



2024年
8月31日(土)
川崎医療福祉大学 講義棟

チーム医療を
語ろう
～個別化栄養管理～

写真提供: 岡山県観光連盟

日本栄養治療学会

第16回中国四国支部学術集会

プログラム・抄録集

会長 遠藤 陽子 (川崎医科大学附属病院 栄養部 部長)

実行委員長 榎枝 亮子 (川崎医科大学附属病院 栄養部 部長補佐)

現地集合型開催



JSPEN

ご挨拶

日本栄養治療学会 第16回中国四国支部学術集会

会長 遠藤 陽子

川崎医科大学附属病院 栄養部 部長



この度、日本栄養治療学会 第16回中国四国支部学術集会を倉敷にて開催させていただくこととなりました。川崎医科大学附属病院栄養部の遠藤陽子と申します。本学会は、2024年4月から栄養治療学会へと名称が変更となりました。今回大会長をさせていただきますことを大変光栄なことと存じております。

2020年に支部組織の再編成が行われ、「中国四国支部会」として活動をし、この3年間、新型コロナウイルス感染症禍のため支部学術集会はWEB開催となりましたが、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けが5類感染症になり、第16回は2019年以来5年ぶりに集合型で開催いたします。

本学術集会では、「チーム医療を語ろう ～個別化栄養管理～」をメインテーマとし、シンポジウムでは、がん治療から在宅まで、患者さんをサポートする現状、栄養連携について多職種でディスカッションしていきたいと企画しました。また、ワークショップに「高齢者の誤嚥性肺炎を考える」を開催いたします。

栄養はあらゆる治療の基本となるものであり、診療報酬改定においても、治療効果を高める栄養療法や栄養管理の充実、医療安全の強化などの効果が期待されています。特別講演には、日本医師会常任理事 江澤和彦先生にご講演賜ります。教育講演では、厚生労働省老健局老人保健課 増田利隆先生に栄養関係を中心とした診療報酬・介護報酬改定の概要についてお願いしております。

その他、ランチョンセミナーは島根大学学術研究院医学・看護学系 医学部 歯科口腔外科学講座 教授 管野貴浩先生に「口腔外科治療における栄養管理の現状を学ぶ!」、介護付有料老人ホーム To-be 小河原隆之主任調理師さんに「人が辞めない環境とは」の2題、アフタヌーンセミナーは順天堂大学医学部附属静岡病院 脳神経外科 科長 山本拓史先生に「脳卒中地域連携における急性期の栄養療法 ～GLIM基準の現状と課題～」、さらにイブニングセミナーには大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター 講師 清水健太郎先生に「リフィーディング症候群の栄養管理－低栄養の悪循環から抜け出す鍵」など最近の栄養療法・栄養管理のトレンドを企業様と共催で企画いたしました。

一般演題では、栄養教育から臨床研究の成果等幅広い分野で65題と多くの演題を登録いただきました。心より御礼申し上げます。

今回、直接対面で討論することで臨床的な栄養療法を主として代謝・栄養学に関する研究と知識の交流をはかり、充実した意見交換、情報交換が行われ中国四国支部会員皆様の日常臨床における栄養活動の一助になれば幸甚です。

夏の暑い時期での開催ではありますが、皆様のご参加を心よりお待ちしております。

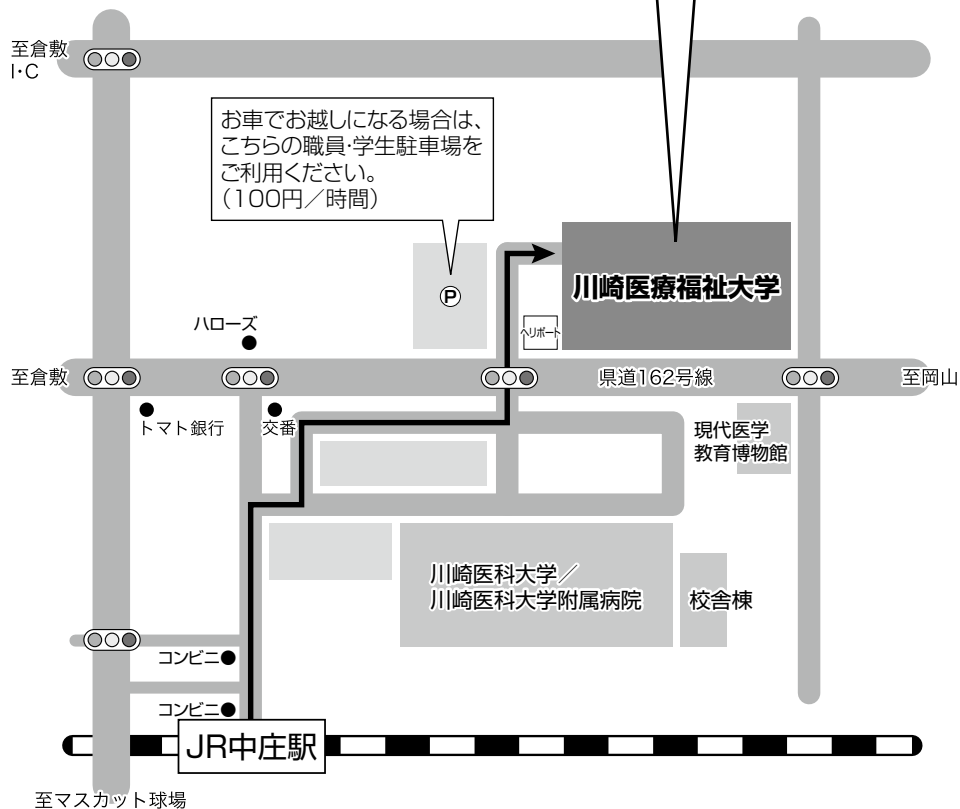
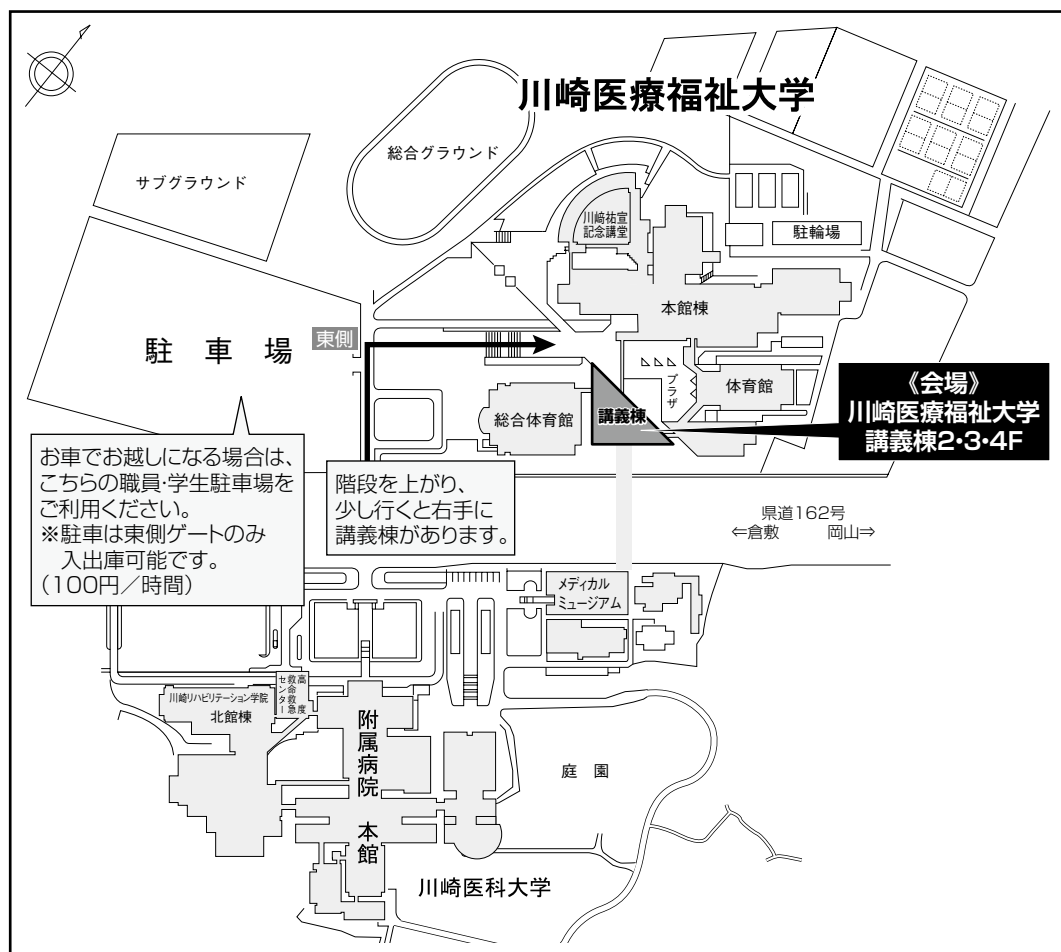
日本栄養治療学会中国四国支部会 世話人一覧

役職	氏名	都道府県	所属
支部長	犬飼 道雄	岡山県	岡山済生会総合病院
副支部長	佐藤 格夫	愛媛県	愛媛大学大学院医学系研究科
	眞次 康弘	広島県	県立広島病院
代議員	伊藤 圭子	広島県	安田女子大学
	遠藤 陽子	岡山県	川崎医科大学附属病院
	小川 恵子	広島県	広島大学病院
	小椋いずみ	岡山県	川崎医療福祉大学
	栢下 淳	広島県	県立広島大学
	北川 一智	愛媛県	十全総合病院
	篠永 浩	香川県	三豊総合病院
	杉本 研	岡山県	川崎医科大学
	助金 淳	広島県	医療法人信愛会 日比野病院
	曹 英樹	岡山県	川崎医科大学
	園井 教裕	岡山県	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
	瀧川 洋史	鳥取県	鳥取大学
	田邊 和照	広島県	広島大学大学院医系科学研究科
	西井 清徳	岡山県	医療法人緑隆会 太田病院
	野田さおり	香川県	国家公務員共済組合連合会 高松病院
	長谷川俊史	山口県	山口大学大学院医学系研究科
	濱田 康弘	徳島県	徳島大学大学院
	藤原 由規	岡山県	川崎医科大学
	槇枝 亮子	岡山県	川崎医科大学附属病院
	源 勇	広島県	広島共立病院
	三村 卓司	岡山県	社会医療法人緑社会 金田病院
	山代 豊	鳥取県	鳥取赤十字病院
	山辻 知樹	岡山県	川崎医科大学総合医療センター
学術評議員	阿部 真吾	香川県	KKR 高松病院
	安部 宏美	広島県	国家公務員共済組合連合会 呉共済病院
	飯田 武	山口県	地域医療機能推進機構 下関医療センター
	石井 博	愛媛県	済生会西条病院
	石川 淳	香川県	香川大学医学部附属病院
	井上 智博	広島県	医療法人あかね会 土谷総合病院
	今井 博美	岡山県	津山中央病院
	岩佐 幹恵	高知県	高知高須病院
	岩下 正樹	岡山県	社会医療法人緑社会 金田病院
	上村 朋子	山口県	下関市立豊田中央病院

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	梅木麻由美	岡山県	医療法人つばさ つばさクリニック岡山
	遠藤 出	香川県	三豊総合病院
	遠藤由紀子	広島県	広島共立病院
	大谷 眞二	鳥取県	鳥取大学
	大原 秋子	岡山県	岡山済生会総合病院
	岡田 憲三	愛媛県	市立宇和島病院
	岡林 雄大	高知県	高知医療センター
	岡本 佳樹	香川県	香川県厚生農業協同組合連合会 滝宮総合病院
	沖井 則文	広島県	医療法人社団葵会 八本松病院
	沖田 充司	岡山県	瀬戸内市立瀬戸内市民病院
	沖田 幸祐	山口県	JCHO 徳山中央病院
	沖野 優佳	広島県	国家公務員共済組合連合会 呉共済病院
	尾崎 知博	鳥取県	鳥取県立中央病院
	尾崎 和秀	高知県	高知医療センター
	小田佳代子	岡山県	川崎医科大学総合医療センター
	小野川靖二	広島県	JA 尾道総合病院
	貝原 恵子	広島県	JA 尾道総合病院
	門脇 秀和	島根県	秀黄内科クリニック
	栢下 淳子	広島県	広島修道大学
	川崎 美紀	山口県	茜会 脳神経筋センター よしみず病院
	川本 佑美	岡山県	独立行政法人自動車事故対策機構 岡山療護センター
	岸本 和恵	鳥取県	鳥取県立中央病院
	北岡 陸男	香川県	香川大学医学部附属病院
	北川 博之	高知県	高知大学医学部
	北川 恵	愛媛県	愛媛県立医療技術大学
	木村 福男	山口県	山口県立総合医療センター
	黒川有美子	香川県	
	香山 茂平	広島県	JA 広島総合病院
	児島 洋	愛媛県	南松山病院
	佐々木朗子	広島県	訪問看護ステーション むくもり
	貞森 愛	広島県	国家公務員共済組合連合会 呉共済病院
	佐藤 斉	広島県	医療法人信愛会 日比野病院
	杉本 健樹	高知県	社会医療法人近森会
	鈴木 晶子	広島県	安芸市民病院
	清木 雅一	山口県	JCHO 下関医療センター
	園井 みか	岡山県	ノートルダム清心女子大学
	高橋 節	島根県	独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター
	竹村 有美	山口県	独立行政法人地域医療機能推進機構 下関医療センター

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	田中りかえ	広島県	国家公務員共済組合連合会 呉共済病院
	田原 浩	広島県	国家公務員共済組合連合会 呉共済病院
	田村 真穂	鳥取県	鳥取赤十字病院
	田村 裕子	鳥取県	鳥取赤十字病院
	堤 理恵	徳島県	徳島大学
	徳毛 孝至	岡山県	笠岡第一病院
	永井 祥子	愛媛県	愛媛大学医学部附属病院
	長尾 晶子	広島県	広島大学病院
	中川 浩一	広島県	脳神経センター大田記念病院
	永田 茂行	愛媛県	松山赤十字病院
	並川 努	高知県	高知大学医学部
	名和 秀起	岡山県	岡山旭東病院
	白野 容子	山口県	公立大学法人山口県立大学
	長谷川祐子	岡山県	岡山大学病院
	原野 雅生	広島県	広島はくしま病院
	藤井 辰義	広島県	荒木脳神経外科病院
	船水 尚武	愛媛県	愛媛大学医学部附属病院
	本多 唯	岡山県	川崎医科大学附属病院
	松尾 一美	岡山県	医療法人真庭慈風会 津山中央まにわ病院
	松本 英男	広島県	公立みつぎ総合病院
	溝渕 俊二	高知県	社会医療法人仁生会 三愛病院
	宮島 功	高知県	社会医療法人近森会 近森病院
	村上 匡人	愛媛県	社会医療法人社団更生会 村上記念病院
	村田 尚道	広島県	医療法人湧泉会 ひまわり歯科
	村田 康博	山口県	山口県済生会豊浦病院
	森田 益子	広島県	広島市立北部医療センター安佐市民病院
	森元 隆行	岡山県	金田病院
	矢野 彰三	島根県	島根大学医学部附属病院
	矢野 将嗣	広島県	JR広島病院
	八幡 謙吾	広島県	広島県厚生農業協同組合連合会 広島総合病院(JA広島総合病院)
	山下 智省	山口県	JCHO下関医療センター
	山田 苑子	徳島県	徳島大学
	結城 直子	広島県	医療法人信愛会 日比野病院
	渡邊 篤	広島県	地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立広島市民病院

交通のご案内



JR中庄駅から

- 徒歩で約10分
- タクシーで約3分

電車で

- JR岡山駅からJR中庄駅まで約12分
(山陽本線または伯備線)
※特急・快速は停車しないので、ご注意ください。
- ※新幹線をご利用の際は岡山駅で降車ください。
新倉敷駅で降車されると大変不便です。

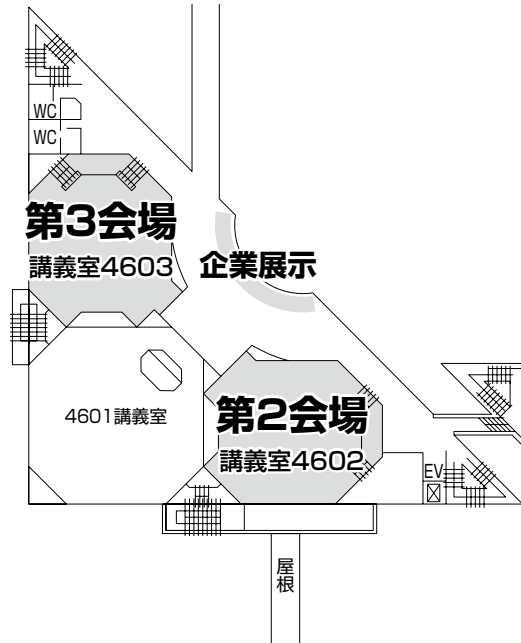
お車で

- 倉敷IC (山陽自動車道) から約10分
- 早鳥IC (瀬戸中央自動車道) から約10分

会場のご案内

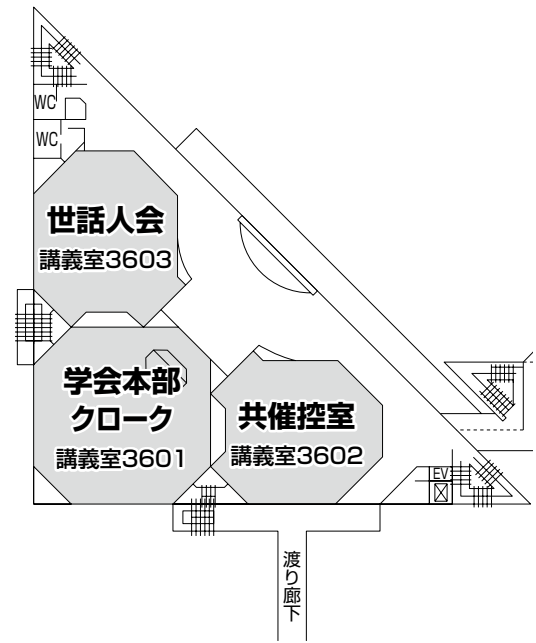
4F

講義棟



3F

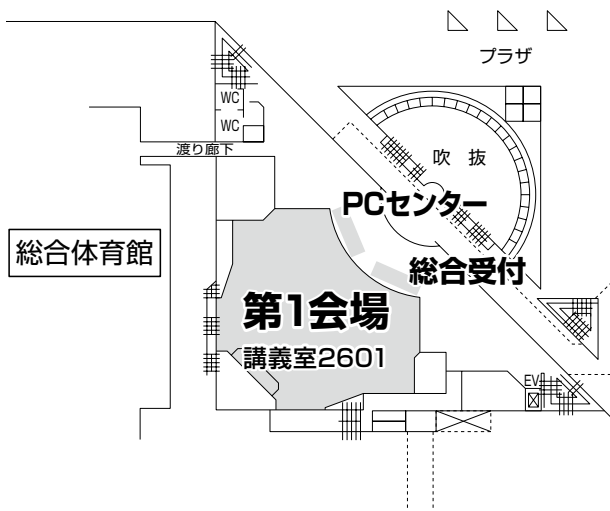
講義棟



至 医科大学・附属病院

2F

講義棟



参加者へのご案内

1. 会期について

現地集合型開催：2024年8月31日（土）

2. 参加登録

受付は、事前参加登録と当日参加登録の2種類を設けますので、ご都合に合わせてご登録ください。

いずれの登録方法でも、決済方法はクレジットカードのみにになります。銀行振込を希望する方は、会員・非会員番号を作成後に学会事務局にご連絡ください。（chugoku-shikoku@jспен.or.jp）

参加登録費

	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	－	1,000円

参加登録方法

○事前参加登録

本学術集会ホームページの[参加登録]ページにて登録方法ご案内しております。

本学術集会ホームページにてご案内している内容に沿って、本学術集会への事前参加登録をお願いします。

受付期間：2024年7月1日（月）～8月30日（金）正午

決済方法：クレジットのみ

※銀行振込を希望する方は、学会事務局にご連絡ください。（chugoku-shikoku@jспен.or.jp）

○当日参加登録

総合受付にて受け付けます。

受付場所：川崎医療福祉大学 講義棟 2F ロビー「総合受付」

受付日時：2024年8月31日（土）8:30～16:00

決済方法：後日銀行振込

※学生の方は受付にて学生証をご提示ください。

参加登録後の流れ

○事前参加登録

参加登録いただきましたら、受講票（参加証）をダウンロード、もしくはプリントアウトして、受付にてご提示ください。ネームカードとネームホルダーをお渡しいたします。

○当日参加登録

総合受付スタッフの指示に従って、参加登録をお願いします。登録後にネームカードとネームホルダーをお渡しいたします。

※学生の方は受付にて学生証をご提示ください。

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、領収書をダウンロードしてください。

※当日参加登録の方々は学会事務局にて確認を行いますので、会期終了後より2週間程度お時間をいただきます。あらかじめご了承ください。

参加登録に関するお問合せ先

一般社団法人日本栄養治療学会事務局

〒103-0022 東京都中央区日本橋室町4丁目4-3 喜助日本橋室町ビル4階

E-mail : chugoku-shikoku@jspen.or.jp

3. 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

会員（非会員）マイページより受講票（参加証）をダウンロード・プリントアウトしてください。そこに記載のQRコードが受付で必要となります。受講履歴につきましては参加登録を申込された時点でご自身のマイページに反映しております。

単位について

NST 専門療法士 新規・更新申請：5単位

栄養治療専門療法士 新規・更新申請：5単位

※新規受験及び更新申請を行う際に、支部学術集会の単位は自動付与されませんので、ダウンロードした受講票（参加証）を下記添付書類の欄にアップロードして下さい。ご不明な場合には、JSPENウェブサイトのチャットボットにてご質問ください。

4. ランチョンセミナーへのご参加

ランチョンセミナーではお弁当を用意しております。整理券はございません。

数に限りがございますので、あらかじめご了承ください。

5. 企業展示

開催場所：川崎医療福祉大学 講義棟 4F ロビー

開催時間：8月31日（土）9:00～16:00

6. クローク

下記日時・場所にクロークを設けますので、ご利用ください。なお、貴重品・飲食物・傘はおあずかりできませんので、あらかじめご了承ください。

開設時間：川崎医療福祉大学 講義棟 3F 講義室3601

開設時間：8月31日（土）8:30～16:30

7. 会場内について

会場敷地内は禁煙です。

会場内での録音・写真撮影・ビデオ撮影は、固くお断りしております。

会場内では携帯電話などの電源は、お切りいただくかマナーモードに切り替えてご利用ください。

8. 会場内でのWi-Fiについて

会場でのWi-Fiの準備はございません、あらかじめご了承ください。

9. 総会のご案内

会場：第1会場（川崎医療福祉大学 講義棟 2F 講義室2601）

日時：8月31日（土）13:15～13:35

10. 世話人会のご案内

会場：川崎医療福祉大学 講義棟 3F 講義室3603

日時：8月31日（土）11:50～12:10

11. 事務局

川崎医科大学附属病院 栄養部

実行委員長：榎枝 亮子（川崎医科大学附属病院 栄養部 部長補佐）

〒701-0192 岡山県倉敷市松島577

TEL：086-462-1111 FAX：086-464-1172

座長・ファシリテーター・演者へのご案内

本学術集会は現地集合型にて開催いたします。

ご発表データについては、当日PCセンターにて受付いたします。ご発表セッション開始の30分前までにご提出ください。

1. プログラム進行情報

発表時間は下記のとおりです。発表時間は演題上のタイマーに表示されます。発表時間終了後1分前に黄色ランプ、終了時間になると赤ランプが点灯します。時間厳守にご協力ください。

セッション名	発表	質疑	総合討論等
特別講演 教育講演 ランチョンセミナー アフタヌーンセミナー イブニングセミナー	座長へ一任		
シンポジウム	10分	－	総合討論 20分
ワークショップ	10分	－	グループ討論 30分 発表5分×4グループ
一般演題	6分	2分	－

2. 座長・ファシリテーターの先生へ

ご担当セッションの開始15分前までに、会場前方右手の次座長席にご着席ください。

発表中はタイマーによる計時を行います。発表終了1分前に黄色ランプ、終了時間に赤ランプが点灯します。時間厳守にご協力ください。

3. 演者の先生へ

プログラム・抄録集に掲載されている氏名と所属などはすべて、ご登録時の内容をそのまま使用させていただきますので、ご了承ください。

症例報告は個人の同定がなされないようにプライバシー保護に配慮してご発表をお願いします。

セッション開始の30分前までに、PCセンター（川崎医療福祉大学 講義棟 2F ロビー）で試写・動作確認を行い、15分前までに会場前方左手の次演者席にご着席ください。またPCセンターでのデータの修正はできませんので、ご了承ください。

【PCセンター】

受付場所：川崎医療福祉大学 講義棟 2F ロビー

受付時間：2024年8月31日（土）8:30～15:40

＜発表データの持ち込み＞

- ・発表データはWindows MS PowerPointで作成したものを、USBフラッシュメモリにてご持参ください。
- ・MacBook・Macintoshで作成したデータも持ち込み可能ですが、バックアップに必ず自身のPC本体およびHDMI変換コネクタをご持参ください。
- ・PowerPointの「発表者ツール」は使用できません。発表用原稿が必要な方は各自ご準備ください。

- ・ フォントは文字化け、レイアウト崩れを防ぐため下記フォントに限定させていただきます。

MSゴシック／MSPゴシック／MS明朝／MSP明朝

Arial／Century／Century Gothic／Times New Roman

- ・ 発表時のスライドの操作は舞台上のマウス・キーボードをご利用ください。
- ・ 発表終了後、データは主催者側で責任を持って消去いたします。

＜PC本体の持ち込み＞

- ・ MacBook・Macintosh で作成したものと動画・音声データを含む場合は、ご自身のPC本体をお持ち込みいただきます。
- ・ 会場で用意するPCケーブルコネクタの形状は、HDMI(図参照)です。この出力端子を持つPCをご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。アナログ出力(D-SUB)の出力端子しか無いPCはHDMI⇔D-SUBの変換アダプターも必要です。電源ケーブルもお忘れなくお持ちください。
- ・ 発表の妨げとなりますので、パスワード入力は“不要”に、スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除に設定してください。
- ・ 動画データ使用の場合は、Windows Media Playerで再生可能であるものに限定いたします。
- ・ PCをご持参された方は、発表終了後、降壇時に、各会場のPCオペレーター席にてPCをお受け取りください。



4. 利益相反の開示

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。

一般社団法人 日本栄養治療学会ウェブサイト(<https://www.jspen.or.jp/society/coi>)より、利益相反(COI)に関する共通指針をご確認いただき、開示していただきますようお願いいたします。発表の際、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。開示サンプルは、本学術集会ホームページからダウンロードしていただけます。

* COI開示情報がある場合 <発表時には赤字を消去してください>

日本栄養治療学会 利益相反開示
筆頭演者名: ○○ ○○
発表者全員、過去3年間を一括して

①顧問:	○○○○○	(※「なし」の場合は、「なし」と記載)
②株保有・利益:	○○○○○	(※「なし」の場合は、「なし」と記載)
③特許使用料:	○○○○○	(※「なし」の場合は、「なし」と記載)
④講演料:	○○○○○	(※「なし」の場合は、「なし」と記載)
⑤原稿料:	○○○○○	(※「なし」の場合は、「なし」と記載)
⑥受託研究・共同研究費:	○○○○○	(※「なし」の場合は、「なし」と記載)
⑦奨学寄付金:	○○○○○	(※「なし」の場合は、「なし」と記載)
⑧寄附講座所属:	○○○○○	(※「なし」の場合は、「なし」と記載)
⑨贈答品等の報酬:	○○○○○	(※「なし」の場合は、「なし」と記載)

