を考慮した）残気量以上の気体が排気されるモデルを用い開始時と 10 分間後の成分変化を求めた。

結果：初期値（酸素 116、二酸化炭素 30）①健康人、残気量 2500ml、吸気量 500 ml、呼吸回数 12 回 G（105、43）P（100、38）、14 回 G（112、37）P（107、33）② COPD、残気量 2550ml、吸気量 450 ml、呼吸回数 12 回 G（97、50）P（91、54）、14 回 G（105、43）P（100、38）③ 2 倍の運動負荷をかけた場合、呼吸回数増加が換気量増加が必要になる④ DIT の持続時間によっては運動負荷 2 倍に近くなる。

結語：COPD 患者では酸素需要の変化がカバーできず摂食量の減少につながると考えられた。

○-1-5 造血幹細胞移植患者への NST 介入による栄養支援

水野 苑美¹、廣瀬 淳史²、本江 駿人³、里見 美佳¹、河口 絵里奈¹、矢野 良好¹、五十嵐 朱美¹、
中谷 洋子⁴、井上 由佳⁵、中村 志富⁶、田中 裕子⁶

¹ 富山県立中央病院 看護部、² 富山県立中央病院 外科、³ 富山県立中央病院 内分泌・代謝内科、⁴ 富山県立中央病院 薬剤部、
⁵ 富山県立中央病院 リハビリテーション科、⁶ 富山県立中央病院 栄養管理課

1. 目的

造血幹細胞移植患者は栄養学的な問題から体重減少をきたす事例が多い。そこで 2023 年度より造血幹細胞移植患者に NST 介入を開始し、その結果から NST 介入による効果を検討した。

2. 方法

2022 年 4 月～2023 年 6 月に NST 未介入の患者 25 名と 2023 年 7 月以降で NST が介入した患者 29 名の入院日数、体重減少率等を比較した。また病棟スタッフに NST 介入開始後の栄養支援についてアンケート調査を行った。

3. 結果

アンケート結果にて、83.3%のスタッフが栄養支援に対する関心意識が高まったと回答し、患者の栄養状態を意識し、栄養補助食品を積極的に活用するスタッフが増加した。栄養指導件数は 2022 年度の 6 件から 2023 年度は 22 件となった。NST 介入前後において、同種移植・自家移植ともに移植前の治療期間における患者の体重減少率に改善が認められた。NST 介入後は移植治療において 20%を超える体重減少はみられず、体重減少は生じるものの骨格筋量が維持できた症例も認められた。

4. 結論

NST 介入により病棟スタッフの栄養支援に対する意識が向上した結果、移植前の患者の栄養状態の維持・向上に繋がった。早期からの栄養支援が栄養状態や体重を維持し、早期の回復に繋がる可能性が示唆された。しかし、造血幹細胞移植は非常に侵襲の高い治療であり、患者自身の栄養やリハビリに対する理解が不可欠である。栄養状態や筋力の維持、早期回復に繋がるよう NST と連携し、栄養支援を継続していくことが望ましい。

○-1-6 栄養状態による免疫チェックポイント阻害薬の有効性への影響

斎藤 健一郎¹、伊藤 幸男²、朝井 悠花³、竹林 尚恵³、松川 恭子⁴、堀田 栄治²、谷口 としえ³、
宗本 義則¹

¹ 福井県済生会病院 外科、² 福井県済生会病院 薬剤部、³ 福井県済生会病院 栄養部、⁴ 福井県済生会病院 看護部

【目的】免疫チェックポイント阻害薬は多くの癌に対して有効性が確認されているが、その作用機序を考慮すると、栄養不良では免疫細胞の機能低下によりその有効性が得られにくい可能性が考えられ、栄養状態が免疫チェックポイント阻害薬の有効性を左右するとする報告がある。当院での治療例においてもこれを検討し報告する。【方法】2014 年～2024 年に当院で免疫チェックポイント阻害薬による治療を行った癌患者 667 例のうち、MUST と PNI、CONUT が評価可能であった 572 例に対し、その予後を調査した。【結果】年齢 31～90 歳、男性 427 例、女性 145 例。癌種は肺癌 201 例、胃癌 100 例、肝癌 74 例、その他 197 例。MUST は高リスク 177 例、中リスク 121 例、低リスク 274 例で、高リスク群は中・低リスク群と比較して有意に予後不良であった。PNI は 40 未満 227 例、40 以上 345 例で、40 未満群は 40 以上群と比較して有意に予後不良であった。MUST、PNI、CONUT のいずれの栄養評価における比較でも栄養不良が予後不良因子であることが確認された。栄養状態の改善にどのような介入が有効であるかは今後の検討課題であるが、治療前から栄養状態の評価を行い、栄養不良があれば積極的に介入することは癌治療の成績を向上させる可能性があると考えられる。【結論】免疫チェックポイント阻害薬による治療では、栄養状態の良好な患者でより有効性が期待でき、栄養状態に懸念のある患者には積極的な介入を検討するべきと考える。

○-2-1 GLIM 基準元年を終えて ―管理栄養士養成施設教員の取り組み―

岸 和廣

金城学院大学 生活環境学部

1. 目的

令和6年度(2024年度)は我が国における GLIM 基準元年であった。管理栄養士養成施設の教育内容においてもカリキュラム改定を待つことなく GLIM 基準の組み込みが急務となった。2024 年度に各授業・実習に GLIM 基準を組み込んだ実例の概要と今後の計画を報告する。

