

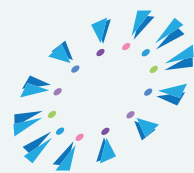
日本栄養治療学会関越支部 第11回支部学術集会

会期 2025年7月27日①

会場 ソニックシティ

〒330-0854
埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目7-5

会長 佐藤 弘 埼玉医科大学国際医療センター
消化器外科



JSPEN
日本栄養治療学会
Japanese Society for Parenteral and Enteral
Nutrition Therapy

プログラム・抄録集

“夢を実現させよう”
チームの力を結集“



日本栄養治療学会関越支部 第11回支部学術集会の開催にあたって

日本栄養治療学会関越支部 第11回支部学術集会
会長 佐藤 弘
埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科



この度、令和7年（2025年）7月27日（日曜）に、日本栄養治療学会関越支部 第11回支部学術集会をさいたま市のソニックシティで開催させていただくことになりました。昨今の経済情勢により、学術集会の開催も質素に運営せざるを得ないことで、ご不便をお掛けすることもあるかと思えます。また会場の確保の関係で、厳しい暑さが予想される真夏の開催となってしまったことを、お詫び申し上げます。ノーネクタイ、ノージャケットなど、軽装でのご参加を推奨しておりますので、どうぞご無理のない服装でご参加ください。

本学会は臨床栄養学に関わる非常に大きな学術団体で会員数は24,000人を超えております。関越支部においても、3,400人以上の多職種にわたる会員が在籍しております。その学術集会を担当させていただくことは大変光栄であり、ご支援を賜りました学会員の皆様に心から御礼申し上げます。さて、今回のテーマは「夢を実現させよう-チームの力を結集-」とさせていただきました。誰でも医療従事者への道を歩み始めたときは、夢があったと思います。忙しい毎日で忘れがちかもしれませんが、夢を思い出していただけたらと思います。

また、チーム医療の重要性は言うまでもないことですが、基本に立ち返り、チームの力を再考する機会になればと思います。

私は平成5年（1993年）に浜松医大第1外科に入局し、以後、国立がん研究センター中央病院、静岡県立静岡がんセンター等で食道外科の研鑽を積み、2012年より埼玉医大国際医療センター消化器外科に勤務しています。食道外科のような高度侵襲手術は、きめ細かい周術期管理が要求され、また多数のスタッフの力を結集してこそ、患者さんの回復につながることを実感してきました。その中で、栄養学に興味を持ち、一外科医として取り組んで参りました。外科医として働き始めたころは、消化管の手術では術後1週間は禁飲食で管理していましたし、ベッド上安静の期間も長く、早期経腸栄養や離床という概念はありませんでした。もちろん“チーム医療”という言葉も聞いたこともありませんでした。

チームは重要ですが、次のステップとして個々のレベルアップをして、さらにチーム力を向上させる視点も重要かと思えます。医療の世界に限らず、世の中は大きく変化し、“昨日の常識”は“今日の非常識”になり得ます。我々、医療従事者はその変化に常に追いつき、追い越さねばなりません。

さて今回は、シンポジウム、ワークショップ、特別企画等を予定しております。この学術集会を実りあるものにしていきたいと考えて、当院スタッフ一同、準備しております。そしてこの学術集会が、皆さんの明日からの臨床に少しでも役に立つことができましたら幸甚に思います。厳しい埼玉の暑さにも負けない熱い議論を行い、実りある学術集会を開催出来たらと思います。多数の先生方のご参加を心よりお待ちしております。

日本栄養治療学会関越支部 世話人一覧

役職	氏名	都道府県	所属
支部長	佐藤 弘	埼玉県	埼玉医大国際医療センター消化器外科
副支部長	高崎 美幸	千葉県	特定医療法人財団松園会 東葛クリニック病院
	武藤 浩司	新潟県	新潟市民病院
代議員	秋山 和宏	千葉県	東葛クリニック病院
	石井 良昌	千葉県	日本大学
	板垣七奈子	群馬県	国立病院機構 高崎総合医療センター
	内田 信之	群馬県	原町赤十字病院
	岡田 克之	群馬県	桐生厚生総合病院
	小川 哲史	群馬県	高崎総合医療センター
	倉科憲太郎	栃木県	自治医科大学
	倉本 敬二	栃木県	国際医療福祉大学
	郡 隆之	群馬県	利根中央病院
	小山 諭	新潟県	新潟大学
	相良 克海	埼玉県	吉川中央総合病院
	櫻井 健一	千葉県	千葉大学予防医学センター
	佐野 渉	栃木県	厚生連 上都賀総合病院
	産本 陽平	茨城県	筑波大学小児外科
	志賀 英敏	千葉県	帝京大学ちば総合医療センター
	鈴木 大亮	千葉県	千葉大学医学部附属病院
	鈴木 裕	栃木県	学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院
	立石 渉	群馬県	群馬大学医学部附属病院
	田中 俊行	群馬県	高崎総合医療センター
	戸丸 悟志	群馬県	とね訪問看護ステーション
	長沼 篤	群馬県	国立病院機構 高崎総合医療センター
	中村 卓郎	群馬県	高崎健康福祉大学
	鍋谷 圭宏	千葉県	千葉県がんセンター
	野崎 礼史	茨城県	水戸済生会総合病院
	林 宏行	千葉県	日本大学
	古川 勝規	千葉県	独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター
	古屋 智規	千葉県	医療法人社団 誠馨会 新東京病院
	増本 幸二	茨城県	筑波大学
	松岡 克善	千葉県	東邦大学医療センター佐倉病院
	丸山 常彦	茨城県	水戸済生会総合病院
	御子神由紀子	千葉県	行徳総合病院
	水島 恒和	栃木県	獨協医科大学
	宮川 哲也	新潟県	上越地域医療センター病院

役職	氏名	都道府県	所属
代議員	守屋 智之	埼玉県	すぎうら乳腺消化器クリニック
学術評議員	相田 俊明	千葉県	千葉市立海浜病院
	四十物由香	茨城県	株式会社日立製作所日立総合病院
	荒井 文乃	千葉県	千葉県循環器病センター
	新井 健一	千葉県	千葉大学医学部附属病院
	池 夏希	埼玉県	
	生澤 史江	栃木県	社会医療法人博愛会 菅間記念病院
	石川 祐一	茨城県	茨城キリスト教大学
	石塚 満	栃木県	獨協医科大学
	市川 佳孝	群馬県	群馬大学医学部附属病院
	稲垣 雅春	茨城県	総合病院土浦協同病院
	稲川 元明	群馬県	NHO 高崎総合医療センター
	稲葉 毅	埼玉県	公平病院
	井上 達朗	新潟県	新潟医療福祉大学
	岩部 博子	埼玉県	女子栄養大学
	浦野 敦	千葉県	社会福祉法人 優都会 南ヶ丘病院
	江上 聡	群馬県	公益財団法人 群馬慈恵会 松井田病院
	岡本 耕一	埼玉県	防衛医科大学校
	荻原 博	群馬県	高崎総合医療センター
	門脇 寛篤	群馬県	公益社団法人地域医療振興協会 西吾妻福祉病院
	金田 聡	新潟県	長岡赤十字病院
	金塚 浩子	千葉県	千葉県がんセンター
	金久 弥生	千葉県	明海大学
	神山 治郎	埼玉県	さいたま赤十字病院
	鴨志田敏郎	茨城県	株式会社日立製作所日立総合病院
	河内奈穂子	群馬県	黒沢病院附属ヘルスパーククリニック
	康 祐大	千葉県	国際医療福祉大学市川病院
	北久保佳織	茨城県	筑波大学附属病院
	桑原 博	埼玉県	秀和総合病院
	合志 聡	新潟県	新潟厚生連 上越総合病院
	後藤 裕子	茨城県	つくばメディカルセンター
	後藤 悠大	茨城県	筑波大学附属病院
	小林 純哉	新潟県	JA新潟厚生連小千谷総合病院
	佐々木貴子	茨城県	茨城県西部医療機構 茨城県西部メディカルセンター
	佐々木理人	茨城県	筑波大学附属病院
	實方 由美	千葉県	千葉県循環器病センター

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	鈴木 俊繁	茨城県	水戸赤十字病院
	関口 芳恵	茨城県	総合病院土浦協同病院臨床検査部
	高橋 直樹	千葉県	千葉県がんセンター
	武井 牧子	埼玉県	埼玉県立がんセンター
	谷島雄一郎	埼玉県	若林医院
	土橋 侑介	新潟県	新潟南病院
	寺田 師	埼玉県	上尾中央総合病院
	豊田 暢彦	千葉県	行徳総合病院
	永井 徹	新潟県	新潟医療福祉大学
	中田 啓二	栃木県	皆藤病院
	並木真貴子	千葉県	船橋市立医療センター
	橋場 弘武	群馬県	公益財団法人 老年病研究所附属病院
	早川 兼司	新潟県	医療法人立川メディカルセンター 立川総合病院
	原信田 努	茨城県	茨城西南医療センター病院
	樋口 亮太	千葉県	東京女子医科大学 八千代医療センター
	前田 恵理	千葉県	千葉県がんセンター
	松田 直美	茨城県	くわのクリニック
	松本 泰典	千葉県	千葉大学大学院医学研究院
	宮部 明美	埼玉県	埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科
	宮森亜紀子	埼玉県	北里大学メディカルセンター
	矢部 正浩	新潟県	新潟市民病院
	山田 一	埼玉県	埼玉筑波病院
	山田 博文	埼玉県	川越プレストクリニック
	山田 史江	茨城県	筑波メディカルセンター病院
	山本 晃平	千葉県	千葉大学医学部附属病院
	吉野 浩之	群馬県	群馬大学
	渡部 義和	栃木県	済生会宇都宮病院

(2025 年 4 月 1 日 現在)

参加者へのご案内

■学会会場

ソニックシティ

〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目7-5

TEL. 048-647-4111

当日の受付混雑回避のため、WEB 参加登録へのご協力をお願いいたします。

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

https://cs-oto3.com/jspen_kanetsu2025/registration.html

【参加登録費】

	事前参加登録 (7月25日(金)正午まで)	当日参加登録 (7月27日(日)18:00～ 8月29日(金)17:00)
会員	3,000 円	4,000 円
非会員	4,000 円	5,000 円

【当日の現地参加受付について】

現地にて HP から参加登録をいただいた上で、現金もしくはクレジットカードでのお支払いとなります。対応時間に非常にお時間を要する場合がございますので、予めご了承ください。

当日参加受付 日 時：2025 年 7 月 27 日（日）8:20～16:00

場 所：B1F 第2・3展示室

■ネームカード

マイページにて「受講票」をダウンロードの上、受付までお持ちください。

ネームカードおよびストラップをお渡しさせていただきます。

■ランチョンセミナー

ランチョンセミナーにて、参加者用のお弁当をご用意いたします。

【事前に「学会マイページ」よりお弁当をご希望された方】

参加受付にて『ランチョンセミナー整理券』をお渡しさせていただきます。ご自身の聴講するセッションをご確認の上、受付にお越しください。

なお、会場整理の都合上、プログラム開始5分後まで有効いたします。

【当日にお弁当をご希望される方】

参加受付にて、『ランチョンセミナー整理券』をお渡しさせていただきます。

なお当日分のお弁当には限りがございます。先着順となりますので、売り切れ次第終了となります。予めご了承ください。

なお、会場整理の都合上、プログラム開始5分後まで有効いたします。

■クールビズ推奨のご案内

本学会では、地球温暖化対策及び節電対策の一環として、ノージャケット・ノーネクタイなどの軽装化を推進いたします。

学会期間中は、運営スタッフも軽装にて執務させていただきますので、座長、演者、参加者、協賛企業各位におかれましても、ご遠慮なく軽装でお越しくくださいますようお願い申し上げます。

■プログラム・抄録集 PDF

支部学術集会ホームページ「プログラム・日程表」内の「プログラム・抄録集」より PDF をダウンロードしていただけます。ダウンロードには、ID／パスワードが必要になります。

プログラム・抄録集 PDF 閲覧は会員特典となりますので、会員の方には会員マイページメニュー「お知らせ」に、各支部学術集会プログラム・抄録集ダウンロード用の ID／パスワードを掲載いたしております。非会員の方には参加登録後、ID／パスワードをメールにてお知らせいたします。

■プログラム・抄録集紙媒体

学術集会当日、参加受付にて有料販売（1 部 500 円）いたします。販売部数が限られておりますので、売り切れの際はご了承ください。

■企業展示

日 時：2025 年 7 月 27 日（日）10:00～16:30

場 所：B1F 第 2・3 展示室

■クローク

日 時：2025 年 7 月 27 日（日）8:20～18:00

場 所：B1F 第 2・3 展示室

※傘、貴重品、壊れ物はお預かりできません。

※開設時間中にお荷物の引き取りをお願いいたします。

■注意事項

会場での録音・録画・写真撮影・ビデオ撮影は固くお断りいたします。また、会場内では、携帯電話等はマナーモードにするか、電源をお切りください。

撮影は著作権の侵害となる可能性がございます。厳にお慎みください。

■支部学術集会参加による JSPEN 個人資格認定単位取得について

NST 専門療法士	新規・更新申請：5 単位
栄養治療専門療法士	新規・更新申請：5 単位

新規受験・更新申請を行う際に、支部学術集会の単位は自動反映されません。参加登録完了後、受講票、参加登録完了メール、修了証いずれかの画像をダウンロードいただき、マイページ内の資格申請ページからアップロードいただくことで単位として反映していただきます。

※オンデマンド配信終了と同時に受講票はダウンロードできなくなりますので、ご注意ください。

■オンデマンド配信

配信期間：2025 年 8 月 8 日（金）正午～

配信講演：特別講演、シンポジウム 1、2、3、4、
シンポジウム 薬剤師セッション、看護師セッション、管理栄養士セッション、
一般演題 1、2、3、ランチョンセミナー2

※一部配信が無い演題もございます。予めご了承ください。

■次期開催のご案内

日本栄養治療学会関越支部 第 12 回支部学術集会
会長：古川 勝規（独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター）
会期：2026 年 6 月 28 日（日）
会場：幕張メッセ 国際会議場

■お問い合わせ

大会事務局：埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科
〒350-1298 埼玉県日高市山根 1397-1

運営事務局：株式会社 オフィス・テイクワン
〒461-0005 名古屋市東区東桜一丁目 10 番 9 号 栄プラザビル 4 階 B 号室
TEL：052-508-8510 FAX：052-508-8540 E-mail：jспен_kanetsu@cs-oto.com

座長・演者へのご案内

■発表時における利益相反（COI）の開示

申告すべき利益相反（COI）がない場合、ある場合どちらの場合も申告が必要です。発表スライド2枚目に利益相反（COI）自己申告に関するスライドを加えてください。利益相反に関する詳細については、学会ホームページよりご確認ください。スライドフォーマットもこちらからダウンロードできます。

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

■発表時間

	発表	質疑応答	総合討論
シンポジウム 1、2、3、4	9 分	2 分	残り時間
薬剤師セッション・ 管理栄養士セッション・ 看護師セッション	6 分	4 分	—
一般演題	6 分	2 分	—

時間厳守での進行にご協力をお願いいたします。

■□演発表

1) データ受付

ご発表いただく会場の前方左側にございます PC オペレーター席にてデータ受付をいたします。ご発表 30 分前までに、データ登録ならびに外部出力の確認をお済ませください。

2) メディアをご持参される方

- ・ご発表は PC 発表（PowerPoint / Keynote）のみとなります。タブレット端末及びスマートフォンでの発表はできません。プロジェクターは一面投影です。
- ・会場にご用意する PC は Windows11 です。Windows 版 Power Point 2021 に対応いたします。
- ・スライドサイズはワイド画面（16:9）を推奨いたします。（標準 4:3 でも投影は可能ですが、画角が小さくなります。）
- ・作成に使用された PC 以外でも必ず動作確認を行っていただき、USB メモリーをご持参ください。
- ・フォントは文字化け、レイアウト崩れを防ぐために OS 標準フォントを推奨いたします。
- ・発表演題のファイル名は「演題番号 演者名.pptx」としてください。
- ・発表データは学会終了後、運営事務局で責任を持って消去いたします。

3) PC 本体をお持ち込みになる方

- Mac でデータ作成した場合や動画・音声データを含む場合は、ご自身の PC をお持込みください。
- 会場にご用意するプロジェクター接続のコネクタ形状は HDMI 端子です。HDMI 端子以外の出力端子の場合は、ご自身で変換アダプターをご用意ください。
- 動画については、Windows Media Player で再生可能な形式（.wmv、.mp4 推奨）にしてください。それ以外の形式の場合には、会場の PC では再生できませんので、必ずご自身の PC をご持参ください。本体の液晶画面に動画が表示されても、PC の外部出力に接続した画面には表示されない場合があります。実際にお持ちいただく PC の外部出力をモニターまたはプロジェクターに接続してご確認ください。
- バッテリー切れになることがございますので、電源アダプターを必ずご用意ください。
- 再起動をすることがありますので、パスワード入力“不要”に設定してください。
- スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。

4) ご発表時のお願い

- 次演者はセッション開始の 15 分前までに各会場内の次演者席にご着席ください。
- 発表終了 1 分前に黄色ランプ、終了・超過時には赤色ランプを点灯してお知らせします。円滑な進行のため、時間厳守をお願いします。
- 演台上には、モニター、キーボード、マウスをご用意いたします。
ご登壇いただくと最初のスライドが表示されますので、その後の操作は各自で行ってください。

■座長の皆様へ

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

日程表

	第1会場	第2会場	展示会場
	4F 市民ホール401・402	4F 市民ホール403・404	B1F 第2・3展示室
9:00	9:00-9:05 開会式 佐藤 弘(日本栄養治療学会関越支部 第11回支部学術集会 会長)		
10:00	9:05-10:20 シンポジウム1 リハビリテーション栄養の現在と未来 座長:大村 健二/高木 敏之 演者:大村 健二/高木 敏之 大隈 統/加治屋 敬子 伊藤 聖学	9:05-9:55 一般演題1 O-1-1~O-1-6 座長:倉科 憲太郎	
11:00	10:25-11:40 シンポジウム2 周術期早期回復プログラムの現在と未来 座長:郡 隆之/立石 涉 演者:郡 隆之/鈴木 悠介 荻原 博/藤田 武郎 上原 弘聖/舟木 健二	10:05-10:50 モーニングセミナー 消化器がん周術期栄養管理の重要性と漢方の可能性 座長:河原 秀次郎 演者:青山 徹 共催:株式会社ツムラ 11:00-11:40 薬剤師セッション 座長:武藤 浩司/相良 克海 ディスカッション:長沼 篤 演者:倉升 慶子/浅見 由衣 荒木 玲子/相良 克海	
12:00	11:55-12:55 ランチョンセミナー1 脳卒中経管栄養患者の排便コントロールの価値 — 多職種協働と看護管理の視点で考える — 座長:荒井 大輔 演者:森 みさ子 共催:株式会社大塚製薬工場	11:55-12:55 ランチョンセミナー2 手術の技と栄養の知—現場が求める治療連携— 座長:櫻本 信一 演者:福田 俊/市川 大輔 共催:ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	
13:00	13:05-13:15 総 会		10:00-16:30 企業展示
14:00	13:15-14:15 特別講演 座長:小山 勇/佐藤 弘 医療の革新は日々の臨床から生まれる — 常識の再考と未来への展望 演者:鈴木 裕 意外に多い微量元素欠乏—その対処について 演者:増本 幸二	13:15-14:05 一般演題2 O-2-1~O-2-6 座長:丸山 常彦	
15:00	14:25-15:10 アフタヌーンセミナー1 食道癌周術期チーム医療によるマネージメント 座長:佐藤 弘 演者:平松 良浩 共催:MSD株式会社	14:25-15:10 アフタヌーンセミナー2 がん患者に対する攻めの栄養治療を考える 座長:桑原 博 演者:鍋谷 圭宏 共催:ノーベルファーマ株式会社/株式会社メディセオ	
16:00	15:15-16:20 シンポジウム3 多職種チームによる医療の現在と未来 座長:藤田 武郎/古川 勝規 演者:野崎 礼史/中山 由希子 稲塚 萌依/永井 徹 金塚 明子	15:15-15:55 一般演題3 O-3-1~O-3-5 座長:内田 信之 16:00-16:30 看護師セッション 座長:板垣 七奈子/金塚 浩子 ディスカッション:福田 俊 演者:石井 亨信/岩河 優子/伊藤 恵	
17:00	16:25-17:30 シンポジウム4 栄養方法の現在と未来 座長:鍋谷 圭宏/長沼 篤 演者:松井 一晃/久保 祐人 長沼 篤/佐々木 理人 古立 輝美	16:35-17:25 管理栄養士セッション 座長:高崎 美幸/石井 良昌 ディスカッション:藤田 武郎 演者:森 ひろみ/柏倉 弘恵/浮田 千絵里 大室 美紀/澤田 周矢	
18:00	17:30-17:35 閉会式 佐藤 弘(日本栄養治療学会関越支部 第11回支部学術集会 会長) 古川 勝規(日本栄養治療学会関越支部 第12回支部学術集会 会長)		

交通案内図



新幹線でお越しの場合

東北・北海道 新幹線	直通218分 新函館北斗	直通180分 新青森	直通122分 盛岡	直通75分 仙台	直通63分 福島	直通24分 宇都宮
秋田新幹線	直通214分 秋田					
山形新幹線	直通130分 山形					
上越新幹線	直通100分 新潟					直通25分 高崎
北陸新幹線	直通125分 金沢	直通105分 富山	直通60分 長野			
東北・上越 北陸新幹線	直通23分 東京					

在来線でお越しの場合

JR湘南新宿 ライン	直通55分 横浜		直通27分 新宿	直通21分 池袋
JR上野東京 ライン	直通36分 東京	直通25分 上野		
東武野田線	直通96分 船橋			直通15分 春日部