※必要な情報(利益相反の内容と企業名等)を開示してください。
 開示基準は学会ホームページをご参照下さい。

* COI開示情報がない場合 <発表時には赤字を消去してください>

日本栄養治療学会 利益相反開示
筆頭演者名: ○○ ○○

本演題発表に関連し、開示すべき利益相反関係にある企業等はありません。

※開示基準は学会ホームページをご参照下さい。

日程表

	第1会場 (2F 講義室 2601)	第2会場 (4F 講義室 4602)	第3会場 (4F 講義室 4603)
9:00	8:55~9:00 開会式		
	9:00~9:32 一般演題1「経腸栄養・PTEG」 O-01~O-04 座長：源 勇／小田 佳代子	9:00~9:32 一般演題2「重症病態・救急医療」 O-05~O-08 座長：田邊 和照／沖野 優佳	9:00~9:32 一般演題7「栄養管理」 O-31~O-34 座長：山辻 知樹／伊藤 圭子
10:00	9:35~10:25 教育講演 令和6年度診療報酬・介護報酬等改定の概要について(栄養関係を中心に) 座長：山代 豊 演者：増田 利隆	9:35~10:23 一般演題3「がん治療・緩和」 O-09~O-14 座長：石井 博／小椋 いずみ	9:35~10:15 一般演題8「肥満・糖尿病」 O-35~O-39 座長：小野川 靖二／田村 裕子
11:00	10:25~11:55 シンポジウム チーム医療を語ろう ～個別化栄養管理～ がん治療から在宅まで 座長：眞次 康弘／北岡 陸男 演者：北川 博之／篠永 浩 貞森 愛／古本 太希 大原 秋子／黒石 美由紀	10:25~11:55 ワークショップ 高齢者の誤嚥性肺炎を考える 座長：北川 一智／槇枝 亮子 演者：飯田 武／阿部 真吾 森元 隆行／八幡 謙吾 ファシリテーター：西丸 典江／川崎 美紀 田村 真穂／石川 淳	10:20~11:00 一般演題9「栄養評価」 O-40~O-44 座長：山下 智省／宮島 功
12:00			
13:00	12:15~13:05 ランチョンセミナー1 口腔外科治療における栄養管理の現状を学ぶ！ 座長：三宅 実 演者：管野 貴浩 共催：株式会社大塚製薬工場	12:15~13:05 ランチョンセミナー2 人が辞めない環境とは 座長：遠藤 陽子 演者：小河原 隆之 共催：ニュートリイ株式会社	
	13:15~13:35 総会		
14:00	13:40~14:30 特別講演 栄養・口腔・リハビリテーションの 一体的取組の推進へ向けて 座長：犬飼 道雄 演者：江澤 和彦		
15:00	14:40~15:30 アフタヌーンセミナー 脳卒中地域連携における急性期の栄養療法 ～GLIM基準の現状と課題～ 座長：三原 千恵 演者：山本 拓史 共催：ネスレ日本株式会社	14:20~15:00 一般演題4「栄養教育」 O-15~O-19 座長：矢野 彰三／北川 恵	14:20~15:00 一般演題11「周術期管理」 O-50~O-54 座長：尾崎 和秀／貝原 恵子
	15:40~16:30 イブニングセミナー リフィーディング症候群の栄養管理 ～低栄養の悪循環から抜け出す鍵 座長：佐藤 格夫 演者：清水 健太郎 共催：アボットジャパン合同会社	15:00~15:40 一般演題5「リハ栄養・摂食・嚥下」 O-20~O-24 座長：瀧川 洋史／助金 淳	15:00~15:40 一般演題12「NST・チーム医療①」 O-55~O-59 座長：曹 英樹／野田 さおり
16:00	16:30~ 閉会式	15:40~16:28 一般演題6「在宅栄養・地域連携」 O-25~O-30 座長：沖田 幸祐／村田 康博	15:40~16:28 一般演題13「NST・チーム医療②」 O-60~O-65 座長：藤原 由規／岸本 和恵

第1会場 (2F 講義室 2601)

開会式

8:55～9:00

一般演題1「経腸栄養・PTEG」

9:00～9:32

座長：源 勇（広島共立病院 消化器内科）
小田佳代子（川崎医科大学総合医療センター 栄養部）

○-01 経皮経食道胃管挿入術 (PTEG) の実施状況と課題、今後の展望

¹倉敷北病院 外科, ²倉敷北病院 内科
入江 真大¹, 西川 恵子², 宮原 一彰¹

○-02 経鼻経腸栄養時の下痢に対するミキサー食注入対応の工夫と効果

¹医療法人信愛会 日比野病院 栄養管理科,
²医療法人信愛会 日比野病院 リハビリテーション部,
³医療法人信愛会 日比野病院 脳神経外科
結城 直子¹, 助金 淳², 佐藤 斉³, 三原 千恵³

○-03 当院における胃瘻チューブ抜去の実際

¹独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院 消化器内科,
²独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院 看護部,
³独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院 薬剤部,
⁴独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院 栄養科,
⁵独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院 外科
沖田 幸祐¹, 藤江 純也², 濱田 聖子², 高木 由紀², 石光 一幾³, 佐々木 乃莉子⁴,
藤井 麻未⁴, 日野 優希⁴, 田中 佳江⁴, 得能 和久⁵

○-04 内視鏡補助下、ディボットチューブを用いた経皮内視鏡的胃管挿入術 (PTEG)

¹村上記念病院 内科, ²北里大学 消化器内科
村上 匡人^{1,2}, 西野 圭一郎¹, 村上 重人¹, 矢野 春海¹, 日野 恵¹, 森 公介¹

教育講演

9:35～10:25

座長：山代 豊（日本赤十字社鳥取赤十字病院 外科部長）

「令和6年度診療報酬・介護報酬等改定の概要について（栄養関係を中心に）」

元厚生労働省 老健局老人保健課 増田 利隆

シンポジウム

10:25～11:55

「チーム医療を語ろう ～個別化栄養管理～ がん治療から在宅まで」

座長：眞次 康弘（県立広島病院 消化器・乳腺・移植外科 部長）

北岡 陸男（香川大学医学部附属病院 臨床栄養部 副部長）

S-1 高知大学のNSTはタイプもコスパも重視する

高知大学医学部 外科学講座 手術部准教授 北川 博之

S-2 薬剤師が実践する入院・外来・地域を繋ぐ栄養管理 ～がん化学療法への対応を含めて～

三豊総合病院 薬剤部 副薬剤部長 篠永 浩

S-3 外来看護師による栄養支援への仕組みづくり ～いま一度、チームとしての取り組みを再構築する！～

国家公務員共済組合連合会 呉共済病院 内科外来 主任 貞森 愛

S-4 急性期病院におけるチーム医療を基盤とした栄養管理と理学療法

徳島大学病院 医療技術部 リハビリテーション部 理学療法士 古本 太希

S-5 多職種チームにつなげるがん化学療法患者の栄養管理

岡山済生会総合病院 栄養科 科長 大原 秋子

S-6 「最期まで望む生活をして過ごせる」ために管理栄養士として出来ること

医療法人聖真会 渭南病院 在宅栄養専門管理栄養士 黒石美由紀

ランチョンセミナー1

12:15～13:05

座長：三宅 実（香川大学医学部 歯科口腔外科学講座 教授）

「口腔外科治療における栄養管理の現状を学ぶ！」

島根大学学術研究院医学・看護学系 医学部 歯科口腔外科学講座 教授 管野 貴浩

共催：株式会社大塚製薬工場

総会

13:15～13:35

特別講演

13:40～14:30

座長：犬飼 道雄（岡山済生会総合病院 内科 主任医長）

「栄養・口腔・リハビリテーションの一体的取組の推進へ向けて」

医療法人和香会 倉敷スイートホスピタル 理事長／公益社団法人日本医師会 常任理事 江澤 和彦

アフタヌーンセミナー

14:40～15:30

座長：三原 千恵（日比野病院 脳ドック室長）

「脳卒中地域連携における急性期の栄養療法 ～GLIM基準の現状と課題～」

順天堂大学医学部附属静岡病院 脳神経外科 科長 山本 拓史

共催：ネスレ日本株式会社

イブニングセミナー

15:40～16:30

座長：佐藤 格夫（愛媛大学大学院医学系研究科 救急医学講座 教授）

「リフィーディング症候群の栄養管理－低栄養の悪循環から抜け出す鍵」

大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター 講師 清水健太郎

共催：アボットジャパン合同会社

閉会式

16:30～

第2会場（4F 講義室4602）

一般演題2「重症病態・救急医療」

9:00～9:32

座長：田邊 和照（広島大学病院 消化器外科）

沖野 優佳（国家公務員共済組合連合会呉共済病院）

O-05 救命救急センターにおける早期経腸栄養開始への取り組み

独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院

藤江 純也，沖田 幸祐，濱田 聖子，高木 由紀，石光 一幾，佐々木 乃莉子，

藤井 麻未，日野 優希，田中 佳江

○-06 当院の早期栄養介入管理加算の算定状況と早期経腸栄養が実施できなかった要因について

JA広島総合病院 栄養科

八幡 謙吾

○-07 脳卒中ケアユニットにおける専任管理栄養士の取り組み

川崎医科大学附属病院 栄養部

遠藤 陽奈, 本多 唯, 遠藤 陽子

○-08 誤嚥性肺炎を繰り返す上腸間膜動脈症候群に対し、腹腔鏡下十二指腸空腸バイパスを施行した1例

¹国立病院機構岡山医療センター NST, ²国立病院機構岡山医療センター 外科,

³国立病院機構岡山医療センター 総合診療科

久保 孝文^{1,2}, 太田 徹哉^{1,2}, 岡本 啓典^{1,3}, 河野 夏生恵¹

一般演題3「がん治療・緩和」

9:35~10:23

座長：石井 博（済生会西条病院 外科）

小椋いずみ（川崎医療福祉大学 医療技術学部 臨床栄養学科）

○-09 進行胃癌に対する薬物治療における癌悪液質の対策

¹高知大学医学部 臨床看護学講座, ²高知大学医学部 外科学講座, ³高知大学医学部附属病院 手術部,

⁴高知大学医学部 医療学講座 医療管理学分野, ⁵高知大学医学部附属病院 病院長

並川 努¹, 新納 健人², 宇都宮 正人², 横田 啓一郎², 吉田 晃弥², 荒木 滉平²,

相田 眞咲², 丸井 輝², 前田 将宏², 山口 祥², 川西 泰広², 藤澤 和音²,

宗景 匡哉², 前田 広道², 北川 博之³, 岡本 健⁴, 小林 道也⁴, 花崎 和弘⁵, 瀬尾 智²

○-10 胃切除後患者に対する栄養指導の取り組み ～食べやすいもの・食べにくいもの調査結果～

¹鳥取県立中央病院 栄養管理室, ²鳥取県立中央病院 消化器外科

岸本 和恵¹, 尾崎 知博², 建部 茂², 久田 幸一¹, 山根 佳恵¹, 米村 優奈¹,

木村 優花¹, 田中 絢奈¹, 宮崎 典子¹, 岡本 英津子¹, 田中 敬子¹

○-11 胃癌周術期の貧血管理

高知医療センター 消化器外科

高田 暢夫, 尾崎 和秀, 岡林 雄大

○-12 術後胃内容排泄遅延 (DGE) に対する Sulpiride の効果

愛媛大学医学部 肝胆膵・乳腺外科学

浦岡 未央, 船水 尚武, 盛田 興輔, 疋田 貴大, 坂本 明優, 岩田 みく, 伊藤 千尋,

新恵 幹也, 上野 義智, 田村 圭, 楳田 祐三

○-13 乳がん患者で肥満症の食習慣について検討

¹福山市民病院 医療技術部 栄養管理科, ²福山市民病院 外科

佐竹 恭子¹, 村上 尚美¹, 渡邊 優美¹, 光本 由香¹, 門田 一晃²

○-14 幽門側胃切除患者の食べにくい食事内容と症状との関連

¹愛媛県立医療技術大学 保健科学部看護学科, ²金城学院大学 看護学部看護学科,
³一般財団永瀬会 松山市民病院 外科
北川 恵¹, 上杉 裕子², 河田 直海³, 金澤 卓³

ワークショップ

10:25~11:55

「高齢者の誤嚥性肺炎を考える」

座長：北川 一智（一般財団法人積善会 十全総合病院 外科 部長）
槇枝 亮子（川崎医科大学附属病院 栄養部 部長補佐）
ファシリテーター：西丸 典江（公立みつぎ総合病院 看護師長（NST専門療法士 摂食・嚥下障害看護認定看護師））
川崎 美紀（特定医療法人茜会 脳神経筋センターよしみず病院 薬剤部長）
田村 真穂（日本赤十字社鳥取赤十字病院 医療技術部 栄養課長）
石川 淳（香川大学医学部附属病院 医療技術部リハビリテーション部門 理学療法士）

W-1 高齢者の誤嚥性肺炎にどう対処するか ～経腸栄養を積極的に導入する視点から～

独立行政法人地域医療機能推進機構 下関医療センター 消化器内科 部長 飯田 武

W-2 当院における誤嚥性肺炎予防の試み ～経鼻経管栄養チューブおける咽頭内交差および自己抜去の観点から～

国家公務員共済組合連合会 KKR高松病院 看護部 看護主任 阿部 真吾

W-3 高齢者の誤嚥性肺炎に対する言語聴覚士の役割

社会医療法人緑社会 金田病院 リハビリテーション科 言語聴覚士 森元 隆行

W-4 誤嚥性肺炎の栄養管理を管理栄養士の視点から考える

JA広島総合病院 栄養科 栄養治療専門療法士（周術期・救急集中治療専門療法士） 八幡 謙吾

ランチョンセミナー2

12:15~13:05

座長：遠藤 陽子（川崎医科大学附属病院 栄養部 部長）

「人が辞めない環境とは」

介護付有料老人ホームTo-be 主任調理師 小河原隆之

共催：ニュートリー株式会社

一般演題4「栄養教育」

14:20～15:00

座長：矢野 彰三（島根大学医学部 臨床検査医学講座）
北川 恵（愛媛県立医療技術大学 看護科基礎看護学講座）

○-15 栄養関連医師業務のタスクシフト

¹鳥取赤十字病院 外科, ²鳥取赤十字病院 看護部, ³鳥取赤十字病院 栄養課,
⁴鳥取赤十字病院 薬剤部, ⁵鳥取赤十字病院 検査部
山代 豊¹, 田淵 裕子², 濱本 良江², 森下 智佳², 田村 真穂³, 田村 裕子³,
澤 裕子³, 山根 慶子⁴, 山下 奈津子⁴, 田中 歩⁴, 青木 良太⁵

○-16 NSTリンクナースの知識向上を目指した活動報告

¹NHO呉医療センター 7B病棟, ²NHO呉医療センター 外科,
³NHO呉医療センター 歯科・口腔外科
横山 知子¹, 鈴木 崇久², 久保蘭 和美³

○-17 看護部チーム医療推進委員会の活動報告

川崎医科大学附属病院 看護部
中村 直未, 佐々木 智子, 上本 幸子, 船越 律子, 古賀 智子, 畦崎 久美子,
中山 愛子, 寺本 里美

○-18 当院におけるNST専門療法士研修のまとめ

JA広島厚生連尾道総合病院
中本 智子, 岡本 七海, 城谷 千尋, 栗原 大貴, 岡本 奈緒, 山根 利予子,
奥河 知恵, 藤本 英子, 高橋 謙吾, 下岡 由紀, 柏原 佳子, 村上 美香,
吉岡 佳奈子, 貝原 恵子, 浜名 智昭, 江崎 隆, 小野川 靖二

○-19 患者の尊厳維持や業務改善を目指した排泄ケアの質向上への取り組み

¹倉敷北病院 看護部, ²倉敷北病院 栄養部, ³倉敷北病院 薬剤部, ⁴倉敷北病院 外科
中口 玲奈¹, 平野 優¹, 藤井 雅代¹, 竹内 典子¹, 山本 宏美¹, 久松 鋭子¹,
岸 夏美¹, 小友 しおり¹, 赤木 順子¹, 金谷 英子¹, 前河内 久美子¹, 服部 美智子¹,
坂井田 昌子², 増田 憲俊³, 入江 真大⁴

一般演題5「リハ栄養・摂食・嚥下」

15:00～15:40

座長：瀧川 洋史（鳥取大学医学部附属病院 脳神経内科）
助金 淳（医療法人信愛会 日比野病院 診療技術部リハビリテーション科）

○-20 栄養管理、リハビリ介入により栄養状態が改善した一例

岡山中央病院
西井 詩於莉, 窪田 寿子, 畠田 菜穂, 横畑 雄矢, 新谷 依美, 菅野 冴香,
菅田 祥子, 甲斐 ちひろ

○-21 膝折れにて炊事困難な独居糖尿病患者が環境整備と運動療法で良好な血糖管理を得た1例

¹大洲記念病院 栄養科, ²大洲記念病院 内科, ³大洲記念病院 リハビリテーション部,
⁴大洲記念病院 看護部, ⁵大洲記念病院 地域連携室, ⁶大洲記念病院 整形外科
清家 恒一¹, 清水 嵩之², 河端 卓³, 上野 純子⁴, 山岡 幸子⁴, 中野 賀津記⁵,
玉井 貴之⁶

○-22 薬剤師による「健康サポート事業」の現状調査

¹三豊総合病院 薬剤部, ²観音寺三豊市薬剤師会, ³観音寺市地域包括支援センター
近藤 宏樹^{1,2}, 篠永 浩^{1,2}, 加地 努^{1,2}, 矢野 禎浩², 和泉 和子³

○-23 多職種・医科歯科連携で嚥下機能に改善を認めたシャルコー・マリー・トゥース病により嚥下障害を呈した1例

¹医療法人白菊会 白菊園病院 リハビリテーション科, ²医療法人白菊会 白菊園病院 看護部,
³医療法人白菊会 白菊園病院 栄養科
藤松 夏子¹, 明神 路¹, 安岡 まどか², 中越 由紀³, 百田 里奈²

○-24 当院における摂食嚥下チームの取り組みと栄養介入

山口大学医学部附属病院 栄養治療部
堀尾 佳子, 森永 里奈, 江本 優佳, 佐藤 萌, 津田 潤子, 菅原 一真, 清水 香織,
加藤 芳明, 中村 由子, 上田 紗世, 加藤 智大, 河本 哲

一般演題6「在宅栄養・地域連携」

15:40~16:28

座長：沖田 幸祐（独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院 消化器内科）
村田 康博（山口県済生会 豊浦病院 薬剤部）

○-25 在宅栄養療法を成功させるのは、熱心な医療者と患者とその家族の協力である

秀黄内科クリニック
門脇 秀和

○-26 鳥取東部における栄養連携の試み

¹鳥取赤十字病院 栄養課, ²鳥取赤十字病院 外科, ³鳥取県立中央病院 内科
田村 真穂¹, 山代 豊², 田村 裕子¹, 澤 裕子¹, 檜崎 晃史³

○-27 在宅療養支援診療所における終末期患者への訪問栄養食事指導の現状

医療法人つばさ つばさクリニック岡山
梅木 麻由美, 佐藤 洋子, 中村 幸伸

○-28 食道癌術後の高齢患者に対して多職種での集学的栄養管理が奏効した一例

¹川崎医科大学高齢者医療センター 栄養室, ²川崎医科大学高齢者医療センター 高齢者総合診療科,
³川崎医科大学 総合外科学
三宅 加奈子¹, 鈴木 淑子¹, 角谷 裕之², 山辻 知樹³, 杉本 研²

○-29 脳卒中地域連携パスを活用して、他施設へ情報連携し栄養介入を継続した一症例

高知大学医学部附属病院 栄養管理部
河田 昌子, 西内 智子, 炭谷 由佳, 小松 映里奈, 小栗 朱結, 橋本 大輔,
天野 絵梨, 船越 生吾, 木田 波斗, 上羽 佑亮, 北川 博之

○-30 食支援に携わる専門職が連携に更なる一步を踏み出すことでチーム医療の質的向上を目指す取り組み

¹支縁の羽 はねる, ²つばさクリニック岡山 言語聴覚士, ³ももたろう往診クリニック 医師,
⁴おかやまくまさん訪問歯科 歯科医師
妹尾 郷史^{1,2}, 入江 真大³, 相山 達也⁴

第3会場 (4F 講義室4603)

一般演題7「栄養管理」

9:00～9:32

座長：山辻 知樹（川崎医科大学総合医療センター 外科）
伊藤 圭子（県立広島病院 栄養サポートチーム）

○-31 栄養管理計画書の作成に関する現状

尾道市立市民病院

檀上 恵美子，山本 万恵，仲里 博子，村田 年弘

○-32 当院の入院栄養管理体制加算に対する病棟専従管理栄養士の活動と役割

川崎医科大学附属病院 栄養部

神原 萌，遠藤 陽子

○-33 当院における周術期管理センターとNSTとの連携について

¹県立広島病院 栄養管理科，²県立広島病院 消化器外科，³県立広島病院 薬剤科，

⁴県立広島病院 看護部，⁵県立広島病院 臨床研究検査科，⁶県立広島病院 歯科

川崎 育美¹，眞次 康弘^{1,2}，熊谷 明子¹，田中 美樹¹，石津 奈苗¹，中村 のぞみ¹，
辻 雄輝³，相良 夢香³，梶原 浩子⁴，阿川 萌美⁴，佐々木 太一⁴，佐藤 真紀子⁴，
下村 清夏⁴，中井 美沙⁴，松井 千尋⁵，延原 浩⁶

○-34 くも膜下出血 (SAH) の経腸栄養プロトコルにおける管理栄養士の役割

¹社会医療法人近森会 近森病院 臨床栄養部，²社会医療法人近森会 近森病院 消化器外科

阿比留 祥太¹，田部 大樹¹，宮島 功¹，塚田 暁²

一般演題8「肥満・糖尿病」

9:35～10:15

座長：小野川靖二（JA 尾道総合病院 消化器内科）
田村 裕子（鳥取赤十字病院 栄養課）

○-35 高度肥満症患者に対する腹腔鏡下スリーブ状胃切除術の治療効果

¹広島大学大学院医系科学研究科 消化器・移植外科，

²広島大学大学院医系科学研究科 周術期・クリティカルケア開発学

唐口 望実¹，佐伯 吉弘¹，田邊 和照²，築家 絵美¹，高畑 明寛¹，高畑 尚子¹，
志田原 幸稔¹，大段 秀樹¹

○-36 肥満症・生活習慣病関連疾患における朝食摂取状況について

¹広島赤十字・原爆病院 医療技術部 栄養課，²広島赤十字・原爆病院 消化器内科

山根 那由可¹，木坂 史子¹，堀 小百合¹，丹生 希代美¹，森 奈美²

○-37 ポジティブ心理学を用いた栄養指導により1年以上減量を継続した高度肥満患者の1例

¹川崎医療福祉大学 臨床栄養学科，²川崎医科大学附属病院 栄養部

青木 孝文^{1,2}，遠藤 陽子^{1,2}

○-38 4か月で13kg減量、BMIが33から29に低下した32歳男性の経過とデータの変化

秀黄内科クリニック
門脇 秀和

○-39 糖尿病悪化が膀胱癌初発症状であった乳癌術後の1症例

神戸掖済会病院
山野 智基, 大鶴 実

一般演題9「栄養評価」

10:20~11:00

座長：山下 智省 (JCHO 下関医療センター 消化器内科)

宮島 功 (近森病院 臨床栄養部)

○-40 意思を表出できない高齢者における身体機能スコア (QSPS) と栄養指標の相関

¹公立みつぎ総合病院 栄養部, ²公立みつぎ総合病院 外科
角 昌子¹, 松本 英男², 河合 昭昌², 賀好 美由紀¹, 浜田 一予¹, 土山 亜紀¹,
日野 公恵¹, 菅原 由至², 平井 敏弘²

○-41 外来がん化学療法患者を対象としたGLIM基準を用いたスクリーニングツールの比較検討

¹川崎医科大学附属病院 栄養部, ²近畿大学奈良病院 栄養部
三村 雄大¹, 河本 遼介², 三宅 沙知¹, 遠藤 陽子¹

○-42 がん患者周術期の栄養評価 ～PG-SGA・SFを使用して Part.2～

¹福山市民病院 医療技術部 栄養管理科, ²福山市民病院 外科
光本 由香¹, 村上 尚美¹, 渡邊 優美¹, 佐竹 恭子¹, 門田 一晃²

○-43 心不全患者におけるGLIM基準を用いた低栄養診断の検討

¹国家公務員共済組合連合会 呉共済病院 栄養指導科,
²国家公務員共済組合連合会 呉共済病院 循環器内科,
³国家公務員共済組合連合会 呉共済病院 外科
沖野 優佳¹, 安部 宏美¹, 川口 健一¹, 土肥 由裕², 田原 浩³

○-44 2024年診療報酬改定におけるGLIM基準の導入と運営体制の構築について

¹医療法人信愛会 日比野病院 リハビリテーション部,
²医療法人信愛会 日比野病院 診療技術部栄養管理科, ³医療法人信愛会 日比野病院 脳神経外科
助金 淳¹, 結城 直子², 佐藤 齊³, 三原 千恵³

一般演題10「症例報告」

11:00~11:40

座長：遠藤 出 (三豊総合病院 外科)

渡邊 篤 (地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院 薬剤部)

○-45 栄養指導の効果として食生活の行動変容から治療完遂につながった大腸がん患者の1症例

¹川崎医療福祉大学 臨床栄養学科, ²社会医療法人緑社会 金田病院 リハビリテーション科,
³社会医療法人緑社会 金田病院 看護部, ⁴社会医療法人緑社会 金田病院 外科
小椋 いずみ¹, 岩下 正樹², 森元 隆行², 本田 良子³, 三村 卓司⁴

○-46 症状に応じた栄養指導介入により体重維持を得られた進行大腸癌の一例

¹社会医療法人近森会 近森病院 臨床栄養部, ²社会医療法人近森会 近森病院 消化器外科
内山 里美¹, 宮島 功¹, 塚田 暁²

○-47 Refeeding syndrome を併発した高度進行胃癌の一例

¹川崎医科大学附属病院 栄養部, ²川崎医科大学 消化器外科学
岡本 和之¹, 遠藤 陽子¹, 上野 綸², 窪田 寿子², 井上 貴裕², 神原 啓伸²,
堀 昌明², 佐伯 晋吾², 北川 集士², 峯田 修明², 古谷 圭², 矢野 修也²,
東田 正陽², 岡田 敏正², 遠藤 俊治², 藤原 由規², 吉松 和彦², 上野 富雄²

○-48 胃瘻造設目的に腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術を同時に施行した滑脱型食道裂孔ヘルニアの1例

川崎医科大学 消化器外科学
上野 綸, 窪田 寿子, 井上 貴裕, 神原 啓伸, 堀 昌明, 佐伯 晋吾, 北川 集士,
峯田 修明, 古谷 圭, 矢野 修也, 東田 正陽, 岡田 敏正, 藤原 由規, 吉松 和彦,
上野 富雄

○-49 熱傷後の皮膚損傷に対するコラーゲンペプチド含有経管栄養の使用経験

¹社会医療法人緑社会 金田病院 外科, ²社会医療法人緑社会 金田病院 栄養課,
³社会医療法人緑社会 金田病院 リハビリテーション科, ⁴社会医療法人緑社会 金田病院 看護部,
⁵川崎医療福祉大学 臨床栄養学科
三村 卓司¹, 古河 友加里², 森元 隆行³, 岩下 正樹³, 本田 良子⁴, 小椋 いずみ⁵

一般演題 11 「周術期管理」

14:20~15:00

座長：尾崎 和秀 (高知医療センター 消化器外科・一般外科)

貝原 恵子 (JA 尾道総合病院 看護科)