2. 方法

GLIM 基準を組み込む授業の分野及び講義内容、実習内容、配当学年を吟味した。また、高学年次には「臨地実習（病院・福祉施設）」を経験するが、2024 年度から対応できるように配慮した。講義内容は我が国における GLIM 基準導入の経緯、診療報酬等との兼ね合い、GLIM 基準の運用方法とし、実習では模擬症例を用いた GLIM 基準による低栄養の判定演習を行った。

3. 結果

2024 年度は、GLIM 基準を臨床栄養学分野の「講義：栄養アセスメント論（2 年後期開講）」、「実習：臨床栄養学実習（3 年前期開講）」で取り扱った。2024 年度は GLIM 基準の基礎知識を学んだ臨地実習生を病院や福祉施設に送り出すことができた。

4. 結論

演者は学内非常勤講師として看護師養成における必修科目である「栄養学（1 年後期開講）」及び「チーム医療論（4 年後期開講、オムニバス担当）」を担当しており、2025 年度から看護師養成の学生にも GLIM 基準の概要を講義に組み込む計画である。

2026 年度からは管理栄養士・薬剤師・看護師及び心理士養成の学生が受講する「多職種連携科目」を担当する。本演題の結果をこれらの講義に活かしていきたい。

○-2-2 早期栄養介入における専任管理栄養士の役割と今後の課題

谷川 祐子¹、稲葉 美寿々¹、黒崎 薫¹、山田 紗綾佳¹、奥野 茜¹、大倉 みづき¹、宮下 知治²

¹ 富山市立富山市民病院 栄養科、² 富山市立富山市民病院 外科

【背景】当院では 2023 年 9 月からハイケアユニット（以下 HCU）に専任管理栄養士 2 名を配置し、早期栄養介入管理加算の算定を開始した。

【目的】今回、早期栄養開始ができたにも関わらず開始しなかった症例や、一般病棟転棟後に経口・経腸栄養が中止となった症例が多く認められており、医療者を対象に栄養に関する意識調査を行った。

【対象と方法】医療者の早期栄養開始に対する意識を把握するためアンケート調査を実施し、さらに栄養投与が中止になった理由をカルテ記録から後ろ向きに検討した。

【結果】アンケートの回答率は 100%であった。早期からの栄養投与開始を躊躇した経験があると回答した医療者のうち、その理由として「早期から腸管を使用することに不安がある」「状態が不安定な時期は、栄養より治療を優先したい」という回答が多く見られた。また栄養投与の継続に関しては、喀痰量の増加や誤嚥による要因、さらに転院先で可能な栄養管理方法への変更のため等の理由により中止された症例が多く認められた。

【結語】管理栄養士による早期栄養介入は一定の役割を果たしているものの、医療者の早期栄養開始に対する知識不足や一般病棟転棟時の引継ぎが不十分であることから、介入による効果が十分に得られていない現状が示唆された。今後は早期栄養開始の重要性を周知するための勉強会の実施や多職種による栄養のフォローアップ体制を確立していくことが重要と考えられた。

○-2-3 当院における早期栄養介入管理加算の変遷と今後の課題

山内 達基¹、要石 真利¹、陳 真規¹、山守 めぐみ²、河邨 誠³、高嶋 祥匡⁴、関谷 憲晃⁵、
伊藤 名ぐみ¹、有馬 一⁵

¹JA 愛知厚生連 海南病院 栄養管理室、²JA 愛知厚生連 海南病院 看護部、

³JA 愛知厚生連 海南病院 リハビリテーション室、⁴JA 愛知厚生連 海南病院 薬剤部、⁵JA 愛知厚生連 海南病院 麻酔科

【目的】重症患者に対する早期栄養介入が評価され 2020 年度に「早期栄養介入管理加算」が新設、2022 年度に加算対象患者が拡大された。当院では当加算を 2020 年 4 月より算定開始し、算定開始後も介入方法の見直しや勉強会開催などを継続して行っている。これらにより、一定の成果が得られたため報告する。

【方法】2019 年度より 2024 年度までの 6 年間に ICU に入室した患者の経腸栄養適応の有無、経腸栄養開始時間、早期栄養介入管理加算件数、SOFA スコア、ICU 入室期間および入院期間を調査した。

【結果】経腸栄養適応患者の経腸栄養開始時間は算定開始前の 2019 年度が 36.0 時間に対して、算定開始後は短縮傾向にあり 2024 年度は 25.6 時間であった。経腸栄養適応患者の 48 時間以内経腸栄養実施率は算定開始前の 2019 年度が 80.5% に対して、算定開始後は 90% 以上を維持している。早期栄養介入管理加算の算定件数は年々増加傾向にあり、2024 年度は 1023 件であった。ICU 入室期間、入院期間、SOFA スコアに大きな差は見られなかった。

【結論】早期栄養介入管理加算算定に伴う ICU における栄養管理体制の強化により、経腸栄養開始時間の短縮などの成果が得られた。また勉強会などを継続して行うことで、医師や看護師の意識・知識の向上し、それが成果の維持や増加に繋がっていると考え。今後は臨床的アウトカムとして、筋肉量や身体機能の評価などを用いて栄養介入の効果を検討していきたい。

