

第 14 回

日本臨床栄養代謝学会

北海道支部学術集会

「経口栄養を考える」

支部長 巽 博臣（札幌医科大学医学部 集中治療医学）

大会長 藤本 篤士（札幌西円山病院 歯科診療部）

日時：**2022 年 8 月 27 日（土）**
9:30-16:55（予定）

開催形式：**WEB 開催**

JSPEN 日本臨床栄養代謝学会北海道支部

札幌医科大学医学部 集中治療医学

〒060-8543 札幌市中央区南 1 条西 16 丁目

TEL:011-611-2111（内線 37280）

ご挨拶

第 14 回日本臨床栄養代謝学会北海道支部学術集会

大会長 藤本 篤士

札幌西円山病院 歯科診療部



第 14 回日本臨床栄養代謝学会北海道支部学術集会を 2022 年 8 月 27 日（土）に、オンライン＋オンディマンド形式で開催させて頂くこととなりました。当初はハイブリットの予定でしたが、昨今の新型コロナウイルス禍の影響で断念するに至ったことはとても残念です。

今回の学術集会では、『経口栄養を考える』をテーマに開催いたします。学術集会では、基調講演をはじめ、教育セミナーやシンポジウム、一般演題などのセッションを予定しております。摂食嚥下障害はもちろん、倫理の問題や薬剤、さまざまな現場での対応など幅広い視点から経口栄養を考え、多くの参加者の方々の日常臨床や研究、教育にお役に立てることができるようにプログラム内容を企画しました。

オンライン上ではありますが多くの皆様とお会いし、一緒に学べることを嬉しく、心待ちにしております。参加される方々、どうぞよろしくお願いいたします。

参加者の皆様へのご案内

1.参加登録について

- ・HP 参加登録 (<https://jспен14.gakkai.me/regst.html>) より、参加登録を行ってください。
- ・受付期間内に、参加登録および参加費（クレジットカード決済）の支払いを済ませていただいた上で、参加登録完了となりますので、ご注意ください。

【受付期間】

2022年7月4日（月）正午～2022年9月29日（木）正午まで

【参加費】

参加カテゴリー	事前参加登録参加費
会員	3,000 円（不課税）
非会員	4,000 円（課税・税込）
学生	1,000 円

※学生であっても、現在施設に勤務されている方は会員もしくは非会員として登録してください。施設に勤務していない学生の場合は、参加登録の際に学生証のコピーをメールにて送付してください。

【参加証（領収書付き）】

- ・オンデマンド配信終了後、メールをお送りいたしますので、各自印刷してください。

2.参加単位について

- ・臨床栄養代謝専門療法士認定制度の認定・更新の際の単位（JSPEN 支部会 学術集会参加：5単位）が取得できます。

3.プログラム抄録集について

- ・今大会は、プログラム抄録集の印刷および発送は致しません。
- ・参加登録いただいた方へメール（PDFデータ）にてお送りいたします。

4.参加方法

- ・Zoom ウェビナーを使用したライブ配信を行います。
- ・事前に Zoom アプリをインストールいただき（インストール済みの方は、最新版にアップデートいただくことを推奨いたします）ますようお願い申し上げます。
- ・参加登録および参加費のお支払いを完了された方へ、開催 2 日前を目途に当日視聴用の Zoom URL をメールにてご連絡いたします。

なお、ZoomURL（ログイン ID、パスワード）は第三者には知らせないでください。

- ・講演の録画、録音、写真撮影（スクリーンショット）は固くお断りいたします。

5.質疑方法

- ・Zoom の「Q&A」機能を使用します。ご質問がある場合は、ご所属と氏名を明記いただいた上で、ご質問等をご入力ください。
- ・時間の都合上、全ての質問にお答えできない場合がございます。あらかじめご了承ください。

座長・演者の皆様へのご案内

1.座長および演者へ共通のご案内

- ・一般演題の発表時間は、発表 5 分、質疑 3 分、合計 8 分といたします。
- ・シンポジウム等は事前にお伝えしている時間になります。
- ・事前に Zoom アプリをインストールいただきますよう（インストール済みの方は、最新版にアップデートいただくことを推奨いたします）お願い申し上げます。
- ・マイクおよびスピーカー（音声のハウリングを避けるため、ヘッドセットを推奨いたします）とカメラをご用意ください。
- ・学会当日は安定したネット環境を確保し、セッションの進行に支障のない場所でご参加ください。
- ・Zoom の氏名は漢字フルネームでのご登録をお願いいたします。
- ・ご自身のセッションの 10 分前になりましたら、「手を挙げる」ボタンを押してお待ちください。手を挙げていただきましたら、こちらでパネリストに昇格いたします。
ご出演が終わりましたら、こちらで「参加者」に戻しますので、そのまま視聴可能です。
- ・ご出演までカメラはオフ、音声はミュートの状態でお待ちください。
- ・ご発表の際の ZoomURL と視聴用 ZoomURL は同じです。

2.座長の皆様へ

- ・一般演題の発表は、1 演題発表 5 分、質疑 3 分、合計 8 分といたします。
- ・シンポジウム等は事前にお伝えしている時間になります。
- ・進行は時間厳守にご協力ください。
- ・演者紹介の際には、演題番号と発表者氏名のみご紹介ください。質疑時間を確保するため、演題名や発表者のご所属の紹介は不要です。
- ・講演開始後、演者の音声が入っていない等がございましたら、速やかに座長よりアナウンスをお願いいたします。他、進行に支障が出た際には、臨機応変なご対応をお願いいたします。
- ・視聴者の質疑は「Q&A」機能を使用いたします。都度「Q&A」をご確認いただき、質問いただいた際は、記載された質問を読み上げ、演者へ回答をいただいでください。

3.演者の皆様へ

- ・発表データは音声付きの PowerPoint データを事前にご提出いただき、当日は配信担当が画面共有にて再生させていただきます。発表（動画）終了後は、座長の指示のもと質疑応答いただきます。

第14回日本臨床栄養代謝学会北海道支部学術集会

日程表

	9:30-9:35 開会の辞
10:00	<p>9:35-10:10 一般演題1 座長：児玉 佳之（こだま在宅内科緩和ケアクリニック）、笠師久美子（北海道医療大学）</p>
	<p>10:15-10:40 一般演題2 座長：信岡 隆幸（札幌医科大学）、澤田 篤史（北海道医療大学）</p>
11:00	<p>10:45-11:20 一般演題3 座長：日下部俊朗（東札幌病院）、松田 和也（札幌共立五輪橋病院）</p>
	<p>11:25-11:50 一般演題4 座長：星 智和（留萌市立病院）、渡邊なつき（北光記念病院）</p>
12:00	<p>12:00-13:00 ランチオンセミナー 「治らない嚥下障害への対応～認知症高齢者の食支援・栄養療法の必要性」 座長：巽 博臣（札幌医科大学） 演者：野原 幹司（大阪大学） 共催：株式会社大塚製薬工場</p>
13:00	<p>13:05-14:05 教育セミナー～経口摂取と摂食嚥下障害の臨床倫理～ 「食べられる, 食べられない ～それに留まらぬ問題について考える～」 座長：藤本 篤士（札幌西円山病院） 演者：金沢 英哲（Swallowish Clinic） 共催：株式会社東京技研</p>
14:00	<p>14:10-14:45 一般演題5 座長：中村 誠志（札幌禎心会病院）、早坂 敬明（北海道医療大学）</p>
15:00	<p>14:50-15:25 一般演題6 座長：目黒 英二（ななえ新病院）、水谷 一寿（洞爺温泉病院）</p>
16:00	<p>15:30-16:50 シンポジウム 「栄養を継ぐための摂食嚥下障害への対応～病院から施設, 在宅へのシームレスな連携のために～」 座長：藤本 篤士（札幌西円山病院）、金沢 英哲（Swallowish Clinic） 演者：藤本 篤士（札幌西円山病院）、澤田 篤史（北海道医療大学） 源間 隆雄（札幌麻生脳神経外科病院）、金沢 英哲（Swallowish Clinic）</p>
17:00	16:50-16:55 閉会の辞

プログラム

9:30-9:35 開会の辞

大会長：藤本 篤士（札幌西円山病院 歯科診療部）

9:35-10:10 一般演題 1

座長：児玉 佳之（医療法人社団佳生会 こだま在宅内科緩和ケアクリニック 診療部）
笠師久美子（北海道医療大学 薬学部）

1. 低体重（40kg 以下）維持透析患者の栄養管理についての検討

医療法人社団 腎愛会だてクリニック

大里 寿江

2. BMI 52 の高度肥満患者に対する NST 介入の報告

- 1) 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 栄養科、
- 2) 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 救急科、
- 3) 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 看護部、
- 4) 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 薬剤部、
- 5) 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 検査科、
- 6) 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 リハビリテーション

○周東珠莉亜¹、猪子 美樹¹、浦家 弥生³、金崎 修治⁴、齋藤 駿太⁴、佐藤 周登⁵、
澤口 尚哉⁵、伴 萌⁴、松田 純和⁴、三浦 巧⁶、八木澤啓司⁴、藤田 絵里¹、
佐藤 洋祐²

3. 胃切除術後早期の患者に対する超高濃度栄養食品併用の効果

- 1) 手稲溪仁会病院 栄養部、2) 手稲溪仁会病院 看護部、3) 手稲溪仁会病院 外科

○入江 翠¹、田中 智美¹、佐藤 文哉¹、佐藤 真鈴¹、上野由香里¹、笠井由季菜¹、
島田 文²、中村 文隆³

4. 大球性貧血患者に対しセレンが有効であった長期経腸栄養中の 2 症例

- 1) 札幌しらかば台病院 NST、2) 札幌しらかば台病院 内科・消化器科、
- 3) 札幌しらかば台病院 脳神経内科

○小日向真澄¹、菊地 剛史²、星 百美¹、津田 玲子³、保月 隆良^{1,3}、菊池 進³、
吉田 幸成^{1,2}、遠藤 高夫²

10:15-10:40 一般演題 2

座長：信岡 隆幸（札幌医科大学 消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座）
澤田 篤史（北海道医療大学 リハビリテーション科学部 理学療法学科）