○-50 胃癌術後1ヶ月の体組成変化と当院の術後早期回復に向けた取り組み

鳥取県立中央病院
尾崎 知博, 建部 茂, 津田 亜由美, 遠藤 財範, 蘆田 啓吾, 廣岡 保明

○-51 当院の胃癌周術期における低栄養患者の術後経過と栄養管理に関する実態調査

¹社会医療法人近森会 近森病院 臨床栄養部, ²社会医療法人近森会 近森病院 消化器外科
田部 大樹¹, 宮島 功¹, 塚田 暁²

○-52 NSTによる大腿骨近位部骨折患者の栄養管理の現状と課題

¹JR広島病院 栄養士室, ²JR広島病院 看護部, ³JR広島病院 臨床検査科, ⁴JR広島病院 薬剤部,
⁵JR広島病院 整形外科, ⁶JR広島病院 外科
政池 美穂¹, 鈴川 彩路¹, 杉浦 智恵¹, 園田 さおり², 中森 一司², 松前 愛²,
中村 友美³, 溝口 知子³, 宗岡 美紗⁴, 迫田 真行⁴, 川口 修平⁵, 矢野 将嗣⁶

○-53 当院における周術期栄養管理実施加算の取り組みの現状と課題

国立病院機構福山医療センター 栄養管理室
森廣 真菜, 藤原 朝子, 坂田 雅浩

○-54 周術期管理チームにおける管理栄養士の役割と今後の課題

¹川崎医科大学総合医療センター 栄養部, ²川崎医科大学総合医療センター 看護部,
³川崎医科大学 麻酔・集中治療医学, ⁴川崎医科大学 総合外科学, ⁵川崎医科大学 総合老年医学,
⁶川崎医科大学 歯科総合口腔医療学
小田 佳代子¹, 足羽 孝子², 大橋 一郎³, 山辻 知樹⁴, 杉本 研⁵, 山本 友美⁶

一般演題 12 「NST・チーム医療①」

15:00~15:40

座長：曹 英樹 (川崎医科大学附属病院 小児外科)

野田さおり (KKR 高松病院 看護部)

○-55 亜鉛製剤長期投与により銅欠乏性汎血球減少を呈した透析患者の一例

¹島根大学医学部附属病院 栄養サポートセンター, ²島根大学医学部附属病院 腎臓内科
三次 佳子¹, 足立 友紀¹, 陰山 美保子¹, 井上 美香¹, 山岡 詩織¹, 尾村 賢司¹,
中村 健志¹, 遠藤 進一¹, 間壁 史良¹, 佐藤 恵美¹, 野畑 亜希子¹, 大庭 雅史²,
神田 武志², 矢崎 友隆¹, 岡 和幸¹, 板倉 正幸¹, 矢野 彰三¹

○-56 認知症患者に対するチームによる栄養介入

¹鳥取赤十字病院 栄養課, ²鳥取赤十字病院 外科, ³鳥取赤十字病院 薬剤部,
⁴鳥取赤十字病院 臨床検査部
平石 依里¹, 澤 裕子¹, 田村 裕子¹, 田村 真穂¹, 山代 豊², 山根 慶子³, 田中 歩³,
山下 奈津子³, 青木 良太⁴

○-57 発見が遅れて褥瘡を発症した状態で緊急入院後NST介入により栄養状態が改善したくも膜下出血の一症例

¹マツダ株式会社マツダ病院 栄養管理室, ²マツダ株式会社マツダ病院 リハビリテーション科,
³マツダ株式会社マツダ病院 消化器内科, ⁴医療法人信愛会 日比野病院 脳ドック室・NST
平野 容子¹, 神崎 智子², 村田 翔太¹, 長沖 祐子³, 三原 千恵⁴

○-58 当院のNST活動における現状と今後の課題

川崎医科大学附属病院 NST

稲毛 みゆき, 末藤 世奈, 松島 彩音, 中村 直未, 伏見 佳郎, 藤原 由規

○-59 顔面犬咬創で経口摂取困難となった患者へNST介入を行い、経口摂取での自宅退院が可能となった一症例

三豊総合病院 NST

三河 麻里, 福田 絹, 高橋 朋美, 小西 ひろ子, 大久保 伴子, 守谷 正美,
近藤 宏樹, 高原 紗知子, 篠永 浩, 山地 瑞穂, 合田 佳史, 和氣 洋享, 片桐 悠也,
後藤 拓朗, 遠藤 出

座長：藤原 由規（川崎医科大学附属病院 消化器外科）
岸本 和恵（鳥取県立中央病院 栄養管理室）

○-60 遷延性意識障害患者における栄養療法のアウトカム

¹岡山済生会総合病院 内科・がん化学療法センター，²岡山療護センター
犬飼 道雄¹，本田 千穂²，横山 知幸²，梶田 幹子²，松井 亜希²，西風 貴志²，
川本 佑美²，平田 理恵²

○-61 亜鉛製剤の適正使用に向けた維持血液透析患者の血清亜鉛及び血清銅の検査代行入力プロトコルを策定して

¹医療法人医誠会 児島中央病院 薬剤科，²医療法人医誠会 児島中央病院 臨床検査科，
³医療法人医誠会 児島中央病院 栄養科，⁴医療法人医誠会 児島中央病院 看護部，
⁵医療法人医誠会 児島中央病院 内科
才野 壽子¹，平 健太郎¹，三鍋 郁美²，谷藤 有恵²，槌谷 佳菜子³，池田 香菜³，
前田 延枝⁴，岡本 真菜美⁴，浦久保 直澄⁵

○-62 NSTにおけるOral Health Assessment Tool日本語版を用いた口腔内評価の現状と今後の課題

¹川崎医科大学総合医療センター 栄養部，²川崎医科大学 総合老年医学，
³川崎医科大学 歯科総合口腔医療学，⁴川崎医科大学 総合外科学
脇本 綾香¹，三好 彩果¹，小田 佳代子¹，杉本 研²，福本 宗子³，山本 友美³，
山辻 知樹⁴

○-63 院内初となるリフィーディング症候群を経験したことによる栄養管理への意識の変化

¹庄原赤十字病院 栄養課，²庄原赤十字病院 腎臓内科
重政 光彰¹，縫部 千賀子¹，本田 清昌²

○-64 脾十二指腸切除後の胃排泄遅延に対する患者・家族教育の重要性

愛媛大学医学部 肝胆脾・乳腺外科学
浦岡 未央，船水 尚武，盛田 興輔，疋田 貴大，坂本 明優，岩田 みく，伊藤 千尋，
新恵 幹也，上野 義智，田村 圭，楳田 祐三

○-65 開頭腫瘍摘出術後の患者に対して多職種と連携し栄養介入した1症例

¹香川大学医学部附属病院 臨床栄養部，²香川大学医学部附属病院 リハビリテーション部，
³香川大学医学部附属病院 脳神経外科，⁴香川大学医学部附属病院 看護部
濱野 由衣¹，松永 一真²，鈴木 健太³，福家 共乃³，朝倉 彩⁴，三宅 啓介³，
北岡 陸男¹

指定演題 抄録

栄養・口腔・リハビリテーションの一体的取組の推進へ向けて

医療法人和香会 倉敷スイートホスピタル／公益社団法人日本医師会

江澤 和彦

「低栄養の恐れあり」及び「低栄養」の状態である者の割合は、要支援者は5割以上、要介護者は7割以上であり、要介護度4・5の認定者は、ほぼ全員が該当する。低栄養状態にリハビリテーションを実施しても効果は乏しく、低栄養にならないためには、硬い物を咀嚼・嚥下し栄養を吸収しなければならないことから、令和3年度介護報酬改定において、栄養・口腔・リハビリテーションの一体的取組の推進が掲げられた。令和6年度診療報酬・介護報酬同時改定では、より一層の推進が図られ今後の取組が期待されている。

栄養とリハビリテーションの指示は医師が行い、口腔の歯科衛生士への指示は歯科医師が行い、介護保険の居宅サービスのケアプランの作成は介護支援専門員が行う。このように三位一体の取組の専門職と他の職種との連携が鍵を握る。歯科治療が必要な要介護高齢者のうち、過去1年以内に歯科治療を受けた割合は2.4%との調査結果もあり、口腔では歯科受診がポイントとなる。フレイルにおいても、オーラルフレイルの課題もあり、必須アミノ酸の摂取と筋肉の負荷運動の二者同時介入が効果的であり、多職種協働により改善が期待出来る。

令和6年度の同時報酬改定では、急性期病棟や新設された地域包括医療病棟、介護保険施設、通所のリハビリテーションマネジメント加算等において、三位一体の取組が新たに評価され、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院では、訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備が施設基準に盛り込まれた。さらに、診療報酬では、低栄養の世界的診断基準であるGLIM基準も新たに導入され、血中アルブミン値は、低栄養そのものではなく、「栄養リスク」に関連する炎症マーカーとの認識も共有する必要がある。

今後、多職種連携に基づいた栄養管理の担う役割は大きく、現場の取組が期待されている。

略 歴

江澤 和彦

【現職】

医療法人博愛会・医療法人和香会・社会福祉法人優和会 理事長

【法人施設】

〔医療法人博愛会〕(所在地：山口県宇部市)

宇部記念病院、宇部記念病院介護医療院

介護老人保健施設寿光園、グループホーム和らぎ・グループホーム歓び、西部第2高齢者総合相談センター(宇部市西部第2地域包括支援センター)、寿光園指定居宅介護支援事業所、地域コミュニティスペースふあみらんどく介護老人保健施設へあれんと・生活支援ハウスふれんど・グループホームらくや・さるびあ訪問看護ステーション・さるびあヘルパーステーション・さるびあ在宅介護支援センター指定居宅介護支援事業所>

〔医療法人和香会〕(所在地：岡山県倉敷市)

倉敷スイートタウン<倉敷スイートホスピタル・倉敷スイートレジデンス(サービス付き高齢者向け住宅)・倉敷スイート訪問看護ステーション・倉敷スイート訪問介護ステーション・倉敷スイートホームサポートステーション(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)・倉敷スイートホームサポートステーション羽島(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)>、倉敷広済クリニック、和香会訪問看護ステーション、和香会ヘルパーステーション、和香会ホームサポートステーション(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)、介護老人保健施設和光園、和光園在宅介護支援センター、地域交流村ふくだの里<グループホーム和らぎ・グループホーム歓び・デイサービス香り>、倉敷市福田高齢者支援センター(地域包括支援センター)

〔社会福祉法人優和会〕(所在地：山口県宇部市)

ケアハウスらいぶりー

【最終学歴】

日本医科大学卒業／岡山大学大学院医学研究科卒業(医学博士取得)

【資格】

労働衛生コンサルタント(保健衛生)、日本リウマチ学会リウマチ指導医・専門医

【賞罰】

厚生労働大臣表彰(2012年)

【現役職】

日本医師会 常任理事、日本慢性期医療協会 常任理事、日本介護医療院協会 副会長、慢性期リハビリテーション協会 副会長、日本医療法人協会 理事、日本リハビリテーション病院・施設協会 理事、全国老人保健施設協会 副会長・全国デイ・ケア協会 理事、厚生労働省 中央社会保険医療協議会 委員、厚生労働省 第8次医療計画等に関する検討会 構成員、厚生労働省 社会保障審議会 介護給付費分科会 委員、厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 委員、厚生労働省 社会保障審議会 障害者部会 委員 他

【略歴】

医学部卒業後、救急医療・重症管理等の内科臨床に意欲的に取り組むと共に、現在も専門である関節リウマチの臨床や感染管理に積極的に携わっている。平成8年現職就任以降、地域づくりを目指して、多数の医療介護施設を開設し、複数の病院、介護施設、サービス付き高齢者向け住宅、訪問・通所事業所等を運営し、特に、設計・建築、外装・内装デザイン、補助具開発も手掛ける。「社会貢献」を信条とし、社会保障制度・地域包括ケア・地域医療構想・医療保険・介護保険・診療介護報酬等に関する数多くの講演や執筆を行い、ライフワークである「尊厳の保障」に精力的に取り組んでいる。



令和6年度診療報酬・介護報酬等改定の概要について（栄養関係を中心に）

元厚生労働省 老健局老人保健課

増田 利隆

令和6年度の改定は、6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定であり、人口構造や社会経済状況（物価高騰、賃金上昇、経営等）の変化を踏まえた対応を行ったところ。

診療報酬改定では、これまで、チーム医療における栄養管理の評価や、ICU等での早期栄養介入、周術期の栄養管理等の高度な栄養管理が評価されてきた。今般の改定では、入院医療に関して、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患のニーズに増大に対して新病等の新設など、患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう評価体系の見直しが行われた。

介護報酬改定では、令和3年度改定から栄養管理の重要性が認められ栄養ケア・マネジメントが基本サービスとしてすべての施設で実施されるようになったとともに、リハビリテーション・機能訓練、栄養管理、口腔機能の一体的取組を推進してきたところ。今般の改定では、リハビリテーション・機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組に関する新加算の創設や再入所栄養連携加算や居宅療養管理指導（管理栄養士）の対象者の見直し等の栄養関連サービスの充実が行われた。

また、同時改定であったことから、それぞれの改定に加え診療報酬では、栄養情報提供料、介護報酬改定では、退所時栄養情報連携加算が新設し、医療と介護の情報連携を強化した。

このように、令和6年度改定において見直された栄養管理に関する評価について、その概要等を説明する。

略 歴

増田 利隆

2008年 厚生労働省入省（健康局総務課生活習慣病対策室）

2013年 消費者庁食品表示課

2017年 健康局健康課栄養指導室 室長補佐

2018年 保険局医療課 課長補佐

2022年 老健局老人保健課介護予防栄養調整官

2024年 消費者庁食品表示課 課長補佐



口腔外科治療における栄養管理の現状を学ぶ！

島根大学学術研究院医学・看護学系 医学部 歯科口腔外科学講座

管野 貴浩

われわれ口腔外科医・歯科医師の主戦場である顎や口腔は、その解剖学的構造や機能的生理的機能に非常に複雑な領域で、ひとたび切除や再建等の手術治療が加わると、周術期および術後の栄養管理と栄養治療には特別な配慮を要します。実際当院では、リハビリテーション部や、栄養治療部、栄養サポートセンター等との密な多職種連携のもとで、歯科的・口腔外科的な特殊専門治療を有機的に高め、すなわち従来からの栄養治療：Medical Nutrition Therapy：MNTにDental Nutrition Therapyとでもいうべき医科歯科連携による栄養治療を提供し、患者さん方の早期社会復帰に役立てています。そこで、下記に示しますような顎口腔の特殊性を症例経過とともにお示ししながら、口腔外科領域における手術と周術期および術後の栄養管理について詳説させていただきましたら幸いです。参加下さる皆さま方のお役に立てます様な講演を心掛けます。

1. 複雑な構造

歯：咀嚼を担当する硬組織であり、エナメル質で覆われた歯冠と、骨に埋まる歯根から構成される。舌：筋肉質の器官であり、味覚、咀嚼、嚥下、発声に関与する。唾液腺：唾液を分泌し、口腔内の潤滑、消化、抗菌作用を提供する。

2. 多様な機能

消化の開始：口腔は消化の最初の段階で、食物の咀嚼と唾液の分泌により消化を促進する。発声構音と会話：舌、歯、口唇の協調によって発声が可能となり、コミュニケーションの基本を担う。味覚：味蕾によって味を感じる機能を持ち、食欲や食事の楽しみを提供する。

3. 感染のリスク

細菌叢：口腔内には多種多様な細菌が常在し、適切なバランスが保たれているが、不衛生な状態や免疫力の低下により感染症が発生しやすくなる。口腔粘膜の特殊性：口腔粘膜は薄くて柔らかいため、物理的な損傷や化学的刺激に対して脆弱である。

4. 相互作用

全身の健康との関連：口腔の健康状態は全身の健康に大きな影響を与える。

5. 整容面と心理的作用

外見への影響：口腔や顔面の健康は社会性と外見に影響を与え、自信や社会的な自己イメージにも関連する。心理的側面：口臭や歯の喪失は心理的なストレスや社会的な不安を引き起こす。

したがって顎口腔の特殊性は、その多機能性、構造の複雑さ、感染リスク、全身健康との関連、美容と心理的影響など多岐にわたります。これらを総合的に理解し、適切な口腔ケア健康管理を基本に、医科歯科連携による栄養治療を提供することが重要となります。

略 歴

管野 貴浩

【学歴・職歴】

2001年 福岡県立九州歯科大学卒業

2005年 福岡県立九州歯科大学大学院博士課程修了 歯学博士（指導／主任：高橋哲教授）

2005年 香川県立中央病院歯科口腔外科 医員（主任：三次正春部長）

2006年 ドイツ・ミュンヘン大学口腔顎顔面外科 留学（AOCMF Fellowship）

2007年 スイス・ベルン大学医学部頭蓋顎顔面外科 留学（IBRA Fellowship）

2008年 香川県立中央病院歯科口腔外科 医長（主任：古木良彦部長）

2012年 島根大学医学部附属病院歯科口腔外科 講師，同 顎顔面外傷センター長併任（主任：関根浄治教授）

2018年 島根大学学術研究院医学・看護学系 医学部歯科口腔外科学講座 准教授／診療科長

2019年 島根大学医学部附属病院 口腔ケアセンター センター長併任

2020年 島根大学学術研究院医学・看護学系 医学部歯科口腔外科学講座 教授

現在に至る

【資格等】

博士（歯学）

客員教授 広島大学大学院医系科学研究科 口腔外科学

客員教授 A constituent college of MAHER University, Meenakshiammal Dental College & Hospital, Chennai, India

非常勤講師 長崎大学歯学部口腔外科学講座

国際口腔顎顔面外科専門医（FIBCSOMS）

国際口腔顎顔面外科専門医認定機構（Chicago, IL）国際口腔がん・再建外科専門医（FIBCSOMS-ONC/RECON）・国際試験委員（Examination Panel）・Senate（理事）

AOCMF（Davos, Switzerland），International Faculty，AOCMF-JAPAN 役員／理事

（公社）日本口腔外科学会 指導医・専門医・代議員

（公社）日本顎顔面インプラント学会 指導医・専門医・理事・運営審議委員

日本がん治療認定医（歯科口腔外科） 指導責任者

（NPO法人）日本口腔科学会 指導医・認定医・評議員

（一社）日本口腔腫瘍学会 口腔がん専門医・評議員

（一社）日本口腔ケア学会 評議員



人が辞めない環境とは

介護付有料老人ホーム To-be

小河原 隆之

介護付有料老人ホーム To-be の厨房では、常食～コード4が90食、コード3が40食の約130食（デイサービス2か所、住宅型有料老人ホームへの配食や形態調整の対応あり）の食事を3.5人の配置で提供している。完調品の使用は無い。2013年の施設開所以来、「残業無し。休憩時間取得厳守。」を守り続けている。新卒も定着しており、自身の事情を除いた自己都合退職は開所以来0だ。

私を含めて、病院や施設の調理師のほとんどは、元々この仕事に就きたかったわけではないはずだ。国家試験に合格して、明確な目的を持って仕事に就いている栄養士さんとは、就職の動機がそもそも違っていたため、衝突も日常茶飯事だった。

転職が訪れたのは、現施設の食事提供に関する全ての業務を任された時だった。医師からの「『ソフト食』というものを知っているか?」という質問をきっかけに本格的にソフト食の研究を重ね、調理技術を生かし、独自の嚥下食を創作した。自らのSNSで嚥下食をアップし、活動も発信した。また施設内でクレームばかりのお粥の原因を調査、誰が作っても離水しないお粥を考案したり、ひっつかないそうめんの開発など、自身の遊び心や探求心から、業務改善につながるそして安心安全な給食提供が可能になる仕組みやシステムを作った。

そして、今では「栄養士さんの要望を具体化することが調理師の仕事」と言えるようになった。以上の経験より、「人が辞めない職場」とは、「自分自身が輝いており、お互いが大切にされていることを感じられる職場」だと考えている。そのような職場を実現するには、各々で理想と夢を持ち、お互いが理解しあい、同じ方向性を向いて仕事に取り組むことが大切である。

今一緒に働いている人たちは、たまたまこの仕事に就いただけかもしれない。しかし、そんな人たちが「この職場で良かった」と思って、働き続けられる職場にしたい。願わくば、子供たちのなりたい職業に「介護食を作る調理師」と書かれる日がくることを夢見て、働いている。

略 歴

小河原 隆之

【経歴】

1996年 砥部中学校 卒業
1999年 城南高校 調理科 卒業
1999年 松山国際ホテル 就職
2001年 個人飲食店 就職
2003年 委託給食会社に就職するも半年で退職
2004年 夢破れて砥部病院 栄養課に就職
2013年 介護付有料老人ホーム To-beへ異動
2014年より西日本を中心に嚥下食セミナーを活動中
2024年 現在に至る



脳卒中地域連携における急性期の栄養療法 ～GLIM基準の現状と課題～

¹順天堂大学医学部附属静岡病院 脳神経外科, ²順天堂大学医学部附属静岡病院 栄養課
山本 拓史¹, 高山 卓也²

脳卒中急性期における栄養は全身管理の一環として取り上げられるものの、確立した治療手段としての認識は低く、国際的にも科学的エビデンスに乏しい領域である。しかし、他の成人重症症例同様、急性期治療中に生じる栄養障害は有意な予後不良因子として知られており、急性期の重要な治療手段の一つとなりうる。

脳卒中治療は、一連の治療過程において原疾患の治療ならびに糖尿病など種々の併存疾患の管理が重要となる。さらには、急性期治療に続いて継続的に行われる回復期リハビリテーションも予後に関連する治療であり、医療機関を越えて病状の共有と治療方針の継続性が重要となる。その中、令和6年診療報酬改定において栄養情報連携料の新設や急性期病院、回復期病棟にてGLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) 基準による評価が推奨、要件化されるなど、医療機関間の情報共有において栄養管理体制の明確化が求められている。本講演では、急性期病院におけるGLIM基準導入の課題と現状を含め、脳卒中急性期の栄養療法について講演する。

略 歴

山本 拓史

【学歴及び職歴】

1991 (H3) 年 順天堂大学医学部卒業
順天堂大学医学部附属順天堂医院 脳神経外科 臨床研修医
1994 (H6) 年 米国 Medical College of Virginia/Virginia Commonwealth University
脳神経外科 留学 (Dr. Marmarou's Lab. research fellow) ～1997 年
1999 (H11) 年 日本脳神経外科学会認定医
2003 (H15) 年 順天堂大学 医学博士学位取得
2010 (H22) 年 順天堂大学医学部 脳神経外科学講座 先任准教授
2012 (H24) 年 順天堂大学医学部附属静岡病院 脳神経外科科長 兼 脳卒中センター長
2018 (H30) 年 順天堂大学医学部大学院医学研究科 脳神経外科 教授 (静岡病院)
順天堂大学医学部 脳神経外科学講座 教授 (併任)
順天堂大学医学部大学院医学研究科 静岡災害医学研究センター 教授 (併任)
2019 (H31) 年 順天堂大学医学部附属静岡病院 院長補佐／診療部長
2024 (R6) 年 順天堂大学医学部附属静岡病院 副院長／診療部長
現在に至る



【評議員、代議員】

日本脳神経外科学会 代議員、脳卒中学会代議員・評議員、日本脳卒中の外科学会 代議員、
日本脳神経外科救急学会 理事・評議員、日本神経内視鏡学 評議員、日本神経外傷学会 学術評議員、
日本口腔ケア学会学術評議員

【専門医、認定医】

日本脳神経外科学会 専門医・指導医、日本脳卒中学会 専門医、脳卒中の外科学会 技術指導医、
日本神経内視鏡学会 技術認定医、日本神経外傷学会 認定指導医、日本離床学会 認定指導医、
日本臨床神経生理学会 認定医 (術中モニタリング分野)

【所属学会】

日本脳神経外科学会、日本脳神経外科コンgres、日本脳卒中学会、日本脳卒中の外科学会、
日本脳神経外科救急学会、日本神経内視鏡学会、日本神経外傷学会、日本脊髄外科学会、
日本小児脳神経外科学会、日本静脈経腸栄養学会、日本口腔ケア学会、日本離床学会など

【その他】

静岡県循環器病対策推進協議会 脳卒中部会長
静岡県脳卒中对策推進委員会 静岡県支部長

リフィーディング症候群の栄養管理－低栄養の悪循環から抜け出す鍵

大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

清水 健太郎

古来より飢餓時の摂食はかえって病状を悪くすることが知られている。戦国時代にも、兵糧攻めした際に、籠城から助け出されたものに食事を与えたところ過半数が死亡したと信長公記に記されている。

リフィーディング症候群は、飢餓状態にある低栄養患者が、栄養を急に摂取することで水、電解質分布の異常や心合併症を引き起こす病態である。機序は不明な点が多いが、低血糖・低リン血症などの糖・電解質異常や低中性脂肪血症、循環障害、高度の肝機能異常を認める。症状が多岐にわたる病態のため鑑別がつきにくくNSTなどに紹介されるまでに時間を要することがある。

BMIが14未満の低血糖を伴うリフィーディング症候群を発症した本邦報告例を検討したところ、低中性脂肪血症、たこつぼ型心筋症や心停止を含む致死的な心合併症を多く発症していた(学会誌JSPEN. 2020; 2(2): 95.)。予防・治療のためには、血糖値および電解質管理等や心電図モニターなどの全身管理を要する。目標投与エネルギー量を適切に設定するためには、間接熱量計を用いて、段階的に低栄養を脱するための厳密な栄養管理が必要である。また、この低栄養病態は、急に重症化し院内急変対応が必要な場合がある。医療安全のためにも低栄養に気づくための院内全体の仕組みが必要である。

略 歴

清水 健太郎



【学歴・職歴】

平成10年 大阪大学医学部医学科 卒業
平成10年 6月 大阪大学医学部附属病院 医員（第一内科 研修医）
平成11年 4月 国立大阪病院 臨床研修医
平成12年 6月 国立大阪病院 消化器内科レジデント
平成15年 6月 大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター医員
平成21年 4月 大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部特任助教
平成24年 5月 米国Brigham and Women's HospitalでResearch Fellowとして従事
平成26年12月 大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター 助教

【資格】

医学博士（平成21年）
救急科専門医・指導医、消化器病専門医・指導医、消化器内視鏡専門医、肝臓専門医、総合内科専門医

【受賞歴】

平成19年 Emergency Specialty Award (36th Critical Care Congress)
平成21年 日本救急医学会科学論文賞優秀論文賞
平成23年 日本熱傷学会学術奨励賞

【専門分野】

救急医学、臨床栄養
政策提言
静脈経腸栄養ガイドライン 第3版 委員（日本静脈経腸栄養学会編 2013年）

高知大学のNSTはタイプもコスパも重視する

¹高知大学医学部 外科学講座, ²高知大学医学部 栄養管理部, ³高知大学医学部 看護部,
⁴高知大学医学部 臨床看護学講座

北川 博之¹, 炭谷 由佳², 若藤 真子², 東 和華³, 山中 翼³, 窪山 直岐³,
竹村 沙布³, 宗景 匡哉¹, 並川 努⁴, 瀬尾 智¹

高知大学医学部附属病院NSTの取り組みを紹介する。

主な参加メンバーはNSTチェアマンである消化器外科医の他、アシスタントディレクターとして医師(内科、耳鼻科)、看護師、薬剤師、言語聴覚士、管理栄養士、理学療法士、臨床検査技師、そして歯科口腔外科医と歯科衛生士がカンファレンスと回診を行っている。

カンファレンスと回診は毎週、全体会議は月に1回開催している。また毎年他施設からNST専門療法士臨地実習を受け入れている。COVID-19流行期には、各病棟でのクラスター発生や感染対策によって集合型会議の開催が困難となり、他施設からの臨地実習の受入も困難となったが、2023年から集合型会議や他施設からの実習受入も再開できている。

多職種集合型カンファレンスでは短い時間でパフォーマンスを上げることを目指して、事前に各職種がそれぞれの立場から患者の摂食状況やADL、血液検査データなどをまとめ、カンファレンス時間の短縮を図っている。回診も短時間で効率的に行い、定時内に終了することを原則としている。また毎年経腸栄養剤等の効能、味、価格について見直しを行い、使用頻度を考慮して入れ替えを行っている。

主なNST依頼症例である頭頸部癌や食道癌症例では胃瘻や腸瘻を介した経腸栄養を行うことが多く、嚥下評価や口腔機能管理とともに、栄養治療が適切に行えているか管理をしている。特に逆流誤嚥や高血糖、リフィーディング症候群など注意すべき合併症について、医療安全管理部と連携して啓蒙を行っている。退院時には在宅でも経腸栄養が行えるよう指導を行い、病棟看護師はパンフレットを用いて患者教育を行っている。

