

日本栄養治療学会 関越支部 第12回 支部学術集会

命を支える栄養管理
チームでつなぐ医療の質

2026年6月28日(日)

会 場 幕張メッセ 国際会議場
〒261-8550 千葉県千葉市美浜区中瀬2-1

プログラム・抄録集

大会長 古川 勝規

独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター院長 兼

独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター千葉東病院院長

大会事務局: 独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター
〒260-8606 千葉県千葉市中央区椿森4-1-2

運営事務局: 一般社団法人 日本栄養治療学会
〒103-0022 東京都中央区日本橋室町4丁目4-3 喜助日本橋室町ビル 4階

E-mail: kanetsu@jspen.or.jp



千葉公園大賀ハス



<https://www.jspen.or.jp/kanto/congress/12th>

日本栄養治療学会関越支部 第12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12回支部学術集会
大会長 古川 勝規
独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター院長 兼
独立行政法人国立病院機構 千葉東病院院長



このたび、令和8年（2026年）6月28日（日）に、「日本栄養治療学会関越支部 第12回支部学術集会」を幕張メッセ国際会議場にて開催させていただくこととなりました。

本支部は、日本栄養治療学会全体で24,000名を超える会員を擁する中、関越地域6県にまたがる約3,500名の会員が所属する、非常に活発かつ規模の大きい支部です。千葉県での開催は、第5回支部学術集会（会長：鍋谷圭宏先生）以来、9年ぶりとなります。このたび本学術集会を担当させていただけますことを、大変光栄に存じますとともに、日頃よりご支援・ご協力を賜っております学会員の皆様に、心より感謝申し上げます。

今回の学術集会のテーマは、「命を支える栄養管理 ―チームでつなぐ医療の質―」といたしました。

栄養管理は、あらゆる治療の基盤であり、医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、リハビリテーション専門職、臨床検査技師など、多職種による協働、すなわち「チーム医療」の中で実践されることで、その真価を発揮します。患者さんの命と生活の質を守るために、チーム全体で栄養を見つめ直し、医療の質をさらに高めていく——そのような意義を、本学術集会を通じて参加者の皆様と共有できればと考えております。

本学術集会では、「周術期栄養管理」を中心テーマに、多職種連携による栄養療法の実践と最新知見を幅広く学べるプログラムを構成しております。

午前は、教育講演「糖尿病診療における栄養療法の考え方」、ならびにモーニングセミナー「がん患者の栄養管理 ～がん治療の価値向上を目指して～」を通じて、がん診療や慢性疾患診療における栄養管理の重要性について学びます。さらに、本学術集会の中心企画であるシンポジウム「周術期栄養管理」では、外科・栄養・リハビリテーションなど多角的な視点から、周術期における最適な栄養介入について議論を深めます。

昼にはランチョンセミナーを2会場で開催し、GLIM基準や腸内細菌叢など、近年注目されているテーマについて最新の知見を共有します。

午後は、教育講演「摂食嚥下障害を口腔・咽頭の器質的および機能的視点からみる」を企画しており、摂食嚥下障害に対する理解を深める内容となっております。また、看護師、管理栄養士、薬剤師、リハビリテーション部門による各職種セッションでは、それぞれの専門性を生かした実践や工夫について共有いただきます。

さらに、一般演題では、摂食嚥下、経腸栄養、周術期管理、栄養管理など幅広いテーマを取り上げ、活発な討論が期待されます。

特別講演では、「これからのがん治療における適切な medical nutrition therapy を考える」および「高度侵襲手術の栄養管理とリハビリテーション」をテーマに、これからの栄養医療の方向性について理解を深めていただける内容となっております。

本学術集会が、参加者の皆様にとって新たな知見を得る機会となるとともに、多職種連携をさらに深める有意義な場となれば幸いです。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

日本栄養治療学会関東支部 世話人一覧

役職	氏名	都道府県	所属先
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	聖徳大学
	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
	市川 佳孝	群馬県	群馬大学医学部附属病院
	井上 達朗	新潟県	新潟医療福祉大学
	内田 信之	群馬県	原町赤十字病院
	岡田 克之	群馬県	医療法人大誠会内田病院
	北久保佳織	茨城県	筑波大学附属病院
	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
	合志 聡	新潟県	新潟厚生連 上越総合病院
	郡 隆之	群馬県	利根中央病院
	後藤 悠大	茨城県	筑波大学附属病院
	小山 諭	新潟県	新潟薬科大学
	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
	佐々木理人	茨城県	筑波大学附属病院
	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	帝京大学ちば総合医療センター
	高橋 直樹	千葉県	千葉県がんセンター
	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
	鍋谷 圭宏	千葉県	ちば県民保健予防財団 / 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
	守屋 智之	埼玉県	すぎうら乳腺消化器クリニック
	山下 裕玄	栃木県	自治医科大学
	鷲澤 尚宏	千葉県	東邦大学 健康推進センター

役職	氏名	都道府県	所属先
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	群馬県	
	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
	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	LeMon みんなの病院
	岩部 博子	埼玉県	女子栄養大学
	浦野 敦	千葉県	社会福祉法人ユーカーリ優都会 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
	遠藤沙保里	新潟県	社会医療法人 仁愛会 新潟中央病院
	大竹 慶堯	千葉県	千葉県がんセンター
	大野奈穂子	群馬県	医療法人 あかぎ 伊勢崎デンタルクリニック
	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
	神山 真澄	埼玉県	十文字学園女子大学
	鴨志田敏郎	茨城県	株式会社日立製作所日立総合病院
	川畑 奈緒	千葉県	聖徳大学
	康 祐大	茨城県	小豆畑病院
	菊池 夏希	千葉県	千葉県がんセンター
	木村 明春	群馬県	群馬大学医学部附属病院
	桑原 博	埼玉県	秀和総合病院
	小瀬 英司	千葉県	順天堂大学薬学部
	後藤 裕子	茨城県	つくばメディカルセンター
	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
	實方 由美	千葉県	千葉県循環器病センター
	首藤 潔彦	千葉県	帝京大学ちば総合医療センター
	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 洋平	新潟県	新潟厚生連 長岡中央総合病院
	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

役職	氏名	都道府県	所属先
学術評議員	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	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
	松本 泰典	千葉県	千葉大学大学院医学研究院
	宮澤 靖	栃木県	国際医療福祉大学病院
	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
	安田 英人	埼玉県	自治医科大学附属さいたま医療センター
	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	川越ブレストクリニック
	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
	米山 智	茨城県	茨城県立中央病院
	渡部 義和	栃木県	済生会宇都宮病院

2026 年 4 月 1 日現在

参加者へのご案内

学会会場

幕張メッセ 国際会議場

〒261-8550 千葉県千葉市美浜区中瀬2丁目

<https://maps.app.goo.gl/EZ1QpMWOULWtxsyQ8>



参加登録

以下URLよりお申込みください。

<https://www.miceregi.jp/reg/jspenshibu/my/login/login.html>



	事前参加登録 6月26日（金） 正午まで	当日・事後参加登録 6月27日（土）～ 8月6日（木）※
会 員	4,000 円（不課税）	5,000 円（不課税）
非会員	6,000 円（税 込）	7,000 円（税 込）
学 生※	無料	無料

※当日・事後参加登録期間は変更となる場合がございます。

※学生区分での参加をご希望の方は参加登録を行わず、kanetsu@jspen.or.jp までご連絡ください。詳細についてご案内いたします。なお、当日学生区分で参加される場合は、学生証をご提示ください。

受付・ネームカード

参加登録のマイページから「参加登録証」をダウンロードし、受付までご持参いただくか、スマートフォンの画面から参加登録証記載のQRコードをご提示ください。受付完了後、ネームカードおよびストラップをお渡しいたします。

ランチョンセミナー

ランチョンセミナーでは、参加者の皆様にお弁当をご用意いたします。

【事前にランチョンセミナーをお申込みの方】

受付で「ランチョンセミナー整理券」をお渡しいたします。お申込みいただいたランチョンセミナーをご確認の上、各会場へお越しください。

会場整理の都合上「ランチョンセミナー整理券」はプログラム開始5分後まで有効といたします。

【当日ランチョンセミナー参加希望の方】

受付でご希望のランチョンセミナーをお伺いし「ランチョンセミナー整理券」をお渡しいたします。なお当日分のお弁当には限りがございます。先着順のため、なくなり次第終了となります。あらかじめご了承ください。

■プログラム・抄録集PDF

支部学術集会ウェブページ「プログラム・日程表」内の「プログラム・抄録集」よりPDFをダウンロードいただけます。なお、PDFの閲覧にはパスワードが必要です。

会員の方には、JSPEN会員マイページ内「お知らせ」に、パスワードを掲載しております。

非会員の方には参加登録後、メールにてパスワードをお知らせいたします。

■注意事項

会場内における許可のない録音・録画・写真撮影は、固く禁止しております。

これらの行為は著作権法に抵触する可能性があるため、厳に慎んでください。

また、場内では携帯電話等をマナーモードに設定するか、電源をお切りいただくようお願いいたします。

■Wi-fiのご案内

会場内では無料Wi-Fiをご利用いただけます。

パスワードは、当日の会場でご確認ください。

■支部学術集会参加によるJSPEN個人資格認定単位取得について

NST専門療法士 新規・更新申請：5単位

栄養治療専門療法士 新規・更新申請：5単位

※NST専門療法士の新規受験・更新申請を行う際に、支部学術集会の単位は自動付与されません。参加登録完了後、参加登録証、参加証明書、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し、マイページ内の資格申請ページからご自身でアップロードしていただくことで単位として反映されます。

■オンデマンド配信について

配信期間：7月6日（月）0：00 ～ 8月6日（木）23：59 ※

配信講演：スポンサーセッション（ランチョンセミナー、アフタヌーンセミナー）を除くプログラムのうち、事前に許諾が得られた演題を配信予定です。

※配信期間は予定です。

※配信開始時に、配信対象プログラムをあらためてご案内いたします。

■次期開催のご案内

日本栄養治療学会関越支部 第13回支部学術集会

会長：合志 聡（新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院）

会場：朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター（新潟県新潟市中央区万代島6-1）

会期：2027年6月6日（日）

■お問い合わせ

大会事務局 独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター

〒260-8606 千葉県千葉市中央区椿森4-1-2

運営事務局：一般社団法人日本栄養治療学会 事務局

〒103-0022 東京都中央区日本橋室町4丁目4-3

喜助日本橋室町ビル 4階

E-mail：kanetsu@jспен.or.jp

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）の有無にかかわらず、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
特別講演	個別にご案内させていただきます	
シンポジウム		
管理栄養士・薬剤師・看護師・ リハビリテーション部門セッション		
一般演題（口演）	5 分	2 分

■ 講演発表

1) PC受付

日 時：2026年6月28日（日）8：30 ～ 15：00

場 所：3F 301 入口前

ご発表30分前までにPC受付へお立ち寄りいただき、データ登録ならびに外部出力の確認をお済ませください。

2) メディアをご持参される方

- ・ ご発表はPC発表（PowerPoint）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。Microsoft PowerPoint対応のファイルのみ

発表に使用できます。

- ・ フォントはWindowsに標準搭載されている下記フォントのみ使用可能です。下記以外のフォントを使用した場合は文字・段落のずれ、文字化け、表示されない等のトラブルが発生する可能性があります。

【日本語】 MS ゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝

【英 語】 Times New Roman, Arial, Arial Black, Arial Narrow, Century, Century Gothic, Courier New, Georgia

- ・ スライドサイズはワイド画面（16：9）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、学術集会事務局で責任をもって消去いたします。

3) PC本体をお持ち込みになる方

- ・ 専用の外部出力ケーブルをお持ち頂きますようお願いいたします。HDMIケーブルを用意しておりますが、一部のPCでは本体付属の専用コネクタが必要な場合があります。この形状に変換するコネクタを必ずご持参ください。電源ケーブルも忘れずにご持参ください。

- ・ スクリーンセーバーや省電力機能が作動しないよう事前に解除してください。

4) ご発表時のお願い

- ・ 次発表はセッション開始の10分前までに各会場内の次演者席にご着席ください。

■ 座長・演者の皆様へ

- ・ ご担当セッションの開始20分前までに、座長・演者受付にて受付をお願いいたします。
- ・ 座長の方は、担当セッションの開始10分前に、会場前方の次座長席にご着席ください。

日 程 表

	第1会場 (3F 301)	第2会場 (3F 302)	第3会場 (3F 303)	展示会場 (3F 304)
9:00	8:30 ~ 受付			
	9:00~9:10 開会挨拶 古川勝規			9:00~15:30
	9:10~10:20 教育講演1 「糖尿病診療における栄養療法の考え方」 座長：古川勝規 演者：櫻井健一	9:10~10:10 モーニングセミナー 「がん患者の栄養管理 ～がん治療の価値向上を目指して～」 座長：首藤潔彦 演者：大村健二 共催：株式会社ツムラ	9:10~10:10 一般演題1 「栄養管理1」 座長：相川光広 / 長沼 篤	
10:00				
	10:30~11:40 シンポジウム 「周術期栄養管理」 座長：佐野 渉 / 鈴木大亮 演者：石塚 満 / 成田丈格 谷口英喜 / 原 満理子	10:30~11:30 看護師セッション 座長：板垣七奈子 / 實方由美 演者：金塚浩子 / 松本裕美 戸丸悟志 / 栗原理佳	10:30~11:30 一般演題2 「栄養管理2」 座長：高石 聡 / 合志 聡	
11:00				
	11:50~12:50 ランチョンセミナー1 「チーム医療でGLIM基準を乗り越えよう」 座長：鈴木大亮 演者：廣野靖夫 共催：株式会社大塚製薬工場	11:50~12:50 ランチョンセミナー2 「一から学ぶ腸内細菌叢と疾患」 座長：鍋谷圭宏 演者：松岡克善 共催：ミヤリサン製薬株式会社		
12:00				
	13:00~14:10 特別講演 座長：増本幸二 / 小山 諭 「これからのがん治療における適切な medical nutrition therapyを考える」 演者：鍋谷圭宏 「高度侵襲手術の栄養管理と リハビリテーション」 演者：佐藤 弘	13:00~14:00 リハビリテーション部門セッション 座長：宮越浩一 / 近藤国嗣 演者：笠井健司 / 仲澤綾希 紙本貴之 / 松永 玄	13:00~14:00 一般演題3 「周術期」 座長：小林克巳 / 相田俊明	
14:00				
	14:20~15:20 管理栄養士セッション 座長：野本尚子 / 前田恵理 演者：寺田 師 / 嶋 光葉 大川美穂 / 高崎美幸	14:20~15:20 アフタヌーンセミナー 「微量元素の吸収と生理活性 -亜鉛補給の新展開-」 座長：鍋谷圭宏 演者：大村健二 共催：ノーベルファーマ株式会社	14:10 ~15:10 一般演題4 「摂食嚥下」 座長：嶋田 健 / 西谷 慶	
15:00				
	15:30~16:30 教育講演2 「摂食嚥下障害を口腔・咽頭の器質的および 機能的視点からみる」 座長：石井良昌 演者：大塚義顕	15:30~16:30 薬剤師セッション 座長：飯塚雄次 / 大木健史 演者：栗原康治 / 飯塚倫子 / 御藤納友佳	15:20 ~16:20 一般演題5 「経腸栄養」 座長：柳澤真司 / 志賀英敏	
16:00				
	16:40~17:00			
17:00	閉会挨拶 古川勝規 / 次期会長挨拶 合志 聡			

※2026年5月15日現在

交通案内図



■JRでお越しの方

J R 京葉線『海浜幕張駅』から徒歩約 5 分

J R 総武線・京成線『幕張本郷駅』から

「幕張メッセ中央」行きバスで約 17 分

■車でお越しの方

東京都心・羽田空港から約 40 分

湾岸習志野 I.C.(東関東自動車道) から約 5 分または、幕張 I.C.(京葉道路) から約 5 分

成田空港から約 30 分

湾岸千葉 I.C.(東関東自動車道) から約 5 分

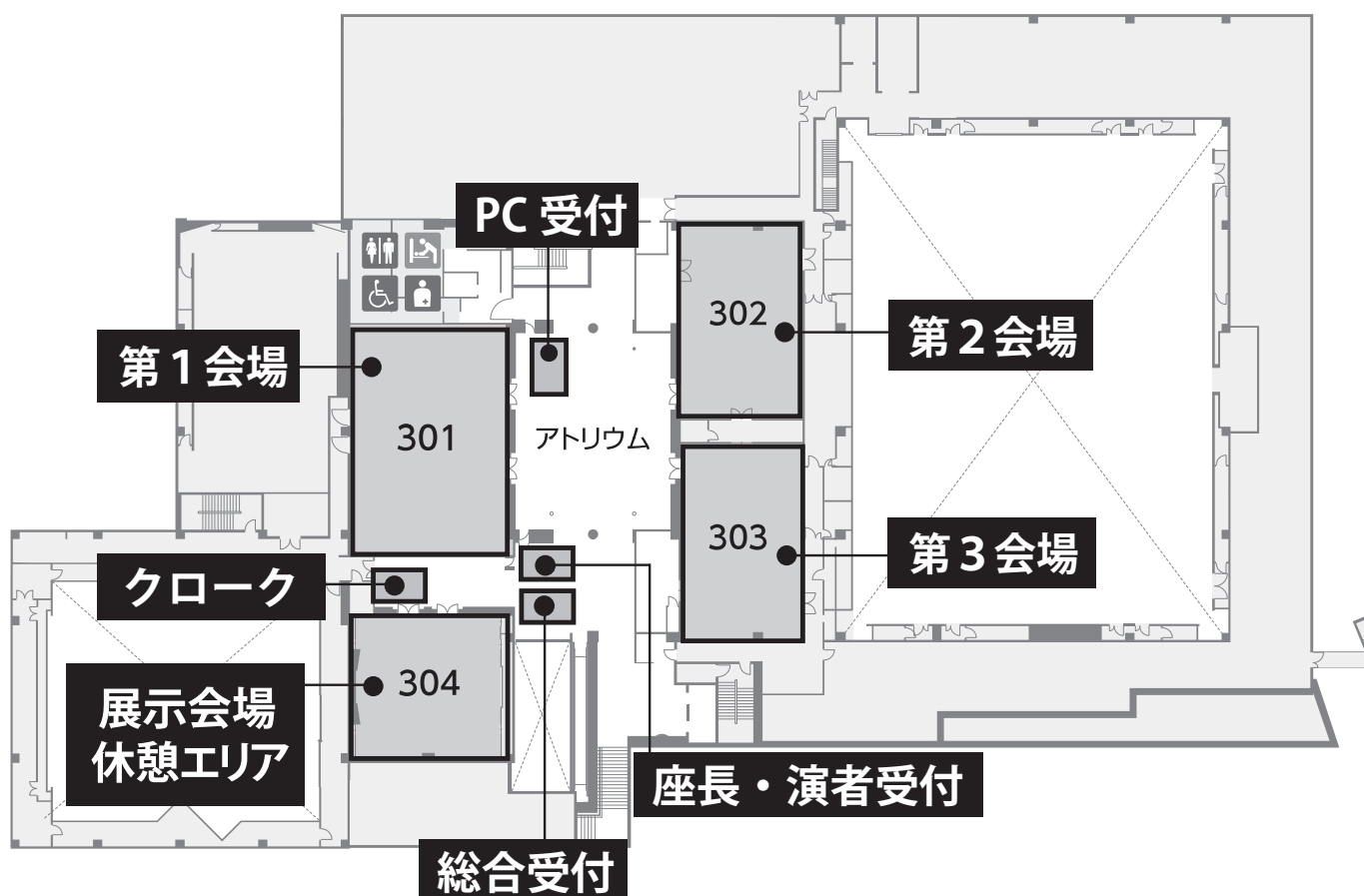
国際会議場

<https://x.gd/t050v>



会場案内

3F	301 第1会場	301 前 PC 受付 座長・演者受付
	302 第2会場	
	303 第3会場	
	304 展示会場 休憩エリア	304 前 クローク
	エスカレーター正面	総合受付