○-2-4 当院の生活習慣病の栄養指導実施者における服薬抵抗感について

林 実嶺¹、三吉 友海²

¹医療法人 BPR 会 いみずクリニック、²医療法人 BPR 会 いみずクリニック

1. 目的

生活習慣病患者に栄養指導を行い、その際に服薬抵抗感の有無等について調査し、服薬抵抗感による治療の妨げを防ぐため、患者の意図を含め報告する。

2. 方法

2025 年 1 月 1 日～3 月 18 日までの期間、当院通院者 53 名生活習慣病の栄養指導実施者に対し服薬抵抗感に関するアンケート調査を実施。服薬抵抗感の有無に対し性別、その他服薬状況に関してカイ二乗検定を行い $p < 0.05$ の場合を有意とした。

3. 結果

服薬抵抗感は男性と比べ女性が自身の健康状態に関心があり薬の副作用等を懸念する可能性が高いこと、また、その他服薬がある場合抵抗感を抱きにくいことを予想したが、服薬抵抗感の有無と性別、その他服薬の有無に対しカイ二乗検定を用いた結果、内服抵抗感と性別やその他服薬の有無とは関係なかった。また服薬抵抗感は副作用の心配、一生服薬することへの不安が約半数を占めた。

4. 結論

副作用が心配な事例や服薬の必要性を感じず自己中断する事例より医療者から薬効・副作用の情報提供と患者の理解度確認の重要性が示唆された。一生服薬することへの不安について、医師からの情報より身内やソーシャルメディアからの情報を優先する現状があり、医師と患者の信頼関係が不十分な場合に医師からの情報より他の患者の体験談等の方が共感や安心感を得る可能性があると考え。そのため患者との信頼関係を築き、十分にコミュニケーションを取ることが生活習慣病治療に繋がると考えられる。

○-2-5 外科病棟看護師の栄養に関する意識と今後の課題

荒江 陽子¹、野口 香菜¹、中村 若葉¹、高橋 けい子¹、宮下 知治²、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

【目的】令和6年度診療報酬改定により GLIM 基準を活用する栄養管理体制の基準が明確化された。栄養スクリーニング法による低栄養状態患者の把握に関しては標準化が進んでいるが、これを用いる医療者側の意識付けも重要である。なかでも患者と接する機会が最も多い看護師の認識を明確化することが重要と考えられる。今回、外科病棟において栄養管理に関する意識調査を行った。

【方法】20XX 年 Y 月外科病棟に勤務する看護師 26 名を対象に経験年数、栄養管理、入院患者の食事・輸液、低栄養患者の対応、経口摂取量低下患者の対応に関する計 13 項目のアンケートを作成し調査した。

【結果】回収率は 100%であった。栄養管理について全例が「とても必要だと思う」「まあまあ必要だと思う」と回答した。食事摂取量の把握方法としては「経過表」「下膳時」「患者に確認」の順で回答が多く、全例が把握に努めていた。栄養状態の把握に関しては「食事摂取量」に加えて「血液データ」「輸液投与内容」で把握を試みていた。低栄養の患者と経口摂取量低下への患者の対応に関しては「看護師内で相談」「栄養補助食品の追加」「嗜好の確認」などが多くみられたが、NST 介入依頼へは繋がっていなかった。

【結論】病棟看護師全員が経験年数に関わらず周術期患者の栄養管理の必要性を自覚していた。今後は低栄養状態患者の把握と NST 介入依頼を効率よく行い、多職種間で取り組むことが重要であると考えられた。

○-2-6 作業療法士が NST に関わる意義と今後の課題 -JSPEN でのアンケート調査結果からみえたこと-

田中 舞¹、若林 秀隆²、森 隆志³、松嶋 真哉⁴、高橋 理美子⁵、南里 佑太⁶、鈴木 裕也⁷、市川 大輔⁸

¹市立砺波総合病院 総合リハビリテーションセンター、²東京女子医科大学病院 リハビリテーション科、

³総合南東北病院 口腔外科、⁴杏林大学 保健学部、⁵横浜市立大学附属市民総合医療センター リハビリテーション部、

⁶北里大学病院 リハビリテーション部、⁷製鉄記念八幡病院 リハビリテーション部、⁸山梨大学 外科学第一講座

【目的】JSPEN 栄養治療リハビリテーションワーキンググループ（以下栄養治療リハ WG）は、JSPEN で活躍する PT・OT・ST の人材育成と情報交換の場を作る目的で 2023 年に設立された。今回栄養治療リハ WG では栄養治療領域におけるリハの役割や課題について OT・PT・ST の会員にアンケート調査を実施した。本発表では OT が NST に関与する意義や今後の課題について調査結果を抜粋し報告する。

【方法】2024 年 8 月～9 月にオンラインでアンケート調査を実施した。OT の回答人数は 47 名、回答率は 28.8%であった。

【結果】「NST におけるリハ職種の役割や今後の展望」においてリハ全体では啓発活動、教育・人材育成が多く、OT では啓発活動と効果判定・研究が同率で多かった。OT からは、栄養に関心を持つ者が少なく啓発が必要、栄養は何のため・誰のために必要なのかの効果判定が必要、OT の役割が分かりにくい等の意見が挙げられた。「OT が NST に関与する意義」ではリハ全体では食事、認知・高次脳機能、ADL 全般が多かったが、OT のみでは QOL、環境調整、家事動作を挙げる者が多かった。一方で PT と同じ、必要性は分からない、意義はない、との回答も複数あった。これらより NST における OT の専門性はリハ職種内でも認識に大きな違いがある事がわかった。