薬剤師が実践する入院・外来・地域を繋ぐ栄養管理 ～がん化学療法への対応を含めて～

三豊総合病院 薬剤部

篠永 浩

これからの栄養管理は、入院・外来・地域をいかに「繋ぐ」かが重要となる。NSTの普及もあり、医療機関での栄養管理は全国的に拡充しているが、地域では栄養管理が実践可能な専門職が不足しているのが現状であり、地域ごとの栄養サポートシステムを模索する必要がある。がん化学療法に対する栄養管理についても、入院から外来へのシフトが大きく進んでおり、病院と薬局の協働した介入が望まれている。

当院では2017年よりNST専門療法士の資格を有する薬剤師を「地域連携担当薬剤師」に配置し、多職種連携による栄養管理の一端を薬剤師が担うことで地域NSTの拡充を図る取り組みを実施している。具体的な対策として、入院・外来を繋ぐための薬剤管理サマリー等の薬剤情報提供書にフレイルや低栄養に関する項目を追加し、薬局薬剤師に低栄養モニタリングを依頼している。外来がん化学療法患者に対しては専用の情報提供書を用い、在宅療養中のテレフォンプォローアップ等も実施している。また、地域住民への対策として、地域薬剤師会と共同で「低栄養・フレイル・サルコペニアチェックシート」を作成し、低栄養やフレイル症例に対し介入可能な薬剤師の育成を実施している。現在では、行政とも協働し、地域での各種イベントに参画し、地域住民に対し上記ツールを用いた低栄養・フレイル対策を実施している。

入院、外来のみならず地域住民に対する栄養学的介入を実践していくには、限られた医療資源を効果的に活用していく必要があるが、その方法は地域の特色に応じて様々であろう。今回、薬剤師を活用した地域での栄養管理の取り組みを紹介することで、それぞれの地域における多職種による栄養管理の方法を考える一助になれば幸いである。

外来看護師による栄養支援への仕組みづくり ～いま一度、チームとしての取り組みを再構築する！～

¹ 国家公務員共済組合連合会 呉共済病院 内科外来 看護部,

² 国家公務員共済組合連合会 呉共済病院 内科外来 NST

貞森 愛^{1,2}, 安部 宏美², 沖野 優佳², 大井 敦史², 平川 英治², 田中 りかえ²,
富本 麻美², 東森 秀年², 田原 浩²

当院は、高齢化率が35%を超える中核都市の地域医療支援病院で、今年で創立120年目を迎える。社会と政策動向の変化の中、入院医療と在宅医療のはざまに位置する外来において、住み慣れた地域で「その人の暮らし」を最期まで大切にしたい包括的な関わりが、外来看護師には必要であると考え。2020年度日本看護協会による「地域包括ケア推進のための外来における看護職の役割把握調査」では、在宅療養支援が実践できる外来看護職の育成が課題であることが明らかにされた。

筆者の所属する内科外来は、2022年度より在宅療養支援に積極的に取り組んでいる。在宅療養支援は、多職種が専門性を発揮し、情報共有しながら患者をチームで支えていく事が肝要である。特に、最も患者に近い存在である看護師には、患者の大切にしたい思いを理解し、意思決定支援や療養指導を行いながら、チームをつなぐ要となる役割発揮が期待されている。加えて、在宅療養支援に取り組む外来看護師には、患者の栄養状態にも目を向け在宅へと繋いでいく役割が課せられていると考える。

今まで当院では、外来でのNST活動が明確化されていない事や、外来患者対象の栄養管理マニュアルが存在しない事、更に栄養管理について学ぶ機会が少なく役割意識を持てない等の要因から、外来患者への具体的な栄養面への介入がなされていない現状があった。そのため、効率的・継続的に多職種に繋ぐ事ができる体制作りが急務であり、課題であると考えた。

この課題に対し、外来患者の栄養スクリーニングを2023年度より開始すると同時に、外来NSTメンバーに協力を要請し体制を作る事とした。メンバーと協働し、環境を整備しながらスタッフを育成する事が、外来看護師・NSTとしての筆者の役割であり、課題であると捉えている。

今回、在宅療養患者の栄養支援の充実を図る為の取り組みの経緯、課題に対し具体的にチームで取り組んでいる方策について、外来看護師の立場から報告する。

急性期病院におけるチーム医療を基盤とした栄養管理と理学療法

徳島大学病院 医療技術部 リハビリテーション部

古本 太希、鎌田 基夢、友成 健、近藤 心、増田 有紀、山田 めぐみ

急性期病院における栄養管理と理学療法は、患者の早期回復と治療効果の最大化において重要な役割を果たす。急性期の患者では、急性疾患や外傷、手術後の回復期にあり、身体機能の早期回復が求められる。適切な栄養摂取は、組織の修復、免疫機能や筋力の維持に寄与し、運動療法の効果を高める。そのため、十分な栄養管理下での理学療法の介入が重要となる。

急性期病院では、医師、看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など多職種が連携し、患者の総合的なケアを提供することが必要である。このため定期的なカンファレンスや情報共有により、各職種が一致した治療目標を持ち、協力して患者の回復を支援している。本講演では、管理栄養士や理学療法士を含めたチーム医療で介入している集学治療病棟や下肢救済センターでの実践例を紹介する。

最後に、近年注目されているサルコペニアは、筋量低下および筋力または身体機能が低下した状態である。サルコペニアを認める場合、転倒や要支援・要介護のリスクが高くなる。さらにサルコペニア患者では、手術の死亡率の増加やがん治療への悪影響も報告されており、多職種チームで包括的な介入が必要となる。サルコペニアの予防および改善には、栄養管理と理学療法による運動介入が重要な役割を果たす。本講演では、当院の消化器外科や頭頸部外科のがん治療中におけるチーム医療を基盤としたサルコペニアの評価と治療の具体例を提示する。

多職種チームにつなげるがん化学療法患者の栄養管理

¹岡山済生会総合病院 栄養科, ²岡山済生会総合病院 患者サポートセンター,
³岡山済生会総合病院 がん化学療法センター, ⁴岡山済生会総合病院 がん相談支援センター,
⁵岡山済生会総合病院 薬剤部, ⁶岡山済生会総合病院 医療支援部門MA室,
⁷岡山済生会総合病院 内科・がん化学療法センター

大原 秋子¹, 坪井 里美¹, 園山 愛弓², 稲葉 温子³, 加藤 望³, 岡本 直美⁴,
渡邊 貴子⁴, 古森 あゆみ⁴, 藤森 浩美⁵, 草谷 朋子⁵, 原 一樹⁵, 佐藤 美鈴⁶,
犬飼 道雄⁷

当院は473床の急性期中核病院・地域がん診療連携拠点病院で、外来がん化学療法の件数は約4,500件/年である。がん患者に対する栄養管理や栄養食事指導は診療報酬で認められており、適切な栄養摂取と身体活動の維持のために栄養食事指導を含めた栄養管理は必須となってきた。当院ではこれまで医師の依頼や看護師、薬剤師からの相談をきっかけに、がん化学療法センターで栄養食事指導を実施していたが、病状進行や副作用のコントロール不良で摂取栄養量がかなり減少してからの依頼が多く難渋していた。そこで、外来がん化学療法の栄養食事指導料の要件の見直しをきっかけに、2022年度から医師の診察前にがん病態栄養専門管理栄養士が栄養食事指導を行う体制を整えた。食欲スクリーニング(CNAQ-J)やPG-SGA SFなどを用いて栄養スクリーニングを行い、摂取栄養量の減少や体重減少といった栄養障害をきたしている場合は、医師へ副作用の対応、休薬や減薬などを相談している。食べるための総合力を整えるには、チームで情報共有し、心理面を含めた個別化支援が必要である。2022年11月に栄養食事指導を実施したがん化学療法患者43人(男29・女14、平均年齢 64.1 ± 12.1 歳)では、CNAQ-Jで食欲不振のリスクの可能性のある28点以下は半数以上の23人、PG-SGA SFで3点以上の低栄養のリスクありは14人で、CNAQ-JとPG-SGA SFには負の相関がみられた($r = -0.38$, $P < 0.05$)。3か月後の体重変化率は、CNAQ-J28点以下 $-0.7 \pm 4.9\%$ 、29点以上 $1.1 \pm 5.6\%$ で有意な差を認めた($P < 0.05$)。PG-SGA SFの症状では、下痢、便秘、味覚異常、倦怠感、口のトラブルの順に多くなっていたが、介入により軽快していた。

がん化学療法患者では、副作用の出現が多くみられ、摂取栄養量が減少しやすい。がん化学療法を行なう前から栄養食事指導を含めた栄養管理を継続的に行うことで行動変容が起きやすくなり、栄養状態の維持・改善が可能になる。専門性を生かしながら多職種で協働することでがん治療の効果や患者のQOL向上に貢献できる。

「最期まで望む生活をして過ごせる」ために管理栄養士として出来ること

医療法人聖真会 渭南病院

黒石 美由紀

当地域は高齢化率51.9%の過疎・山間地域である。商店も少なく、医療、介護を支える専門職種も限られている。その中で当院は急性期から在宅までを支える地域の中核病院として機能している。管理栄養士は、外来栄養指導、病棟の栄養管理に加え、2013年からは訪問栄養食事指導を開始し、外来・入院から在宅まで幅広く携わっている。

現在、地域包括ケア病棟で退院支援に関わり、訪問栄養食事指導を行っているが、患者は帰りたい場所(自宅・施設)に退院し、慣れ親しんだ食べたいものを食べ続けたいと望んでいるが、それが出来ない現状を目にすることがある。

本人・介護者にとって食確保の問題や安全な食事形態で食事を用意する事、生活し続ける介護力などに不安があり、帰りたい場所に帰れないケースや、在宅生活の継続が困難であるケースなど、いずれも食・生活に関する体制が整っていない事が背景にある。

食・生活環境を整えるためには、医療系専門職だけでなく、介護を含めた福祉職、行政の連携、地域住民や商店などの支援や連携や協力が必要である。さらに、残された時間の少ない終末期患者に対してタイムリーな連携が重要になってくる。その為にも、管理栄養士も地域の中に入り、在宅での食支援に携わっていく事が必要だと考えられる。

近年では訪問栄養食事指導の依頼は、がん、非がん患者ともに終末期が近づき「食」に困っている方からの依頼が増えてきている。

患者・家族が少しでも悔いがのこらないために、管理栄養士として、病期に応じた栄養管理・嚥下機能に応じた調理指導のなかで、それぞれの生活環境や経済状況などを考慮しながら、患者家族の迷いや思いによりそった「個別化栄養ケア」を心がけている。

今回、終末期患者の入院・退院・在宅までの管理栄養士としての取り組みを報告する。

高齢者の誤嚥性肺炎にどう対処するか ～経腸栄養を積極的に導入する視点から～

独立行政法人地域医療機能推進機構 下関医療センター 消化器内科・NST

飯田 武

高齢者誤嚥性肺炎の経過として、(時として不要な)絶食管理→不十分な栄養管理の長期化→フレイル(特にオーラルフレイル)の進行→経口摂取の再開遅延という悪循環をしばしば経験する。また退院した後も、慢性的な栄養不良やADLの低下、繰り返される肺炎により衰弱が進行する例も多い。そもそもオーラルフレイルの進行した患者にとって、食事は時に苦痛を伴うこともあり、経口摂取の無理な継続はQOL向上とは矛盾することもしばしばである。

このような負のスパイラルに対する積極的な治療介入の一環として、経腸栄養の積極的導入は効果が期待できないだろうか。すなわち、経腸栄養の導入による十分な栄養管理→フレイル進行の防止→リハビリテーションの円滑導入→オーラルフレイルからの脱却→経口摂取の再開といった好循環を目指した治療計画である。経腸栄養を継続しつつQOLを維持するためには長期間にわたる経鼻胃管栄養は厳に慎むべきであり、食事再開を目指した胃瘻、いわゆる「食べるための胃瘻」の早期導入を意識しておくべきである。

繰り返す誤嚥性肺炎に対してPTEG(経皮経食道胃管挿入術)による積極的な経腸栄養を導入し良好な長期経過が得られた一例を紹介する。80歳代男性。胃癌にて幽門側切除(B-I再建)の既往がある。前年末に誤嚥性肺炎で当院入院。経鼻胃管栄養で近医転院し、経口摂取で自宅退院したが、体重減少と肺炎の診断でX年8月に再入院となった。VE(嚥下内視鏡検査)により経口摂取のリスク大とされたため経鼻胃管栄養を開始したが自己抜去を繰り返した。短期的な経管栄養の離脱は困難であり、PTEGを9月に実施した。近医転院しSTリハおよびPTリハを行い、X+1年2月に自宅退院した。肺炎再燃やPTEG自己抜去を繰り返したが、X+3年6月を最後に入院なし。次第に経口摂取確立し、X+7年の現在はデイサービス利用時の昼食のみPTEGによる経管栄養注入を行っているほかは経口摂取を行っており、家庭内ADL自立した生活を送っている。

当院における誤嚥性肺炎予防の試み

～経鼻経管栄養チューブにおける咽頭内交差および自己抜去の観点から～

国家公務員共済組合連合会 KKR高松病院 看護部

阿部 真吾, 野田 さおり

【はじめに】経鼻経管栄養における誤嚥性肺炎予防として、口腔ケアや注入速度の調整など様々な視点からアプローチすることが必要である。当院では基本全例で十二指腸深部への挿入を実施してきた。また経鼻経管栄養管理中では、自己抜去予防も重要であり、自己抜去することでの誤嚥性肺炎リスクが高まることも念頭に入れておく必要がある。自己抜去予防には時に身体拘束も含まれるが、咽頭内交差の有無についても、咽頭部の違和感増強などで自己抜去のリスクが高くなると考えられている。

【目的】今回、NSTを中心に咽頭内交差における知識の向上(勉強会開催)と周知したことで自己抜去率の減少に繋がったため報告する。

【方法】NST委員会を通して、リンクナースとNST医師を中心に咽頭内交差に関する勉強会(目的や挿入方法や体位の工夫・確認方法など)を2021年・2022年・2023年に各1回実施した。評価として、2019年1月から2024年5月までに経鼻経腸栄養チューブを留置した581例に対して、勉強会実施前後での自己抜去率を比較検討した。また、今回得たデータは、患者に対して不利益が出ないよう倫理的配慮を行った。

【結果】自己抜去率に関して、2019年(36%)・2020年(37%)・2021年(勉強会前:37%/勉強会後:18%)・2022年(勉強会前:32%/勉強会後:21%)・2023年(勉強会前:37%/勉強会後:16%)・2024年5月まで(21%)となった。勉強会実施直後は有意に自己抜去率の減少も認めた。しかし、勉強会実施後から半年程度経過した時点で、自己抜去件数は増加傾向となった。

【考察及び展望】勉強会実施直後は、介助につく看護師の意識もあり、有意な結果につながったと考えられる。しかし、年1回の勉強会では、継続した管理が困難であり、今後は継続した教育なども必要であると考えられた。また、挿入時に医師も看護師も咽頭内交差が起こるリスクを把握し、咽頭内交差の有無を必ず確認して実施できるシステム作りも必要である。

高齢者の誤嚥性肺炎に対する言語聴覚士の役割

社会医療法人緑社会 金田病院 リハビリテーション科

森元 隆行

肺炎は死亡原因の第3位であり、高齢者の罹患率も高い。また高齢者肺炎の7割が誤嚥性肺炎とされ、その予防と治療は重要である。言語聴覚士は、摂食嚥下機能のアセスメントとそれに基づいた効果的な誤嚥予防とリハビリテーションを提案することがその職務の一つとされる。ベッドサイドでの嚥下評価や嚥下機能検査(VF)からの正確なアセスメントをもとに、適切な個別の摂食機能訓練や食形態の調整を提案し、誤嚥の予防と安全な経口摂取を行うことが重要である。認知機能の問題を有する高齢者や、ポリファーマシーによる薬剤性嚥下機能障害などにも適切に対応することが重要である。さらに胃瘻など経管栄養を選択した高齢者などに対しても、栄養療法とともに適切な嚥下訓練を行うことで、嚥下機能の改善や経口摂取を再獲得できる症例もしばしば経験する。嚥下機能検査で厳しい結果であっても個別の嚥下訓練を策定し、どうすれば嚥下機能が向上するかを考えてリハビリテーションを行うこと、チーム内での積極的な提案を行って行く事が重要である。QOL向上に向け口から食べる楽しみを失う事がないような関わりを意識しながらリハビリテーションを行う事が大切である。

誤嚥性肺炎の栄養管理を管理栄養士の視点から考える

JA広島総合病院 栄養科

八幡 謙吾

誤嚥性肺炎では原疾患の治療に加えて、適切な嚥下評価に基づく栄養ルートを選択と経口・経腸栄養を早期に行うことがADL・栄養状態・嚥下機能を維持するために重要である。管理栄養士の目線から当院の取り組みに加えて、管理栄養士として担うべき役割について紹介する。

・嚥下スクリーニング・嚥下評価

当院では全入院患者に対して共通のフローチャートに沿って嚥下スクリーニングを実施し、問題があればSTによる嚥下評価を行い、必要に応じて耳鼻科にて嚥下内視鏡検査(VE)や嚥下造影検査(VF)を実施している。ICU/HCUではより詳細な嚥下スクリーニングを実施している。

・栄養投与ルートの選択

嚥下スクリーニング・嚥下評価の結果をもとに、経口摂取が可能な場合はSTの評価(又はVE・VFの結果)を参考に食事形態を決定。経口摂取不可能または安全に十分な栄養摂取が見込めない場合は、基本的には経管栄養を選択する。超高齢者や認知症患者、嚥下機能が入院前から低下している患者では、本人やご家族に経口摂取が確立できなかった場合に胃瘻造設まで希望するかなどを確認してから経管栄養を開始する。

・目標栄養量の設定

患者の体格・年齢・身体活動量・栄養状態・併存疾患等に応じて目標熱量やたんぱく質量を調整するが、嚥下障害の一因がサルコペニアであれば、熱量やたんぱく質量はともに多めに設定する必要がある。嚥下調整食は水分量が多くなりやすいため、心不全や透析患者では注意が必要である。

・管理栄養士の役割(私見)

食事摂取時の誤嚥の原因は嚥下機能だけではなく、咀嚼機能、認知機能、呼吸状態、摂食姿勢、意識レベル、全身状態など多岐にわたる。管理栄養士はミールラウンド等で患者の普段の摂食状況を確認しておき、患者が誤嚥した原因を広くアセスメントし、食事形態の調整のみならず誤嚥しないための環境調整を他職種共同で行うための調整役も担うべきと考える。

一般演題 抄録

O-01

経皮経食道胃管挿入術 (PTEG) の実施状況と課題、今後の展望

¹倉敷北病院 外科, ²倉敷北病院 内科

入江 真大¹, 西川 恵子², 宮原 一彰¹

【はじめに】経皮経食道胃管挿入術 (Percutaneous Trans-Esophageal Gastro-tubing ; PTEG) は胃瘻造設困難な患者に対する経腸栄養および腸管減圧の有用な手段である。通常、超音波とX線透視下に経皮的に頸部食道を穿刺し45cmのチューブ先端を胃内に留置する。当院では2017年に導入し、約7年間で36症例を施行した。当院の現状と課題、今後の展望を報告する。

【実施状況】全例、経腸栄養・投薬経路確保を目的に実施し、穿刺ルート確保困難で2例挿入中止した。手術時間は入室から退室までで約1時間。経腸栄養は当日夕方または翌朝から再開可能で、外来手術の経験も1例ある。胃食道逆流の為に通常よりも長い70cmまたは90cmチューブを4例に用い、うち2例は胃減圧目的に2本目のチューブを追加挿入した。在宅症例は5例あり、近隣医療機関との連携で患者での定期チューブ交換も一部で実施している。事故抜去や瘻孔トラブルなどまれに認めるが、管理上大きな問題に至ることは少ない。

【課題】院外でのPTEGの認知度は低く、普及、啓蒙に課題がある。施設の受け入れの可否が不明であることが多く、受け皿の問題やチューブ交換目的の通院の手間もある。

【今後の展望】院内外問わず勉強会や実技指導を行い、PTEGの認知度や取り扱い可能施設、医療従事者の増加に努める。緊急時対応を含めた近隣医療機関との連携をさらに深める。在宅環境で定期チューブ交換を安全に行うための手技や機器の開発を行う。

O-02

経鼻経腸栄養時の下痢に対するミキサー食注入対応の工夫と効果

¹医療法人信愛会 日比野病院 栄養管理科, ²医療法人信愛会 日比野病院 リハビリテーション部,

³医療法人信愛会 日比野病院 脳神経外科

結城 直子¹, 助金 淳², 佐藤 齊³, 三原 千恵³

【目的】経管栄養管理中に難治性下痢を発症した患者に対し、自然食品で調理したミキサー食を注入して下痢が改善した症例を供覧し、下痢の改善効果をもたらす因子を検討した。

【方法】当院に入院した患者14名に対して経管栄養を開始したが、下痢が継続したため様々な対応策を試みた。最終的にミキサー食への変更で全例下痢が改善したので、ミキサー食と濃厚流動食の食物繊維 (DF) 含有量等について比較検討した。また、ISOコネクタ (ISOCN) の通過障害が危惧されるミキサー食の物性を測定し通過性についても検討した。

【結果】下痢の原因検索と改善のため ①消化態濃厚流動食の使用及び速度調整、②PHGG高含有半消化態濃厚流動食の使用及び速度調整、③プロトンポンプ阻害薬の処方中止、④整腸剤や止痢薬の処方を行ったが下痢は改善しなかった。そこで不溶性DFを多く含むミキサー食の注入に切り替えると下痢が改善した。ISOCNの通過性については粘度の工夫により注入は容易であった。また、14症例のミキサー食注入開始前後での平均ブリストルスケールは6.4から5.3、排便回数は1日に2.4から1.1回、ミキサー食の注入実施日数は16日であった。

【結論】下痢の対処としてミキサー食を注入する事の効果は不溶性DFを多く含む事による便形成が大きな要因と思われる。またISOCN使用時にはミキサー食の粘度を工夫することで通過性も対処できることが示唆された。

O-03

当院における胃瘻チューブ抜去の実際

¹独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院 消化器内科,

²独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院 看護部,

³独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院 薬剤部,

⁴独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院 栄養科, ⁵独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院 外科
沖田 幸祐¹, 藤江 純也², 濱田 聖子², 高木 由紀², 石光 一幾³, 佐々木 乃莉子⁴, 藤井 麻未⁴,
日野 優希⁴, 田中 佳江⁴, 得能 和久⁵

1. 目的 当院で2020年1月から2024年5月までに施行した胃瘻抜去症例に関し検討を行い、適切な状況で胃瘻抜去ができていないか評価を行った。
2. 方法 当院で胃瘻造設の施行した患者のうち、胃瘻チューブ抜去ができた患者を合計9名の追跡・評価した。患者は20歳代から80歳代まで幅広く男性7名、女性2名であった。胃瘻造設時の疾患は脳梗塞後2名、くも膜下出血後2名などであった。
3. 結果 抜去までに要した期間は平均416日(56 - 1,001)であった。全9症例のうち抜去後に創部離開し、追加の閉鎖術が必要な症例は2例で認めた。一例は長期絶食での管理、もう1例は内視鏡的にROLM(Reopenable clip over the line method)で最終的に創部閉鎖となった。
4. 結論 文献的にも8-11ヶ月を超えてからのチューブ抜去は瘻孔閉鎖に難渋することが知られている。当院でも瘻孔閉鎖までに時間を要した症例で追加処置を行ったことから、一定期間を過ぎた場合は瘻孔を残したまま経過することを提案してもよいと思われる。

O-04

内視鏡補助下、ディボットチューブを用いた経皮内視鏡的胃管挿入術(PTEG)

¹村上記念病院 内科, ²北里大学 消化器内科

村上 匡人^{1,2}, 西野 圭一郎¹, 村上 重人¹, 矢野 春海¹, 日野 恵¹, 森 公介¹

我々は以前より内視鏡下でのより安全確実なPTEGを報告してきた。内視鏡下での造設のために開発された非破裂バルーン付きオーバーチューブ(ディボットチューブ; DT)について報告する。

対象;症例は男性31例、女性27例の計58例。平均年齢71.9歳、適応は栄養瘻37例、減黄を含む減圧瘻21例。

方法;DTを内視鏡下に挿入し、inflateした非破裂バルーンで覆われた穿刺孔を超音波画像で確認後、超音波ガイドで穿刺。ガイドワイヤー(GW)をDT内に挿入。GWをDTからリリース後DT抜去。GWに追従しピールアウェイシースダイレーターを挿入。内筒抜去後にチューブを挿入する。全例内視鏡室で施行した。

結果;穿刺位置決定にあたり、内視鏡の透過証明での上下の位置の確認可能例93.3%、内視鏡を消灯し、外部からのペンライトでの穿刺位置の調整可能例が87.5%に認められた。いわゆるフィンガーサイン有効例もあった。また超音波画像は、バルーンの位置はわかるが穿刺孔がわかりにくく穿刺針がDT内に入らない例も32.7%に認められた。しかしGWが食道内に入れば造設は可能であった。GWのリリース後、引き抜く際にDTと一緒に口側に移動する場合が約15.5%あった。穿刺針がDT内へ入ったあとの安定感は通常の非破裂型バルーンチューブへの穿刺にはるかに勝るものと思われた。最終的に全例造設が可能であった。

結論;ディボットチューブによる造設は十分可能で安定性が増すが、チューブ自体の改良も必要である。

O-05

救命救急センターにおける早期経腸栄養開始への取り組み

独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院

藤江 純也, 沖田 幸祐, 濱田 聖子, 高木 由紀, 石光 一幾, 佐々木 乃莉子, 藤井 麻未,
日野 優希, 田中 佳江

1. 目的 当院救命救急センターでは早期経腸栄養の取り組みを行っている。2022年からは経管栄養フローチャートを活用し、誰でも安全に栄養を開始できるようにした。経口摂取以外で早期経腸栄養を均一化して開始することを目的とした。
2. 方法 救命救急センター入院患者。集計期間 2022年4月～2024年3月。早期経腸栄養とは7日以内に経腸栄養開始したものと定義した。
3. 結果 2022年度入院件数1004名、平均在室日数11日、早期経腸栄養管理加算算定2283件、2023年度入院件数1103名、平均在室日数9.9日、早期経腸栄養管理加算算定2606件のうち経腸栄養開始率は47.0%で、内訳は経口摂取38.0%、経鼻経管栄養・胃瘻は9.0%であった。
4. 結論 心筋梗塞や肺炎などでは、入院後1日～4日程度で経口摂取を開始することができた。脳血管疾患や敗血症・ARDSなどの重症例は、入院後早期に経鼻経管栄養開始が困難な事例が多く、多くはカテコラミンの大量投与や消化器疾患の合併が挙げられ、TPN・PPNでの栄養管理が行われていた。また、手術の術後管理の入室では在室2～3日で退室することが多かったため、在室時に経腸栄養を開始することが困難であった。今後は栄養フローチャートだけでは無く、ERASも活用し術後早期経腸栄養に繋げる必要がある。日々多職種でカンファレンスを行ったことで、年間平均で約2000件加算を算定することができた。