プログラム

第1会場

開会挨拶

9:00~9:10

大会長：古川勝規（独立行政法人国立病院機構千葉医療センター院長 兼
独立行政法人国立病院機構千葉医療センター千葉東病院 院長）

教育講演 1

9:10~10:20

座長：古川勝規（独立行政法人国立病院機構千葉医療センター院長 兼
独立行政法人国立病院機構千葉医療センター千葉東病院 院長）

EL-KA-1：糖尿病診療における栄養療法の考え方

櫻井健一（千葉大学予防医学センター センター長）

シンポジウム「周術期栄養管理」

10:30~11:40

座長：佐野 渉（上都賀総合病院 副院長）
鈴木大亮（帝京大学ちば総合医療センター 肝胆膵外科 准教授）

SY-KA-1：日本版 ERAS 作成に向けての取り組み

石塚 満（獨協医科大学 下部消化管外科 准教授）

SY-KA-2：腸管血流から再考する周術期栄養管理：安全な経腸栄養投与のために

成田丈格（東京大学医学部附属病院 胃食道外科 助教）

SY-KA-3：全ての術後患者の早期経口摂取を支援する

一医師、看護師、薬剤師、管理栄養士から構成される術後疼痛管理チームの
取り組み

谷口英喜（社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院 患者支援センター長）

SY-KA-4：食道癌患者に対する周術期栄養管理の取り組み

原 満理子（埼玉医科大学国際医療センター 栄養部）

ランチョンセミナー1

11：50～12：50

座長：鈴木大亮（帝京大学ちば総合医療センター 肝胆膵外科 准教授）

LS-KA-1：チーム医療で GLIM 基準を乗り越えよう

廣野靖夫（福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター センター長・診療教授）

共催：株式会社大塚製薬工場

特別講演

13：00～14：10

座長：増本幸二（筑波大学 医学医療系小児外科 教授）

小山 諭（新潟薬科大学 医療技術学部 副学部長/教授）

SL-KA-1：これからのがん治療における適切な medical nutrition therapy を考える

鍋谷圭宏（ちば県民保健予防財団 総合健診センター/

千葉県がんセンター 食道・胃腸外科、日本栄養治療学会 監事）

SL-KA-2：高度侵襲手術の栄養管理とリハビリテーション

佐藤 弘（埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科）

管理栄養士セッション

14：20～15：20

座長：野本尚子（千葉大学医学部附属病院 臨床栄養部 副部長兼栄養管理室長）
前田恵理（千葉県がんセンター 栄養科）

Di-KA-1：GLIM 基準の評価方法と栄養管理計画への活用

寺田 師（上尾中央総合病院 栄養科 係長）

Di-KA-2：PICU における専任管理栄養士の役割と栄養介入の実践

嶋 光葉（東京女子医科大学附属八千代医療センター 栄養管理室）

Di-KA-3：専従病棟における管理栄養士の介入について

大川美穂（千葉大学医学部附属病院 臨床栄養部）

Di-KA-4：訪問栄養食事指導の現状と課題

— 地域で「命を支える栄養管理」をチームでつなぐために —

高崎美幸（聖徳大学 人間栄養学部 人間栄養学科 教授）

教育講演 2

15：30～16：30

座長：石井良昌（日本大学 松戸歯学部 口腔外科学講座 教授）

EL-KA-2：摂食嚥下障害を口腔・咽頭の器質的および機能的視点からみる

大塚義顕（独立行政法人国立病院機構千葉医療センター 千葉東病院 歯科医長）

第2会場

モーニングセミナー

9:10～10:10

座長：首藤潔彦（帝京大学ちば総合医療センター 外科 教授）

MS-KA-1：がん患者の栄養管理～がん治療の価値向上を目指して～

大村健二（上尾中央総合病院 外科・栄養サポートセンター）

共催：株式会社ツムラ

看護師セッション

10:30～11:30

座長：板垣七奈子（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）

實方由美（千葉県循環器病センター看護局 副看護局長）

Nu-KA-1：がん専門病院のNST 活動で果たすべき看護の役割

金塚浩子（千葉県がんセンター 看護部）

Nu-KA-2：数値を追うチームから人生を支えるチームへ

～多職種で実践する共有意思決定～

松本裕美（千葉市立青葉病院 看護部）

Nu-KA-3：栄養をあきらめない。— チーム医療を動かす看護の力—

戸丸悟志（とね訪問看護ステーション 看護部）

Nu-KA-4：栄養をあきらめない チーム医療を動かす看護の力

～患者中心の栄養ケアを実現するための工夫～

栗原理佳（公立館林厚生病院 看護部 主任）

ランチョンセミナー2

11:50~12:50

座長：鍋谷圭宏（ちば県民保健予防財団 総合健診センター/
日本栄養治療学会 監事）

LS-KA-2：一から学ぶ腸内細菌叢と疾患

松岡克善（東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 教授）

共催：ミヤリサン製薬株式会社

リハビリテーション部門セッション

13:00~14:00

座長：宮越浩一（亀田総合病院 リハビリテーション科）
近藤国嗣（東京湾岸リハビリテーション病院 院長）

Re-KA-1：急性期病院における栄養管理とリハビリテーション診療

笠井健司（亀田総合病院 リハビリテーション科）

Re-KA-2：急性期病院におけるリハビリテーション治療と多職種連携

仲澤綾希（社会福祉法人 太陽会 安房地域医療センター リハビリテーション室）

Re-KA-3：回復期リハビリテーション病棟における栄養管理と

リハビリテーション治療

紙本貴之（国立病院機構東埼玉病院 リハビリテーション科）

**Re-KA-4：通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション・
栄養・口腔に対する一体的な取り組みの実践報告**

松永 玄（東京湾岸リハビリテーション病院 在宅リハ科 科長）

アフタヌーンセミナー

14:20～15:20

座長：鍋谷圭宏（ちば県民保健予防財団 総合健診センター/
日本栄養治療学会 監事）

AS-KA-1：微量元素の吸収と生理活性 ―亜鉛補給の新展開―

大村健二（上尾中央総合病院 外科・栄養サポートセンター）

共催：ノーベルファーマ株式会社

薬剤師セッション

15:30～16:30

座長：飯塚雄次（帝京大学ちば総合医療センター 薬剤部 部長）
大木健史（君津中央病院 医療技術局 次長）

Ph-KA-1：栄養療法における薬剤師の役割 ～チームの中で薬剤師に何ができるか～

栗原康治（医療法人 平成博愛会 印西総合病院 薬剤部 主任）

Ph-KA-2：嚥下障害時の内服薬選択

飯塚倫子（医療法人徳洲会 野田総合病院 薬剤部 主任）

Ph-KA-3：当院における栄養管理の実際と薬剤師との協働

―薬剤師への期待と介入のポイント―

御簾納友佳（帝京大学ちば総合医療センター 栄養部）

第3会場

一般演題1 「栄養管理1」

9:10～10:10

座長：相川光広（千葉県総合救急災害医療センター 神経内科 主任医長）

長沼 篤（国立病院機構 高崎総合医療センター 内科系診療部長）

O-KA-1-1：解離性胸部大動脈瘤に対しステントグラフト内挿術後、

ステロイドを使用し食欲が改善した一例

古川清香（千葉県総合救急災害医療センター）

O-KA-1-2：NST による多職種介入が有用であった薬剤性下痢の一例

穴戸友理（千葉メディカルセンター）

O-KA-1-3：微量元素含有飲料等の使用により創傷治癒促進につながった一症例

黒沢望未（埼玉県立がんセンター 栄養部）

O-KA-1-4：胃ろうによる栄養補給は褥瘡患者に対する栄養管理に最適である

水原章浩（東鷲宮病院 循環器・血管外科）

O-KA-1-5：下腿浮腫を有する婦人科がん患者における GLIM 基準を用いた 低栄養診断の実際とその特徴

水鳥祐子（筑波大学附属病院 病態栄養部）

O-KA-1-6：精神科病院入院患者における GLIM 基準を用いた栄養管理の検討

阿部宏美（下総精神医療センター）

O-KA-1-7：薬剤師レジデントに対する栄養療法講義および病院食試食の アンケート調査

樋口夏美（千葉大学医学部附属病院）

O-KA-1-8：極度の偏食を背景として壊血病を発症した小児に対する介入の一例

嶋 光葉（東京女子医科大学附属八千代医療センター 栄養管理室）

座長：高石 聡（医療法人社団 誠馨会 千葉メディカルセンター 外科研修トレーニング
センター長）

合志 聡（新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院 消化器内科 部長）

**O-KA-2-1：肥満重症心不全患者の長期 ICU 後サルコペニアに継続栄養介入で筋量
が改善した一例**

高橋菜津美（上尾中央総合病院 栄養科）

O-KA-2-2：重度栄養障害患者に併発した肝機能障害と汎血球減少に対する NST の介入

齊藤真歩（国際医療福祉大学成田病院 看護部）

O-KA-2-3：PTEG により在宅復帰に至った一例—多職種アンケートを踏まえた考察—

上島沙織（新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院 栄養科）

**O-KA-2-4：心不全による浮腫・呼吸困難を呈した高齢脳梗塞患者への栄養管理を
振り返る—NST 看護師の視点から—**

岩河優子（彩の国東大宮メディカルセンター 看護部）

O-KA-2-5：当院における外来化学療法患者に対する管理栄養士の介入と効果

鈴木由貴（富士宮市立病院）

O-KA-2-6：脂肪乳剤適正使用に向けた院内教育の取り組み

古瀬早紀（独立行政法人国立病院機構千葉医療センター）

O-KA-2-7：栄養管理の Continuum of care を目指して

竹重加奈子（公生会 竹重病院）

**O-KA-2-8：入院時の GLIM 基準による低栄養診断と入院時の栄養指標及び 3 か月後
の予後との関連**

山下結花（社会医療法人鶴谷会 鶴谷病院 栄養課）

座長：小林克巳（利根中央病院 外科部長）

相田俊明（千葉市立海浜病院 消化器外科部長）

O-KA-3-1：大腸癌患者におけるプレハビリテーションの有用性の検討

～エネルギー充足が骨格筋及び術後経過に与える影響～

伊藤恵祐（国立病院機構高崎総合医療センター 栄養管理室）

O-KA-3-2：頭頸部がん再建術患者における術前側頭筋厚と栄養関連予後予測指標および創部・皮弁関連合併症との関連

大久保理子（千葉大学医学部附属病院 臨床栄養部）

O-KA-3-3：術前がん患者における G8 の栄養スクリーニングとしての有用性

齋藤隆夫（国立がん研究センター東病院 栄養管理室）

O-KA-3-4：急性期脳卒中患者における早期エネルギー負債と機能予後の関連および筋量指標としての側頭筋厚の検討

鶴岡裕太（千葉大学医学部附属病院 臨床栄養部）

O-KA-3-5：新生児の周術期における血清亜鉛値低下の実態と関連因子

佐々木理人（筑波大学附属病院）

O-KA-3-6：当院の脊椎固定術患者における栄養状態の傾向と、たんぱく質摂取が栄養状態に及ぼす影響の調査研究

岩渕萌子（東京女子医科大学附属八千代医療センター）

O-KA-3-7：術前問診で食事の不安を訴えられた患者への NST 薬剤師の関わりの有用性について

大木健史（君津中央病院 医療技術局 次長）

O-KA-3-8：※演題取り下げ

名坂輝子（伊勢崎市民病院 薬剤部）

座長：嶋田 健（独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター 歯科口腔外科 医長）

西谷 慶（成田赤十字病院 第一消化器外科 部長）

O-KA-4-1：右梨状陥凹癌化学療法患者への栄養管理

—胃瘻栄養から経口食へ順調に移 行できた一例—

高木和子（さいたま市立病院）

O-KA-4-2：老健施設における多職種ミールラウンドの現状と課題

～チームスタッフへの意識調査から～

穴澤祐子（独立行政法人地域医療機能推進機構群馬中央病院附属介護老人保健施設）

O-KA-4-3：全入院患者を対象とした嚥下スクリーニング体制の構築

—看護師・医事課の連携と運用定着化の試み—

岩河優子（彩の国東大宮メディカルセンター 看護部）

O-KA-4-4：ワレンベルグ症候群による嚥下障害者への多職種協働の取り組み

～OE 法とバルーン拡張法を用いた 1 症例の検討～

中里美咲子（公立藤岡総合病院）

O-KA-4-5：頭部外傷後遺症嚥下障害患者の味覚刺激食構築と味付きとろみ氷片の導入

西田久美子（独立行政法人自動車事故対策機構千葉療護センター）

O-KA-4-6：高度の摂食機能障害に対し多職種の連携により改善した 1 例

嶋田 健（独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター 歯科口腔外科 医長）

**O-KA-4-7：食事介助スキルスコアを用いた看護師への技術指導における意識の変容と
技術の変化**

磯田哲太郎（独立行政法人 国立病院機構 千葉医療センター）

O-KA-4-8：残歯数が肥満症手術の減量効果に与える影響

松本泰典（千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科学）

座長：柳澤真司（君津中央病院 病院長）

志賀英敏（帝京大学ちば総合医療センター 救急集中治療センター長/教授）

O-KA-5-1：繰り返す誤嚥性肺炎と著明な電解質異常により経腸栄養導入に難渋した一例

大谷清香（埼玉医科大学病院 栄養部）

O-KA-5-2：イノソリッド配合経腸用半固形剤が胃瘻患者の亜鉛動態に及ぼす影響

合志 聡（新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院 消化器内科）

O-KA-5-3：長期経腸栄養管理下クローン病患者のセレン欠乏に対し市販サプリメント介入が有効であった一例

松下友美（千葉市立海浜病院 栄養科）

O-KA-5-4：半消化態から消化態製剤への変更で嘔吐が改善した長期罹病1型糖尿病の1例

藤澤征志（埼玉医科大学病院 内分泌内科・糖尿病内科）

O-KA-5-5：在宅経腸栄養患者入院時の医薬品から食品へのシームレスな切り替えの報告

石田千聡（原町赤十字病院）

O-KA-5-6：シンバイオティクス導入後に排便性状の変化を認めた終末期癌患者の一例

細野明子（国立がん研究センター東病院 栄養管理室）

O-KA-5-7：脳神経外科患者における経管栄養管理中の下痢発生状況と関連因子の検討

星野早紀（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）

O-KA-5-8：半固形栄養剤管理マニュアル作成の取り組み

永瀬真琴（筑波学園病院 栄養部）

閉会挨拶

16：40～16：50

大会長：古川勝規（独立行政法人国立病院機構千葉医療センター院長 兼
独立行政法人 国立病院機構千葉医療センター千葉東病院 院長）

次回学術集会 会長挨拶

16：50～17：00

合志 聡（新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院 消化器内科 部長）

指 定 演 題

抄 録

SL-KA-1 これからのがん治療における適切な medical nutrition therapy を考える

鍋谷 圭宏^{1,2}、前田 恵理²、菊池 夏希²、櫻井 美夏子²、石橋 裕子²、金塚 浩子²、大竹 慶堯²、
佐藤 幸子²、杉崎 由香子³、菅野 ゆみか²、岸 枝里²、廣部 開²、白戸 由香子²、降旗 麻子²、
荒井 文乃⁴、實方 由美⁴、安藤 志麗⁵、有光 秀仁²、高橋 直樹²

¹ ちば県民保健予防財団、² 千葉県がんセンター NST、

³ 千葉県総合救急災害医療センター、⁴ 千葉県循環器病センター、

⁵ 千葉県こども病院

近年、栄養そのものによる疾病治療の成績向上が報告され、本学会名の通り「栄養治療」という言葉が使われる。その中の個々の診療を medical nutrition therapy (MNT) と呼び、多職種が行う多くの行為が含まれる。がん治療では、治癒の可能性を中心に患者の治療方針を常に考慮した MNT が必要で、栄養学の視点での best practice が適切でないことも多い。また、最近の限られた人的資源では、施設として多くの患者に適切な MNT を効率的に提供する方法を考えるべき時代になっている。従って今後は、以下の3点に注目して患者ごとに適時適切な MNT を提供する必要がある。① cure (治癒) が目指せる外科患者では、予後向上のための栄養関連指標を考慮した周術期管理→「攻め」の MNT；② 治癒は厳しいが治療中 (化学療法など) の患者では、悪液質の影響を踏まえた栄養治療の効果予測に基づく個別化 MNT；③ 積極的ながん治療が難しい患者には、care (癒し) を優先した経口摂取による MNT。がん患者への多職種による MNT の経験を踏まえ、皆様のご批判を仰ぎたい。

経歴

1985 年 3 月 千葉大学医学部 卒業
1990 年 3 月 千葉大学大学院医学研究科博士課程 (外科系外科学第二) 修了 (医学博士)
1992 年 6 月 米国 NY コーネル大学医学部 胸部外科 留学
1999 年 10 月 千葉大学医学部附属病院 第二外科 助手
2005 年 6 月 千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科学 講師
2010 年 4 月 千葉県がんセンター 消化器外科 主任医長、NST チェアマン
2019 年 4 月 千葉大学医学部臨床教授
2023 年 4 月 千葉県がんセンター 副病院長 (食道・胃腸外科)
2026 年 4 月 ちば県民保健予防財団 総合健診センター 顧問

第5回 JSPEN 関東甲信越支部学術集会会長 (2017 年)、第36回 JSPEN 2021 会長 (2021 年)
JSPEN 監事 (前副理事長)、代議員、指導医・認定医

SL-KA-2 高度侵襲手術の栄養管理とリハビリテーション

佐藤 弘

埼玉医科大学国際医療センター上部消化管外科

高度侵襲手術においては、周術期栄養管理とリハビリテーションは極めて重要である。これを実践する上では、多職種チーム医療と ERAS に代表される包括的周術期早期回復プログラムが key となる。高度侵襲手術に代表である胸部食道癌手術を例にとり、概説する。

胸部食道癌手術は高度侵襲手術であり、併存疾患が多く、また高齢者も多いことにより、様々な課題を含む。本手術においても ERAS の概念による周術期管理が運用されるようになり、様々な問題点も指摘されるようになった。プロトコルに関係しない外科手術そのものの合併症に影響を受けるため、アウトカムの改善は簡単でない。診療報酬改定により様々な加算が認められるが、各部署でのスタッフを確保するのが困難であり、マンパワーの確保が課題。運動耐容能の変化などアウトカムの設定に議論が必要。早期に退院することが必ずしも目的でなく、退院後のシームレスな外来リハビリテーションや栄養管理が重要であり、特に再入院率の高い高齢者で必要と考えられる

経歴**学歴**

- 1993 年 国立浜松医科大学医学部医学科卒業
- 2012 年 国立東京医科歯科大学（現東京科学大学）大学院卒業

職歴

- 1993 年 国立浜松医科大学医学部附属病院第一外科研修医
- 1997 年 国立がんセンター中央病院（現国立がん研究センター中央病院）外科レジデント
- 2002 年 静岡県立静岡がんセンター食道外科副医長
- 2004 年 静岡県立静岡がんセンター食道外科医長
- 2012 年 埼玉医大国際医療センター消化器外科准教授
- 2018 年 同 教授
- 2026 年 同 上部消化管外科診療部長

EL-KA-1 糖尿病診療における栄養療法の考え方

櫻井 健一

千葉大学予防医学センター栄養代謝医学

近年、新しいタイプの薬剤の登場により、糖尿病診療は大きく変化してきている。特に SGLT2 阻害薬と GLP-1 受容体作動薬の2種類は、多くの2型糖尿病患者の治療に用いられるようになってきた。両者とも、血糖値のみならず合併症予防においてもその有効性が示されており、今後も使用が広がると考えられる。さらに、両者は体重を減少させる効果も認められており、肥満を伴う患者には特に適していると考えられる。GLP-1 受容体作動薬については糖尿病を伴わない肥満症においても保険適応となっている。SGLT2 阻害薬は原尿中に含まれるブドウ糖の再吸収を阻害することにより、血糖値を低下させる作用を持つ。再吸収されないブドウ糖は尿糖として排出されることになる。このため、尿中には1日あたり約 80g 程度のブドウ糖が体外に排出されることになる。これは約 300kcal 程度のエネルギー喪失にあたる。入院患者の栄養管理においてエネルギー収支を考える上では、この薬剤の服用を継続した場合のエネルギー収支に与える影響も考慮する必要がある。また、GLP-1 受容体作動薬では食欲抑制効果も認められていることから、摂食への影響を常に考慮する必要がある。本講演では糖尿病を合併している患者の栄養管理について、これらの薬剤の影響の含めて考えたいと思う。

経歴

1992 年 千葉大学医学部卒業
1992 年 千葉大学第二内科入局
1999 年 横浜労災病院内科
2007 年 千葉大学医学部附属病院糖尿病・代謝・内分泌内科 助教
2012 年 千葉大学大学院医学研究院細胞治療内科学 講師
2012 年 総合病院君津中央病院内分泌代謝科 部長
2015 年 千葉大学予防医学センター栄養代謝医学分野 准教授
2021 年 千葉大学予防医学センター栄養代謝医学分野 教授
2024 年 千葉大学予防医学センター センター長

EL-KA-2 摂食嚥下障害を口腔・咽頭の器質的および機能的視点からみる

大塚 義頭

国立病院機構千葉医療センター千葉東病院 歯科医長

摂食嚥下障害は、経口摂取が可能であっても、摂取量の低下や食事時間の延長、誤嚥リスクの増加を招き、低栄養やサルコペニアの進行につながる重要な臨床課題である。嚥下は、先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期からなる一連の連続運動（嚥下5期モデル）として捉えることが重要であり、とくに口腔および咽頭の器質的・機能的状態は、嚥下全体の安全性と効率を大きく左右する。

本教育講演では、摂食嚥下障害を口腔・咽頭に焦点を当て、器質的変化と機能障害の両面から体系的に整理する。口腔においては、歯列や義歯、舌、口蓋の形態と舌運動が食塊形成・保持・送り込みに及ぼす影響を示し、これらの破綻が咽頭期の負荷増大や咽頭残留につながる過程を解説する。咽頭では、咽頭収縮筋群や舌骨上筋群の協調運動が食塊移送効率と誤嚥リスクに関与する点を示し、口腔機能低下が咽頭期の安全性に影響を及ぼすことを明らかにする。これらの理解を基盤に、嚥下5期モデルを用いた評価の視点と、嚥下調整食分類2021を活用した食形態調整の考え方を提示し、多職種連携による安全かつ持続可能な経口栄養管理の実践につなげることを目的とする。

経歴

学歴および職歴

- 1989年（平成11年） 昭和大学歯学部卒業
- 1994年（平成6年） 同大学 大学院歯学研究科修了
昭和大学歯学部長直属助手
- 1995年（平成7年） 昭和大学歯学部口腔衛生学助手
- 1999年（平成11年） 昭和大学歯学部口腔衛生学教室 専任講師
- 2001年（平成13年） 国立療養所千葉東病院 歯科医長
昭和大学歯学部口腔衛生学教室 兼任講師
- 2004年（平成16年） 独立行政法人国立病院機構千葉東病院 歯科医長
- 2012年（平成24年） 昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学（口腔衛生部門）兼任講師
- 2019年（令和1年） 昭和大学歯学部小児成育歯科学講座 兼任講師
- 2023年（令和5年） 独立行政法人国立病院機構下志津病院併任
- 2025年（令和7年） 独立行政法人国立病院機構千葉医療センター千葉東病院 歯科医長

受賞

- 2004年（平成16年） 第17回 人事院総裁賞（職域部門）受賞
国立病院機構千葉東病院「摂食機能向上委員会」委員長 大塚義頭

学会活動・資格

- 日本障害者歯科学会 代議員・専門医
- 関東障害者歯科臨床研究会 幹事
- 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 評議員・認定士
- 日本神経摂食嚥下・栄養学会 会員
- 国立病院機構 歯科口腔医療協議会 幹事

SY-KA-1 日本版 ERAS 作成に向けての取り組み

石塚 満¹、水谷 雅臣²、蜂谷 裕之¹、宮下 将太郎¹、泉 陽光¹、
上野 綸¹、河野 貴博¹、井原 啓佑¹、水島 恒和¹

¹ 獨協医科大学下部消化管外科、

² 公立置賜総合病院外科・消化器外科

【背景】2025 年に大腸癌に対する ERAS ガイドライン (*Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations 2025*) が発表された。また、これに先立ち韓国からも第二版 ERAS ガイドライン (*The 2024 Korean Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) guidelines for colorectal cancer: a secondary publication*) が報告され、本邦においても独自ガイドライン創出の機運が高まっている。しかしながら、現時点で本邦において統一された ERAS ガイドラインは存在しない。

【目的】海外ガイドラインを基盤として、日本版 ERAS ガイドラインを作成すること。

【対象・方法】日本栄養治療学会は 2025 年 4 月に ERAS ワーキンググループを設立し、日本版 ERAS ガイドライン作成に向けた取り組みを開始した。大腸領域では、3 名の大腸外科委員により既存 ERAS ガイドラインの修正・適応化を行った。

【結果】大腸癌 ERAS 2025 年版と 2018 年版を比較すると、23 項目中 17 項目で推奨内容の改訂が認められた。これらを踏まえ、エビデンスレベル、推奨グレード、日本版推奨文および解説から構成される 28 項目の日本版大腸癌 ERAS 案を作成した。また、皮膚消毒薬の選択やロボット支援手術の位置づけなど、本邦の診療実態を踏まえた検討を行った。現在、他疾患領域を含めた「日本版 ERAS プロトコール」についてパブリックコメントを募集中である。