【結論】今後は OT が NST で果たす役割の明確化・周知や、NST に関わる意義についてのエビデンスの構築が重要である。また NST 加算要件へのリハ職種の組み入れも重要である。

○-3-1 当院における被災嚥下障害者の経過について

上野 真由美、白山 武志

金沢西病院 リハビリテーションセンター

【目的】令和6年能登半島地震の被災後に当院に入院し、リハビリテーション（以下リハビリ）を実施した患者の傾向を調査し、摂食嚥下障害者について言語聴覚士（以下ST）としてどのような介入が出来たのか後方視的に検討する。【方法】令和6年1月から令和6年12月の期間で入院被災者において、リハビリ介入した症例は32症例、そのうちST介入16例を調査対象とする。内容は、入院時、退院時の栄養、経口摂取状態を比較検討し、その後の経過について考察する。【結果】入院は避難先から29例、震災前に能登で入院し震災後に転院が3例であった。退院先は、自宅8例（仮設住宅、避難先含む）、居住系施設11例、転院5例、死亡8例であった。うちST介入者の退院先は居住系施設6例、転院4例、死亡6例であり、自宅は0であった。栄養摂取状況は、経口摂取6例（嚥下食）、経管栄養4例であった。【結論】当院では、STの早期介入に取り組んでおり、リハビリ介入と同時に嚥下機能評価（嚥下造影検査）も施行する。栄養摂取の手段の確保が早期に可能であり、また嚥下機能訓練の介入がスムーズに行える利点がある。被災者においても栄養摂取の手段が早期に確保できた一方、退院時には嚥下障害が残存し、要介護の重度さが施設入所や転院とならざるを得ない結果となった。このことから被災嚥下障害者は自宅退院が困難であることが伺えた。

○-3-2 患者の意思が確認されないまま看取り対象として療養病床に転入院した症例の検討

片山 寛次

さくら病院

背景：栄養と緩和ケアに従事した大学病院から地域の病院院長として赴任。急性期病院から紹介転院される患者さんに、入院の目的、疾病の理解度などを確認した。多くが認知症を伴い嚥下障害の高齢者も多い。紹介状で、家族と相談、積極的栄養治療は希望せず、看取り希望、DNAR、輸液一本で、と書かれていても、本人の意思や意思決定支援の経過の記載はほとんどなかった。スタッフに確認すると、今まで紹介状で看取り希望の場合、本人に確認する事はなく経口摂取困難なら輸液1本で看取っていたと。以後患者本人への意思確認の結果、人工栄養を受けてでも生きたいと表明できる症例に遭遇した。

対象：紹介入院患者で、積極的栄養治療の対象外として紹介されたが生きたいと表明、栄養管理に同意した患者7例。原疾患は、コロナ感染後遺症3例、未治療パーキンソン病2例、低酸素脳症1例、認知症1例。結果：全例に経腸栄養開始し養状態の改善を得た。3例は退院し得たが4例は未だ入院中。

考察：栄養治療実施の是非は、生命維持に直に関わる重要な決定事項である。患者本人への意思確認の欠如は、人権無視と考えざるを得ない。医療倫理の、急性期から慢性期病院、福祉施設まで普及が必要である。消化管栄養の正しい知識の普及が必要である。

○-3-3 進行胃癌に伴う悪液質に対するアナモレリン併用化学療法の治療経験

岡本 浩一¹、甲斐田 大資¹、坂下 夏海²、武内 渚²、北川 奈津子²、赤井 佑三子²、前田 大忠²、
宮東 利恵²、金森 恵佑²、中川 睦美²、藤田 秀人¹、高村 博之¹

¹ 金沢医科大学 一般・消化器外科、² 金沢医科大学病院 NST

【背景】アナモレリン塩酸塩は摂食亢進ペプチドであるグレリン受容体に働くことで、切除不能進行・再発胃癌の悪液質による食欲不振や体重減少の改善が期待される薬剤である。今回悪液質を伴う胃癌症例に対するアナモレリン投与が食欲や栄養学的指標、化学療法の成績などに与える影響を明らかにする。

【方法】2021年以降当科で化学療法経過中にアナモレリン投与を行った切除不能進行再発胃癌13例を対象とする。患者背景、臨床腫瘍学的因子、治療レジメンの種類と継続性、栄養学的指標（体重、血清 Alb 値）の変化、アナモレリンの投与タイミングと投与期間、副作用などを後方視的に検討した。

【結果】13例全例で初診時に悪液質の定義（体重減少－5%/半年、低 BMI）を満たしていた（平均体重減少率－11.8%）。cStage は IVA 2例、IVB 10例、再発1例であった。アナモレリン投与開始は一次化学療法中からが7例、二次治療以降で6例であり、投与期間は平均103日であった。投与1か月後時点で7例に食欲亢進を認め、全例における平均体重増加率は1か月で+4.6%、3か月で+5.0%であった。その効果は一次治療からの開始例でより有効であった。無効例6例ではエドルミズ投与期間が短く、化学療法の継続が早々に困難となった。有害事象として HbA1c の悪化を1例に認めた。

