

連携の先にみえるもの —戮力協心の栄養サポート—



第14回

日本臨床栄養代謝学会



首都圏支部学術集会

プログラム・抄録集

会期 2023年5月27日(土)

会場 ステーションコンファレンス東京
(東京駅日本橋口直結)

会長 宮澤 靖 東京医科大学病院栄養管理科科长
東京医科大学医学部講師

目次

| | |
|--------------------------|----|
| 会長あいさつ..... | 02 |
| 役員一覧..... | 03 |
| スケジュール..... | 04 |
| プログラム..... | 06 |
| 参加者のみなさまへのご案内とお願い..... | 11 |
| 座長・演者のみなさまへのご案内とお願い..... | 13 |
| 交通案内・会場案内..... | 14 |
| 会場図..... | 15 |

抄録

| | |
|-----------------|----|
| 特別講演..... | 19 |
| 教育講演..... | 21 |
| 共催セミナー..... | 23 |
| 管理栄養士セッション..... | 27 |
| 看護師セッション..... | 31 |
| 薬剤師セッション..... | 35 |
| 一般演題口演 1 | 41 |
| 一般演題口演 2 | 47 |
| 一般演題口演 3 | 53 |
| 一般演題口演 4 | 63 |
| 一般演題口演 5 | 69 |
| 筆頭演者索引..... | 75 |

会長あいさつ

第 14 回日本臨床栄養代謝学会首都圏支部会学術集会の開催にあたって

この度、第 14 回日本臨床栄養代謝学会首都圏支部学術集会の会長を拝命いたしました。伝統と実績のある首都圏支部会において大役を仰せつかったことに責任と名誉を感じている次第です。

今回の学術集会のテーマとして「連携の先に見えるもの」とし、診療報酬の重点課題の 1 つでもある「多職種連携、タスクシフト」が推進され連携が医療の現場での大きなキーワードになると感じ、その先に見えるものを皆様と一緒に模索したいと思い設定させていただきました。そしてサブテーマとして「戮力協心の栄養サポート」とさせていただきました。難しい言葉であります。全員の力を結集し、一致協力して任務に当たることを意味しております。栄養サポートは単一職種で出来るものではなく多くのメディカルスタッフの力を結集して協力をしながら最適な栄養サポートを患者に提供されることを意識いたしました。また、2020 年から東京都、神奈川県に加え山梨県も首都圏支部に合流され、ご参加の皆様にはアクセス良い東京駅直結のステーションコンファレンス東京を会場としてご用意をさせていただきました。私自身は本学会の会員歴は 1988 年の第 3 回静脈・経腸栄養研究会まで遡り 34 年の月日を学会の一会員管理栄養士として歩んでまいりました。当時は参加者のほぼ全員が医師でありコメディカル参加者は皆無であったことを覚えております。その後、学会で多くの学びを深めご縁をいただき米国留学をし、現地においても静脈・経腸栄養の臨床修練ならびに NST の活動を学んでまいりました。

首都圏支部会において多くの皆様にご参加をいただき、真心を込めておもてなしの精神でお迎えをしたいと思っております。歴代会長の精神を受け継ぎ、地域における臨床栄養の社会的貢献を目標にして大会を運営してゆく所存ですので、よろしくお願い申し上げます。

2023 年 5 月吉日

第 14 回日本臨床栄養代謝学会
首都圏支部学術集会

会長 宮澤 靖

(東京医科大学病院栄養管理科 科長)