5. 外来化学療法を受ける消化器がん患者の予後栄養指数を使用した栄養評価と 栄養指導状況の課題

- 1) 小樽市立病院 栄養管理科、2) 小樽市立病院 NST、3) 小樽市立病院 麻酔科、
- 4) 小樽市立病院 外科

○川野夕花里^{1,2}、大槻 郁人^{2,3}、渡邊 恵子^{1,2}、渡邊 義人^{2,4}

6. 当院における食道癌術後 Sarcopenia 対策のための外来リハビリ・栄養強化プログラム -ZESAP-の実践と成果

- 1) 手稲溪仁会病院 外科、2) 手稲溪仁会病院 栄養部、3) 手稲溪仁会病院 看護部、
- 4) 手稲溪仁会病院 リハビリテーション部、5) 手稲溪仁会病院 臨床検査部、
- 6) 手稲溪仁会病院 歯科

○岡田 尚也¹、木ノ下義宏¹、入江 翠²、中村 彩乃²、須藤 瑠衣²、佐藤 真鈴²、
市戸 夏子³、金子 佳奈³、田島 茂樹⁴、木ノ下悠子⁴、中静 久美⁵、小森 美香⁶、
針谷 靖史⁶、田中 智美²、中村 文隆¹

7. 減圧目的に経鼻胃管挿入後経口摂取可能となり QOL が向上した 在宅終末期悪性消化管閉塞患者 2 症例

- 1) 医療法人社団佳生会 こだま在宅内科緩和ケアクリニック 看護部、
- 2) 医療法人社団佳生会 こだま在宅内科緩和ケアクリニック 診療部

○小林やよい¹、北田 優子¹、児玉 佳之²

10:45-11:20 一般演題 3

座長：日下部俊朗（医療法人 東札幌病院 内科）

松田 和也（医療法人為久会 札幌共立五輪橋病院 薬剤科）

8. 当院高度救命救急センターの重症 COVID-19 に対する栄養療法の取り組み

- 1) 札幌医科大学医学部救急医学講座、2) 札幌医科大学附属病院 看護部
○高橋科那子¹、船水 良太²、原田 敬介¹

9. 新型コロナウイルス肺炎に対する腹臥位療法中の経腸栄養投与方法についての検討

- 1) 東京都立多摩総合医療センター 救命救急センター、
2) 東京都立多摩総合医療センター 栄養科、3) 東京都立多摩総合医療センター 看護部、
4) 東京都立多摩総合医療センター 薬剤科、
5) 東京都立多摩総合医療センター 糖尿病・内分泌代謝内科、
6) 東京都立多摩総合医療センター 消化器・一般外科、
7) 東京都立多摩総合医療センター リハビリテーション科
○鈴木 大聡¹、西浦 歩²、岡 祥子²、鶴田 優³、若林 剛³、池田 麻莉³、
町田 健祐³、菅原 淳子³、小川 一步⁴、佐藤 文紀⁵、畑尾 史彦⁶、佐藤 和強⁷

10. バンパー埋没症候群の2例

- 1) 留萌市立病院 NST、2) 留萌市立病院 外科、3) 留萌市立病院 消化器内科
○星 智和^{1,2}、横山 直矢¹、燕 瑞穂¹、櫻庭 知世¹、千葉 真司¹、平澤 竜也¹、
太田 充¹、歳桃ひとみ¹、鷺見 宏樹¹、村松 博士^{1,3}

11. 腹腔内癒着による PEG 困難症例に対して腹腔鏡補助下 PEG が有効であった2例

- 1) 札幌医科大学 消化器・総合、乳腺・内分泌外科、
2) 札幌医科大学 高度救命救急センター、3) 札幌医科大学 集中治療部
○木村 明菜¹、伊東 竜哉¹、小川 宰司¹、信岡 隆幸¹、秋月 恵美¹、原田 敬介²、
巽 博臣³、竹政 伊知朗¹

11:25-11:50 一般演題 4

座長：星 智和（留萌市立病院 外科）

渡邊なつき（北光記念病院）

12. 当院 ICU における人工臓器使用に対する看護師の認識調査

～人工臓器を普及させるために～

- 1) 札幌医科大学附属病院 看護部、2) 札幌医科大学 医学部 集中医療学、
 - 3) 札幌医科大学附属病院 臨床工学部
- 高橋 一輝¹、巽 博臣²、赤塚 正幸²、中村 勇輝³、山口 真依³、島田 朋和³、
升田 好樹²

13. コロナ禍における ICT（情報通信技術）を活用した臨床栄養セミナーの有用性

- 1) 札幌医科大学附属病院臨床栄養管理委員会 NST 部会、
 - 2) 札幌医科大学附属病院栄養管理センター、
 - 3) 札幌医科大学附属病院高度救命救急センター
- 白石沙耶可^{1,2}、原田 敬介^{1,3}

14. オンラインシステムを利用した NST セミナーの有用性～第 6 回 NST セミナーを開催して～

- 1) 日本臨床栄養代謝学会北海道支部薬剤師ワーキンググループ、
 - 2) 医療法人為久会 札幌共立五輪橋病院 薬剤科、3) 札幌西円山病院 薬剤部、
 - 4) 天使病院 薬剤部、5) 札幌医科大学附属病院 薬剤部、6) 北光記念病院 薬剤科、
 - 7) 洞爺温泉病院 薬局、8) 北海道医療大学薬学部
- 松田 和也^{1,2}、阿部 孝行^{1,3}、伊藤 拓^{1,4}、高橋 和也^{1,5}、高橋 豊^{1,6}、
水谷 一寿^{1,7}、早坂 敬明^{1,8}、笠師久美子^{1,8}

12:00-13:00 ランチョンセミナー

「治らない嚥下障害への対応～認知症高齢者の食支援・栄養療法の必要性」

座長：巽 博臣（札幌医科大学医学部 集中治療医学）

演者：野原 幹司（大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能治療学教室）

共催：株式会社大塚製薬工場

※オンデマンド配信はございません

13:05-14:05 教育セミナー「経口摂取と摂食嚥下障害の臨床倫理」

「食べられる, 食べられない ～それに留まらぬ問題について考える～」

座長：藤本 篤士（札幌西円山病院 歯科診療部）

演者：金沢 英哲（Swallowish Clinic）

共催：株式会社東京技研

14:10-14:45 一般演題 5

座長：中村 誠志（札幌禎心会病院 消化器外科）

早坂 敬明（北海道医療大学 薬学部 実務薬学講座）

15. 介護保険施設入所要介護高齢者における体重減少、肺炎発症と口腔健康管理の関係

北海道大学大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室

○渡邊 裕、木村 千鶴、新井 絵理、松下 貴恵、山崎 裕

16. 口腔外科手術における術後の栄養管理

1) 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 歯科口腔外科、

2) 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 周術期口腔ケアセンター、

3) 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 栄養部、

4) 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 外科

○小森 美香^{1,2}、佐藤 真鈴³、渋谷 舞^{1, 2}、田中 智美³、山城 貴愛^{1,2}、
沖田美千子^{1,2}、岡田 尚也⁴、中村 文隆⁴、針谷 靖史^{1,2}

17. 手術非適応とされた頭頸部がん患者に対して顎補綴装置を製作し

経口摂取継続を図った 1 例

聖隷浜松病院 歯科

○門田 千晶、福永 暁子

18. 多職種連携による在宅終末期の患者経験価値向上の 1 例

フォーエス歯科

○大西 達也

14:50-15:25 一般演題 6

座長：目黒 英二（函館厚生院 ななえ新病院）
水谷 一寿（洞爺温泉病院）

19. 適切な栄養補給方法の提供の為、当院で取り組んだ他医療機関専門職種との連携事例

社会医療法人社団愛心館 愛心メモリアル病院 食事部栄養課
○畠山 朋子、小嶋 早織、石山 夏紀、久世 春菜

20. 多職種連携による情報共有と薬剤調整によって摂食状況に改善を認めた 1 例

1) 市立室蘭総合病院 薬局、2) 市立室蘭総合病院 SST、
3) 市立室蘭総合病院 NST
○浅野由美子^{1,2,3}、横田 奏平²、平岡 彩子³、城前有紀乃²、関川 由美³、
菊地 毬菜³、古内久美子³、前田有一郎³、安住 匡人^{1,3}、金子 圭太¹、
吉嶋 邦晃¹、岩本 高始²、高橋 悠哉²、宇野 智子^{2,3}、佐々木 賢一³

**21. 嚥下造影検査結果により食形態と姿勢の調整を行い、経口摂取継続可能となった
反復性誤嚥性肺炎の一例**

1) 社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院 リハビリテーション部、
2) 社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院 消化器外科、
3) 社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院 薬剤部、
4) 社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院 栄養科、
5) 社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院 看護部
○走上ひとみ¹、中村 誠志²、宮崎 里奈³、角 直子⁴、大沼 舞⁵

22. 正しい理解のもとに胃瘻造設を決意し経口摂取が確立された一例

1) 医療法人社団 洞仁会 洞爺温泉病院 NST、
2) 医療法人社団 洞仁会 洞爺温泉病院 診療部、
3) 医療法人社団 洞仁会 洞爺温泉病院 診療技術部 リハビリテーション課
○高見 祐美¹、鈴木 佑人^{1,3}、岡室 淳³、古屋 龍杜³、塚原 夏輝¹、青木 美薫¹、
浅利亚由美¹、山浦 由紀¹、水谷 一寿¹、増田 広江¹、橋本 美紀¹、岸 明彦²、
渡久山 晃^{1,2}、上田 修^{1,2}、中谷 玲二^{1,2}

15:30-16:50 シンポジウム

「栄養を継ぐための摂食嚥下障害への対応

～病院から施設、在宅へのシームレスな連携のために～

座長：藤本 篤士（札幌西円山病院 歯科）

金沢 英哲（Swallowish Clinic）

SY1. 口腔の老化と摂食嚥下障害

藤本 篤士（札幌西円山病院 歯科）

SY2. 急性期から回復期への連携のために 急性期での対応

澤田 篤史（北海道医療大学 リハビリテーション科学部 理学療法学科）

SY3. 回復期から慢性期・施設への連携のために 回復期での対応

源間 隆雄（札幌麻生脳神経外科病院 リハビリテーション科）

SY4. 回復期から在宅への連携のために 在宅での対応

金沢 英哲（Swallowish Clinic）

16:50-16:55 閉会の辞

大会長：藤本 篤士（札幌西円山病院 歯科診療部）

抄 録

ランチオンセミナー

教育セミナー

シンポジウム

一般演題

LS. 治らない嚥下障害への対応～認知症高齢者の食支援・栄養療法の必要性

大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能治療学教室

野原 幹司

近年、病院だけでなく施設・在宅でも NST という言葉が散見されるようになり、積極的な取り組みがなされつつある。病院や在宅といった場を選ばず「栄養摂取は経口が理想・基本」ということに異論はないと思われるが、そのようななか対応に困るのが、認知症高齢者の嚥下障害ではないだろうか。