【結語】進行胃癌症例に対する早い段階からのアナモレリン投与が、栄養状態や化学療法の治療成績の向上に寄与する可能性が期待できる。

○-3-4 超高齢者エンドオブライフ期の輸液療法の実態—癌と非癌疾患の違いに着目して—

居村 久子¹、大家 理恵²

¹ 公立学校共済組合北陸中央病院医療技術部栄養管理科、² 公立学校共済組合北陸中央病院内科

【緒言】国内のガイドラインでは、癌疾患で予後1ヶ月程度と考えられる時期には生命予後の延長を目的に輸液を行うことは推奨されていない。一方、非癌疾患の終末期についてのガイドラインは乏しく、緩和医療の提供が遅れ過剰となりやすいと報告されている。非癌疾患による死亡が多い超高齢者における終末期の輸液療法について、癌疾患との違いに着目して実態調査を行った。

【方法】2020～2023年の3年間に当院に入院した90歳以上の男女989名のうち死亡退院した212名から7日以上入院し栄養管理を行った180名を研究対象とした。電子カルテ情報から死亡前の8週間に提供された食事と輸液について後ろ向き調査を行った。

【結果】対象者180名のうち自宅からの入院59%、救急車での入院38%、癌疾患での入院23%であった。全体では絶食者割合は死亡に向かって増加、点滴量は減少した（ $p<0.05$ ）。死亡前1週間では9%で皮下点滴へ切り替え、2%ですべての栄養投与中止が選択された。非癌疾患の方が絶食者割合が高く、死に向かって輸液減量のスピードが遅かった（ $p<0.05$ ）。

【結論】超高齢者のエンドオブライフ期において、死が迫るにつれて輸液減量や中止が行われていたが、非癌疾患においては癌疾患に比べて減量スピードが遅かった。癌疾患だけでなく非癌疾患の終末期においても、栄養療法が過剰にならないよう観察と対話を続けていきたい。

○-3-5 当院での中心静脈ポート造設術からみる末梢挿入型中心静脈カテーテル挿入の安全性についての検討

廣瀬 淳史¹、本江 駿人²、里見 美佳³、河口 絵里奈³、五十嵐 朱美³、水野 苑美³、矢野 良好³、中谷 洋子⁴、井上 由佳⁵、中村 志富⁶、田中 裕子⁶

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 リハビリテーション科、⁶ 富山県立中央病院 栄養管理科

【目的】近年では特定看護師の特定行為に該当する末梢挿入型中心静脈カテーテル（以下 PICC）挿入の安全性に関し、当院で行った中心静脈ポート造設術（以下 CVP）から検討した。

【方法】2017 年 4 月から 2025 年 2 月末にて当院で CVP を行った 1271 症例 / 1388 ルートアクセス（以下 ra）例のうち、鎖骨下静脈ブラインド穿刺（以下 Sc-bP）284ra、同エコー下穿刺（以下 Sc-eP）181ra、内頸静脈穿刺（以下 Ij-P）425ra、上腕静脈穿刺（以下 B-P）124ra、外頸静脈カットダウン（以下 Ej-CD）130ra、大胸筋部橈側皮静脈カットダウン（以下 PmC-CD）202ra での、初回ルートアクセスで合併症なく成功した際の手術時間、合併症発生率、ルートアクセス成功率について検討した。

【結果】手術時間は、Sc-bP 36 ± 13 分、Sc-eP 27 ± 8 分、Ij-P 34 ± 14 分、B-P 32 ± 12 分、Ej-CD 41 ± 13 分、PmC-CD 36 ± 12 分であった。合併症発生率は、Sc-bP 3.9%、Sc-eP 1.1%、Ij-P 1.4%、B-P、Ej-CD 及び PmC-CD では認めなかった。ルートアクセス成功率は、Sc-bP 84.5%、Sc-eP 97.7%、Ij-P 96.7%、B-P 94.4%、Ej-CD 89.2%、PmC-CD 85.1% であったが、B-P の失敗例で上腕ルート以外が選択された症例は 1 例のみであった。

【結語】PICC 挿入は安全かつ施行者・患者共にストレスの少ない処置ではないかと考える。

○-3-6 CLABSI に対する栄養サポートチームの効果と薬剤師の静脈栄養へのかかわり

二村 昭彦¹、古関 竹直¹、飯田 純一²、鈴木 彰人³、室井 延之⁴、名徳 倫明⁵、牧 宏樹⁶、水谷 一寿⁷、荻野 晃⁸、谷口 靖樹⁹、東 敬一郎¹⁰、臼井 正信¹

¹ 藤田医科大学、² 済生会横浜市南部病院入退院支援センター、³ 九州医療科学大学薬学部、

⁴ 神戸市立医療センター中央市民病院薬剤部、⁵ 大阪大谷大学薬学部、⁶ 甲府市地域医療センター 救急調剤薬局、

⁷ 洞爺温泉病院薬剤課、⁸ トーカイ薬局 中津川市民病院前店、⁹ 三重北医療センターいなべ総合病院薬剤部、

¹⁰ 浅ノ川総合病院薬剤部

目的：本研究は、COVID-19 パンデミック前後における NST の CLABSI 予防効果と NST 施設における薬剤師の静脈栄養における活動について評価することを目的に実施した。

方法：2019 年 1 月から 2021 年 12 月までの 3 年間に発生した CLABSI 患者を対象に、NST の有無で CLABSI 発生率を比較した。また、薬剤師の静脈栄養への活動として、無菌調製、輸液処方設計、静脈栄養の提案、栄養評価、栄養必要量の算出について NST の有無より比較した。