【結語】日本版 ERAS プロトコール作成に向けた取り組みの現状を報告した。

経歴

1991 年 3 月 千葉大学医学部卒業
1991 年 4 月 千葉大学第一外科入局
1997 年 4 月 千葉大学大学院医学研究科臓器制御学入学
2001 年 3 月 千葉大学大学院医学研究科臓器制御学修了
2001 年 4 月 千葉大学臓器制御外科
2002 年 4 月 さいたま赤十字病院
2003 年 4 月 住友重機械浦賀病院
2004 年 4 月 獨協医科大学第二外科
2007 年 6 月 同上 学内講師
2016 年 10 月 同上 学内准教授
2017 年 4 月 獨協医科大学排泄機能センター 副センター長
2022 年 4 月 獨協医科大学下部消化管治療センター 副センター長
2024 年 10 月 獨協医科大学下部消化管外科 准教授
現在に至る。

日本外科学会 認定医、専門医、指導医
日本消化器外科学会 専門医、指導医、評議員
日本大腸肛門病学会 専門医、指導医、評議員
日本消化器内視鏡学会 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、学会評議員
日本消化管学会 認定医、胃腸科専門医、専門医、指導医、代議員
日本腹部救急医学会 腹部救急教育医、腹部救急認定医、代議員
日本臨床栄養代謝学会 支部世話人、評議員
日本癌治療学会 評議員

日本臨床外科学会 評議員
日本内視鏡外科学会 評議員、技術認定医 認定番号 21-GS-046
日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 評議員
がん治療認定医
消化器がん外科治療認定医
日本外科系連合学会
日本骨盤臓器脱手術学会
日本メディカル AI 学会
日本ロボット外科医学会
日本再生医療学会
大腸肛門機能障害研究会
栃木県ストーマ・排泄リハビリテーション研究会 代表世話人
栃木県腹腔鏡下大腸切除懇話会 世話人
栃木県内視鏡外科研究会 世話人
ASCO membership

日本大腸肛門病学会 ストーマ・排泄リハビリテーション委員会 委員
評議員資格検討委員会 委員
便失禁診療ガイドライン作成委員会 委員
日本腹部救急医学会利益相反委員会 委員

SY-KA-2 腸管血流から再考する周術期栄養管理：安全な経腸栄養投与のために

成田 丈格

東京大学医学部附属病院 胃食道外科 助教

【背景】 現在、術後患者や重症患者に対しても早期経腸栄養が推奨されるが、侵襲下では腸管血流が低下し、その状態での経腸栄養投与は腸管壊死のリスクとなる。実臨床では腹部膨満や嘔気、排ガスの有無などを確認しながら栄養の開始や増量が行われているが、これらの所見が腸管血流を反映しているかは明らかでない。

【方法】 食道癌手術患者 30 例を対象に、術前および術後 1、2、3、5、7 日目に超音波検査装置を用いて上腸間膜動静脈（SMA/SMV）血流量を測定し、経時的変化および臨床所見との関連を解析した。

【結果】 術後 1 日目に SMA・SMV 血流は術前と比べて低下したが、術後 2 日目には回復した。また、腹部所見など経腸栄養施行時のモニタリング項目と血流との関連はなかった。

【結論】 食道癌術後では腸管血流は一過性に低下するものの速やかに回復することが示された。一方で、腸管血流量と腹部所見との相関を認めなかったことから、従来の経腸栄養施行時のモニタリング項目のみでは腸管血流の低下を十分に評価できていない可能性がある。周術期経腸栄養投与を安全に行うために、実際に腸管血流測定を行うことを提案する。

経歴

2016 年 群馬大学医学部医学科 卒業
がん研有明病院 初期研修医
2017 年 東京大学医学部附属病院 初期研修医
2018 年 茅ヶ崎市立病院 外科 医員
2021 年 東京大学医学部附属病院 胃食道外科（医学系研究科消化管外科学講座）入局
2026 年 東京大学大学院医学系研究科消化管外科学講座 卒業
東京大学医学部附属病院 胃食道外科 助教

**SY-KA-3 全ての術後患者の早期経口摂取を支援する
—医師、看護師、薬剤師、管理栄養士から構成される術後疼痛
管理チームの取り組み—**

谷口 英喜¹、工藤 雄洋²、南村 智史²、横手 隆幸²、大沢 優也²、
磯田 あゆみ²、小田村 奈々美²、鈴木 琴音²、小篠 ちはる²

¹ 社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院 患者支援センター長、

² 社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院

近年、術後回復促進の観点から、術後早期の飲水（Drinking）・食事摂取（Eating）・離床（Mobilizing）（下線を組み合わせて DREAM と命名）の達成が重視されている。当院では 2016 年に手術患者の集学的な周術期管理を担う患者支援センター（Tobu Hospital Patients Support Center: TOPS）を開設し、術後早期の DREAM 達成を目指して術前から多職種によるスキルミクス型支援を実施している。TOPS では、術後の疼痛および悪心嘔吐を術前からの介入により制御するシステムを導入している。特に、術後疼痛管理チームが術直後からの介入とクリニカルパスの改訂を実施して、術後痛を抑え術後の悪心嘔吐（PONV）の発生を減弱する成果を上げている。また、TOPS における管理栄養士による術前からの早期経口摂取の意識付けと術後食の工夫、術後疼痛管理チームの回診への同行が実施されている。その結果、ほとんどの術式で術当日または術翌日の朝からの経口摂取が可能となっている。本シンポジウムでは、術後回復促進の要となる術後疼痛、PONV 制御システムと成果を公表し、周術期栄養管理において全ての手術患者の術後経口摂取の促進に貢献できるスキルを共有したい。

経歴

済生会横浜市東部病院患者支援センター長、医学博士、麻酔科医師

1991 年 福島県立医科大学医学部卒業、その後、横浜市大学医学部麻酔科に入局。

2011 年 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科教授。

2016 年 済生会横浜市東部病院 患者支援センター長。

現在、東京医療保健大学大学院客員教授兼任。

周術期管理・熱中症・脱水症に関する報道・解説で TV・ラジオに 400 回以上出演。講演回数は 1000 回を超える。単著書籍の出版は 15 冊。専門は、麻酔学・集中治療学・周術期管理・栄養管理・経口補水療法・脱水症対策など。2023 年 4 月より、医療従事者のための生涯教育講座谷口ゼミ（<https://taniguchi-seminar.com/>）を開塾し、会員数は 200 名を超える。

SY-KA-4 食道癌患者に対する周術期栄養管理の取り組み

原 満理子

埼玉医科大学国際医療センター 栄養部

1. 目的

令和4年度の診療報酬改定にて周術期栄養管理実施加算が新設された。当院の包括がんセンターでは各診療科・看護部・薬剤部・リハビリテーション部・栄養部など多職種が連携し治療を行っている。食道癌患者は腫瘍による狭窄症状を伴う栄養摂取障害や低栄養状態を呈する症例が多く、治療前から治療後まで継続した栄養療法が望まれる。そこで2025年8月より食道癌手術患者を対象に周術期栄養管理実施加算算定に向けた栄養管理体制を構築し、その取り組みと今後の課題について検討した。

2. 方法

食道癌手術患者を対象に、後方視的に周術期栄養管理加算算定に向けた管理栄養士の取り組みをまとめた。

3. 結果

対象患者は2025年8月～12月食道癌手術患者、男性18名、女性2名、平均年齢68.5歳±9.7歳、平均在院日数22.3日±12.2日であった。専任管理栄養士2名を配置し、MUSTによる栄養スクリーニング、GLIM基準による低栄養診断を実施した。栄養管理計画は入院時（入院翌日）、術後1日目（経管栄養開始時）、術後7日（経口栄養開始時）に実施し、多職種と情報共有を行い適切な栄養管理が行えるよう体制を構築した。身体計測は入退院時に下腿周囲長および握力を測定し、栄養評価、予後予測因子CONUT値の評価を行った。また、術後は摂取状況や嚥下機能に応じた食事形態の調整および栄養補助食品の併用を行った。経管栄養の開始が困難な症例に対しては静脈栄養からの栄養投与など代替栄養を医師と相談し、個々の病態に応じた柔軟な栄養支援を実施した。これにより入院時から術後まで一貫した栄養評価および栄養支援が可能となり、多職種間で栄養状態や栄養補給内容を共有することで、患者ごとの状態に応じた栄養管理が可能となった。

4. 結語

食道癌手術患者を対象に多職種連携のもと術後の経過に応じた栄養管理体制を構築した。本取り組みにより栄養評価および介入の一貫性が向上し、食事調整や栄養補助食品の導入、経管栄養困難例への代替栄養提案など、個別化された栄養管理が可能となった。今後は管理栄養士の人員確保を行い、入院前からの栄養支援や術後の外来栄養指導を実施し、継続した栄養療法を行いたいと考える。一方で本検討は症例数が少なく、アウトカムについては今後の検討が必要である。

経歴

2015年3月 共立女子大学 家政学部管理栄養士専攻 卒業
2015年4月 埼玉医科大学病院 入職
2016年9月 埼玉医科大学総合医療センター 異動
2019年4月 埼玉医科大学国際医療センター 異動

現在に至る

Di-KA-1 GLIM 基準の評価方法と栄養管理計画への活用

寺田 師

上尾中央総合病院 栄養科

GLIM 基準は低栄養診断の標準化に有用である一方、その評価結果をどのように栄養管理計画へ反映するかが重要である。当院では2019年より重症患者を対象にGLIM基準の運用を開始し、その後、周術期患者や外来化学療法患者へと対象を拡大してきた。2024年からは医療法人グループ全体で全患者にGLIM基準を用いる方針となり、各病院で低栄養評価を実施している。

当院では栄養スクリーニングツールにMUSTを用い、高リスク患者に対して管理栄養士が身体計測や問診を行い、GLIM基準による低栄養評価を踏まえて早期に栄養アセスメント、栄養管理計画立案、栄養介入につなげている。

GLIM基準を栄養管理計画へ活用する際には、①低栄養に至った要因とその時期の把握、②低栄養状態が治療経過や機能予後に及ぼす影響の検討、③退院時の栄養課題と継続支援の検討、の3つの観点を重視している。これらを治療方針、機能障害の有無、患者・家族の意向などを踏まえて、栄養管理計画を立案している。

本講演では、当院におけるGLIM基準の評価方法と栄養管理計画への活用、ならびにこれまでに学術集会で報告したアウトカムをもとに、活用の実際を共有する。

経歴

学歴

2011年 3月	大阪府立大学（現大阪公立大学）総合リハビリテーション学部 総合リハビリテーション学科 栄養療法学専攻 卒業
2011年 4月	大阪市立大学大学院（現大阪公立大学大学院）生活科学研究科 食・健康コース 博士前期課程 入学
2013年 3月	大阪市立大学大学院（現大阪公立大学大学院）生活科学研究科 食・健康コース 博士前期課程 修了

職歴

2013年 4月	医療法人社団宏和会 岡村記念病院 入職
2018年 3月	医療法人社団宏和会 岡村記念病院 退職
2018年 4月	医療法人社団愛友会 上尾中央総合病院 栄養科 入職
2019年 4月	同上 主任に昇格
2023年 10月	同上 係長に昇格
	現在に至る

学会及び社会における活動

2019年 11月	若林秀隆（編）：「攻めの栄養療法」実践マニュアル，東京：中外医学社，2019：178-184. 分担執筆
2023年 9月	西條豪（編）：経腸栄養プランニング，ニュートリションケア，大阪：メディカ出版，2023：70-76. 分担執筆
2024年 9月	若林秀隆（編）：臨床推論ファーストブック，臨床栄養，東京：医歯薬出版株式会社，2024：533-538. 分担執筆
2024年 12月	西條豪（編）：栄養評価と栄養療法のキホン Q&A，ニュートリションケア，大阪：メディカ出版，2024：79-81. 分担執筆
2026年 2月	工藤雄洋，西條豪，宮島功（編）：救急・ICU 栄養療法ステップアップ，東京：三輪書店，2026：231-238. 分担執筆

有資格：栄養士、管理栄養士、NST 専門療法士

栄養治療専門療法士〔周術期・救急集中治療専門療法士〕

栄養経営士（認定番号 1010117040060）

所属学会：日本栄養士会
埼玉県栄養士会（医療事業部 運営委員）
日本栄養治療学会（学術評議委員、学術・研究委員会）
日本病態栄養学会
日本集中治療医学会
日本リハビリテーション栄養学会
日本栄養経営実践協会

Di-KA-2 PICU における専任管理栄養士の役割と栄養介入の実践嶋 光葉¹、松原 薫¹、木村 翔²¹ 東京女子医科大学附属八千代医療センター 栄養管理室、² 東京女子医科大学附属八千代医療センター 小児科

小児集中治療室（Pediatric Intensive Care Unit：PICU）に入室する重症小児では、病態や発達段階に応じた個別性の高い栄養管理が求められる。適切な栄養管理の実践には、管理栄養士を含む多職種の連携が重要であり、重症患者の栄養療法ガイドラインの発行や早期栄養介入管理加算の導入を背景に、早期栄養介入体制の整備が求められている。一方で、PICU において、管理栄養士が入室早期から継続介入する体制や、その運用実績に関する報告は限られる。

当院 PICU は 8 床を有し、2025 年 8 月より早期栄養介入管理加算の算定を開始した。早期経腸栄養プロトコルを作成し、入室早期から標準化した介入を行う体制を整備した。管理栄養士は、入室時に栄養スクリーニングおよび栄養アセスメントを実施し、エネルギー・たんぱく質必要量の設定、投与計画の立案を担っている。また、日々の多職種カンファレンスに参加し、全身状態や治療経過を踏まえた栄養管理方針の検討に加わっている。

早期栄養介入管理加算の算定開始後の実績は、2025 年 8 月から 2026 年 3 月までの PICU 入室患者 190 名のうち、管理栄養士介入例は 93 名であり、早期栄養介入管理加算の算定例は 82 名（88 %）であった。経腸栄養適応例 51 名における 48 時間以内の開始率は 100 % であった。さらに、7 日以上在室した症例における入室 7 日時点の目標栄養量に対する栄養充足率は、エネルギーが中央値 95（IQR82-109）%、たんぱく質が中央値 92（IQR67-116）% であった。

PICU において、専任管理栄養士が関与する早期介入体制により、経腸栄養の早期開始および高い充足率の達成が可能であった。本体制は実臨床において実装可能であり、重症小児の栄養管理の質向上に寄与する可能性が示唆され、今後の課題とともに報告する。

経歴

<学歴>

2016 年 日本女子大学 家政学部食物学科 管理栄養士専攻 卒業

<職歴>

2020 年 千葉大学医学部附属病院 臨床栄養部 入職

2025 年 東京女子医科大学附属八千代医療センター 栄養管理室 入職

<所属学会>

日本栄養治療学会、日本小児臨床アレルギー学会

<受賞歴>

第 36 回日本小児臨床アレルギー学会 最優秀演題賞

<資格>

NST 専門療法士、小児栄養分野管理栄養士、小児アレルギーエデュケーター

Di-KA-3 専従病棟における管理栄養士の介入について

大川 美穂

千葉大学医学部附属病院 臨床栄養部

【背景・目的】2022年度より特定機能病院入院基本料の加算として、きめ細やかな栄養管理の実現を目的に入院栄養管理体制加算が新設され、当院も同年11月より病棟専従管理栄養士の配置(以下専従配置)を開始した。加算取得に向けた課題抽出・解決、および効果的な運用を検討するために多職種からなるワーキングを立ち上げ、入院前から退院後につながる栄養管理体制、実際の管理栄養士業務内容と時間、多職種連携及びタスクシフト・シェア、配置病棟や収益、効果検証の方法について検討し、専従配置による効果を明らかにするため、病棟スタッフへのアンケート、後ろ向き観察研究による病棟配置前後の変化を調査した。

【方法】

1. アンケート調査：専従配置病棟に所属する医師・看護師を対象に、2023年5月16日～5月21日に専従配置による主観的な業務負担の変化やタスクシフト、患者への効果についてアンケートを実施した。
2. 後ろ向き観察研究：2022年9月1日～2023年1月31日に専従配置病棟に入院した患者を対象とし、専従配置前後の介入頻度(食事調整率)と栄養素量の充足率の変化、栄養状態の変化、適正でない食事提供の未然防止(栄養関連リスク回避)と適切な食事提供について調査した。

【結果】1. アンケート調査

専従配置により患者の栄養状態改善、管理栄養士への相談回数の増加、業務負担の減少につながったと病棟スタッフから回答が得られた。

2. 後ろ向き観察研究

専従配置後は専従配置前に比べ、食事調整率の上昇および食事調整回数の増加がみられた。一部の診療科で専従配置後の退院日エネルギー充足率が有意に高かった。また、入院2週間のアルブミンの低下を抑制し、mGPSを改善する可能性が示唆された。食事オーダーの入力においても、看護師の割合が減少し、管理栄養士の割合が有意な増加を示した。管理栄養士の栄養指導オーダー入力回数も専従配置後に増加した。食形態、病態に応じた特別治療食の栄養関連リスク回避は、専従配置後に増加傾向がみられ、病態に応じた特別治療食への変更の未対応割合も有意に低下した。

【結語】管理栄養士の専従配置によりタイムリーな栄養介入が可能となり、入院中のきめ細やかな食事介入・支援ができたことによる一定の効果は示すことができたと考ええる。

今後は、診療科や治療内容に応じた効果的な介入、管理栄養士のアセスメント力向上、多職種連携の強化、教育体制の整備、退院患者へ継続的なフォロー体制の構築が必要である。

経歴

[学歴・職歴]

2009年 3月 東京家政大学 家政学部栄養学科 卒業
2009年 4月 医療法人社団輝生会 船橋市立リハビリテーション病院 入職
2015年 6月 医療法人社団輝生会 船橋市立リハビリテーション病院 サブマネジャー
2020年 10月 千葉大学医学部附属病院 臨床栄養部 入職

[資格]

NST 専門療法士
病態栄養専門管理栄養士
がん病態栄養専門管理栄養士

Di-KA-4 訪問栄養食事指導の現状と課題
—地域で「命を支える栄養管理」をチームでつなぐために—

高崎 美幸

聖徳大学 人間栄養学部 人間栄養学科

【はじめに】超高齢社会の進展と地域包括ケアシステムの推進を背景に、在宅療養者への継続的な栄養管理の重要性は一層高まっている。訪問栄養食事指導は、低栄養・フレイル・サルコペニア・摂食嚥下機能低下など多面的課題に対応し、生活の場で療養継続を支える実践として期待される。しかし管理栄養士の関与率は依然として低く、地域格差や体制整備の遅れにより、十分に活用されているとはいえない。

【現状と実践】訪問栄養食事指導では、栄養評価にとどまらず、生活環境・介護力・本人家族の意向を踏まえた個別支援が不可欠である。演者はこれまで、在宅訪問栄養指導・NST 活動・介護予防事業・認定栄養ケア・ステーションの運営・在宅医療介護連携支援センターにおける専門職支援など、医療・介護・地域の多様な現場で実践を重ねてきた。訪問栄養食事指導とは単なる食事助言ではなく、多職種連携の中に管理栄養士の専門性を組み込む、在宅栄養療法の実装過程そのものと捉えている。

【課題】現状では管理栄養士の関与率は低く、多くの構造的課題を抱えている。具体的には、医師・ケアマネジャー等との連携や本人・家族の気づきにばらつきがあり介入機会が得られにくいこと、退院から在宅移行時に栄養管理が途切れやすいこと、GLIM 基準等の評価ツールや情報共有様式が標準化されていないこと、報酬上の制約や担い手不足により管理栄養士の専門性・介入効果が可視化されにくいことなどが挙げられる。

【展望】今後は急性期から在宅まで切れ目のない栄養管理体制の構築が求められる。そのために、多職種連携の強化、地域拠点を活用した紹介・相談体制の整備、アウトカムの可視化、ICT 活用による情報共有、次世代育成が重要な柱となる。本発表では、管理栄養士がチームの一員として「命を支える栄養管理」をどのようにつなぎ、地域医療に貢献できるかを検討する。

経歴

名古屋栄養短期大学卒業。管理栄養士、MBA（経営情報学修士）。医療機関、給食会社を経て在宅栄養管理に従事し、NST、透析患者の栄養管理、訪問栄養食事指導、地域連携支援など幅広く実践。鶴巻温泉病院栄養サポート室室長として訪問栄養や介護予防事業を推進。東葛クリニック病院では、栄養ケア・ステーション課長として在宅栄養体制の構築に関与。2026年4月より現職。専門は在宅・訪問栄養食事指導、低栄養・フレイル・サルコペニア予防、多職種連携・地域栄養ケア体制構築。

【主な資格】

栄養治療専門療法士（在宅専門療法士）、在宅栄養専門管理栄養士、認定管理栄養士（臨床分野）、NST 専門栄養士、リハビリテーション栄養指導士、サルコペニア・フレイル指導士

【所属・役職】

日本栄養治療学会（JSPEN）代議員・関越支部副支部長、日本在宅栄養管理学会理事、日本褥瘡学会評議員 ほか

**Ph-KA-1 栄養療法における薬剤師の役割
～チームの中で薬剤師に何ができるか～**

栗原 康治

印西総合病院 薬剤部

【はじめに】近年、栄養管理における薬剤師の役割は、単なる輸液調製から、病態に応じた処方設計やモニタリングへと拡大している。今回は、「栄養管理における薬剤師の活動指針 2024」に基づき、当院のNST活動における薬剤師の具体的な介入事例や病棟薬剤師が関与した症例について発表する。

【症例提示および介入内容】症例1では、褥瘡患者に対し、タンパク投与するもアミノ酸代謝障害と思われる肝機能障害を併発した。窒素バランス（NB）に基づいたアミノ酸投与を実施し肝機能障害を是正し褥瘡の治癒に寄与した。

症例2では、心不全を合併した低アルブミン血症患者に対し、腎機能と活動量を考慮したタンパク質・エネルギー投与量を設定。リハビリテーションと連動した段階的な栄養増量により、3ヶ月で筋肉量1.9kg増を実現した。

症例3では、末梢静脈栄養中のカテーテル関連血流感染に対し、無菌調製およびライン管理の徹底による再発防止策を講じた。

【考察・結論】薬剤師が栄養療法に介入する最大のメリットは、生化学的データに基づいたアセスメントと、医原性合併症の回避にある。特に、栄養剤の投与設計において窒素バランスや薬剤の評価をすることは、治療アウトカムの向上に直結する。