飛行機でお越しの場合

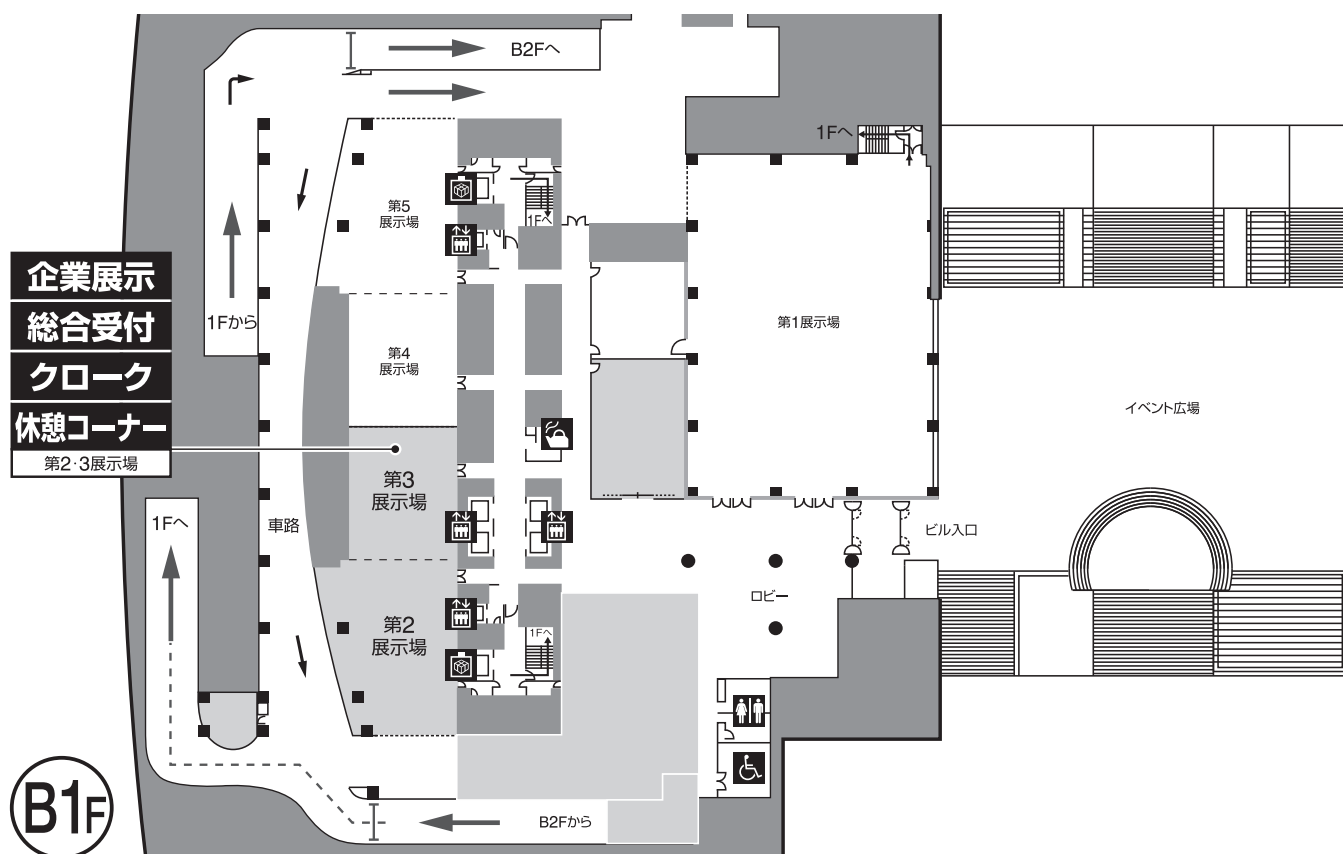
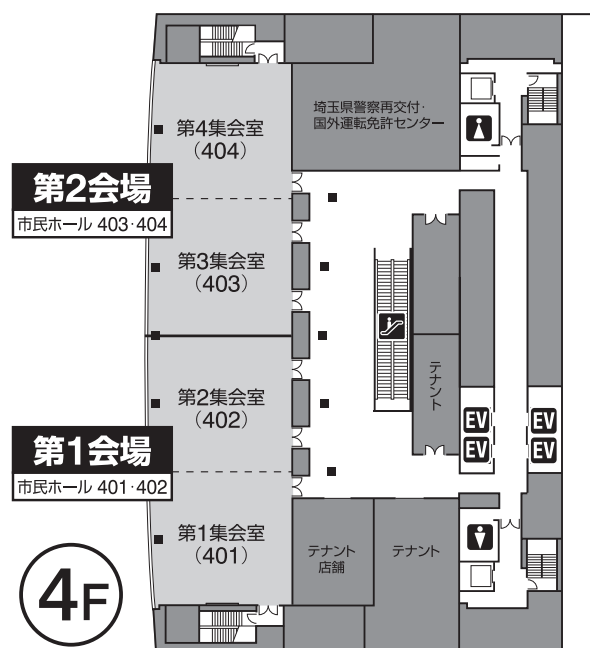
JR成田エクスプレス	成田空港	直通108分
京成スカイライナー		上野乗換／JR高崎・宇都宮線利用 84分
高速バスONライナー		直通120～140分
モノレール	羽田空港	浜松町乗換／JR京浜東北線利用 64分
高速バス		直通95～105分

お車で お越しの場合

首都高速道路埼玉大宮線[新都心西IC]より1km 駐車場もご利用いただけます。(有料)

会場案内図

ソニックシティビル	
第1会場	4F 市民ホール 401・402
第2会場	4F 市民ホール 403・404
企業展示	B1F 第2・3展示場
総合受付	
クローク	
休憩コーナー	



プログラム

第1会場

開会式

9:00 ~ 9:05

佐藤 弘（日本栄養治療学会関東支部 第11回支部学術集会 会長）

シンポジウム1 リハビリテーション栄養の現在と未来

9:05 ~ 10:20

座長：大村 健二（上尾中央総合病院外科・栄養サポートセンター）

高木 敏之（埼玉医科大学国際医療センターリハビリテーション部）

基調講演 リハビリテーション栄養の現在と未来

ー持続可能な医療提供体制の確立に向けてー

大村 健二（上尾中央総合病院外科・栄養サポートセンター）

SY1-1 食道癌術後患者に対する退院後の運動療法と栄養療法の効果

ー身体機能・嚥下機能の良好例と不良例の比較ー

高木 敏之（埼玉医科大学国際医療センター リハビリテーション部）

SY1-2 低栄養における理学療法士の役割の再考

大隈 統（埼玉医科大学総合医療センター リハビリテーション部）

SY1-3 ICFの視点で多職種が共通の目標に向かって取り組む未来へ

加治屋敬子（上尾中央総合病院 リハビリテーション技術科）

SY1-4 腹膜透析患者における腸腰筋指数の変化についての検討

伊藤 聖学（自治医科大学附属さいたま医療センター腎臓内科 /
自治医科大学附属さいたま医療センター栄養部）

シンポジウム2 周術期早期回復プログラムの現在と未来

10:25 ~ 11:40

座長：郡 隆之（利根中央病院 外科）

立石 渉（群馬大学医学部附属病院循環器外科）

SY2-1 JSPEN ERAS WGの活動報告

郡 隆之（利根中央病院 外科 / JSPEN ERAS WG）

SY2-2 当院における食道切除術の周術期抗生剤の違いによる合併症率の比較検討

鈴木 悠介（埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科）

SY2-3 患者サポートセンターにおける多職種介入プレハビリテーションの現状と課題

荻原 博（独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター リハビリテーション科）

SY2-4 新しい食道がん術後嚥下機能維持への取り組み：

神経電気刺激療法（VitalStim）の使用経験

藤田 武郎（国立がん研究センター東病院 食道外科）

SY2-5 当院における食道癌周術期栄養管理プログラムと術後体組成変化に対する検討

上原 弘聖（群馬大学総合外科学 消化管外科学分野）

**SY2-6 外来化学療法室での栄養指導を通じて、NAC 患者への早期栄養介入から
周術期栄養管理へ**

舟木 健二（上尾中央総合病院 栄養科）

ランチョンセミナー 1

11:55 ~ 12:55

座長：荒井 大輔（済生会宇都宮病院）

**LS1 脳卒中経管栄養患者の排便コントロールの価値
—多職種協働と看護管理の視点で考える—**

森 みさ子（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院）

共催：株式会社大塚製薬工場

特別講演

13:15 ~ 14:15

座長：小山 勇（埼玉医科大学国際医療センター）

佐藤 弘（埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科）

**SL-1 医療の革新は日々の臨床から生まれる
—常識の再考と未来への展望**

鈴木 裕（国際医療福祉大学病院 外科）

**SL-2 意外に多い微量元素欠乏
—その対処について**

増本 幸二（筑波大学 医学医療系 小児外科）

アフタヌーンセミナー 1

14:25 ~ 15:10

座長：佐藤 弘（埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科（上部消化管外科））

AS1 食道癌周術期チーム医療によるマネジメント

平松 良浩（浜松医科大学 周術期等生活機能支援学講座 /

浜松医科大学 外科学第二講座）

共催：MSD 株式会社

シンポジウム 3 多職種チームによる医療の現在と未来

15:15 ~ 16:20

座長：藤田 武郎（国立がん研究センター東病院 食道外科）

古川 勝規（国立病院機構 千葉医療センター）

SY3-1 介入件数 10 倍の NST 改革

——「圧倒的当事者意識」で実現する多職種チームビルディング

野崎 礼史（水戸済生会総合病院 外科）

**SY3-2 多職種連携による早期栄養介入が奏功したリフィーディング症候群
高リスク患者症例**

中山由希子（彩の国東大宮メディカルセンター 栄養科）

SY3-3 多職種チームによる重症壊死性筋膜炎患者への栄養管理と創傷管理について

稲塚 萌依（国立病院機構 高崎総合医療センター NST /

国立病院機構 高崎総合医療センター 栄養管理室）

SY3-4 地域における集学的チームによる誤嚥性肺炎予防活動

永井 徹（新潟医療福祉大学 健康栄養学科 / 新潟高齢者の栄養と摂食を支える会）

SY3-5 新生児プロジェクトチームにおける栄養管理の後方視的検討

金塚 明子（東京都立多摩南部地域病院 薬剤科）

シンポジウム 4 栄養方法の現在と未来

16:25 ~ 17:30

座長：鍋谷 圭宏（千葉県がんセンター 食道・胃腸外科/NST）

長沼 篤（国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科）

**SY4-1 食道癌に対する術前 DCF 療法の 2 コースと 3 コースにおける栄養状態・
筋肉量の比較検討**

松井 一晃（埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科（上部消化管外科））

SY4-2 胸部食道癌手術における周術期栄養戦略と術後栄養不良と予後の検討

久保 祐人（国立がん研究センター東病院 食道外科）

SY4-3 当院で PTEG について説明を受けた症例の検討

長沼 篤（国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科 /

国立病院機構 高崎総合医療センター 栄養サポートチーム）

SY4-4 新生児期の周術期における血清亜鉛値に関する解析

佐々木理人（筑波大学医学医療系 小児外科）

SY4-5 当院救急患者における早期経腸栄養介入の有効性の検討と今後の課題

古立 輝美（社会医療法人河北医療財団河北総合病院 栄養科）

次回学術集会 会長挨拶

17:30 ~ 17:35

古川 勝規（日本栄養治療学会関越支部 第 12 回支部学術集会 会長）

閉会式

17:30 ~ 17:35

佐藤 弘（日本栄養治療学会関越支部 第 11 回支部学術集会 会長）

第2会場

一般演題 1

9:05 ~ 9:55

座長：倉科憲太郎（自治医科大学 消化器一般移植外科）

- 1-1 心臓血管外科術後における嚥下障害の発生状況と影響する因子の検討
及川 大（公益財団法人 榊原記念財団附属 榊原記念病院）
- 1-2 嚥下障害を呈した脳血管障害患者に対する早期栄養介入が奏功した一例
小谷 朋子（川口きゅうぼろリハビリテーション病院）
- 1-3 敗血症治療後の難治性下痢症に成分栄養剤（エレンタール®）の有用性が示唆された一例
新里祐太郎（自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科）
- 1-4 脳卒中急性期で食思不振を呈した患者に対する栄養介入の検討
鈴木 紗葉（筑波大学附属病院 病態栄養部）
- 1-5 低カリウム血症に横紋筋融解症を合併した症例の理学療法の経験
大口 和哉（飯山赤十字病院 リハビリテーション科）
- 1-6 ICUにおける標準化された経腸栄養管理について
阿久澤文彦（群馬大学医学部附属病院 看護部）

モーニングセミナー

10:05 ~ 10:50

座長：河原 秀次郎（西埼玉中央病院）

MS 消化器がん周術期栄養管理の重要性と漢方の可能性

青山 徹（地方独立行政法人東京都立病院機構 がん・感染症センター 都立駒込病院 胃外科）

共催：株式会社ツムラ

薬剤師セッション

11:00 ~ 11:40

座長：武藤 浩司（新潟市民病院 薬剤部）

相良 克海（吉川中央総合病院 薬剤科）

ディスカッサント：長沼 篤（国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科）

カテーテル血流感染症による死亡リスクを低減するための当院における課題の検討

倉升 慶子（船橋市立医療センター 薬剤局）

意識消失を契機に栄養投与の再計画を行い退院に繋がった短腸症候群の一例

浅見 由衣（国立病院機構栃木医療センター 薬剤部）

非結核性抗酸菌症患者の栄養サポートの必要性

荒木 玲子（ファーマシーはとり薬局）

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算導入による効果の検証

相良 克海（吉川中央総合病院 薬剤科）

LS2-1 食道外科医の栄養管理と合併症

福田 俊（埼玉県立がんセンター 消化器外科）

LS2-2 手術の技と栄養の知

—外科医が求める現場の治療連携とは—

市川 大輔（山梨大学医学部外科学講座第1教室）

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

一般演題 2

13:15 ~ 14:05

座長：丸山 常彦（水戸済生会総合病院 外科 / 筑波大学 消化器外科）

O-2-1 食事摂取量が減少した拘束型心筋症患者に対する栄養管理の検討

海老名 慧（筑波大学附属病院 病態栄養部 /

筑波大学大学院 人間総合科学研究群 スポーツ医学学位プログラム）

O-2-2 細やかな栄養投与ルート（経腸栄養・静脈栄養・経口栄養）の再考が奏功した重症熱傷患者の一例

安田里香子（東京医科大学八王子医療センター 栄養管理科）

O-2-3 早期経腸栄養（48時間以内）実施の現状と課題

武藤 枝実（千葉県佐原病院 栄養科）

O-2-4 NST 介入によるエネルギー調整が、人工呼吸器離脱に寄与したと考えられた肥満低換気症候群の一例

大谷 清香（埼玉医科大学病院 NST / 栄養部）

O-2-5 自閉スペクトラム症のある園児の食事指導

横山 美雪（浦安ハートこどもクリニック）

O-2-6 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算新設を受けて入院当日からの2食/日ミールラウンドの有用性

山下 結花（社会医療法人鶴谷会 鶴谷病院 医療技術部 栄養課）

アフタヌーンセミナー 2

14:25 ~ 15:10

座長：桑原 博（秀和総合病院 外科）

AS2 がん患者に対する攻めの栄養治療を考える

鍋谷 圭宏（千葉県がんセンター 食道・胃腸外科 / NST）

共催：ノーベルファーマ株式会社 / 株式会社メディセオ

- 3-1 ゾルベツキシマブ投与後に遷延した悪心により栄養管理介入を必要とした
CLDN18.2 陽性進行胃癌の一例
杉崎由佳子（千葉県がんセンター NST）
- 3-2 当院の血液内科で化学療法を受ける入院患者の栄養評価と
栄養状態の変化に関する検討
川久保幸子（江戸川病院 栄養科）
- 3-3 食事摂取良好であったにもかかわらずビタミン B1 欠乏が進行し、
意識障害をきたした高齢糖尿病患者の 1 症例
渡部 翔太（赤心堂病院 栄養管理科）
- 3-4 メルファラン大量療法時にクライオセラピーの併用が
経口摂取維持に有用であった髄芽腫の 1 例
志田 裕子（埼玉医科大学国際医療センター 歯科口腔外科 / 栄養サポートチーム）
- 3-5 不規則な食生活とそれに伴う長期的な代謝異常が
肝内胆管癌の発症要因の一つとして考えられた一症例
金古 亮子（JCHO 群馬中央病院 栄養管理室）

看護師セッション

16:00 ~ 16:30

座長：板垣七奈子（国立病院機構 高崎総合医療センター）

金塚 浩子（千葉県がんセンター 看護部・栄養サポートチーム (NST)）

ディスカッサント：福田 俊（埼玉県立がんセンター消化器外科）

病棟における日常的口腔ケアと口腔ケアチーム活動に関する現状調査

石井 亨信（つくばセントラル病院 看護部）

多職種協働により人工呼吸器管理の状態から経口摂取を再獲得した
脳出血患者の 1 症例

岩河 優子（彩の国東大宮メディカルセンター 看護部）

訪問看護師の経口栄養をしている高齢者への栄養管理の実践

伊藤 恵（社会医療法人 桑名恵風会 桑名病院）

管理栄養士セッション

16:35 ~ 17:25

座長：高崎 美幸（東葛クリニック病院 医療技術部）

石井 良昌（日本大学松戸歯学部口腔外科学講座）

ディスカッサント：藤田 武郎（国立がん研究センター東病院 食道外科）

在宅医療領域における継続的な在宅栄養管理の必要性と課題

—右肺癌術後患者への介入を通じて—

森 ひろみ（医療法人あんず会 杏クリニック 在宅医療部門 /

国立大学法人 東京科学大学病院 臨床栄養部）

とろみ調整の統一に向けた当院での取り組み

柏倉 弘恵（大船中央病院 栄養科）

若年期に発症した神経性やせ症の高齢患者に対する栄養指導の効果 第3報

浮田千絵里（筑波大学附属病院 病態栄養部）

病棟担当管理栄養士の活動について

大室 美紀（埼玉医科大学国際医療センター 栄養サポートチーム /
埼玉医科大学国際医療センター 栄養部）

終末期がん患者における効果的な食事介入の検討

澤田 周矢（独立行政法人国立病院機構千葉医療センター 栄養管理室）

指 定 演 題

抄 録

SL-1

医療の革新は日々の臨床から生まれる —常識の再考と未来への展望

鈴木 裕

国際医療福祉大学病院 外科



1. 医療の常識を問い直す

医療の世界において「常識」とされるものは、長年にわたり積み重ねられた知識と経験に基づくものですが、それが必ずしも普遍の真理であるとは限りません。医療の進歩は、既存の概念を問い直し、新たな可能性を探ることによってもたらされます。例えば、かつて標準的とされていた多くの診療慣行が、時代とともにその有効性を再評価され、根本的な変革を遂げてきました。造影CTにおける造影剤の皮内反応試験や、内視鏡検査前の抗凝固剤管理など、過去には必須と考えられていた常識が、科学的根拠に基づき再考され、臨床の現場で新たな判断基準へと移行しています。

このように、医療者には常に既存の慣習を疑い、実践を通じて根拠の確かな医療を築く姿勢が求められます。確立された医療の枠組みにとらわれることなく、柔軟に新たな知見を取り入れることが、医療の真の発展につながるのです。

2. 変革は臨床の現場から生まれる

どれほど先進的な技術を有する研究機関や企業であっても、実際に患者と向き合う臨床の場こそが、医療の変革を生み出す原動力です。医療者が日々の診療の中で抱く疑問や課題意識が、新たな治療法の発展につながり、これまでの常識を覆す革新へと結実していきます。

例えば、感染症スクリーニングの運用方法や経鼻胃管の胃内留置確認技術は、現場の声を反映しながら進化を遂げました。しかし、今だ発展途上のものも少なくありません。このような変化は、医療者が患者の実際のニーズに寄り添い、既存の枠組みを超えて最適な解決策を模索する過程から導き出されるものです。

医療の未来は、研究室の中ではなく、日々の臨床の現場にこそ芽生えています。目の前の患者のために、既存の「常識」を問い直し、新たな可能性を追求することが、医療者に課せられた真の使命と言えるでしょう。

3. 本日の講演

本日は、こうした常識の再考を経て生まれた革新的な医療デバイスについて、その開発背景と臨床の声をどのように反映させたのかをご紹介します。

経歴

所属・職種：国際医療福祉大学病院 病院長／消化器・乳腺外科 上席部長
国際医療福祉大学 成田キャンパス 医学部 教授

学歴：昭和56年（1981）4月 東京慈恵会医科大学入学
昭和62年（1987）3月 東京慈恵会医科大学卒業
昭和62年（1987）5月 第81回医師国家試験合格

職歴：昭和62年（1987）5月 東京慈恵会医科大学附属病院整形外科科学教室
平成元年（1989）5月 東京慈恵会医科大学第2外科入局
平成5年（1993）10月 富士市立中央病院外科勤務
平成9年（1997）1月 東京慈恵会医科大学附属病院第2外科勤務
平成12年（2000）4月 東京慈恵会医科大学 外科学講座講師
平成17年（2005）4月 東京慈恵会医科大学 外科医局長
平成20年（2008）4月 国際医療福祉大学病院 外科上席部長
（国際医療福祉大学教授）
平成25年（2013）4月 国際医療福祉大学病院 副院長
平成29年（2017）4月 国際医療福祉大学 医学部 消化器外科 教授
令和4年（2022）4月 国際医療福祉大学病院 病院長 就任
現在に至る

所属学会等：日本外科学会（指導医・専門医・認定医）
日本消化器外科学会（指導医・専門医・認定医）
日本消化器内視鏡学会（指導医・専門医・評議員）同学会関東支部評議員
日本栄養治療学会（指導医・専門医・認定医・代議員）
日本クリニカルパス学会（評議員）
日本内視鏡外科学会（指導医・専門医・評議員）
日本機能性食品学会（評議員）
PEG・在宅医療学会（理事・専門胃瘻造設者・専門胃瘻管理者）
日本食道学会（認定医）
日本がん治療学会（暫定教育医）
日本胃癌学会、日本外科系連合学会、日本臨床外科学会、日本乳癌学会、日本腹部救急外科学会、日本胸部外科学会、
日本大腸肛門病学会、胃病態機能研究会（世話人）

SL-2

意外に多い微量元素欠乏 —その対処について

増本 幸二

筑波大学 医学医療系 小児外科



栄養管理の必要性が知られるようになり、微量元素を含む微量栄養素にも注目が集まるようになった。以前は、微量元素の欠乏症は、頻度も低く、長期栄養管理における合併症が中心であると考えられることが多かった。しかし、血中濃度の測定などが比較的簡単にできるようになった最近では、亜鉛や銅、セレンなどについて欠乏状態にある患者は、各微量元素による差こそあれ、小児や高齢者はもちろん、様々な病態下において、以前考えられていたよりもその頻度が多いことがわかってきている。このようなことを踏まえ、今回の講演では、まず臨床で知っていたがよい微量元素として、亜鉛、銅、セレンの基本的な知識の確認と欠乏症について、栄養管理をするうえで知って頂きたい事項について、自験例での集計結果や症例ごとの所見などからお話する。

われわれが検討して意外だったこととしては、亜鉛の欠乏状態が多いことである。小児対象ではあるが、測定された患者の約2/3が正常値下限を下回っていた。これらの患者は普通の食事を経口摂取している小児であり、欠乏症の症状はなかった。領域によっては、これまでの報告以上に多くの患者が欠乏状態にあるかもしれないことを示しており興味深い結果であった。またセレンの血中濃度測定では、セレン製剤の入らない静脈栄養管理を行った場合、早ければ1-3か月で欠乏状態となることが確認され、以前いわれているよりも、比較的早期に欠乏症を生じるリスクがあると考えられた。

実際に症状を呈していない欠乏状態の患者はどう対処すべきかなどについても、新たなガイドラインなどを参考にお話しし、加えて最近の亜鉛製剤やセレン製剤の動向についても認識を共有したい。