結果：参加登録 47 施設のうち、NST 施設群 34 施設、非施設群 13 施設。3 年間の CLABSI 発生率は、NST 施設群で有意に低値（0.96 [0.28-1.73] vs 1.25 [0.75-6.10], $p < 0.05$ ）。パンデミック前の CLABSI 発生率は、NST 施設群で低値（2019 年：0.70 [0.12-1.26] vs 2.10 [0.62-5.97]）、パンデミック期も、NST 施設群の CLABSI 発生率は低く維持した。

薬剤師の静脈栄養へのかかわりについて、「強くかかわっている」との回答率は、NST 施設群 28%、非 NST 施設群 15%、「少し関わっている」の回答率は NST 施設 47%、非 NST 施設 44% といずれも有意差を認めた（ $p < 0.05$ ）。

結論：CLABSI 発生率が NST 施設群で低かったことは、CLABSI の予防における NST の有効性を示している。さらに、NST 施設群の薬剤師は静脈栄養にかかわりは非 NST 施設群に比べ強いことが示唆された。

○-4-1 嚥下外来と NST の円滑な連携により ADL の低下を来す前に胃瘻を造設し在宅療養が継続できた一例

片岡 恵理子¹、結川 美帆¹、田畑 佳孝²、真野 鋭志³

¹ 真生会富山病院 栄養科、² 真生会富山病院 薬剤科、³ 真生会富山病院 消化器センター

【背景・目的】当院では嚥下障害への早期介入を目的に、令和 4 年度より嚥下外来を開設した。従来、胃瘻は経口摂取が困難となった際の代替手段として導入されることが多いが、当外来では比較的早期から経口摂取を継続しつつ、栄養補給法の検討が可能となっている。嚥下外来と NST の連携により、円滑に胃瘻造設を行い、胃瘻栄養と経口摂取を併用しながら ADL を維持し、在宅療養が継続できた症例を経験したので報告する。

【症例】88 歳男性、ADL 自立、体重 43kg。嚥下困難感の訴えで X 年 9 月より嚥下外来に通院、X+1 年 7 月猛暑による衰弱を契機に摂取量が低下し 3 週間で 5% の体重減少があった。十分な経口摂取ができないため栄養補給法の代替手段が必要と説明され、胃瘻造設の希望があり、NST に介入依頼があった。

【経過】NST では依頼当日に検討を行い、医学的、倫理的観点から胃瘻造設の適応があると判断し、5 日後に入院となった。入院 3 日後には胃瘻造設が施行され、合併症状もなく自宅退院となった。経口摂取と胃瘻栄養を併用することで、体重 50kg まで増加し、畑仕事や散歩を継続できている。

【結論】ADL を維持し、在宅療養を継続するには、多職種連携により円滑な胃瘻造設を可能にすること、また ADL の低下を来す前に胃瘻栄養を導入することの重要性を再認識した。

○-4-2 PTEG をドレナージ目的と経管栄養目的に使用し、3 か月の予後を得た進行胃癌術後十二指腸断端漏の 1 例

梅谷 有希¹、渡邊 さくら²、今西 正人³、新井 一輝⁴、原 磨美子⁵、山本 千尋⁵、小林 豊¹

¹ さくら総合病院 消化器病センター、² さくら総合病院 歯科口腔外科、³ さくら総合病院 薬剤管理センター、

⁴ さくら総合病院 臨床検査センター、⁵ さくら総合病院 栄養科

症例は、65 歳女性。前医で進行胃癌に対して幽門側胃切除術 + R-Y 再建手術を受けた。術後、貧血の進行や不詳の腹水の出現に対して加療され、経口摂取可能になり療養目的に術後 92 日目に当院へ転院となった。

転院後 10 日目に右側腹部痛が出現、CT 施行にて多量の腹水を認め、腹腔内膿瘍が疑われた。同日、腹水ドレナージを行ったところ腸液交じりの腹水を認めた。諸検査にて、十二指腸断端漏の診断至った。呼吸状態の悪化も認めたことから、転院後 13 日目に挿管管理となる。17 日目に PTEG を造設術を施行しチューブを十二指腸断端に留置し、経鼻胃管チューブ先端を Y 脚より肛門側に留置して経管栄養を開始した。経管栄養とドレナージ療法が著効し、PTEG 造設後 17 日目に十二指腸断端の閉鎖を確認した。PTEG を経管栄養チューブに切り替え、PTEG 造設後 23 日目に呼吸器を離脱した。PTEG 造設後 39 日目から経口摂取を再開した。十二指腸断端漏時に採取した腹水の細胞診で adenocarcinoma を認め、腹膜播種再発が疑われた。PTEG 造設後 59 日目に多発肝転移を認め、PTEG69 日目～73 日目まで外泊を行ったのち、本人へ病状を告知し、緩和的治療の方針となった。PTEG 造設後 105 日目死亡退院となった。今回我々は、PTEG を有効に利用し、ドレナージと経管栄養を行うことで約 3 か月程度の予後を得た胃癌術後十二指腸断端漏の症例を経験した。若干の文献的考察を加えて発表する。

○-4-3 福祉施設（知的障害者施設）におけるチームでの栄養管理を経験して

辻 美千代

社会福祉法人たかおか新生会 新生苑

【はじめに】 障害者が快適な日常生活を営み尊厳ある自己実現をめざすには栄養状態の維持や食生活の質の向上は不可欠である。栄養ケア・マネジメントの実施が重要とされ障害サービス報酬において 2024 年栄養スクリーニング加算が創設された。今回、嘱託医と相談しながらチームで栄養管理を行った事例を経験した。