薬剤師が専門性を発揮し、他職種と情報共有を行うことは、安全かつ効果的な栄養療法の提供において不可欠であると考ええる。

経歴

2002年3月 東邦大学 薬学部 卒業

2004年3月 共立薬科大学大学院医療薬学講座 臨床薬学コース卒

卒業までの2年間は、成田赤十字病院 薬剤部にて1年半研修、3か月間アイオワ大学病院薬剤部への実務研修

2010年 NST 専門療法士取得

Ph-KA-2 嚥下障害時の内服薬選択

飯塚 倫子

野田総合病院 薬剤部

薬剤師として業務を行う中で、嚥下障害がある患者様をどのように判断しているでしょうか。誤嚥性肺炎による入院、持参薬が散剤や粉砕で処方されている、胃瘻や経鼻胃管が挿入されている、などでしょうか。嚥下障害があると判断した際の処方鑑査では、適した薬剤投与経路から適した剤形選択をします。内服薬の経口投与が可能であるかは言語聴覚士の評価があれば確認します。カルテから食事が提供され摂取可能であれば、内服薬も経口投与可能と以前は考えていました。そして食事指示は中止であるのに、内服薬継続という指示を NST 回診中に見かけては、内服薬が服用可能なのであれば食事も提供可能なのではないかと以前は考えていました。内服薬嚥下障害（錠剤嚥下障害）という概念が 2023 年に発表されました。食物は咀嚼によってペースト状の均一な食塊となったものを嚥下しますが、内服薬は固形物（薬）と液体（水）という物性の異なるものを同時に処理する必要があると気づかされました。つまり内服薬を経口投与と言うことは、食事を摂取するよりも難しいと気づきました。

内服薬の経口投与が不可能である場合は経管投与（胃瘻、経鼻胃管等）からの内服薬投与が選択されます。以前は当院でも水剤や散剤、粉砕調剤がメインでした。現在は簡易懸濁法により内服薬を経管投与しています。簡易懸濁法の普及により調剤時間の短縮、調剤過誤回避、採用医薬品の削減、医薬品や水剤瓶などのコスト削減に繋がっています。しかし薬剤師は処方鑑査時に簡易懸濁法が可能であるかは確認しますが、実際に患者様に内服薬が投与される現場には不在であることが多いです。正しい簡易懸濁法、簡易懸濁法で薬剤が投与される際の問題点などを把握出来ているでしょうか。

患者様に適した薬剤投与経路・剤形選択の必要性、そして経管投与チューブの種類やチューブ径の把握、ポリファーマシー対策など、嚥下障害時の内服薬選択にはまだまだ薬剤師が関われる部分があるのではないかと考えています。

経歴

2000 年 明治薬科大学薬学部薬剤学科卒業
医療法人社団主春会小張総合病院薬剤部
2007 年 栄養サポートチーム（NST）専門薬剤師・専門療法士 資格取得
2022 年 簡易懸濁法指導薬剤師 資格取得
2025 年 医療法人徳洲会野田総合病院薬剤部

**Ph-KA-3 当院における栄養管理の実際と薬剤師との協働
—薬剤師への期待と介入のポイント—**

御簾納 友佳、首藤 潔彦、志賀 英敏、飯塚 雄次、三栖 陽子、竹内 彩、
鯨岡 春生、最上 美女江、三田 真尋、佐藤 理絵、佐々木 奈緒美

帝京大学ちば総合医療センター

適切な栄養管理は疾患治療の基盤であり、個々の病態に応じた栄養管理を行っているが、病態の複雑化に伴い、管理栄養士単独の介入では限界が生じる場面も少なくない。管理栄養士は食事摂取量や身体状況の把握、栄養剤の選定などを担うが、臨床の現場では栄養上の問題だけではない相談も多く寄せられる。当院ではNSTサポートチームの薬剤師や病棟薬剤師と常日頃から協働しており、薬剤師の知見を必要とする場面も少なくない。今回は、薬剤師との連携によって課題解決に至った事例を紹介とともに、普段どのようなタイミングで薬剤師へコンサルテーションを行っているかを紹介する。

経歴

2013年3月 相模女子大学 栄養科学部 管理栄養学科卒業
2013年4月 富士産業株式会社
2018年9月 医療法人芙蓉会 五井病院 栄養科
2023年3月 帝京大学ちば総合医療センター 栄養部

所属学会

日本栄養治療学会
日本病態栄養学会
日本循環器学会

資格

NST 専門療法士
日本糖尿病療養指導士
心不全療養指導士

Nu-KA-1 がん専門病院の NST 活動で果たすべき看護の役割

金塚 浩子、前田 恵理、石橋 裕子、櫻井美夏子、大竹慶堯、
廣部 開、佐藤 幸子、高橋 直樹、有光 秀仁、鍋谷 圭宏

千葉県がんセンター NST

少子高齢化社会が進む中、男女ともに平均余命の延長、核家族化など家族の形が多様化している。医療においても、それらの社会背景を踏まえた介入が必須となっている。

同時に、特にがん診療では高度化する医療への対応や様々な生活背景への対応など包括的サポートが必要であり、チーム医療の活性化が重要となっている。栄養サポートにおいても多様な患者背景を考慮した対応や提案を行うために、職種それぞれが力を発揮し患者に質の高い医療を提供することが求められている。そのような中、看護師が行うべきこと、求められていることを改めて考えてみたい。看護師にとっての最大の強みは、24 時間患者のそばで関わるという事である。関わる場面は多岐に渡り、食事、清潔ケアなどの直接的な看護援助のみならず、治療前・中・後における身体的、精神的な変化の観察や身体計測や全身状態の観察を通して、栄養状態のモニタリング、生活習慣の把握、セルフケア指導など、様々な場面で介入を行う。得られる情報も様々であり、必要な情報をアセスメントしながら多職種と共有し、円滑な連携の促進につなげる事が重要である。NST 活動においても、チームと病棟をつなぐ役割を担う看護師の力が大きいと考える。当院では、NST リンクナースがその役割を担っている。今回、NST リンクナースが力を発揮し、病棟全体が栄養管理に対して関心が高まりレベルアップできた例を経験した。これにより、NST リンクナースとの協働や看護師の栄養教育の重要性を再認識できた。当院における協働の実例を紹介し、がん専門病院での NST 活動における看護の役割について考えてみたい。

経歴

2003 年 4 月	旭中央病院 入職
2009 年 4 月～	千葉県がんセンター 入職
2014 年	摂食・嚥下障害看護認定看護資格取得
2015 年 4 月～	千葉県がんセンター 看護局 主任看護師
2016 年 4 月～	千葉県がんセンター栄養サポートチーム (NST) に従事
2018 年	日本栄養治療学会 NST 専門療法士資格取得
2025 年	栄養治療専門療法士「がん専門療法士」資格取得

Nu-KA-2 数値を追うチームから人生を支えるチームへ
～多職種で実践する共有意思決定～

松本 裕美

摂食嚥下障害看護認定看護師 NST 専門療法士

当院は病床数 369 床（一般病床 307 床 精神病床 56 床 感染 6 床）の急性期病院で、地域の中核病院である。入院患者の約 60% 以上が 65 歳以上の高齢者であり、嚥下機能低下を認める方も多い。当院は NST 委員会の中に摂食嚥下サポートチームを置き、栄養障害患者に含まれる摂食嚥下障害患者への早期対応および支援が行える体制となっている。NST では「栄養状態の評価および改善」、摂食嚥下サポートチームでは「嚥下機能の評価」「安全な栄養摂取の方法検討」を行っている。どちらも栄養管理を行う上で大切なことであり、多職種が協働しチーム医療を提供している。しかし日々の看護を行う中で、これらの行為が患者に届き、効果は生まれているのだろうか。医療者が決めた正しいゴールと患者が望む幸せなゴールのずれを感じ、摂食嚥下障害認定看護師としてジレンマが生じている。

多職種が協働し、患者と医療者が共通のゴールを見つけ支援していく必要がある。ここで実践していきたいのが共有意思決定（SDM：Shared Decision Making）のプロセスを活かした患者中心の治療方針決定である。数値の先にある「患者が納得して、その人らしく生きること」の支援を栄養管理文化にも浸透できるとよい。看護師は患者の思いをデータに乗せてチームに伝えることができる役割であるため、支援方法を共有し実践につなげていきたい。

経歴

1997 年医療法人鉄蕉会 亀田看護専門学校（現亀田医療技術専門学校）卒業後、亀田総合病院入職。2003 年より千葉市立海浜病院および青葉病院勤務。急性期から慢性期まで幅広い臨床経験の中で、患者の「食べる喜び」を支えるケアの重要性を痛感し、2017 年に NST 専門療法士、2022 年に摂食嚥下障害看護認定看護師取得。現在は千葉市立青葉病院にて、NST および摂食嚥下サポートチームの中核として活動している。現場の看護師が抱える「食事支援への不安」や「低栄養への対応」に対してコンサルテーションを受け支援しているとともに、組織の課題である「誤嚥窒息に対するシステムの構築」に尽力している。

Nu-KA-3 栄養をあきらめない。—チーム医療を動かす看護の力

戸丸 悟志

とね訪問看護ステーション 看護部 主任

在宅では病院と違い管理された食事、補助食など用意できる環境は少ないことが現状である。生活環境により食事内容や栄養の偏りなど様々な問題があり、家族構成も子供たちが一緒なのか老夫婦だけなのか1人暮らしなのかでも変わってくる。私たち訪問看護は病院と違い栄養管理のスキルを持ったスタッフが殆どいない現状である。そして訪問時間や回数など限られた中で栄養管理も行うことは難しい。そのため医師だけでは無く、在宅ならではの介護の資源(デイサービス、ホームヘルパー、ケアマネージャーなど)と連携し管理していくことが必要である。栄養評価は病院と違い採血結果が必ずあるわけでは無い、ため、栄養改善より再入院しない、転ばずに動ける、日常生活に問題ない体力を付けることなど悪化しないという事が目標となる。訪問看護利用者の7割が栄養不良リスク群と言われる中、いかに病院や他職種との連携をすることで栄養不良を脱却できる環境作りが必要である。管理内容の1例として、今までの食事内容に簡単に追加でき、味も悪くなく、継続できる内容が求められる。ONSを使用できれば栄養量がすぐに分かるため推奨となるが、味やコスト面での問題がある。これらの問題を対処することが在宅での栄養管理である。

経歴

最終学歴

- 1996.4 前橋市医師会立前橋高等看護学院入学
- 1999.3 前橋市医師会立前橋高等看護学院卒業

職歴

- 1994.4 利根中央病院入職
- 2008.9 利根中央病院副主任
- 2010.5 NST 専従看護師
- 2020.10 とね訪問看護ステーションへ異動
- 2021.3 特定行為(慢性期セット)取得

所属学会・その他

- 2005.2 日本静脈経腸栄養学会(現日本臨床栄養代謝学会) 会員
- 2011.4 PEG・在宅栄養学会 会員
- 2013.11 日本臨床栄養代謝学会 代議員
- 2021.3 特定行為: 胃ろう交換、気管カニューレ交換、脱水時の輸液管理、褥瘡の壊死組織除去
- 2023.6 次世代看護教育研究所
エコーを用いた排泄ケア、嚥下ケア、褥瘡ケア取得
- 2024.7 次世代看護教育研究所
エコーを用いた排泄ケア指導者
- 2024.8 日本在宅看護学会 会員
- 2024.11 日本在宅医療連合学会 会員

**Nu-KA-4 栄養をあきらめない チーム医療を動かす看護の力
～患者中心の栄養ケアを実現するための工夫**

栗原 理佳

公立館林厚生病院

チーム医療において看護師は患者の一番近い位置にいます。そのためチーム医療でも患者に寄り添うことでチームの調整役を担うことも看護師の役割です。看護師は患者の身近な存在として患者を理解し、全身状態や精神状態を専門的な視点から観察し、コミュニケーションを通して信頼関係を築きながら、患者への理解を深めることを心がけていくようにします。また、患者それぞれのその人らしい生活の実現をサポートしていくことも必要とされます。

高齢者に対する日常ケアで、“低栄養”“食べられない”ことに多く直面します。高齢者の食欲不振は、身体的要因、疾患や薬の影響、精神的・環境的な要因が絡み合っていると言われていています。このような状態にいる患者に対し、突然食事の話をして身構えてしまいます。看護師の役割として、現状を把握することは大切です。症状を確認するような声かけだけでは、その人らしさは得られません。

既往症として慢性腎疾患を抱えている患者がいました。現疾患の治療終了後、腎不全食を提供していましたが、ほとんど口にするのではなく、肺炎を併発したため食事を中止し、TPNを行っていました。会話の中で現役時代の自分へのご褒美を訊ねたことから嗜好品を知り、食事摂取へと繋げた事例がありました。

経腸栄養においてもその人らしさを支援することはできます。下咽頭癌の手術、放射線化学療法を行ったのちに再発した60代の患者がいました。手術により経口摂取不可能となり胃瘻造設しましたが、ADLは自立しており、『また自宅に戻り、しておきたいことがたくさんある』という患者の思いがありました。患者本人と栄養プランを検討し自宅退院できました。

これらの事例を踏まえたお話をさせていただきます。

経歴

1993年 館林厚生病院 入職

2009年 NST 専門療法士取得

2020年 栄養治療専門療法士 がん栄養療法士取得

Re-KA-1 急性期病院における栄養管理とリハビリテーション診療

笠井 健司

亀田総合病院 リハビリテーション科

急性期治療の成否は栄養療法に大きく依存している。急性期リハビリテーションにおいても適切な栄養療法なくして身体機能や ADL の改善は望めない。急性期の低栄養が脳卒中や骨折患者の治療アウトカム不良と関連することが多くの研究で示唆されており、低栄養からの早期離脱が重要である。低栄養への対応で最初に行うべきことは、スクリーニングにより低栄養の患者を抽出することである。代表的なツールとして Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)、Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002)、Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) などがある。当院では入院時に全患者に対して MNA-SF を用いた栄養評価を実施している。低栄養の患者に対しては多職種で速やかに介入し、治療アウトカムの改善を図っている。十分な経口摂取が困難な患者には経管栄養や経静脈栄養を積極的に導入し、長期的に経口摂取が困難な場合には胃瘻造設も検討している。本講演では、急性期治療における栄養療法の重要性と当院での取り組みについて概説する。

経歴

2020 年 帝京大学医学部医学科卒業
2020 年 東京ベイ・浦安市川医療センター
2022 年 亀田総合病院

Re-KA-2 急性期病院におけるリハビリテーション治療と多職種連携

仲澤 綾希

社会福祉法人 太陽会 安房地域医療センター リハビリテーション室

急性期病院におけるリハビリテーション治療は、早期離床・早期機能回復を目的として重要な役割を担っている。しかしながら、急性期患者の多くは侵襲や炎症、安静などによる筋たんぱく異化の亢進に加え、低栄養状態を合併していることが少なくない。これらはサルコペニアやフレイルなど機能回復遅延の要因となり、リハビリテーション効果の発揮を妨げる一因となる。

近年、医師・看護師・管理栄養士・リハビリテーションスタッフ（PT・OT・ST）が連携しながら、栄養と身体機能の両面から患者を支える「リハビリ栄養」という概念が注目されている。急性期においては、適切な栄養評価（GLIM 基準等）に基づく迅速な介入と、リハビリテーション内容に応じたエネルギー・たんぱく質投与量の最適化が求められ、リハビリ栄養の実践にはそれぞれの専門性を統合した多職種連携が不可欠である。

特に、カンファレンスや情報共有ツールを活用したタイムリーな連携や、栄養介入のタイミングとリハビリ負荷のバランスをいかに判断するかは、介入の質を高める鍵となる。当院では毎週のNSTカンファレンスに加え、看護師・管理栄養士・薬剤師・リハビリテーションスタッフのそれぞれにNST委員が配置されており、医師が病棟において日常的に多職種との連携や情報共有が円滑に行いやすい環境が整備されている。

本講演では、急性期病院におけるリハビリテーション治療と多職種連携の重要性について、当院での取り組みも含めて概説する。

経歴

2015年 亀田メディカルセンター入職
2015年 亀田総合病院配属
2016年 亀田リハビリテーション病院配属 NSTに所属し活動開始
2024年 NST専門療法士取得
2025年 安房地域医療センター配属 NSTに所属

Re-KA-3 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理とリハビリテーション治療

紙本 貴之

国立病院機構東埼玉病院 リハビリテーション科

回復期リハビリテーション病棟では、脳卒中、骨折・脊髄損傷などの運動器疾患、術後や肺炎後の廃用症候群など、多様な疾患を契機として患者が入院する。なかでも脳卒中患者・高齢者では嚥下障害を合併する頻度が高く、食形態調整や経腸栄養など代替栄養を要する症例も少なくない。また、低栄養やサルコペニアは回復期の在院日数やFIM効率に影響することが知られており、入院時から適切な栄養評価と介入を行うことが機能回復の最大化に重要である。そのため、回復期のみならず急性期から一貫した栄養管理が求められている。本講演では、回復期リハビリテーション病棟における低栄養・サルコペニアの評価方法、嚥下障害患者に対する栄養介入、多職種連携による栄養管理の実践、およびリハビリテーション治療との相乗効果について、最新の知見を踏まえて概説する。

経歴

2017 年 三重大学医学部医学科卒業 / 伊勢赤十字病院初期研修医
2019 年 東京湾岸リハビリテーション病院リハビリテーション科
慶應義塾大学リハビリテーション医学教室 入局
2021 年 国立療養所多磨全生園リハビリテーション科
2025 年 国立病院機構東埼玉病院リハビリテーション科
慶應義塾大学博士（医学）取得
現在に至る

Re-KA-4 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション・栄養・口腔に対する一体的な取り組みの実践報告松永 玄^{1,2}¹ 東京湾岸リハビリテーション病院、² 東京湾岸リハビリテーションセンター

令和3年度介護報酬改定により、通所リハビリテーション（通所リハ）ではリハ・栄養・口腔の一体的な取り組みが重視され、栄養アセスメント加算やリハビリテーションマネジメント加算（ハ）の新設など、報酬体系への反映がなされた。これにより、通所リハにおける栄養介入の重要性は一層高まっていることがわかる。

一方で、当施設は3-4時間型で運動療法主体の介入を行っている。課題として食事提供サービスがないため、口腔・栄養への直接的な介入が困難であった。この課題に対し、口腔・栄養に関する介入の整備として、多職種連携の体制整備と評価ツールの充実を図るべく、理学療法士等が中継役となり、医師、管理栄養士、言語聴覚士との連携強化とともに、新たな栄養評価ツールを導入した。その評価ツールとして、栄養スクリーニング評価であるMNA-SF（Mini Nutritional Assessment Short-Form）、食欲を評価するCNAQ-J（Council on Nutrition Appetite Questionnaire into Japanese）を導入し、多角的な視点から栄養介入の充実を図った。さらに、CNAQ-Jは急性期や回復期において低栄養による身体機能低下を予測し、早期に介入することで重度化防止に繋がる可能性があると報告されている。しかし、在宅・生活期リハ領域における知見は散見する程度であったため、通所リハ利用者のCNAQ-Jについての検討を行った。

本パネルディスカッションでは、当施設における多職種連携での栄養介入の実践と食欲と身体・生活機能との関連性について検討した結果を報告し、今後の展望を述べる。

経歴

■ 学歴および職歴

- 2009年 医療法人社団保健会東京湾岸リハビリテーション病院に入職
理学療法士免許取得
- 2012年 東京湾岸リハビリテーションセンターに異動
通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションに従事
- 2017年 桜美林大学大学院老年学研究科老年学専攻卒業（老年学修士）
- 2022年 東京湾岸リハビリテーション病院在宅リハ科科长
現在に至る

■ 活動（現在活動中のみ）

- 一般社団法人全国デイ・ケア協会 調査委員会委員長
- 一般社団法人千葉県理学療法士会 学術誌編集委員会
- 一般社団法人千葉県理学療法士会 介護予防推進部

MS-KA-1 がん患者の栄養管理～がん治療の価値向上を目指して～

大村 健二

上尾中央総合病院外科・栄養サポートセンター

がんの治療成績は着実に向上している。がん治療が化学療法の進歩がその背景にあることに疑いの余地はない。また、それを支える支持療法ががん化学療法の安全かつ完全な遂行に寄与している。がん化学療法の有害事象のうち口腔粘膜炎と食欲不振は経口摂取量の減少から栄養状態を悪化させる。また、手術を受けるがん患者にとって術前・術後の双方において体重減少は不良な outcome をもたらす主要な因子である。そのため、周術期ではがん患者の体重を可及的に維持する方策が極めて重要である。消化器がんの術前化学療法（NAC）では、5-FU[®] やシスプラチン[®]、タキソテール[®] といった口腔粘膜炎を発生させるリスクを有する抗腫瘍薬が高頻度に使用される。また、頭頸部がんでは照射野に口腔が入ることが多く、その場合には口腔粘膜炎が必発である。当院では、多職種で形成されたワーキンググループががん治療の有害事象として発生する口腔粘膜炎対策を策定した。その中には、口腔粘膜炎の治療における有効性のエビデンスが集積されている半夏瀉心湯を組み込まれている。さらに、半夏瀉心湯の含嗽を開始する時期を明記するとともに、含嗽液を作成する手順の画像を撮影して掲載した。現在、このパンフレットは外来化学療法室、放射線治療室、耳鼻いんこう科・歯科口腔外科病棟、歯科口腔外科外来で配布している。

がん治療によって引き起こされる食欲不振は、体重の減少と身体機能の低下をもたらす深刻な有害事象である。嘔気が出現すると食欲低下はほぼ必発であり、その際は嘔気対策が中心となる。一方、嘔気を伴わない食欲低下は消化管手術後、とりわけ胃切除術後に発現頻度が高い。進行胃がんの治療切除術後にはしばしば術後補助化学療法が施行されるが、術後の大幅な体重減少は術後補助化学療法の完遂率の低下から予後の悪化をもたらす。我々は、六君子湯の投与で胃切除術後3か月から6か月にかけての体重減少を防止できることを示した。さらに、術前から術後にかけて六君子湯の投与を含めたシームレスな栄養管理・理学療法を施行したところ、胃切除術後6か月を経過した時点の体重減少を6.8%に留めることができた（n = 97）。消化管術後の嘔気を伴わない食欲不振は長期間遷延する。六君子湯は医療経済の観点からも長期間の投与に適した薬剤と言える。

経歴

生年月日：1955年5月5日 出生地：静岡市

1980年	金沢大学医学部卒業
1987年	金沢大学医学部第一外科助手
1992年	同講師
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1日	金沢大学附属病院内分泌・総合外科科長 臨床教授
2008年 10月1日	厚生連高岡病院 外科診療部長
2013年 4月1日	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 腫瘍内科診療顧問