これまでの嚥下障害の対象疾患は脳卒中回復期、すなわち嚥下訓練をして機能改善を目指すという、いわば治る嚥下障害がメインであった。このインパクトが強かったため「嚥下障害→嚥下訓練→機能回復」というイメージが一般に広まったと推察される。しかし、超高齢社会となり増加したのが、認知症などの変性疾患による嚥下障害である。極論を言えば変性疾患の嚥下障害は訓練では治らない。そのような病態に対して、嚥下訓練→機能回復を目指したアプローチを適用することは、患者本人だけでなく、介助者や医療者も消耗することになる。治らない嚥下障害への対応ポイントは、嚥下機能の回復（＝キュア）ではなく、今ある機能を活かして食を支援すること（＝ケア）に重きを置くことである。

以上の背景をもとに、今回の講演では認知症高齢者の食支援を考えてみたい。食支援を行うには「認知症」と一括りにするのではなく、認知症の原因疾患の特徴に合わせて、アプローチ方法を工夫することが臨床の Tips である。そうすれば認知症高齢者の低栄養や誤嚥性肺炎の予防への道が見えてくるはずである。

ES. 食べられる, 食べられない ～それに留まらぬ問題について考える～

Swallowish Clinic

金沢 英哲

食べることの臨床倫理的課題には、主に1. シンプルに医学的な課題としてジレンマが生じる場合と、2. 患者の個別性の追求（非合理性）と組織・チーム・制度上の都合（合理性）のジレンマ、3. 医療者⇔患者, 医療者⇔患者家族, 患者⇔患者家族, 医療者⇔医療者間のように他者との関係性のなかにジレンマが生じる場合があり、これらはしばしば交絡している。

「倫理的気づき」と「話し合いツールとして Jonsen の 4 分割表」の活用の仕方を概説する。最大のポイントは、臨床倫理の話し合いは「結論を出す」ためではなく、「なおも不足していた情報」に気づき、「お互いの考え方について知らなかったこと」を理解すること、そして相手に関心を持って関わりと話し合いを重ねていくことに価値がある。

臨床倫理的態度を心得て、患者や、臨床に真摯に向き合った自分の立ち位置はどこにあるのか、正しく把握できているだろうか？場面によって、患者に指示したり paternalism, 患者に推奨したり libertarian paternalism, 背中を推してあげたり nudge, 患者が望むことであればどんなことでも（医学的立場からは推奨できないことであっても）支援する立場をとったり respect autonomy しているだろう。患者の意思決定や意思決定支援について整理して、「今はどんな支援をしているか、それは妥当な立ち位置か」の思考整理、自らの態度の根拠などに役立てられる話題を提供したい。

SY. 栄養を継ぐための摂食嚥下障害への対応 ～病院から施設，在宅へのシームレスな連携のために～

SY1. 口腔の老化と摂食嚥下障害

札幌西円山病院 歯科

藤本 篤士

口腔の老化は口腔環境と口腔機能の変化と並行して進み，さらに全身の精神・身体機能の老化や，脳血管疾患や認知症，神経難病などの疾患と相まって「食べる」機能が障害される。

良好な栄養状態を保つためには，急性期病院や慢性期病院，施設，在宅へと関わる施設が変遷する中で，シームレスな連携と，それぞれでどのような対応が必要なのかを考える必要がある。本シンポジウムではその概略と連携について考察してみたい。

SY2. 急性期から回復期への連携のために 急性期での対応

北海道医療大学 リハビリテーション科学部

澤田 篤史

2018年に低栄養の国際的な診断基準が発表され、筋肉量は低栄養を診断する指標であるとともに、医療者が改善を目指す重要なアウトカムの一つとなった。急性期では炎症や代謝異常、低栄養、不動など多病因が複雑に関わりあって、サルコペニアを発症しやすい。サルコペニアによる嚥下機能障害は改善に難渋することが多く、急性期ではサルコペニアの予防を目的に多職種による包括的なアプローチが求められる。

シンポジウムでは自験例を基に、急性期のサルコペニア予防に関する現状と課題を検討したい。

SY3. 回復期から慢性期・施設への連携のために 回復期での対応

札幌麻生脳神経外科病院 リハビリテーション科
源間 隆雄

回復期での食支援の大きな柱は全身状態の安定と多職種連携、医科歯科連携の充実と考えている。摂食嚥下障害と低栄養の改善に向けた取り組み、食形態常食化支援に向けて咀嚼訓練や歯科治療を最大限実施しつつ、生活期・施設に向けた次のステージに移行する前に回復期入棟後半からは生活期で実現可能な食形態、食事介助方法を意識している。当日は私が経験した二症例を中心に多職種連携、医科歯科連携の工夫と回復期における食支援の実際をお話したい。

SY4. 回復期から在宅への連携のために 在宅での対応

Swallowish Clinic
金沢 英哲

当院は開設地(東京)に留まらず、北海道含む全国の摂食嚥下障害者に在宅医療を側方支援している。かかりつけ医としての患者は少数で、主に病態に絡んだ重度嚥下障害の専門的支援と情報共有業務が主体である。

病院と在宅での生活環境が大きく異なることは必然で、サービス事業者の質量や人々の価値観には地域差もある。以前は入院中の試験外出・外泊から支援や連携構築が可能だったが、現況コロナ禍ではサービス事業者はおろか家族すら退院前指導や介助法を学ぶ機会が極端に減った。従来は退院見込み以降に「退院前カンファレンス」が開催されていたが、当院では患者側要請に応じて「退院先方向性未定」の段階から、病院と在宅で定期的な ZOOM meeting や MCS (Medical Care Station) アプリも用いて連携構築を開始している。コロナ禍のコミュニケーション不足に端を発した患者・家族・サービス事業者双方の不安から、摂食嚥下障害者の在宅復帰に躊躇してしまうリスク回避を積極的に図っている。

1. 低体重（40kg 以下）維持透析患者の栄養管理についての検討

（医）腎愛会だてクリニック

大里 寿江

【緒言】透析患者の高齢化により低体重患者が増加している。当院透析患者 146 名中 40kg 以下の患者は 21 名 14.4%にも及び循環血漿量が少ないため食事内容の少しの変化が血液検査データに大きく影響する。

【目的】低体重維持透析患者の栄養管理を体組成及び経腸栄養患者から検討する。

【対象】維持透患者 21 名（女性 20 名、男性 1 名）、年齢 76.9 ± 11.6 歳、DW 36.2 ± 2.5 kg、BMI 16.8 ± 1.9

【方法】

- 1, インピーダンス法による体組成測定
- 2, NRI-JH (nutritional risk for Japanese hemodialysis patients) による栄養評価。
- 3, 経腸栄養使用患者 3 名の投与内容と血液検査データ推移について検討した。

【結果】

- 1、健常人の浮腫率は、0.385 程度であるが、対象の平均浮腫率は 0.419 と体水分過剰傾向であった。骨格筋指数は 5.9 ± 1.1 、体脂肪率は $39.3 \pm 10.4\%$ 、体水分率 55.4%であった。
- 2、栄養評価 NRI-JH では、低リスク 4 名、中リスク 1 名、高リスク 16 名であった。
- 3、経管栄養患者は、エネーボ経腸用液と栄養補助食品のレナジービットを使用しタンパク投与量は $0.9 \sim 1.0$ g/kg/日で目標範囲内維持、カリウムは 900 mg/日でも管理目標値上限の $5.0 \sim 5.5$ mEq/L であり減量が必要であった。

【考察】慢性腎臓病に対する食事摂取基準 2014 年版では、維持透析患者のカリウムは 2000mg/日以下となっているが、経腸栄養患者においては 1000mg を超えると血清カリウム濃度が上昇する場合が多く、低体重患者の中でも体脂肪率が高く体水分量の少ない患者は、更に許容量が低くなる可能性があった。

【結論】低体重維持透析患者の栄養管理は、体組成も加味した検討が必要である。

2. BMI 52 の高度肥満患者に対する NST 介入の報告

- 1) 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 栄養科
- 2) 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 救急科
- 3) 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 看護部
- 4) 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 薬剤部
- 5) 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 検査科
- 6) 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 リハビリテーション

周東珠莉亜¹、猪子 美樹¹、浦家 弥生³、金崎 修治⁴、齋藤 駿太⁴、佐藤 周登⁵、
澤口 尚哉⁵、伴 萌⁴、松田 純和⁴、三浦 巧⁶、八木澤啓司⁴、藤田 絵里¹、
佐藤 洋祐²

【緒言】当院 NST の介入対象となる患者の背景は多様だが、高齢化に伴い増加した低栄養症例を中心である。一方で、若年の高度肥満患者への介入経験は少なかった。今回、高度肥満患者へ介入し、食事療法とリハビリテーションにより合併症なく減量に成功した症例を経験したので報告する。

【症例・経過】31 歳女性。2 型糖尿病、本態性高血圧にて他院通院中だった。2018 年 9 月に歩行困難にて当院救急搬送となり、蜂窩織炎の診断で入院となった。入院時は身長 170cm、実体重 150kg (BMI 51.9) であった。当初は ADL、高度肥満、糖尿病があることから、糖尿病食事療法基準を基に糖質制限食 1600kcal、蛋白質 80g (糖質 50%) が開始されていた。体重変化がなく主治医より依頼され、入院 1 か月後より NST の介入を開始した。栄養状態を維持しながらの減量を目的に糖質制限・蛋白質補給を強化 (蛋白質 70g、糖質 43%) した栄養管理を行い、102.2kg (BMI 35) まで減量し退院した。入院中に筋力の低下は来さず経過した。

【考察】減量に際しては筋タンパクの喪失による筋力の低下など、合併症の発生が懸念される。本症例においては、高度肥満でありリハビリテーションもままならないところであったが、若年者であること、適切に栄養管理を行ったこと、何より本人が減量およびリハビリテーションに意欲的であったことから、合併症なく減量に成功したと考えられる。