O-06

当院の早期栄養介入管理加算の算定状況と早期経腸栄養が実施できなかった要因について

JA広島総合病院 栄養科

八幡 謙吾

- 【目的】当院では平成23年7月より早期経腸栄養(EN)等の推進を図るべくICU入室中の全患者を対象とした回診を行っている。令和2年度には早期栄養介入管理加算が新設され、令和4年度より診療報酬の算定方法も変更された。過去2年間における加算の算定状況と早期ENが実施できなかった要因について調査した。
- 【方法】令和4年4月1日から令和6年3月31日までにICUに入室した1018名を対象に、早期栄養介入管理加算の算定状況と、入室後早期(48時間以内)にENが開始できなかった患者ではその原因について調査した。
- 【結果】①加算算定患者はのべ932名(91.6%)。非算定の原因は「入室48時間以内の管理栄養士のアセスメントなし」61名、「ICU入室同日に退室・死亡退院」25名。②早期ENが実施できた患者は856名。実施できなかった原因は「消化管術後(パス)」24件、「大動脈解離(術後・保存)」23件、「消化管出血」19件、「昇圧剤大量投与中・循環動態不安定」16件、「予後不良」10件、「胆管炎・胆嚢炎」8件、「腹部大動脈瘤術後」7件、「腸管虚血(疑い含む)」6件等であった(複数選択あり)。
- 【考察】①加算非算定の原因の多くは連休などでICU専任管理栄養士が早期にアセスメントできなかった場合であり、勤務体制を変更しないと算定率は上がらない。②早期ENが実施できない理由ではクリニカルパスにより経腸・経口栄養開始が術後48時間を超えるものが多いため検討の余地があると考ええる。

O-07

脳卒中ケアユニットにおける専任管理栄養士の取り組み

川崎医科大学附属病院 栄養部

遠藤 陽奈, 本多 唯, 遠藤 陽子

【目的】当院では診療科毎に担当制とし脳卒中科にも専任管理栄養士を配置。2022年には早期栄養介入管理加算が導入され脳卒中ケアユニット（以下SCU）に専任管理栄養士を配置し同年7月より算定を開始。SCUでの取り組みについて報告する。

【方法】2022年5月経腸栄養・栄養管理に関するプロトコルを作成，2022年7月～2024年3月の期間中にSCUに入棟した患者608名（2022年257名2023年351名）を対象とし介入患者数（介入率），算定状況，48時間以内に経腸栄養を開始した患者割合（栄養投与方法），入室期間を調査。

【結果】介入患者数（介入率）2022年度250名，97.3%，2023年度342名，97.4%。加算件数2022年度，2023年度250点は141件，282件，400点は1227件，1457件。算定率2022年度96.9%，2023年98.1%。入室期間一人当たり平均2022年度 7.5 ± 3.2 日，2023年度 7.6 ± 5.5 日。48時間以内に経腸栄養を開始した患者割合2022年度91.6%，2023年度86.0%。栄養投与方法2022年度，2023年度経口摂取74.2%，76.5%，経腸栄養25.8%，23.5%であった。48時間以内に経腸栄養を開始できなかった理由は脳浮腫持続や嘔気・嘔吐などで経口摂取ができない症例であった。

【結語】介入率，算定率共に9割以上，早期経腸栄養開始8割であった。SCU入室患者において早期に栄養介入することは患者の回復や再発予防に欠かせない役割を担っている。そのために多職種との定期的なコミュニケーションや連携が不可欠であると考ええる。

O-08

誤嚥性肺炎を繰り返す上腸間膜動脈症候群に対し，腹腔鏡下十二指腸空腸バイパスを施行した1例

¹ 国立病院機構岡山医療センター NST，² 国立病院機構岡山医療センター 外科，

³ 国立病院機構岡山医療センター 総合診療科

久保 孝文^{1,2}，太田 徹哉^{1,2}，岡本 啓典^{1,3}，河野 夏生恵¹

【緒言】上腸間膜動脈（SMA）症候群は，SMAにより，十二指腸の水平脚が圧排され，通過障害をきたす疾患で，しばしば認められる。今回通過障害により誤嚥性肺炎を繰り返したSMA症候群に対し，腹腔鏡下十二指腸空腸バイパスを施行し，改善した1例を経験したため報告する。

【症例】20歳代の男性。

【経過】脊椎損傷事故（臥床生活）から3か月後に，食後に嘔吐を繰り返す様になった。CTの画像評価で，大動脈とSMAの間が狭小化し，SMAの背側の十二指腸水平脚に狭窄を認めた。口側の十二指腸や胃は著明に拡張していた。SMA症候群の診断で，まずは保存療法が開始された。その後も誤嚥性肺炎を繰り返し，改善が乏しいため，外科的治療を求め，当科紹介となった。同部より肛門側の消化管の閉塞等がないことを確認したのち，全身麻酔下腹腔鏡下十二指腸空腸バイパスを側側吻合で施行した（手術時間2時間42分，出血少量）。術後の透視でも造影剤のバイパス側への通過が良好であることを確認ののち，食事を再開した。その後も問題なく，POD19にリハビリ目的に転院となった。

【結語】今回SMA症候群に対し，腹腔鏡下十二指腸空腸バイパスを施行した1例を経験したため，若干の文献的考察を加え報告する。

O-09

進行胃癌に対する薬物治療における癌悪液質の対策

¹高知大学医学部 臨床看護学講座, ²高知大学医学部 外科学講座, ³高知大学医学部附属病院 手術部,
⁴高知大学医学部 医療学講座 医療管理学分野, ⁵高知大学医学部附属病院 病院長

並川 努¹, 新納 健人², 宇都宮 正人², 横田 啓一郎², 吉田 晃弥², 荒木 滉平², 相田 眞咲²,
丸井 輝², 前田 将宏², 山口 祥², 川西 泰広², 藤澤 和音², 宗景 匡哉², 前田 広道²,
北川 博之³, 岡本 健⁴, 小林 道也⁴, 花崎 和弘⁵, 瀬尾 智²

【目的】治癒切除不能進行再発胃癌に対する薬物治療において癌悪液質(Cancer Cachexia: CC)が予後に与える影響について明らかにして、その対策を検討することを目的とした。

【対象と方法】2010年から2023年に当施設にて治癒切除不能進行再発胃癌に対して薬物治療が施行された290例を対象とし、CCの有無別に臨床病理学的所見および全生存期間を比較検討した。過去6か月の間に5%以上もしくはBody mass index (BMI) が20kg/m²未満で2%以上の体重減少をCCと定義した。

【結果】年齢中央値は71歳(19 - 93歳)、生存期間中央値は12.5か月(1.4 - 90.0か月)であった。CCは薬物治療開始後3か月、12か月で55.2%、83.6%にみられ、CCの頻度は再発胃癌に比して治癒切除不能進行胃癌に多かった。単変量解析で未分化型、3、6か月後のCCは有意に予後不良であった(HR 1.403; P = 0.031, HR 1.436; P = 0.044, HR 1.527; P = 0.034)。多変量解析では、3、6か月後のCCは有意な独立した予後不良因子であった(HR 1.436; P = 0.044, HR 1.527; P = 0.034)。使用要件を満たした27例にアナモレリンの処方を行い、3か月後の体重は中央値で0.6kg増加し、体重増加は63%の症例にみられた。

【結語】CCは治癒切除不能進行再発胃癌の薬物治療中に高頻度にみられ、予後不良な予測因子になる可能性が示唆され、アナモレリン投与による予後改善効果が期待される。

O-10

胃切除後患者に対する栄養指導の取り組み ～食べやすいもの・食べにくいもの調査結果～

¹鳥取県立中央病院 栄養管理室, ²鳥取県立中央病院 消化器外科

岸本 和恵¹, 尾崎 知博², 建部 茂², 久田 幸一¹, 山根 佳恵¹, 米村 優奈¹, 木村 優花¹,
田中 絢奈¹, 宮崎 典子¹, 岡本 英津子¹, 田中 敬子¹

【目的】胃切除後の食事について不安を抱えている患者は少ない。当院では術後1、3、6か月の栄養指導時に「食べやすいもの、食べにくいもの」について食事調査を実施している。今回その調査についてまとめたので報告する。

【方法】胃がんに対して胃切除術を受け、2021年1月～2023年12月の間に術後1、3、6か月の栄養指導が実施できた患者(術後1か月: 3か月: 6か月/114名: 110名: 96名)を対象に、「食べやすいもの、食べにくいもの」について食事調査を行った。

【結果】具体的な回答が得られたのは、術後1、3、6か月: 食べやすいもの/食べにくいもの = 67名/49名、66名/51名、49名/58名。術後1か月の食べやすいものは麺類、果物、煮物、食べにくいものは白米、肉料理、麺類が多かった。術後3か月の食べやすいものは麺類、果物、味付きご飯(カレー、寿司、丼ものなど)、卵料理、豆腐料理、食べにくいものは白米、肉料理、野菜が多かった。術後6か月の食べやすいものは味付きご飯(カレー、寿司、炊き込みご飯など)、麺類、果物、酢の物、食べにくいものは白米、揚げ物が多かった。麺類や果物はどの時期でも食べやすく、白米は食べにくいという意見が多かった。

【考察】胃切除後の摂食状況は嗜好や症状など個人差が大きい。術後患者が安心して食事に向かうための参考になるよう今回の結果を栄養指導資料として運用開始した。今後も調査を継続しつつ、患者の意見も反映していきたいと考えている。

O-11

胃癌周術期の貧血管理

高知医療センター 消化器外科

高田 暢夫, 尾崎 和秀, 岡林 雄大

胃癌患者は、術前より貧血を合併している症例が多い。当院で2019年から2023年の5年間に胃癌に対して胃切除術を施行した416例において、貧血症例は48%、そのうちHb値が10g/dl未満の症例は18%に認めた。貧血は高齢者(75歳以上)やASA-PS3以上の併存疾患、栄養状態不良(PNI40未満)、腫瘍の進行度が高い患者、胃全摘症例、術中輸血を要した症例などに頻度が高かった。術前より貧血を認める症例は手術ハイリスク症例と考え慎重な周術期管理が必要である。また、術後は食事摂取量の低下による鉄摂取の低下、胃酸分泌低下や消化管再建にともなう鉄吸収の低下など鉄欠乏性貧血に陥りやすい状態となる。術後の定期診察においても、定期的に血清鉄、総鉄結合能、貯蔵鉄などを確認し、患者の鉄欠乏状態を早期に診断するように心がけることが重要である。

O-12

術後胃内容排泄遅延 (DGE) に対する Sulpiride の効果

愛媛大学医学部 肝胆膵・乳腺外科学

浦岡 未央, 船水 尚武, 盛田 興輔, 疋田 貴大, 坂本 明優, 岩田 みく, 伊藤 千尋, 新恵 幹也, 上野 義智, 田村 圭, 楳田 祐三

＜目的＞膵頭十二指腸切除術(PD)の術後合併症率は約50%と高率であり、なかでも胃内容排泄遅延(DGE)は30%前後と報告される。DGEは膵液漏と異なり致死性ではないものの、入院期間の延長や、術後補助療法の遅延など患者のQOLや予後にも影響しうる合併症である。今回われわれはD2受容体アンタゴニストで消化管蠕動促進による食欲増進効果を有するSulpirideによるDGEに対する臨床効果について報告する。

＜方法＞2020年5月から2024年5月に当院でPDを施行した患者85例中、術後にDGEと診断された患者6例(男性2例、女性4例)にSulpiride(100-450mg/day)を投与した。各症例で術前およびSulpiride投与前後の体重・食量変化に加えてGNRIによる栄養状態の評価を行った。

＜結果＞全例で亜全胃温存膵頭十二指腸切除行われていた。患者の手術時年齢中央値は73歳(50歳－80歳)、術後のSulpiride投与開始日の中央値は術後10日目(7日－18日)、Sulpiride投与期間の中央値は72日間(31日－155日)であった。全症例で、Sulpiride開始後に食量は増加し、体重および栄養状態も術前状態程度にまで改善した。Sulpirideに起因する副作用や、退院後の食思不振による再入院もなかった。

＜結語＞Sulpiride使用後に比較的速やか食欲摂取量、および栄養状態の改善が得られた。Sulpirideは安価で、副作用の頻度も少ない薬物であり、PD術後のDGEに対する薬物治療の一つとして選択肢に挙げられる。

O-13

乳がん患者で肥満症の食習慣について検討

¹福山市民病院 医療技術部 栄養管理科, ²福山市民病院 外科

佐竹 恭子¹, 村上 尚美¹, 渡邊 優美¹, 光本 由香¹, 門田 一晃²

【目的】乳癌診療ガイドライン2019年版で肥満は再発・死亡リスクが高いことは確実とされている。そこで適正体重の維持・管理の必要性について動機づけとなる栄養指導を実施することが必要と考えた。閉経前後のライフステージごとに食習慣を比較検討したので報告する。

【方法】2021年4月～2022年3月まで当院で栄養指導を実施した乳がん患者かつ肥満症BMI 25kg/m²以上について食事歴法(後向き研究)を実施

【結果】閉経前20名(47.8歳)、閉経後23名(69.7歳)、BMI閉経前27.0kg/m²閉経後28.5kg/m²。病院食(エネルギー1600kcal内炭水化物エネルギー比60%)と比較しておかずを多く食べる閉経前70.0%閉経後65.2%。病院食よりも食事が多い閉経前35.0%閉経後65.2%。病院食(食塩相当量7g未満)と比較して濃い味を食べている閉経前80.0%閉経後82.6%。ご飯よりもおかずを多く食べる閉経前70.0%閉経後65.2%。間食を食べる閉経前65.0%閉経後60.9%。朝食で洋食を食べる閉経前45.0%閉経後65.2%。運動習慣がある閉経前15.0%閉経後17.4%。

【結論】閉経前と閉経後の食事量や食事内容を比較すると閉経後は摂取エネルギーが多く、朝食は手軽に調理できる洋食を摂取する傾向だった。生活スタイルは多種多様なため、理解度に応じた適切な食事療法を外来栄養指導で継続的に実施し、可能な限り運動療法の実践を推奨するため多職種との連携が必要になる。

O-14

幽門側胃切除患者の食べにくい食事内容と症状との関連

¹愛媛県立医療技術大学 保健科学部看護学科, ²金城学院大学 看護学部看護学科,

³一般財団永瀬会 松山市民病院 外科

北川 恵¹, 上杉 裕子², 河田 直海³, 金澤 卓³

【目的】JSPEN2023において、胃全摘術(以下TG)患者における食べにくい食事内容と症状との関連を発表した。本研究では胃切除術で約60%を占める幽門側胃切除(以下DG)患者と食べにくい食事内容との関連を明らかにすることを目的とした。

【対象及び方法】全国組織の胃切除患者会と西日本総合病院外科外来における術後5年未満のDG患者(N=148)に質問紙調査を行った。質問紙内容は、食べにくい食事に関する自記式質問紙《インタビュー調査(北川;2018)と簡易型自記式食事歴法質問票(BDHQ)を基にした108項目の内容;SAで回答》、属性、術式、DAUGS20(DYSFUNCTION AFTER UPPER GASTROINTESTINAL SURGERY 20)などで構成した。DAUGS20は、7つの下位尺度のうち食事摂取後の症状に関係する5項目の下位尺度を使用した。分析方法は、①単純集計を行い、対象者の20%以上を食べにくい食事内容として抽出した。②DAUGS20の下位項目の値を中央値で分け、各下位尺度をHIGH群、LOW群に設定した(HIGH群の方が症状が強い)。③①で抽出した各食事内容と、DAUGS20の下位尺度との関連を χ^2 検定で検証した。神戸大学保健学倫理委員会(承認番号361号)の承認を得た。

【結果・考察】20%以上の対象者が食べにくいと回答した食事は、脂身の多い肉(54.7%)、スルメ(48.0%)等全部で19品目だった。胃もたれなどの「食直後通過障害」HIGH群対象者の場合、スルメ(P=.041)、焼肉・ステーキ(P=.028)を食べにくいと回答する割合が高かった。繊維質が多く固い食品である2つの食品は、胃酸や消化器ホルモン等の低下に起因した消化不良と関連していると考えられる。「ダンピング症候様障害」HIGH群対象者は、焼肉・ステーキ(P=.017)、ソース焼きそば(P=.017)、パスタ(P=.030)を食べにくいと回答していた。「ダンピング症候様障害」の出現は、先行研究のTG患者の場合と同様に味の濃い麺類と関連していた。麺類は、糖質が多くゆっくり摂取することが困難であるため、幽門括約筋がないDG患者にとってもダンピング症状を引き起こしやすくなる食品であることが示唆された。

O-15

栄養関連医師業務のタスクシフト

¹鳥取赤十字病院 外科, ²鳥取赤十字病院 看護部, ³鳥取赤十字病院 栄養課, ⁴鳥取赤十字病院 薬剤部,
⁵鳥取赤十字病院 検査部

山代 豊¹, 田淵 裕子², 濱本 良江², 森下 智佳², 田村 真穂³, 田村 裕子³, 澤 裕子³,
山根 慶子⁴, 山下 奈津子⁴, 田中 歩⁴, 青木 良太⁵

平成6年の診療報酬改定では「入院料の施設基準における栄養管理体制の基準に、標準的な栄養評価手法の活用及び退院時も含めた定期的な栄養状態の評価を栄養管理手順に位置付けることを明確化すること」が求められている。しかし体重測定が疎かになっている患者が見受けられることがある。そのため当院では医師クラークを活用した体重測定指示を行うこととした。この事を始めとして、栄養関連の各種指示や同意書などにかかる医師業務をクラークが行う取り組みを始めた。また当院では看護師の特定行為の指定研修機関として5区分の研修を行っており「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の研修修了者（以下栄養関連特定行為看護師）を毎年育成している。これまでJSPENにおいて2021年には栄養関連特定行為看護師の育成について、2023年にはその実践について報告し、医師業務の栄養関連のタスクシフトとしての可能性につき考察した。栄養関連特定行為看護師は各病棟に担当を決め活動を行っておりNSTメンバーとしての活動のみならず、依頼があった患者の点滴指示なども行えるようになっている。当院にもTNTなどの栄養教育を受けた医師は少なからずおり、栄養の重要性はわかっているにもかかわらず日常業務の多忙さのため指示が出せない場合がある。医師クラークや栄養関連特定行為看護師などを活用した栄養関連医師業務のタスクシフトにつき報告する。

O-16

NSTリンクナースの知識向上を目指した活動報告

¹NHO呉医療センター 7B病棟, ²NHO呉医療センター 外科, ³NHO呉医療センター 歯科・口腔外科
横山 知子¹, 鈴木 崇久², 久保蘭 和美³

1. 目的 NST活動の質向上に向けて、NSTリンクナース（以下、リンクナース）による栄養療法実践が知識向上に寄与する可能性について調査した。
2. 方法 対象はリンクナースとした。リンクナースは実践報告と、報告に対する講評をそれぞれ両方行うよう計画した。実践報告前の2023年4月（以下、4月）と、実践報告後の2024年2月（以下、2月）に知識確認に関する調査を行った。内容は空白箇所への自由記載で50点満点のテスト方式とした。内容は、静脈経腸栄養ガイドライン第3版において推奨度A・Bの内容を中心に栄養管理の重要性、栄養アセスメント、栄養療法の種類と選択、静脈アクセスの管理、リスクマネジメント、栄養投与量の計算、合併症、嚥下調整食等とした。暗記していることではなく、実践に結びつくことを最終的な目標としているため、勉強会の資料やマニュアル等の閲覧をしながらの回答を許可した。
3. 結果 対象は12名、4月と2月の両方で回答が得られたのは11名であり、男性3名、女性8名であった。4月の平均点は29.9点、2月の平均点は40.1点であった。実践報告は11名が実施し、12名が講評を行った。
4. 結論 マニュアル等を閲覧した場合においても平均点は29.9点と低く、マニュアル配布のみでは知識向上に寄与することは困難であることがわかった。実践報告や第三者の講評を行うことで知識が定着し、自己学習に至る内的動機づけが起これ、知識向上に至ったと考える。

O-17

看護部チーム医療推進委員会の活動報告

川崎医科大学附属病院 看護部

中村 直未, 佐々木 智子, 上本 幸子, 船越 律子, 古賀 智子, 畦崎 久美子, 中山 愛子,
寺本 里美

看護部チーム医療推進委員会は2022年に本院の理念に沿って院内の医療チームの活用と現状を把握し、医療ケアの質の向上のために各部署が院内にある医療チームの活用推進を図ることを目的とし発足した。

2022年は院内の医療チームの把握と活動内容について知ることからはじまり、昨年の目標はチーム医療の活用推進に向けた取り組みができることを挙げ、2023年8月病棟看護師を対象にチーム医療に関するアンケートを行った。

アンケート結果からは、NSTに対して、「対象となる患者がわからない」「介入依頼先がわからない」「介入依頼の書類の作成がわからない」という介入出来なかった理由としての意見が45%あった。アンケート結果から各チーム医療の依頼方法、活動内容についてフローを作成することになった。①NSTフロー案を作成 ②NST推進委員会に相談し修正 ③病院の医療システム室に依頼し、院内ホームページのトップ画面に「チーム医療」のタグの作成、NSTフローを閲覧できる状態にし、フローをクリックするとマニュアルに移行するようにした。

2024年2月「チーム医療」のタグの活用や認知度について再度、アンケート調査を行い、「対象となる患者がわからない」「介入依頼が分からない」「介入依頼の書類の作成がわからない」という項目は30%まで減っていた。また、依頼方法がわかりやすくなったという意見が増えた。

今後は、さらに、NSTのフローが活用推進されるようにしていきたい。

O-18

当院におけるNST専門療法士研修のまとめ

JA広島厚生連尾道総合病院

中本 智子, 岡本 七海, 城谷 千尋, 栗原 大貴, 岡本 奈緒, 山根 利予子, 奥河 知恵,
藤本 英子, 高橋 謙吾, 下岡 由紀, 柏原 佳子, 村上 美香, 吉岡 佳奈子, 貝原 恵子,
浜名 智昭, 江崎 隆, 小野川 靖二

【目的】当院では2009年から実地修練認定教育施設の認定を受け、NST専門療法士研修を行っている。厚生労働省の定める基準に沿って研修は行われているが、研修終了後に研修生が経験を活かしているのか、研修内容は適切なのか、今一度確認するためにフィードバックアンケートを行った。

【方法】2023年度(2024年3月)までに研修を受けた67名に対し、研修申し込み時に記載されたメールアドレスへアンケートを送り、回答してもらった。アンケート内容は以下のとおり。

1. NST専門療法士の資格取得の有無 2. NST関連の学会もしくは論文発表の機会の有無 3. 自施設でNSTチームの立ち上げや変革など、活動状況の変化の有無 4. 普段の業務にいかせたかの有無 5. 研修の日程や内容、時間について 6. JA尾道総合病院を選んだ理由について 7. その他自由記述

【結果】21名から回答を得た。返答率は31.3%だった。各項目の詳細については発表スライドで代替させていただく。自由記述では、研修参加後に普段の業務で栄養管理を気にするようになったという他、前向きな意見が多くあった。

【結論】NST専門療法士研修生へのフィードバックを受けて、NST活動や研修生教育のレベルアップを図っていく。

O-19

患者の尊厳維持や業務改善を目指した排泄ケアの質向上への取り組み

¹倉敷北病院 看護部, ²倉敷北病院 栄養部, ³倉敷北病院 薬剤部, ⁴倉敷北病院 外科

中口 玲奈¹, 平野 優¹, 藤井 雅代¹, 竹内 典子¹, 山本 宏美¹, 久松 鋭子¹, 岸 夏美¹,
小友 しおり¹, 赤木 順子¹, 金谷 英子¹, 前河内 久美子¹, 服部 美智子¹, 坂井田 昌子²,
増田 憲俊³, 入江 真大⁴

【目的】便秘症に対する刺激性下剤使用に伴う反応性下痢はしばしばみられ、リネンを含む全身更衣介助を要する場合、患者の苦痛や介護者の負担は大きい。当院看護職員への業務負担に関する調査では排泄介助、特に全更衣介助が上位であった。排泄ケアの質向上により、患者の尊厳を守ると共に、看護介助業務改善やコスト削減に繋げる取り組みを紹介する。

【方法】有志による排泄ケア勉強グループを結成し、外部講師による排便ケア講習を受講した。排便日誌を作成し、講習で学んだ知識をもとに、腹部マッサージや温罨法、直腸診を導入し、下剤使用方法変更の提案などを行った。一部の症例には食物繊維を多く含む栄養剤への変更やグアガム分解物の追加も行った。

【結果】刺激性下剤の使用間隔の延長やマッサージの実施で、下剤に頼らず自然な排便を得た症例を経験した。また、反応性下痢による衣類汚染の頻度は減少した。栄養剤の変更やグアガム分解物を用いた症例でも便回数や便性状の適正化を認め、オシメの使用枚数節約にもつながったが、効果を認めない症例も存在した。

【結論】今回の取り組みで一定の効果が得られたが、効果を認めない症例もあり、別のアプローチも必要と思われた。職員の排便に対する知識や意識の程度に差があり継続した取り組みと啓蒙活動が必要と思われた。また、下剤の用法や栄養剤の選択は医師主導であり、より連携を強化したチームでの対応が必要と考えられた。

O-20

栄養管理、リハビリ介入により栄養状態が改善した一例

岡山中央病院

西井 詩於莉, 窪田 寿子, 畠田 菜穂, 横畑 雄矢, 新谷 依美, 菅野 冴香, 菅田 祥子,
甲斐 ちひろ

背景:長期臥床により発症した仙骨部褥瘡手術後の持続する低栄養に対して、栄養介入、医学的リハビリテーションにより栄養状態、全身状態が改善し自宅退院が可能になった一例を報告する。

症例提示:74歳男性。基礎疾患に2型糖尿病, 多発ラクナ梗塞, パーキンソン症候群, 遅発性ジスキネジを認めていた。

現病歴:発熱、咳を主訴に当院搬送となり、COVID-19感染症で入院となった。その後誤嚥性肺炎を併発しECOG-PS4(以下PS)となった。長期臥床により仙骨に到達する褥瘡を形成し、総合病院へ転院し褥瘡に対する治療が行われた。その後の創部処置目的で当院へ再転院となった。

入院後経過:再入院時PS4であり、Alb:2.7と低栄養状態、仙骨部の褥瘡は大臀筋穿通枝皮弁で被覆され正着したが、臀部の皮弁採取部は皮下に浸出液が貯留し局所感染が持続している状態であった。食事を開始、栄養補助食品を付加し、管理栄養士による栄養管理とリハビリを開始した。創部に対しては浸出液を誘導できるようにドレナージを行いながら、適宜洗浄処置を行った。食事は全量摂取でき、その後、PS2、Alb:4.2となり、栄養改善とともに創部は治癒した。杖歩行が可能になり自宅退院となった。

結語:管理栄養士による栄養管理、リハビリ、多職種介入により、栄養状態、全身状態が改善し自宅退院となった症例を経験した。今後院内でNSTを立ち上げ、病院全体の低栄養患者に対して早期拾い上げができるよう準備中である。

O-21

膝折れにて炊事困難な独居糖尿病患者が環境整備と運動療法で良好な血糖管理を得た1例

¹大洲記念病院 栄養科, ²大洲記念病院 内科, ³大洲記念病院 リハビリテーション部, ⁴大洲記念病院 看護部,
⁵大洲記念病院 地域連携室, ⁶大洲記念病院 整形外科

清家 恒一¹, 清水 嵩之², 河端 卓³, 上野 純子⁴, 山岡 幸子⁴, 中野 賀津記⁵, 玉井 貴之⁶

【はじめに】変形性膝関節症手術目的の患者が、生活環境の整備と運動療法を行うことでHbA1cの著しい改善がみられた1例を報告する。

【症例・経過】70歳男性。10年以上前から他院でインスリンを含む糖尿病の治療をしていた。自宅での食生活は、1年前まで炊飯のみ出来ていたが、右膝痛のため膝折れあり自炊困難となり介護サービス利用と移動販売車の惣菜が主となっていた。2023/4/26 変形性膝関節症手術目的にて入院。術前検査にてHbA1c 8.3%と高値であったため、血糖管理目的に食事は糖尿食1600kcalを提供し、速効型インスリン(朝食前22単位、夕食前18単位)、持効型インスリン(眠前26単位)より開始した。5/10 右TKA術施行。翌日より理学療法開始。ADL改善図るも膝折れ消失には至らず、頸椎症性脊髄症の合併認め7/11椎弓形成術施行。介助歩行から段階的に歩行訓練開始。歩行訓練量増すと共に、インスリン量も徐々に漸減し、最終的に速効型(朝食前3単位、夕食前7単位)、持効型(眠前5単位)にて良好な血糖管理を維持できた。日中U字歩行器。リハビリ内T字杖歩行最少介助で可能。9/22 リハビリ目的にて転院。

【考察】社会・身体的フレイルに繋がる「閉じこもり高齢者(買い物難民)」なる問題がいわれて久しい。糖尿病とフレイルとの悪循環形成も知られている。活動性の低い自宅生活者が、入院療養中に生活環境の整備と運動療法を行うことでインスリン量減量と血糖管理改善へと繋がった。

O-22

薬剤師による「健康サポート事業」の現状調査

¹三豊総合病院 薬剤部, ²観音寺三豊市薬剤師会, ³観音寺市地域包括支援センター
近藤 宏樹^{1,2}, 篠永 浩^{1,2}, 加地 努^{1,2}, 矢野 禎浩², 和泉 和子³

【目的】現在、当地域にて薬剤師による地域高齢者へのフレイル対策等を目的とした「健康サポート事業」を実施している。本事業の主な活動内容は、スクリーニングツール作成、商業施設や地域公民館における健康イベントの定期開催、認定資格制度の発足等が挙げられる。今回、当地域の薬剤師を対象に事業に関するアンケート調査を実施することで、本事業の現状を調査した。

【方法】調査対象は、香川県薬剤師会観音寺・三豊支部に所属する薬剤師とし、現在の事業内容及び今後の事業展開などに関する25項目のアンケート調査を実施した。

【結果】有効回答数は71件で、認定資格の取得率は56%であった。既に事業にて取り組んでいるフレイル指導の設問では72%が対応可であった。今後対策予定のオーラルフレイル指導の設問では31%が対応可であったが、97%がオーラルフレイル対策は必要と回答した。資格取得別で各回答を分類すると、フレイル指導の設問では、資格あり群で39件が可、3件が不可、資格なし群で12件が可、17件が不可であった($p < 0.001$)。

【考察】本事業により当地域における薬剤師のフレイル対応力が向上している可能性が高いことが明らかとなった。オーラルフレイルへの対策は現時点で不十分だが、大多数が対策の必要性を感じており、今後早急な対策が求められる。本調査で得られた結果を基に、事業を継続・発展させて行きたい。

O-23

多職種・医科歯科連携で嚥下機能に改善を認めたシャルコー・マリー・トゥース病により嚥下障害を呈した1例

¹医療法人白菊会 白菊園病院 リハビリテーション科, ²医療法人白菊会 白菊園病院 看護部,

³医療法人白菊会 白菊園病院 栄養科

藤松 夏子¹, 明神 路¹, 安岡 まどか², 中越 由紀³, 百田 里奈²

I. はじめに 今回, シャルコー・マリー・トゥース病により嚥下障害を呈した症例に対し, 多職種連携・医科歯科連携を行うことで嚥下機能に改善が認められたので報告する.

II. 症例 70歳台, 女性. 診断名は誤嚥性肺炎後廃用症候群. 既往歴にシャルコー・マリー・トゥース病あり. 嚥下スクリーニング: WMST 評点3, RSST 2回, ペースト食と経鼻胃管栄養を併用.

III. 経過 ST評価より, 食事動作評価, 主治医へのVE検査依頼, 経管抜管の検討, 内服薬の検討, 歯科への義歯・舌接触補助床・適応評価依頼を調整した. 各職種の検討結果をもとに共有目標として短期に早期の経口摂取の確立, 長期に好きな物が食べられることを挙げ, 多職種で介入を続けた. 介入2ヶ月後には3食経口摂取が自立, 舌圧が改善し食物残渣もなくなり, トロミなしでの飲水や常食摂取が可能となった.