【事例紹介】 30 歳代男性。既往歴に統合失調症・知的障害がある。身長 167.4cm、体重 64.5kg（BMI23）日常生活は支援を受けながら自立した生活が可能。202 × 年 6 月より自傷や異常行動等が見られ、精神科を受診し入院。9 月症状が落ち着き、苑での外泊を数回試行後 11 月精神科病院退院。食欲不振が続き自力での食事摂取が不可能となり体重は 46.6kg（BMI16）と激減。

【経過】 外泊時の食事は嚥下状態を確認するため全粥細きざみ、スープで開始。2 週間後、看護師の見守りや支援員の介助で全量摂取可能、常食に変更した。退院後は栄養補助飲料 400kcal/ 日を追加し 2800kcal の食事で様子を見た。介助にて 10 割摂取、2 か月後体重は増加傾向となり自力で 6 ～ 8 割の摂取が可能となった。

【考察】 管理栄養士は、支援会議で生活支援員・看護師と連携して栄養摂取状況の改善に向けて話し合い計画を立てている。当苑は利用者が“あなたらしくくらす 私らしくくらす”を理念として活動している。栄養状態が改善すれば運動・睡眠もよくなる。人としての自立を支えるにはチームでの栄養管理が大切と感じた。

○-4-4 JSPEN2025 呼吸器疾患ポスター採用症例を GLIM 基準で評価

長谷川 正光

高浜豊田病院

患者は 83 歳男性、脳梗塞の既往あり、COPD 治療中、1 年前から ADL 低下、食事中疲労感の訴えあり。某年 5 月 8 日体動困難にて入院。5 月 27 日自立歩行確立・早朝低血糖改善目的で転院。158cm、40.1kg。全粥（250g）軟菜、補助食品（合計 E:1494kcal、P:64.6g）で食事を開始した。Hb9.8、Alb3.0、Glu 64、TG54、UN12.6、NT-proBNT5388、MNA-SF では A1 点 B1 点 C1 点 D0 点 E0 点 F0 点低栄養と判定。GLIM 基準では表現型基準は低 BMI 該当、病因基準は慢性炎症該当。重症度判定では低 BMI の高度な減少に相当。眠前にクリームを追加する事から始め食事を変更 7 月 8 日体重 40.3kg、以降 7 日間の平均で（E:2207 kcal、P:81.3g）を摂食、早朝血糖は正常化した。7 月 10 日 Hb9.6、Alb3.6、Glu 73、TG46、UN30.4、NT-proBNT3061、呼吸回数も考慮してリハビリを強化していった。7 月 23 日 Hb10.6、Alb3.8、Glu 76、TG58、UN40.0、NT-proBNT914、杖なし歩行 100m × 3 まで可能となり 25 日特別養護老人ホームに入居。退院時、体重 41kg。GLIM 評価（愛知医科大学のカットオフ値を使用）では入退院時とも重症低栄養であったが患者の QOL 向上につながったと考えられ報告した。

○-4-5 NST による多職種アプローチを行った右頬粘膜がんの 1 例

吉岡 詩織、東 敬一郎、中野 達夫、桑野 真美子、山本 政美、矢後 絵美、刀利 喜代美、北川 楓果、
木村 彩乃

浅ノ川総合病院 NST

【はじめに】

頬粘膜がんは、口腔がんの中でも発生頻度が 10% 程度と少なく、栄養管理に関する報告も少ない。しかし、進行に伴う開口障害や腫瘍の痛みなどにより経口摂取が困難となるケースも多く、個々に合わせた栄養管理が必要な病態である。その為、チームとして多職種でのアプローチが重要となる。

【症例】

60 歳代女性、右頬粘膜がんに対し化学療法、放射線治療のため他院に入院していた。その際に口腔粘膜炎の増悪を認め、それにより食事摂取困難となり、補完的静脈栄養 (SPN) が併用されていた。今回、腫瘍の頭蓋底進展も認めた為、リニアック治療目的で当院転院となった。

【経過】

転院時、開口障害と口腔粘膜炎のため本人は食事と水分摂取に苦痛を感じており、転院時の食事のみでの栄養充足率は 38 % であった。口腔内の状態も日々変化していた為、その都度本人と管理栄養士と言語聴覚士で相談し、細かな食事変更と補助食品の提供や食べ方の調整を行い、栄養充足率は 92 % まで増加した。

治療後は自宅退院予定であった為、今後の体重減少のリスクを考慮して転院後は薬剤師が改めて立案した SPN も継続し、栄養状態の維持・改善に努めた。

退院時の栄養充足率は食事と SPN を合わせて 147 % であり、体重維持に繋げることができた。

【結論】

各職種が患者とコミュニケーションを図り、NST 内で情報共有しながら栄養介入した事で、日々変化する病態や退院後の生活に合わせた栄養管理を行うことができた。

一般演題 4 症例からの大切な学び

○-4-6 高齢低体重の HER2 陽性乳癌に対し、継続的な栄養介入により化学療法完遂が可能であった 1 例

江畑 七海¹、吉田 明浩¹、関根 慎一²、岩田 建佑¹、森川 貴裕¹、甲村 亮二¹、長澤 志保²、
荒木 美聡²、金谷 瑛美²、魚谷 倫史²、吉岡 伊作²、松井 恒志²、藤井 努²