【結語】NST の介入により、合併症の発生なく減量に成功した若年の高度肥満患者を経験した。

3. 胃切除術後早期の患者に対する超高濃度栄養食品併用の効果

1) 手稲溪仁会病院 栄養部、2) 手稲溪仁会病院 看護部、3) 手稲溪仁会病院 外科、

入江 翠¹、田中 智美¹、佐藤 文哉¹、佐藤 真鈴¹、上野由香里¹、笠井 由季菜¹、
島田 文²、中村 文隆³

【目的】

胃切除術直後は十分に食事が摂取できず、10%以上の体重減少がみられることが多い。外来でも栄養サポートを行っているが、術後1ヶ月で200kcal前後の不足があった。胃切除術後早期の患者に対し超高濃度栄養食品を付加し、効果を調査した。

【方法】

対象は2017年10月から2018年9月までに胃切除術を施行した57例。退院後から術後1ヶ月まで、それ以降は必要に応じて超高濃度栄養食品の摂取を促した。100kcal以上摂取できた12例を摂取群、100kcal未満の45例をC群とした。術後1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月の栄養充足率及び体重減少率等を調査した。また、超高濃度栄養食品による腹部症状、摂取できなかった場合は理由を調査した。

【結果】

栄養充足率は、術後1ヶ月で摂取群100.4% C群92.8% (P=0.629)、術後3ヶ月で摂取群93.5% C群122.3% (P=0.574)、術後6ヶ月で摂取群127.4% C群128.4% (P=1.000) だった。体重減少率は、術後1ヶ月で摂取群3.5% C群5.2% (P=0.360)、術後3ヶ月で摂取群4.5% C群6.5% (P=0.550)、術後6ヶ月で摂取群6.6% C群6.2% (P=0.492) だった。腹部症状の出現は8.8%、摂取できなかった理由は嗜好が多かった。

【考察】

摂取群が少なく有意差まではみられなかったが、摂取群は術後1ヶ月でも栄養充足率100%以上であり、術後1ヶ月と3ヶ月の体重減少を低く抑えることにつながったと考える。腹部症状を訴える症例も少なく、超高濃度栄養食品はONS付加の選択肢の一つとして有効であり、患者個々に合わせた栄養サポートは重要である。

4. 大球性貧血患者に対しセレンが有効であった長期経腸栄養中の2症例

- 1) 札幌しらかば台病院 NST、2) 札幌しらかば台病院 内科・消化器科、
- 3) 札幌しらかば台病院 脳神経内科

小日向真澄¹、菊地 剛史²、星 百美¹、津田 玲子³、保月 隆良^{1,3}、菊池 進³、
吉田 幸成^{1,2}、遠藤 高夫²

【目的】セレン欠乏症に対する認識はまだ一般的とは言えずどのようにして、NSTが医師へ検査や、補充を働きかけていくかが課題である。経腸栄養剤の長期投与中にセレンが低値であった2症例にセレン製剤を投与した結果を報告する。

【症例1】多系統萎縮症のため、胃瘻造設後、エンシュアH（セレン0 μ g）を使用、5年以上在宅で過ごされていたが、中心静脈栄養への変更のため当院へ入院した際、セレン10 μ g/L以下、MCV119fL、Hb10.9g/dLと大球性貧血が判明。セレン製剤を追加し、8か月後にセレン120 μ g/L、MCV97 fL、Hb12.0g/dLと正常化した。

【症例2】脳幹梗塞発症後ラコール半固形（セレン32 μ g/1200g）+エンシュア（セレン0 μ g）を在宅にて投与し、貧血症状なく経過していたが、卵巣がんの化学療法開始後からセレン91 μ g/L、MCV105 fL、Hb9.3g/dLの、大球性貧血があり、エンシュアをエネーボ（セレン20 μ g）に変更し1か月後、セレン134 μ g/L、MCV99 fL、血色素11.3g/dLと正常化した。

【考察】在宅医療では医薬品の栄養剤を使用することが多いが、セレンが含有されていない製剤があり、その継続投与は欠乏症の原因となる。いずれの症例においても貧血をきっかけに血清セレン値を測定することで欠乏症と診断され、補充により貧血の改善が見られた。

【結論】長期経腸栄養管理の患者における貧血の原因として、セレン欠乏症は留意すべき病態の一つと考えられる。

5. 外来化学療法を受ける消化器がん患者の予後栄養指数を使用した栄養評価と 栄養指導状況の課題

- 1) 小樽市立病院 栄養管理科、
- 2) 小樽市立病院 NST、
- 3) 小樽市立病院 麻酔科、
- 4) 小樽市立病院 外科

川野夕花里^{1,2}、大槻 郁人^{2,3}、渡邊 恵子^{1,2}、渡邊 義人^{2,4}

【目的】化学療法による栄養障害は有害事象を悪化させ、治療の完遂率や予後に影響を及ぼすことが知られている。当院で化学療法を受ける消化器がん患者の栄養管理状態を把握し、当院の問題点を抽出する目的で調査を行った。

【方法】対象は現在当院で外来化学療法を受けている消化器がん患者のうち、化学療法導入時より当院で化学療法を受け、6ヶ月以上経過している患者24名。予後栄養指数(Prognostic Nutritional Index: PNI)を用いて化学療法開始時と6ヶ月後の栄養状態の評価と栄養指導状況の調査を行った。

【結果】症例は、年齢平均値70.4歳、原発巣は大腸：胃：膵臓：肝臓＝17：3：2：2例であった。化学療法開始後にPNIが低下した症例は24例中15例であった。化学療法開始時から6ヶ月間の間に栄養指導を一度も行わなかった症例は9例であった。化学療法開始時から6ヶ月間の間に栄養指導を1回以上行った場合PNIが低下した患者は53.3%だったが、一度も栄養指導を行わなかった場合77.8%の患者のPNIが低下した。

【結論】化学療法中の栄養指導により栄養状態の低下を防ぐ可能性が示唆された。栄養管理科として今後化学療法を受ける患者の栄養指導件数を増やし、予後改善に寄与できるよう努めていく必要がある。

6. 当院における食道癌術後 Sarcopenia 対策のための外来リハビリ・栄養強化プログラム -ZESAP-の実践と成果

- 1) 手稲溪仁会病院 外科、2) 手稲溪仁会病院 栄養部、3) 手稲溪仁会病院 看護部、
- 4) 手稲溪仁会病院 リハビリテーション部、5) 手稲溪仁会病院 臨床検査部、
- 6) 手稲溪仁会病院 歯科

岡田 尚也¹、木ノ下義宏¹、入江 翠²、中村 彩乃²、須藤 瑠衣²、佐藤 真鈴²、
市戸 夏子³、金子 佳奈³、田島 茂樹⁴、木ノ下悠子⁴、中静 久美⁵、小森 美香⁶、
針谷 靖史⁶、田中 智美²、中村 文隆¹

【背景・目的】

当科では退院時点あるいは外来通院中にリスクが高いと判断された食道癌術後患者に対し、医師・看護師・栄養士・理学療法士で構成された外来患者支援チームにより 2021 年 1 月から Zero Sarcopenia for esophageal cancer Patient; ZESAP プログラムを導入し Sarcopenia 及び Frail 予防対策としての運動介入と栄養サポートの一体的運用を実施してきたので、その実際を紹介し、導入症例における臨床的有効性を後方視的に評価検討する。

【方法】

ZESAP プログラム；

・適応→食道癌術後患者は全例退院前に退院支援カンファレンスを行い病棟-外来スタッフ間で患者情報を共有する。栄養・活動度の観点から退院後の自立した自宅での生活のために積極的介入が必要と判断される場合にプログラム適応となる。

・概要→週一回の頻度で通院リハビリ、栄養指導外来、医師の診察・処方調整を行う。患者毎に目標設定を行い、3ヶ月間を目安に目標達成にむけた介入を行っていく。また職種間での患者毎の情報共有のために週一回カンファレンスを行う。外来通院中で適応となる症例も同カンファレンスにて選定される。

当院において 2021 年 1 月から 2021 年 12 月までに ZESAP プログラムを実施した 10 例における体重減少率、骨格筋量、再入院を評価した。

【結果】

ZESAP 開始時期としては平均術後 3 ヶ月時点、開始時点での平均 BMI は 19.0。ZESAP プログラム完遂 3 ヶ月後の体重減少率(中央値)4.8%、骨格筋量(中央値)1.3%、再入院 1 名のみ

【結論】

適応に関する明確な基準の設定や患者毎の目標設定内容、また毎週の通院が現実的に困難な患者の場合など課題は残るものの、ZESAP 導入により再入院を抑え、栄養状態・骨格筋量の維持も一定の範囲で達成しえた。

7. 減圧目的に経鼻胃管挿入後経口摂取可能となり QOL が向上した 在宅終末期悪性消化管閉塞患者 2 症例

- 1) 医療法人社団佳生会　こだま在宅内科緩和ケアクリニック　看護部
- 2) 医療法人社団佳生会　こだま在宅内科緩和ケアクリニック　診療部

小林やよい¹、北田　優子¹、児玉　佳之²

【目的】がんに伴う消化管閉塞による悪心・嘔吐を繰り返す場合、経鼻胃管を挿入することがある。今回終末期悪性消化管閉塞患者に対し経鼻胃管挿入後経口摂取が可能となり、QOL 向上を図れた症例を経験したので報告する。

【症例】①60 歳代女性、下行結腸癌、腹膜播種、上部消化管閉塞。経鼻胃管挿入後減圧により腹部膨満は軽減。アイスや味噌汁の上澄み、あいーと®を摂取したが、消化器症状の悪化は認めなかった。体調が安定している時期に家業の手伝い、着物での家族写真撮影、夫の法要に参加することができた。②60 歳代男性、膵体部癌術後再発、十二指腸ステント留置後。当院介入当初食べたい気持ちと、嘔吐することの苦痛にどう折り合いをつけるか迷い不安があった。嘔吐が 1 日 20 回以上となり、在宅療養開始 16 日目経鼻胃管挿入。ジュースやアイスの他、胡瓜の浅漬けを吸い、味噌汁やあいーと®など摂取し、甘味以外も摂取できたと満足された。また、オピオイドを調整し疼痛緩和できたことも重なり、家族からは「また冗談が聞けるとは思わなかった」と喜びが聞かれた。

【考察】上部消化管閉塞に対し減圧目的に経鼻胃管挿入をしたことで身体的苦痛が緩和され、再び口から食べる楽しみを取り戻すことができた。口から食べられる喜びは患者や家族の生きる希望につながり、QOL の向上が期待できると考える。経口摂取可能な食品は経鼻胃管を閉塞させないものに限られるが、好きな時間に家族と一緒に家庭の味を味わうことができるのは在宅療養の醍醐味である。