IV. 考察 本症例は, シャルコー・マリー・トゥース病により嚥下障害を呈し, 誤嚥性肺炎を発症した症例である. 舌筋力低下や咽頭・喉頭の機能低下に加え高口蓋を認めており, 早期咽頭流入や嚥下反射惹起遅延, 食塊形成や送り込みの障害が認められた. 院内での多職種連携に加え医科歯科連携に取り組み, 歯科で舌接触補助床が作成された事は機能改善の一翼を担っていると思われる. また早期より多職種で共有の目標を持ち日々情報を共有しながら取り組んだことが短い期間での改善につながったと考えられる.

O-24

当院における摂食嚥下チームの取り組みと栄養介入

山口大学医学部附属病院 栄養治療部

堀尾 佳子, 森永 里奈, 江本 優佳, 佐藤 萌, 津田 潤子, 菅原 一真, 清水 香織, 加藤 芳明,
中村 由子, 上田 紗世, 加藤 智大, 河本 哲

【はじめに】2012年より摂食嚥下チーム活動し、2022年度より算定可能となる。医師(耳鼻科・歯科口腔外科)看護師・言語聴覚士・歯科衛生士・管理栄養士で構成。嚥下評価依頼患者を毎週木曜にカンファレンス(嚥下造影または内視鏡下嚥下機能検査の対象者を抽出)翌日嚥下機能検査後、嚥下のグレード・呼吸状態・食事形態・指示栄養量と共に口腔内の状態・摂食テスト内容の結果を記載後提言する。最近栄養介入に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】前医より通過障害のためバルーン拡張を行うも改善が認められず体重減少(58→38.1kg)となり、当院での嚥下リハビリ介入を目的に紹介となった80代女性。

【結果】入院時の刻みあんかけ食摂取状況をSTにて確認。3病日目に嚥下カンファレンス実施後ペースト食へ変更し、翌日VF検査によるバルーン拡張状況とペースト食の嚥下確認を行い、拡張後の食事摂取可能を確認。体重は17病日で3kg増を認め、更に病棟での拡張自主訓練も導入し摂取量の増加に期待するも食事摂取時の飲水により膨満感増幅させ、体重の先どまりとなった。その後経腸栄養剤1600kcal+少量のペースト食に切り替え負担軽減に努めるも、適切な拡張自主訓練の効果がみられず輪状咽頭筋切除術を行うこととなった。

【結論】管理栄養士として栄養量確保に向けた食事形態や栄養剤調整に携わることができた。今後輪状咽頭筋拡張術後の食事について経過に沿った調整を行いたい。

O-25

在宅栄養療法を成功させるのは、熱心な医療者と患者とその家族の協力である

秀黄内科クリニック

門脇 秀和

症例：88歳、女性。90歳の夫と2人暮らし。

現病歴：令和6年X月1日、3日前からの発熱を主訴にかかりつけ医を受診。右肺炎の診断（WBC 14630/ μ L、CRP 19.8mg/dL）で経口抗生剤にて加療。全身の消耗を主訴にX月11日当院初診。

主な経過：当院初診時、食欲低下、下腿浮腫を認めた。WBC 9100/ μ L、CRP 6.10mg/dL、Alb 1.9g/dL、ChE 170U/L、Crea 1.35mg/dL、炎症は下降傾向、低栄養状態、急性腎不全あり。胸部レントゲンで、右下肺に異常陰影、両側胸水を認めた。右肺炎の亜急性期と急性腎不全、低栄養に対し、同日より往診、全身管理を開始。経口抗生剤を追加、急性腎不全には利尿剤と細胞外液の補充などを行った。低栄養に対しては、平生の体重48kgに対し、摂取カロリー35kcal/kg、タンパク質1.3g/kgと指示。さらに「市販の高エネルギー設計の少量飲料（125mL、200kcal、タンパク質7.5g）を1日1本飲用」と指示した。患者自身も理解がよく、さらに、市内に住む娘が連日患家に寄り、協力者となった。私たちは、食事時に合わせた訪問も実施した。初診から約1か月後の採血は、Alb 3.2g/dL、ChE 368U/L、Crea 0.78mg/dLであった。この時点で、市販の飲料は終了、摂取カロリーとタンパク質摂取量の指示も解除した。

考察と結語：高齢者の2人暮らしの状況でも在宅栄養療法は可能である。しかし、そのためには、熱心な医療スタッフと、食事を作る者の理解度、家族の協力などが必要不可欠である。

O-26

鳥取東部における栄養連携の試み

¹鳥取赤十字病院 栄養課、²鳥取赤十字病院 外科、³鳥取県立中央病院 内科

田村 真穂¹、山代 豊²、田村 裕子¹、澤 裕子¹、楢崎 晃史³

【はじめに】第15回中国四国JSPENにて我々は「急性期病院が考える在宅栄養指導の重要性」と題し報告を行った。通院患者の中で継続的な栄養指導ができていれば、症状の増悪を避けられた可能性のある症例があったのではないかと考え糖尿病患者を例に算出し在宅栄養指導の意義について報告した。しかし当院を含む多くの急性期病院では、外来栄養指導を行うだけのマンパワーに乏しく、地域の開業医と栄養連携をすることが重要であると考え、2022年12月より鳥取東部在宅栄養サポートミーティングという勉強会を立ち上げ活動を行ってきた。その取り組みと展望につき報告する。

【結果】栄養連携の枠組みにつき検討を行い、鳥取県東部医師会において栄養連携についての説明会を行った。また第9期鳥取県介護保険事業支援計画・老人福祉計画推進委員会にて鳥取県栄養士会と協働しWorking Groupを設置して、「栄養ケアステーション」の活用促進や、介護保険事業者などへの啓発を行った。

【考察】現段階では啓発活動に留まっており、具体的な成果はまだ得られていないが、令和6年の診療報酬改定では在宅療養支援診療所における訪問栄養食事指導の推進として、在宅療養支援診療所の施設基準に「訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制をとっていること」が盛り込まれた。今後在宅療養支援診療所にも勉強会に参加していただき栄養連携の強化に取り組んでいく予定である。

O-27

在宅療養支援診療所における終末期患者への訪問栄養食事指導の現状

医療法人つばさ つばさクリニック岡山

梅木 麻由美, 佐藤 洋子, 中村 幸伸

【目的】令和6年度介護報酬改定において頻回訪問や訪問診療と同日算定が可能となり終末期患者へ対応を見据えた内容になった。当院では訪問栄養食事指導の終了事由は約6割が看取りである。今回、終末期患者への訪問栄養食事指導の現状を報告する。

【方法】つばさクリニック岡山で2022年4月～2024年3月に訪問栄養食事指導で介入し在宅看取りをした26名を対象とした。

【結果】性別：男性11名、女性15名。年齢は52～96歳、死因は老衰14名、がん7名、肺炎3名の順であった。老衰患者は高齢で介護度が高かったが、がん患者の介護度は低い傾向にあり、介護保険未申請の方もいた。介入回数は1～79回、訪問栄養食事指導介入期間は3～2219日で、介入回数や期間に差がみられた。最長介入期間の患者は多系統萎縮症で肺炎にてお看取りとなり、最短介入期間の患者は多発性骨髄腫で看取りとなった。最終訪問栄養食事指導から看取りまでの期間は0～49日で、老衰患者では看取り当日や前日の訪問もあった。最終栄養指導訪問時の主な栄養補給方法は23名が経口摂取で、うち20名に嚥下障害があったが、嚥下状態に合わせながら最後まで経口摂取の継続がされた方が多かった。

【結論】終末期では介入タイミングも様々で状態変化に合わせた個別性の高いニーズが求められる。報酬改定により良いタイミングでの訪問がしやすくなった。本人家族の気持ちに寄り添った看取りの一助になれる食支援を続けていきたい。

O-28

食道癌術後の高齢患者に対して多職種での集学的栄養管理が奏効した一例

¹川崎医科大学高齢者医療センター 栄養室, ²川崎医科大学高齢者医療センター 高齢者総合診療科,

³川崎医科大学 総合外科学

三宅 加奈子¹, 鈴木 淑子¹, 角谷 裕之², 山辻 知樹³, 杉本 研²

【目的】高齢者における消化管の手術は、侵襲性が高いのみならず術後に合併症や身体機能低下を起こしやすい。今回、急性期病院から当院へ転院した食道癌術後の高齢患者に対して集学的な個別化栄養管理が奏効した症例を報告する。

【方法】80歳の男性。食道癌に対して食道切除術+胃管再建術を施行。術後、十分な栄養量を確保できず経腸栄養併用のもと当院へ転院。管理栄養士は食事形態の確認、必要摂取カロリー量、嗜好調査、補助食品の調整を行う。看護師は実際の食事摂取量、経腸栄養管理と消化器症状のモニタリングを行う。ソーシャルワーカーは自宅環境調整をすすめる。医師は必要摂取カロリーに基づき経口と経腸栄養の指示量の調整および内服調整を行う。

【結果】転院時の食事摂取量は五分粥食で主食0～7割、副菜0～5割摂取、経腸栄養剤(1.5kcal/ml*600ml)、合計1100～1200kcal/日、たんぱく質40g/日であった。多職種が各々の目的のもと介入した結果、退院時は全粥食で主食7～10割、副菜4～9割摂取、栄養補給食品(高栄養ゼリー*1個、栄養剤(20kcal/ml)*1p、合計1600～1200kcal/日、たんぱく質60g/日であり、経腸栄養は中止できた。血清Alb値は術後2.0g/dLから3.4g/dLまで改善した。

【結論】多職種協働による集学的な栄養管理は食道癌術後の高齢患者の栄養状態を改善させた。一方で、退院後の支援者である家族やケアマネージャーに対する栄養指導が必要であるという課題が見えた。

O-29

脳卒中地域連携パスを活用して、他施設へ情報連携し栄養介入を継続した一症例

高知大学医学部附属病院 栄養管理部

河田 昌子, 西内 智子, 炭谷 由佳, 小松 映里奈, 小栗 朱結, 橋本 大輔, 天野 絵梨,
船越 生吾, 木田 波斗, 上羽 佑亮, 北川 博之

【緒言】高知県内では脳卒中急性期から早期自宅退院へ向けて、効率的で質の高い医療を提供するために、脳卒中地域連携パスが活用されている。入院中の栄養管理、栄養指導内容について、地域連携パスを使って転院調整、情報連携を行った症例を報告する。

【方法】本人、家族の同意が得られた脳卒中患者は、地域連携パスへ医師、看護師、歯科医師、薬剤師、PT、OT、ST、MSWなどの関連職種が協同して入力し、他施設へ情報共有している。本症例は栄養指導を実施しており、入院時栄養指導情報提供書を作成し添付した。

【結果】50歳代、男性、身長161.5cm、体重46.6kg、BMI 17.9kg/m²

アテローム血栓性脳梗塞に対して抗血栓療法、2型糖尿病に対してインスリン治療が行われた。入院時、1800kcal・たんぱく質80g・食塩6g未満の食事を提供し、食事摂取良好であったが、入院後1.2kg体重は減少した。リハビリでの活動量増加を考え、2000kcal・たんぱく質90gへ指示栄養量は変更となった。退院前に栄養指導を実施、脳卒中地域連携パス、入院時栄養指導情報提供書で転院先へ情報提供を行い、栄養介入を継続した。

【結論】急性期から回復期を経て、自宅退院後まで栄養指導を継続していくことが重要であり、脳卒中地域連携パスを活用して、他施設へ情報連携し栄養介入を行うことで、非日常から日常への連携、療養支援の継続を行うことができた。

O-30

食支援に携わる専門職が連携に更なる一步を踏み出すことでチーム医療の質的向上を目指す取り組み

¹支縁の羽 はねる, ²つばさクリニック岡山 言語聴覚士, ³ももたろう往診クリニック 医師,

⁴おかやまくまさん訪問歯科 歯科医師

妹尾 郷史^{1,2}, 入江 真大³, 相山 達也⁴

【目的】地域包括ケアシステムによりチーム医療連携はされているが、単に報告に留まることが多く、問題への対応方法、誰が担うのか等は曖昧なことが多い。食支援においてもチーム全体の質的向上は急務である。食支援に準じた医科歯科連携、医療介護連携では緩衝材的な動きをする言語聴覚士(以下ST)が必要と感じ、取り組みを報告する。

【方法】在宅系サービス、施設・居住系サービス事業者等とコンサルタント契約を締結し、STが保険でのリハビリをするのではなく、そこに属する各専門職をSTの視点で育成することに従事する。育成内容は嚥下機能に対する知識や高次脳機能障害の捉え方、他職種との連携方法と多岐に渡る。

【結果】嚥下機能低下の早期発見に加え、その後の相談先職種選定や相談方法が明確となり、不安も解消していくことで各専門職の介入度がより高まった。そのため嚥下機能の低下に対し非常に早い段階で多職種が介入することにより、嚥下機能に留まらず生活の質が包括的に向上した。しかし、各専門職はそれぞれ専門業務もあり、食支援の追加業務負担に注意が必要と感じた。

【結論】チーム医療連携とは形だけの連携ではなく、問題に対し、より早い段階で多くの専門職が予防的に介入していける様な質の高い連携が必要である。それを実現していくためには、各専門職が自信を持って、不安な時にはそれを軽減するようサポートする人材が必要である。

O-31

栄養管理計画書の作成に関する現状

尾道市立市民病院

檀上 恵美子, 山本 万恵, 仲里 博子, 村田 年弘

1. 目的 当院では、2010年より栄養サポートチーム（Nutrition Support Team：以下NST）による回診を開始しているが近年は減少傾向である。減少の要因として、入院時の栄養管理計画書を作成する過程に問題があるのではないかと考えた。そこで今回われわれは、栄養管理計画書について検討することを目的としてアンケート調査を実施したのでここに報告する。
2. 方法 2023年3月13日から3月24日の期間に、当院の病棟勤務をする看護師170名を対象に、独自に作成したアンケート用紙を用いてアンケート調査を実施した。結果を単純集計し分析した。
3. 結果 栄養管理計画書の入力「入院当日」が88%で、入力する勤務帯は「日勤帯」が65%であった。栄養管理計画書の入力「業務の流れの一つになっていると感じるかの問い」では「そう思う」35%「ややそう思う」45%であった。
4. 考察 栄養管理計画書は、看護師の8割以上が入院当日に作成していた。入力について、約8割の看護師が業務の流れの一つとなっていると感じており「入院時に作成する書類」となっている現状がある。栄養管理計画書は入院後に患者の全体像を把握し作成するのが望ましい。しかし栄養管理計画書は、診療報酬につながるため作成の漏れをなくすために「入院時すぐに作成をする」という職場風土が醸成されていると考える。看護師は患者の栄養管理の重要性を再認識し、正確に入力することで本来NSTの介入すべき患者に必要な介入ができると考える。

O-32

当院の入院栄養管理体制加算に対する病棟専従管理栄養士の活動と役割

川崎医科大学附属病院 栄養部

神原 萌, 遠藤 陽子

【目的】2022年度の診療報酬改定にて「入院栄養管理体制加算」が新設され、当院では2022年7月より15階西病棟（主に耳鼻咽喉頭・頭頸部外科、口腔外科）に病棟専従管理栄養士を配置し、カンファレンスの参加、他職種と協力し栄養管理の充実を図っている。当院の入院栄養管理体制加算に対する取り組みと算定状況、今後の課題について報告する。

【方法】2021年4月～2024年3月に当院15階西病棟に入院した患者を対象とし介入患者数（加算率）、栄養指導件数、栄養ケア件数、栄養情報提供数、NSTサポート件数、入院日数平均などを調査した。

【結果】介入患者数（加算率）は2022年度、2023年度それぞれ1181名（97.4%）、1102名（96.3%）であった。栄養指導件数は2021年度、2022年度、2023年度それぞれ、68、47、109件、栄養ケア件数は40、464、2454件、栄養情報提供数は2、8、17件、NSTサポート件数は65、28、27件であった。入院日数平均は9.48、7.87、8.63日であった。栄養ケアの内訳として消化器症状、嚥下機能に合わせた食事内容・形態の調整、必要栄養量確保のための付加食の検討、経鼻胃管やTPNなど栄養ルートの検討、ミールラウンドがそれぞれ2：1：7割占めている現状であった。

【結論】管理栄養士の病棟配置により他職種と連携し、食事摂取不良や低栄養患者に対する早期栄養介入、細やかな食事調整ができたと考える。今後はより質の高い栄養管理に繋げることが重要である。

O-33

当院における周術期管理センターとNSTとの連携について

¹ 県立広島病院 栄養管理科, ² 県立広島病院 消化器外科, ³ 県立広島病院 薬剤科, ⁴ 県立広島病院 看護部,

⁵ 県立広島病院 臨床研究検査科, ⁶ 県立広島病院 歯科

川崎 育美¹, 眞次 康弘^{1,2}, 熊谷 明子¹, 田中 美樹¹, 石津 奈苗¹, 中村 のぞみ¹, 辻 雄輝³,
相良 夢香³, 梶原 浩子⁴, 阿川 萌美⁴, 佐々木 太一⁴, 佐藤 真紀子⁴, 下村 清夏⁴, 中井 美沙⁴,
松井 千尋⁵, 延原 浩⁶

【目的】当院では2022年4月に周術期管理センター（以下センター）を開設した。当院ではセンターとNSTが連携し入院前から周術期栄養管理を実施している。その運用方法について報告する。

【方法】消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、産婦人科の予定手術患者に対しセンター介入をおこなっている。管理栄養士はセンター紹介患者に対してPG-SGA等を用いて栄養スクリーニングを実施し、栄養不良患者の抽出をおこなう。栄養不良患者には、センター医師に対して術前栄養強化のための栄養補助食品（以下ONS）の使用、栄養指導、NST介入を提案した。栄養補助食品は当初は免疫賦活型経腸栄養剤を用いていたが、使用商品終売に伴い、現在は医薬品ONSを使用している。

【結果】2022年4月1日～2024年3月31日に入院したセンター介入患者のうち、センターよりNST介入依頼があった135件に対してNST介入をおこなった。診療科内訳は消化器外科132件（膵切除57件／腸切除28件／胃切除25件／肝切除17件／食道切除4件／胆摘1件）、呼吸器外科2件、産婦人科1件であった。

【結論】センターとNSTが連携することで、術後合併症発生リスクが高い栄養不良患者に対して、術前から栄養介入をおこなう体制を構築した。

O-34

くも膜下出血（SAH）の経腸栄養プロトコルにおける管理栄養士の役割

¹ 社会医療法人近森会 近森病院 臨床栄養部, ² 社会医療法人近森会 近森病院 消化器外科

阿比留 祥太¹, 田部 大樹¹, 宮島 功¹, 塚田 暁²

【目的】脳卒中急性期では高エネルギー・高たんぱく質が予後に影響すると報告されており、当院ではくも膜下出血（SAH）に対し高たんぱく質の経腸栄養プロトコルを使用し、統一した栄養管理に努めている。その中で患者個々に合わせた栄養管理を行うための管理栄養士の役割について調査した。

【方法】2023年4月1日から2024年3月31日に当院へ動脈瘤破裂に伴うSAHで入院し、経腸栄養を実施した18名を対象とした。術後における必要栄養量充足率や管理栄養士が経腸栄養や経口摂取においてモニタリングを行った件数を調査した。また経腸栄養プロトコルはStep1～4に分かれており、術後9日目までにStep4を目標とするプロトコルである。

【結果】経腸栄養プロトコルの使用率は100%であった。術後7日目の必要エネルギー充足率は72%、術後14日目の必要エネルギー充足率は74%であった。術後7日目のたんぱく質投与量は1.4g/kg（±0.5g/kg）、術後14日目のたんぱく質投与量は1.5g/kg（±0.4g/kg）であった。また経腸栄養における投与栄養量の増加や水分管理、経口摂取への移行などについてモニタリングを行った件数は483件（経腸栄養：389件、経口栄養：76件、中心静脈栄養：18件）であった。

【結論】経腸栄養プロトコルを利用することで効率よくたんぱく質を投与することができ、その中で管理栄養士が関与することで患者個々に応じた栄養管理に努めることが重要である。

O-35

高度肥満症患者に対する腹腔鏡下スリーブ状胃切除術の治療効果

¹広島大学大学院医系科学研究科 消化器・移植外科,

²広島大学大学院医系科学研究科 周術期・クリティカルケア開発学

唐口 望実¹, 佐伯 吉弘¹, 田邊 和照², 築家 絵美¹, 高畑 明寛¹, 高畑 尚子¹, 志田原 幸稔¹, 大段 秀樹¹

目的：高度肥満症に対する腹腔鏡下スリーブ状胃切除術 (LSG) が本邦で保険適応となって以降，全国で手術件数は増加し良好な臨床成績が報告されている．当科での高度肥満症に対するLSGの治療成績を報告する．

方法：2015年3月から2023年3月でLSGを行った44例の高度肥満症患者を対象とした．初診時・術後1年に血液検査と肝生検を行い，炎症反応，糖代謝機能，NAFLD activity score (NAS) を評価した．

結果：男性20例，女性24例，平均年齢は46歳，平均初診時体重は120.7kg，平均BMIは44.7kg/m²であった．開腹移行はなく，術後合併症はClavien-Dindo分類GradeⅢ以上の発生を認めなかった．術後入院期間は8.1日間で，術後1年における総体重減少率は28.5%，26.9%，超過体重減少率は58.9%，53.7%であった．術後3年においても総体重減少率26.9%，超過体重減少率53.7%であり，減量効果は維持されていた．体脂肪率は有意に低下し，骨格筋率は上昇した ($p < 0.0001$, $p < 0.0001$, $n = 44$)．末梢白血球数・CRPは術後1年で有意に低下した ($p = 0.0002$, $p = 0.0019$, $n = 44$)．NASは有意な改善がみられた ($p < 0.0001$, $n = 17$)．糖尿病併存患者 ($n = 22$) においては空腹時血糖値とHbA1cがそれぞれ有意に低下し ($p = 0.0005$, $p < 0.0001$)，術後完全寛解率は41%と良好な治療効果を得た．

結論：高度肥満症に対してLSGによる外科的治療の減量効果や代謝性疾患の改善は良好であった．

O-36

肥満症・生活習慣病関連疾患における朝食摂取状況について

¹広島赤十字・原爆病院 医療技術部 栄養課, ²広島赤十字・原爆病院 消化器内科

山根 那由可¹, 木坂 史子¹, 堀 小百合¹, 丹生 希代美¹, 森 奈美²

【目的】当院では肥満症や生活習慣病に関連する疾患について多く栄養指導を行っている．そこで，栄養指導を行なった患者の朝食摂取状況について調査した．

【方法】①令和5年度に外来栄養指導を導入した症例について，朝食摂取の有無が確認できた468名を対象に朝食摂取とBMIの関係について ②当院で行っている減量プログラム (MASLD/NAFLDを対象とした6ヶ月間の認知行動療法) を完遂した患者115名の朝食摂取と減量効果について調査した．

【対象】①男性273名、女性195名、平均年齢 62.4 ± 17.0 歳，BMI 26.1 ± 6.9 kg/m²、指導病名別は糖尿病25.4%、脂肪肝関連疾患18.8%、腎臓病17.9%だった．②男性50名、女性65名、平均年齢 55.3 ± 14.8 歳、開始時のBMI 31.8 ± 5.8 kg/m²だった．開始時肝生検を行い，MASH/NASHと診断された患者は61.7% (71名) だった．

【結果】①朝食欠食の患者は24.6%だった．BMIは朝食欠食群 ($n = 115$ 名) 28.8 ± 8.7 kg/m²、朝食摂取群 ($n = 353$ 名) 25.2 ± 6.0 kg/m² ($p < 0.01$) だった．②開始時に朝食欠食患者 ($n = 27$ 名) の体重減少量は -2.1 ± 3.2 kg/6M に対し，朝食摂取患者 ($n = 88$ 名) は -4.7 ± 4.8 kg/6M ($p < 0.01$) であった．

【考察】朝食を摂取していない患者はBMIが有意に高かった．また，当院の減量プログラムでも朝食摂取していない患者の減量効果が低く，減量治療に朝食摂取を勧める意義があると考えられる．

O-37

ポジティブ心理学を用いた栄養指導により1年以上減量を継続した高度肥満患者の1例

¹川崎医療福祉大学 臨床栄養学科, ²川崎医科大学附属病院 栄養部

青木 孝文^{1,2}, 遠藤 陽子^{1,2}

【目的】健康行動とその維持を強化する可能性があるポジティブ心理学を用い1年以上減量が継続できた高度肥満症例を経験したので報告することとした。

【症例】36歳男性。20歳代から肥満 (BMI 36.6)、高血圧、脂質異常症あり。2017年より高血圧に対する受診を自己中断していた。2022年の検診にて身長177.2cm、体重116.6kg、BMI 37.1、収縮期血圧160mmHg以上、血尿あり、3月当院腎臓病内科受診、同日より減量のための栄養介入を行うこととなった。