役員一覧

支部長

代議員 鷺澤 尚宏

副支部長

代議員 千葉 正博

書記

代議員 川畑亜加里

会計担当

代議員 熊谷 直子

世話人

| | | | | | |
|-----|---|---|---|--|--|
| 代議員 | 朝倉 之基 上島 順子 河口麻衣子 齊田 芳久 杉山 彰英 高増 哲也 内藤 剛 深柄 和彦 松井 亮太 青山 徹 天野 晃滋 市六 輝美 奥山 裕子 神村 絵美 北河 徳彦 高坂 聡 佐藤三奈子 柴崎 白紀 杉野 万紀 高井 宏幸 田中 舞 辻 智大 豊田 実和 中村 篤志 野村 栄治 秀村 晃生 福重亜紀子 堀込かずみ 松嶋 真哉 宮澤 靖 吉沢 和也 | 飯田 純一 上原秀一郎 川崎 成郎 斎藤 恵子 鈴木 規雄 田中 弥生 中瀬 一 福島 亮治 光永 幸代 秋山 滋男 有本 正子 伊藤美智子 長田 俊一 川口美喜子 工藤 雄洋 小島 淳一 佐藤 美和 清水 哲平 鈴木 敦 高橋 浩平 田辺 義明 寺島 秀夫 内藤 薫 中村 謙介 畑尾 史彦 平澤 数馬 藤井 真 間崎 武郎 松永裕美子 村越 智 吉田 稔 | 池田 尚人 大石 英人 神田 由佳 斎野 容子 関本 司 谷口 英喜 長門 直 福山 直人 望月 弘彦 浅川 浩樹 石川 史明 稲葉 毅 甲斐 維子 菅野 丈夫 工藤 美香 齊藤 大蔵 佐藤 由美 清水 栄 鈴木 慶介 高橋理美子 谷島雄一郎 天神 尊範 長田 拓哉 中村 早織 馬場 裕之 平野 克治 古田 雅 町頭 成郎 松原 康美 最上谷拓磨 吉見 猛 | 石井 良昌 尾花 和子 菅野 義彦 佐藤 千秋 瀬戸 泰之 田部井 功 長浜 雄志 藤谷 竜磨 森 みさ子 浅川 弘美 石田 順朗 牛込 恵子 片岡 祐一 菅野 仁士 久保田啓介 酒井 正博 静間 徹 白鳥 千穂 関根 里恵 滝口 光一 種村 陽子 富田真佐子 中西 将 中村芽以子 濱 卓至 深沢佐恵子 古屋 純一 松尾浩一郎 水野 英彰 八木 仁史 脇山 茂樹 | 市川 大輔 海道 利実 草間 大生 清水 孝宏 添野 民江 樋島 学 比企 直樹 牧 宏樹 若林 秀隆 芦川 美希 磯部 宏子 大司 俊郎 金杉 恵里 菊池奈穂子 熊谷 厚志 佐川 まさの 篠 聡子 陣場 貴之 関谷 秀樹 田中 紀子 千野 賢一 豊住ひと美 長沼 広和 西原 佑一 原 純也 福土 朝子 古屋 信二 松尾 宏美 三松 謙司 山田 桐絵 渡辺 稔彦 |
|-----|---|---|---|--|--|

■ 過去の日本臨床栄養代謝学会首都圏支部会学術集会

| | 会 期 | 会長名 |
|------|---------------|-------|
| 第1回 | 2009年5月23日(土) | 真田 裕 |
| 第2回 | 2010年5月22日(土) | 丸山 道生 |
| 第3回 | 2011年5月14日(土) | 鈴木 博 |
| 第4回 | 2012年5月19日(土) | 土岐 彰 |
| 第5回 | 2013年5月18日(土) | 望月 弘彦 |
| 第6回 | 2014年5月31日(土) | 安藤 亮一 |
| 第7回 | 2015年5月9日(土) | 若林 秀隆 |
| 第8回 | 2016年5月28日(土) | 小西 敏郎 |
| 第9回 | 2017年5月27日(土) | 高増 哲也 |
| 第10回 | 2018年6月2日(土) | 鷺澤 尚宏 |
| 第11回 | 2019年5月18日(土) | 林 宏行 |
| 第12回 | 2021年5月15日(土) | 比企 直樹 |
| 第13回 | 2022年5月14日(土) | 千葉 正博 |

スケジュール 2023/5/27 (土)