専門：外科代謝栄養学、上部消化管外科、癌の化学療法

学会等：

日本栄養治療学会（旧日本静脈経腸栄養学会、JSPEN）

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

日本臨床外科学会 特別会員

第28回日本静脈経腸栄養学会（JSPEN 2013）会長

など

著書（編集のみ）

栄養療法 ミニマムエッセンシャル

南江堂

身につく水・電解質と酸塩基平衡

南江堂

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

がん患者の栄養管理

南山堂

がん患者の輸液・栄養療法

南山堂

栄養塾 症例で学ぶクリニカルパール

医学書院

高齢者の栄養 はじめの一步

羊土社

栄養管理でみるみる治る 褥瘡治療のコツ

南江堂

栄養管理をマスターする 代謝の理解はなぜ大事

文光堂

治療を支える疾患別リハビリテーション栄養

南江堂

新・栄養塾

医学書院

LS-KA-1 チーム医療で GLIM 基準を乗り越えよう

廣野 靖夫

福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター 診療教授

2018年にGLIM基準が発表され、日本栄養治療学会はGLIM基準の普及に努めてきたが、実践の場では一部の施設に利用は限られていた。しかし令和6年度の診療報酬改定で入院料通則の改定にGLIM基準が取り上げられ、回復期リハビリテーション病棟では栄養状態の評価にGLIM基準を用いることが要件となったためにGLIM基準を用いて低栄養診断を行う施設が急速に増えてきている。

実臨床の現場でGLIM基準を用いた低栄養診断を行うには、従来のスタイルとは変えて運用を行わないといけない場面もあると思われる。スクリーニングとアセスメントの区別、表現型基準と病因基準の理解、カットオフ値など、まだまだ悩ましい部分があるが、GLIMもこの点は理解しており、いくつかのガイダンスを出しているが一般にはわかりやすいとは言えない。世界中の専門家間でのコンセンサスであるために、医療環境が国ごとにより異なり、総合的な理解と判断が重要である。当院も試行錯誤の中で導入を試みてきた。実臨床の場での運用には、NSTスタッフや栄養部のレベルアップ、臨床栄養やGLIM基準をよく理解した臨床医を含めた多職種との連携が最も大切である。ICD-11にもGLIM基準に基づく低栄養が採用され、臨床栄養に興味のなかった医療者も知ることになるこの機会に、チーム医療と栄養治療を推し進めたい。

経歴

【経歴】

1990年 3月	金沢大学医学部卒業
1990年 5月	金沢大学第2外科入局 医員
1992年 4月—1996年 3月	金沢大学大学院卒業（医博甲1212号）
1996年 1月—1998年 3月	恵寿総合病院 外科医長
1998年 4月—2000年 3月	八尾総合病院 外科医長
2000年 4月—2003年 9月	福井医科大学第1外科（山口明夫教授）助手
2003年 10月—2007年 3月	福井大学医学部第1外科 助手（統合により）
2007年 4月—2015年 3月	福井大学医学部第1外科 助教
2015年 4月—2019年 3月	福井大学医学部第1外科 講師
2019年 4月—	福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター センター長及び栄養部長、腫瘍病態治療学講座 准教授 兼任
2021年 11月—	福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター 診療教授

【所属学会】

日本外科学会、日本消化器外科学会、日本胃癌学会、国際胃癌学会、日本食道学会、日本癌治療学会、日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、日本臨床外科学会、日本外科系連合学会、日本内視鏡外科学会、日本腹部救急医学会、日本臨床腫瘍学会、日本栄養治療学会（JSPEN）、日本緩和医療学会、日本外科代謝栄養学会、欧州臨床栄養代謝学会（ESPEN）、日本がんサポーターブケア学会、国際がんサポーターブケア学会、日本病態栄養学会、日本臨床栄養学会、日本カヘキシア・サルコペニア学会、日本PEG・在宅医療学会

【学会役職】

日本栄養治療学会 理事・代議員・学術評議員 中部支部副支部長
日本緩和医療学会 理事・代議員 東海北陸支部 副支部長
日本胃癌学会 代議員
日本臨床外科学会 評議員
日本外科系連合学会 評議員
日本消化器病学会 支部評議員
日本カヘキシア・サルコペニア学会 評議員

【学会資格】

日本外科学会（外科専門医，指導医）
日本消化器外科学会（専門医，指導医）
日本消化器内視鏡学会（専門医）
日本消化器病学会（専門医，指導医）
日本食道学会（食道科認定医）
日本栄養治療学会（認定医、指導医）
日本緩和医療学会（認定医）
がん治療認定機構 がん治療認定医
PEACE 指導者講習会 修了
E-FIELD（本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会）指導者講習会 修了
TNT 研修会修了 講師
欧州臨床栄養代謝学会（European Society of Clinical Nutrition and Metabolism）：Diploma and Teacher of the Life-Long Learning Programme on Clinical Nutrition and Metabolism

【その他役職】

福井県がん診療連携協議会 研修部会長
日本腹膜播種研究会 理事
日本栄養治療学会 GILM WG 委員長，学術集会実践支援委員会 委員長
日本緩和医療学会 支部運営委員（WPG 員），将来構想委員会 副委員長

【専門】

胃癌および食道癌の外科的治療，化学療法
臨床栄養（栄養サポートチーム チェアマン）
緩和医療（緩和ケアチーム チェアマン）

LS-KA-2 一から学ぶ腸内細菌叢と疾患

松岡 克善

東邦大学医療センター佐倉病院消化器内科

本講演では、腸内細菌叢の基礎から疾患との関連、さらに治療応用としての糞便微生物移植（FMT）までを概説する。腸内細菌は約 100 兆個、遺伝子数もヒトを大きく上回り、「新たな臓器」として捉えられる存在である。腸内細菌は、食物繊維の発酵による短鎖脂肪酸の産生、免疫調節、病原体防御、ビタミン合成など多様な機能を担い、ヒトと共生関係にある。一方で、そのバランスが崩れる dysbiosis は炎症性腸疾患（IBD）をはじめとするさまざまな疾患に関与する可能性が示されている。特に近年、食生活の欧米化や環境変化に伴い IBD 患者数は増加しており、腸内細菌の役割が注目されている。糞便微生物移植（FMT）はこの腸内環境を是正する治療として開発され、*Clostridioides difficile* 感染症で高い有効性が確立されているほか、潰瘍性大腸炎においても一定の有効性が示されている。腸内細菌叢の理解は、IBD を含む多くの疾患の病態解明と新規治療戦略の鍵となる。

経歴

1990 年 4 月	慶應義塾大学医学部入学
1996 年 3 月	慶應義塾大学医学部卒業
1996 年 5 月-1998 年 3 月	慶應義塾大学病院内科研修医
1998 年 4 月-1999 年 5 月	東京歯科大学市川総合病院内科
1999 年 6 月-2000 年 4 月	国立東埼玉病院内科
2000 年 4 月-2004 年 3 月	慶應義塾大学医学部大学院博士課程医学研究科（内科学専攻）
2004 年 4 月-2005 年 9 月	慶應義塾大学医学部消化器内科助教
2005 年 10 月-2006 年 6 月	Post-doctoral Associate, University of Pittsburgh School of Medicine, Department of Medicine, Division of Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (P.I. Scott E. Plevy, MD)
2006 年 7 月-2009 年 6 月	Post-doctoral Research Associate, University of North Carolina, Center for Digestive Diseases and Nutrition (P.I. Scott E. Plevy, MD)
2009 年 7 月-2014 年 3 月	慶應義塾大学医学部消化器内科助教
2014 年 4 月-2014 年 9 月	慶應義塾大学医学部消化器内科講師
2014 年 10 月-2017 年 3 月	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科消化管先端治療学講座・講師
2017 年 4 月-2018 年 3 月	同・准教授
2018 年 4 月-現在	現職

学 位

2005 年 医学博士・慶應義塾大学

資 格

1996 年	医師免許（医籍登録番号 382959）
2000 年	日本内科学会認定内科医（016504）
2005 年	日本内科学会総合内科専門医（008693）
2005 年	日本消化器病学会専門医（28355）
2005 年	日本消化器内視鏡学会専門医（20050433）
2013 年	日本医師会認定産業医（1300175）
2017 年	日本臨床疫学会臨床疫学認定専門家
2019 年	日本消化器病学会指導医（5913）
2019 年	日本消化器内視鏡学会指導医

賞 罰

2006-2009 年 Research Fellowship Award, Crohn's and Colitis Foundation of America
2017 年 Top 10 Digital Oral Presentations at the 13th Congress of ECCO
2020 年 45 Best Abstract Awards at the 8th Annual Meeting of AOCC
2021 年 東邦大学令和 2 年度ベスト・ティーチャー賞 (医学部 3 年生)
2021 年 Distinguished Investigator Awards at the 9th Annual Meeting of AOCC
2021 年 第 12 回日本炎症性腸疾患学会学術集会・優秀演題賞
2023 年 第 36 回日本消化器病学会奨励賞
2023 年 Best Poster Presentation Award at the 11th Annual Meeting of AOCC
2023 年 第 31 回日本消化器関連学会週間ポスター優秀演題賞

所属学会

日本内科学会
日本消化器病学会
日本消化器内視鏡学会
日本炎症性腸疾患学会
日本消化管学会
日本消化器免疫学会
日本臨床免疫学会
日本臨床疫学会
日本小腸学会
日本大腸肛門病学会
日本臨床栄養代謝学会
日本大腸検査学会
Asian Organization for Crohn's and Colitis
European Crohn's and Colitis Organisation
American Gastroenterological Association
International Organization for the study of Inflammatory Bowel Disease

学会役職

日本内科学会 評議員
日本消化器病学会
学会評議員 (2020/1/1-)
アジアとの国際協力推進委員会委員 (2019/6/1-2023/5/31)
機関誌編集委員会 JG 委員 (2021/6/1-)
専門医試験実施判定委員会 (下部消化管) (2023/6/1-)
関東支部評議員 (2016/1/1-)
日本消化器内視鏡学会
学術評議員 (2023/4/12-)
関東支部 評議員
日本炎症性腸疾患学会 臨床疫学委員会委員長
日本消化器免疫学会 国際交流委員会委員
日本臨床栄養代謝学会 代議員
第 368 回日本消化器病学会関東支部例会会長
Asian Organization for Crohn's and Colitis, President (2024.6-2025.6)

AS-KA-1 微量元素の吸収と生理活性 ―亜鉛補給の新展開―

大村 健二

上尾中央総合病院外科・栄養サポートセンター

亜鉛は9種の必須微量元素の一つで、体内の含有量は鉄に次いで多い。ナトリウムやカリウム、クロールなどの多量元素は体液中にイオンの状態で存在し、ナトリウムやカリウムなどは浸透圧の調節や静止膜電位の形成に関与する。これらの過剰や欠乏は短時間で生じる可能性があり、主に細胞・神経の興奮性の異常をもたらす。一方、微量元素はたんぱく質に組み込まれている部分が多く、各々が固有の生理活性を有する。欠乏症の発生には時間を要し、欠乏症状はそれぞれ特異的である。

イオン状態の亜鉛は特異的な亜鉛輸送体である ZIP ファミリーによって吸収上皮内に取り込まれる。細胞質内の亜鉛濃度が上昇するとメタロチオネイン (MT) が誘導され、亜鉛イオンや銅イオンと結合してこれらの濃度を低下させる。MT は銅との親和性がより高く、吸収上皮内に留まった銅はやがてその脱落に伴って体外に排泄される。

亜鉛は、タンパク質の高次構造を維持するための構造中心となる。また、真核生物の遺伝子のおよそ9%、原核生物の遺伝子の約5%は亜鉛に結合して機能するタンパク質をコードしている。ヒトの genome はおよそ 3,000 の亜鉛タンパクをコードしており、亜鉛は 300 を超える酵素、酸化還元酵素群や転移酵素群、加水分解酵素群などの活性中心である。そのため、亜鉛欠乏症の症状は極めて多彩で、不定愁訴として見逃されている可能性もある。高齢やキレート作用を有する薬剤の長期服用、慢性腎臓病、糖尿病などは亜鉛欠乏をきたすリスクである。過不足のない血清亜鉛値の測定で亜鉛欠乏症の発症を予防する必要がある。また、当院において褥瘡症例の褥瘡対策チーム介入時の血清亜鉛値を測定したところ、31 例中半数を超える 17 例で血清亜鉛値が $60 \mu\text{g/dL}$ 未満であった。この結果をもって、当院の褥瘡委員会は褥瘡症例全例に血清亜鉛値の測定を施行し、 $60 \mu\text{g/dL}$ 未満の症例には低亜鉛血症治療剤（現在はジンタス®）を投与することを決定した。

ジンタスはヒスチジン亜鉛水和物製剤である。ヒスチジンと結合した亜鉛は、前述した ZIP による経路ではなく他のアミノ酸と同様に小腸吸収上皮の頂端膜に存在するナトリウム依存性能動輸送体によって取り込まれる。腸管内では亜鉛とヒスチジンの結合は極めて強固であるため、亜鉛イオンが引き起こす嘔気の出現頻度は低い。当院ではこれまでに 200 例を超える症例にジンタスが処方されたが、嘔気の出現による処方中止は報告されていない。

経歴

生年月日：1955 年 5 月 5 日 出生地：静岡市

1980 年	金沢大学医学部卒業
1987 年	金沢大学医学部第一外科助手
1992 年	同講師
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 1 日	金沢大学附属病院内分泌・総合外科科長 臨床教授
2008 年 10 月 1 日	厚生連高岡病院 外科診療部長
2013 年 4 月 1 日	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 腫瘍内科診療顧問

専 門：外科代謝栄養学、上部消化管外科、癌の化学療法

学会等：

日本栄養治療学会（旧日本静脈経腸栄養学会、JSPEN）

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

日本臨床外科学会 特別会員

第 28 回日本静脈経腸栄養学会（JSPEN 2013）会長

など

著書（編集のみ）

栄養療法 ミニマムエッセンシャル

南江堂

身につく水・電解質と酸塩基平衡

南江堂

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

がん患者の栄養管理

南山堂

がん患者の輸液・栄養療法

南山堂

栄養塾 症例で学ぶクリニカルパール

医学書院

高齢者の栄養 はじめの一步

羊土社

栄養管理でみるみる治る 褥瘡治療のコツ

南江堂

栄養管理をマスターする 代謝の理解はなぜ大事

文光堂

治療を支える疾患別リハビリテーション栄養

南江堂

新・栄養塾

医学書院

一般演題

抄録

栄養管理 1

O-KA-1-1 解離性胸部大動脈瘤に対しステントグラフト内挿術後、ステロイドを使用し食欲が改善した一例

古川 清香、相川 光広、畠山 愛美、鈴木 友紀子、堀川 真弓、関 陽子、坂巻 裕子、佐々木 良枝、太田 康子

千葉県総合救急災害医療センター

【症例】60代女性。身長162cm、入院時体重62kg。解離性胸部大動脈瘤に対しステントグラフト内挿術目的で入院した。ピアスによるアレルギー歴あり。【経過】術後から嘔気あり食事開始できずに中心静脈栄養(TPN)が開始となった。無尿を認め透析を開始した。術後4日目から食事を開始したが、摂取量は少なかった。術後5日目から倦怠感が出現した。術後12日目中心静脈カテーテル抜去に伴いTPNが終了し全面経口へ移行したが、摂取量は少なかった。味覚障害の訴えがあったが、血清亜鉛値は正常だった。薬剤変更したが食欲改善なく、透析離脱後も倦怠感は持続し食欲は上がらなかった。食事調整や病院食以外の持ち込みも許可したが摂取量の増加はなかった。術後58日目ステントグラフトによる金属アレルギーが疑われ、プレドニゾロンの内服を開始したところ、食欲が改善し日常生活動作も拡大した。【考察・結論】本症例では最終的に金属アレルギーの関与は不明のままであったが、ステロイド投与が食欲改善に寄与したと考えた。ステロイドは様々な疾患に幅広く使用される薬剤である一方、癌の緩和ケア領域においては食欲亢進作用を期待して使用されている。ステロイドの使用により、食欲不振の原因が同定されないまま食欲が改善する症例があるということに留意しながら栄養管理を行っていくべきである。

栄養管理 1

O-KA-1-2 NSTによる多職種介入が有用であった薬剤性下痢の一例

穴戸 友理、田村 健、高橋 裕美、鳥之海 陽子、佐藤 舞香、高橋 和沙、江森 和美、河野 聡美、高石 聡

千葉メディカルセンター

【背景】メトホルミンは糖尿病治療において頻用されるが、下痢などの消化管症状をきたすことがある。経管栄養施行中の患者では、下痢は栄養投与量の減少や体重減少につながる可能性が高い。今回、下痢症状が持続していた経管栄養管理中の症例に対し、NST介入により薬剤性下痢を疑い治療方針変更に至った症例を経験したため報告する。【症例】69歳男性。左被殻出血で入院中の糖尿病を有する患者。経管栄養管理下で血糖管理目的にメトホルミンが開始された。その後下痢が持続し、栄養投与量の減少と体重減少を認めた。患者は神経学的要因により自覚症状の訴えが乏しく、原因は特定されないまま経過観察となっていた。【NST介入】NST介入時、看護師による症状評価および薬剤師による副作用評価から薬剤性下痢が疑われた。内分泌代謝専門医の関与のもと多職種で協議しメトホルミン中止と代替薬へ変更した。【結果】下痢は速やかに改善し、栄養投与量および体重は回復傾向を示した。また、専門医の関与により治療変更後の血糖管理も円滑に行われた。【考察】症状の訴えが困難な患者では下痢という頻度の高い症状が栄養管理上の問題として十分に介入されないまま栄養不良が進行する可能性がある。本症例はNST介入が原因整理と治療方針決定に寄与した一例である。特に、専門医を含む多職種体制が迅速な治療方針決定に寄与した点が示唆された。

栄養管理 1

O-KA-1-3 微量元素含有飲料等の使用により創傷治癒促進につながった一症例

黒沢 望未¹、武井 牧子¹、前川 哲雄¹、直井 美萌²、山本 千尋²、橋本 裕子³、
八木原 一博⁴、小倉 俊郎⁵、福田 俊⁵

¹ 埼玉県立がんセンター栄養部、² 埼玉県立がんセンター薬剤部、³ 埼玉県立がんセンター看護部、

⁴ 埼玉県立がんセンター歯科口腔外科、⁵ 埼玉県立がんセンター消化器外科

【症例】70歳男性。3/23血尿を主訴に前医受診。5/2当院紹介受診。精査の結果、陰茎癌（cT2N2M0）stageⅢbと診断される。手術目的にて7/17入院。入院時身長164.8cm、体重65.4kg（BMI24.1kg/m²）、浮腫なし。ADL:A1。経口摂取良好。既往：高血圧症、脂質異常症、心不全。7/25:0POD陰茎部分切除術両側鼠経リンパ節郭清術施行。右鼠径部皮膚合併切除。皮弁閉創。両側鼠径部ドレーン留置。10POD左鼠経創部離開、11POD右創部より浸出液あり保存的治療継続するもドレーン排液量（以下、排液）減少せず経過、21POD低ALB血症を呈し下肢浮腫出現。NST依頼となった。【NST介入時】体重65.1kg、ALB2.9g/dl、CRP0.46mg/dl、eGFR54.3ml/min、Hb12.4g/dl。経口：常食完食、栄養補給量E:1978kcal/日（30.2kcal/kg）、P:70.0g/日（1.1g/kg）、F:44.8g/日、Zn8.3mg/日。一挙千葉@2P/日（Zn22mg）、アバンド@1P/日（HMB1.2g）の追加を提案し即日開始。排液（ml/日）推移:20POD:529,22:290,23:75,29POD以降10未満、33PODドレーン抜去、35POD退院NST終了となる。【考察】経口摂取良好、三大栄養素は充足していたが、排液量は減少せず長期間改善の見込みがなかった。未確認ではあるが、術前からの炎症継続に加え、手術による需要増大、ドレーンからの排液による喪失から亜鉛欠乏を疑い追加補充を行った。追加補充直後から排液が半減し、約10日間でドレーン抜去到至った。外科的侵襲など炎症が発生する状況下では亜鉛等の微量元素が欠乏しやすく、創傷治癒が遅延する場合がある。

栄養管理 1

O-KA-1-4 胃ろうによる栄養補給は褥瘡患者に対する栄養管理に最適である

水原 章浩¹、柳 茉莉²、野須 久美子²、原 梨奈²

¹ 東鷲宮病院 循環器・血管外科、² 東鷲宮病院 栄養科

【目的】褥瘡患者の多くは低栄養状態に陥っている。そこで当院では経口摂取不良の褥瘡患者にはPEG造設による栄養管理を積極的に行っている。今回その実績を報告する。【方法】対象:2005年以降、褥瘡治療目的で入院した患者のうち、経口摂取不良と判断しPEGを施行した症例。調査項目:褥瘡部位、深度、褥瘡の治癒状況、経口摂取の状況を含む総合的な転帰。【結果】症例:196例（男性71例、女性125例）。部位:仙骨部131例。大転子部22例、下腿6例、踵部11例、足部9例、その他17例。DESIGN-R:d2 24例、D3 109例、D4 60例、D5 3例。PEG造設:ダイレクト法で20Fr胃ろうチューブを挿入。栄養剤の種類、カロリー量等は患者個々の疾患、状態に合わせて管理栄養士が判断し、800～1600カロリー程度が注入された。一方、ST介入し嚥下訓練を行った。転帰:治癒退院78例。治癒傾向で施設等に転院73例。死亡45例（肺炎、老衰等による）。その後の経口摂取:経口が進みPEGを使用しなくなった症例10例。経口摂取併用18例。【考察】深い褥瘡は治癒するまで長期間かかり、この間栄養管理を中断なく続ける必要がある。したがって経口摂取不良の褥瘡患者に対する栄養ルートはPEGが最良である。褥瘡治療に対するPEGによる栄養管理は褥瘡の治癒のみならず、全身状態の改善、嚥下機能の向上にも有用である。

栄養管理 1

O-KA-1-5 下腿浮腫を有する婦人科がん患者における GLIM 基準を用いた低栄養診断の実際とその特徴

水鳥 祐子¹、日高 里砂¹、北久保 佳織¹、天神林 友梨²、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 医学医療系 産科婦人科、