【経過】ストレスによる-50kgの減量歴、受診自己中断歴があるため、ポジティブ心理学を用いたメンタルセルフケア教育を取り入れ栄養介入を行った。当初は行動変容に否定的で、減量が認められなかったが、介入11か月後114.5kg (-2.1kg)と減量を認めた後、行動変容にも肯定的となり、朝食摂取頻度や運動日数増加など徐々に健康行動が増加した。結果として、介入27か月後95.8kg (-20.8kg)、10点満点で評価される well-being 合計スコアは6.69と、日本人労働者で調査されたスコア5.88と比較し高値を示した。

【考察】持続的な幸福を目標とする well-being は、身体的健康や健康行動と関連する。ポジティブ心理学を取り入れた栄養指導を行うことで、well-being スコアを保ち、長期的な減量に影響した可能性が考えられる。

O-38

4か月で13kg減量、BMIが33から29に低下した32歳男性の経過とデータの変化

秀黄内科クリニック

門脇 秀和

症例：32歳、男性。既婚、金融業。

現病歴：減量目的で当院を初診。

主な経過：身長183cm、体重108kg、BMI=32.2。BP 176/104mmHg、高血圧症、高尿酸血症、脂質異常症、多血傾向を認めた。弁当に加え、社食での追加ランチを食べていた。学生時代にしていたバスケットボールも、就職後はしておらず、近日の運動習慣はなかった。飲酒はしないが、間食は良くする。仕事上の接待の食事の機会は多めと自覚。採血では、AST 84U/L、ALT 196U/L、 γ GT 65U/L、UA 8.0mg/dL、LDL-C 200mg/dL、HDL-C 39mg/dL、TG 345mg/dL、Hg 17.5、Hct 52.3であった。食事は「IBWの74kg×24で1800kcal/日、タンパク質は×1.2で90g/日、糖質については1食100g程度」と指示。運動は「1回4kmのジョギング、週2回」と指示した。降圧薬のみ処方し、脂質下降剤などデータに影響する薬剤はなし。食事は妻の協力により管理。学生時代の運動歴があり、運動の指示の遵守率も高かった。スマートウォッチを利用し、日々の運動データ管理を行った。約4か月後には体重97kg、BMI=29.0となり、データはAST 26U/L、ALT 35U/L、 γ GT 49U/L、UA 5.5mg/dL、LDL-C 95mg/dL、HDL-C 58mg/dL、TG 83mg/dL、Hg 14.9、Hct 49.5と改善した。

考察と結語：指示を遵守し、減量を成功させた1例である。成功の要素は、妻の協力、運動習慣がある男性であったこと、仕事の関係で運動の予定が立てやすかったことなどが挙げられた。

O-39

糖尿病悪化が膵癌初発症状であった乳癌術後の1症例

神戸掖済会病院

山野 智基, 大鶴 実

(症例) 70代女性

(主訴) 血糖コントロール不良

(既往歴) 糖尿病、高血圧、右上腕骨骨折、左乳癌

(現病歴) 20年来糖尿病で近医にて内服治療を受けていたが、血糖値689mg/dl、HbA1c 14.2と血糖コントロール不良にてインスリン治療導入目的にて紹介となった。1か月前に骨折手術を受け退院後から服薬コンプライアンスが不良となったのが血糖コントロール不良の原因とされていた。

(経過) 服薬コンプライアンス悪化の無い骨折手術前から血糖コントロールが悪化していること、1か月前の時点でCEAが上昇していることから、糖尿病悪化の原因として膵悪性腫瘍が疑われ、CA19-9測定。高値であった為、CT施行し膵頭部に膵管拡張を伴う腫瘍が認められ膵頭部癌と診断された。インスリンで血糖コントロールを行い、膵頭部癌治療のために他院紹介となった。

(考察) 糖尿病悪化の原因は多岐にわたる。一方で糖尿病が膵癌の危険因子であり、糖尿病悪化、糖尿病の新規発症は膵癌発見の契機となるとされている。本症例では糖尿病罹患歴が長く、多剤でコントロールされていたこと、服薬コンプライアンスが不良であったこと、乳癌術後で定期的画像検査が行われていたこと、高血糖以外に自覚症状が無かったこと、他院に入院していたこと、から糖尿病悪化の原因として悪性腫瘍を疑うまでに時間を要した。糖尿病患者について血糖コントロール不良が続いた場合は、悪性腫瘍の存在を疑う必要性を認めたので報告する。

O-40

意思を表出できない高齢者における身体機能スコア (QSPS) と栄養指標の相関

¹公立みつぎ総合病院 栄養部, ²公立みつぎ総合病院 外科

角 昌子¹, 松本 英男², 河合 昭昌², 賀好 美由紀¹, 浜田 一予¹, 土山 亜紀¹, 日野 公恵¹, 菅原 由至², 平井 敏弘²

【目的】施設に入所している高齢者のケアには尊厳性の保持やQOLの向上が重要であるが、自分の意思を表出できない入所者は評価する方法がない。そこで、第三者が評価するスコア表 (quality score of the physical status : QSPS) を作成し、栄養指標との相関を検証した。

【方法】家族に研究目的を説明し承諾を得た62名の入所者に対し、3名の評価者が3か月の間隔をおいて2度評価し、生化学検査を行った。2回の評価を完遂したのは44名で、これを分析対象とした。QSPSは食事、排泄、睡眠、日常生活動作、痛み、精神状態の6項目からなり、3評価者の妥当性を級内相関法 (ICC) で、信頼性は再評価法用いピアソン相関係数で検証した。栄養評価は、Alb値およびO'PNIとの相関をピアソン相関係数で求めた。

【結果】ICC値は1回目単独で0.902、平均で0.965、2回目単独で0.997、平均で0.999であった。3者の再評価の相関係数はそれぞれ0.89、0.872、0.887であり、高い妥当性と信頼性が示された。血清アルブミン値は、QSPS、年齢、排泄スコア、日常生活スコア、精神状態スコア、笑顔と有意な相関を示した。O'PNIは、QSPS、年齢、日常生活スコア、精神状態スコア、笑顔スコアと有意な相関を示した。

【結論】自分の意思を表出できない高齢者の尊厳性やQOLはQSPSを用いて評価できると思われた。またQSPSは栄養状態と関連する可能性もあり、栄養管理がQSPSに影響するか否かを検討する必要があると思われた。

O-41

外来がん化学療法患者を対象としたGLIM基準を用いたスクリーニングツールの比較検討

¹川崎医科大学附属病院 栄養部, ²近畿大学奈良病院 栄養部

三村 雄大¹, 河本 遼介², 三宅 沙知¹, 遠藤 陽子¹

【目的】化学療法患者への早期栄養介入は患者の生活の質及び予後の改善に寄与する。今回、がん患者向けに開発されたPG-SGAと、妥当性が確認されているMUST、NRS-2002を用いて低栄養リスク判定後、GLIM基準を用いた低栄養診断を行うことでその有用性を比較検討した。

【方法】対象は川崎医科大学附属病院で外来がん化学療法を行った患者のうち、PG-SGA評価が行われた患者かつ電子カルテから情報抽出が可能であった患者90名とした。3つの栄養スクリーニングツール(PG-SGA-SF、MUST、NRS)を使用し、GLIM基準を用いて低栄養診断を行い比較検討を行った。さらに、がん患者を対象に使用されているPG-SGA評価とGLIM基準の一致性も検討した。

【結果】3つの異なる栄養スクリーニングツールに基づくGLIM基準では、PG-SGA-SFで100%、MUSTで25.6%、NRS-2002で66.7%が低栄養であった。そのうち、重度の低栄養と判定されたのは、PG-SGA-SF 14%、MUST 20%、NRS-2002 0%であった。PG-SGA評価とGLIM基準とを比較すると、重度の低栄養と判定された患者の割合は、PG-SGA評価では34.4%、GLIM基準では6.7%であった。

【結論】外来がん化学療法患者を対象としたGLIM基準は、用いられる栄養スクリーニングツールに依存することが明らかとなった。さらに、化学療法患者を対象とした栄養状態把握において、PG-SGA評価とGLIM基準の一致度は低く、PG-SGA評価の方が重度の低栄養患者の抽出に役立つ可能性が示唆された。

O-42

がん患者周術期の栄養評価 ～PG-SGA・SFを使用して Part.2～

¹福山市民病院 医療技術部 栄養管理科, ²福山市民病院 外科

光本 由香¹, 村上 尚美¹, 渡邊 優美¹, 佐竹 恭子¹, 門田 一晃²

【目的】2022年度の診療報酬改定において周術期栄養管理実施加算が新設された。周術期の栄養管理の目的は、術後合併症を予防し手術侵襲からの早期回復である。そこで、周術期管理外来を受診した患者の栄養評価を実施し効果と課題について検討した。

【方法】調査期間は2022年10月から2023年9月。対象は周術期外来を受診したがん患者。栄養評価方法は術前(外来)と術後(入院)にPG-SGA・SFを実施した。

【結果】対象症例116名(男性78名、女性38名)。体重減少は術前12名平均1.0kg、術後41名平均1.4kg。食事量の減少は術前12名、術後22名。症状ありは術前4名、術後21名。合計点数平均値は術前0.5点、術後1.5点。低栄養リスクありと評価される合計点数3点以上は術前10名、術後33名。がんの種類は食道がん8名、肺がん43名、肝細胞がん54名、胆道がん8名、膵臓がん3名。

【結論】この調査の栄養評価により術前8.6%、術後28.4%が低栄養リスクであることがわかった。周術期外来から栄養評価をすることでその臨床情報をもとに術前、術後の栄養管理から退院に向けた指導までがスムーズに実施できた。しかし、この評価では病因基準のみの診断となったため、2023年10月より表現型基準も用いたGLIM基準へ変更した。

O-43

心不全患者における GLIM 基準を用いた低栄養診断の検討

¹ 国家公務員共済組合連合会 呉共済病院 栄養指導科, ² 国家公務員共済組合連合会 呉共済病院 循環器内科,

³ 国家公務員共済組合連合会 呉共済病院 外科

沖野 優佳¹, 安部 宏美¹, 川口 健一¹, 土肥 由裕², 田原 浩³

【目的】心不全患者における GLIM 基準を用いた低栄養診断が栄養充足率や再入院率に及ぼす影響を検証する事.

【方法】2022 年度に当院で入院栄養指導を行った心不全患者を, 入院時及び退院時の GLIM 基準による低栄養診断により低栄養群(中等度 + 高度)と非低栄養群に分け, 栄養充足率・退院後半年以内の再入院率を比較した.

【結果】入院時診断において 46 例 (28%) が低栄養で, 入院時の充足率はエネルギー: 低栄養群 69% vs. 非低栄養群 83%, たんぱく質: 76% vs. 91% でいずれも低栄養群が低かった ($p < 0.001$). 一方, 退院時診断では低栄養が 78 例 (49%) に増加し, 入院時は非低栄養かつ退院時は低栄養だった 32 例の充足率は, 入院時・退院時ともに非低栄養だった 81 例と比較し, エネルギー: 73% vs. 88% ($p = 0.002$), たんぱく質: 79% vs. 94% ($p = 0.021$) といずれも低かった. 再入院率は退院時低栄養群 29% vs. 非低栄養群 16% で低栄養群の方が高かった ($p = 0.044$).

【考察】入院を要する心不全患者において, 入院時の体液貯留や下肢浮腫により意図しない体重減少や筋肉量減少が隠れ, 低栄養診断の表現型基準で過少評価されている可能性がある. そのため, 体重変動が水分量, 脂肪・筋肉量いずれの変化を示しているのか多角的に評価しながら適切な栄養管理を行うことが肝要である. また, 低栄養対策としての栄養介入が栄養充足率向上や再入院率低下に関与する可能性を認めたため, 併せて報告する.

O-44

2024 年診療報酬改定における GLIM 基準の導入と運営体制の構築について

¹ 医療法人信愛会 日比野病院 リハビリテーション部, ² 医療法人信愛会 日比野病院 診療技術部栄養管理科,

³ 医療法人信愛会 日比野病院 脳神経外科

助金 淳¹, 結城 直子², 佐藤 齊³, 三原 千恵³

【目的】2024 年診療報酬改定では, 回復期リハビリテーション (以下, リハビリと略す) 総合実施計画に GLIM 基準による低栄養診断が義務化され, また一般病棟入院料でも GLIM 基準による低栄養診断が推奨となった. 今回, 当院での対応準備の経緯を整理し, 課題と対策をまとめたので報告する.

【方法】2024 年診療報酬における当院での準備の動きを整理し, 課題と対策をまとめる.

【結果】課題は, ①スクリーニング方法に SGA を使用してきたこと, ②筋肉量の評価方法の検討, ③下腿周囲長の計測実施者の選定, ④GLIM 基準による診断実施者の検討, ⑤栄養評価の施設内啓蒙の必要, ⑥GLIM 基準への理解が低いこと, ⑦身体計測実施者を増やす必要があることが挙げられた.

【考察・まとめ】2024 年診療報酬改定では, 回復期リハビリ病棟リハビリ総合実施計画における GLIM 基準での低栄養診断やリハビリ・栄養・口腔連携体制加算など, 栄養に係る項目が増えた一方で, マンパワーが必要となる. NST 稼働施設では, 算定体制が比較的整えやすい面があるが, NST を持たない施設では, 課題すべてを管理栄養士が抱える事態が想定され, 基準のランクダウンや加算導入断念を余儀なくされと考える.

今一度, 施設長を頂点とする NST 稼働施設認定の要件を啓蒙し, 施設内での理解と合意を再形成し, 栄養評価も管理栄養士だけに頼るのではなく, 医師, 看護師, リハビリ療法士など全施設レベルでの運営体制を構築する必要がある.

O-45

栄養指導の効果として食生活の行動変容から治療完遂につながった大腸がん患者の1症例

¹川崎医療福祉大学 臨床栄養学科, ²社会医療法人緑社会 金田病院 リハビリテーション科,

³社会医療法人緑社会 金田病院 看護部, ⁴社会医療法人緑社会 金田病院 外科

小椋 いずみ¹, 岩下 正樹², 森元 隆行², 本田 良子³, 三村 卓司⁴

【はじめに】大腸がん術後、思い込みから9年間同じ食事を継続していたがん患者に対し、管理栄養士が継続的に栄養指導を行い、食生活の行動変容、治療完遂に繋がった症例を経験した。

【症例】68歳女性。2014年にS状結腸がんで腹腔鏡下手術、術後XELOX療法施行後経過観察となっていた。2023年に再発、化学療法(mFOLFOX6)目的で当院紹介となった。2014年術後から9年間、1日の食事内容は固定され、肉類・麺類は食べず、夜は野菜だけの鍋もの、決めたもの以外食べないなど、極端に偏った食事内容であった。治療完遂には食生活の改善が必要と考え、食生活全般について栄養指導を実施した。低残渣食は抵抗なく食べ、「食べてもいいんだ」と感想を得た。退院後も外来で栄養指導を継続、「これは食べても大丈夫？」など食事の素材について質問もあり、また栄養補助食品を紹介すると購入して活用するに至った。化学療法中は口内炎や嘔気などの副作用は見られたが、徐々に食事形態、内容の幅が広がり、外食できるようになった。介入時のBMIも18.8kg/m²から、9か月後21.4kg/m²まで増加、栄養障害、合併症をきたすことなく治療を完遂できた。

【考察】9年間極端な偏食であった患者に対し、思いを受け入れながら食形態、食事内容について根気強く継続的に栄養指導を実施したことが、信頼関係の構築、食生活の行動変容、治療完遂に繋がったと考えられた。

O-46

症状に応じた栄養指導介入により体重維持を得られた進行大腸癌の一例

¹社会医療法人近森会 近森病院 臨床栄養部, ²社会医療法人近森会 近森病院 消化器外科

内山 里美¹, 宮島 功¹, 塚田 暁²

【症例】40代男性。高度の狭窄を伴う大腸癌(S状結腸)、多発リンパ転移、肝転移、肺転移に対し、化学療法の方針となった。通常時体重は68kg。3ヶ月前より体重減少。当院初診時63kg、2週間後の外来で59.9kgと体重減少認めており、主治医より依頼あり初回栄養指導実施。介入時点で12%/4ヶ月の著明な体重減少を認めていた。また固形物の摂取を控えていたため、栄養摂取不足が明らかであり、重症低栄養状態であると判断した。栄養摂取の必要性の説明及び栄養指導を実施し、1週間後の入院時体重は60.5kgと体重減少なし。入院中は化学療法を実施しながら低残渣食とOral Nutrition supplements(以下ONS)を提供し、腹部症状や排便状況に応じ食事量及び内容を調整した。退院後も食事指導を継続、原発巣の縮小により腹部症状は軽減し食事内容の幅を広げることができた。一方化学療法による味覚異常が出現したため、今度は味覚異常に対する栄養指導を追加した。初回介入から8ヶ月の時点で体重は62.1kgと維持できている。

【まとめ】今回、進行大腸癌により著明な体重減少を来した症例に対し、症状や治療経過に応じた継続的な指導介入を行うことで、体重を維持することができた。本症例のように消化管狭窄を伴う場合、食事制限の継続により栄養不足に陥りやすいが、早期から管理栄養士が介入し食材や料理法、ONSの選択等の詳細な栄養指導を実施することで、体重減少の抑制に寄与できたと考える。

O-47

Refeeding syndromeを併発した高度進行胃癌の一例

¹川崎医科大学附属病院 栄養部, ²川崎医科大学 消化器外科学

岡本 和之¹, 遠藤 陽子¹, 上野 綸², 窪田 寿子², 井上 貴裕², 神原 啓伸², 堀 昌明²,
佐伯 晋吾², 北川 集士², 峯田 修明², 古谷 圭², 矢野 修也², 東田 正陽², 岡田 敏正²,
遠藤 俊治², 藤原 由規², 吉松 和彦², 上野 富雄²

【背景】Refeeding syndrome (RFS) とは、慢性の飢餓状態に対して急激な栄養投与を行うことで発症する一連の代謝合併症の総称である。年単位にわたり経口摂取不良と癌による悪液質が重なり、RFSをきたした一例を報告する。

【症例】77歳、男性。約1年前から食思不振と下痢を認めていた。徐々に寝たきりとなり、前医を受診した。Hb3と重度貧血を認め、精査加療目的で当院を紹介となった。精査で、心筋梗塞と幽門狭窄を伴う進行胃癌を認めおり、重度の低栄養であった。心筋梗塞は全身状態を考慮し薬物治療を開始した。重度の低栄養に対してW-ED tubeを留置し経腸栄養を開始した。入院5日目に急激な低リン血症を認め、補正を行うも入院9日目に心不全になった。気管内挿管、人工呼吸器管理を開始し、集中治療管理となった。入院11日目に人工呼吸器から離脱し集中治療室を退室した。しかし、入院19日目に誤嚥性肺炎を併発し入院23日目に死亡した。

【考察】本症例は、重度の低栄養であり慎重な栄養管理が必要な症例であった。入院時から経腸栄養とともにビタミンB1の投与を行い、連日電解質の評価を行ったが、エネルギー量を増やすタイミングが早かった可能性がある。

【結語】入院後に経腸栄養を開始しRFSを発症した一例を経験した。文献的考察を交えて報告する。

O-48

胃瘻造設目的に腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術を同時に施行した滑脱型食道裂孔ヘルニアの1例

川崎医科大学 消化器外科学

上野 綸, 窪田 寿子, 井上 貴裕, 神原 啓伸, 堀 昌明, 佐伯 晋吾, 北川 集士, 峯田 修明,
古谷 圭, 矢野 修也, 東田 正陽, 岡田 敏正, 藤原 由規, 吉松 和彦, 上野 富雄

【はじめに】食道裂孔ヘルニアは胃内容物の逆流による誤嚥性肺炎のリスクとなる。そのため胃瘻による栄養管理は難しく、胃瘻で栄養投与を行う場合は厳重な管理の下に行うか、他の栄養療法を選択せざるをえない。食道裂孔ヘルニアを併発した嚥下障害のある患者に対して、腹腔鏡下に食道裂孔ヘルニア修復術、噴門形成術と胃瘻造設術を同時に施行した1例を経験したので報告する。

【症例】81歳、女性。脳出血の後遺症による嚥下障害に対して、胃瘻造設目的で当科へ紹介となった。留置前の評価で胸腹部骨盤部CT検査を行ったところ全胃と横行結腸が脱出した滑脱型食道裂孔ヘルニアを認めた。胃瘻造設後の逆流症状を予防するために、腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア修復術と噴門形成術を施行後、内視鏡下胃瘻造設術を同時に施行した。術後2日目から胃瘻からの注入を開始し、逆流症状はなく、術後5日目に転院した。現在、誤嚥など発症せず術後4ヶ月経過している。

【考察】本症例は胃が胸腔内にあり内視鏡下胃瘻造設は不可能であった。腹壁に胃瘻造設できたとしてもヘルニアによる胃内容逆流や消化管脱出による腸閉塞など種々のリスクがあった。食道裂孔ヘルニアに対する手術と胃瘻造設術を同時に行い、早期に栄養投与が開始可能であった。さらに誤嚥のリスクを軽減し患者のQOL維持につながった。

【結語】食道裂孔ヘルニアに対する治療を同時に施行することで栄養管理が良好となった1例を経験した。

O-49

熱傷後の皮膚損傷に対するコラーゲンペプチド含有経管栄養の使用経験

¹社会医療法人緑社会 金田病院 外科, ²社会医療法人緑社会 金田病院 栄養課,

³社会医療法人緑社会 金田病院 リハビリテーション科, ⁴社会医療法人緑社会 金田病院 看護部,

⁵川崎医療福祉大学 臨床栄養学科

三村 卓司¹, 古河 友加里², 森元 隆行³, 岩下 正樹³, 本田 良子⁴, 小椋 いずみ⁵

【はじめに】皮膚損傷の治療過程では、局所治療とともに栄養管理が重要である。今回広範熱傷であったが保存的治療となった症例に対し、局所治療とともにコラーゲンペプチド含有経管栄養を使用した。

【症例】77歳男性。パーキンソン病と認知機能低下にてフォロー中、Ⅲ度熱中症で意識消失し転倒、熱せられたアスファルト上で両下腿に皮膚障害を起こし高次医療機関で加療、受傷21日目にフォロー目的に転院となった。転院時身長162cm、体重、39.3kgで、胃管からは1200Kcal/日投与されていた。皮膚損傷部はⅢ度熱傷10%程度で、植皮術の適応があったが全身状態を鑑みて施行されず、広範囲に黒色壊死している状況であった。熱傷の急性期からは離脱しており、褥瘡チームと連携し皮膚壊死部はデブリドマン、D3褥瘡に準ずる対応とした。熱傷未治療であり深部で筋肉や腱の損傷があり、局所治療とともに栄養強化が必要と判断、胃管栄養から胃瘻に変更、必要エネルギー量を大幅にアップし、コラーゲンペプチド含有経管栄養に変更した。栄養評価を適宜行い栄養管理を行った。経過中創縁の上皮化、浸出液減少が早期にみられ、投与4週目で創縁も綺麗になり、体重も4ヶ月で45.8kgまで増加し順調に経過、経口摂取訓練も開始できた。

【考察】コラーゲンペプチドは、褥瘡治癒促進における上乗せ効果、早期の段階での浸出液抑制と肉芽増加とされ、本症例でも示唆された。

O-50

胃癌術後1ヶ月の体組成変化と当院の術後早期回復に向けた取り組み

鳥取県立中央病院

尾崎 知博, 建部 茂, 津田 亜由美, 遠藤 財範, 蘆田 啓吾, 廣岡 保明

【背景】胃切除後術後1ヶ月の間に急激な環境変化が起こるため体組成は劇的に変化する。術後1ヶ月の体組成変化を理解することは効果的な栄養管理やリハビリを行うために重要と考える。

【方法】対象：202名（胃癌StageI-III 胃切除）術前、術後1週間、術後1ヶ月の体組成をBIA法で評価

【結果】

1. 各体組成（体重、体脂肪、骨格筋）の術後1ヶ月の平均減少率はそれぞれ-6.0、-10.5、-5.6%
2. 術後1ヶ月体重減少のリスク因子は、合併症、手術時間、胃切除のタイプ（ $P = 0.004, 0.011, 0.015$ ）で、術後1ヶ月骨格筋減少のリスク因子は合併症と胃切除のタイプ（ $P = 0.002, 0.010$ ）
3. セグメント別除脂肪体重解析では、術後1週間で下肢が著しく減少（-8.0%）

【取り組み】当院においては栄養指導・リハビリとともに入院前支援・パスに組み込むことで漏れなく行っている。入院前支援においては、呼吸器リハ・運動器リハ・がんリハ介入基準を設定したアルゴリズムを作成し術前より介入、術後は必ず1回はリハ介入を行い必要に応じリハ単位を増やしている。栄養指導は術前・術後食事再開時・退院前・術後1. 3. 6ヶ月に行っている。

【結語】体組成の詳細な解析により、胃癌術後の身体的変化のメカニズムが明らかになった。これを術後早期回復に向けた周術期管理に役立てている。また今後、取り組みに対するアウトカム評価を行うことで、さらなる改善点を追求し早期回復をさらに促進していきたい。

O-51

当院の胃癌周術期における低栄養患者の術後経過と栄養管理に関する実態調査

¹社会医療法人近森会 近森病院 臨床栄養部, ²社会医療法人近森会 近森病院 消化器外科

田部 大樹¹, 宮島 功¹, 塚田 暁²

【背景】悪性腫瘍患者に対する栄養状態や疾患に応じた栄養管理は生存率の改善との関連が報告されている。胃癌周術期では低栄養は術後合併症や生存率に関連するため、同様に患者に応じた栄養管理が必要である。そこで胃癌に対し胃切除術を施行した患者の低栄養と術後経過の関連および栄養管理の実態を調査した。

【方法】2018年1月から2023年9月に胃癌に対し胃切除術を行った患者153名を対象とした。対象者をGLIM基準にて低栄養群(86名)と良好群(67名)に分け、術後合併症の有無や在院日数、摂取栄養量および退院時の体重変化率などを比較検討した。

【結果】対象患者の低栄養有病率は56%であった。両群のpStageは差を認めなかったが、低栄養群がより高齢であった($p < 0.01$)。術後在院日数において低栄養群が11(8-22)日と良好群の9(8-12)日より長い傾向にあり($p = 0.06$)、合併症が多かった(低栄養群: 61% vs 良好群: 43%, $p = 0.03$)。また、入院期間中の平均エネルギー量は差がなかったが、術後1週間の平均エネルギー量は低栄養群で少なかった($p = 0.04$)。退院時の体重変化率は差を認めなかったが、入院中にサルコペニアを発症した患者は低栄養群が多かった(低栄養群: 16/55名(29%) vs 良好群: 3/62名(5%), $p < 0.01$)。

【結論】術前に低栄養を有する患者では、術後の在院日数が長い傾向にあり合併症が多かった。一方、術後1週間の摂取栄養量は低栄養群で少なく、入院中にサルコペニアを発症した。

O-52

NSTによる大腿骨近位部骨折患者の栄養管理の現状と課題

¹JR広島病院 栄養士室, ²JR広島病院 看護部, ³JR広島病院 臨床検査科, ⁴JR広島病院 薬剤部,

⁵JR広島病院 整形外科, ⁶JR広島病院 外科

政池 美穂¹, 鈴川 彩路¹, 杉浦 智恵¹, 園田 さおり², 中森 一司², 松前 愛², 中村 友美³, 溝口 知子³, 宗岡 美紗⁴, 迫田 真行⁴, 川口 修平⁵, 矢野 将嗣⁶

【目的】2022年診療報酬改定により、大腿骨近位部骨折に対する緊急整復固定加算及び緊急挿入加算が新設された。2023年8月からNSTによる栄養管理を開始し、介入前後での患者背景・栄養指標を比較検討したので報告する。