| | 第 1 会場 | 第 2 会場 |
|-------|---|---|
| 9:00 | | |
| | 9:30-9:35 開会挨拶 | |
| 10:00 | 9:40-10:20 一般演題口演 1 (各 10 分× 4 演題) 座長：神田 由佳 (日本赤十字看護大学大学院) | 9:40-11:00 管理栄養士セッション：管理栄養士が知っておきたい重症患者の栄養サポートと多職種連携 座長：福勢麻結子 (東京医科大学病院栄養管理科) 武田佳奈子 (東京医科大学病院栄養管理科) 演者：工藤 雄洋 (神奈川県済生会横浜市東部病院 栄養部) 寺田 師 (医療法人社団愛友会上尾中央総合病院 診療技術部栄養科) 大川 李絵 (横浜市立みなと赤十字病院) |
| 11:00 | 10:20-11:00 一般演題口演 2 (各 10 分× 4 演題) 座長：本濱 諭 (東京済生会中央病院薬剤部) | |
| 12:00 | 11:05-12:25 一般演題口演 3 (各 10 分× 9 演題) 座長：吉田 稔 (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) | 11:05-12:25 看護師セッション：患者の願いを叶えるためのリハと栄養 - 看護専門職として考える - 座長：森 みさ子 (聖マリアンナ医科大学病院看護副部長) 演者：最上谷拓磨 (聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 リハビリテーション部) 片淵 泉 (日本医科大学付属病院 看護部) 柴山志穂美 (神奈川県立保健福祉大学実践教育センター) |
| 13:00 | 12:35-13:35 ランチョンセミナー 1 共催：ネスレヘルスサイエンスカンパニー 院内唯一の栄養専門職として患者ファーストを貫く - 食材費高騰と経腸栄養合併症を考える - 座長：野村 栄治 (東海大学医学部付属八王子病院消化器外科 教授) 演者：宮澤 靖 (東京医科大学病院栄養管理科 科長) | 12:35-13:35 ランチョンセミナー 2 共催：大塚製薬工場 高齢者のフレイル・サルコペニア対策と栄養管理 座長：山口 浩和 (公立昭和病院 副院長) 演者：小川 純人 (東京大学大学院医学系研究科老年病学 准教授) |
| 14:00 | 13:40-15:00 教育講演：在宅医療における食支援の重要性 座長：水野 英彰 (悦伝会 目白第二病院 外科) 演者：佐々木 淳 (医療法人社団悠翔会 理事長) | 13:40-15:00 薬剤師セッション：現状を知り、次の在宅栄養管理を創る ~在宅栄養管理の連携~ 座長：高坂 聡 (東京医科大学八王子医療センター薬剤部) 前田 匡輝 (公立昭和病院 薬剤部) 演者：佐藤 美穂 (東京医科大学八王子医療センター 薬剤部) 杉浦 美砂 (医療法人社団康明会病院 地域医療推進部) 朝倉 之基 (FiveStar 訪問看護・栄養管理 Station) 川上 真成 (八王子薬剤センター薬局) 池田 大輔 (厚生労働省医政局地域医療計画課外来・在宅医療対策室) |
| 15:00 | 15:05-15:45 一般演題口演 4 (各 10 分× 4 演題) 座長：齊藤 大蔵 (社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院) | 15:10-16:10 スイーツセミナー 「食べる力」の組み立て方 ~見逃せないポイントはこちら！~ 共催：株式会社八光 座長：宮澤 靖 (東京医科大学病院栄養管理科 科長) 演者：長谷 剛志 (公立能登総合病院 歯科口腔外科 部長) |
| 16:00 | | |
| 17:00 | 16:15-17:15 特別講演：医療者にも必要な財政金融政策の知識 座長：大村 健二 (上尾中央総合病院 外科) 演者：松本 尚 (衆議院議員・日本医科大学特任教授) | 16:20-17:10 一般演題口演 5 (各 10 分× 5 演題) 座長：古田 雅 (東邦大学医療センター大森病院 栄養部 臨床栄養管理室) |
| | 17:15-17:25 優秀演題賞表彰： 鷺澤 尚宏 (東邦大学医療センター大森病院栄養治療センター) | |
| | 17:25-17:30 次大会長ご挨拶 | |
| | 17:30-17:35 閉会挨拶 | 次大会長：市川 大輔 (山梨大学医学部外科学講座第一教室 教授) |
| 18:00 | | |

| | 展示会場 | 4F 402BCD |
|-------|--------------------|---|
| 9:00 | | |
| | 9:30-16:30 展示会場 | |
| 10:00 | | |
| | | |
| 11:00 | | |
| | | |
| 12:00 | | |
| | | |
| 13:00 | | |
| | | |
| 14:00 | | 13:40-14:40 首都圏支部会報告、首都圏支部会役員会： 鷺沢 尚宏（東邦大学医療センター大森病院栄養治療センター） |
| | | |
| 15:00 | | 14:50-15:35 東京 NST 専門療法士連絡会 |
| | | |
| 16:00 | | 15:45-16:45 神奈川 NST 専門療法士連絡会： |
| | | |
| 17:00 | | |
| | | |
| 18:00 | | |