経歴

略歴

1991年 平成3年3月27日	九州大学医学部卒業
1991年 平成3年6月1日	九州大学附属病院および関連病院 小児外科
1994年 平成6年4月1日	九州大学医学部附属病院 医員（小児外科学講座）
1999年 平成11年4月1日	北九州市立医療センター 副部長（小児外科）
2001年 平成13年8月1日	九州大学大学院医学研究院 助手（小児外科学分野）
2002年 平成14年4月1日	オランダ エラスムス大学附属ソフィア小児病院 研究員（小児外科）
2003年 平成15年4月1日	九州大学医学部附属病院 助手（小児外科学）
2004年 平成16年4月1日	九州大学病院 講師（小児外科）
2009年 平成21年4月1日	九州大学病院 特任准教授（小児外科）
2009年 平成21年4月1日	福岡大学病院 総合周産期母子医療センター 講師
2009年 平成21年10月1日	福岡大学病院 総合周産期母子医療センター 准教授
2011年 平成23年11月1日	筑波大学 医学医療系 小児外科学 教授 現在に至る
2023年 令和5年4月1日	病態栄養部部長および栄養サポートセンター長 兼務

主な所属学会、学会役員

- ・日本小児外科学会 評議員 理事（2019-2021）
- ・日本周産期・新生児医学会 評議員 2024 周産期学シンポジウム大会長
- ・日本外科代謝学会 評議員 理事（2016-2024）
- ・日本臨床栄養代謝学会 評議員 代議員 理事（2023-）
- ・日本小児外科代謝研究会 幹事
- ・日本外科学会 代議員
- ・日本臨床栄養学会 評議員
- ・日本小児血液・がん学会 評議員
- ・日本微量元素学会 評議員
- ・日本微量栄養素学会 評議員

基調講演 リハビリテーション栄養の現在と未来
ー持続可能な医療提供体制の確立に向けてー

大村 健二

上尾中央総合病院外科・栄養サポートセンター



日本の社会が老い続けるのは不可避である。高齢者の医療費の増加が医療保険財政を悪化させることが確実視されるなか、高額な薬剤や医療機器の開発・普及は医療費の膨張に拍車をかけている。一方、診療報酬を上げることは世論の抵抗が大きく、自己負担の増加も同様である。このままの状況が継続すれば我が国の医療は破綻し、国民は多大な不利益を被ることになる。高齢者を一括りにみると、加齢に伴って身体機能は確実に低下する。65歳から69歳の要介護者の割合は2.9%であるのに対し、70歳から74歳は5.8%とちょうど倍増する。以後も5歳齢を重ねるたびに要介護者の割合は倍増を続け、85歳以上ではおよそ60%となる (<https://www.jili.or.jp/lifeplan/lifesecurity/1118.html>)。一方、高齢者となっても社会活動を継続している集団に着目すると、骨格筋量は後期高齢者となっても保たれている(日老医誌 2010; 47: 52, 2010)。この二つの現象は、加齢に伴う疾病への罹患、入院加療を含めた侵襲的治療によって要介護者が累積していくことで説明がつく。侵襲的な治療を受ける患者に対するきせつなリハビリテーション栄養の提供で累積する要介護者を減少させることができれば、医療費や介護費の節約に結び付く。さらに社会復帰する患者を増加させることができれば、さらなる経済活動の上乗せが期待できる。リハビリテーション栄養は、持続可能な医療提供体制の確立に大きく寄与するものと考えられる。

経歴

1980年 金沢大学医学部卒業、同時に同大第一外科(現 先進総合外科)に入局 消化器外科を専攻
1987年5月 金沢大学医学部第一外科助手
1998年
～1999年 文部省在外研究員として南カリフォルニア大に派遣
2006年7月 金沢大学附属病院内分泌・総合外科科長 臨床教授
2013年4月 上尾中央総合病院 外科診療顧問 栄養サポートセンター センター長
現在に至る。

学会

日本栄養治療学会 名誉会員
日本消化器外科学会 特別会員
日本胃癌学会 特別会員
日本腹部救急医学会 特別会員
日本外科感染症学会 特別会員

ほか

著書

オンコロジークリニカルガイド 消化器癌化学療法(南山堂)、栄養塾 症例から学ぶクリニカルパール(医学書院)、栄養療法 ミニマムエッセンシャル(南江堂)、新・栄養塾(医学書院) ほか

SY1-1

**食道癌術後患者に対する退院後の運動療法と
栄養療法の効果****ー身体機能・嚥下機能の良好例と不良例の比較ー**高木 敏之¹、遠藤 洋毅¹、高橋 秀寿²、佐藤 弘³¹ 埼玉医科大学国際医療センター リハビリテーション部、² 埼玉医科大学国際医療センター リハビリテーション科、³ 埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科

【目的】 食道癌術後患者は、外科的侵襲後の急性炎症反応により異化亢進状態に陥り易く、術後は胃管用い作成された新たな消化経路が構築され、経口摂取量が減少する傾向にある。これにより自宅退院後に身体機能の低下や、嚥下機能の低下から栄養状態が低下する可能性が高い。我々は、食道癌術後患者に対し身体機能や栄養状態低下の予防を目的に、自宅での運動療法と栄養療法を実施し、今回、退院後の身体機能や栄養状態、嚥下機能の経過において良好例と不良例の比較検討を行った。

【方法】 対象は当院で食道癌根治を行った患者のうち良好例を73歳男性（A）、不良例を69歳（B）とした。身体機能の評価として術前に右握力、Short Physical Performance Battery（SPPB）、BIA法で測定した骨格筋指数（SMI）、下肢筋力（右大腿四頭筋）、シャトルウォーキングテスト（SWT）を測定。栄養状態評価は体重と採血結果のCONUT値を求めた。嚥下機能評価は嚥下スクリーニングツールEAT-10を使用した。自宅退院前に術前同様の検査を実施し、自宅で実施する歩行練習及び筋力強化練習を指導した。また、栄養補助食品（タンパク質10g含有）を、運動後に1個/日摂取するよう説明し、退院後1ヶ月と3ヶ月で術前と同様の評価を実施した

【結果】 良好例A/不良例Bにおいて、握力（kg）：術前（A43.7/B32.4）退院時（A39.3/B30.7）/退院後1ヶ月（A40.6/B28.2）/3ヶ月（A40.6/B28.2）、下肢筋力（N・m）：術前（A317/B395）/退院時（A430/279）、退院後1ヶ月（A356/B294）/3ヶ月（A363/B302）、SWT（m）：術前（A480/B400）/退院時（A430/150）/3ヶ月（A500/B340）/（A520/B420）、体重（kg）：術前（A63.8/B61.4）/退院時（A63.8/61.4）/退院後1ヶ月（A66.2/B59）/3ヶ月（A68.2/B55.3）、SMI（m²/kg）：術前（A8.3/B7.5）/退院時（A7.8/B6.7）/退院後1ヶ月（A8.2/B6.6）/（A8.2/B6.6）、CONUT：術前（A2/B3）/退院時（A5/B0）/3ヶ月（A1/B0）、EAT-10：術前（A0/B0）/退院時（A17/B20）/退院後1ヶ月（A6/26）/3ヶ月（A0/B26）。

【考察】 良好例に比べ不良例では、握力・下肢筋力・SMI・体重・EAT-10において術前と比較し退院後3ヶ月の時点でも低下していた。術後侵襲による異化亢進状態の影響で低下する身体機能や栄養状態の改善を目的に、自宅での運動と栄養療法を行ったが、運動療法や栄養療法だけでなく、食道再建術後の摂食嚥下障害による経口摂取量の低下も、退院後の経過に大きな影響を与えていると考えた。

経歴

2000年4月 埼玉医科大学病院リハビリテーション科に就職

2007年4月 埼玉医科大学国際医療センター リハビリテーション部へ異動

SY1-2 低栄養における理学療法士の役割の再考

大隈 統

埼玉医科大学総合医療センター リハビリテーション部



近年、リハビリテーション栄養（リハ栄養）の実践は、対象者の ADL や QOL の改善に有効であることが多くの研究で示されている。2024 年度の診療報酬改定において新設された「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」は、こうした取り組みの有効性が認められた成果である。

理学療法士が対象者の栄養状態を評価することは、適切な運動負荷の設定に必要な情報となるだけでなく、他職種への情報提供を通じて対象者のアウトカム向上に寄与する重要な役割を担っている。評価の際には、具体的な対策につなげられるよう、対象者が抱える栄養摂取困難の背景や理由を丁寧に聴取することが求められる。

また、栄養改善が困難な低栄養状態の対象者に対しても、身体機能の維持にとどまらず動作学習や環境調整などを通じて潜在的な機能を引き出し、パフォーマンスの向上を図ることは、理学療法士の専門性を発揮する領域である。

リハ栄養の発展に向けて、理学療法士の役割を常に検討し続ける姿勢が重要と考える。

経歴

2001 年 埼玉医科大学短期大学理学療法学科卒業
2001 年 埼玉医科大学総合医療センターリハビリテーション部入職
2006 年 東京都立保健科学大学保健科学研究科理学療法専攻修了 修士号（理学療法学）
2008 年 医療法人和会武蔵台病院リハビリテーション課入職 課長
2019 年 埼玉医科大学総合医療センターリハビリテーション部入職 主任
2025 年 埼玉医科大学大学院医学研究科博士課程臨床医学研究系緩和医療学専攻
栄養治療専門療法士 [リハビリテーション専門療法士]

**SY1-3 ICFの視点で多職種が共通の目標に向かって取り組む
未来へ**加治屋 敬子¹、川邊 祐子¹、舟木 瑳紀²、大村 健二³¹ 上尾中央総合病院 リハビリテーション技術科、² 上尾中央総合病院 栄養科、³ 上尾中央総合病院 栄養サポーターセンター

当院ではNST活動も活発に行われており、週4回のNST回診には医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士が参加している。リハビリテーション栄養（以下、リハ栄養）では、ICF（国際生活機能分類）による全人的評価も大切だと言われているが、当院では多職種とICFに基づいた評価や情報共有が乏しく、リハビリスタッフもリハ栄養の知識が十分ではないのが現状である。また埼玉県内の病院、施設のスタッフとリハ栄養に関する交流や繋がりが少ないことも悩みであった。

そこで、昨年の7月にリハビリテーション栄養に興味のある東京・埼玉県内のスタッフと知識の向上と情報提供の場を目的に、埼玉リハ栄養ネットワーク研究会の開催を行った。4施設、17病院のスタッフ43名が参加し、職種は医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、機能訓練指導員、事務であった。

内容としてはグループディスカッションによる症例検討、他病院の取り組み紹介、特別講演を行った。症例検討に先立って、自施設の紹介や自己紹介を含めたアイスブレイクを行い、リハ栄養ケアプロセスをもとに話し合いを進めた。他施設の取り組み紹介では、施設ごとの特徴や活動内容を含め様々な研究を知る機会となった。

アンケート回収率58.1%であり、「内容の分かりやすさ」という質問項目では症例検討72%、取り組み紹介80%と反応は良好であった。アンケートの感想には、色々な職種と話せていい刺激になった、顔の見える仲間やネットワークが持てたことがありがたかった等の良い意見が多かった。改善すべき点としては、グループディスカッションの際にもう少し隣のグループと席が離れていると話し合いがしやすいかなど会場設置に関しての意見があった。

今回の埼玉リハ栄養ネットワーク研究会を通して、それぞれの施設、病院で悩んでいるスタッフは多く相談や話し合いの場があることは重要であると感じた。また多職種の視点からのICFの考え方を知り情報共有をすることで目標設定が明確になることも学べた。今後取り上げてもらいたいテーマとして、施設患者や在宅介護者の栄養管理と考え方、リハの運動負荷と栄養補給のタイミングなど具体的な意見が多く挙がった為、次回の課題にしていきたい。今後も研究会のテーマである顔の見える関係としてのネットワークを大切に、活動を継続していく。

経歴

2009年 学校法人未来学園 前橋医療福祉専門学校 言語聴覚学科 卒業

2010年 医療法人社団 愛友会 上尾中央総合病院 リハビリテーション技術科 入職

SY1-4 腹膜透析患者における腸腰筋指数の変化についての検討

伊藤 聖学^{1,2}、宮下 智香²、山口 美和²、中原 忍²、長嶺 智重子²、
猪野瀬 渚²、宮原 摩耶子²、椎名 美知子²、渡邊 祐作¹、鈴木 萌香¹、
森野 諄紀¹、睦好 祐子¹、村越 美穂²、宮澤 晴久¹、大河原 晋^{1,2}

¹ 自治医科大学附属さいたま医療センター腎臓内科、

² 自治医科大学附属さいたま医療センター栄養部



【目的】サルコペニアは慢性腎臓病患者においても有病率が高く、筋肉量の評価は重要である。筋肉量の評価方法の一つとして、近年、CT 検査時に撮影される両側の腸腰筋面積を用いて計算される腸腰筋指数（PMI: psoas muscle mass index）が挙げられるが、腹膜透析（PD: peritoneal dialysis）患者において、導入期から PD 施行中の PMI の変化を検討した報告はなく、その変化について検討することを目的とした。

【方法】当センター腎臓内科で PD 導入された患者で、導入期と導入後 3 か月以降に CT 検査を実施された患者 58 名（男性 42 名、女性 16 名、平均年齢 59.8 ± 13.4 歳）を対象とした。PD 導入期と導入から 29.0 ± 19.5 か月後における PMI の変化について評価した。

【結果】PMI は導入期から 29.0 ± 19.5 か月後において、 $6.91 \pm 1.97 \text{ cm/m}^2$ から $6.29 \pm 1.95 \text{ cm/m}^2$ と有意に低下していた（ $p < 0.001$ ）一方で、BMI に変化はなかった。

【結論】PD 患者において、体重に変化がない場合であっても、筋肉量が低下していることに注意を払う必要がある。

経歴

経歴

2009 年 3 月 昭和大学医学部卒業
2009 年 4 月 自治医科大学附属さいたま医療センター 初期研修医
2011 年 4 月 自治医科大学附属さいたま医療センター 腎臓内科シニアレジデント
2017 年 4 月 南魚沼市民病院内科
2018 年 4 月 自治医科大学附属さいたま医療センター 腎臓内科 助教
2024 年 4 月 自治医科大学附属さいたま医療センター 腎臓内科 講師
現在に至る

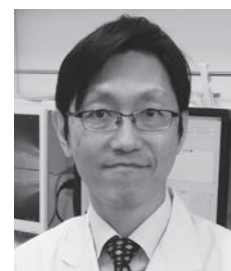
最終学歴

2017 年 自治医科大学大学院医学系研究科修了

SY2-1 JSPEN ERAS WG の活動報告

郡 隆之

利根中央病院 外科、JSPEN ERAS WG



ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) とは手術後の回復促進と合併症削減を目指した周術期管理プログラムであり、多職種連携のもと科学的根拠に基づく介入を体系的に実施するものである。日本の医療現場に即した実践的で応用可能な ERAS プログラム構築を目標に、JSPEN ERAS WG が 2025 年 4 月に活動を開始した。本 WG は、既存の ERAS の 9 術式（大動脈、乳癌再建、心臓、肺、食道、胃、肝臓、脾臓、結腸直腸）のガイドラインを基盤として、日本特有の臨床実態を考慮しつつ修正・再構築を行うこととした。本プログラムは、16 の共通項目（術前教育・カウンセリング、術前栄養評価と介入、喫煙・飲酒中止、術前プレハビリテーション、術前絶食の短縮、術前炭水化物負荷、VTE 予防、抗菌薬予防、術中体温管理、多角的疼痛管理、PONV 対策、尿道カテーテル管理、経口摂取再開、早期離床、輸液管理、術後血糖管理）および各 9 術式別特有項目（最小侵襲手術、術後消化管機能回復促進、下剤使用の是非など）を含む 2 階層構造で設計された。各項目にはエビデンスレベルと推奨度を明記し、日本の診療ガイドラインとの整合性も十分考慮する方針とした。WG の目標として、2025 年内の完成を目指している。今回活動状況について報告する。

経歴

1994 年	群馬大学医学部卒業
1999 年～	三井記念病院 呼吸器外科シニアレジデント
2001 年～	利根中央病院 外科
2006 年	群馬大学応用腫瘍病理学 大学院卒業
2011 年～	利根中央病院 外科部長
2020 年～	前橋工科大学 客員教授
2022 年～	利根中央病院 診療部長

SY2-2 当院における食道切除術の周術期抗生剤の違いによる合併症率の比較検討

鈴木 悠介、吉澤 政俊、古部 快、松井 一晃、鳥海 哲郎、岸本 裕、
江原 玄、宮脇 裕、佐藤 弘、櫻本 信一

埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科

**【はじめに】**

胸部食道癌に対する食道切除術は他の消化器外科手術と比べて侵襲度が高く、術後合併症が多い手術である。食道切除術に伴う一般的な合併症は縫合不全や呼吸器合併症である。これらの合併症は食道切除術後の全生存率の低下および周術期死亡率の上昇と関連していることが示されており、周術期合併症の予防早期回復の一因と考えられる。

日本の SSI ガイドラインによると食道切除術に対する周術期抗生剤はセファゾリン（CEZ）を推奨しているが、頭頸部および肺外科手術に対するガイドラインではアンピシリン-スルバクタム（ABPC/ SBT）を推奨している。ABPC/ SBT を使用したほうが、縫合不全や呼吸器合併症が減少すると報告されている。

当院では 2024 年から周術期抗生剤を（ABPC/ SBT）に変更しており、変更以前の CEZ と比較し周術期合併症の発生率について比較した。

【方法】

対象は当院で胸部食道癌に対して 2021 年 1 月から 2025 年 2 月までの間で食道切除術を施行した 302 例を対象とした。また、空腸再建・結腸再建例や二期再建、経裂孔的食道切除術は除外した。上記 302 例を対象として、呼吸器合併症や縫合不全などの周術期合併症の発生率について後方視的に検討を行った。

【結果】

CEZ 例は 236 例、ABPC/ SBT 例は 66 例。呼吸器合併症は 32 例 / 5 例（ p 値 = 0.063）重症呼吸器合併症（Grade3 以上）12 例 / 1 例（ p 値 = 0.053）縫合不全 34 例 / 4 例（ p 値 = 0.053）入院期間の中央値 19 日 / 16 日（ p 値 = 0.823）であった。

【結語】

本研究では ABPC/ SBT 使用群において、周術期合併症の発生率が低い傾向が認められたが、統計学的有意差には至らなかった。周術期の合併症予防には抗生剤以外にも、早期離床の実施や痰の排出を促進する取り組みにより、患者の早期回復が期待できるため、多職種によるチーム連携が重要である。

経歴

2015 年 帝京大学医学部卒業
2021 年 帝京大学医学部大学院修了・医学博士
2021 年 藤枝市立総合病院 外科医員
2022 年 帝京大学医学部附属病院 臨床助手
2024 年 埼玉医科大学国際医療センター 助教

SY2-3

患者サポートセンターにおける
多種職介入プレハビリテーションの現状と課題

荻原 博¹、青木 緩美²、星野 智美³、板垣 七奈子³、関口 匠⁴、
及川 瞬⁴、稲川 元明⁵、坂元 一郎⁶、田中 俊行⁷、長沼 篤⁸、
小川 哲史⁶



¹ 独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター リハビリテーション科、

² 独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター 栄養管理室、

³ 独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター 看護部、

⁴ 独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター 薬剤部、

⁵ 独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター 歯科口腔外科、

⁶ 独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター 外科、

⁷ 独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター 疼痛緩和内科、

⁸ 独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科

【目的】 プレハビリテーション (prehabilitation) とは、術前の栄養・運動介入・精神的ケアを意味する和製英語である。プレハビリテーションは欧米を中心に広まり、国内でも近年大学病院や基幹病院を中心に麻酔科領域、整形外科や癌の周術期領域へと浸透しつつある。特に、栄養状態や活動性が低下しやすい癌周術期にその有用性が高いと考えられるが、強力なエビデンスの報告は未だ少ない。今回、患者サポートセンターにおける当院のプレハビリテーションの導入と活動経過、問題点を発表する。【経過】 当院では従来の患者サポートセンターを令和2年に改組し、看護師・管理栄養士・歯科医師 (歯科衛生士)・リハビリテーション療法士・社会福祉士らからなる入院前支援部門を増設強化。初期は医師不在に伴う指示の遅れや実効力低下が問題となった。令和4年からNST 経験の豊富な医師 (演者) が専任医師として加わり、現場の医師の指示のもとで各職種の活動を保障・支援するシステムとなった。これにより各職種が抱える問題点にリアルタイムに対応することが可能となり、患者介入が円滑化した。【各部門の活動内容とアウトカム】 専任医師は、2000 件超の予定全身麻酔手術に対し、術前診察を行っている。管理栄養士の MUST や GLIM の栄養評価 (MUST、GLIM) をもとに患者・家族にプレハビリテーションの有用性を概説。栄養不良、癌術前には積極的に外来栄養指導を指示している。呼吸機能低下症例かつ外来呼吸リハビリ保険適応症例には、療法士に呼吸リハの指示を行っている。消化器症状や食欲不振・低栄養に医薬品処方を行うこともある。当院では消化器癌術前全例に栄養・運動指導を行い、プレハビリテーションを強力に推進しているのが大きな特色である。歯科は地域歯科医院と連携・分担し周術期口腔管理を徹底し、看護師は入院案内と精神的ケアを、社会福祉士は福祉サービスの提言や経済的助言等を行っている。医師補助事務員は、医師業務サポートを行うと共に診療科間の連絡調整、センター内業務調整を行っている。【課題・考察】 多種職による丁寧な術前外来プレハビリテーションにより、患者家族は手術に対し positive に取り組む様子が多く見て取れる。各職種の指導加算に加え、周術期栄養管理加算の算定に繋げ病院経営にも貢献する。一方、外来滞在時間が長くなることによる体力的負担、また諸加算による医療費負担も考慮すべき問題点となっている。

経歴

平成5年 群馬大学医学部卒

平成11年 群馬大学医学部医学研究科卒 (総合外科学教室)

さいたま赤十字病院外科、原町赤十字病院外科、群馬県立心臓血管センター外科等を経て、令和4年より独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター リハビリテーション科長

SY2-4

**新しい食道がん術後嚥下機能維持への取り組み：
神経電気刺激療法（VitalStim）の使用経験**

藤田 武郎、久保 祐人、佐藤 和磨、梶山 大介、岩部 祐亮

国立がん研究センター東病院 食道外科

はじめに

嚥下障害は高齢者の食道・頭頸部手術後など多くの患者にみられ、誤嚥性肺炎や栄養障害など重篤な合併症の原因となる。従来の嚥下訓練（口腔運動訓練など）は一定の効果があるものの、重度症例や回復が遅い症例も多い。こうした背景から、米国 FDA の認可を受けたのが VitalStim 療法である。VitalStim 療法は、神経筋電気刺激技術を嚥下リハビリに应用した最初の治療法であり、嚥下筋の筋力強化・機能回復を促し、従来の治療で効果が不十分だった患者にも適用できる点が大きな特徴である。今回、本取り組みについて示す。

方法

2021/12-2024/12 までに術前より嚥下障害を認めた胸部食道がん手術症例を対象に、周術期に従来の嚥下訓練に加えて VitalStim を用いた 35 例を対象とした。

Vitalstim セッション設計は 30 分 / 回のセッションを週 3 ～ 4 回実施とし、電極は甲状軟骨周囲に配置した。また併用療法として、ST による従来の嚥下訓練を実施した。