¹ 富山大学附属病院 栄養部 栄養管理室、² 富山大学附属病院 消化器・腫瘍・総合外科

【緒言】乳癌では、術前化学療法にて病理学的完全奏効が得られた場合の予後は良好である。

【症例】76 歳女性、身長 153cm、体重 35.0kg、BMI15。【既往】急性大動脈解離にて上行置換術後、高血圧、緑内障、骨粗鬆症、大腿骨頸部骨折術後。【現病歴】上記経過観察の CT で偶発的に右乳房腫瘍を認め、精査にて右乳癌 (ER (-)、PgR (-)、HER2 3+、Ki67 40%、腋窩リンパ節細胞診; Class V) cT2N1M0 Stage II B の診断であった。術前化学療法はフェスゴ (3 週毎) + パクリタキセル (毎週) 4 コースに次いで AC (アドリアシン + シクロホスファミド; 3 週毎) 4 コースの予定となった。

【治療経過】術前化学療法開始時より外来にて栄養介入開始。AC2 クール終了時、発熱性好中球減少症と誤嚥性肺炎にて当院緊急入院となった。低栄養・低体重に対して、食事量増加に向けた栄養介入を行った。退院後も外来栄養指導を継続した。手術 (右乳房切除術 + センチネルリンパ節生検) 時、体重は 37.6kg まで改善し、病理結果は原発巣および腋窩リンパ節に癌の遺残なし (ypT0N0M0、治療効果: Grade3) であった。現在、術後補助療法としてフェスゴを予定し、外来栄養指導も継続予定である。

【考察】高齢、低栄養の乳癌患者に対し、外来、入院、自宅と環境が変化しても切れ目のない栄養指導を行う事により、集学的治療が可能であった。

○-4-7 食道癌集学的治療における NST チームと病棟専従管理栄養士の連携

岩田 建佑¹、江畑 七海¹、飛島 璃星¹、森川 貴裕¹、桂 慈子¹、新鞍 真理恵¹、吉田 明浩¹、
甲村 亮二¹、向野 晃弘²、魚谷 倫史³、三輪 武史³、関根 慎一³、松井 恒志³、奥村 知之³、
藤井 努³

¹ 富山大学附属病院 栄養部 栄養管理室、² 富山大学附属病院 和漢診療科、³ 富山大学附属病院 消化器・腫瘍・総合外科

はじめに

食道癌のステージⅡ～Ⅲにおいては術前化学療法後の外科的治療が推奨されている。また、術後に補助化学療法を導入する場合も多く、術前から術後にかけて栄養状態の維持が求められる。今回、術前化学療法中から、周術期、退院後にかけて一連の栄養管理を行い、術後補助化学療法を開始した1例を報告する。

症例

62歳女性。X年5月に胸部食道癌（cT3brN2M1a StageⅢB）と診断。6月より術前化学療法（DTX+CDDP+5FU）を3コース実施後、原発巣の縮小が得られ、9月にロボット支援下食道亜全摘・胃管再建・胸骨後経路頸部吻合術が施行された（pT2N0M0 StageⅡ）。術前化学療法介入時点での栄養指標はBMI19.8、PNI47.7、CONUTスコア0、NLR3.2であり、術前化学療法中は病棟（消化器内科）専従管理栄養士が介入した。周術期は集中治療室専従管理栄養士や病棟（消化器外科）専従管理栄養士と連携し、NSTチームラウンド、栄養介入を行った。術直前の栄養指標は、BMI21.9、PNI49.3、CONUTスコア0、NLR1.2であった。退院後には外来担当管理栄養士による外来栄養指導フォローに以降し栄養介入を継続して実施した。術後3ヶ月後の栄養指標はBMI18.1、PNI48.3、CONUTスコア0、NLR0.6であり、術後補助化学療法（Nivolumab）開始に至った。

結語

管理栄養士の病棟専従化が進む中、NSTは病棟管理栄養士や集中治療室担当管理栄養士、外来担当管理栄養士との橋渡し役となることが一つの役割となっている。

日本栄養治療学会中部支部 第 19 回支部学術集会 協賛企業・団体一覧

日本栄養治療学会中部支部 第 19 回支部学術集会の開催にあたり、下記の皆様にご協賛、ご後援いただきました。ここに深甚なる感謝の意を表します。

日本栄養治療学会中部支部 第 19 回支部学術集会
会長 原 拓央

セミナー 共催

株式会社大塚製薬工場

ニュートリー株式会社

企業展示

アボットジャパン合同会社

株式会社トーショー

株式会社いわさき

ニュートリー株式会社

株式会社インボディ・ジャパン

プログラム・抄録集 広告

アッヴィ合同会社

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

エーザイ株式会社

大正製薬株式会社

株式会社エムエス

テルモ株式会社

株式会社ツムラ

富木医療器株式会社

コヴィディエンジャパン株式会社

北陸バイオ株式会社

厚生連高岡病院

ミヤリサン製薬株式会社

株式会社三和化学研究所

幕間スライド広告

森永乳業クリニコ株式会社

寄付

医療法人社団 紫蘭会 光ヶ丘病院

厚生連高岡病院

公益社団法人富山県医師会

(五十音順 2025 年 6 月 25 日現在)