プログラム

開会挨拶

9:30 ~ 9:35

特別講演

16:15 ~ 17:15

座長：大村 健二（上尾中央総合病院 外科）

医療者にも必要な財政金融政策の知識

松本 尚（衆議院議員・日本医科大学特任教授）

教育講演

13:40 ~ 15:00

座長：水野 英彰（悦伝会 目白第二病院 副院長）

在宅医療における食支援の重要性

佐々木 淳（医療法人社団悠翔会 理事長）

ランチョンセミナー 1

12:35 ~ 13:35

座長：野村 栄治（東海大学医学部附属八王子病院 消化器外科 教授）

院内唯一の栄養専門職として患者ファーストを貫くー食材費高騰と経腸栄養合併症を考えるー

宮澤 靖（東京医科大学病院 栄養管理科 科長）

共催企業：ネスレ日本株式会社ネスレヘルスサイエンスカンパニー

ランチョンセミナー 2

12:35 ~ 13:35

座長：山口 浩和（公立昭和病院 副院長）

高齢者のフレイル・サルコペニア対策と栄養管理

小川 純人（東京大学大学院医学系研究科老年病学 准教授）

共催企業：株式会社大塚製薬工場

スイーツセミナー

15:10 ~ 16:10

座長：宮澤 靖（東京医科大学病院 栄養管理科 科長）

「食べる力」の組み立て方 ～見逃せないポイントはここだ！～

長谷 剛志（公立能登総合病院 歯科口腔外科 部長）

共催企業：株式会社八光

管理栄養士セッション 管理栄養士が知っておきたい重症患者の栄養サポートと多職種連携

9:40 ~ 11:00

座長：福勢麻結子（東京医科大学病院栄養管理科）

武田佳奈子（東京医科大学病院栄養管理科）

「早期栄養介入管理加算」算定に向けての取り組み

工藤 雄洋（神奈川県済生会横浜市東部病院 栄養部）

重症患者への栄養サポートを通じて、多職種で栄養管理の価値を共有する

寺田 師（医療法人社団愛友会上尾中央総合病院診療技術部栄養科）

当院ICUにおける早期栄養介入の実際と多職種連携

大川 李絵（横浜市立みなと赤十字病院）

看護師セッション 患者の願いを叶えるためのリハと栄養-看護専門職として考える-

11:05 ~ 12:25

座長：森 みさ子（聖マリアンナ医科大学病院看護副部長）

脳卒中後の回復を支援する栄養サポートと連携のコツ

最上谷拓磨（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院リハビリテーション部）

脳卒中患者の「口から食べる」の実現へ向けて

片渕 泉（日本医科大学付属病院 看護部）

地域での望む生活を実現するための看護のマネジメント

～栄養・リハビリテーションとの連携～

柴山志穂美（神奈川県立保健福祉大学実践教育センター）

薬剤師セッション 現状を知り、次の在宅栄養管理を創る ～在宅栄養管理の連携～

13:40 ~ 15:00

座長：高坂 聡（東京医科大学八王子医療センター 薬剤部）

前田 匡輝（公立昭和病院 薬剤部）

当院における胃瘻造設時の経験～患者視点からみるデバイスの使用感について～

佐藤 美穂（東京医科大学八王子医療センター 薬剤部）

在宅中心静脈栄養管理の実際～在宅でできること、難しいこと～

杉浦 美砂（医療法人社団康明会病院 薬学部）

訪問看護の現状：病院と在宅の連携で感じること

朝倉 之基（FiveStar 訪問看護・栄養管理 Station）

薬局薬剤師から見た経管栄養・中心静脈栄養を用いた在宅栄養管理の課題と展望

川上 真成（八王子薬剤センター薬局）

第8次医療計画からみる、在宅医療における薬剤師への期待

池田 大輔（厚生労働省 医政局 地域医療計画課 外来・在宅医療対策室）

- 1-1 急性期病院に従事する特定看護師の栄養領域での実績と今後の展望
中村由貴子（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護部）
- 1-2 入院前患者の高齢者機能評価とサルコペニアの関連について
高木 久美（がん研究会有明病院 栄養管理部）
- 1-3 人工呼吸器管理中の体重減少に対して様々な栄養管理を要した一例
齋藤 七帆（昭和大学病院 栄養科）
- 1-4 当院における低栄養患者を抽出するスクリーニング方法の工夫 - 第1報 -
大坪 千智（横浜市立みなと赤十字病院看護部）