8. 当院高度救命救急センターの重症 COVID-19 に対する栄養療法の取り組み

1) 札幌医科大学医学部救急医学講座、2) 札幌医科大学附属病院 看護部

高橋科那子¹、船水 良太²、原田 敬介¹

【緒言】当センターは 2020 年 2 月より道内の重症 COVID-19 患者のうち ECMO の適応が検討される症例を管理している。COVID-19 の予後不良因子である肥満、糖尿病と、COVID-19 の主病態である高サイトカイン血症に対するステロイド治療の副作用で栄養管理に難渋した。

【目的】当センターで作成した COVID-19 に対する栄養プロトコルについて概説し、導入後の効果について検討する。

【栄養プロトコル内容】目標投与エネルギー量の算出法、腹臥位療法時の栄養投与方法、蠕動促進薬や排便促進薬の使用法。センターに所属する NST 医師・看護師で各患者に対する週 1 回の栄養評価を行った。

【結果】プロトコル導入前後 85 例。導入後群では第 14 病日までの RTP の有意な改善がみられた。高 TG 血症は導入後群で多く、栄養剤の変更や投与方法の見直しを要した。

【まとめ】症例毎の問題点と投与エネルギー量の目標が明確となり、確実な栄養投与が可能となった。今回の取り組み内容は他病態の症例にも適応可能であり、今後修正を加えて当センターの栄養管理方法として確立していきたい。

9. 新型コロナウイルス肺炎に対する腹臥位療法中の経腸栄養投与方法についての検討

- 1) 東京都立多摩総合医療センター 救命救急センター
- 2) 東京都立多摩総合医療センター 栄養科
- 3) 東京都立多摩総合医療センター 看護部
- 4) 東京都立多摩総合医療センター 薬剤科
- 5) 東京都立多摩総合医療センター 糖尿病・内分泌代謝内科
- 6) 東京都立多摩総合医療センター 消化器・一般外科
- 7) 東京都立多摩総合医療センター リハビリテーション科

鈴木 大聡¹、西浦 歩²、岡 祥子²、鶴田 優³、若林 剛³、池田 麻莉³、
町田 健祐³、菅原 淳子³、小川 一步⁴、佐藤 文紀⁵、畑尾 史彦⁶、佐藤 和強⁷

【緒言】重症呼吸不全に対する腹臥位療法中には経腸栄養剤の逆流が懸念されるが、安全な経腸栄養投与方法についての見解は少ない。当院では腹臥位療法を行う際、経腸栄養剤は当初は仰臥位時にのみ投与していたが、体位変換後の嘔吐が懸念されることから24時間の持続投与に変更した。

【目的】腹臥位療法中の経腸栄養剤の安全な投与方法を検討する。

【方法】当院に2020年4月～2022年3月の期間に新型コロナウイルス肺炎の診断で人工呼吸器を使用し且つ腹臥位療法を施行した患者を対象とした。電子カルテを用いて後方視的に検討した。経腸栄養剤を仰臥位時にのみ投与した群(間欠投与群)と、持続的に投与した群(持続投与群)を比較した。また持続投与群のうち嘔吐した群としなかった群を比較検討した。

【結果】対象は101人であった。うち間欠投与群は13人、持続投与群は88人であった。各々の患者背景に有意差は認めなかった。持続投与群には十二指腸投与が3人いた。嘔吐により経腸栄養を中断したのは間欠投与群で3人(23.1%)、持続投与群では7人(8.0%)で、統計学的に有意差を認めなかった($P=0.12$)。また、持続投与群の嘔吐の有無に関して患者背景に有意差を認めなかった。

【考察】結果の原因にはサンプルサイズの問題も考えられた。腹臥位中のクッションの位置も嘔吐と関連する可能性があると考えられた。

【まとめ】腹臥位療法中には持続投与でも嘔吐することがあるので、経腸栄養を行う際には十分な注意が必要と考えられる。

10. バンパー埋没症候群の2例

1) 留萌市立病院 NST、2) 留萌市立病院 外科、3) 留萌市立病院 消化器内科

星 智和^{1,2}、横山 直矢¹、燕 瑞穂¹、櫻庭 知世¹、千葉 真司¹、平澤 竜也¹、
太田 充¹、歳桃ひとみ¹、鷺見 宏樹¹、村松 博士^{1,3}

バンパー埋没症候群は胃瘻カテーテルの内部バンパーが胃壁瘻孔内に埋没する胃瘻における合併症である。治療を必要とした2例を経験したので報告する。

【症例1】97歳、女性。2019年11月8日緩みがありシャフト長を0.5cm短くして定期のカテーテル交換。12月初めから胃瘻周囲の発赤、12月12日に胃瘻カテーテルの回転がなくなり消化器内科受診。CT検査にてバンパー埋没症候群と診断、ガイドワイヤーの挿入が可能で、胃瘻カテーテルを抜去、バルーンタイプの胃瘻カテーテルを留置した。

【症例2】86歳、女性。2021年1月25日に胃瘻周囲皮膚炎にて当院皮膚科受診。その後も皮膚科受診、症状改善なし。3月9日消化器内科受診、胃瘻カテーテルの回転不良があり、カテーテル抜去が検討された。3月22日に消化器内科再診、その際に接続部位の国際規格への変更説明で外科にて対応。カルテ記載からバンパー埋没症候群と考えられ外科対応、造影剤で細い瘻孔を確認、ガイドワイヤーが挿入できカテーテルを抜去、バンパータイプを再留置した。

【まとめ】2症例とも典型的な症状で受診されている。胃瘻管理を経験してきた医師であれば、すぐに診断され治療が行われる合併症である。この経験もあり昨年4月からはNST外来にて胃瘻管理を集約した。胃瘻造設が減少し、胃瘻管理の経験が少ない医師が増加している。今更ではあるが、胃瘻管理での合併症への対応について啓蒙が必要である。

11. 腹腔内癒着による PEG 困難症例に対して腹腔鏡補助下 PEG が有効であった 2 例

- 1) 札幌医科大学 消化器・総合、乳腺・内分泌外科
- 2) 札幌医科大学 高度救命救急センター、3) 札幌医科大学 集中治療部

木村 明菜¹、伊東 竜哉¹、小川 宰司¹、信岡 隆幸¹、秋月 恵美¹、原田 敬介²、
巽 博臣³、竹政伊知朗¹

【はじめに】経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)は、経口摂取困難例に対する経腸栄養投与ルート造設目的に広く行われ、その優れた低侵襲性と安全性が評価されている。一方、腹腔内癒着による胃の変位などにより、安全な PEG が行えない症例も一定数存在する。今回、腹腔内癒着に起因した PEG 困難症例に対して、腹腔鏡補助下 PEG を施行し有効であった 2 例を報告する。

【症例 1】62 歳男性、腹部手術既往なし。進行中咽頭癌による嚥下障害が出現し、PEG の方針となった。しかし内視鏡観察すると胃が高位で、安全な胃瘻造設ラインを確保できず断念、全身麻酔・腹腔鏡観察下に PEG を行う方針となった。腹腔内所見では胃前庭部近傍と胆嚢床が癒着し、胃が頭側に変位していた。癒着を腹腔鏡下に剥離した後、腹腔鏡観察下にセルジンガー変法で PEG を行った。

【症例 2】53 歳男性、十二指腸潰瘍に対する大網充填術の既往あり。多系統萎縮症に対して長期フォロー中、徐々に嚥下障害が出現し PEG の方針となった。しかし内視鏡観察すると胃が高位で、安全な胃瘻造設ラインを確保できず断念、全身麻酔・腹腔鏡観察下に PEG を行う方針となった。腹腔内所見では腹壁と大網・横行結腸が癒着し、胃が頭側に変位していた。癒着を腹腔鏡下に剥離した後、腹腔鏡観察下にセルジンガー変法で PEG を行った。

【まとめ】PEG 困難症例に対する腹腔鏡補助下 PEG を経験した。本法は腹腔内癒着を伴う症例に対する有用なオプションとなりうる。

12. 当院 ICUにおける人工臓器使用に対する看護師の認識調査

～人工臓器を普及させるために～

- 1) 札幌医科大学附属病院 看護部、
- 2) 札幌医科大学 医学部 集中治療学、
- 3) 札幌医科大学附属病院 臨床工学部

高橋 一輝¹、巽 博臣²、赤塚 正幸²、中村 勇輝³、山口 真依³、島田 朋和³、
升田 好樹²

【目的】当院では2021年10月に人工臓器を導入し、現在までに9例に使用した。しかし、当初の想定よりも普及しておらず、一つの要因として人工臓器の使用・管理に対して苦手意識を持つスタッフが多いのではないかと感じた。

【方法】当院 ICU 看護師を対象に人工臓器に対する認識についてアンケートを行った。

【結果】19名から回答が得られた。無回答1名を除き全員が「血糖コントロールは重要だと思う」または「強く思う」と回答した。また、9名が「従来の方法と比較しても患者にとっては人工臓器の方が適している」と回答した。

「人工臓器装着患者を担当したことがある」は11名であった。「人工臓器に抵抗や苦手意識がある」または「強くある」との回答は13名で、そのうち未経験者が7名だった。「人工臓器装着患者の管理上困ったことについて」は「アラーム対応」、「エラーの対処」、「ルート管理」などが多かった。

【考察とまとめ】多くの看護師が急性期患者にとっての血糖コントロールの重要性や人工臓器の有用性を理解していた一方で、苦手意識を持っていることもわかった。特に人工臓器未経験者に苦手意識が強いことから装置に不慣れであることが一因と考えられるが、実際にアラームやエラー対応に時間を要する点、脱血不良などのエラーが起きやすい点も苦手意識の理由に挙げられる。症例数が増え、装置に関わる機会が増えることで慣れてくる面もあるだろうが、管理の困難さ・煩雑さについては学習会の開催などで人工臓器の理解を深めることで、対応方法を把握し苦手意識の軽減に繋がれると考えた。また、看護師のみで対応が困難な場合にも、すぐに対応できる臨床工学技士や医師との連携体制を整えておくことも重要と考えられた。

13. コロナ禍における ICT（情報通信技術）を活用した臨床栄養セミナーの有用性

- 1) 札幌医科大学附属病院臨床栄養管理委員会 NST 部会
- 2) 札幌医科大学附属病院栄養管理センター
- 3) 札幌医科大学附属病院高度救命救急センター

白石沙耶可^{1,2}、原田 敬介^{1,3}

【目的】当院 NST ではこれまで、職員を対象に臨床栄養セミナーを会場集合型で行ってきた。しかし COVID-19 感染拡大に伴い、2020 年 5 月から開催が困難となった。そこで 2021 年 9 月より、院内の ICT を活用し、動画配信にてセミナーを開催したため、その有用性を検討した。