結果

対象患者の平均年齢 73.3 歳、全例で術後に飲水テストでの誤嚥傾向を認めた。Vitalstim は病棟にて ST の指導の下で病棟看護師にて全例安全に施行し得た。全例で安定した経口摂取が可能となった。これらのうち vitalstim 介入後の入院中に CD-Grade2 以上の誤嚥性肺炎を認めた症例は 17.1% で、従来の嚥下訓練群と比較して低い傾向を認めた。

結語

VitalStim は、従来の嚥下訓練と併用して行われ、食道がん術後の嚥下障害に対しても筋肉の再教育と協調性の向上、嚥下機能の持続的な改善が期待できる可能性が示唆された。

経歴**職歴**

平成 13 年 04 月	岡山大学病院	外科研修医
平成 13 年 09 月	岡山ろうさい病院	外科研修医
平成 15 年 08 月	岡山大学病院	第 2 外科 医員
平成 16 年 01 月	湯原病院	外科 医員
平成 16 年 10 月	奥島病院	外科 医員
平成 17 年 05 月	寺岡記念病院	外科 医員
平成 17 年 11 月	University of Pittsburgh Cancer Center	Fellow
平成 19 年 12 月	岡山大学病院	腫瘍外科 医員
平成 20 年 04 月	国立がん研究センター東病院	消化器外科 レジデント
平成 23 年 04 月	国立がん研究センター東病院	食道外科 がん専門修練医
平成 24 年 08 月	国立がん研究センター東病院	食道外科 医員
平成 26 年 12 月	国立がん研究センター東病院	食道外科 医長
令和 01 年 08 月	国立がん研究センター東病院	食道外科 診療科長
以上		

SY2-5 当院における食道癌周術期栄養管理プログラムと術後体組成変化に対する検討

上原 弘聖¹、酒井 真¹、中澤 信博¹、岡田 拓久¹、白石 卓也¹、
栗山 健吾¹、熊倉 裕二¹、木村 明春¹、佐野 彰彦¹、調 憲²、
佐伯 浩司¹

¹ 群馬大学総合外科学 消化管外科学分野、² 群馬大学総合外科学



【背景】 食道癌術後患者は経口摂取量が低下し、必要エネルギーを充足出来ない患者が多く存在する。当院では食道癌手術に対する多職種栄養管理チーム G-CRANE（Gunma Comprehensive Perioperative Assessment of Nutrition in the Patient with Esophageal Cancer）を立ち上げた。その取り組みと術後栄養指標の推移について解析した。

【対象と方法】症例は39例。術翌日より胃管瘻から持続経管栄養を開始し、退院前に栄養剤2缶(600kcal/day)の自己注入に切り替える。在宅でも術後3か月まで継続することを目標とする。術後1ヶ月、2ヶ月、3ヶ月時点で外来での栄養指導を行い、摂取エネルギーの聞き取り及び体組成の測定を実施した。摂取エネルギーと術後3ヶ月間での体組成変化との関連を解析した。

【結果】 男性33例、女性6例。年齢中央値 69.0 (45-81) 歳。栄養補助（経管栄養+Oral Nutritional Supplements (ONS)）が目標の600kcal/day以上（EH群）と、未満（EL群）に分けると、体重変化はEH群 -7.0% vs EL群 -11.1% (p=0.01)、骨格筋量変化はEH群 -4.3% vs EL群 -7.6% (p=0.13)であった。栄養補助と経口摂取を足した総摂取エネルギー量が、必要エネルギー量の75%以上をTH群、未満をTL群とすると体重変化はTH群 -7.6% vs TL群 -14.7% (p=0.001)、骨格筋量変化はTH群 -4.5% vs TL群 -11.4% (p=0.003)であった。

【結語】 術後3ヶ月間の在宅経管栄養は体重維持に有用であることが示唆された。

経歴**最終学歴**

2019年 群馬大学医学部医学科 卒業

職歴

2019年 - 2021年 利根保健生活協同組合 利根中央病院
2021年 - 2022年 群馬大学医学部附属病院 外科診療センター
2022年 - 2024年 JCHO 群馬中央病院 外科
2024年 - 現在 群馬大学医学部附属病院 消化管外科

SY2-6

外来化学療法室での栄養指導を通じて、NAC 患者への
早期栄養介入から周術期栄養管理へ

舟木 健二、寺田 師、長岡 亜由美

上尾中央総合病院 栄養科



周術期管理において ERAS が普及され、早期回復を目指した多職種連携が推進されている。特に術前補助化学療法（Neoadjuvant Chemotherapy；以下、NAC）を受ける患者は、治療に伴う栄養状態の悪化が懸念されるため、適切な栄養管理が不可欠である。本演題では、当院の外来化学療法室における栄養指導の取り組みと、術前から周術期にかけての継続的な栄養管理体制について報告する。

当院では 2019 年 8 月より外来化学療法室に管理栄養士が常駐し栄養指導を開始した。栄養スクリーニング基準は、MUST をもとに作成した。委員会で該当患者は栄養指導の自動承認の許可を得たため、管理栄養士がスムーズに介入できる体制となっている。2020 年診療報酬改定にて外来栄養食事指導料の評価が見直され、外来化学療法中の栄養指導体制も見直された。さらに 2022 年診療報酬改定にて外来化学療法中の栄養指導の算定要件が見直され、同時期に周術期における適切な栄養管理を推進する観点から「周術期栄養管理実施加算」が新設された。当院では特に NAC を施行する患者に対して、主に消化器外科（肝胆膵、食道・胃、大腸）・乳腺外科・耳鼻いんこう科・泌尿器科症例に対して、早期に栄養スクリーニング・アセスメントし、栄養指導を積極的に実施している。2019 年 8 月から 2025 年 1 月での外来化学療法中の栄養指導を実施した患者数は 963 名で、そのうち NAC を施行した患者数は 168 名であった。栄養指導では、手術に備えた体力や筋力の維持に必要な栄養管理を目標としており、適切なエネルギー・たんぱく質の摂取や維持、ONS の導入などを勧めている。また、質問紙表による QOL 評価を継続的に実施し、QOL の維持にも努めている。外来化学療法室では、外来看護師や薬剤師と連携して、副作用への対応や食事摂取状況の変化を共有しながら支援を行い、周術期栄養管理に繋げている。入院後は、病棟配置の管理栄養士が継続的に介入し、術後早期の経口摂取開始や必要に応じて経腸栄養や静脈栄養の併用を検討するなど、患者の状態に合わせた柔軟な対応を行っており、QOL の向上を目指している。退院後も継続して栄養管理を行うことで、術後の体重減少や患者の不安軽減に寄与していきたい。

今後も、外来化学療法室からシームレスな周術期栄養管理を行うことで、患者の栄養状態、QOL を向上し、治療後も早期に退院できるよう貢献していく。

経歴

2019 年 3 月 城西大学 医療栄養学科 卒業
2019 年 4 月 上尾中央総合病院 栄養科 入職

SY3-1 介入件数 10 倍の NST 改革
——「圧倒的当事者意識」で実現する
多職種チームビルディング

野崎 礼史¹、丸山 常彦^{1,2}、武田 久美子³、大都 秋美³、飯村 勝成⁴、
小堀 明子⁵、柏 奈津美⁵、小田 竜也²

¹ 水戸済生会総合病院 外科、² 筑波大学 消化器外科、

³ 水戸済生会総合病院 栄養科、⁴ 水戸済生会総合病院 薬剤部、

⁵ 水戸済生会総合病院 看護部



【目的】多くの施設で NST 活動の形骸化や停滞が課題となる中、当院ではメンバーの「圧倒的当事者意識」を醸成するチームビルディングにより、栄養管理の質向上とチーム活性化を目指した改革を実践した。本発表では、その手法と成果を報告する。

【方法】当院の NST は、医師、看護師、管理栄養士、薬剤師など 7 職種 37 名で構成される。新チェアマン就任後 3 年間で①ゴールデンサークル理論に基づく活動目的（Why）共有と使命・将来像・価値観（MVV）の策定、②心理的安全性を確保しプロジェクト毎の班活動導入と目標の可視化を行い、③ NST 実地修練の開始と資格取得・学会発表の奨励を推進した。これらの施策を複合的に展開し挑戦と協働を促しつつ、個々のメンバーの主体性を引き出すことを目指した。

【結果】改革後の 3 年間で年間 NST 介入件数は 56 件から 600 件超へと 10 倍以上に増加した。早期栄養介入管理加算や周術期栄養管理実施加算などの算定も開始し病院経営に貢献した。NST 専門療法士などの資格取得者や学会発表も増加し専門性向上と人材育成に繋がった。「やらされ感」から脱却し、主体的な協働体制が実現した。

【結論】「当事者スイッチ」の鍵は、Why と MVV の共有、そして挑戦と協働を後押しする心理的安全性と具体的な仕組みづくりにあった。この意識改革を基盤としたチームビルディングは、マンパワー等の制約下でも、NST 活性化に有効と考える。

経歴

学歴：

1996 茨城県立土浦第一高等学校 卒業

2002 筑波大学医学専門学群 卒業

2013 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻（博士課程）修了

職歴：

2002-2004 筑波大学附属病院 初期研修医

2004 茨城西南医療センター病院 外科

2004-2006 筑波大学附属病院 消化器外科

2006-2007 日立製作所水戸病院 外科

2007-2009 茨城西南医療センター病院 外科

2009 筑波大学附属病院 消化器外科 クリニカルフェロー

2013-2022 茨城西南医療センター病院 消化器外科科長

2022- 水戸済生会総合病院 外科部長

資格：

医学博士

日本外科学会外科 専門医・指導医

日本消化器外科学会 消化器外科専門医・指導医

消化器がん外科治療認定医

日本栄養治療学会 認定医・指導医

日本腹部救急医学会 認定医

麻酔科標榜医

がん治療認定医

役職：

茨城県地域医療支援センター 教育インストラクター

日本臨床栄養代謝学会 代議員、学術評議員、関越支部世話人

日本臨床外科学会 評議員

栄養サポート研究会（茨城県）世話人

茨城県指導医養成講習会講習会世話人

一般社団法人 日本医療デザインセンター 理事

受賞：

2022 年度、2023 年度 日本臨床栄養代謝学会 優秀査読者賞

**SY3-2 多職種連携による早期栄養介入が奏功した
リフィーディング症候群高リスク患者症例**

中山 由希子、佐藤 美保、山本 純子、山内 瞳、山崎 美和、
新野 真澄、藤井 達也

彩の国東大宮メディカルセンター 栄養科

**【背景】**

ICU での早期栄養介入が普及しているが、当院では NST 活動、管理栄養士の全病棟配置を通して ICU 退室後も多職種が連携し継続した栄養管理を行っている。早期介入により栄養状態が改善したリフィーディング症候群（以下 RFS）高リスク患者の症例を報告する。

【症例】

62 歳女性。20 年前の腸閉塞手術後より過度な食事制限を行い、BMI11.0kg/m² とるい瘦を認めた。鉄欠乏と消化管出血による高度貧血で入院、GLIM 基準で高度低栄養、RFS 高リスクに該当し、第 2 病日に NST が介入した。第 3 病日に全身状態が悪化し、ICU で人工呼吸管理となり、経鼻経管より 4kcal/kg/日の栄養を開始した。補正により 6.8mg/dl であった血清リン値が翌日に 2.1mg/dl と低下したが、電解質補正やビタミン補充をしながら経腸栄養を継続した。第 5 病日に呼吸器を離脱し、経口摂取を開始、ICU を退室した。第 12 病日に再度全身状態が悪化し ICU へ再入室、呼吸管理を行いながら食事、リハビリテーションを継続、ICU を退室した。第 30 病日には 1600kcal、53kcal/kg/日を完食でき、第 80 病日で自宅退院した。体重 2.4kg 増、InBody 測定で全身位相角は 1.8° から 3.2° となった。

【結語】

早期の栄養評価と介入より栄養状態が改善した RFS 高リスク患者を経験した。ICU 退室後も多職種が連携し栄養管理を継続することが重要と考えられた。

経歴

最終学歴：2007 年 3 月 関東学院大学人間環境学部健康栄養学科 卒業

職 歴：2007 年 5 月 一般財団法人 厚生年金事業振興団 東京厚生年金病院 栄養部 入職
2013 年 5 月 医療法人五星会 菊名記念病院 栄養科 入職
2016 年 11 月 医療法人社団協友会 彩の国東大宮メディカルセンター 栄養科 入職

**SY3-3 多職種チームによる重症壊死性筋膜炎患者への
栄養管理と創傷管理について**

稲塚 萌依^{1,2}、長沼 篤^{1,3}、板垣 七奈子^{1,4}、青木 緩美^{1,2}、
田中 未来^{1,2}、犬飼 郁美^{1,2}、星野 智美^{1,4}、有坂 美奈子^{1,4}、
稲川 元明^{1,5}、田中 俊行^{1,6}、小川 哲史^{1,7}



¹ 国立病院機構 高崎総合医療センター NST、
² 国立病院機構 高崎総合医療センター 栄養管理室、
³ 国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科、
⁴ 国立病院機構 高崎総合医療センター 看護部、
⁵ 国立病院機構 高崎総合医療センター 歯科口腔外科、
⁶ 国立病院機構 高崎総合医療センター 疼痛緩和内科、
⁷ 国立病院機構 高崎総合医療センター 外科

【背景】

壊死性筋膜炎に対し、複数回の外科的処置と集中治療、栄養管理を含む多職種連携により回復が得られた一例を経験したため報告する。

【症例】

20歳代、男性、既往歴なし

【経過】

右母趾の腫脹と疼痛により前医を受診し、痛風発作と診断された。数日で腫脹が右脚股関節まで拡大し、当院に救急搬送された。右下肢に紅斑、圧痛、血性水疱を認め、血液検査では白血球増多、CRP高値、肝障害および総ビリルビン高値を認めた。壊死性筋膜炎の診断となり、入院当日に右下肢の筋膜切開術によるデブリードマンを施行。術後はICU管理下で抗菌薬投与を行い、翌日には一般病棟へ転棟したが、リフィリング現象による胸水・心拡大を認めた。右下腿部の疼痛と緊満感も悪化し、感染制御困難で複数回のデブリードマンを要した。創傷管理における薬物使用により嘔気や覚醒不良が出現したため、栄養の投与ルートを再考し、栄養内容を調整した。必要栄養量は3035kcal Pro135g (Af 1.2、Sf1.5、Pro2.0g/IBW)とし、食事に加え、患者の状況によりTPNや経腸栄養も併用した。創部の状態に合わせた定期的な栄養評価を行った結果、食事も増え、創部も徐々に縮小した。現在もリハビリを強化し、早期の治癒を目指して栄養管理を継続している。

【結語】

若年者においても壊死性筋膜炎は発症しうる疾患であり、外科的治療に加え、適切な栄養管理の重要性が示唆された。

経歴

◇最終学歴

東京栄養食糧専門学校 管理栄養士科

◇職歴

令和3年4月～令和3年9月

株式会社武仁（給食委託会社）入社 国立研究開発法人成育医療研究センター配属

令和3年10月～令和5年11月

国立研究開発法人国立成育医療研究センター 栄養管理部入職 非常勤栄養士として勤務

令和5年12月～現在

独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター 栄養管理室 入職

SY3-4 地域における集学的チームによる誤嚥性肺炎予防活動

永井 徹^{1,7}、井上 達朗^{2,7}、齋藤 泰晴^{3,7}、堂井 真理^{3,7}、遠藤 沙保里^{4,7}、
笠原 純子^{5,7}、坂井 邦彦^{6,7}

¹ 新潟医療福祉大学 健康栄養学科、

² 新潟医療福祉大学 リハビリテーション学科、

³ 総合リハビリテーションセンターみどり病院 NST、

⁴ 新潟中央病院栄養科、⁵ 五泉中央病院看護部、⁶ 新潟臨港病院 NST、

⁷ 新潟高齢者の栄養と摂食を支える会



【目的】2023年人口動態統計によると、誤嚥性肺炎は男女ともに死亡順位が第6位であり、死亡数は2022年と比較して増加している。高齢化が加速することから地域高齢者に対する誤嚥性肺炎予防は喫緊の課題である。【方法】新潟医療福祉大学倫理委員会の承認を得て、誤嚥性肺炎予防を目的とした実践可能なプログラムを集学的チームで作成し、2022年3月から2025年3月までM市およびN市の地域高齢者に対して教育活動を行ってきた。サルコペニアの理解、栄養管理の実践、身体活動および嚥下筋維持のプログラム内容を冊子作成し、対面での説明を加えた実践活動を展開した。これまで高齢女性においてベースライン調査時と比較してプログラム実施後にMNA-SFスコア、握力、下腿周囲長、最大舌圧の有意な低下が認められなかったことを報告した。今回、プログラムの理解度を検討した。①まったく理解できない②やや理解できない③どちらともいえない④やや理解できる⑤ほとんど理解できるから1つ選択してもらい、④⑤を理解良好と評価した。【結果】地域高齢者、リハビリ患者それぞれ理解良好の者は、いずれのプログラムも90%を超えていた。地域高齢者とリハビリ患者において理解度に有意な差は認められなかった(P=0.222)。【結論】誤嚥性肺炎の要因となるサルコペニアや低栄養が危惧される高齢者への介入には多くの労力が必要となるため、行政職のみならず医療専門職が連携して関わることが不可欠である。

経歴

(主な職歴)

1988年 国立長野病院管理栄養士

その後、転勤により国立栃木病院、国立療養所犀潟病院、国立渋川病院
国立甲府病院に勤務

2003年 国立療養所西新潟中央病院栄養管理室長

2004年 国立病院機構西新潟中央病院栄養管理室長

2009年 国立病院機構千葉東病院栄養管理室長

2009年 国立病院機構本部 関東信越ブロック事務所 統括部医療課栄養専門職

2013年 新潟医療福祉大学 健康栄養学科 准教授

2020年 新潟医療福祉大学 健康栄養学科 教授

現在に至る

**SY3-5 新生児プロジェクトチームにおける
栄養管理の後方視的検討**

金塚 明子¹、小山内 奈緒美²、内野 真紀²、水田 陽子³、水野 剛⁴、
松倉 時子²、板倉 隆太⁵、細井 賢二⁶、幡谷 浩史⁷、富田 紘史⁸

¹ 東京都立多摩南部地域病院 薬剤科、
² 東京都立小児総合医療センター 栄養科、
³ 東京都立小児総合医療センター 検査科、
⁴ 東京都立小児総合医療センター 看護科、
⁵ 東京都立小児総合医療センター 集中治療科、
⁶ 東京都立小児総合医療センター 消化器科、
⁷ 東京都立小児総合医療センター 総合診療科、
⁸ 東京都立小児総合医療センター 外科

**1 目的**

消化器疾患のある新生児について令和3年4月よりプロジェクトチームを立ち上げ、新生児 NPT (Nutrition Project team) を開始した。今回 NPT 介入効果の評価を目的に検討を行なった。

2 方法

令和3年4月から令和6年12月までに消化器疾患及び乳び胸により1ヶ月以上静脈栄養が必要と想定される新生児を対象とした。28例抽出し、うち1例はチームでの検討前に退院となり除外した。医師は腸管吸収面積等、看護師は身長、体重計、SGA、薬剤師はTPN、経腸（薬剤）、臨床検査技師は検査結果（血清、尿）、栄養士は経腸（食品）データをグラフ化し経過を追い欠乏栄養素補充の介入を行なった。在胎週数、NPT 介入日数、静脈栄養施行日数、介入開始時と終了時の体重、重篤な肝障害（血清 AST 又は ALT 正常値上限の3倍、DB>2mg/dL）、腎障害（BUN20mg/dL 及び血清クレアチニン >1.5mg/dL）の有無を検討した。

3 結果

在胎週数は中央値 34 週 3 日 (22 週 2 日～39 週 3 日) で 30 週未満症例が 10 例、30 週以上 37 週未満 8 例、満期産 9 例であった。NPT 介入日数は 29～476 日であった。4 例は退院後も TPN (Total Parenteral Nutrition) 継続患者であった。退院時 TPN が終了した患者 23 例の静脈栄養施行日数は 13～302 日であった。介入開始時体重は 388～3096g、介入終了時体重は 1618～9515g であった。脂肪、Mg 投与量介入でミルク移行後の体重増加が順調な症例が見られた。

4 結論

NPT 介入で長期 TPN 使用においても重篤な肝障害、腎障害なく体重増加が図れた。

経歴**最終学歴**

日本大学理工学部薬剤科

略歴

日本大学理工学部分析センター、東京都共済組合青山病院、東京都立多摩療育園、都立広尾病院、都立八王子病院、都立小児総合医療センター、都立松沢病院、都立多摩南部地域病院

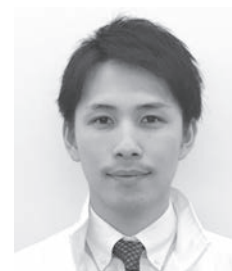
2011 年 NST 専門療法士、2021 年栄養治療専門療法士（小児領域専任療法士）取得

SY4-1

**食道癌に対する術前 DCF 療法の 2 コースと
3 コースにおける栄養状態・筋肉量の比較検討**

松井 一晃、宮脇 豊、吉澤 政俊、古部 快、鳥海 哲郎、江原 玄、
佐藤 弘、櫻本 信一

埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科（上部消化管外科）



【背景】本邦では進行食道癌に対する術前化学療法として Docetaxel + Cisplatin + 5-fluorouracil (DCF) 療法が標準治療となったが、従来の治療と比較して有害事象の頻度も増加し、その投与コース数に関してはまだ議論の余地があると言える。

【方法】2018 年 4 月から 2024 年 4 月の期間に当院で術前化学療法として DCF 療法を行われた全食道癌患者の中から、DCF 療法を 2 コース実施した群（60 例）と 3 コース実施した群（41 例）を抽出し、初診時から術前時点における栄養状態・筋肉量の変化に関して後方視的に検討を行った。尚、本研究での主要解析指標は Prognostic nutritional index (PNI)、Geriatric nutritional risk index (GNRI)、および CT 画像から求められる第 3 腰椎中間位の Psoas muscle area (PMA) とした。

【結果】全 101 例の内訳は男性 92 例、女性 9 例（年齢中央値 70.5 歳）で、各指標の変化率は PNI; 1.01 vs. 0.89、 $p < 0.001$ 、GNRI; 1.00 vs. 0.93、 $p < 0.001$ 、PMA; 0.99 vs. 0.94、 $p = 0.003$ （2 vs. 3 コース）であった。各変化率に対する多変量解析においては、PNI で PNI ≥ 45 （初診時）・DCF 3 コース、GNRI で BMI ≥ 21 （初診時）・PNI ≥ 45 （初診時）・DCF 3 コース、PMA で cStage IV・DCF 3 コースがそれぞれ独立した負のリスク因子として示された。

【結語】食道癌に対する術前化学療法後の栄養状態ならびに骨格筋量の変化のみに焦点を当てた場合、DCF 3 コースと比較して 2 コースで栄養状態の悪化を低減し、同時に骨格筋量の減少が抑えられる可能性が示唆された。