- 2-1 COVID-19 症例に対する早期 Supplemental Parenteral Nutrition (SPN) の介入に関する報告
浅川 浩樹（北杜市立甲陽病院薬剤科）
- 2-2 COVID-19 重症患者に対する当院での栄養サポート
伊藤明日香（東京医科大学病院 栄養管理科）
- 2-3 COVID-19 症例のサルコペニアと栄養状態に関する検討
中瀬 一（北杜市立甲陽病院 外科）
- 2-4 全人工膝関節置換術後のリハビリテーション期間における栄養学的・身体的状況と POMS2
日本語版による心理経過
田中 綾（東邦大学医療センター大森病院 栄養部）

- 3-1 胃切除後における膵外分泌機能変化が栄養状態に与える影響
仲山 孝（山梨大学医学部外科学講座第1教室）
- 3-2 肥満患者に対し胃全摘術が与える影響
滝口 光一（山梨大学医学部外科学講座第1教室）
- 3-3 Modified Glasgow Prognostic Score (mGPS) を用いた大腸癌の術後長期成績に関する検討
古屋 信二（山梨大学医学部外科学講座第1教室）
- 3-4 高齢者食道癌手術の栄養指標を用いた検討
白石 謙介（山梨大学医学部 第一外科）
- 3-5 大腿骨近位部骨折の術後肺炎を発症した患者の発生要因の振り返り
中山 恵子（地方独立行政法人 新小山市民病院）
- 3-6 ICU における栄養評価を目的とした体成分分析装置の活用と実践報告
福勢麻結子（東京医科大学病院）