【方法】COVID-19 感染拡大以前の会場集合型でセミナーに参加した者を会場集合群、感染拡大以降に動画配信にて視聴した群を動画配信群とし、参加状況およびアンケート結果を比較した。また、動画配信後の確認テストの結果を NST メンバー群と NST 非メンバー群に分け、正解率を比較した。

【結果】平均セミナー参加者数/回は動画配信群で有意に多かった。アンケートでセミナーについて「大変わかりやすかった」「わかりやすかった」と回答したのは、会場集合群 59.8%、動画配信群 95.0%で、動画配信群が有意に多かった。今後の動画配信による臨床栄養セミナーについては、76.3%が「希望する」と回答した。動画配信後の確認テストの正解率は、NST スタッフ群 82.6%、非 NST スタッフ群 64.8%で、NST スタッフ群が有意に高かった。

【考察】動画配信によるセミナーは、予約不要で勤務時間に関わらず参加できることから、参加者数が増加したと考えられた。また繰り返し視聴が可能のため、知識を習得しやすいと思われ、動画配信による臨床栄養セミナーは有用である可能性が示唆された。ただし、NST スタッフとそれ以外で理解度に差が生じていたため、より理解が深まるよう動画内容の見直しが必要である。

14. オンラインシステムを利用したNSTセミナーの有用性

～第6回NSTセミナーを開催して～

- 1) 日本臨床栄養代謝学会北海道支部薬剤師ワーキンググループ、
- 2) 医療法人為久会 札幌共立五輪橋病院 薬剤科、
- 3) 札幌西円山病院 薬剤部、
- 4) 天使病院 薬剤部、
- 5) 札幌医科大学附属病院 薬剤部、
- 6) 北光記念病院 薬剤科、
- 7) 洞爺温泉病院 薬局、
- 8) 北海道医療大学薬学部

松田 和也^{1,2}、阿部 孝行^{1,3}、伊藤 拓^{1,4}、高橋 和也^{1,5}、高橋 豊^{1,6}、
水谷 一寿^{1,7}、早坂 敬明^{1,8}、笠師久美子^{1,8}

【目的】日本臨床栄養代謝学会北海道支部薬剤師ワーキンググループでは、2015年から年1回、薬剤師NSTセミナーを開催している。第5回までは薬剤師に限定した集合型のセミナーを開催していたが、第6回は参加者を薬剤師に限定せず、オンラインシステム（Zoom）を利用したセミナーを開催した。アンケート結果より、本セミナーの教育活動を考察した。

【方法】セミナー終了後、参加者を対象に無記名でアンケート調査を実施した。アンケートは、無記名・最良値を5とした評価および記述式とした。

【結果】アンケート回収率は64%（21/33名）だった。満足度の平均値は、グループワーク4.3、特別講演4.7、セミナー全体4.5、通信環境4.5だった。開催方法の希望については、オンライン43%、集合19%、どちらでも良い38%だった。

【考察】オンラインでのグループワークは、集合型のグループワークよりも議論に時間がかかるため、「時間がもっと欲しかった」という意見が複数あった。オンライン型のセミナーは、集合型セミナーより気軽に参加ができ、遠方からの参加も可能であるため、開催形式の1つとして有用であると考えられた。今後は多職種と協働し、栄養に関する知識や情報共有の場を提供していけるよう取り組んでいきたい。

15. 介護保険施設入所要介護高齢者における体重減少、肺炎発症と口腔健康管理の関係

北海道大学大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室

渡邊 裕、木村 千鶴、新井 絵理、松下 貴恵、山崎 裕

【緒言】口腔健康管理による誤嚥性肺炎予防のメカニズムについては、口腔内細菌の減少、嚥下反射の改善との報告がある。この他に我々は栄養状態の維持改善も肺炎予防に寄与するとの仮説を立てた。

【目的】介護保険施設要介護高齢者への口腔健康管理と栄養状態との関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】2018年度と2019年度の2回の調査に参加した26の介護保険施設要介護高齢者504名を対象に、口腔健康管理と1年間の5%以上の体重減少の有無、常食から嚥下調整食への変化の有無、肺炎発症の有無との関連を多変量解析により検討した。

【結果】関連因子を調整した多変量解析の結果、1年間の5%以上の体重減少の有無と歯科医師と歯科衛生士による口腔健康管理（PRR：0.48，95%CI：0.24-0.95）、常食から嚥下調整食への変化と歯科衛生士による口腔衛生管理（PRR：0.47，95%CI：0.23-0.94）、1年間の肺炎発症と歯科衛生士による口腔衛生管理（PRR：0.34，95%CI：0.22-0.69）にそれぞれ関連が認められた。

【考察】介護保険施設入所要介護高齢者に対する口腔健康管理は、食形態の維持、体重減少の予防、肺炎発症率の低下と関連した。以上の結果から介護保険施設要介護高齢者への口腔健康管理は摂食嚥下機能と栄養状態の維持改善を通して肺炎予防に貢献する可能性が示唆された。

【まとめ】口腔健康管理による誤嚥性肺炎予防のメカニズムとして、摂食嚥下機能と栄養状態の維持改善が関連していることが示唆された。

16. 口腔外科手術における術後の栄養管理

- 1) 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 歯科口腔外科
- 2) 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 周術期口腔ケアセンター
- 3) 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 栄養部
- 4) 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 外科

小森 美香^{1,2}、佐藤 真鈴³、渋谷 舞^{1,2}、田中 智美³、山城 貴愛^{1,2}、
沖田美千子^{1,2}、岡田 尚也¹、中村 文隆¹、針谷 靖史^{1,2}

【目的】

口腔外科手術における術後の栄養管理は、早期からの経口摂取、すなわち食事が主体となる。しかし、咀嚼・嚥下機能の低下などにより、食事摂取が困難となることがある。このため、エネルギーおよび栄養素の摂取量が不十分となり、栄養状態が悪化し、体重減少を来たす場合や、唾液の分泌量の減少により、口腔の自浄作用は低下し、口腔内細菌が増加する場合がある。さらに、セルフケアが困難となるため、口腔衛生状態が不良となり、創部の治癒遅延や手術部位感染（Surgical site infection：SSI）の誘因にもなり得る。今回、当院の口腔外科手術における術後の栄養管理について検討したので報告する。

【方法】

当科にて口腔外科手術を行った患者を対象とし、食事・栄養摂取の変遷、周術期の栄養管理について検討した。

【結果】

術後は創部の状態に合わせて食形態を選択し、経鼻経管栄養、流動食、スープ食、軟菜食などであった。現在は軟菜食が多く、固形物の摂取が困難な場合は、たんぱく質が不足しないように配慮したスープ食を提供していた。

【結論】

口腔外科手術の術後は、SSI や術後肺炎の主な原因である唾液や咽頭貯留中の病原微生物を減少させるために、早期から経口摂取を開始し、口腔の自浄作用を回復することが重要であった。固形物の摂取が困難な場合でも、スープ食はエネルギー量を充足することが可能で、創傷治癒のためにもたんぱく質が不足しないように配慮されていた。

17. 手術非適応とされた頭頸部がん患者に対して顎補綴装置を製作し 経口摂取継続を図った 1 例

聖隷浜松病院 歯科

門田 千晶、福永 暁子

【緒言】近年，治療方法の発展によりがん治療の成績は向上している．一方で，腫瘍が再発した場合，根治を望めない状況となる場合も少なくない．頭頸部がんにおいては病期の進行に伴って組織欠損が拡大し，口腔機能とともに QOL が低下することがある．今回，手術非適応と診断された頭頸部がん患者に対して顎補綴装置を作製し，経口摂取継続に寄与することができた経験について報告する．

【症例】初診時年齢 68 歳，男性．「しゃべりにくい，食べにくい」ことを主訴に開業医院を受診，精査目的に当院耳鼻咽喉科を紹介された．既往歴や画像所見などから左側上顎がん再発と診断され，周囲組織の壊死進行，鼻腔内に髄液漏を認めたため手術非適応となった．耳鼻咽喉科より顎補綴装置製作の依頼があり当科を受診．初診時体重 52 kg，BMI19.8，会話明瞭度（田口法）3 度，上顎洞の開洞のため食事形態は流動食に近い食事であった．顎補綴装置装着により会話明瞭度 1 度，食事形態は軟菜食程度と改善を認めた．顎補綴装置は腫瘍の進展による組織の形態変化に合わせて修理を行い，体重を維持した状態で 11 か月間，使用継続することができた．原疾患増悪によって全身状態は悪化し，緩和ケア目的の入院期間後，ホスピスへ転院となった．

【結論】手術非適応とされた頭頸部がん患者に対し支持療法のひとつとして顎補綴装置を作製した．装置の使用によって口腔機能は改善し，患者の QOL 向上に貢献できたと考えられる．

18. 多職種連携による在宅終末期の患者経験価値向上の1例

フォース歯科

大西 達也

【はじめに】今回、中枢神経系原発悪性リンパ腫による在宅終末期において、多職種連携により食べる事を支え、患者経験価値向上に繋げた1例を経験したので報告する。

【症例】82歳・男性（既往歴）#1 重症大動脈弁狭窄症
(現病歴)2019年10月体調不良、同年11月近医にて脳腫瘍疑いとなり専門施設に転院し中枢神経系原発悪性リンパ腫と診断となる。同年12月より化学療法3HD-MTX施行、2020年1月全脳照射目的に転院し、放射線治療施行。全身の筋力も低下し、余命宣告（半年）を受け、同年3月家族の強い希望により在宅復帰となる。口腔環境改善のため当院紹介となった。

(所見)身長148cm 体重38kg BMI17.35 口腔内所見：OHAT:6、多数歯残根状態、義歯不適合。
嚥下機能：聖隷式問診票 A7 RSST:1回/30秒 MWSET:3 血液検査所見：TP 5.7 Alb3.3 ADL：食事 嚥下食、/他全介助 IADL：全介助・認知機能：異常なし

【経過】患者、家族と対話を行い、他職種とその後の治療方針を共有した。義歯修理を施行し口腔内環境を整えた後ミールラウンドを行い、K Tバランスチャートにて評価した。内容は他職種と電話、FAX、ICTにて共有対応した。

【結果】2020年8月体重45kg BM20.54 RSST:2回/30秒 MWSET:4 血液検査所見：TP 7.5 Alb4.1。歩行も可能となり改善した。その後連携を継続しながら2022年4月まで家族と平穩に過ごす。