³ 筑波大学 医学医療系 小児外科

【目的】下腿浮腫を有する婦人科がん患者における GLIM 基準を用いた低栄養診断の実際とその特徴について報告する。【方法】2025 年 4 月 1 日～12 月 31 日に当院婦人科に入院した患者のうち、入院時に GLIM 基準による低栄養診断を実施した 18 歳以上の下腿浮腫を有する婦人科がん患者を対象とした。なお栄養スクリーニングは MUST を用い、筋肉量減少は下腿周囲長で評価した。下腿浮腫の有無は入院時カルテに記載された身体所見を基に判定した。【結果】期間中に GLIM 基準による低栄養診断を実施した症例は 221 例であり、そのうち下腿浮腫を有する婦人科がん患者は 38 例であった。低栄養診断の結果、低栄養非該当 21 名 (55.3%)、中等度低栄養 10 名 (26.3%)、重度低栄養 7 名 (18.4%) であり、非該当が最も多かった。表現型基準は、意図しない体重減少は 25 名 (65.8%) が該当無しであり、BMI 及び下腿周囲長はいずれも 34 名 (89.5%) が該当無しであった。一方、低栄養非該当 21 名において、病因基準では 1 週間以上必要栄養量の 50% 以下が 15 名 (71.4%)、2 週間以上食事摂取不足が 17 名 (81.0%)、消化吸収能低下が 16 名 (76.2%) に認められ、19 名 (90.5%) に対して管理栄養士による栄養介入が行われていた。【結論】下腿浮腫を有する婦人科がん患者では、GLIM 基準による低栄養診断で非該当が最も多かった。浮腫に伴う体重増加や下腿周囲長の影響により表現型基準が低栄養を十分に反映せず、病因基準との乖離が生じた可能性が示唆された。

栄養管理 1

O-KA-1-6 精神科病院入院患者における GLIM 基準を用いた栄養管理の検討

阿部 宏美、川崎 有紗

下総精神医療センター

【目的】当院では 2024 年 6 月までは入院時に主治医が必要と判断した患者のみ栄養管理計画書を作成し入院中の栄養管理を継続していた。NST は存在しない。2024 年度の診療報酬改定に伴い同年 7 月より全患者に対して GLIM 基準による栄養評価を開始した。今後の栄養管理体制構築の為、課題について整理した。【方法】2024 年 7 月～2025 年 12 月までの入院患者と 2024 年 6 月以前から入院している患者で栄養管理未実施者を対象とした。GLIM 基準の栄養評価方法は、看護師が MST を用い入院時栄養スクリーニングを行い、2 点以上を栄養リスクありと判定し、管理栄養士が低栄養診断を実施した。筋肉量の判定には下腿周囲長を用いた。MST で栄養リスクなしの判定の者には、2025 年 6 月と 12 月に再スクリーニングを実施した。以上の結果を後方視的にまとめた。【結果】入院時低栄養スクリーニング対象者は 783 名、MST スコア 0 点 66.8%、1 点 6.0%、2 点 16.2%、3 点 8.7%、4 点 0.6%、5 点 0.3%、未実施 1.4% であった。2 点以上の 213 名のうち 92 名が重度・中等度低栄養で平均下腿周囲長は 29.32cm であった。再スクリーニングでは 264 名中 7 名 (2.7%) が中等度低栄養で食種はきざみ食・ミキサー食・経管栄養であった。対応した 99 名の低栄養患者の内 18 名に体重減少がみられ、81 名は軽快となった。【結論】低栄養判定者は入院患者の 1 割程度であった。体重減少、嚥下機能低下した患者について院内で状況を共有し対応を検討したい。

栄養管理 1

O-KA-1-7 薬剤師レジデントに対する栄養療法講義および病院食試食のアンケート調査

樋口 夏美、新井 健一、山本 晃平

千葉大学医学部附属病院

【目的】千葉大学病院では2015年より薬剤師レジデント等を対象に管理栄養士による栄養療法講義及び病院食の試食を実施している。本取り組みの教育効果および講義内容の妥当性を評価するため、参加者に対しアンケート調査を行ったので報告する。【方法】2019～2025年の講義終了後にGoogleフォームにて無記名アンケートを実施した。設問内容は経験年数、講義前後の栄養への関心の程度、病院食の印象等とした。試食は普通菜食および各種病態に応じた病院食とした。【結果】回収率は90%（35/39名）で、経験年数は1年目66%、2年目17%、3年目以上の職員17%だった。栄養療法講義では全回答者において講義後に栄養療法への関心が向上した。一方で、経腸栄養剤、病態別栄養管理、NST、栄養評価等の講義内容の充実を希望する意見が多かった。試食については満足度が高かった。病院食の印象に関しては、試食前は「味が薄く不味い」という否定的回答が多かったが、試食後は「美味しく病態に合わせて種類が豊富」等の肯定的回答が多数を占めた。【結論】講義後に全回答者において栄養療法への関心が向上したことから、本講義は栄養療法への理解促進に有効であったと考えられる。一方で、講義内容に関しては経腸栄養剤や病態別栄養管理等への関心が高いことから、今後はそれらの時間配分を考慮した講義内容とし、さらなる充実を図る必要がある。

栄養管理 1

O-KA-1-8 極度の偏食を背景として壊血病を発症した小児に対する介入の一例

嶋 光葉¹、松原 薫¹、坂田 裕香²、山出 晶子²

¹ 東京女子医科大学附属八千代医療センター 栄養管理室、

² 東京女子医科大学附属八千代医療センター 小児科

【背景と目的】偏食による栄養素欠乏は小児の成長や身体機能に影響を及ぼすことが報告されている。今回、極度の偏食によって成長障害および壊血病を来した小児に対し、継続的な栄養支援を行った経過を報告する。【症例】3歳男児、立位・歩行困難の精査目的に入院した。入院時の血液検査で血清ビタミンC $\leq 0.2 \mu\text{g/mL}$ と低値であり、身体所見を含め壊血病と診断された。他にも複数の微量栄養素欠乏を伴っており、身長86.5cm (-2.4SD)、体重9.4kg (-2.8SD) と成長障害も認めた。食事歴の聴取により、離乳食の摂取が進まず2歳半頃まで主に母乳を摂取、卒乳後は特定の飲料および食品に限定された食生活となっており、極度の偏食であることが判明した。口腔過敏が強く食事摂取が困難であったため、受容可能な栄養摂取方法の確立を目的に経口栄養剤を導入した。ビタミン剤の内服も併用し、治療開始後1か月で歩行可能となった。退院後も栄養指導を継続し、治療開始後3か月時点で血清ビタミンCは13.9 $\mu\text{g/mL}$ まで改善した。体重は13.1kg (-1.0SD) と増加が得られ、活動性の向上も認めた。現在も経口栄養剤の摂取を継続しており、経口摂取範囲の拡大および成長の獲得を目的に支援を行っている。【結論】極度の偏食を抱える患児に対する継続的な栄養支援が、主病の改善のみならず成長および身体機能の回復に繋がった症例を経験した。偏食に伴う栄養障害の管理には、摂食特性に応じた補充方法の提案を含む包括的な栄養支援が重要である。

栄養管理 2

O-KA-2-1 肥満重症心不全患者の長期 ICU 後サルコペニアに継続栄養介入で筋量が改善した一例

高橋 菜津美¹、寺田 師¹、渡邊 真紀¹、長岡 亜由美¹、神部 芙美子²

¹ 上尾中央総合病院 栄養科、² 上尾中央総合病院 麻酔科

[目的] 肥満心不全患者は心負荷を軽減するために減量が有効である。一方で心不全患者では BMI が高いほど死亡率が低いとの報告がある。今回長期 ICU 後サルコペニアを合併した心不全患者に対して継続的に栄養介入を行い、骨格筋量が改善した一例を経験したので報告する。[症例] 50 代男性、身長 180cm、体重 106.2kg、BMI 32.7。両下肢浮腫を自覚し受診した。心臓超音波で EF5%、左室内血栓を認めた。血液検査では NT-ProBNP 19848Pg/mL。レントゲンでは肺うっ血、心拡大、広範囲のすりガラス陰影を認めた。ICU 入室し第 2 病日に食事開始、第 9 病日に車椅子移乗、第 14 病日に歩行開始した。第 17 病日に一般病棟へ転棟したが、翌日に器質性肺炎増悪で呼吸状態が悪化し ICU 再入室し挿管、第 25 病日に抜管し食事再開した。ステロイド治療で呼吸状態は改善し第 46 病日に一般病棟へ転棟した。体重は 75.7kg、第 48 病日に体組成測定を行い SMI 7.1、体脂肪率 30.9%。骨格筋量低下を認め 2280kcal たんぱく質 95g（ロイシン 7.9g）へ栄養増量した。第 59 病日にリハビリ 500m 歩行まで進み、第 65 病日に自宅退院した。退院時体組成は体重 74.5kg、SMI 7.0、体脂肪率 32.1%。退院 25 日後に栄養指導と体組成測定実施。体重 76.6kg、SMI 7.3、体脂肪率 28.0% と骨格筋量が改善した。[結語] 重症心不全患者の回復過程で栄養介入を継続し、エネルギー・たんぱく質強化をした。退院後は栄養・運動療法で骨格筋量が改善した。

栄養管理 2

O-KA-2-2 重度栄養障害患者に併発した肝機能障害と汎血球減少に対する NST の介入

齊藤 真歩¹、大村 和也²、田中 達也³、松井 優香⁴、島田 刀摩⁵、川村 春香¹、
君島 亜依¹、阿部 真人⁶、坪井 匠⁶、鈴木 凌郁⁶

¹ 国際医療福祉大学成田病院 看護部、² 国際医療福祉大学成田病院 麻酔・集中治療科、

³ 国際医療福祉大学成田病院 脳神経外科、⁴ 国際医療福祉大学成田病院 栄養科、

⁵ 国際医療福祉大学成田病院 薬剤部、⁶ 国際医療福祉大学成田病院 リハビリテーション科

【背景】 重度栄養障害は、肝機能障害や Refeeding 症候群による心不全、呼吸障害など重篤な合併症のリスクとなる。そのため慎重な栄養療法が重要であるが、その管理は容易ではない。今回、肝機能障害・汎血球減少・電解質異常を伴う患者への介入について報告する。【症例提示】 70 歳代男性、入院 2 ヶ月前よりうつ病のため近医に任意入院となっていた。食事量の低下や肺炎、肝障害を合併し転院となった。体重 28.5 kg、BMI 11.1 kg/m²、血清 ALB 2.8 mg/dL と低栄養が示唆された。少量の経管栄養剤と PPN で管理が開始されていたが、検査値の悪化を認め入院 20 日目に NST 依頼となった。【介入】 主要なプロブレムは、①肝機能障害、②汎血球減少、③電解質異常が挙げられた。① AST / ALT とともに 4 桁への上昇を認めた。急激な栄養投与に起因するものも疑われたが、低栄養によるものと考え漸増し管理することで改善に転じた。② 3 系統すべてにおいて血球減少を認めた。銅欠乏を疑い検査を実施したところセルロプラスミン、Cu-S 共に低値を示した。銅含有の多い経口補水液を投与することで改善を認めた。③ 介入時には、P、Mg、K 共に低値を示し、Refeeding 症候群の合併が懸念された。十分量の VitB₁ 投与、電解質のモニタリング、補充で合併症を起こすことなく経過した。【結論】 重度栄養障害の患者に対し、NST による専門的な評価を行い介入することで合併症を起こさず管理できた。

栄養管理 2

O-KA-2-3 PTEG により在宅復帰に至った一例 —多職種アンケートを踏まえた考察—

上島 沙織¹、合志 聡²、荒川 泰明³、小出 則彦⁴

¹新潟厚生連 上越総合病院 栄養科、²新潟厚生連 上越総合病院 消化器内科、

³新潟厚生連 上越総合病院 脳神経外科、⁴新潟厚生連 上越総合病院 消化器外科

【目的】経皮経食道胃管挿入術（PTEG）は、経皮内視鏡的胃瘻造設（PEG）が困難な症例における栄養投与手段であるが、医療機関や介護施設では受け入れに消極的な場合がある。本症例の経過を通じて PTEG の臨床的意義を整理し、多職種アンケート結果を踏まえて受け入れ促進の課題を検討する。【症例】74 歳男性。元来 ADL 自立で妻と二人暮らし。胃癌に対し幽門側胃切除後 Roux-en-Y 再建の既往あり。X 年 3 月頃より嚥下困難感を自覚し、8 月以降経口摂取量が低下、約 5kg 体重減少を認めた。肺炎で入院後、心肺停止を認めたが自己心拍は再開。経鼻胃管による経管栄養を開始。慢性炎症性脱髄性多発根神経炎と診断され免疫グロブリン療法を施行。PEG 困難と判断され第 84 病日に PTEG を造設し、第 122 病日に自宅退院となった。【結果】第 10 病日以降、経管栄養を安定して実施できた。トランスサイレチン（mg/dL）は入院時 4.9 から退院時 15.9 へ改善。ADL は寝たきりから歩行器歩行が可能となり、痰吸引及び栄養注入を自己管理できるまで改善。少量の経口摂取が可能となり、患者の主観的満足度の向上を認めた。PTEG は PEG 困難例において有効な栄養療法であると考えられた。【結論】本症例は PTEG を用いた栄養管理により自宅退院が可能であった。多職種アンケートでは、PTEG に関する知識や経験、情報共有の有無が受け入れ判断に影響しており、手技自体よりも情報共有不足が受け入れの障壁となる可能性が示唆された。

栄養管理 2

O-KA-2-4 心不全による浮腫・呼吸困難を呈した高齢脳梗塞患者への栄養 管理を振り返る—NST 看護師の視点から—

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、
太田 有香⁴、大野 維吹⁵、中山 由希子³、豊田 佑佳³

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 救急・集中治療科、

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】慢性心不全患者に対する緩和ケアにおいて、看護師は苦痛の除去や患者の思いの優先が求められる。今回、脳梗塞後に心不全を合併し、胸水貯留による呼吸困難や全身浮腫を呈した症例を経験した。血圧低下等により離床が進まず、患者の QOL 向上に十分寄与できなかった経過を振り返り報告する。【症例】92 歳女性、右中大脳動脈閉塞による脳梗塞で入院。左麻痺が残存し ADL は全介助。胸水・浮腫に対し利尿薬を投与したが、血圧低下のため減量となった。食道裂孔ヘルニアの合併のため、胃食道逆流防止を目的に、少量高エネルギー剤の選択、容量制限（水分 720ml/日、1200kcal/日）、緩徐滴下で経腸栄養を継続した。第 5 病日以降、尿量は 300～500ml/日へ減少、体重 48.9kg へ増加したが、計算上の不感蒸泄を考慮すると収支はマイナスであり、脱水への懸念から更なる水分制限の提案に至らなかった。その後、利尿薬の持続静注により尿量は改善したが、胸水は微減にとどまり、改善不十分のまま第 52 病日に転院となった。【考察】計算上の数値管理だけでなく、実体重の急増や尿量減少、呼吸状態の悪化等の身体所見に基づいた柔軟な判断で、水分調整を早期に多職種で検討すべきであった。【結語】栄養・水分管理は患者の安楽に直結する。本症例では苦痛緩和に加え、離床等の「患者の願い」を叶える支援に介入の余地を残した。患者の思いに寄り添った多角的なアセスメントが今後の課題である。

栄養管理 2

O-KA-2-5 当院における外来化学療法患者に対する管理栄養士の介入と効果

鈴木 由貴、藤原 回海勇、渡邊 陽子、新井 久実子

富士宮市立病院

【目的】がん患者における低栄養の発生率は25～70%に至ると報告されており、外来化学療法患者においては食欲不振を始め多くの副作用を招き、体重減少も多く聞かれる。令和4年の診療報酬改定において条件緩和されたことにより、当院では2023年より外来化学療法室で行われている面談に、がん病態栄養専門管理栄養士の介入が開始となった。PG-SGAやmGPSを使用し評価を行っていたため、介入による効果があったか検討した。【方法】2023年4月～2025年3月に新規介入した225例を対象とした後ろ向き研究。体重減少率を目的変数とし、栄養士介入件数、PG-SGA点数、交互作用項を説明変数とし、年齢、性別、介入月数、mGPSで多変量線形回帰分析した。【結果】浮腫、欠損値を除いた解析対象者は136名で、年齢73（IQR64-78）歳、性別は男86人女50人、BMIは $22.6 \pm 3.8\text{kg/m}^2$ であった。結果は栄養士介入件数（ $p=0.003$ ）、PG-SGA（ $p=0.037$ ）、年齢（ $p=0.002$ ）、mGPS（ $p=0.043$ ）は、体重減少率に対して有意な関連を認めた。一方、介入月数および性別は有意な関連を認めなかった。また、栄養士介入件数と介入時PG-SGA点数の交互作用項は有意であった（ $p=0.032$ ）。【結論】以上の結果より、外来化学療法患者において、栄養リスクの高い患者では管理栄養士の介入が体重減少に関連する可能性が示唆された。今後も体重減少やその原因となる副作用への対応のため、管理栄養士の積極的な介入は重要であると考えられた。

栄養管理 2

O-KA-2-6 脂肪乳剤適正使用に向けた院内教育の取り組み

古瀬 早紀、榎本 瞳、古林 園子、野村 理恵、関口 昌利

独立行政法人国立病院機構千葉医療センター

【目的】脂肪乳剤は静脈栄養管理における重要なエネルギー源である一方で、投与速度やフィルター使用不可、ライン管理など取り扱う際の注意点が多く適正使用が重要である。当院ではこれまで脂肪乳剤が適切に投与されなかった事例が多数あり、投与に一番関わる看護師の脂肪乳剤に対する理解度を高める必要がある。そこで看護師の脂肪乳剤に対する現状の理解度を把握し、適正使用を目指したハンドブックを作成することとした。ハンドブックを用いた教育介入の有用性を検討する。【方法】当院病棟看護師を対象に、脂肪乳剤の投与目的および投与時の注意事項に関するアンケート調査を実施した。初回のアンケート結果をもとに、投与目的、投与速度、フィルター通過の可否、ライン交換頻度などをまとめた看護師向けハンドブックを作成し、電子カルテ上で参照可能とした。ハンドブック導入後に再度アンケート調査を行い、導入前後での理解度の変化を評価した。【結果】初回アンケートでは、脂肪乳剤の投与目的や投与時の注意事項について十分に理解していない看護師が半数以上認められた。ハンドブック導入後のアンケートでは、各項目において理解度の向上が認められた。【結論】薬剤師によるハンドブック作成および教育介入は、脂肪乳剤投与に関する看護師の理解度向上につながった。脂肪乳剤の適正使用に向け、薬剤師による継続的な教育とツールの提供が重要と考えられた。

栄養管理 2

O-KA-2-7 栄養管理の Continuum of care を目指して

竹重 加奈子

公生会 竹重病院

【目的】医療者は患者の身体・認知・精神機能が保たれた社会復帰を目的として治療を行うが、特に重症患者や高齢者は複合的な要因による身体認知機能低下の影響が大きく、急性期病院入院期間だけでは元の生活に戻れない患者は多い。医療機関で完結することが前提ではなく、連携やフェーズに応じた多職種によるチームアプローチは不可欠である。栄養管理を含め症候管理を一体化した当院での試みを紹介する【方法】当院は、一般病床・地域包括ケア病床・回復期リハ病床の計 72 床の入院施設を有するケアミックス型の病院である。2024 年 4 月よりリハビリ・栄養・口腔ケアが含まれる ABCDEF バンドル管理を導入した。三次救急医療を担う地域の急性期病院と医療連携協定を締結。急性期から社会復帰に向け連続性を持った症候管理を行うことによる有用性を示す【結果】2024 年度急性期病院から 97 名転院。平均年齢 81 歳（± 10）、平均在院日数 56（33-79）日。転院時の痛み陽性率 21%、せん妄陽性率 10%、身体抑制率 19%、GLIM 基準低栄養該当率 80%、Alb3.2（± 0.5）、急性期入院中体重変化 -1.24kg（-2.9-0.1）であった。転院後バンドル管理導入、身体認知機能評価項目として設定した FIM は転院時 70（± 29）退院時 90（± 31）と改善を認め、在宅復帰率は 91%。退院時 Alb3.4（3.1-3.8）当院入院中体重変化 0.43kg（± 2.7）であった【結論】連続性のある症候管理は患者の機能向上に寄与する可能性を有している

栄養管理 2

O-KA-2-8 入院時の GLIM 基準による低栄養診断と入院時の栄養指標及び 3 か月後の予後との関連

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、長沼 文雄⁵

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

³ 社会医療法人鶴谷会 鶴谷病院 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】入院時の GLIM 基準と栄養指標及び 3 か月後の予後との関連を検討した。【方法】令和 7 年 4 月から 6 月の 3 か月間に入院した患者の、入院時の GLIM 基準と入院時の栄養指標、3 か月後の予後について比較検討を行った。【結果】MUST 高リスク患者は 259 名であり、GLIM 基準非該当患者は 121 名、中等度低栄養患者が 57 名、重度低栄養患者が 81 名であった。血清 ALB は非該当患者 3.7g/dL、中等度患者 3.2g/dL、重度患者 3.1g/dL であった。血清 TTR は非該当患者 21.1mg/dL、中等度患者 14.5mg/dL、重度患者 14.3mg/dL であった。血清 ALB、血清 TTR 共に非該当患者と比べ中等度・重度患者は有意に低値であった。一方血清 ALB、血清 TTR 共に中等度患者と重度患者に有意な差はみられなかった。PNI は非該当患者 37.0、中等度患者 32.7、重度患者 31.0 であり、CONUT は非該当患者 3.2、中等度患者 5.1、重度患者 6.1 であった。PNI、CONUT 共に非該当患者と比べ中等度・重度患者に有意な差がみられた。死亡は非該当患者 10 名（8.3%）、中等度患者 8 名（14.0%）、重度患者 35 名（43.2%）で重度患者は有意に高い割合であった。【結論】入院時中等度・重度患者の栄養指標は非該当患者と比べ不良であったが、中等度・重度患者の間には有意な差は認められなかった。一方重度患者の死亡割合は非該当・中等度患者と比べ有意に高く、低体重・筋肉量低下は死亡割合に関連すると推測された。入院患者に対する GLIM 基準は予後判断に有用であった。

O-KA-3-1 大腸癌患者におけるプレハビリテーションの有用性の検討～エネルギー充足が骨格筋及び術後経過に与える影響～

伊藤 恵祐¹、荻原 博²、宮前 洋平³、関口 匠⁴、及川 瞬⁴、市川 季穂¹、星野 早紀¹、有坂 美奈子⁵、板垣 七奈子⁵、伊東 祥幸¹、青木 綴美¹、稲川 元明⁶、田中 俊行⁷、長沼 篤⁸、小川 哲史³