3-7 BMI35 以上の脳卒中患者の診療と栄養管理を振り返る

池田 尚人（昭和大学江東豊洲病院 脳神経外科）

3-8 管理栄養士の病棟常駐によるタスクシフト・タスクシェアの効果

齊藤 大蔵（社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院）

3-9 2 型糖尿病の栄養指導における生体電気インピーダンス法の活用

西坂 尚子（医療法人社団 守成会 広瀬病院 栄養管理室）

一般演題 口演 4

15:05 ～ 15:45

座長：齊藤 大蔵（社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院）

4-1 中心静脈栄養管理を行った後、胃瘻からの経管栄養開始後に胆嚢炎を発症した一例

長門 直（JCHO 東京山手メディカルセンター）

4-2 大腿骨近位部骨折ボードにおける管理栄養士の関わり

山田 咲（東京大学医学部附属病院）

4-3 重度アルコール性肝硬変患者の褥瘡栄養管理について

～多職種間で肝性脳症を予防しながら高たんぱく質食を提供した事例～

小西 瑤子（社会医療法人社団厚潤会 花輪病院）

4-4 膠原病科入院患者における血清アルブミン値、反応性蛋白と薬剤の評価

長岡すみか（東邦大学医療センター大森病院 栄養治療センター）

一般演題 口演 5

16:20 ～ 17:10

座長：古田 雅（東邦大学医療センター大森病院 栄養部 臨床栄養管理室）

5-1 栄養サポートチーム介入時における Refeeding 症候群のハイリスク因子の検討

中畝 晋（東京女子医科大学附属足立医療センター 臨床栄養部）

5-2 特定機能病院の NST 活動の現状と今後の課題

～入院栄養管理体制加算と栄養サポートチーム加算～

久保麻友子（東京医科大学病院）

5-3 病棟栄養カンファレンス ～スクリーニング項目改定前後での比較～

村田 里佳（公立昭和病院）

5-4 脳神経外科病棟における病棟常駐型栄養サポートの実践～脳腫瘍術後の経口摂取につなげた 1 例～

千葉枝里子（東京医科大学病院）

5-5 住宅型ホスピスにおけるがん末期患者 NST ラウンドでの管理栄養士の役割

折笠瑛美里（医療法人社団ユニメディコ NST チーム）

首都圏支部会報告

13:40 ～ 14:00

鷲澤 尚宏（東邦大学医療センター大森病院栄養治療センター）

首都県支部会役員会

14:00 ～ 14:30

優秀演題賞表彰

17:05 ～ 17:15

鷺澤 尚宏（東邦大学医療センター大森病院栄養治療センター）

次大会長ご挨拶

17:15 ～ 17:20

市川 大輔（山梨大学医学部外科学講座第一教室教授）

閉会挨拶

17:20 ～ 17:30

参加者のみなさまへのご案内とお願い

1. 参加申込方法について

事前参加申込済の方は、事前参加登録受付にて、参加証をお受け取りいただきご入場ください。

当日参加登録の方は、現地にて参加費（現金のみ）をお支払いください。

●受付開始 2023 年 5 月 27 日（土） 9：30 ～ 17：10

●受付場所 ステーションコンファレンス東京

●参加費

【会 員】 事前 3,500 円／当日 4,000 円

【非会員】 事前 4,000 円／当日 4,500 円

【学 生】 事前 1,000 円／当日 1,500 円

※参加証の再発行は行いませんので、ご注意ください。

※学生の方は学生証をご提示ください。

現金払いのみでのお支払いとなります。

2. 共催セミナー（ランチョンセミナー / スイーツセミナー）について

共催セミナーは、セミナー開始前に入り口にてお弁当（またはお菓子）を配布させていただきます。

※数に限りがございますので、品切れの場合があることをご了承ください。

共催セミナーは、下記の通りでございます。

●ランチョンセミナー 1

ステーションコンファレンス東京 第 1 会場（6F 602）

12：35 ～ 13：35

共催：ネスレ日本株式会社ネスレヘルスサイエンスカンパニー

●ランチョンセミナー 2

ステーションコンファレンス東京 第 2 会場（6F 605）

12：35 ～ 13：35

共催：株式会社大塚製薬工場

●スイーツセミナー

ステーションコンファレンス東京 第 2 会場（6F 605）

15：10 ～ 16：10

共催：株式会社八光

3. 単位について

当日付与される単位は下記の通りです。

| 単位名 | 単位数 | 取得方法 |
|-------------------------------|-----|-------------|
| 日本臨床栄養代謝学会 NST 専門療法士 認定・更新 | 5 | 本会参加証をもって申請 |
| 公益社団法人日本栄養士会 生涯教育自己研鑽単位 | 2 | 本会参加証をもって申請 |

4. ご注意

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。

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。

5. 関連会議について

1) 日本臨床栄養代謝学会首都圏支部会役員会

時間 13:40 ~ 14:40

会場 ステーションコンファレンス東京 4F 402BCD

2) 東京 NST 専門療法士連絡会

時間 14:50 ~ 15:35

会場 ステーションコンファレンス東京 4F 402BCD

3) 神奈川 NST 専門療法士連絡会

時間 15:45 ~ 16:45

会場 ステーションコンファレンス東京 4F 402BCD

座長・演者のみなさまへのご案内とお願い

【口演発表形式のみなさまへ】

1. 発表方法について

- PC による発表となります。
一般演題は1 演題につき発表 6 分＋質疑応答 2 分です。
時間厳守でお願いいたします。

2. 座長のみなさまへ

- 担当セッション開始の 20 分前までに、座長・演者受付にて受付をお願いします。
- 担当セッションの開始 15 分前に、会場前方の次座長席にご着席ください。

3. 演者のみなさまへ

- 受付にて参加登録を済ませてから、該当するセッションの開始 30 分前までに各会場前方左手のオペレーター席にて発表データの提出をお願いいたします (USB メモリでご持参ください)。
- 発表セッションの 15 分前までに、会場前方の次演者席にご着席ください。
- データを発表用 PC にコピーしますが、学術集会終了後、事務局が責任を持って消去いたします。
- 会場の PC が対応するアプリケーションは、
Windows 版 OS は 10、Power Point は、2007/2010/2016/2019 です。
- Windows Power Point にて作成したスライドは、スライドのサイズ設定を「16:9」に設定ください。
- 発表データは、作成したパソコン以外でも正常に動作することをご確認のうえ、ご持参ください。
- 文字フォントは特殊なものではなく、標準搭載のものをご使用ください。
- 発表データのファイル名は「(演題番号) (氏名)」としてください。
例：「演題番号 1 発表太郎」
- 持ち込まれるメディアのウィルスチェックを済ませてからご持参ください。
- 次の場合は PC をお持ちください。
 - * 動画をお使いの方
 - * 発表者用ツールをお使いの方
 - * Macintosh の使用をご希望の方
- プロジェクターとの接続ケーブルをお持ちください。
- Macintosh では HDMI との接続に変換コネクタが必要となりますので、必ずお持ちください。
- AC アダプター、バックアップデータもあわせてお持ちください。
- ノートパソコンから外部モニターに正しく出力されるか、ご確認ください。
- スクリーンセーバー、省電力設定は解除しておいてください。
- 起動時にパスワード等を設定している場合は、予め解除しておいてください。
- 指定形式による COI の開示をお願いいたします。