【まとめ】多職種連携による在宅終末期の患者経験価値向上の1例を報告した。患者の生活の質の向上には、患者中心性に多職種連携による統合されたケアと患者経験価値が必要と考える。

19. 適切な栄養補給方法の提供の為、当院で取り組んだ他医療機関専門職種との連携事例

社会医療法人社団愛心館 愛心メモリアル病院 食事部栄養課

畠山 朋子、小嶋 早織、石山 夏紀、久世 春菜

【緒言】

当院には歯科医師や言語聴覚士がおらず、非専門医師が適切であると考えた栄養補給方法を提供しているが、方針決定に難渋する症例があった。

【目的】

そういった難渋する症例に対して、栄養補給方法の方針決定ができることを目的とする。

【方法】

地域の摂食嚥下に関する会議や摂食嚥下相談会に参加することで知り得た、「他医療機関の歯科医師と言語聴覚士による、在宅又は医療介護施設における“外部委託”による嚥下内視鏡検査」を活用し、当院内にて嚥下内視鏡検査を実施した。

【結果】

栄養補給方法の方針決定に難渋していた 4 症例に対し、“外部委託による嚥下内視鏡検査”を行い検査結果による評価・今後の栄養補給方法の提案がなされた。当院医師が、その評価と提案をもとに栄養補給方法の方針を決定し、患者・患者家族と共有することで全員が納得し次のステップに進むことができた。

【考察】

現状の人・環境下では不可能なことであっても地域内等で連携することによって患者によりよい栄養補給方法を提供できる可能性が示唆された。本事例において、方針の決定はできたが、当院に言語聴覚士が不在であることもあり検査前後のリハビリは不十分であったことは拭えず、本当に適切な栄養補給方法が提供できていたか疑問が残る。このような取り組みを通じて、言語聴覚士の配置を要望し続けたい。

20. 多職種連携による情報共有と薬剤調整によって摂食状況に改善を認めた 1 例

1) 市立室蘭総合病院 薬局、2) 市立室蘭総合病院 SST、3) 市立室蘭総合病院 NST

浅野由美子^{1,2,3}、横田 奏平²、平岡 彩子³、城前有紀乃²、関川 由美³、菊地 毬菜³、古内久美子³、前田有一郎³、安住 匡人^{1,3}、金子 圭太¹、吉嶋 邦晃¹、岩本 高始²、高橋 悠哉²、宇野 智子^{2,3}、佐々木賢一³

【はじめに】質の高い医療の実現と多種多様な専門性をもった医療スタッフが連携・補完し合う「チーム医療」の実践が広まりつつある。今回、多職種との情報共有をきっかけに薬剤調整を行い摂食状況が改善した症例を経験したので報告する。

【症例・経過】78歳女性。自宅内転倒後の腰痛増強、歩行困難を主訴に当院入院。認知機能と食事摂取量の低下がみられ NST と SST に低栄養改善と嚥下機能評価の依頼あり。経口摂取訓練を開始するも嚥下障害が顕著にみられ、経鼻胃管、PICC 挿入、胃瘻造設の方針となった。胃瘻造設後、徐々に経口摂取も再開し栄養管理は順調であったが摂取時間が短縮しないと担当 ST から NST・SST に情報提供があり、NST・SST 薬剤師は嚥下機能低下の可能性があるベンゾジアゼピン系薬剤の影響を疑い主治医へ中止を提案。患者の薬への依存が強いことから認知症看護認定看護師に相談し薬剤調整も行うと摂取量・摂取時間に改善がみられ完全経口摂取移行後、転院となった。

【考察・結語】本症例は、摂食状況に改善がみられず苦慮していることを NST と SST が共有したことで嚥下機能に影響を与える薬剤の中止に至り、症状改善に寄与した可能性が考えられた。今後は、薬剤師として服用状況を事前に把握し早期の段階で問題点の抽出ができる仕組みを検討したい。また、NST、SST 以外の PUT などの「チーム医療」や各認定看護師など専門性の高いスタッフと協働を図り、薬の専門家として順応する体制も整えていきたい。

21. 嚥下造影検査結果により食形態と姿勢の調整を行い、経口摂取継続可能となった 反復性誤嚥性肺炎の一例

- 1) 社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院 リハビリテーション部
- 2) 社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院 消化器外科
- 3) 社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院 薬剤部
- 4) 社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院 栄養科
- 5) 社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院 看護部

走上ひとみ¹、中村 誠志²、宮崎 里奈³、角 直子⁴、大沼 舞⁵

【緒言】高齢者では基礎疾患や筋力低下により廃用性の嚥下障害を呈し易く、反復性誤嚥性肺炎で絶飲食管理となることが多い。今回、早期に嚥下造影検査（以下 VF）を実施することで、嚥下障害の増悪や ADL 低下を回避できた反復性誤嚥性肺炎の一症例を経験したので報告する。

【症例】81 歳男性、ADL 自立。既往歴：高血圧症、アルツハイマー型認知症。現病歴：X 年 1 月、呼吸苦にて A 病院に入院し、肺線維症の診断。X 年 5 月、嘔吐あり B 病院に入院し、SMA 症候群と診断される。誤嚥性肺炎を合併し、加療後食事再開となる。X 年 6 月リハビリ目的に当院へ転院となる。入院時現症：身長 157.8cm、体重 47.5kg、BMI19.1。血液生化学検査上、貧血・低栄養および CRP 高値を認めた。ST 評価：RSST3 回、改訂水飲みテスト、食物テスト共にプロフィール 4、咽頭残留や湿性粗唝性嗝声等を認めず、やや浅速性呼吸であるが常食摂取可能と判断した。

【経過】全粥食提供。第 5 病日に発熱あり誤嚥性肺炎を発症。第 6 病日に VF 施行。咽頭期～食道期で嚥下障害を認めるも、姿勢・形態調整で通過改善あり。食形態をペースト食とし、リクライニング 30 度で全介助とした。第 10 病日より監視下で自力摂取可能となった。第 20 病日に VF 再検し、咽頭残留あるも、環境調整で経口摂取継続可能と判断した。

【考察・結語】入院時は常食摂取可能と判断したが、早期の VF で嚥下障害を確認できた為、食形態と姿勢の調整により経口摂取を継続できた。嚥下機能を可視化する VF の重要性を再認識する一例となった。

22. 正しい理解のもとに胃瘻造設を決意し経口摂取が確立された一例

- 1) 医療法人社団 洞仁会 洞爺温泉病院 NST
- 2) 医療法人社団 洞仁会 洞爺温泉病院 診療部
- 3) 医療法人社団 洞仁会 洞爺温泉病院 診療技術部 リハビリテーション課

高見 祐美¹、鈴木 佑人^{1,3}、岡室 淳³、古屋 龍杜³、塚原 夏輝¹、青木 美薫¹、
浅利亜由美¹、山浦 由紀¹、水谷 一寿¹、増田 広江¹、橋本 美紀¹、岸 明彦²、
渡久山 晃^{1,2}、上田 修^{1,2}、中谷 玲二^{1,2}

【症例】

69歳男性。165 cm、47.8 kg。X年Y月左内包被殻出血を発症し、右片麻痺、嚥下障害を後遺した。嚥下訓練を行うも経口摂取の確立に至らなかった。胃瘻造設は拒否し、経鼻胃管栄養でY+6か月後当院に転院となった。

【経過】

経鼻胃管栄養と嚥下調整食0tを提供した。胃瘻への正しい理解がなく、少量でも口から食べたいとの理由で胃瘻を拒否した。胃瘻にすると経口摂取の幅が広がることを説明し、胃管を抜去した状態で経口摂取すると飲み込みやすいことを実感され、胃瘻を決意し同月造設した。Y+7か月後嚥下造影検査では藤島 Gr5 であり、嚥下調整食3を提供した。希望のうなぎを咀嚼嚥下に配慮し提供すると、とても喜ばれ食事の意欲がより高まった。リハビリでは運動訓練や食環境の調整を行い、多職種で検討しながら1日2~3回食へ段階的にアップした。食形態は嚥下調整食4を摂取可能となり、Y+12か月後完全経口栄養になった。本人は形のある食事に満足された。嚥下造影検査再評価では藤島 Gr8 で咀嚼、食塊形成に改善を認めた。

【考察】

前医でも胃瘻の説明はあったが、胃瘻造設した方が経口確立を早くできる可能性があることを十分に理解できていなかった。胃瘻を正しく理解してもらうために繰り返し説明し、食べやすさを実感できたことが胃瘻造設を決意させたと考えられる。栄養士、ST、PT、OT はじめ多職種がそれぞれの分野で関わり患者の食べたいという希望を実現できた。

世話人一覧

支部長	巽 博臣	(札幌医科大学医学部 集中治療医学)
副支部長	笠師久美子	(北海道医療大学 薬学部薬学教育推進講座)
	藤本 篤士	(医療法人溪仁会札幌西円山病院 歯科)
会計	児玉 佳之	(こだま在宅内科緩和ケアクリニック 内科・緩和ケア内科)
世話人	浅田 友紀	(栗山赤十字病院 看護部)
	荒川 朋子	
	市場 尚子	(医療法人東札幌病院)
	近江 令司	(総合病院釧路赤十字病院 薬剤部)
	大橋 伸英	(札幌医科大学医学部 口腔外科学講座)
	岡田 晋吾	(医療法人守一会 北美原クリニック)
	岡本 智子	(札幌保健医療大学 保健医療学部栄養学科)
	川村 順子	(オフィス J-kawamura)
	岸 宗佑	(イムス札幌消化器中央総合病院 消化器内科)
	日下部俊朗	(医療法人東札幌病院 消化器内科)
	佐々木賢一	(市立室蘭総合病院 外科・消化器外科)
	澤田 篤史	(北海道医療大学 リハビリテーション科学部)
	七戸 俊明	(北海道大学病院 消化器外科Ⅱ)
	相馬 梨沙	(社会医療法人慈恵会 北湯沢温泉いやしの郷)
	土田 茂	(土田病院 外科)
	長岡 康裕	(医療法人東札幌病院 内科)
	長瀬 まり	(旭川赤十字病院 医療技術部栄養課)
	中村 文隆	(手稲溪仁会病院 外科)
	中村 誠志	(札幌禎心会病院 消化器外科)
	西谷 淳	(社会福祉法人北海道社会事業協会岩内病院 リハビリテーション科)
	信岡 隆幸	(札幌医科大学 消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座)
	早坂 敬明	(北海道医療大学 薬学部実務薬学講座)
	福田 健吾	(医療法人扶恵会釧路中央病院 薬剤科)
	星 智和	(留萌市立病院 外科)
	松田 和也	(札幌共立五輪橋病院 薬剤科)
	水谷 一寿	(医療法人社団洞仁会洞爺温泉病院 薬剤課)
	村松 博士	(留萌市立病院 消化器内科)
	目黒 英二	(函館厚生院 ななえ新病院 内科)
	山口 浩司	(内科・消化器内科 Kクリニック 内科)
	横井 由梨	(ナカジマ薬局 帯広オフィス)
	渡邊なつき	(カレスサッポロ北光記念病院)