経歴

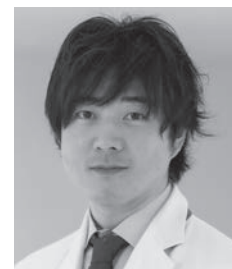
2014 年 3 月 慶應義塾大学医学部卒業
2014 年 4 月 佐野構成総合病院 初期臨床研修医
2016 年 4 月 東京都済生会中央病院 外科
2017 年 4 月 東京歯科大学市川総合病院 外科
2018 年 4 月 慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科 助教
2020 年 4 月 埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科（上部消化管外科） 助教
2021 年 4 月 慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科 助教
2021 年 3 月 慶應義塾大学大学院 博士課程（医学研究科・がんプロフェッショナル養成プラン）卒業
2022 年 4 月 国立病院機構東京医療センター 外科
2024 年 4 月 埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科（上部消化管外科） 助教

SY4-2 胸部食道癌手術における周術期栄養戦略と術後栄養不良と予後の検討

久保 祐人¹、藤田 武郎¹、佐藤 和磨¹、梶山 大介¹、岩部 佑亮¹、
大幸 宏幸²

¹ 国立がん研究センター東病院 食道外科、

² 国立がん研究センター中央病院 食道外科



【背景】胸部食道癌術後の合併症として低栄養が挙げられ、予後など長期的な影響があるため、周術期栄養管理が重要である。今回、当院の周術期栄養管理を紹介し、術後栄養不良と予後を検討した。

【治療戦略】術中に腸瘻もしくは胃管瘻を造設し、手術翌日から経腸栄養を開始し、術後5日目には経腸栄養のみで管理している。術後6日目に透視で確認後に飲水開始し、術後7日目から食事を再開している。退院時には、食事摂取量を考慮しながら経腸栄養800kcal-1200kcalを併用して栄養管理を行っている。

【対象】2020年4月から2023年3月までに胸部食道癌に対して、低侵襲食道切除によりR0手術を施行し、術後6ヶ月間無再発の380例が対象。術後6ヶ月目の体重減少率(6POM WLR)を用いて、術後栄養不良と予後を後方視的に解析した。

【結果】全体の背景は年齢中央値:70歳、男性/女性:308/72、cStage I/II/III/IV:84/51/142/103であった。術式[胸腔鏡/ロボット支援下/縦隔鏡]は218/120/42、術後合併症(CD分類Grade≥I)に関して肺炎は47例(12.3%)、縫合不全は23例(6.1%)、術後入院期間中央値:15日であった。6POM WLR中央値:12.0%であり、2群間(Severe群:12%≤vs Moderate群:12<)で検討したところ、全生存期間(OS)は両群で差は認められなかったが、60歳以上かつcStageIII/IVのサブグループ解析で術後2年生存率はSevere群:69.7%vs Moderate群:82.0%(p=0.042)でありSevere群で有意に予後不良であった。

【結論】当院の周術期栄養管理は安全に施行可能であったが、年齢や進行度など個別化した術後長期間の栄養管理が重要である。

経歴

2013年3月	兵庫医科大学医学部医学科卒業
2013年4月～2015年3月	東京都済生会中央病院にて初期臨床研修を開始
2015年4月～2017年3月	慶應義塾大学医学部外科学教室 外科専攻医
2017年4月～2018年3月	大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座消化器外科 医員
2018年4月～2019年3月	大阪国際がんセンター 消化器外科 医員
2019年4月～2022年3月	大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座消化器外科 次世代内視鏡治療学共同研究講座 大学院生
2022年4月～2024年9月	国立がん研究センター中央病院 食道外科 レジデント
2024年10月～	国立がん研究センター東病院 食道外科 医員

SY4-3 当院で PTEG について説明を受けた症例の検討

長沼 篤^{1,2}、星野 智美^{2,3}、板垣 七奈子^{2,3}、関口 匠^{2,4}、及川 瞬^{2,4}、
犬飼 郁美^{2,5}、田中 未来^{2,5}、有坂 美奈子^{2,3}、青木 緩美^{2,5}、
山居 伸以^{2,6}、宮前 洋平^{2,7}、稲川 元明^{2,8}、荻原 博^{2,9}、田中 俊行^{2,10}、
小川 哲史^{2,7}



- ¹ 国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科、
² 国立病院機構 高崎総合医療センター 栄養サポートチーム、
³ 国立病院機構 高崎総合医療センター 看護部、
⁴ 国立病院機構 高崎総合医療センター 薬剤部、
⁵ 国立病院機構 高崎総合医療センター 栄養管理室、
⁶ 国立病院機構 高崎総合医療センター 検査部、
⁷ 国立病院機構 高崎総合医療センター 外科、
⁸ 国立病院機構 高崎総合医療センター 歯科口腔外科、
⁹ 国立病院機構 高崎総合医療センター リハビリテーション科、
¹⁰ 国立病院機構 高崎総合医療センター 緩和ケア内科

【目的】当院では2018年からPTEGを導入し、PEGが困難かつ経腸栄養を必要とする患者に対して栄養ルートの選択肢として提示しているが、実際にはPTEGが行われない症例を散見している。今回、当院でPTEGの説明を行った患者情報を集計し、栄養ルートの選択理由と転帰について検討したので報告する。

【方法】今回2018年4月から2025年2月の期間に、当院でPTEGについて説明を行った患者53例を本研究の対象とした。解析対象は、当院の電子カルテの検索機能を用いて、PTEGをKey wordとしてリストアップした。観察項目は、患者背景、実際に選択された栄養ルート、栄養ルートの選択理由、生命予後とした。

【結果】患者背景は、男性38例(72%)、年齢中央値77歳(IQR71.5-84.0)、BMI中央値18.5(IQR16.1-19.9)。進行癌合併は16例(30%)、誤嚥性肺炎合併は16例(30%)であった。PTEG施行群は18例(34%)であり、PTEG非施行例は35例(66%)であった。PTEG非施行群で選択された主な栄養ルートは、PEG5例(14%)、腸瘻造設2例(6%)、経鼻胃管24例(68%)、TPNのみ3例(9%)、経口+PPN1例(3%)であった。PTEG非施行群では、特段の理由なく経鼻胃管を継続した患者を10例、家族がPTEGを拒絶した患者を3例認めた。このうちPEGは希望するもののPTEGはしたくないという症例、主治医のPTEGに対する理解不足で施行しなかった症例、予定していた転院先がPTEG施行患者を受け入れ困難なため断念した症例など、課題の残るケースを散見した。全症例の生存期間中央値(MST)は7.1ヵ月。PTEG施行群と非施行群のMSTは各々7.5ヵ月、5.7ヵ月であり、PTEG施行群で良好な傾向であったが、統計学的な有意差は認めなかった(Log-rank test, $p=0.598$)。更にPTEG/PEG/腸瘻造設群22例(42%)と非施行群31例(58%)のMSTも検討したが、各々7.1ヵ月、5.7ヵ月であり、PTEG/PEG/腸瘻造設群で良好な傾向であったが、統計学的な有意差は認めなかった(Log-rank test, $p=0.792$)。進行癌群16例(30%)と非進行癌群37例(70%)のMSTは、各々2.0ヵ月、16.1ヵ月であり、進行癌群で有意に不良であった(Log-rank test, $p<0.001$)。

【結論】PTEGは当院で施行可能な手技であるものの、実際の臨床現場では必要な患者に十分選択されていない現状が把握できた。PTEGについて啓蒙していく必要性を改めて認識した。

経歴

略歴

平成8年3月 筑波大学 医学専門学群 卒業
平成8年4月 群馬大学医学部附属病院 第一内科研修医
平成9年6月 利根中央病院 内科 常勤医
平成10年4月 群馬大学大学院 医学研究科入学
平成10年6月 がん研究振興財団リサーチレジデント(国立がんセンター研究所ウイルス部勤務、加藤宣之室長に師事)
平成11年9月 岡山大学大学院 医歯薬総合研究科 分子生物学分野 産学連携研究員
平成13年12月 群馬大学大学院 医学系研究科卒業(医学博士取得)
平成14年1月 伊勢崎市市民病院 内科 後期レジデント
平成14年6月 前橋赤十字病院 消化器科 副部長
平成15年6月 桐生厚生総合病院 内科 医長
平成21年4月 国立病院機構 高崎病院 消化器科 医師
平成21年10月 国立がんセンター中央病院 肝胆膵内科・消化管内科 短期がん専門研修
平成22年4月 国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科

平成23年4月～ 同センター 消化器内科 医長
平成26年4月～ 同センター 消化器内科 部長
令和4年12月～ 同センター 内科系診療部長(現職)

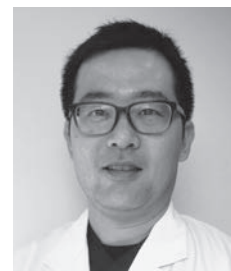
専門医・評議員等

日本内科学会 認定医・専門医・指導医
日本消化器病学会 専門医・指導医・関東支部評議員
日本肝臓学会 専門医・指導医・東部会評議員
日本膵臓学会 認定指導医
日本消化器内視鏡学会 専門医・指導医
日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医・指導医
がん治療認定医機構 がん治療認定医
日本栄養治療学会 認定医・指導医・学術評議員・代議員
日本IVR学会 専門医 日本PTEG研究会 PTEG取扱い認定医
日本膵臓学会 認定指導医
ESPEN LLL Final Exam Diploma Holder, ESPEN LLL Teacher
群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 非常勤講師

SY4-4 新生児期の周術期における血清亜鉛値に関する解析

佐々木 理人、西潟 綾、松本 匡永、酒井 比奈子、根本 悠里、川見 明央、
相吉 翼、後藤 悠大、坂元 直哉、神保 教広、瓜田 泰久、新開 統子、
増本 幸二

筑波大学医学医療系 小児外科



【目的】亜鉛は生命活動に必須の微量元素の1つであるが、新生児ではその必要量が成人より相対的に多く、貯蔵量も少ない。外科的疾患を持つ新生児では、さらに経腸栄養の遅れや侵襲のため亜鉛欠乏リスクが増大すると想定される。本研究は、新生児期の周術期における血清亜鉛値を解析し、新生児期の周術期における亜鉛欠乏のリスクを評価した。

【方法】2014年から2023年に新生児期に手術を受けた症例のうち、術前ならびに術後（10-35日）に血清亜鉛値が測定されていた症例を対象とした。血清亜鉛値 $< 80 \mu\text{g/dL}$ を低亜鉛血症と定義した。術後の血清亜鉛値と低亜鉛血症の頻度に関して、関連する因子との相関を解析した。

【結果】対象は58例であった。術後の血清亜鉛値の中央値は $87 \mu\text{g/dL}$ で、40%の症例が低亜鉛血症を示していた。静注用総合微量元素製剤を周術期に使用した症例では、非使用例と比較して術後の血清亜鉛値は有意に高かったが、それでも35%の症例で低亜鉛血症を認めた。血清亜鉛値や低亜鉛血症の頻度と、在胎週数、出生体重、基礎疾患には有意な相関関係は認めなかった。

【結論】新生児の周術期には静注用総合微量元素製剤の使用例でも1/3以上の症例で低亜鉛血症が認められ、亜鉛の欠乏リスクがあると考えられた。新生児の周術期管理では、血清亜鉛値の測定による低亜鉛血症のスクリーニングが重要と考えられた。

経歴

平成 21 年 (2009) 3 月 27 日	九州大学医学部医学科卒業
平成 21 年 (2009) 4 月 1 日	中津市立中津市民病院 臨床研修医
平成 23 年 (2011) 4 月 1 日	九州大学付属病院 医員 (小児外科)
平成 23 年 (2011) 6 月 1 日	中津市立中津市民病院 外科・小児外科
平成 24 年 (2012) 4 月 1 日	筑波大学病院 医員 (小児外科)
平成 27 年 (2015) 5 月 1 日	茨城県立こども病院外科 小児外科
平成 28 年 (2016) 10 月 1 日	筑波大学病院 クリニカルフェロー (小児外科)
平成 30 年 (2018) 11 月 1 日	筑波大学病院 病院助教 (小児外科)

SY4-5 当院救急患者における早期経腸栄養介入の有効性の検討と今後の課題

古立 輝美

社会医療法人河北医療財団河北総合病院 栄養科

目的：当院における早期経腸栄養の有効性を在院日数や転機等の点から検討した。

方法：2023年4月～2024年3月に早期栄養介入管理加算を算定した患者のうち、24時間以内の退室、18歳未満、入院期間6日以下を除外した813名を①48時間以内の経腸開始群と未開始群、②7日以内の必要熱量摂取群（摂取群）と未摂取群に分け、在院日数や転機等を比較した。統計解析にはU検定およびX二乗検定を用いて $p<0.01$ を有意とし、効果量も算出した。

結果：開始群は、在院日数、必要熱量到達までの日数、必要熱量摂取量未到達での退院数、褥瘡の発生が少なく、7日以内の必要熱量摂取が多かった（U検定 $r \cdot X$ 二乗 $v>0.3$ ）。また、効果量0.3未満だが、入室期間、感染の発症、再入室、院内死亡率は有意に少なく、早期離床、在宅復帰（自宅、元施設）は有意に多かった。②摂取群は、在院日数、感染の発症や褥瘡発生が少なく、在宅復帰（自宅、元施設）は多かった（U検定 $r \cdot X$ 二乗 $v>0.3$ ）。また、効果量0.3未満だが、入室期間、院内死亡率が有意に少なく、早期離床は有意に多かった。

結論：当院における早期経腸栄養介入は一定の有効性が示唆された。特に7日以内の必要熱量摂取が効果量も高く重要であると考えられた。一方、早期に経腸栄養が開始されていたにもかかわらず、必要熱量未到達のまま退院した例もあり、介入方法の検討が課題である。

経歴

＜学歴＞

2005年 女子栄養大学 栄養学部二部栄養学科 卒業

＜職歴＞

2005年 学校法人北里研究所 北里大学病院 栄養部

2007年 株式会社セントラルフーズ

2011年 一般財団法人博慈会 博慈会記念総合病院 栄養科

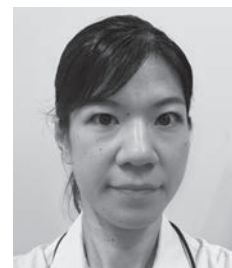
2019年 河北医療財団 河北総合病院 栄養科

現在に至る

カテーテル血流感染症による死亡リスクを低減するための 当院における課題の検討

倉升 慶子¹、並木 真貴子^{1,2}、朝倉 美加^{1,2}、秋山 健太¹、清水 俊勝¹、
大竹 満博¹

¹ 船橋市立医療センター 薬剤局、² 船橋市立医療センター 感染制御室



〔背景〕当院は日本栄養治療学会薬剤師部会で公募された多施設共同研究に参加した。2024年、カテーテル血流感染症（CRBSI）患者の死亡率に関連する因子、及び中心ライン関連血流感染症発症と栄養支援チームについての結果が論文として発表された。

〔方法〕2019年1月1日から2021年12月31日までに当院循環器科病棟と外科病棟でCRBSIと診断された患者と共同研究の結果を比較した。

〔結果〕当院でCRBSIと診断された症例は12例であった。CRBSI患者の死亡率は、共同研究15.6%（71/453）、当院8.3%（1/12）であった。共同研究において死亡のリスク因子は血液培養からのカンジダ検出、カテーテル挿入後30日以内のCRBSI発症、同時感染、血清アルブミン値の低下、CRPの上昇であり、挿入式中心静脈カテーテル（PICC）の使用は死亡リスクの低下と関連していることが示唆された。当院の死亡例は、血清アルブミン値の低下、CRPの上昇、カテーテル挿入後30日以内の感染が該当し、PICCは使用していなかった。生存例でも血清アルブミン値の低下6例、CRPの上昇9例が該当し、PICCの使用は2例であった。

〔考察〕当院では2022年から感染制御室に薬剤師が専従配置となり、血液培養陽性例及び抗真菌薬使用例に介入し、血液培養からのカンジダ検出、同時感染、CRPの上昇についてはフォローが可能となっている。今後はカテーテル挿入後30日以内の感染及び血清アルブミン値の低下患者のフォローを強化する体制を検討したい。

経歴

・学歴

平成17年3月 広島大学医学部総合薬学科 卒業

・職歴

平成17年4月 株式会社マツモトキヨシ 入社

平成20年3月 退社

平成20年4月 医療法人社団有相会 最成病院 入職

平成23年8月 退職

平成23年9月 船橋市立医療センター 入職

以上

意識消失を契機に栄養投与の再計画を行い退院に繋げた 短腸症候群の一例

浅見 由衣¹、大野 彰久²、岩崎 亮³、上梶 奈央子⁴、門野 政義⁵、
川村 勇太¹

¹ 国立病院機構栃木医療センター 薬剤部、

² 新宇都宮リハビリテーション病院 リハビリテーション科、

³ 国立病院機構栃木医療センター 栄養管理室、

⁴ 国立病院機構栃木医療センター 看護部、

⁵ 慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科



【症例】

60代男性、大腸癌の既往があり、他院で回腸人工肛門を造設。その後局所再発をきたし、当院で骨盤内臓全摘術を施行した。術後、回腸回腸吻合部膿瘍を繰り返したためトライツ靭帯から約120 cmの部位に回腸人工肛門を造設、短腸症候群を発症した。静脈栄養を中心に管理していたが、患者の強い希望により早期から経口摂取を再開した。その後体重は3ヶ月間で5.5kg減少、ストマ排液は5～8L/日に及び、入院から179日目に意識消失を起こして転倒し頸髄を損傷した。これを機にNSTと主治医でカンファレンスを行い、体液量および栄養素欠乏の補正のため経口摂取を中止し完全静脈栄養に移行した。状態が安定した後、静脈栄養に加えて少量の全粥から経口摂取を再開したが、咀嚼が不十分であることから排液過多に陥ったため、食形態を取って握飯に変更、少量頻回食を指導した。指導の結果、状態が安定したため、主治医とNSTをはじめ、多職種での情報共有を行い自宅退院へ繋げた。

【考察及び結論】

本症例では、経口摂取を中心とした栄養管理を継続した結果排液過多となり、その経過で血管内脱水が生じ、意識消失による転倒につながったと考えられる。転倒後のカンファレンスにて、主治医から栄養管理に難渋していた訴えがあったことから、早期に患者および各関係者と直接コミュニケーションをとる重要性を再認識した。退院に際しては多職種連携により在宅医療への移行を円滑に進めることができた。

経歴

最終学歴：星薬科大学 薬学部卒

職歴：国立病院機構栃木医療センター 薬剤部勤務

非結核性抗酸菌症患者の栄養サポートの必要性

荒木 玲子

ファーマシーはとり薬局



【目的】肺非結核性抗酸菌症（以下 NTM）患者の治療は外来で行われることが多く、病院の NST（栄養サポートチーム）が関与する機会はほとんどない。また外来受診時に専門的な栄養指導を受ける患者も少ない。栄養サポートの必要性のある NTM 外来患者を経験したので報告する。

【方法】ファーマシーはとり薬局で調剤を行った NTM 患者 4 名について服薬指導時に聴取した身長・体重から BMI (kg/m^2)（以下 BMI）を求め、栄養スクリーニングツールの MNA-SF で評価した。全員が 65 歳以上であったため MNA-SF を選択した。

【結果】症例 1：60 歳代男性、BMI は 18.5。食事量の減少が見られ、スクリーニング値のポイント（以下ポイント）は 9。症例 2：70 歳代女性、BMI は 14.4。ポイント 11。症例 3：70 歳代女性、BMI は 17.5。ポイント 11。症例 4：70 歳代女性、BMI は 19.3。ポイント 12。女性 3 名は全員 A～E のすべての項目には問題がなく 11 ポイントであった。4 名のうち 3 名は「低栄養のおそれあり」に該当した。

【結論】MNA-SF で評価した場合、A～E の全ての項目に問題がなくポイントが 11 でも、BMI が 19 未満であれば「低栄養のおそれあり」と評価される。MNA-SF が 12 ポイントで栄養状態良好と評価されても GLIM 基準のステップ 2 に進むと BMI で低栄養と診断される可能性があることがわかった。

経歴

1977 東北薬科大学卒業
1977 関口病院入職
1987 上毛シルクプラザ薬店入職
1994 国立療養所西群馬病院入職
2003 国立病院機構西群馬病院に名称変更
2016 国立病院機構渋川医療センターに名称変更
2016 ファーマシーはとり薬局入職
現在に至る

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算導入による 効果の検証

相良 克海¹、小倉 大和²、石川 里美³、田中 玲子⁴、矢口 千恵⁴

¹ 吉川中央総合病院 薬剤科、² 吉川中央総合病院 リハビリテーション科、
³ 吉川中央総合病院 看護部、⁴ 吉川中央総合病院 栄養科



【目的】リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算は、急性期のADL低下予防を目的に多職種による包括的介入を評価する。算定に向けた当院の体制整備と導入効果を検証し報告する。

【方法】リハビリテーション（以下リハ）、栄養、看護各部門の体制変更を聞き取り調査した。また、リハ依頼件数／介入までの日数、ADL低下率、栄養診断実施率、歯科依頼件数、在院日数を前年度と比較した。

【結果】専従リハセラピスト、専任管理栄養士を配置し、ADL(BI)、栄養スクリーニング／診断(MNA-SF/GLIM基準)、口腔(OHAT、奥歯噛み締め)を評価し、多職種カンファレンスを開催した。また、歯科医師会連携による口腔ケア指導と定期的回診を開始した。

算定開始6ヶ月で特に外科系でリハ依頼数が増加しリハ介入までの日数が短縮、ADL低下率も大きく改善した。栄養スクリーニングは100%実施され、低栄養患者全例で栄養診断を実施した。歯科依頼は義歯作成、残歯根処置を中心に17件増加した。在院日数は外科系で4.6日、内科系で10.4日短縮した。

【考察】体制整備によりリハ介入が迅速化し、ADL低下率が改善することで廃用症候群予防や早期退院に寄与したと考えられる。また、ADLや口腔機能、低栄養の評価法共有による教育効果も大きかった。今後は低栄養、口腔機能、ADL低下が入院期間に与える影響を詳細に分析し、多職種連携による質の高い介入を目指す。

経歴

2007年 昭和薬科大学薬学部 卒業

2007年 IMSグループ 入職

2023年 株式会社結 むすぶ薬局 現職

2023年 上尾中央医科グループ 医療法人社団協友会 吉川中央総合病院 現職

在宅医療領域における継続的な在宅栄養管理の必要性和課題 —右肺癌術後患者への介入を通じて—

森 ひろみ^{1,2}、鬼澤 信之¹

¹ 医療法人あんず会 杏クリニック 在宅医療部門、

² 国立大学法人 東京科学大学病院 臨床栄養部



1. 目的：我が国の医療・介護制度は各施設における機能分化が求められ、「施設」から「地域」・「医療」から「介護」への地域連携が推進されている。在宅患者訪問診療数は年々増加傾向にある。在宅訪問栄養管理においても同様で、在宅医療領域での管理栄養士の役割も確立しつつあるが、まだ管理栄養士の介入率は低く発展が期待される状況である。今回、右肺癌術後患者への介入により、改めて認識した継続的な在宅栄養管理の必要性を報告する。