¹ 国立病院機構高崎総合医療センター 栄養管理室、

² 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、

³ 国立病院機構高崎総合医療センター 外科、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 看護部、⁶ 国立病院機構高崎総合医療センター 歯科口腔外科、

⁷ 国立病院機構高崎総合医療センター 疼痛緩和内科、⁸ 国立病院機構高崎総合医療センター 消化器内科

【目的】サルコペニアは周術期の予後悪化因子である。当院では2024年1月より消化器癌患者に対し、在宅で実施可能な術前リハビリ栄養プログラム（プレハビリテーション）を導入した。本研究では大腸癌患者を対象に目標エネルギー量達成の有無が骨格筋量及び術後経過に与える影響を検討した。【方法】2025年7月～12月に当院でプレハビリテーションを実施した大腸癌患者のうち、データ欠損、プレハビリテーション実施期間10日未満、介入前より目標エネルギー量を充足していた症例を除外した33名を対象とした。入院時に目標エネルギー量に到達していた群（実施群:n=10）と未到達であった群（未実施群:n=23）の2群に分け、後方視的に比較検討した。評価項目は介入時・術後のサルコペニア有病率（AWGS2025基準）、SMI、体重変化及び在院日数とした。統計解析は有意水準5%とした。【結果】サルコペニアの有病率は介入時、実施群2名（20%）vs未実施群3名（13%）、術後3名（30%）vs6名（26.1%）であった。介入時・術後の各指標の変化量はSMI（実施群 -0.16 ± 0.30 vs未実施群 -0.28 ± 0.37 kg/m², p=0.38）、体重（ -0.9 ± 1.0 vs -0.5 ± 1.9 kg, p=0.63）と有意差を認めなかった。在院日数は実施群9.0（8.3-10.5）vs未実施群11（10-14.5）日であり、実施群において有意に短縮した（p=0.026）。【結論】プレハビリテーションによる目標エネルギー量の達成はSMIや体重減少には直接的な寄与を示さなかったが、在院日数を有意に短縮させる可能性が示唆された。

O-KA-3-2 頭頸部がん再建術患者における術前側頭筋厚と栄養関連予後予測指標および創部・皮弁関連合併症との関連

大久保 理子¹、鶴岡 裕太¹、野本 尚子¹、越塚 慶一²、川瀬 勝隆²、前澤 善朗³、大塚 将之⁴

¹ 千葉大学医学部附属病院 臨床栄養部、² 千葉大学大学院 医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部腫瘍学、

³ 千葉大学大学院 医学研究院 内分泌代謝・血液・老年内科学、

⁴ 千葉大学大学院 医学研究院 臓器制御外科学

【目的】側頭筋厚（temporal muscle thickness:TMT）は頭部CTのみで測定可能であり、全身筋量や栄養状態との関連が報告されているが、頭頸部がん術前評価における有用性は十分に明らかでない。本研究では、再建を伴う頭頸部がん患者における術前TMTと栄養関連予後予測指標および創部・皮弁関連合併症との関連を検討した。【方法】2022年4月から2026年1月に当院耳鼻咽喉・頭頸部外科で再建を伴う手術を施行した患者98例を対象とした。年齢、性別、BMI、術前TMT、血清アルブミン値、総リンパ球数、総コレステロール、術後30日以内の皮弁・創部関連合併症の有無などを収集し、PNI、GNRI、CONUTを算出した。TMTと各指標の関連はSpearmanの順位相関係数、創部・皮弁関連合併症との関連はロジスティック回帰分析で評価した。【結果】男性67例、女性31例、年齢中央値70歳、術前TMT中央値4.9mmであった。創部・皮弁関連合併症は30例（31%）に認めた。TMTはPNI（ $\rho=0.411$, p<0.001）、GNRI（ $\rho=0.208$, p=0.048）、CONUT（ $\rho=-0.378$, p<0.001）と有意に関連した。TMTと創部・皮弁関連合併症と関連傾向を示し（OR 0.763, 95%CI 0.565-1.003, p=0.063）、男性は独立したリスク因子であった（OR 3.557, 95%CI 1.171-12.520, p=0.034）。【結論】頭頸部がん患者におけるTMTは複数の栄養指標と関連し、術前栄養評価および創部・皮弁関連合併症のリスク評価に有用な可能性がある。

O-KA-3-3 術前がん患者における G8 の栄養スクリーニングとしての有用性

齋藤 隆夫、須永 将広

国立がん研究センター東病院 栄養管理室

【目的】 Geriatric 8 (G8) は Mini Nutritional Assessment (MNA) 由来の項目を含む、70 歳以上を対象とした簡便な高齢者機能スクリーニングツールであり、栄養状態を反映する可能性がある。しかしながら、術前がん患者における G8 と栄養指標との関連や、70 歳未満での意義は十分検証されていない。そこで術前がん患者を対象に、G8 と栄養指標との関連、および GNRI による栄養リスクに対する判別能を 70 歳未満・以上で評価し、G8 の栄養スクリーニングとしての有用性を検討した。【方法】 2023 年 10 月の 1 か月間に当院で手術方針となり、入院申込時に G8 を実施した 286 例を対象とした。G8 合計点と GNRI、小野寺の PNI (以下 PNI) 等との関連を相関解析で評価し、70 歳未満・以上で解析した。さらに GNRI $\leq$ 98 軽度以上リスクに対する ROC 解析を行った。【結果】 G8 は全体で GNRI、PNI、BMI、Alb 等と有意に関連した。70 歳未満でも GNRI ($p=0.556$)、PNI ($p=0.330$) と有意な正相関を示し、70 歳以上では GNRI ($p=0.617$)、PNI ($p=0.721$) との関連がより強かった。GNRI 軽度以上リスクに対する AUC は全体 0.830、70 歳未満 0.832、70 歳以上 0.828 であり、最適カットオフ値は全体 13.0 点、70 歳未満 13.5 点、70 歳以上 12.5 点であった。【結論】 G8 は 70 歳未満・以上のいずれにおいても、GNRI 軽度以上リスクに対して良好な判別能を示した。一方、相関解析では 70 歳以上で GNRI および PNI との関連がより明瞭で、栄養状態をより強く反映した。

O-KA-3-4 急性期脳卒中患者における早期エネルギー負債と機能予後の関連および筋量指標としての側頭筋厚の検討

鶴岡 裕太¹、大久保 理子¹、野本 尚子¹、前澤 喜朗^{1,2}、大島 拓^{3,4}、大塚 将之^{1,5}

¹ 千葉大学医学部附属病院 臨床栄養部、² 千葉大学大学院 医学研究院 内分泌代謝・血液・老年内科学、

³ 千葉大学大学院 医学研究院 救急集中治療医学、

⁴ 神戸大学大学院 医学研究科 外科系講座 災害・救急医学分野、

⁵ 千葉大学大学院 医学研究院 臓器制御外科学

【目的】 脳卒中患者において栄養状態や摂取エネルギー量が機能的アウトカムに影響することが報告されているが、エネルギー負債との関連は十分に検討されていない。本研究では、発症初期のエネルギー負債が機能予後に与える影響を後方視的に検討した。あわせて、側頭筋厚 (temporal muscle thickness, TMT) を筋量指標として用い、機能的アウトカムとの関連を探索的に検討した。【方法】 2023 年 6 月から 2024 年 7 月に当院脳卒中ケアユニットに入室した脳卒中患者 60 例を対象とした。年齢、リハビリテーション開始時の脳卒中重症度 (NIHSS)、入院後 7 日間のエネルギー負債、運動 FIM 利得、入室時頭部 CT から測定した TMT などを後方視的に収集した。主要評価項目は運動 FIM 利得とし、各変数との関連を単回帰・重回帰分析で検討した。【結果】 年齢、NIHSS の中央値 (四分位範囲) は 73 (52-82) 歳、11 (4-33) であり、エネルギー収支の平均 $\pm$ 標準偏差は -50 ± 47 kcal/kg/7 日であった。単回帰分析ではエネルギー負債など複数変数が運動 FIM 利得と有意に関連し、重回帰分析ではエネルギー負債、年齢、主な栄養投与経路が独立因子であった ($p < 0.05$)。一方、TMT と運動 FIM 利得との有意な関連は認めなかった。【結論】 脳卒中急性期における発症初期のエネルギー負債は機能的アウトカムに独立して影響しており、早期からの適切な栄養管理が重要である。TMT は運動 FIM 利得の予測因子とはならなかった。

周術期

O-KA-3-5 新生児の周術期における血清亜鉛値低下の実態と関連因子

佐々木 理人¹、西潟 綾¹、松本 匡永¹、酒井 比奈子¹、根本 悠里¹、川見 明央¹、根吉 翼¹、後藤 悠大¹、坂元 直哉^{1,2}、神保 教広^{1,2}、瓜田 泰久^{1,2}、新開 統子^{1,2}、増本 幸二^{1,2}

¹ 筑波大学附属病院、² 筑波大学医学医療系小児外科

【目的】新生児の周術期管理では、経腸栄養の開始遅延や腸管からの吸収障害、手術侵襲による需要増大から、亜鉛欠乏のリスクが高くなると予想されるが、その実態やリスク因子に関する報告は乏しい。本研究では周術期の血清亜鉛値の実態と周産期・周術期因子との関連を検討する。【方法】2014～2024年に当科で新生児期に手術を施行し、術前および／または術後2～4週（中央値23日）に血清亜鉛値を測定した症例を後方視的に解析した。何らかの染色体異常・症候群が疑われる症例は除外した。血清亜鉛値 $<80\mu\text{g/dL}$ を低亜鉛血症とし、術前後の両時点での測定例では Δ 亜鉛値（術後術前の差／測定間隔日数）を算出した。術前・術後の血清亜鉛値と周産期因子や基礎疾患、周術期因子との関連を解析した。【結果】65例が対象となった。総合微量元素製剤の投与下にもかかわらず、82%の症例で術後の血清亜鉛値が術前より低下し、34%の症例が低亜鉛血症を呈した。早産・低出生体重ほど術前の血清亜鉛値は高い一方で、 Δ 亜鉛値は大きく、術後の低下が顕著であった。【結論】新生児の周術期管理では、標準的な総合微量元素製剤の投与下でも血清亜鉛値の低下が高頻度に生じ、特に早産・低出生体重児で低下が顕著であった。これらの症例では術後の血清亜鉛値の測定によるスクリーニングと、亜鉛の補充戦略が必要であると考えられた。

周術期

O-KA-3-6 当院の脊椎固定術患者における栄養状態の傾向と、たんぱく質摂取が栄養状態に及ぼす影響の調査研究

岩淵 萌子¹、水谷 潤²、西野 直人²

¹ 東京女子医科大学附属八千代医療センター、² 東京女子医科大学附属整形外科

【目的】脊椎疾患患者ではサルコペニア合併率が高いことが報告されており、術前栄養管理が課題となっている。そこで、朝食のたんぱく質摂取量が多い人は筋量・筋力が優れていたという報告に着目し、当院の患者の栄養状態と食習慣の実態を調査することにした。【方法】2024年6月から2026年2月に脊椎固定術を行った患者64名を対象とし、たんぱく質制限を要する疾患のある患者は除外した。食習慣は食事歴法により聴取、活動量は生活標準化身体活動質問票を用いて確認した。体成分分析はInBody770を用いて評価し、筋肉量や体脂肪量に問題がある群を「リスク群」、問題のない群を「無リスク群」に分け、食習慣を2群間で比較検討した。【結果】対象者は男性29名、女性35名。年齢の中央値は73歳。たんぱく質摂取量は朝食 0.2g/kg 体重、1日総量 0.9g/kg 体重。リスク群は男性22名（76%）、女性25名（71%）。男性では、リスク群は無リスク群に比べて朝食のエネルギー摂取量が少なかった（ $p=0.0440$ ）が、朝食たんぱく質摂取量においては有意差を認めなかった。一方女性では、リスク群は朝食のエネルギー摂取量（ $p=0.0247$ ）もたんぱく質摂取量（ $p=0.0136$ ）も有意に少なかった。【結論】当院の術前患者の食習慣を調査した。その結果、朝食の是正が体組成の改善につながる可能性を認めた。現在進行形の研究であるため、引き続き因果関係を調査しアドヒアランスの高い術前栄養管理を確立していく。

周術期

O-KA-3-7 術前問診で食事の不安を訴えられた患者への NST 薬剤師の関わりの有用性について

大木 健史、石橋 亮一、近藤 尚、大野 幸恵、片岡 雅章、柳澤 真司

君津中央病院

【目的】 当院では、2025 年 1 月より消化器外科の術前患者に対し、薬剤師による術前問診を行っていたが、患者から食事について不安を訴えられることがしばしばあった。今回、そのような患者に対して、NST 薬剤師が関わることの有用性について調査を行うことにした。【方法】 2025 年 7 月～10 月に消化器外科外来より術前問診の依頼のあった 133 人（男 82 名、女 51 名）に対し、年齢、疾患名、術前中止薬の理解度などの他、食事の摂取状況や栄養剤処方の有無について NST 薬剤師が確認を行い、そのうち食事に対し不安を訴えられた患者に対しては、術前栄養管理の大切さについて説明を行った。【結果】 対象患者 133 人のうち、食事に対して不安を訴えられた患者は 19 名おられ、疾患別には結腸・直腸癌が 11 名と最も多かった。性別は、男性が 15 名と有意に多かった。栄養剤については、すでに処方されている患者が 10 名、処方提案により追加処方された患者が 2 名、市販の栄養剤での対応を希望された方が 5 名おられた。そして、この 17 名は入院日まで栄養剤の摂取を続けられていた。【結論】 NST 薬剤師の術前問診に対して患者からは、医師と同じ話が聞けて安心したという声や、食事を作る家族からも気持ちが楽になったとの話を聞いた。またそれは、結果として入院までの栄養摂取行動にも繋がっており、NST 薬剤師の術前関与は患者・家族に安心感を与え、その後の治療に対して主体的に取り組む一助となることが示唆された。

周術期

O-KA-3-8 ※演題取り下げ

摂食嚥下

O-KA-4-1 右梨状陥凹癌化学療法患者への栄養管理 —胃瘻栄養から経口食へ順調に移行できた一例—

高木 和子、上野 友利江、大野 通暢

さいたま市立病院

目的頭頸部癌化学療法における栄養管理では栄養ルート選択が治療継続やQOLに大きく影響する。本症例では入院初回より経口摂取が困難であった患者に対し、早期に胃瘻栄養管理を行うことで、栄養状態を維持しながら経口摂取へ移行できた経過を報告する。症例 70 歳代独居の男性、病名は右梨状陥凹癌ルビエールリンパ節転移、本人希望で化学療法 6 コースを施行した。初回入院時の体重 63.7kg、BMI21.94 であり、経口摂取が困難のため、入院 3 日目に胃管を留置したが苦痛が強く 7 日目に抜去した。低栄養リスク回避のため、本人同意を得て 9 日目に胃瘻造設し、以降は経腸栄養を主体に管理を行った。胃瘻からの栄養剤注入方法の指導は、独居であることを考慮し簡便に行えるよう配慮して、個別パンフレットを用いた指導を行った。2 コース目終了までに手技は自立できた。入院毎に注入手技、味覚・嚥下障害、在宅での食事内容や摂取量、困ったことを確認して適宜、食事調整を実施した。治療期間中の体重は 60 ～ 64kg で推移し、大きな変動を認めなかった。6 コース目入院より単品食から嚥下調整食 2-1 へ変更し、最終的に嚥下調整食 4 まで摂取可能となり、退院時の体重 63.3kg となり、胃瘻栄養は補助的な役割へ移行して退院となった。結果 NST が中心となり、治療経過と生活背景を踏まえた栄養管理を行うことで、栄養状態を維持しながら経口摂取への移行を支援できた。

摂食嚥下

O-KA-4-2 老健施設における多職種ミールラウンドの現状と課題 ～チームスタッフへの意識調査から～

穴澤 祐子、藤村 優衣、中島 洋巳、塚越 公子、成田 幸子

独立行政法人地域医療機能推進機構群馬中央病院附属介護老人保健施設

1. 目的当施設では各専門職種の多角的な視点から食事に関わる問題解決策の検討・改善を目的に、多職種ミールラウンド(以下ミールラウンド)を行っている。今回、ミールラウンドに対する職員への意識調査を実施し、現状把握と今後の課題検討を行ったので報告する。2. 方法老健職員 51 名を対象にミールラウンドへの認知・参加・効果に関する調査を実施した。3. 結果回答率 96%。ミールラウンドの認知率は 96% だったが、参加率は 33% と低く、不参加の理由は「参加依頼がなかった」が 76% と最多であった。利用者への影響は 9 割以上の職員がありと回答した。参加経験者の回答より、職員の業務量は 3 割が増加、7 割が変化なしと回答した。9 割以上の職員が自身の知識技術の習得に繋がると回答した。また 81% が情報交換が容易になったといった多職種連携の効果を感じている。実施方法の改善点は 69% がありと回答し、「対象者の選定」「参加担当者が不明確」「目的や活動内容の周知不足」などであった。4. 結論今回の調査から、運用方法や対象者選定について職員への周知不足から、全職員が参加・共有できていなかったことが明らかになった。適切なミールラウンドは利用者・職員双方への効果が期待できると考える。職員全体が統一した方向性で実施できるよう啓発・調整を行っていく。また、医師・薬剤師への協力を依頼し、老健 NST 回診の再開へ繋げていきたい。

摂食嚥下

O-KA-4-3 全入院患者を対象とした嚥下スクリーニング体制の構築 —看護師・医事課の連携と運用定着化の試み—

岩河 優子¹、中山 由希子²、小林 智美子¹、高嶋 理佳¹、山内 瞳²、赤坂 友利恵²、
豊田 佑佳²、藤井 達也³

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 栄養科、

³ 彩の国東大宮メディカルセンター 救急・集中治療科

【目的】 当院入院患者の多くは高齢者であり、加齢や疾患に伴う嚥下機能低下を呈する患者が散見される。これまで全入院患者を対象とした嚥下スクリーニング（以下、SC）体制は未整備であったが、誤嚥性肺炎や窒息の予防、適切な栄養管理を目的に、全入院患者を対象としたSC体制を導入した。本報告では導入過程と実施率の変化について報告する。【方法】 導入に際し、多職種（外来・病棟看護師、医事課等）を対象にオンラインツール学習ツールを用いた事前勉強会を開催した。2025年9月（導入月）と4ヶ月後の2026年1月の各1ヶ月間におけるSC実施率を診療録より後方視的に調査し、比較検討した。【結果】 運用体制として、外来看護師または医事課職員がSC用紙を配布し、病棟で回収する流れを構築した。全入院患者にSC用紙を配布し、65歳以上の患者にはEAT-10を実施した。3点以上かつ経口摂取開始基準を満たす患者には、病棟看護師が改訂水飲みテストおよび水飲みテスト（窪田式）を実施し、導入月76%（539/712名）から4ヶ月後91%（544/598名）へ有意に向上した（ $p<0.001$ ）。【結論】 オンラインツール学習ツールによる事前教育と職種間の役割分担の明確化により、SC体制は早期に定着した。今後は入院時のみでなく、定期的な再評価体制の構築を検討したい。

摂食嚥下

O-KA-4-4 ワレンベルグ症候群による嚥下障害者への多職種協働の取り組み ～OE法とバルーン拡張法を用いた1症例の検討～

中里 美咲子、江原 忍、富山 麻祐子、横村 季代子、田口 仁美

公立藤岡総合病院

【はじめに】 ワレンベルグ症候群により重度の嚥下障害を呈した患者に対し、多職種連携のもとOE法（間歇的口腔食道経管栄養法）とバルーン拡張法を導入し、栄養状態の改善と嚥下機能の向上を図った症例を経験したので報告する。【目的】 ワレンベルグ症候群でリハビリテーション（リハ）目的に入院したA氏（70歳代男性）は、鼻腔狭窄により経鼻胃管挿入時の疼痛があり拒否が強かった。更に、経腸栄養剤の逆流による唾液誤嚥や喀痰増量のため600kcal/日に制限され、重度の低栄養障害があった。A氏の栄養管理とリハにおいて、多職種協働による効果を検証する。【方法】 2025年12月～2026年2月までの期間、A氏に対し栄養補給目的のOE法および、食道入口部の通過障害改善を目的とするバルーン拡張法を実施した。【結果】 OE法の導入により経管栄養の制限が解除され、段階的な増量が可能となった。5週間で投与量は1450kcal/日、エネルギー充足率88%、骨格筋指数は介入時と比較し+0.2kg/m²増加した。リハを継続できた結果、身体機能変化とADLに有意な向上が見られた。嚥下機能については訓練を継続している。【結論】 OE法による栄養管理とバルーン拡張法を併用することで、安全に投与量を増やすことができ、身体機能の向上に繋がった。今後、さらなるADLの向上、嚥下機能改善を図っていきたい。

摂食嚥下

O-KA-4-5 頭部外傷後遺症嚥下障害患者の味覚刺激食構築と味付きとろみ氷片の導入

西田 久美子、八代 知美、加藤 未久、村上 久美子、伊東 大祐、八巻 智洋、小林 繁樹

独立行政法人自動車事故対策機構千葉療護センター

【目的】当センターは頭部外傷後遺症で重度の嚥下障害を有している患者が多い。嚥下調整食学会分類 2021 の経口移行する取組があり入院患者の約 30 ～ 40% が経口摂取している状態。その取り組みの一つに味覚刺激食があり統一する試みを行い、新たな味付きとろみ氷片を導入した。本報告ではその取り組みと結果を報告する。【方法】多職種連携用のプロセスを①～③とした。①嚥下調整食学会分類 2021 の経口移行を基本とし、嚥下機能に応じ目的・目標を共有できるようにした。②嚥下機能は ST 評価、嚥下内視鏡検査で確認した。③約束食事箋運用で、看護師中心に患者の状態に合わせ実施。味覚刺激食の味付き氷片は溶けると液体になるため、誤嚥リスクを鑑みとろみをつけ、機能改善とリスク回避両立を目指した。味付きとろみ付氷片は、果汁、スープ等に中間とろみをつけ、小袋に 5ml 入れ凍結、摂取直前に袋ごと 5 等分した。【結果】プロセスと味覚刺激食の統一は、職種により「視点」「視野」「視座」が異なる中、情報共有が促進され多職種間の連携が良好となった。味付きとろみ氷片の使用により、嚥下反射、咀嚼、舌運動など嚥下機能向上がみられ有害事例なくゼロ T 移行へ繋がる症例があった。【結論】重度嚥下障害の患者に対し、味覚刺激食開始時期について多職種で協議していきたい。味付きとろみ氷片導入後、摂食嚥下リハビリテーションで複合的なアプローチを経験した。今後、症例を増やして検証する。