交通案内・会場案内

<ステーションコンファレンス東京>

■住所

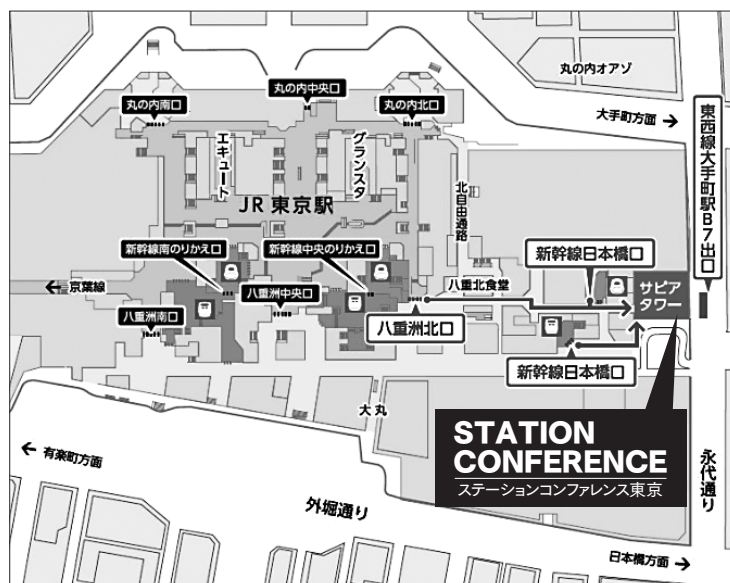
〒100-0005
東京都千代田区丸の内1丁目7-12
サピアタワー 6階

■電話

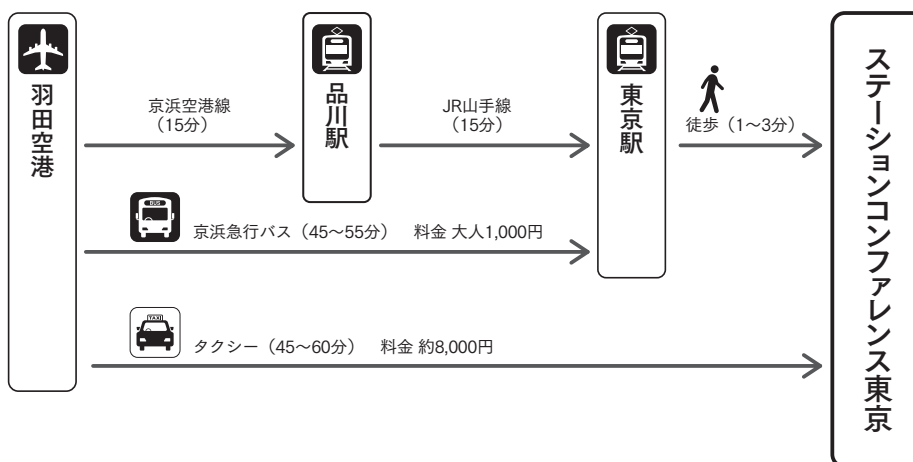
03-6888-8080（大代表）

■交通アクセス

- ・JR東京駅日本橋口直結八重洲北口
徒歩2分
- ・JR東京駅日本橋口直結
- ・東京メトロ東西線大手町駅B7より
徒歩1分
- ・新幹線日本橋口改札徒歩1分