2. 症例：83歳、男性、右肺癌術後・右膿胸術後・低Na血症・低栄養。某大学病院にて2018年 右肺癌に対し右肺下葉切除術を施行。その後、右膿胸を発症、胸腔開窓術施行。細気管支瘻を合併し、腹直筋遊離筋弁充填術を施行するも生着不良で瘻孔状態となり、胸郭形成術を行うも瘻孔の完全閉鎖には至らず。加療中に三度イレウス合併あり、体重・体力低下を認めた。大学病院への定期通院間の全身管理目的で当クリニックにて訪問診療および栄養指導介入を行っている。

3. 経過：栄養指導時ヒアリングにて、①食べられる物がないこと、②食事が口に合わず、苦痛に感じていることが課題として抽出された。その原因として、①イレウス合併時に実施された栄養指導、②処方塩化ナトリウムの過剰摂取（NaCl9g/日）が考えられた。対応として、患者の食生活習慣を主軸においた①イレウス予防の食事・調理法の提案、②塩分摂取方法の見直しおよび医師への情報共有を行った。また、患者は体重増加・瘻孔部開放創の改善も期待しており、消化吸收率・創傷治癒を考慮した栄養素・栄養補助食品の選定も実施した。初回介入～現在までの経過は、BMI17.4→18.0 kg/m²、TTR15.8→23.7mg/dL。開放創は縮小、イレウス再燃もなく、食事管理における課題も解消し、経過は安定し、維持されている。

4. 結論：在宅領域では、病状や年齢、地域活動の有無などにも左右されるが、治療に関する必要な情報や適切な知識を得る機会が限定的になりやすい。本症例を通じ、管理栄養士の継続的介入は、患者が抱える食の悩みへの早期対応、栄養障害・合併症の予防および回避、そして、適切な情報提供に大きく寄与することを改めて経験した。在宅栄養管理の更なる普及が課題である。

経歴

【学歴・職歴】

2000年3月 東京家政大学 家政学部 卒業
2000年4月～2009年8月 埼玉医科大学総合医療センター 栄養部
2009年9月～2023年6月 埼玉医科大学国際医療センター 栄養部 課長補佐/NST事務局 兼務
ICU/HCU および がんセンター・外来化学療法 担当
2023年7月～現在 国立大学法人 東京科学大学（旧 東京医科歯科大学病院） 基盤診療部門 臨床栄養部
在籍中
2025年4月～ がん外来化学療法 専任担当

【院外兼任業務】

2014年9月～2023年9月 東京家政大学 家政学部 非常勤講師（基礎栄養学実験、解剖生理学）
2019年8月～ 医療法人あんず会杏クリニック（訪問在宅診療クリニック）非常勤 兼務
2023年8月～ 医療法人社団三友会 彩のクリニック 在宅診療部（非常勤）兼務

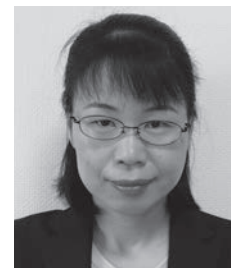
【資格】

NST 専門療法士／臨床栄養代謝専門療法士（周術期・集中治療領域）／病態栄養認定管理栄養士／がん病態栄養専門管理栄養士／栄養経営士／日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）リーダー

【評議員・所属学会・研究会】

（評議員）日本栄養治療学会／特定非営利活動法人 日本消化吸収学会
（所属）日本栄養治療学会／日本病態栄養学会／外科代謝栄養学会／MeT3・NST 研究会、栄養管理指導者協議会／日本がん口腔支持療法学会／日本がん支持療法研究グループ（J-SUPPORT）

とろみ調整の統一に向けた当院での取り組み

柏倉 弘恵¹、細矢 友紀子¹、忍 悦子²¹ 大船中央病院 栄養科、² 大船中央病院 リハビリテーション科

【目的】

当院では医薬品栄養剤の他、栄養補助食品や飲み物へのとろみ付けは委託給食会社スタッフにより行われている。とろみ付けが必要なものは約10種類あり、お茶以外では1食につき約20～50名に提供されている。とろみ付けは管理栄養士や調理補助者が交代制で担当しており、出来上がりのとろみの状態に違いが見られていた。言語聴覚士協力のもと、作成方法の見直し、及び作成方法の普及について検討したので報告する。

【方法】

現在行われている作成方法を複数名より聴取した。そして作業工程を考慮し、対象商品によりとろみ調整剤の使用量の変更、作成方法の調整を言語聴覚士とともに行った。新しい作成方法の周知は①動画作成、②担当者へ直接指導、③作成場所への掲示にて行った。また後日、作成方法等について担当者11名（平均年齢44±19歳、常勤4名、非常勤7名）へアンケートを実施した。

【結果】

今までは複数の作成方法で行われていたために出来上がりのとろみに違いがあることがわかった。新しい作成方法ではとろみ調整剤の計量は4種類の計量スプーンを組み合わせ使用、混ぜる時間の統一、使用器具の統一を行った。アンケートでは「新しい作り方が理解できた」は100%、「作成時間は以前と同様または早くなったと思う」が80%であった。

【結論】

作成方法を統一し、周知することで安定したとろみの状態で提供を行うことが出来る。

経歴

最終学歴

1999年3月 神奈川県立栄養短期大学 食物栄養科卒業

略歴

1999年	社会福祉法人 湘南福祉センター 横内保育園
2000年	同センター 平塚保育園へ異動
2004年	神奈川県立汐見台病院 栄養科
2016年	医療法人社団 康心会 康心会汐見台病院 栄養科 社会福祉法人恩賜財団 済生会 横浜市南部病院 栄養課
2017年	湘南第一病院 栄養課
2018年	大船中央病院 栄養科
	現在に至る

若年期に発症した神経性やせ症の高齢患者に対する 栄養指導の効果 第3報

浮田 千絵里¹、鈴木 眞理^{2,3}、増本 幸二^{1,4}

¹ 筑波大学附属病院 病態栄養部、² 跡見学園女子大学 心理学部、

³ 一般社団法人 健康医学協会附属東都クリニック、

⁴ 筑波大学 医学医療系 小児外科



【目的】神経性やせ症は慢性・高齢化の傾向がある。60代で治療を開始、外来個人栄養指導を実施し3年半が経過し、体重増加・維持できた症例を経験したので報告する。

【症例】20代に体重45kg、30代で40kgを切り、60代で28kgまで減少した。X年4月、神経性やせ症の疑いで、Bクリニックを紹介受診した。身長147cm、体重28.6kg (BMI 13.2)、IGF-I 59ng/mL、T3 60ng/mLで、他のやせをきたす疾患は否定できた。X年6月、栄養指導を開始し外来個人栄養指導を実施した。

【経過】体重増加には抵抗があること、一人で介護や家事を担っていることを予め医師より情報提供を受け、栄養指導では体力向上を治療動機にした。主食の摂取量は米飯90-100g/食であったため炭水化物の摂取増量を目指した。体重は、X+2年3月には34.6kg (BMI 16.0)まで増加し維持していたが、生活環境の変化や熱中症による体調不良で体重は2kg減量した。主食量が減っていたことから再度、具体的な数値目標を設定した。介護の負担を労いながら、体力向上に必要な栄養量を提示し摂取を促した。X+3年8月、体重は33kgまで回復、IGF-I 127ng/mL、T3 88ng/mL、摂取量は1450-1600kcal/日、たんぱく質50-55g/日、さらに米飯を150g/食に増量・維持しX+4年2月、体重は34.4kgに増量した。

【考察】40年の病歴がある本症例は、栄養指導を実施後の体重減少に対し、多職種連携のもと治療の継続により体重の回復に寄与できたと考える。

経歴

最終学歴

2006年3月

東京女子医科大学大学院 看護学研究科 食看護学専攻 博士前期課程修了

職歴

1991年9月～2019年9月

東京女子医科大学病院 栄養管理部

2019年10月～2022年3月

国際医療福祉大学 成田病院 栄養室

2022年4月～現在

筑波大学附属病院 病態栄養部

病棟担当管理栄養士の活動について

大室 美紀^{1,2}、平井 花歩^{1,2}、川越 美優^{1,2}、高木 敏之^{1,3}、志田 裕子^{1,4}、
堀 優人^{1,5}、佐藤 弘^{1,6}

¹ 埼玉医科大学国際医療センター 栄養サポートチーム、

² 埼玉医科大学国際医療センター 栄養部、

³ 埼玉医科大学国際医療センター リハビリテーション部、

⁴ 埼玉医科大学国際医療センター 歯科口腔外科、

⁵ 埼玉医科大学国際医療センター 心臓血管外科、

⁶ 埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科



1. 背景・目的

平成22年栄養サポートチーム（以下、NST）による活動が評価され診療報酬加算対象となり、多職種連携による栄養管理の重要性が少しずつ評価されるようになってきた。令和2年度診療報酬加算改訂では、早期栄養介入加算や特定機能病院では管理栄養士の病棟専属配置を要件として入院栄養管理体制加算が算定できるようになった。管理栄養士は、従来の訪問型から病棟担当・病棟常駐型へ移行し、病棟単位での多職種連携が望まれている。今回、病棟担当制を開始し、担当管理栄養士の活動について報告する。

2. 方法

集中治療室の病棟担当制を開始し、担当管理栄養士の活動についてまとめた。

3. 結果

令和2度より早期栄養介入加算算定を開始した。令和6年5月からは、週2回朝カンファレンスに参加開始した。また、心臓疾患患者術後の栄養管理について心臓血管外科医師（NST専任医師）による勉強会を企画し、管理栄養士・看護師・リハビリスタッフ向けに勉強会を行った。

4. 結語

令和2年度以降、診療報酬加算では栄養関連加算の新設や増額が多数みられている。病棟担当制を開始し、病棟カンファレンスに参加することでスムーズに情報共有を行えることや、診療科の病態に合わせた栄養管理について他職種に向けて勉強会を実施することで栄養管理に対する理解を深めることができたと考える。今後は、早期から経腸栄養開始や経管栄養の投与アップがスムーズに行えるようプロトコル導入を検討している。

経歴

学歴（最終学歴）

2006年3月 女子栄養大学栄養学部栄養学科実践栄養学専攻 卒業

職歴

2006年4月 埼玉医科大学総合医療センター 入職

2023年4月 埼玉医科大学国際医療センター 異動

現在に至る

【資格】

- ・日本栄養治療学会
NST 専門療法士
栄養治療専門療法士・リハビリテーション専門療法士 -
- ・日本病態栄養学会
病態栄養専門管理栄養士
NST コーディネーター
- ・日本栄養実践協会 栄養経営士

終末期がん患者における効果的な食事介入の検討

澤田 周矢¹、鈴木 真衣¹、栗田 裕美¹、山田 直子¹、僧都 あおい²、
川口 みのり³

¹ 独立行政法人国立病院機構千葉医療センター 栄養管理室、

² 独立行政法人国立病院機構甲府病院 栄養管理室、

³ 独立行政法人国立病院機構相模原病院 栄養管理室



【目的】当院は緩和ケア病棟を20床有しており、悪液質の進行により食欲不振を呈する終末期がん患者に対して、管理栄養士が食事調整を行っている。本研究では緩和ケア病棟に入院した患者に実施した食事調整について解析を行い、効果的な食事介入の方法について検討、報告することを目的とした。

【方法】対象は令和6年4月から令和7年3月にかけて千葉医療センター緩和ケア病棟に入院し、管理栄養士が食事調整を行った患者75名とした。管理栄養士による食事調整内容、緩和ケア食の提供頻度について調査を行った。

【結果】食事調整内容は補助食品付加が60名（80%）と最も多くの患者に実施されており、次いで食事量減量が33名（44%）と多かった。緩和ケア食は34名（45%）の患者に提供されていた。

【結論】今回の結果から緩和ケア病棟においては漫然と補助食品を付加するだけでなく、食事量減量を組み合わせる「引き算」の食事調整が有効である可能性が示唆された。補助食品は果物やゼリー、氷菓などが好まれるケースが多く、低脂質で水分に富み、口渇感の改善に寄与するものが有効であると思われる。またおよそ半数の患者に緩和ケア食の適応があったことから、悪液質に伴う消化器症状に対応可能な緩和ケア食を整備しておくことで、食事提案の幅が広がり、患者満足度の向上につながると思われる。

経歴

最終学歴

平成28年3月 新潟医療福祉大学大学院 健康科学専攻健康栄養学分野 第2学年卒（修士）

職歴

平成21年5月1日	国立がんセンター東病院 運営局庶務第二課 栄養管理室 非常勤栄養士 採用
平成23年4月1日	独立行政法人 国立病院機構 高崎総合医療センター 統括診療部 栄養管理室 栄養士 採用
平成25年4月1日	独立行政法人 国立病院機構 西新潟中央病院 統括診療部 呼吸器部内科 栄養管理室 栄養士 配置換
平成29年4月1日	独立行政法人 国立病院機構 東長野病院 診療部 内科 栄養管理室 主任栄養士 昇任
平成30年12月31日	独立行政法人 国立病院機構 東長野病院 診療部 内科 栄養管理室 主任栄養士 辞職
平成31年1月1日	国立療養所 栗生楽泉園 事務部 庶務課 栄養管理室 主任栄養士 採用
令和3年3月31日	国立療養所 栗生楽泉園 事務部 庶務課 栄養管理室 主任栄養士 辞職
令和3年4月1日	独立行政法人 国立病院機構 千葉医療センター 統括診療部 外来管理部 糖尿病代謝内科 栄養管理室 副栄養管理室長 採用

病棟における日常的口腔ケアと口腔ケアチーム活動に関する 現状調査

石井 亨信

つくばセントラル病院 看護部



1. 目的：病棟における日常的口腔ケアに関する現状を把握し、口腔ケアチーム活動を更に良いものにするための示唆を得ること。
2. 方法：全病棟看護師を対象に、Web 式アンケート（Google Form）による多人数質問調査を実施した。回答フォームへのアクセスを示した依頼表兼質問票を各病棟へ配布し、任意での回答を依頼した。質問項目は先行研究を参考に構成した。
3. 結果：105 名から回答を得た。口腔ケアの実施回数は【1 回 / 日（41%）】、患者 1 人あたりのケアにかかる時間は【3 ～ 5 分 / 回（47%）】が最多であった。口腔ケアの成果については【十分ではない（62%）】と回答し、【口腔ケアに割く時間の不足（47%）】【知識・技術の不足（37.9%）】【他のケアに比べて優先度が低い（33.3%）】等が理由に挙げた。口腔ケアに関する学習経験については【基礎教育課程（58.1%）】が最多で、【OJT（37.4%）】や【臨床症例（29.5%）】等の経験学習が次いだ。身につけたい知識・技術については、【個別の患者状態に合わせた口腔ケア】【標準的な口腔ケアスキル】の学習ニーズが高い一方、日々のケア実践の基礎となる【解剖生理】【全身疾患との関連】【薬剤との関連】【義歯の取り扱い】の学習ニーズは低い傾向がみられた。院内での研修会や院内認定制度への参加に対しては肯定的な意見が 95% を占めた。
4. 結論：基礎教育課程で十分に学習しきれていない知識・技術の追加学習が必要であり、学習ニーズに応じた研修会等が望まれる。

経歴

最終学歴：常磐大学大学院 看護学研究科修了（看護学修士）

職歴：2006 年 牛久愛和総合病院 看護師
2009 年 筑波大学附属病院 看護師
2014 年 筑波メディカルセンター病院 看護師
2015 年より現職（2018 年～摂食嚥下障害看護認定看護師、看護主任）

多職種協働により人工呼吸器管理の状態から経口摂取を再獲得した 脳出血患者の1症例

岩河 優子¹、藤井 達也²、山内 瞳³、赤坂 友利恵³、山崎 美和⁴、
小山 三千代⁴、直井 理恵⁵、浅見 洋輔⁵、松村 茉侑⁵、石井 貴子¹、
関口 美穂¹、猪瀬 有美¹、桑垣 由紀¹

¹ 彩の国東大宮メディカルセンター 看護部、

² 彩の国東大宮メディカルセンター 診療部、

³ 彩の国東大宮メディカルセンター 栄養科、

⁴ 彩の国東大宮メディカルセンター 薬剤部、

⁵ 彩の国東大宮メディカルセンター リハビリテーション科



【背景】

脳卒中急性期の嚥下障害合併は37～78%といわれ、急性期病院入院中に人工呼吸器管理の状態から3食経口摂取を再獲得した報告は少ない。今回、脳出血により人工呼吸管理、気管切開となり、その後カニューレ抜去、経口摂取に至った症例を経験したので報告する。

【症例】

症例は66歳女性、脳動静脈奇形による左脳出血で入院し、第2病日に緊急開頭手術後、人工呼吸器管理となった。一旦人工呼吸器を離脱し抜管したが、上気道狭窄のため再挿管となり第9病日に気管切開術を行った。経腸栄養は第3病日に経鼻胃管で少量を開始し漸増、第11病日に目標量まで増量した。第15病日に人工呼吸器を離脱、その後嚥下訓練を開始、第21病日に食事併用とした。食事増量や食上げを行い、経腸栄養を漸減し、経口摂取が安定した第36病日に胃管を抜去した。同日、気管カニューレを抜去、気管切開後の瘻孔は自然閉鎖した。その後食事提供量を1600kcal/日とし、誤嚥や体重減少なく経過した。同時進行で離床や呼吸訓練を実施し装具を使用した歩行訓練や右上肢の機能訓練や排泄時の動作など日常生活に必要な訓練も進め、第57病日に回復期リハビリテーション病床へ転院した。

【考察】

多職種協働により人工呼吸器管理の状態から経口摂取を再獲得した脳出血患者の症例を経験した。急性期病院においても多職種が連携し、積極的な訓練を行ったことが功を奏したと考えられた。

経歴

〈最終学歴〉

2002年 国立西埼玉中央病院附属看護学校卒業
(現 独立行政法人 国立病院機構 西埼玉中央病院附属看護学校)

〈職歴〉

2002年 国立西埼玉中央病院入職
(現 独立行政法人 国立病院機構 西埼玉中央病院)
2007年 医療法人社団協友会 東大宮総合病院入職
(現 医療法人社団協友会 彩の国東大宮メディカルセンター)
現在 脳神経外科病棟に所属

訪問看護師の経口栄養をしている高齢者への栄養管理の実践

伊藤 恵

社会医療法人 桑名恵風会 桑名病院



1. 目的 経口栄養をしている在宅療養高齢者の栄養管理について訪問看護師の実践状況を明らかにする。
2. 方法 経口栄養の管理に関する5分類73項目の自作の調査項目にて、A県の訪問看護ステーションに在籍する看護師887人を対象に質問紙調査を実施。回答で<している>を1点とし各項目の実施率（している人数/回答者数）と分類ごとの平均を算出。また属性と分類の関連をスピアマンの順位相関係数を用いて分析した。
3. 結果 有効回答188人（21.2%）。分類ごとの平均は「栄養状態のアセスメント」18.4/22点、「低栄養を招く原因のアセスメント」17.8/20点、「予防・改善に向けた取り組み」11.1/13点と高く、「アセスメントツールの活用」0.9/7点、「直接連携している他職種（数）」5.2/11点と低かった。各項目の実施率で低かったのは、身長・皮下脂肪厚・筋肉量の測定やアセスメントツールの活用であった。連携している他職種は、主治医やケアマネジャー、介護職が多く、管理栄養士、歯科衛生士、STは少なかった。分類と経験年数・看護分野の資格保持など属性は関連がなかった。
4. 結論 栄養状態のアセスメントの実施率は高いが、身体の計測やアセスメントツールの活用は低く、低栄養状態を判断するアセスメントが低かった。管理栄養士、歯科衛生士、STは在宅ケアで希少なマンパワーのため、訪問看護師の役割範囲は広く求められている。

経歴

<最終学歴>

新潟大学保健学研究科修士課程 2017年卒業

<職歴>

東京慈恵会医科大学附属第三病院

新潟県病院局 県立病院

社会医療法人 桑名恵風会 桑名病院（訪問看護ステーション）17年間

同病院（看護部）2013年 異動

2021年 NST 専門療法士 取得

2022年より看護部長に就任（現在に至る）

MS

消化器がん周術期栄養管理の重要性と漢方の可能性

青山 徹

地方独立行政法人東京都立病院機構 がん・感染症センター 都立駒込病院 胃外科



消化器癌が治癒するためには、手術療法および周術期の化学療法や放射線治療などの補助療法が必要である。高度な生体侵襲を伴う手術療法や周術期補助療法においては食欲不振などから体重や筋肉量が減少し、体組成変化を引き起こす。近年、周術期の体組成変化は周術期補助療法の継続性や口腔粘膜炎などの有害事象発現に大きく関わることを報告されている。また、体組成変化は消化器癌の長期治療成績にも影響する重要な因子の一つであることもわかってきた。このため、消化器癌の治療成績改善の一つの方法として、食欲不振に伴う経口摂取の改善や口腔粘膜炎などの有害事象の予防・治療が挙げられる。しかしながら、食欲不振に伴う経口摂取低下や化学療法起因の口腔粘膜炎への確立した予防や治療はなく、症状にあわせた対症療法が主体であり、現在これらの症状に対する予防方法及び治療方法の確立に向けた研究が進んでいる。近年、化学療法起因の口腔粘膜炎に対する半夏瀉心湯および食欲不振に対する六君子湯の効果が報告された。我々は、胃癌と大腸癌での化学療法起因の口腔粘膜炎に対する半夏瀉心湯の有効性の検討するランダム化試験及び統合解析を行い、化学療法起因の粘膜炎に対する半夏瀉心湯の臨床効果を報告した。また、周術期における六君子湯の役割と効果も臨床試験を通じて明らかとなってきた。今回、消化器癌治療における半夏瀉心湯と六君子湯をはじめとする漢方の役割を臨床試験の結果および現在の立ち位置を報告する。

経歴

2005年：秋田大学医学部卒業

2015年：横浜市立大学大学院医学研究科 外科治療学専攻 卒業

「胃癌術後のS-1補助化学療法の継続性に関わる因子の検討」で医学博士を取得。

2016年：横浜市立大学附属病院 消化器・一般外科 助教

2020年：横浜市立大学大学院医学研究科 外科治療学 講師

2025年：地方独立行政法人東京都立病院機構 がん・感染症センター 都立駒込病院 胃外科 医長

【共催：株式会社ツムラ】

LS1

**脳卒中経管栄養患者の排便コントロールの価値
ー多職種協働と看護管理の視点で考えるー**

森 みさ子

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院



ICU 患者の下痢は死亡率と関連し、急性期脳卒中患者のリハを中断する要因となり得る有害事象である。また、排泄ケアに関わる医療者にとっては、感染予防具にかかる費用、看護業務量増大などの負担が大きく、患者・医療者双方の視点で回避したい有害事象だといえる。慢性的な人員不足が続く医療業界において、下痢を減らし、状態の良い排便があるようにコントロールすることは、看護職員を守るためにも重要な意味があると私は考えている。