【対象・方法】大腿骨近位部骨折にて当院整形外科病棟に入院し手術施行患者を対象とし、2022年7月～2023年7月の33/62例(男性8:女性25)を非介入群、2023年8月～2024年4月の40/58例(男性7例:女性33例)を介入群とした。両群間についてBMI、在院日数、術前および術後7日目のAlb、CRP、筋肉量、握力を後方的に検討した。有意水準は0.05とした。

【結果】非介入群、介入群の順に平均年齢 83.3 ± 8.5 歳、 82.0 ± 10.0 歳、BMI 20.0 ± 3.5 kg/m²、 19.7 ± 3.5 kg/m²、平均在院日数 27.3 ± 16.2 日、 18.8 ± 5.9 日($p < 0.01$)、術前Alb 3.6 ± 0.5 g/dL、 3.7 ± 0.5 g/dL、術前CRP 2.4 ± 4.0 mg/dL、 3.3 ± 2.5 mg/dL、術後7日目Alb 2.7 ± 0.3 g/dL、 2.8 ± 0.4 g/dL、術後7日目CRP 3.4 ± 3.6 mg/dL、 3.3 ± 2.5 mg/dL、サルコペニア58%、54%であった。

【考察】CRPとAlbを単純に比率化したCRP-albumin ratio (CAR)の有用性が消化器がんや敗血症で報告されており、大腿骨近位部骨折においても検討したが、手術後7日目のCARは非介入群 1.32 ± 1.48 、介入群 1.25 ± 0.99 と介入群が低下傾向を示した。介入群において在院日数が短縮しており、より早期に栄養評価を行い、栄養介入が行えるシステムの構築が必要であると考ええる。

O-53

当院における周術期栄養管理実施加算の取り組みの現状と課題

国立病院機構福山医療センター 栄養管理室

森廣 真菜, 藤原 朝子, 坂田 雅浩

【目的】2022年11月より消化器外科と整形外科を対象に、周術期栄養管理実施加算の取得を開始した。消化器切除を伴う消化器外科と伴わない整形外科では、消化機能の低下等による術後の栄養状態低下のリスクが異なると推測されるが、実際に栄養評価の差を検討した研究は少ない。そこで当院の周術期栄養管理実施加算の取り組み状況と、診療科による栄養評価結果の差を報告する。

【方法】対象は2023年4月1日～2024年3月31日に手術目的に入院し、周術期栄養管理実施加算を算定した患者とした。栄養評価はSGAとCONUT変法を用いた主観的評価で、良好、過栄養、軽度不良、中等度不良、高度不良とした。術前と手術1～2週間後に栄養評価した結果を、診療科ごとに後ろ向きに診療録を調査した。

【結果】消化器外科は71件あり、術前栄養評価は良好77.5%、過栄養2.8%、軽度不良以下19.7%だった。術後栄養評価は良好43.7%、過栄養2.8%、軽度不良以下53.5%だった。整形外科は113件あり、術前評価は良好70%、過栄養15%、軽度不良以下15%だった。術後評価は良好59.3%、過栄養15%、軽度不良以下25.7%だった。

【結論】術後に軽度栄養不良以下と評価した割合の増加は、消化器外科で2.7倍、整形外科で1.7倍と消化器外科の方が1.5倍ほど高かった。栄養介入方法が同一であったが、今後は低栄養リスクの高低に合わせた介入方法を検討する必要がある。またより信頼度の高い栄養評価指標に切替えていくことが望ましいと考える。

O-54

周術期管理チームにおける管理栄養士の役割と今後の課題

¹川崎医科大学総合医療センター 栄養部, ²川崎医科大学総合医療センター 看護部,

³川崎医科大学 麻酔・集中治療医学, ⁴川崎医科大学 総合外科学, ⁵川崎医科大学 総合老年医学,

⁶川崎医科大学 歯科総合口腔医療学

小田 佳代子¹, 足羽 孝子², 大橋 一郎³, 山辻 知樹⁴, 杉本 研⁵, 山本 友美⁶

【目的】当院では安全で質の高い周術期管理の提供を目的に2023年6月より「周術期管理チーム」を結成し、多職種による術前介入を開始した。呼吸器外科手術の介入から開始し、2024年4月から心臓血管外科、6月から臓器外科手術を対象に介入患者の拡大を図っている。今回周術期管理チームにおける管理栄養士の役割と今後の課題について検討したので報告する。

【方法】主治医は手術日が決定したら周術期外来を予約し、術前栄養サポートの必要な患者は栄養指導予約も行う。周術期外来では麻酔科医師、歯科医師、薬剤師、入退院サポートセンター看護師、手術室・集中治療室看護師、理学療法士、管理栄養士が手術に向けた情報提供、口腔内環境のチェック、休薬の必要性、術前術後リハビリテーションの説明、栄養状態の評価・指導を行った。

【結果】2023年6月～2024年4月まで周術期外来を受診した患者は41名であった。そのうち管理栄養士が介入した患者は6名で、高血圧や脂質異常症に対する食事指導が4名、低栄養指導は2名であった。入院後は食事摂取量の確認や食事調整を行い、6名中3名は術後食事摂取量の維持または改善がみられた。

【結論】術前から栄養サポートの必要な患者に管理栄養士が介入し、疾患や低栄養に対する指導・入院後の食事調整を実施した。今後は入院前から退院まで継続的な栄養管理体制の構築と、対象手術の拡大に向けて周術期栄養管理に対応できる管理栄養士の育成を図りたい。

O-55

亜鉛製剤長期投与により銅欠乏性汎血球減少を呈した透析患者の一例

¹島根大学医学部附属病院 栄養サポートセンター, ²島根大学医学部附属病院 腎臓内科

三次 佳子¹, 足立 友紀¹, 陰山 美保子¹, 井上 美香¹, 山岡 詩織¹, 尾村 賢司¹, 中村 健志¹, 遠藤 進一¹, 間壁 史良¹, 佐藤 恵美¹, 野畑 亜希子¹, 大庭 雅史², 神田 武志², 矢崎 友隆¹, 岡 和幸¹, 板倉 正幸¹, 矢野 彰三¹

症例：80代女性。1年前から維持血液透析治療を受けている。原因不明の発熱のため入院となり、グラフト感染疑いにてシャント造設。入院中にショックとなり、精査の結果、肝嚢胞破裂による腹腔内出血であると診断し、輸血、TAEを実施した。食事摂取不良のためNSTに紹介があったが、経過中に汎血球減少の急激な進行を認めた。骨髓検査にて血球形態異常や染色体異常を認めず、血清銅 $13\mu\text{g/dL}$ と低値（基準値：71-132 $\mu\text{g/dL}$ ）であったことから、血球減少の原因として銅欠乏が疑われた。血清亜鉛は $124\mu\text{g/dL}$ （基準値：80-130 $\mu\text{g/dL}$ ）と比較的高値であった。透析施設で約半年前から処方されていた酢酸亜鉛25mg/日の内服が継続されており、これによる銅欠乏・汎血球減少と考えられた。酢酸亜鉛の中止と透析時メドレニクの投与およびエネーボ1本/日を追加したところ、血清亜鉛の低下とともに比較的速やかに血球数の回復が認められた。

考察：透析患者では亜鉛欠乏の頻度が高く、最近では亜鉛補充されている症例もよくみかけるが、「亜鉛欠乏症の診療指針2018」に従って、血清亜鉛、銅、鉄を定期的に測定し、銅欠乏や鉄欠乏に注意する必要がある。今回私共は、亜鉛製剤長期投与に出血イベントや食思低下が加わり銅欠乏性汎血球減少を呈した透析患者の症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

O-56

認知症患者に対するチームによる栄養介入

¹鳥取赤十字病院 栄養課, ²鳥取赤十字病院 外科, ³鳥取赤十字病院 薬剤部, ⁴鳥取赤十字病院 臨床検査部

平石 依里¹, 澤 裕子¹, 田村 裕子¹, 田村 真穂¹, 山代 豊², 山根 慶子³, 田中 歩³, 山下 奈津子³, 青木 良太⁴

【目的】2023年3月～2024年2月に当院へ入院した6925名のうち、65歳以上で日常生活自立度（以下自立度）III以上の患者は190名、自立度に問題のない患者は1976名であった。これらの患者のBMI, PNI, CONUTの栄養不良患者割合を比較した結果、前者では平均20.3, 37.5, 89.5%であった。一方後者は21.5, 43.7, 66.5%であり、認知症患者は低栄養リスクが高い傾向があると考えられた。そのため当院では自立度III以上で認知症ラウンド対象となる患者に対し、多職種で連携して積極的に栄養介入を図っている。その一例を報告する。

【症例】79歳女性。腰椎圧迫骨折にて入院したが自立度IVで食事摂取量少なく拒薬もあり、家族の差し入れやONSの付加など検討するも摂取量増加せずNST、認知症ラウンド、特定行為看護師など多職種で介入した。

【結果】食事摂取不良や拒薬があったが、食環境の整備も含めたチーム介入を行った。BMI, PNI, CONUTは入院時22.3, 31, 中等度不良が、退院時には22.8, 36, 軽度不良に改善し32病日で自宅退院した。

【結論】認知症患者に対し多職種でチーム介入を行うことで栄養管理の質が向上し、単一職種では達成できない方向性を見出すことができると考えられた。今後も認知症ラウンドを通し積極的に栄養不良患者の抽出を行い、早期に介入できるようなシステム構築に努めたい。

O-57

発見が遅れて褥瘡を発症した状態で緊急入院後NST介入により栄養状態が改善したくも膜下出血の一症例

¹ マツダ株式会社マツダ病院 栄養管理室, ² マツダ株式会社マツダ病院 リハビリテーション科,

³ マツダ株式会社マツダ病院 消化器内科, ⁴ 医療法人信愛会 日比野病院 脳ドック室・NST

平野 容子¹, 神崎 智子², 村田 翔太¹, 長沖 祐子³, 三原 千恵⁴

【はじめに】褥瘡を有する低栄養状態のくも膜下出血患者に対しNSTが介入し、他の医療チームとの連携で経口摂取と褥瘡治癒を得た症例を報告する。

【症例】72歳女性。自宅で倒れて意識障害、発熱、便失禁、褥瘡の状態で見送られ、くも膜下出血の診断で緊急入院となった。

【経過】脳動脈瘤破裂に対しコイル塞栓術を施行。術後アミノ酸加糖電解質輸液500mLのみ投与。第3病日、主治医の指示で経鼻胃管栄養を225kcalから開始。第4病日にNST介入。BMI:19.8, MNA 6点にて重度低栄養と判定。必要栄養量はH-B式から1349kcal (AI 1.1, SI 1.2)としたが栄養投与量は800kcalであった。褥瘡治癒目的にてコラーゲンペプチド配合の濃厚流動食に変更し1200kcalまで漸増。その後神経症状は改善し第10病日にペースト食の経口併用を開始したが摂取量が少なく栄養補助食品が追加された。褥瘡は褥瘡対策チームの協力を得て黒色壊死組織を伴うDESIGN-R DUから壊死組織が消えDESIGN-R d2に改善した。また摂食嚥下支援チームの協力でペースト食を再開し経口のみで1500kcal摂取可能となりリハビリ病院に転院した。

【考察】脳卒中に褥瘡を伴う重度の低栄養状態だったが、NST介入と他の医療チームの協力により転院できた、多職種対応の重要性が示唆された貴重な症例である。

O-58

当院のNST活動における現状と今後の課題

川崎医科大学附属病院 NST

稲毛 みゆき, 末藤 世奈, 松島 彩音, 中村 直未, 伏見 佳郎, 藤原 由規

当院は岡山県倉敷市南部に位置し高度急性期医療を提供している大学病院である。当院の栄養サポートチーム（以下：NST）は2004年3月に消化器センター（消化器外科、食道胃腸内科、肝胆膵内科）を中心としてNST活動を開始した。2005年7月に院内でNST推進委員会が発足となり、2006年6月に病院全体の全科を対象にNST活動を開始した。2007年8月から、適切な栄養補給により栄養状態を改善・維持して周術期の栄養管理、創傷治癒促進、低栄養患者に対しての栄養サポートを目的として正式にNST運用が開始となった。NSTの活動内容は、医師（総括）、管理栄養士、薬剤師、看護師、歯科衛生士、言語聴覚士をメンバーとして、週1回栄養管理についてカンファレンスを行い、カンファレンス終了後にチームメンバーで回診を行っている。

現状は、患者の治療方針が明確でない症例が散見されること、カンファレンス中に主治医が不在であることが多いため栄養状態をどの程度まで改善が必要であるかの判断がNSTとして難渋する症例がある。またNST介入中の患者に対して、栄養状態の終了目標がないため患者が退院するまでNST介入を行っている症例が多いことである。

今後の当院のNST活動において、NSTへ介入している各科の主治医はカンファレンスへ参加することもしくは主科の治療方針と栄養状態における目標を明確化していくことでNSTの役割を発揮できると考えるため改善すべき内容及び課題である。

O-59

顔面犬咬創で経口摂取困難となった患者へNST介入を行い、経口摂取での自宅退院が可能となった一症例

三豊総合病院 NST

三河 麻里, 福田 絹, 高橋 朋美, 小西 ひろ子, 大久保 伴子, 守谷 正美, 近藤 宏樹,
高原 紗知子, 篠永 浩, 山地 瑞穂, 合田 佳史, 和氣 洋享, 片桐 悠也, 後藤 拓朗, 遠藤 出

【はじめに】顔面の皮膚欠損から開口不可となった患者に対して経腸・末梢静脈栄養併用にて術前栄養管理を行い、術後経口摂取へ移行し自宅退院した一例を経験したので報告する。

【症例提示】患者は70歳、女性。自宅で犬に噛まれ入院。顔面両側頬部から下顎部の皮膚欠損を生じ上顎下顎部が露出した状態で経口摂取困難であった。入院日より経鼻胃管挿入し経腸栄養を開始するも下痢の発生を理由に強い拒否が見られ栄養増量に難渋していた。再建術前の栄養管理目的に入院6日目NST介入を開始。栄養剤の変更や投与速度の調整、末梢静脈栄養の併用により栄養管理を行い、入院25日目に遊離皮弁再建術を施行することができた。術後、口部は皮弁にて形成され筋肉の動きは見られるが十分な開口に至らず、開口訓練と併行して嚥下訓練を進めた。入院75日目の歯科医師による嚥下造影検査(VF)にて、嚥下調整食コード2-1, 中間のとりみの評価あり、同日より経口栄養剤の摂取を開始した。経口での栄養量に応じて経管栄養を調整し、入院194日目に経管栄養を離脱した。ミキサー食と経口栄養剤を併用することで経口のみで栄養量確保が可能となり、入院210日目に自宅退院された。

【結論】患者の負担を考慮しながら経腸・末梢静脈栄養を併用したことで栄養状態を維持することができた。嚥下評価に基づいて経口摂取を進め、多職種で連携して関わることで、患者の希望通り経口摂取のみでの自宅退院が可能となった。

O-60

遷延性意識障害患者における栄養療法のアウトカム

¹岡山済生会総合病院 内科・がん化学療法センター, ²岡山療護センター

犬飼 道雄¹, 本田 千穂², 横山 知幸², 梶田 幹子², 松井 亜希², 西風 貴志², 川本 佑美²,
平田 理恵²

(目的)岡山療護センターは、交通事故により遷延性意識障害を負った方が、社会復帰の可能性を追求し、適切な治療と看護を行う専門病院である。NSTによるきめ細やかな栄養療法やリハビリテーションなど、長期にわたり加療を行うことができ、良好な遷延性意識障害の改善を収めているのでここに報告する。

(対象)岡山療護センターに入院した32人を対象にした。

(結果)対象は、男21人、女11人で、平均年齢は 48.5 ± 21.5 歳であった。事故をしてから入院までの平均日数は 221.0 ± 140.0 日で、平均入院期間は 1127.9 ± 342.7 日であった。入院時の平均BMIは 18.9 ± 2.9 kg/m²で、平均PNIは 45.8 ± 4.7 、CONUTで栄養状態正常は14人、軽度異常は18人であった。SMI 5.4 ± 1.0 kg/m²、体脂肪率 $27.0 \pm 9.15\%$ 、ECW/TBW 全身 0.408 ± 0.009 、基礎代謝量inbody : 1156.4 ± 138.0 Kcal、HB-BEE : 1256.3 ± 230.7 Kcal、NASVAスコアは 52.4 ± 9.3 であった。全員胃瘻を用いた栄養療法を行なっている。摂取エネルギー量は入院時 1425.5 ± 289.1 Kcalから 1231.8 ± 303.0 Kcalに減じたが、有意に体脂肪の増加が主体ではあるが、BMIは上昇した。またNASVAスコアは 37.4 ± 21.0 と有意に改善した。さらに経口摂取が可能になると、NASVAスコアを構成する要素の改善につながる事が明らかになった。

(結語)PEGを行い、摂食嚥下リハビリと栄養管理を適切に実施することは、遷延性意識障害が改善するきっかけになる。

O-61

亜鉛製剤の適正使用に向けた維持血液透析患者の血清亜鉛及び血清銅の検査代行入力プロトコルを策定して

¹医療法人医誠会 児島中央病院 薬剤科, ²医療法人医誠会 児島中央病院 臨床検査科,

³医療法人医誠会 児島中央病院 栄養科, ⁴医療法人医誠会 児島中央病院 看護部,

⁵医療法人医誠会 児島中央病院 内科

才野 壽子¹, 平 健太郎¹, 三鍋 郁美², 谷藤 有恵², 槌谷 佳菜子³, 池田 香菜³, 前田 延枝⁴, 岡本 真菜美⁴, 浦久保 直澄⁵

【背景】維持血液透析患者は亜鉛欠乏に陥りやすく、亜鉛製剤を服用している患者は少なくない。一方、亜鉛製剤の副作用に銅欠乏があり銅性貧血や重篤な場合に汎血球減少を呈するため、定期的な血清亜鉛及び血清銅の濃度測定が推奨されている。

【目的】当院では、亜鉛製剤(酢酸亜鉛水和物及びポラプレジンク)服用中の維持血液透析患者の亜鉛製剤の適正使用を目的に、NST薬剤師が医師と協働し血清亜鉛及び血清銅濃度の検査代行プロトコル(以下、プロトコル)を策定し運用している。今回、プロトコルの使用状況及び今後の課題について報告する。

【方法】2021年12月～2024年3月までの検査代行件数及び、測定結果より薬剤科から薬剤調整提案を行った件数とその内容について調査した。

【結果】検査代行件数は194件であった。薬剤調整提案を行った件数は14件で、血清銅低下5件、うち汎血球減少は1件であった。他、血清銅上昇が1件、血清亜鉛低下が8件であり、いずれも処方変更に至った。

【考察・結論】維持血液透析患者の血清亜鉛及び血清銅の検査代行プロトコルは、効率的で安全かつ質の高い医療の実践につながるものと考えられるが、対象が亜鉛製剤服用中の患者と限定的である。より質の高い医療の実践に向け、亜鉛製剤未服用患者へ対象の拡大、また亜鉛製剤が適正使用されている患者には検査間隔の見直しなど、プロトコルの改定の余地があると考えられる。

O-62

NSTにおけるOral Health Assessment Tool日本語版を用いた口腔内評価の現状と今後の課題

¹川崎医科大学総合医療センター 栄養部, ²川崎医科大学 総合老年医学, ³川崎医科大学 歯科総合口腔医療学,

⁴川崎医科大学 総合外科学

脇本 綾香¹, 三好 彩果¹, 小田 佳代子¹, 杉本 研², 福本 宗子³, 山本 友美³, 山辻 知樹⁴

【目的】当院ではNST介入患者にOral Health Assessment Tool日本語版(以下OHAT)を用いた口腔内評価を行っている。口腔内環境と歯科介入の現状を把握し今後の課題について検討したので報告する。

【方法】対象は令和4年4月～6年3月にNST介入患者の内、歯科未介入者に対し管理栄養士がOHATによる口腔内評価を実施した121名(男性65名、女性56名、平均年齢77.1±10.5歳)。OHATによる口腔内評価をNSTカンファレンス時に情報共有し、問題症例には歯科介入を行なった。

【結果】NST介入患者661名の内、初回NST回診までにOHATを実施した症例は121名で全体の18%であった。OHAT項目別評価人数(健全, やや不良, 病的)は、口唇(97, 24, 0)、舌(117, 4, 0)、歯肉・粘膜(120, 1, 0)、唾液(92, 27, 2)、残存歯(91, 16, 14)、義歯(114, 7, 0)、口腔内清掃(79, 39, 3)、歯痛(117, 3, 1)であった。やや不良・病的と評価された人数が最も多かったのは口腔内清掃で42名、次いで唾液28名、口唇24名であった。OHATで少なくとも1項目がやや不良・病的と評価された患者94名の内、81名に歯科介入が行われた。

【結論】NST介入患者は口腔内乾燥や汚染が問題となっている症例が多かった。入院期間等の関係で歯科介入ができない症例もあり、OHATによる早期の口腔内評価が必要である。今後は歯科衛生士や病棟看護師と連携を密にし、患者の口腔内環境の改善と効果的な栄養管理の実践を目指したい。

O-63

院内初となるリフィーディング症候群を経験したことによる栄養管理への意識の変化

¹庄原赤十字病院 栄養課, ²庄原赤十字病院 腎臓内科

重政 光彰¹, 縫部 千賀子¹, 本田 清昌²

【症例】19歳女性 入院時BMI: 12.1kg/m²

【入院経過】大学進学に伴い一人暮らしを開始した。コロナの影響で大学に通学できず、精神的に不安定となり食欲低下を認めた。その後、無月経となり7月から婦人科に通院し加療したが改善乏しく、不眠なども認め1月から心療内科で加療していた。静養のため実家に帰宅したが、気分不良を認めたため救急外来を受診し、摂食障害による肝機能障害疑いにて入院となった。主治医からは、食事摂取推奨の指示があった。入院以降は、食事摂取良好で肝機能障害改善傾向見られたが、著しい血中リン濃度低下を認めたため、リフィーディング症候群(以下、RFS)の診断となった(リン:入院時3.0mg/dL→1.0mg/dL)。当院ではリン製剤を採用していなかったが、緊急性が高く、急遽採用とし食事を中止、リン補充を開始した。翌日からは少量の食事(400kcal)から再開し、2-3日毎に100kcalずつ食事量を増量した。その後血中リン濃度は安定し、拒食症が原因のため精神科での加療が必要と判断し、第10病日目に転院となった。

【症例後の院内の変化】本症例を経験後、RFSリスクが高い場合、入院時や絶食明けにおける栄養投与開始時にリンを含む電解質を測定が浸透し、普段の臨床栄養管理業務にRFSを考慮する意識が生まれた。

【結語】RFSは重症患者、摂食障害に限らず起こりうる病態のため、どの病院でもリスク評価を行い、患者個々に応じた個別化の栄養管理が求められる。

O-64

膵頭十二指腸切除後の胃排泄遅延に対する患者・家族教育の重要性

愛媛大学医学部 肝胆膵・乳腺外科学

浦岡 未央, 船水 尚武, 盛田 興輔, 疋田 貴大, 坂本 明優, 岩田 みく, 伊藤 千尋, 新恵 幹也, 上野 義智, 田村 圭, 楳田 祐三

膵頭十二指腸切除術(Pancreatoduodenectomy, PD)は膵・胆道領域の疾患で一般的に行われる術式であるが、PD後の合併症率は約5%に及び、難易度の高い術式の一つである。特に胃排泄遅延(Delayed gastric emptying, DGE)は10~25%の頻度で生じる合併症であり、致命的にはならないものの在院日数の延長を招く。

DGEの予防策としては、胃切除の範囲、挙上空腸の経路、胃動脈の血管処理の位置、またブラウン吻合の有無など議論はなされているものの、何が予防策として有用かはいまだ十分なコンセンサスは得られていない。治療は絶食を含む食事制限と栄養管理であり、場合により減圧ドレナージが必要となる。また、絶食期間が長期に及ぶ場合には高カロリー輸液にも必要となる。薬物療法としてビタミンB1、エリスロマイシン、スルピリド、六君子湯などの有用性が報告されている。改善までの日数は個人差があり、数日から数週間とばらつきがある。食事摂取が開始できても、改善初期で腹満など症状に乏しい場合や、病識がない場合にはDGE症状が再燃する場合がある。そのため退院前には管理栄養士による栄養指導も行っている。今回われわれはDGEが改善し、退院したものの家族が低栄養を危惧し、通常摂取をさせたことで再入院となった患者を経験した。DGE時には十分な栄養管理ともに、家族も含めた教育が必要であると思われた。

開頭腫瘍摘出術後の患者に対して多職種と連携し栄養介入した1症例

¹香川大学医学部附属病院 臨床栄養部, ²香川大学医学部附属病院 リハビリテーション部,

³香川大学医学部附属病院 脳神経外科, ⁴香川大学医学部附属病院 看護部

濱野 由衣¹, 松永 一真², 鈴木 健太³, 福家 共乃³, 朝倉 彩⁴, 三宅 啓介³, 北岡 陸男¹

【目的】術後食事量低下を認めた患者に介入し、栄養状態が改善した症例を経験したので報告する。

【症例】症例は74歳女性。増大傾向の右小脳橋角部腫瘍に対し、開頭腫瘍摘出術の目的で入院となった。入院時の栄養状態は身長158.0cm、体重60.5kg、BMI 24.2kg/m²。開頭術後から痙攣重積となり、麻酔鎮静管理が開始された。鎮静による腸蠕動低下で誤嚥イベントが危惧され、TPN管理を行った(11.5kcal/IBW)。術後8日目、消化管を慎重に使用し、経鼻胃管より消化態栄養剤の注入を開始し、以後、消化器症状をみながら段階的に増量する方針とした。術後19日目、経口摂取を再開したが、日中の傾眠傾向や易怒性のため十分量の摂取が困難であり、ENを増量した(28.4kcal/IBW)。術後25日目、胃管を自己抜去したが、25～30kcal/IBWを経口で充足させる方針となった。精神的要因には、抗精神病薬が奏功し興奮状態は軽減したが、嗜好や右顔面麻痺による食べこぼしで摂取量にムラがあり、食事調整とONSを付加した(28.1kcal/IBW)。術後47日目、言語聴覚士による嚥下訓練で誤嚥リスクの低下を確認し、刻みから一口大へ変更した。以後、安定してTEE充足できた(31.6kcal/IBW)。栄養評価の推移はCONUT 10点(25病日)から6点(59病日)に、術後55.8kgに減少した体重は退院時58.9kgまで改善した。

【結論】多職種と連携し、積極的な介入により術後の栄養不良を改善し得た。

謝 辞

アボットジャパン合同会社
株式会社泉平
株式会社インボディ・ジャパン
株式会社エイチ・エス・ピー
エス・ケー・フーズ株式会社
OKF株式会社
株式会社大塚製薬工場
株式会社サンラヴィアン
株式会社ジェイ・エム・エス
株式会社ツムラ
株式会社ナリコマエンダープライズ
日清オイリオグループ株式会社
ニュートリー株式会社
ネスレ日本株式会社
株式会社ハーバー研究所
株式会社長谷川綿行
はなまる青果株式会社
備前味噌醤油株式会社
株式会社フジマック
株式会社ほそだ
株式会社本多岡山支店
株式会社誠屋
ミヤリサン製薬株式会社
株式会社明治
森永乳業クリニコ株式会社
株式会社ヤクルト本社
ヤマネ株式会社

(50音順)

2024年7月18日現在

日本栄養治療学会 第16回中国四国支部学術集会の開催に際して、上記の皆様から貴重ご支援を賜りました。この場をお借りして心より御礼申し上げます。

日本栄養治療学会 第16回中国四国支部学術集会
会長 遠藤 陽子

**日本栄養治療学会 第16回中国四国支部学術集会
プログラム・抄録集**

発 行 2024年8月

編 集 川崎医科大学附属病院 栄養部
〒701-0192 岡山県倉敷市松島577
TEL：086-462-1111 FAX：086-464-1172

印 刷 株式会社メッド
〒701-0114 岡山県倉敷市松島1075-3
TEL：086-463-5344 FAX：086-463-5345