(五十音順、敬称略)

一般社団法人日本臨床栄養代謝学会 支部規則

(目的)

第1条 この規則は、一般社団法人 日本臨床栄養代謝学会（以下、「本法人」という。）定款 第3条の目的を達成するため、地域の栄養療法および臨床栄養代謝学の普及発展とともに会員の増加と会員の地域における活動の支援に貢献することを目的とする。

(設置)

第2条 支部は理事会の決議により設置される。

2 本法人に、次の支部（区域）を置く。

- (1) 北海道支部：北海道
- (2) 東北支部：青森県、岩手県、秋田県、宮城県、山形県、福島県
- (3) 関東甲信越支部：茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、新潟県
- (4) 首都圏支部：東京都、神奈川県、山梨県
- (5) 中部支部：富山県、石川県、福井県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
- (6) 近畿支部：京都府、奈良県、大阪府、和歌山県、滋賀県、兵庫県
- (7) 中国四国支部：鳥取県、島根県、山口県、広島県、岡山県、香川県、愛媛県、徳島県、高知県
- (8) 九州支部：福岡県、熊本県、長崎県、大分県、佐賀県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

(支部の区域)

第3条 本法人の支部名称及び支部区域は、理事会の決議を経て変更することができる。

(支部事務局)

第4条 各支部を運営するため支部事務局を置く。支部の経理および事務は、支部事務局が行う。

(支部会員)

第5条 本法人の会員（以下、「会員」という。）は、会員名簿における所属先の所在地の支部に属するものとする。所属先がない場合には、自宅の所在地とする。

(支部長および副支部長)

第6条 本法人の支部には、支部長を置き、必要に応じて副支部長を置くことができる。

2 支部長は支部を代表し、支部を統括する。

- 3 支部長を補佐し、支部長に事故あるときは、副支部長がその職務を代理し、支部長が欠員のときは、その職務を行う。
- 4 支部長および副支部長は世話人会にて選出され、理事会決議を経て理事長が任命する。
- 5 支部長および副支部長の任期は、1期2年とし2期までとする。
- 6 任期中の支部長または副支部長に事故等があるときは、世話人会は速やかに後任の支部長または副支部長を選出し、その任期は前任者の残任期間とする。
- 7 後任の支部長または副支部長の任期満了後に再度同役職に選出された時には、その時点から1期2年とし2期まで就任を認める。

(名誉会長、名誉会員、特別会員)

第7条 本法人定款施行細則第2章に示す名誉会長、名誉会員、特別会員は、支部においても同じ称号を受けることができる。

- 2 名誉会長、名誉会員及び特別会員は、世話人会に出席することができる。

(支部の組織と運営)

第8条 支部の事業を推進するために、各支部に世話人会を置く。また、支部長は、必要に応じて代表世話人を指名し、代表世話人会を置くことができる。

- 2 世話人は、定款施行細則第6章と第8章に示す代議員と学術評議員をもって構成する。
- 3 世話人の任期は2年とし再任を妨げない。ただし、世話人が前項に定める代議員または学術評議員の資格を失ったときは、その時点で世話人としての任期は満了となる。
- 4 支部長は、世話人会に会計担当を置くものとし、必要に応じて書記を置くことができる。会計担当および書記は、いずれも世話人であることを要する。
- 5 世話会の決議は、世話人の過半数が出席し、出席した世話人の過半数をもって行う。ただし、世話人は、委任状をもって代理人により世話人会に出席し、議決権を行使することができる。支部長が世話会の目的である事項について提案をした場合において、当該提案につき世話人の過半数が書面または電磁的記録により同意の意思表示をしたときは、当該提案を可決する旨の世話会の決議があったものとみなす。
- 6 支部学術集会時に世話人会を開催する場合は、支部学術集会が会場費を負担する。
- 7 支部長、副支部長および世話人は満66歳に達した後の3月31日をもって退任する。
- 8 この規則に定める事項のほか、支部の管理・運営は本法人の理事会で定める方針に基づいて各支部が行う。

(支部会計年度)

第9条 支部の会計年度は、本法人の会計年度に準ずるものとする。

(支部活動補助金)

第 10 条 支部活動の支援のため、学会本部より予算承認された金額を支部学術集会準備金や事業費として支給する。支部学術集会や事業の参加費を除き、支部会活動を目的とした会費等の徴収は禁ずる。

(報告)

第 11 条 支部長は、次の書類を指定された期日までに、学会本部へ提出しなければならない。

(1) 次年度の事業計画書および予算案（支部運営および事業、支部学術集会）

【提出期日：10 月末日】

(2) 本年度の事業報告書および支部会計報告（支部運営および事業）

【提出期日：12 月末日】

(3) 本年度の支部学術集会会計報告書

【提出期日：本年度の支部会計報告提出期日もしくは終了後 3 ヶ月以内】

(監査)

第 12 条 支部運営および事業に関する以下の書類の監査手続きは支部統括委員会が行う。

(1) 事業報告書および支部会計報告書

(2) 支部学術集会会計報告書

(支部学術集会)

第 13 条 各支部は支部学術集会を年 1 回以内で開催とする。

2 支部学術集会の運営は別途定める支部学術集会運営細則に従い開催する。

3 本法人の事務局に会員として登録したものは、参加費を納入することで支部学術集会に参加・発表を行うことができる。非会員も、参加費を納入することで支部学術集会に参加・発表を行うことができるが、非会員の発表には共同演者に会員を含むものとする。

4 支部学術集会収支については、原則、収入の範囲内で費用支出を行うこととし、収支均衡に努めなければならない。

5 支部学術集会の経費精算は、支部長・支部会計担当が内容を確認したうえで、支部会計報告提出期日もしくは終了後 3 ヶ月以内に支部統括委員会へ提出する。

6 支部統括委員会は提出される収支報告・会計証憑が適正な会計処理がなされているか確認した上で、理事会に報告する。必要な場合には、公認会計士の確認を経るものとする。

7 提出された証憑書類等の管理は本法人で 7 年間行う。

(各支部の事業について)

第 14 条 各支部は事業責任者を支部長とし、事業計画書および予算案を理事会に提出し、承認を得て、事業を企画・運営することができる。

2 事業収支については、原則、収入の範囲内で費用支出を行うこととし、収支均衡に努めなければならない。

3 事業の経費精算は、支部長・支部会計担当が内容を確認した上で、事業会計報告提出期日もしくは終了後 3 ヶ月以内に支部統括委員会へ提出する。

4 支部統括委員会は提出される収支報告・会計証憑が適正な会計処理がなされているか確認した上で、理事会に報告する。必要な場合には、公認会計士の確認を経るものとする。

(規則の変更)

第 15 条 本規則は、理事会の議決を経て、理事長がこれを定める。

附則

1. 本規則は、2020 年 3 月 27 日に制定、直ちに施行する。

2. 第 6 条における支部長、第 7 条 2 項における世話人の任期は、原則として 2019 年 12 月末日をもって終了とする。新支部制度の新支部長、新世話人については、2020 年 3 月 27 日の理事会にて選任し、2020 年 1 月 1 日からの委嘱とする。また、2020 年の各選任手続きは移行期として、順次進めることとする。

3. 第 8 条の支部会計年度は、いずれの支部会も 2019 年 11 月末をもって一旦終了する。新支部会計については 2019 年 12 月 1 日より新年度として開始する。ただし、支部決算を円滑に行う体制が整うまで経過措置として当面の間本法人の決算日の 1 ヶ月前に決算を行うのを妨げないものとする。

4. 2020 年度会計より合同決算へ移行する。2019 年度決算については、移行スケジュールとして 2019 年 11 月末日の時点で支部会計を締め本法人へ提出するものとする。

5. 第 2 条の支部設置区分については、2020 年 12 月より実施・実行とする。2020 年 11 月末日までは移行期間として、下記の支部で対応する。

(1) 北海道支部（北海道）

(2) 東北支部（青森、岩手、秋田、宮城、山形、福島）

(3) 関東甲信越支部（栃木、群馬、埼玉、茨城、千葉、新潟、長野、山梨）

(4) 首都圏支部（東京、神奈川）

(5) 中部支部（静岡、愛知、三重、岐阜、富山、石川、福井）

(6) 近畿支部（京都、奈良、大阪、和歌山、滋賀、兵庫）

(7) 中国四国支部（鳥取、島根、山口、広島、岡山、香川、愛媛、徳島、高知）

(8) 九州支部（福岡、熊本、長崎、大分、佐賀、宮崎、鹿児島、沖縄）

6. 前項5の移行期間での支部区分における2020年の旧支部区分での支部学術集会の開催については、自主的な中止を除き、旧支部区分での開催を認める。

7. 第8条2項における世話人会の構成は、本規則施行後2020年11月30日まで暫定期間を設ける。正会員資格にある世話人で継続就任を希望するものは、上記期日までに代議員もしくは学術評議員への就任を必要とする。

8. 本規則は、2021年1月25日に改訂、施行する。

9. 本規則は、2022年3月24日に改訂、施行する。

謝 辞

本学術集会の開催にあたりまして、下記企業より多大なるご支援を賜りました。
ここに謹んで御礼申し上げます。

第 14 回日本臨床栄養代謝学会北海道支部学術集会

大会長 藤本 篤士

日本臨床栄養代謝学会北海道支部

支部長 巽 博臣

共催セミナー

株式会社大塚製薬工場

株式会社東京技研

広告

MSD 株式会社

株式会社大塚製薬工場

株式会社クリニコ

株式会社ツムラ

株式会社東京技研

日機装株式会社

ニプロ株式会社

ネスレ日本株式会社

ノバ・バイオメディカル株式会社

株式会社フードケア

株式会社ムトウ

(五十音順)

2022 年 8 月 1 日現在