摂食嚥下

O-KA-4-6 高度の摂食機能障害に対し多職種の連携により改善した 1 例

嶋田 健¹、若山 こずえ²、澤田 周矢²、水野 朋子²、榎本 瞳³、古瀬 早紀³、新井 聡⁴、古川 勝規⁵

¹ 国立病院機構千葉医療センター 歯科口腔外科、² 国立病院機構千葉医療センター 栄養管理室、

³ 国立病院機構千葉医療センター 薬剤部、⁴ 国立病院機構千葉医療センター 看護部、

⁵ 国立病院機構千葉医療センター 外科

【目的】顎口腔領域の疾患は時として摂食嚥下機能に障害を生じる場合がある。今回、顎口腔領域の感染症に继发し重度の摂食嚥下機能障害を発症した症例に対し、多職種で連携し改善に導いた症例を経験したので報告する。【症例】76 歳の女性。右側下顎の疼痛、腫脹のため近病院口腔外科を受診したところ重度の顎口腔領域感染症と診断され某大学病院に転医、両側顎下部膿瘍、壊死性筋膜炎に対する消炎手術を受けたが、創部と栄養管理目的で当院へ転院となった。【症例】全身的には廃用が進行し ADL は全介助、栄養投与状態は経鼻経管栄養で、前医には回復してもミキサー食がゴールとみなされている状態であった。当院への転院後、理学療法士によるリハビリ介入で ADL の改善、言語聴覚士による嚥下訓練、歯科口腔外科による摂食機能療法、摂食補助床作製や義歯補綴などの歯科的な医療介入、NST による栄養支援などを、多職種による連携した介入が功を奏し、最終的には常食を経口摂食できるにまで回復した。【結論】単一の診療科では対応困難な摂食嚥下機能障害を、多職種で連携して介入することで改善に導くことができた。

摂食嚥下

O-KA-4-7 食事介助スキルスコアを用いた看護師への技術指導における意識の変容と技術の変化

磯田 哲太郎、吉田 円、三木 綺菜、小柳 舞似子、新井 聡

独立行政法人 国立病院機構 千葉医療センター⁴ 西病棟

1. 目的 A 病棟は整形外科・脳神経内科疾患の高齢患者が多く、入院患者の 54% が 70 歳以上を占めている。嚥下機能低下により食事介助を必要とする患者も増えているが、介助方法は OJT に依存しており、姿勢調整や一口量、介助ペースなどの技術にばらつきがみられていた。そこで食事介助の要点を評価する 10 項目から構成され、安全な介助の指標と言われている FASS（食事介助スキルスコア）の導入を考えた。本研究は、安全で統一された食事介助を提供することを目的として開始した。食事介助スキルスコアを用い、勉強会と技術評価を通して看護師の技術および意識の変化を明らかにすることを目的とする。2. 方法 対象は A 病棟看護師 33 名。意識調査アンケート及び FASS を用いた食事介助の技術評価を勉強会前後に実施。研究者は当院摂食嚥下認定看護師から指導を受け、他スタッフへの伝達講習を許可された者が実施。評価は無記名の通し番号方式で回収し、勉強会前後の変化を単純集計およびウィルコクソンの符号順位検定を用いて分析する。3. 結果 現在データ収集中であり、勉強会前後の技術・意識の変化について解析予定である。4. 結論 本研究は進行中であり、現時点では結論に至っていない。今後、FASS 導入が病棟看護師の食事介助技術向上およびケアの統一化に寄与するかを検証する

摂食嚥下

O-KA-4-8 残歯数が肥満症手術の減量効果に与える影響

松本 泰典、山口 有輝子、牧山 展士、飯田 真一郎、藏田 能裕、早野 康一、丸山 通広

千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科学

背景・目的：肥満やその合併疾患と口腔所見は関連し、本邦においても近年肥満が歯の喪失リスクであることが報告された。一方、肥満症手術患者における歯の状況と治療成績との知見は限られる。本検討では、減量・代謝改善手術における残歯数と栄養指標や減量効果の解析を目的とする。方法：2010.9-2025.12 までに当院で減量・代謝改善手術を受けた 75 例、うち術前の歯科所見を収集できた 53 例を対象とし、残歯数やその分布、血液検査所見、術後減量効果を検討した。結果：53 例の男女比は 13:40、年齢中央値 46、BMI 中央値 42.1、総残歯数と臼歯残歯数の平均はそれぞれ 23.5 本と 5.3 本であり、本邦における一般集団に比して歯の喪失が多いことを確認した。咀嚼に強く関わる上下臼歯が 4 組残存しない群（欠損群 n=32）と、残存する群（残存群 n=21）の 2 群比較を行うと、欠損群で年齢が高く（48 vs 41, $P=0.015$ ）、術前 CRP が高いが、CONUT など栄養指標に差はなかった。術後 1 ヶ月および 3 ヶ月の減量効果（%TWL）はほぼ同等であったが（1 ヶ月：9.6% vs 9.7%、3 ヶ月：14.6% vs 14.0%）、12 ヶ月では悪い傾向にあり（20.0% vs 23.5%）、術後固形物への食形態調整後に減量効果の違いが現れることが示唆された。結論：高度肥満症患者は一般集団に比べ悪い口腔内環境を反映し残歯数が少なく、また臼歯の欠損は術後の長期的な減量効果に関与する可能性があるため、術前後における積極的な歯科介入が望まれる。

経腸栄養

O-KA-5-1 繰り返す誤嚥性肺炎と著明な電解質異常により経腸栄養導入に難渋した一例

大谷 清香¹、根岸 幸江¹、窪田 勝己²、宮原 宣博³、原口 真梨奈⁴、藤澤 証志⁴、宇野 天敬⁵、及川 洋一⁴

¹ 埼玉医科大学病院 栄養部、² 埼玉医科大学病院 中央検査部、³ 埼玉医科大学病院 薬剤部、

⁴ 埼玉医科大学病院 内分泌内科・糖尿病内科、⁵ 埼玉医科大学病院 総合診療内科

【症例】50歳男性。入院時身長158cm、体重31.9kg（BMI28.8kg/m²）。息子のダイエットに付き合ったことで徐々に食事が摂れなくなり、体動困難により救急要請された。気胸を認め、当院呼吸器内科へ入院した。気胸はドレナージ加療で改善したが、経口摂取開始後、誤嚥性肺炎を発症し高流量鼻カニューレ酸素療法（以下HFNC）開始となった。またリフィーディング症候群に留意しながら経静脈にて1080kcal/日まで栄養の増量を進め、K60mEq/日、IP777mg/日が補充されていたが、血液検査にてK3.2mEq/L、IP1.3mg/dLと低値を認め、NST介入となった。【経過】経静脈でK80mEq/日、IP1240mg/日へ調整し、少量の経管栄養開始も提案した。しかし、経管栄養開始後に酸素需要量がHFNC50L30%→50L90%へ増大し、誤嚥性肺炎の増悪とされ経管栄養は中止となった。また、下痢が増悪しK2.8mEq/L、pH7.563とアルカローシスを認めたため、全身状態が安定するまで中心静脈栄養管理の方針となった。段階的に1460kcal/日まで増量を行い、HFNCが終了になった時点で経管栄養を再開した。再開後は呼吸状態や下痢の悪化なく経過し、最終的に1800kcal/日まで到達した。【考察】早期経腸栄養と呼吸管理及び電解質管理の安全性との狭間で栄養介入に難渋した一例であった。HFNC施行下かつ重度低栄養例では、誤嚥リスクや呼吸負荷増大の可能性を十分考慮し、経腸栄養再開のタイミングを慎重に判断する必要があると考えられた。

経腸栄養

O-KA-5-2 イノソリッド配合経腸用半固形剤が胃瘻患者の亜鉛動態に及ぼす影響

合志 聡

新潟厚生連 上越総合病院 消化器内科

【目的】胃瘻栄養患者の高齢化により必要エネルギー量が低下する一方、これまでの処方設計熱量1600kcalのラコールNF半固形剤（RASS）での長期投与では低投与量に伴って微量元素が充足されない懸念があった。イノソリッド配合経腸用半固形剤（SOLD）は処方設計熱量が900kcalで開発され、本製剤での血清亜鉛を含む栄養状態、微量元素の推移を評価した。【対象と方法】2025年2月～7月に当科でRASSからSOLDに変更した胃瘻栄養患者28名（男性:15名、女性:13名、平均年齢:78±14.6歳）である。胃瘻カテーテル交換を契機にそれまでのRASSからSOLDに同投与量で変更して、交換時の体重、血液学的栄養評価、微量元素（亜鉛、銅、セレン）を比較した。【結果】胃瘻造設からSOLDに変更するまでのRASS投与期間は中央値1305日間（178-6948日）、SOLD投与期間は平均186±12.7日、RASS、SOLD投与量は1061±172.9kcal/日であった。SOLD変更前、変更半年後で体重46→47kg、血清総蛋白7.0→6.9g/dL、血清アルブミン3.6→3.5g/dL、血清銅111→110μg/dLと有意な変化はなかったが、血清亜鉛58→53μg/dLと有意に低下して、血清セレン101→119μg/dLと有意に上昇していた。低亜鉛血症による臨床的有害事象は発生しなかった。【結語】SOLDは900kcalで充足できるように製剤設計されたものであり、血清セレンは有意に上昇するが、血清亜鉛は有意に低下することから、経時的なモニタリングが重要であると考えられた。

経腸栄養

O-KA-5-3 長期経腸栄養管理下クローン病患者のセレン欠乏に対し市販サプリメント介入が有効であった一例

松下 友美⁵、川名 秀俊¹、相田 俊明²、樋口 智也³、谷中 和昭³、加藤 礼子³、鈴木 恭子³、野田 茜⁴、村上 千晴⁴、橋場 礼陽⁴、藍野 芙季子⁴、関 善恵⁴、小山 祥子⁵、江口 菜保子⁵、齋藤 博文¹

¹ 千葉市立海浜病院 内科、² 外科、³ 看護部、⁴ 薬剤部、⁵ 栄養科

【目的】クローン病で長期に経腸栄養（2種の栄養剤）を経口摂取し血清セレンが低値であった患者において、市販サプリメント服用でセレン値改善が得られた一例を報告する。【症例】57歳男性、BMI 18kg/m²。35年以上のクローン病治療歴。再燃し入院を繰り返し、直近ではインフリキシマブ外来投与中。経口摂取はラコール NF 200mL × 4、エレンタール 4包/日の栄養剤2種と特定の食品で行っていた。【経過】入院時NST介入（第4病日）。栄養摂取状況からセレン欠乏リスクを評価し、微量元素含有栄養剤への切替を提案したが嗜好で中止。介入時血清セレン 63μg/L（基準 107-171μg/L）と低値。入院中は中心静脈栄養を行い、第9病日ウステキヌマブ開始、状態改善し第42病日に退院。退院後も同栄養摂取継続を希望したため、退院前にNSTよりマルチミネラルサプリメント服用を提案し、外来でDHCマルチミネラルの服用を含む経口栄養管理を継続した。【結果】外来で栄養剤・食事量・サブリ摂取を確認し良好に継続。血清セレン値はサブリ開始約半年後に63→98μg/Lと漸増した。【結論】慢性消化管疾患で経腸栄養に頼る患者では栄養制限が課題であり、長期経腸栄養下のクローン病患者ではセレン欠乏リスクが指摘されている。栄養剤に加え食品や市販サブリも活用して必要な微量元素を補充することでQOL改善につながると考える。

経腸栄養

O-KA-5-4 半消化態から消化態製剤への変更で嘔吐が改善した長期罹病1型糖尿病の1例

藤澤 征志¹、大谷 清香²、根岸 幸江²、上野 莉沙²、川島 七千子²、宇野 天敬³、宮原 宣博⁴、窪田 勝己⁵、及川 洋一¹

¹ 埼玉医科大学病院 内分泌内科・糖尿病内科、² 埼玉医科大学病院 栄養部、

³ 埼玉医科大学病院 総合診療内科、⁴ 埼玉医科大学病院 薬剤部、

⁵ 埼玉医科大学病院 中央検査部

【症例】76歳男性【病歴・経過】48歳で糖尿病と診断され、2012年に緩徐進行1型糖尿病と診断、強化インスリン療法を継続していた。X-1年12月にアテローム血栓性脳梗塞を発症し他院入院となった。脳梗塞の急性期治療後に経管栄養が開始されたが高血糖が持続し、第15病日に血糖管理目的で当院へ転院となった。転院時のHbA1cは8.9%と高値であった。転院後、ガゼイン系蛋白主体の半消化態製剤を少量より漸増したが、第23病日に製剤混じりの嘔吐を認めた。経管栄養を中止し中心静脈栄養へ変更し、嘔気が継続していたため中心静脈栄養と併用する形で第31病日よりグルタミンF®配合顆粒による経管栄養を再開した。第37病日に、より高濃度のカゼイン系蛋白主体の半消化態製剤の投与を開始したが、第54病日に再度嘔吐し、その際に吐物内に凝集した製剤塊を認め、カゼイン系蛋白の胃酸による凝集が疑われた。第55病日よりホエイペプチド主体の消化態製剤へ変更したところ、その後は製剤の用量を漸増しても嘔吐を認めなかった。第72病日に療養型病院へ転院した。【考察】本症例は嘔吐の原因として、長期糖尿病に伴う糖尿病性自律神経障害による胃無力症を背景に胃内容排出遅延が生じ、カゼイン系蛋白が胃酸下で凝固し胃内滞留を助長し、通過障害を来した可能性が示唆された。カゼイン系蛋白の胃内の凝集と嘔吐の関連や蛋白組成を考慮した栄養製剤選択の重要性について、文献的考察も交えて報告する。

経腸栄養

O-KA-5-5 在宅経腸栄養患者入院時の医薬品から食品へのシームレスな切り替えの報告

石田 千聡^{1,2}、岩渕 真太郎^{1,3}、小林 裕^{1,4}、小濱 一作^{1,5}、宮崎 達也^{1,6}、内田 信之^{1,6}

¹ 原町赤十字病院、² 栄養課、³ 医事課、⁴ 看護部、⁵ 整形外科、⁶ 外科

【目的】当院は群馬県北毛地区の地域中核病院であり、在宅経腸栄養（以下 HEN）患者のレスパイトや急性増悪時の入院を受け入れている。HEN 患者が入院した際、医薬品から食品へのシームレスな切り替えに向けた取り組みについて報告する。【方法】NST 委員会が主導となり濃厚流動食の採用見直しと多職種協働の内容を協議した。濃厚流動食の変更後のアウトカムについて、2025 年 9 月から 2026 年 2 月までに当院へ入院し、医薬品から食品へ変更した HEN 患者を対象とし、後方視的に検討した。【結果】NST 委員会で製品特性、患者へ与える影響、管理・投与方法、患者・家族への説明、収支について協議し、組織的合意形成を図った。変更症例は 6 例であり、入退院を繰り返す患者が認められた。切り替え後の栄養供給量は維持され、消化器有害事象の発生は認めなかった。薬剤費抑制と食事療養費の算定により、1 入院あたりの収支改善に寄与した。各部署での目的共有により、運用上の混乱も生じなかった。【結論】NST が主導し、各職種が専門性を発揮して合意形成を図る事で、HEN 患者の入院時における円滑な製品切り替えが可能となった。地域に根ざした病院では入退院を繰り返す患者もいることから、類似した組成・性状の食品を選択することで、安全かつシームレスな移行が実現でき、患者・家族の安心と病院経営の健全化に寄与することが示唆された。

経腸栄養

O-KA-5-6 シンバイオティクス導入後に排便性状の変化を認めた終末期癌患者の一例

細野 明子¹、竹内 瑞枝²、須永 将広¹、齋藤 隆夫¹

¹ 国立がん研究センター東病院 栄養管理室、² 国立がん研究センター東病院 緩和医療科

【背景】終末期癌患者における栄養管理は QOL 維持の観点から重要であるが、経腸栄養中の消化器症状の辛さへの対応に関する報告は少ない。栄養介入により排便の変化を認めた終末期癌患者の一例を経験したため報告する。【症例】75 歳女性。食道亜全摘術および腸瘻造設術後、尿管上皮癌腹膜播種の患者。腸瘻と経口摂取（三分粥食）を併用し自宅で過ごしていた。202X 年 X 月食思不振・体動困難で入院。腸瘻よりラコール NF 配合経腸用液開始、ブリストルスケール 6-7 の下痢が 1 か月程度続いていた。三分粥食を開始したが食思不振が持続し、翌月 BSC の方針となり緩和病棟へ転棟。【介入】緩和病棟へ転棟後も下痢が持続。長期化する下痢への辛さの訴え有り。下痢の改善目的にシンバイオティクス（水溶性食物繊維 PHGG 含有経腸栄養製品へ変更、及び整腸剤開始）を導入。同日 PPI を中止。翌日に下痢は止まり、ブリストルスケール 4-5 へ改善した。【経過】介入翌日に下痢は改善し QOL 向上に繋がったものの、数日後に便秘に転じた。水分量調整、大建中湯・緩下剤を用いて排便調整を行ったが自力排便に難渋し、下剤及び摘便により調整を行った。【考察】シンバイオティクス導入及び PPI 中止に伴う腸内環境の変化が、排便の変化に関与した可能性が考えられた。栄養介入により下痢が改善し、患者の精神的な負担が軽減した。消化管機能に問題が生じた終末期癌患者において、栄養介入が排便や QOL 改善に寄与した。

経腸栄養

O-KA-5-7 脳神経外科患者における経管栄養管理中の下痢発生状況と関連因子の検討

星野 早紀¹、稲塚 萌依¹、犬飼 郁美¹、蜂巢 寿哉²、藤田 歩美³、伊藤 恵祐¹、及川 瞬²、伊東 祥幸¹、板垣 七奈子³、青木 緩美¹、田中 俊之⁴、佐藤 晃之⁵、長沼 篤⁶、小川 哲史⁷

¹ 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、

² 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、

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 疼痛緩和内科、

⁵ 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター 脳神経外科、

⁶ 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター 消化器内科、

⁷ 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター 外科

【目的】 当院脳神経外科患者における経管栄養管理中の下痢発生状況の実態を調査した。【方法】 2025年7月～12月に当院脳神経外科へ入院し、経鼻胃管栄養管理を1週間以上行った患者を対象に診療録を用いて後方視的に調査した。また下痢群と非下痢群に分類し比較検討を行った。調査項目は下痢発症までの日数、経腸栄養開始時期、救命センター在室期間、入院後の経口摂取歴の有無、使用薬剤（抗菌薬、整腸剤、プロトンポンプ阻害薬（PPI）等）とした。下痢は「ブリストル便性状スケール（BSS）7または6（多量）の排便が1日2回以上」または「BSS7の排便が2日以上持続」するものと定義した。【結果】 対象は43例（年齢中央値77歳）であった。下痢は15例（35%）に認めた。経腸栄養開始から下痢発症までの日数中央値は11日であった。入院から経腸栄養開始までの時間、救命センター在室日数、抗菌薬・整腸剤・PPI使用状況について両群間で有意差を認めなかった。一方、入院後（経管栄養開始前）に経口摂取を行ったことのある患者は非下痢群に9例（32%）が該当したが下痢群は0例であり、有意差を認めた（ $p=0.0169$ ）。【結論】 当院脳神経外科の経管栄養患者において下痢発症率は35%であり、経腸栄養開始後一定の期間を経て出現する傾向が見られた。明確な関連因子は特定できなかったが、入院後の経口摂取歴の有無に差を認め、腸管機能維持への影響が示唆された。今後は症例数を増やし、さらなる検討が必要である。

経腸栄養

O-KA-5-8 半固形栄養剤管理マニュアル作成の取り組み

永瀬 真琴¹、松原 伸枝²、坂本 育美²、奥田 牧子²、中田 幸枝²、鈴木 真悠子³、東谷 智子¹、石田 明日佳¹、久松 友佳里¹、日野 奈々¹、城山 真美子⁴、永瀬 将臣^{1,4}、石毛 和紀⁴、福田 邦明⁴、五本木 武志⁵

¹ 筑波学園病院栄養部、² 筑波学園病院看護部、³ 筑波学園病院薬剤部、⁴ 筑波学園病院消化器内科、

⁵ 筑波学園病院外科

【目的】 半固形栄養剤の臨床報告は存在するが院内管理体制に焦点を当てた報告は少ない。当院では半固形栄養剤の使用症例に対するマニュアルはなくその都度対応していた。2025年10月消化器内科病棟に胃瘻造設患者が入院したことを契機に、各部署の役割と管理方法を明確化したマニュアルを作成したため報告する。【方法】 入院から退院、その後の外来までの時系列で作成した。半固形栄養剤投与の症例数が少なく栄養剤や物品に関わる機会が限られているため、初見のスタッフでも分かりやすいよう視認性を考慮した内容とした。物品関連の管理項目（型番・規格・価格等）、病棟や外来での管理方法、物品交換時期、診療報酬算定要件などを整理し部署間の連絡体制を明文化した。消化器内科多職種カンファレンスで本取り組みを周知した。運用上での課題や患者の声を反映し改訂を進めている。【結果】 役割分担や連絡体制が明確化したことで各部署の運用がスムーズに行われるようになった。再入院時の事前準備も可能となり患者とスタッフの不安が軽減した。栄養素組成や規格が医薬品と同等の半固形栄養剤（食品）を採用したことで、退院前栄養指導や多職種連携が円滑に行われた。他診療科での入院症例にもマニュアルが活用された。【結論】 本マニュアルは半固形栄養剤使用の症例に対し、院内統一化を図れるツールとして有用である可能性が示唆された。

協賛企業・団体一覧

日本栄養治療学会関越支部 第12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。ここに深甚たる感謝の意を表します。

日本栄養治療学会関越支部 第12回支部学術集会
大会長 古川勝規

【共催セミナー】

株式会社大塚製薬工場
ノーベルファーマ株式会社

株式会社ツムラ
ミヤリサン製薬株式会社

【企業展示出展】

株式会社インボディ・ジャパン
株式会社トーショー
ニプロ株式会社
メディキット株式会社

東亜新薬株式会社
テルモ株式会社
ニュートリー株式会社
森永乳業クリニコ株式会社

【プログラム・抄録集広告/ウェブサイトバナー広告】

※共催セミナー 協賛企業特典

アステラス製薬株式会社
株式会社大塚製薬工場※
株式会社ツムラ※
株式会社トップ
ミヤリサン製薬株式会社
株式会社明治

アボットジャパン合同会社
キャノンメディカルシステムズ株式会社
帝人ヘルスケア株式会社
ノーベルファーマ株式会社※
ミヤリサン製薬株式会社※

【ドリンク協賛】

サントリー株式会社

ネスレ日本株式会社

(五十音順・敬称略)