今回のセッションでは、当院の脳卒中急性期患者に対する栄養管理や、経管栄養プロトコル変更前後の下痢・嘔吐の発生頻度、おむつ交換に係る時間やコストを検討し、看護管理の視点で、[排便コントロールの価値] について持論を述べたい。

短い時間ではあるが、会場のみなさまとともに語り合えればと願う。

経歴

学歴・職歴

1990 年 神奈川県立衛生短期大学 卒業
 1990 年 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 救命救急センター配属
 1998 年 神奈川県立看護教育大学校看護教員養成課程 修了
 2016 年 慈恵会医科大学医学研究科看護学専攻修士課程 修了
 2023 年 多摩大学大学院経営情報学研究科 MBA 課程 修了
 資格
 1998 年 看護学校教員免許
 2003 年 NST 専門療法士
 2018 年 急性・重症患者看護専門看護師
 2023 年 MBA

活動

急性期領域を中心とした心肺蘇生普及活動及び、看護師を対象とした超初学者向けの栄養看護の勉強会を開催。2011 年 神奈川栄養サポートナースの会を設立し活動範囲を拡大中。

【共催：株式会社大塚製薬工場】

LS2-1 食道外科医の栄養管理と合併症

福田 俊

埼玉県立がんセンター 消化器外科



食道癌術後の合併症は短期成績のみならず長期予後にも影響する。また、術前のサルコペニアは術後合併症のリスク因子となることが知られている。特に感染性合併症や縫合不全は術後経過に大きな影響を与える。栄養障害は縫合創の治癒遅延や免疫機能低下と関係があるとされている。また、消化管吻合法は縫合不全や吻合部狭窄に直接関与し、吻合方法はこれまでも多岐にわたる工夫がされてきている。当院での術後合併症予防のため、周術期栄養管理や術式の工夫について紹介する。

経歴

現職 : 埼玉県立がんセンター 消化器外科 科長兼診療部長
食道外科 科長
その他役割 感染管理者 感染対策室室長代理
TQM 推進室 部長

略歴

1994/3 山形大学医学部卒業
1994/4 山形大学医学部附属病院 第1外科入局
(1995/6-1996/4 山形県立河北病院)
(1998/4-2001/4 山形県立中央病院)
(2002/5-2003/5 虎の門病院)
2005/4 癌研究会 がん研有明病院 消化器外科
2009/4 東京大学医学部附属病院 胃・食道外科 助教
2011/4 埼玉県立がんセンター 消化器外科医長
2014/4 消化器外科 副部長
2023/4 消化器外科 現職

【共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社】

LS2-2

**手術の技と栄養の知
—外科医が求める現場の治療連携とは—**

市川 大輔

山梨大学医学部外科学講座第1教室



近年、癌に対する外科治療において低侵襲治療が普及し、これまで以上に精緻な手術が可能となっている。これにより、術後合併症の軽減や在院日数の短縮といった利点が報告されている。一方で、一般化した低侵襲手術と従来の開腹手術を術後栄養面で比較した場合、低侵襲手術の優位性は必ずしも明確ではなく、ロボット支援下で実現されるさらなる機能温存と術後 QOL 向上が期待されている。

加えて、超高齢化社会の到来により、消化器癌患者の多くが高齢者となり、周術期の栄養管理の重要性がかつてないほど高まっている。特に胃癌や食道癌の外科治療では、術前からの栄養状態が術後短期成績や長期予後に直結すること、また術後の体重や筋肉量減少が予後に大きく影響することが広く認識されている。

こうした背景から、周術期栄養介入に関する大規模臨床試験が行われてきたが、一律な栄養剤投与による明確なエビデンスは現時点では得られていない。むしろ、食道癌術後の嚥下機能評価や、胃癌術後の持続血糖モニタリングの経験から、栄養治療の個別化アプローチの必要性を感じている。

今後は、チーム医療としての多職種間連携のさらなる深化が不可欠である。また、栄養剤投与の効果を最大化するためには服薬アドヒアランスの向上や運動療法との適切な組み合わせといった、現場での実践的工夫も求められている。

本講演では、外科医の立場から、進化する手術技術に対応した周術期栄養治療の現状と課題、さらには臨床現場が真に求める治療連携のあり方について、当院での試みを交えて論じてみたい。

経歴

学歴：

1990年3月 京都府立医科大学医学部医学科卒業

職歴：

1990年 京都府立医科大学附属病院 研修医

1992年 済生会京都府病院 外科

1994年 京都府立医科大学附属病院 第一外科医員

1996年 米国ワシントン大学 Pathobiology 教室 研究員

1997年 京都府立医科大学附属病院 第一外科医員

1998年 京都きづ川病院 外科

1999年 京都第一赤十字病院 外科

2002年 京都府立医科大学大学院医学研究科消化器外科教室 助手

2011年 京都府立医科大学大学院医学研究科消化器外科教室 講師

2015年 京都府立医科大学大学院医学研究科消化器外科教室 准教授

2017年 山梨大学医学部外科学講座第一教室 教授

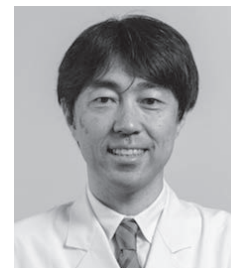
2021年 山梨大学医学部附属病院 院長補佐、総合がん診療部部長

2023年 山梨大学医学部附属病院 副病院長、総合がんセンター長、等

【共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社】

AS1

食道癌周術期チーム医療によるマネージメント

平松 良浩^{1,2}¹ 浜松医科大学 周術期等生活機能支援学講座、² 浜松医科大学 外科学第二講座

食道癌治療では外科手術が重要な位置を占めるが、高侵襲であり他の消化器癌の手術と比較して術後合併症率や死亡率は高い。術後成績の改善や患者 QOL の向上のためにチーム医療による積極的な周術期の介入・支援が有効であり、当施設でも多職種からなる周術期管理チーム（Hamamatsu perioperative care team: HOPE）を構築し食道癌をはじめとする消化器癌患者を主な対象として活動している。術前の低栄養状態は周術期合併症のリスクとしてよく知られているが、多職種周術期管理チームの介入により食道癌術後合併症の発生や体重の減少の抑制が期待できる。また長期予後についても、一般的に不良とされる術前低栄養の患者群でも周術期チームの介入によって術後の低栄養状態を回避できれば術前非低栄養患者群と同等の予後が期待できる。さらに患者自身が主体的に治療に関与する姿勢を促進することを目的として、食事・身体状況などを記載する治療日記と身体活動量を可視化できる装着型活動量計（WFT）を用いた患者支援を行なっているが、WFT を併用することで治療日記の記載率が大幅に改善され、患者の治療意欲の維持・向上に貢献し、結果として術後合併症の軽減や在院日数の短縮に寄与し得る。さらなる周術期成績の改善をめざし、食道癌術前の短期強化栄養運動プログラムの有用性について特定臨床研究による単施設ランダム化比較試験を実施したのでその結果についても紹介する。

経歴

1996 年 3 月 浜松医科大学医学部卒業
1996 年 4 月 浜松医科大学医学部附属病院 研修医
1997 年 6 月 県西部浜松医療センター 外科
1998 年 6 月 静岡県立総合病院 外科
2002 年 6 月 浜松医科大学医学部附属病院 第 2 外科
2003 年 4 月 浜松医科大学大学院医学系研究科博士課程入学
2007 年 3 月 浜松医科大学大学院医学系研究科博士課程卒業
2007 年 4 月 藤田保健衛生大学医学部上部消化管外科助教
2010 年 4 月 浜松医科大学医学部附属病院 第 2 外科
2010 年 9 月 浜松医科大学医学部附属病院 第 2 外科診療助教
2012 年 2 月 浜松医科大学医学部外科学第二講座（消化器・血管外科分野）助教
2018 年 4 月 浜松医科大学周術期等生活機能支援学講座特任准教授

【共催：MSD 株式会社】

AS2

がん患者に対する攻めの栄養治療を考える

鍋谷 圭宏

千葉県がんセンター 食道・胃腸外科 /NST



近年、栄養による治療効果を明確に示す概念として「栄養治療」が提唱され、そのための行為が medical nutrition therapy (MNT) と呼ばれるようになった。MNT には、直接的な栄養管理に加えて、社会活動やカウンセリングなども含まれるが、栄養評価から始まるプロセスに沿って行い、常にそのアウトカムを評価する必要がある。

現在は様々な疾患でクリニカルパス (CP) が診療の中心である。CP の誕生・普及が、ちょうどわが国で early/enhanced recovery after surgery (ERAS) が普及し始めた時期と重なり、CP における MNT は必要最低限の診療行為にとどまり、「いかに単純で少ない医療行為 (医療費) で患者が早く退院できるか」がアウトカムとして競われるようになった。

一方でその後、低栄養・サルコペニアなどががん治療の長期予後に影響を与える因子が続々発見されている。しかし、がん患者の外科手術前に予後不良因子があっても、時間的・社会的制約により改善出来ずに手術となり、栄養学的問題点を抱えながらも早期退院となる場合が多くないだろうか。胃切除後は最低限の電解質輸液で管理し、縫合不全や肺炎がなければ「経過良好」で、経口摂取熱量がごくわずかでも「食べられる」から退院となるのが「バリエーションのない CP 通りの管理」とされがちである。

しかしこれでは、がん治療における栄養による治療効果は全く期待できない。外科治療なら術前に可能な範囲で予後不良因子を改善し、今可能なこととして「術後の状態を少しでも良好に保つ」ことが重要である。いくつかの消化器がん外科治療では、術後のある時期の栄養関連指標が予後予測因子であることが示されており、この評価に基づいた長期予後向上のための MNT を目指したい。これは外科治療だけでなく薬物療法などでも同じで、栄養そのものによる予後向上効果を期待する「攻め」の栄養治療が必要である。さらに、がんと診断された時に全身状態良好な特に高齢者人口を増やす社会栄養学ともいべき活動もこれからは「攻め」の MNT の一つとなるだろう。これらの「攻め」の栄養治療の中で、微量元素の役割の理解は忘れがちだが重要である。治療時期を問わず不足に対して補充という MNT があり、予後向上のための tips となる可能性も少なくないので、チームとして多職種で理解する必要がある。

がん患者に対する多方面からの「攻め」の栄養治療を改めて考えてみたい。

経歴

【学歴・職歴】

1985 年 3 月 千葉大学医学部 卒業
1985 年 6 月 千葉大学医学部附属病院 第二外科 医員 (研修医)
1990 年 3 月 千葉大学大学院医学研究科博士課程 (外科系外科学第二) 修了 (医学博士)
1992 年 6 月 アメリカ合衆国ニューヨーク市・コーネル大学医学部 胸部外科 Visiting Research Fellow
1999 年 10 月 千葉大学医学部附属病院 第二外科 助手
2005 年 6 月 千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科学 講師
2010 年 4 月 千葉県がんセンター 消化器外科 主任医長、栄養サポートチーム (NST) チェアマン
2014 年 2 月 千葉県がんセンター 消化器外科 / 食道・胃腸外科 部長 (~ 2024 年 3 月)
2019 年 6 月 千葉大学医学部 臨床教授
2021 年 4 月 千葉県がんセンター 診療部長 (食道・胃腸外科)、患者総合支援センター 部長 (~ 2023 年 3 月)
2023 年 4 月 千葉県がんセンター 副病院長 (食道・胃腸外科)

【栄養学関連の主な学会役員等】

- ・日本栄養治療学会 (JSPEN) : 監事、代議員、指導医・認定医、学会誌 JSPEN 元編集委員長、第 5 回関東甲信越支部学術集会 (2017 年) 会長、第 36 回 JSPEN 年次学術集会 (2021 年) 会長
- ・日本外科代謝栄養学会 : 第 62 回学術集会 (2025 年) 会長、評議員、教育指導医
- ・日本 ERAS® 学会 : 理事
- ・日本外科感染症学会 : 理事、評議員、外科周術期感染管理教育医・認定医

【専門・関心領域】

食道・胃外科、腫瘍外科、外科代謝栄養、周術期管理、外科感染症、がん緩和医療、チーム医療、臨床医学教育、今後の千葉県の外科医療、など

【共催：ノーベルファーマ株式会社／株式会社メディセオ】

一 般 演 題

抄 録

○-1-1 心臓血管外科術後における嚥下障害の発生状況と影響する因子の検討

及川 大

公益財団法人 榊原記念財団附属 榊原記念病院

【背景と目的】心臓外科手術の報告によると、術後の嚥下障害の発生率は3～9%程度とされている、近年、低侵襲手術（以下、MICS）の症例が増加しているが、MICSのみの嚥下障害の報告は少ない。今回、心臓手術アプローチにより正中切開（以下、MS）とMICSの違いによる嚥下障害の発生率を比較し、アプローチによる嚥下障害に関連する因子を検討する。【方法】2023年4月～2024年3月にICUへ入室した患者の内、弁膜症手術を受けた成人患者446名を対象とし、脳神経合併症例、経管栄養投与などを除外基準として設けた。嚥下障害はMWSTによりスクリーニングを行った。胸骨到達方法により2群に分類し、患者背景を含む基礎情報、術後の重症度、手術時間、症状（合併症を含む）、血液検査結果、身体機能などを比較検討した。2群間で有意差があったものについては、多変量解析によりさらに解析を行った。【結果】MS群は300名（男性58.6%）、平均年齢70±11歳、MICS群は146名（男性57.6%）、平均年齢59±12歳であった。嚥下障害の発生率は、それぞれ17名、2名であった。MS群とMICS群において、有意差を認めなかった。【結論】MICS症例に対しては、MS群と比較して、安全に経口摂取ができることが示唆された。本研究では、喫食率や予後などは比較しておらず、今後は症例を蓄積することと、栄養管理に関するシステムの見直しなどを行っていくことで、安全な早期経口摂取ができると考えた。

○-1-2 嚥下障害を呈した脳血管障害患者に対する早期栄養介入が奏功した一例

小谷 朋子¹、小澤 七瀬¹、大久保 正彦²

¹川口きゅうぱりリハビリテーション病院、²永寿会恩方病院 歯科・歯科口腔外科

【目的】

嚥下障害へのアプローチでは、全身状態の安定を含む十分な栄養管理を先行することが広く認識されてきた。本症例では、脳血管疾患後の回復期に尿路感染を契機として嚥下障害が悪化した。栄養評価に基づく管理を重点的に行った結果、嚥下機能が改善し在宅復帰に至った経過を報告する。

【症例】

89歳男性。20XX年12月30日、左視床出血後のリハビリテーション目的で当院に入院。入院時、上記疾患の影響で嚥下障害（DSS-3）を認めており、多職種連携のもとリハビリテーションを開始したが、翌年2月7日尿路感染を機に嚥下機能が著しく低下（DSS-2）し、経口摂取を中断。腸管障害はなく、経鼻経管栄養（1200kcal/日）を導入し、栄養状態改善を優先。急性期を脱した後、嚥下機能に合わせ経口摂取を併用開始し、筋力低下の改善を目的に35～40kcal/kg×標準体重まで摂取量を増量。活動量に合わせ最大2000kcal/日を目標とした。体重・筋力向上に伴い嚥下機能も回復し、退院時には3食の経口摂取が安定した状態で自宅退院となった。

【考察】

本症例においては、適切な栄養管理が嚥下機能改善の基盤となり、全身状態を整えた上でリハビリテーションを実施する治療戦略は有効と考える。嚥下障害に対し、栄養状態を優先的に改善する介入が機能回復を後押しし、早期の在宅復帰に寄与し得ることが示唆された。

○-1-3 敗血症治療後の難治性下痢症に成分栄養剤（エレンタール®）の有用性が示唆された一例

新里 祐太郎¹、田村 洋行¹、安田 英人^{1,2,3,4}、柏浦 正広¹、守谷 俊¹

¹ 自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科、² 慶應義塾大学病院臨床研究推進センター 臨床研究支援部門、

³ The University of Queensland, School of Nursing, Midwifery and Social Work, UQ Centre for Clinical R、

⁴ Griffith University, School of Nursing and Midwifery; Alliance for Vascular Access Teaching and Rese

【背景】重症患者の下痢は、栄養、水分や電解質の管理を妨げ、感染症の併発や予後悪化を招く重要な課題である。経腸栄養剤も下痢の一因となるが、複数の経腸栄養剤で下痢が改善しなかった患者に、成分栄養剤（エレンタール®）を使用したところ下痢が改善した症例を報告する。【症例】62歳男性。Escherichia coli 敗血症の治療中に第25病日からブリストルスケール5-7に該当する下痢が1日3回以上見られた。複数の経腸栄養剤を試行するも下痢の改善はなく、エレンタール®を第53病日に初回導入したが、Cytomegalovirus 感染症の合併があり下痢が持続したため、エレンタール®を中止した。その後、他経腸栄養剤で栄養を再開しても下痢が再燃する状態であったが、第96病日にエレンタール®を再導入すると下痢が改善した。以降、他経腸栄養剤への変更で下痢が再発し、その都度エレンタール®に戻すと2-4日間で下痢が改善する経過を数回繰り返した。嚥下機能改善があり、エレンタール®から固形食の経口摂取に直接移行したところ、ブリストルスケール≤4の便となり、第156病日に転院した。【考察】エレンタール®には低脂肪およびアミノ酸組成である特徴があり、これが腸管負担を軽減し、下痢の改善に寄与した可能性がある。また、高浸透圧栄養剤が下痢を引き起こす仮説には再考の余地があり、エレンタール®が重症患者における下痢に対して有用な経腸栄養剤である可能性を示唆した。

○-1-4 脳卒中急性期で食思不振を呈した患者に対する栄養介入の検討

鈴木 紗菜¹、浮田 千絵里¹、海老名 慧^{1,2}、早川 幹人^{3,4}、丸島 愛樹^{3,5}、田中 駿³、北久保 佳織¹、松丸 祐司^{3,5}、増本 幸二^{1,6}

¹ 筑波大学附属病院 病態栄養部、² 筑波大学大学院 人間総合科学研究群 スポーツ医学学位プログラム、

³ 筑波大学附属病院 脳卒中科、⁴ 筑波大学 医学医療系 神経内科、⁵ 筑波大学 医学医療系 脳神経外科、

⁶ 筑波大学 医学医療系 小児外科

【背景】

脳卒中術後（本症）の栄養療法における問題点の一つとして嚥下障害が挙げられ、食思不振によって十分な経口摂取量を確保できない例も散見される。今回、術後に経口摂取が進まない一例を経験し、栄養介入について検討した。

【症例】

71歳女性、食器を洗っている最中に頭痛が出現、その後、嘔気・嘔吐も出現したため救急要請し、前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血にて緊急入院、同日にコイル塞栓術が行われた。入院時体重：66.2kg（BMI：27.7kg/m²）。術後早期からリハビリテーションが実施された。

術後2日目、言語聴覚士より経口摂取可能と評価され食事開始となったが、摂取量は1割程度であった。食事開始2日後、管理栄養士が患者の嗜好調査を行い、塩分付加の食事に変更、デザート類も追加し経過をみた。経口摂取は2-5割で推移し、体重は5.3kg減少した。経過は良好であったため、第27病日に自宅退院となった。

【考察】

やせのない本症においてもフレイル・サルコペニアの合併予防の観点から体重減少が継続することを防止する必要がある。本例は喫食率が低いことから栄養介入したが、食事開始が決定した段階で介入し、食思の確認をしながら経口栄養補助食品等を積極的に調整することで摂取量を増量できた可能性がある。

管理栄養士は早期介入し適正な栄養摂取量の保持に務めることが必要であると考えられた。

O-1-5 低カリウム血症に横紋筋融解症を合併した症例の理学療法の経験

大口 和哉

飯山赤十字病院 リハビリテーション科

1. 目的

低 K 血症に横紋筋融解症を合併した重度四肢麻痺を呈した稀な症例の理学療法を経験したので報告する。

2. 症例提示

症例：63 歳、男性

主訴：四肢麻痺

既往歴：脱水（半年前）、常用薬なし

現病歴：慢性的なアルコール多飲であったが、半年前より飲酒量が増え、食欲不振もあった。入院数日前から体調不良あり、入院当日は除雪作業中からの脱力感と、その後の四肢の筋力低下により救急要請。

入院時身体所見：身長 183cm、体重 89.7kg

検査所見：WBC58.7、Alb3.3、AST128、ALP162、 γ -GTP645、CRE0.71、BUN2.6、血清 K1.9、血清 CL94、血清 Ca7.6、CK5372

3. 経過

低 K 血症と横紋筋融解症の診断で補液で補正を開始。理学療法は入院 4 日目から開始、MMT0～4 で全身的な斑な筋力低下で、寝返りも困難。6 日目、血清 K 値は 2.5mEq/L まで回復したが CK 値は 6,248IU/L まで再度上昇。その後筋力が徐々に改善し、8 日目起き上がり、介助歩行が可能、9 日目院内歩行自立。11 日目には血清 K 値 4.4mEq/L、CK 値 113IU/L まで補正、15 日目に自宅退院。

4. 考察・結論

今回の症例は結果的にカリウムの補正で良好な転帰となったが、早期リハも行い早期退院ができた。横紋筋融解症は様々な発症機転があり、重度の筋力低下がある場合、長期の入院となる場合もある。今回の経過から麻痺症状は横紋筋融解症よりも飲酒や摂食不良を契機とする低 K 血症が主因であったと考えられる。栄養治療が主体となり運動機能が回復するという貴重な経験を得られた症例であった。

O-1-6 ICU における標準化された経腸栄養管理について

阿久澤 文彦¹、西井 直杜¹、大金 あかり¹、宇佐美 知里¹、倉澤 玲子¹、金本 匡史²、竹前 彰人²、戸部 賢²

¹群馬大学医学部附属病院 看護部、²群馬大学医学部附属病院 集中治療部

【背景】ガイドラインで重症患者の早期経腸栄養は推奨されており、看護師には早期に適切な経腸栄養管理が求められる。しかし、栄養管理は医療者間の意識の差が大きく、標準化された管理は難しい。当院集中治療部（以下 ICU）では、看護師が主体となり作成されたプロトコルを運用することで標準化された経腸栄養管理を実践しており、その活動を報告する。

【活動内容】当院 ICU では 2017 年に栄養プロトコルワーキンググループが発足し、重症患者栄養プロトコルを作成・運用開始した。これを元に経腸栄養管理を行うプロトコルを作成し、胃残留量によって流速の増減を行う持続経腸栄養プロトコルと早期経腸栄養を行う上で弊害となる消化器合併症を予防する腸管機能維持プロトコルがある。持続経腸栄養プロトコルは海外のガイドラインを元に作成したものを使用していたが、新たに GRV の基準を定め、評価項目の追加や測定回数の減少等の改訂を行い、作業負担の軽減や日本人に適した標準化された経腸栄養管理を行えるようになった。腸管機能維持プロトコルは看護師の主観・裁量で行うことが多かった排便コントロールを、排便量や性状、腸蠕動音、消化器症状で薬剤の調整や処置、検査を簡便に判断できるようになった。この二つのプロトコルは、現在も検証により質的改善に努め、標準化された経腸栄養管理に寄与している。

【結論】プロトコルを運用し、標準化された経腸栄養管理の実践が可能となった。

○-2-1 食事摂取量が減少した拘束型心筋症患者に対する栄養管理の検討

海老名 慧^{1,2}、浮田（柴崎）千絵里¹、北久保 佳織¹、増本 幸二^{1,3}

¹ 筑波大学附属病院 病態栄養部、² 筑波大学大学院 人間総合科学研究群 スポーツ医学学位プログラム、

³ 筑波大学 医学医療系 小児外科

【背景】心不全を有する小児の3割は成長障害をきたすと報告されている（Hoover et al, 2018）。この成長障害は多因子性であるが、その中でもエネルギー摂取量の減少が大きな要因であると考えられる。今回、入院が長期になるにつれ食事摂取量が減少した拘束性心筋症の患児1例に対し、食環境の検討を踏まえた栄養介入をおこなったので報告する。

【症例】5歳男児、入院当初の身長は97.6cm（-2.4SD）、体重は13.8kg（-1.6SD）、摂取量は1000kcal程度であった。6ヶ月経った現在の身長は97.8cm（-2.9SD）、体重は14.0kg（-1.8SD）であり、入院が長期になるにつれ摂取量は徐々に減少し500kcal程度の摂取となった。サークルベットの喫食していたため食事への切り替えが難しく食事時間も90分近くかかっていた。そこで幼児用の椅子に机を取り付け座って食べることで食事時間が短縮し集中して食べる環境を作った。また、週1回付添食を提供し、母と一緒に同じ食事を摂取することで、食事が楽しいと思える環境を作り出し摂取量も800kcalまで増加した。

【考察】長期入院では環境が摂取量に与える影響は大きい。特に小児においては、身体的要因だけでなく、不安や恐怖などの心理的要因、病室の環境、食事内容の盛り付け等の社会的要因が食事摂取量の減少に関係していることが報告されている（前田, 2003）。栄養補助食品の検討だけでなく環境も整えることが大切であることが示唆された。

○-2-2 細やかな栄養投与ルート（経腸栄養・静脈栄養・経口栄養）の再考が奏功した重症熱傷患者の一例

安田 里香子、関 徹也

東京医科大学八王子医療センター 栄養管理科

【症例】20歳代男性。身長173.1cm、体重63.2kg、BMI 21.1。既往なし。仕事と家庭のストレスから、エタノールを頭からかぶって自ら火をつけた後、自身で水をかぶり消火し救急要請。顔面・体幹部・両上肢に熱傷散見。TBSAは42.25%（Ⅲ度5.5%、Ⅱ度36.75%）。来院時、GCS E4V5M6、明瞭に会話可、RR24、SpO₂ 100%、HR80、BP180/100、BT37.0。咽頭・気道に煤の付着なし。

【経過】来院後、急速輸液開始、挿管、CV挿入し、深鎮静管理とした。目標エネルギー量：標準体重67kg×30～35kcal＝2400～2700kcal、目標たんぱく質量：67kg×1.5～2.0g＝100～130gと設定し、第2病日より経腸栄養（EN）を開始した。内服にて電解質・ビタミン補充、腹部蠕動亢進薬を投与。感染予防のためディグニケア挿入した。下剤大量投与も入院時より排便なくEN増量が躊躇われたため、中心静脈栄養（TPN）を併用。大量の排便が見られた後ENを増量した。第21病日、ST見守りのもとゼリー食開始し、嚥下機能・食事摂取量を考慮しながらTPN・EN・経口提供量を調整した。第46病日経口摂取のみでエネルギー量3000kcal、たんぱく質量130g摂取可能となった。植皮術を繰り返し、リハビリを行い、歩行可能なADLまで回復し、第129病日、メンタル治療のため転院となった。

【まとめ】熱傷患者では胃腸合併症が頻繁に発症することがわかっており、EN・経口にこだわらず、TPNを併用するなど臨機応変の栄養管理が必要と考える。

○-2-3 早期経腸栄養（48 時間以内）実施の現状と課題

武藤 枝実¹、相川 光広²、太田 康子³、佐々木 良枝³、鈴木 友紀子⁴、畠山 愛美⁴

¹ 千葉県佐原病院 栄養科、² 千葉県総合救急災害医療センター 脳神経内科、³ 千葉県総合救急災害医療センター 栄養科、

⁴ 千葉県総合救急災害医療センター 看護局

【目的】 三次に特化した救命センターである当院は集中治療室から始まる栄養管理を柱としている。今回は集中治療室における循環動態不安定な患者への早期経腸栄養実施の現状と課題を把握し、改善していくことを目的として検討を行った。

【方法】 2023 年 11 月 1 日～2024 年 3 月 31 日に集中治療室に入室し 48 時間以内に栄養を開始できなかった 167 名（27%）のうち、乳酸値（以下、Lac）とカテコラミンインデックス（以下、CAI）に焦点を絞り後方視的に調査した。なお、当院における経腸栄養開始の目安は Lac 2mmol/L 未満および CAI 10 未満である。

【結果】 循環動態不安定が理由で早期経腸栄養が実施できなかった患者は 80 名であり、48 時間以内に Lac 2mmol/L 未満となった患者は 56 名であった。そのうちカテコラミン不使用は 28 名、CAI 10 未満は 17 名であった。循環動態の視点からはこの 45 名は経腸栄養開始の目安に達していた。

【結論】 循環動態不安定が理由で早期経腸栄養を実施できなかった患者のうち、半数以上（56%）で実施できていた可能性があった。このような見逃しをなくすために、今後はスタッフ間の意識をさらに高め、集中治療室での経時的なモニタリングを活かした早期経腸栄養の実施につなげていきたい。

○-2-4 NST 介入によるエネルギー調整が、人工呼吸器離脱に寄与したと考えられた肥満低換気症候群の一例

大谷 清香^{1,2}、上野 莉沙^{1,2}、須田 幸子^{1,2}、窪田 勝己^{1,3}、宮原 宣博^{1,4}、藤澤 証志^{1,5}、柳澤 慎之介^{1,5}、島田 朗^{1,5}

¹ 埼玉医科大学病院 NST、² 栄養部、³ 中央検査部、⁴ 薬剤部、⁵ 内分泌内科・糖尿病内科

【症例】 39 歳男性。病院受診歴・健診歴なし。X 年 5 月呼吸困難感を主訴に当院受診。呼吸不全によるアシドーシスを認めたため気管挿管となり、ICU 入室した。入院時身長 177cm、体重 180kg 以上であった。1244kcal/日（18kcal/kgIBW）で栄養管理を行ったが、体重が 155-157kg で停滞したため、至適エネルギー量の検討目的に NST 介入となった。

【方法】 投与エネルギー量の検討にあたり、総ケトン体の測定を行った。1244kcal/日で総ケトン体は正常範囲内であったため、1080kcal/日（15.7kcal/kgIBW）に変更した。1 週間ごとにケトン体および血液ガスによる pH の測定、体重変動、有害事象の有無を確認した。

【結果】 投与エネルギー量の調整後、総ケトン体は 200-300 μmol/L 台で推移し、代謝性アシドーシスは認めなかった。体重 143kg で室内気となり ICU 退室となった。退室後活動量が増え、総ケトン体が増加傾向にあったため 1200kcal/日（17.4kcal/kgIBW）へ調整した。最終的に 133kg まで減量し、経口摂取も可能となり、X 年 8 月に自宅退院となった。

【考察】 本症例においては、20kcal/kgIBW 未満での栄養療法を開始し、適宜調整を行った。この栄養療法を行う際の注意点は、エネルギー投与量が少量であることに起因するケトン体増加およびケトアシドーシスである。糖尿病専門医を中心とした多職種連携で総ケトン体のモニタリングを行ったことで、有害事象を起こさず減量に成功し、人工呼吸器離脱に寄与したと考えられたため報告する。

○-2-5 自閉スペクトラム症のある園児の食事指導

横山 美雪

浦安ハートこどもクリニック

【はじめに】

自閉スペクトラム症（ASD）の小児では偏食や運動不足により肥満の割合が高いとの報告がある。今回認可保育園に通園する ASD と診断されている園児の食事指導に関わり、成果が得ることができたので報告する。

【患者背景】

幼少のころから目が合わないなどの特徴があり、協調性がなく単独行動が多かった。5 歳で ASD と診断を受けた。両親と 3 人暮らしで、父は会社員。母は精神科での診断はないが発達障害を示唆する特徴があった。

【看護の実際】

4 歳を過ぎ急な体重増加がみられ、介入時の 5 歳では肥満度 56% の高度肥満であった。担任より依頼を受け、母親へ 2 ヶ月に 1 度 1 年半にわたり食事指導を行った。

【実施及び結果】

主に間食の変更・摂食時間の管理、低カロリー食品の導入等の工夫を取り入れ、図示を用いて説明した。卒園の頃には肥満度 36% の中程度肥満に改善がみられた。

【考察】

ASD では他の発達障害と比べて遺伝要因が強いという報告がある。本症例も母親に発達障害を疑うエピソードがあった。今回は母親には図示を用いて食事指導した事が効果的であったのではないかと考える。

【終わりに】

今回、ASD の高度肥満度の園児の食事指導を行った。保護者の特性を考慮し指導することで肥満度の改善がみられた。ASD は肥満を合併することが多く、小児の食生活改善には保護者の理解が大きく関係している。相手の理解に合わせた方法で継続した介入が必要である。

○-2-6 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算新設を受けて 入院当日からの 2 食 / 日ミールラウンドの有用性

山下 結花¹、塚越 美貴²、永田 こずえ³、加藤 静子³、中村 春菜⁴、竹内 恵子⁴、長沼 文雄⁵、
鶴谷 英樹⁵

¹ 社会医療法人鶴谷会 鶴谷病院 医療技術部 栄養課、² 社会医療法人鶴谷会 鶴谷病院 医療技術部 リハビリテーション課、

³ 社会医療法人鶴谷会 鶴谷病院 医療技術部 薬剤課、⁴ 社会医療法人鶴谷会 鶴谷病院 看護部、

⁵ 社会医療法人鶴谷会 鶴谷病院 医局

【目的】入院当日からの管理栄養士による倍増したミールラウンドより得られた情報を多職種と共有することの有用性を検討する。

【方法】2 食 / 日ミールラウンド実施前令和 6 年 1 月～3 月と、朝・昼の 2 食 / 日実施後令和 6 年 4 月～6 月の各 3 か月間に、(1) ミールラウンドを実施した食数、(2) 入院初日の嗜好、食上げ、食下げ、補助食品の対応に対して情報共有した各々の件数、(3) 入院継続中の方へは退院に向けて嗜好、食上げ、食下げ、補助食品の対応に対して情報共有した各々の件数について調べた。

【結果】(1) 実施前は 11.3 食 / 月、実施後は 41.3 食 / 月、(2) 入院初日の嗜好対応は実施前 1.3 件 / 月、実施後 10.3 件 / 月、食上げの対応は実施前 0.3 件 / 月、実施後 1.0 件 / 月、食下げるの対応は実施前 0.3 件 / 月、実施後 3.3 件 / 月、補助食品の対応は実施前 1.0 件 / 月、実施後 3.3 件 / 月、(3) 入院継続中の方への嗜好対応は実施前 6.7 件 / 月、実施後 8.7 件 / 月、食上げの対応は実施前 5.0 件 / 月、実施後 15.7 件 / 月、食下げるの対応は実施前 6.0 件 / 月、実施後 3.0 件 / 月、補助食品の対応は実施前 6.7 件 / 月、実施後 18.0 件 / 月であった。

【結論】1) 入院初日から患者の状態を把握することができ看護師・言語聴覚士と連携して摂食嚥下機能低下した患者への対応ができた。2) 多職種と情報共有することで退院後を見据えた食形態の改善が図れた。患者に適した食事調整を随時行うことができ円滑に多職種と情報共有が図れるため有用である。

○-3-1 ギルベツキシマブ投与後に遷延した悪心により栄養管理介入を必要とした CLDN18.2 陽性進行胃癌の一例

杉崎 由佳子、大竹 慶堯、菅野 ゆみか、菊池 夏希、石橋 裕子、前田 恵理、金塚 浩子、白戸 由香子、櫻井 美夏子、有光 秀仁、高橋 直樹、鍋谷 圭宏

千葉県がんセンター NST

【目的】 CLDN18.2 陽性の治療切除不能な進行・再発の胃癌に対し使用されるギルベツキシマブ（ZOL）は、高度催吐性リスクの抗がん剤である。悪心・嘔吐は投与中に多く発現し、遷延は少ないとされ、患者の栄養状態に大きく影響しないと考えていた。しかし今回、ZOL + FOLFOX 療法を施行し ZOL 投与中、投与後にも悪心が遷延した症例を経験したので報告する。

【症例】 67 歳男性、体重 54.8kg。治療前より食欲不振があり、900kcal/ 日の経口摂取。ZOL 初回投与中から悪心が出現。制吐剤を使用し投与を完遂したが、終了後も悪心が持続し、投与日は食事摂取が出来なかった。4 日目まで悪心が遷延したが経口摂取可能であったため静脈栄養（PN）は併用せず。食事調整にて 10 日目には、1000kcal/ 日の食事摂取が可能となった。2 コース目以降も、制吐剤強化などを行ったが悪心は遷延。食事調整にて 4 日目に 1300kcal/ 日の食事摂取が可能となり退院。4 コース終了時、体重 55.5kg。

【結果・考察】 ZOL 投与当日から食事摂取量の低下が見られたが、食事調整などにより摂取熱量を確保できたため体重は維持できた。しかし食事調整だけでは必要熱量が確保できなかった時期もあり、今後は早期から PN の併用を検討したい。ZOL は投与中の悪心・嘔吐が多い薬剤であると認識していたが、投与後にも悪心が遷延する可能性がある。栄養状態の低下を防ぐために、消化器症状に対する薬学的介入と継続的な栄養管理が重要であると考えた。

○-3-2 当院の血液内科で化学療法を受ける入院患者の栄養評価と栄養状態の変化に関する検討

川久保 幸子¹、山本 梓¹、長田 明香¹、加藤 豊²、丁 晔²、森田 公夫²、明星 智洋²

¹ 江戸川病院 栄養科、² 江戸川病院 腫瘍血液内科

【目的】 悪性腫瘍における体重減少、低栄養は QOL 低下となる。当院の血液内科で化学療法を受ける患者に対して、栄養評価を入院退院時に実施し、栄養状態の変化を検討した。【方法】 2024 年 10 月～12 月血液内科に入院がん患者 22 名（男性 41%、年齢 72 ± 14 歳、BMI 23.0 ± 3.0kg / m²）を対象に、入院退院時に栄養評価を行い、栄養指導を 1 回行った。栄養評価のスクリーニングを年齢別で NRS-2002 と MNA-SF を実施し、低栄養と評価した場合 GLIM 基準にて低栄養の診断を行った。入院～退院時の BMI、必要栄養量の充足率の変動を検討した。【結果】 入院時の栄養評価のスクリーニングでは栄養状態良好 4 例、低栄養のおそれあり 9 例、低栄養 9 例に対して、退院時は低栄養のおそれあり 7 例、低栄養 15 例と低栄養に該当する症例が増加していた。低栄養に該当した症例の GLIM 基準では入院から退院時の変化は、低栄養非該当 5 → 6 例、中等度低栄養 2 → 2 例、重度低栄養 2 例 → 7 例と栄養状態が悪化していた。必要栄養量に対して摂取栄養量の充足率は入院時 86.8 ± 21.1% に対して退院時 83.4 ± 26.6% と減少したが有意な差はみられなかった。BMI は入院 23 ± 5kg / m² に対して退院時は 22 ± 4.9kg / m² に有意に減少した（p<0.05）。【結論】 必要栄養量に対して摂取栄養量は減少していたが有意な差はみられなかったが、結果的に体重減少が退院時は入院時と比べて有意に減少していたことから、必要栄養量の設定の見直しが必要と思われる。

○-3-3 食事摂取良好であったにもかかわらずビタミン B1 欠乏が進行し、意識障害をきたした高齢糖尿病患者の 1 症例

渡部 翔太¹、太田 天実²、平塚 千佳子³、宮地 祥子³、小川 瑞穂⁴、小島 利明⁵

¹ 赤心堂病院 栄養管理科、² 赤心堂病院 薬剤科、³ 赤心堂病院 看護部、⁴ 赤心堂病院 検査科、⁵ 赤心堂病院 循環器科

1. 背景

ビタミン B1 (VB1) は、糖質からのエネルギー産生に必須であることが知られている。今回、飲酒歴などなく入院後の食事摂取が良好であったにもかかわらず、VB1 欠乏が進行した症例を経験したため報告する。

2. 症例

70 代、男性。

3. 主訴

体動困難。

4. 患者背景

1 週間ほど姿が見えず近隣住民による救急要請にて、当院入院となった。

5. 既往歴

糖尿病。

6. 経過

入院時より食事提供を開始した。8 病日、血液検査にて血中 VB1: $1.7 \mu\text{g/dl}$ と低値を認めたが、末梢神経障害や意識障害なく食事摂取良好であったため補充を見送り、9 病日より DPP-4 阻害薬の内服を開始した。46 病日、意識障害あり血中 VB1 の再検査をしたところ、 $0.7 \mu\text{g/dl}$ へ減少したため、チアミンジスルフィド・B6・B12 配合剤の静脈投与を開始した。意識レベル、食事摂取ともに安定し、57 病日にフルスルチアミン内服に切り替えた。93 病日、血中 VB1: $4.2 \mu\text{g/dl}$ と改善を認め 115 病日に転院となった。

7. 考察

血清 VB1 の減少は、糖尿病患者では VB1 の尿中排泄が亢進していること。DPP-4 阻害薬の内服を開始し、インスリン分泌が促進され、細胞内へのグルコース取り込みにより VB1 が消費されたこと。加熱調理により VB1 が損耗し、摂取量が減少していた可能性があることなどが考えられた。

8. 結語

数日間、食事摂取をしていないことが疑われる糖尿病患者では、入院後の食事摂取が良好であっても様々な原因で VB1 欠乏が進行する可能性があることを考慮し、多職種での継続的なモニタリングが必要である。

○-3-4 メルファラン大量療法時にクライオセラピーの併用が経口摂取維持に有用であった髄芽腫の 1 例

志田 裕子^{1,2}、畠山 裕希恵¹、平山 超教¹、大室 美紀^{2,3}、清水 優輝⁴、中尾 朋平⁴、福島 敬⁴、坂田 康彰¹

¹ 埼玉医科大学国際医療センター 歯科口腔外科、² 栄養サポートチーム、³ 栄養部、⁴ 小児腫瘍科

(緒言) クライオセラピーは、短い半減期を有する化学療法において投与中に口腔粘膜を冷却し粘膜炎を軽減させる方法で、MASCC/ISOO ガイドラインではメルファラン大量療法時の望ましい介入 (Suggestion) となっている。

今回われわれは、クライオセラピー併用が粘膜炎の軽減により経口摂取の維持に有用であった症例を経験したので、その具体的な方法や文献的考察を併せて報告する。

(症例) 25 歳、男性。小脳髄芽腫に対する集学的治療 (摘出術・化学療法併用全脳全脊髄陽子線治療・自家末梢血幹細胞移植併用大量化学療法) を目的に当院に入院 (陽子線は他施設にて治療)。脳脊髄腫瘍科にて腫瘍摘出術を施行し、小児腫瘍科へ転科後に化学療法前の口腔評価依頼があり、歯科口腔外科初診となった。

(処置及び経過) 化学療法開始前に口腔評価および口腔衛生指導を施行し、開始後も適宜介入を行った。化学療法 4 コースおよび自家末梢血幹細胞移植後、メルファラン大量療法前に再度口腔ケア介入依頼があり、クライオセラピーを計画し病棟スタッフと共に施行した。口腔粘膜炎の出現は G1 (CTCAE ver.5.0) であった。当院に入院した計 137 日間において、経口摂取できなかったのは摘出術を施行した 1 日のみで、経口摂取が ONS のみの日が 4 日間であった。

(結語) 経口摂取の維持に、適応があればクライオセラピーも有用であると考えられた。

**○-3-5 不規則な食生活とそれに伴う長期的な代謝異常が
肝内胆管癌の発症要因の一つとして考えられた一症例**

金古 亮子、品川 浩一、中林 智洋、中込 美彩子、穴澤 祐子、柿崎 祥子

JCHO 群馬中央病院 栄養管理室

【目的・背景】肝内胆管癌のリスク因子である慢性肝機能障害は症状に気付きにくく、時に重篤な代謝異常を引き起こすことがある。今回、肝内胆管癌により急速に多臓器不全に至り、ケトアシドーシスを引き起こした患者の生活背景について報告する。

【症例】70代男性、主訴：食欲低下、体重減少、既往歴：高血圧症・脂質異常症・脂肪肝。現病歴：X年4月初旬から体調不良あり。前医を受診の際、体重減少、低アルブミン血症、腹部USで肝右葉に10cm超の腫瘍あり、精査・加療目的で当院紹介。腹部CTで肝内胆管癌と診断、血液検査でBS 1030mg/dlと高値を認め手術を見据えた血糖コントロール目的で緊急入院となった。

【結果】血糖コントロール、病状が落ち着いたところで、入院前の生活背景等についての聴き取りを含めた栄養指導を実施した。55歳で妻を亡くしてから20年以上スーパーの惣菜やお弁当、外食に頼っており、50代くらいまでは適正量を超える飲酒習慣があった。脂肪肝の指摘はあったが症状に乏しく放置していたことが分かった。

【考察】

本症例では、不規則な食生活とそれに伴う長期的な代謝異常が、胆汁うっ滞や慢性炎症を促進し、結果として肝内胆管癌の発症に寄与した可能性が考えられた。肝内胆管癌の危険因子として近年では食習慣や生活習慣病等も注目されている。本症例を通して、疾患の早期の発見と病識の形成を行い生活改善の支援をしていくことの重要性が再認識された。

日本栄養治療学会関越支部 第11回支部学術集会 協賛企業・団体一覧

日本栄養治療学会関越支部 第11回支部学術集会の開催にあたり、下記の皆様にご協賛、ご後援いただきました。ここに深甚なる感謝の意を表します。

日本栄養治療学会関越支部 第11回支部学術集会
会長 佐藤 弘

セミナー 共催

MSD 株式会社	株式会社ツムラ
株式会社大塚製薬工場	ノーベルファーマ株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	株式会社メディセオ

企業展示

株式会社アペックス	東亜新薬株式会社
一丸ファルコス株式会社	日清食品株式会社
株式会社インボディ・ジャパン	ニプロ株式会社
株式会社大塚製薬工場	ニュートリー株式会社
テルモ株式会社	森永乳業クリニコ株式会社

プログラム・抄録集 広告

アボットジャパン合同会社	ゼリア新薬工業株式会社
株式会社アムコ	ミヤリサン製薬株式会社
コヴィディエンジャパン株式会社	

ドリンク協賛

ネスレ日本株式会社

寄付

特定医療法人橘会 みずほ台病院

後援

公益社団法人 埼玉県栄養士会	一般社団法人 埼玉県病院薬剤師会
----------------	------------------

(五十音順 2025年7月10日現在)