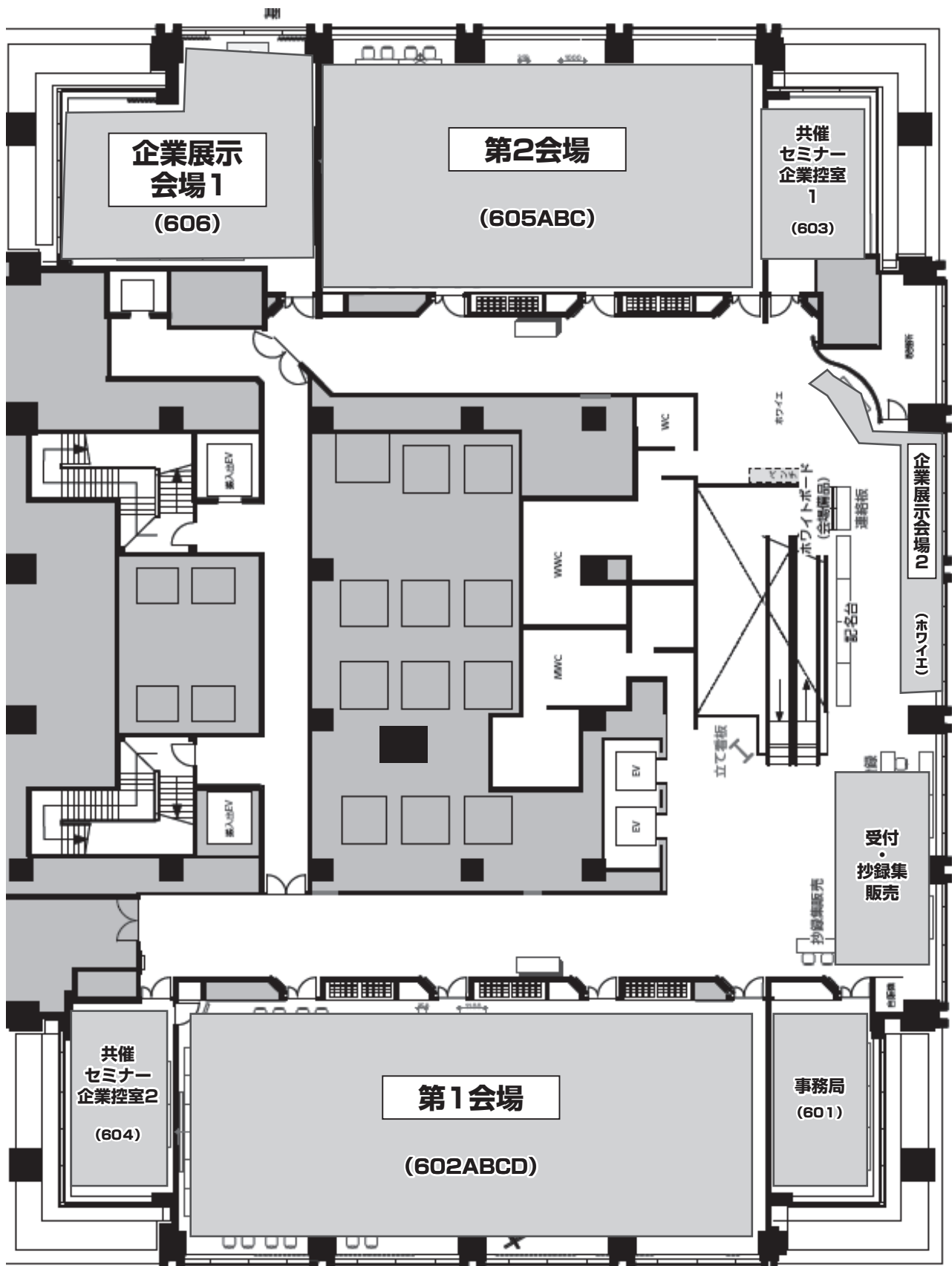
■電車でお越しの場合



【京浜急行バス】下記のりばから、東京駅 鉄鋼ビル1階バスターミナル2番のりば着

- ・羽田空港第1ターミナル 1階到着ロビー 3番のりば
- ・羽田空港第2ターミナル 1階到着ロビー 4番のりば
- ・羽田空港第3ターミナル 1番のりば

会場図



抄 録

特別講演

教育講演

共催セミナー

管理栄養士セッション

看護師セッション

薬剤師セッション

一般演題口演

特別講演

医療者にも必要な財政金融政策の知識

座 長: 大村 健二¹⁾

演 者: 松本 尚²⁾

1) 上尾中央総合病院 外科

2) 衆議院議員・日本医科大学特任教授

(現状) わが国の国民医療費は 2020 年には 44 兆 9,665 億円であり、その財源の内訳は国庫負担(税金) 38.4%、保険料 49.5%、患者負担 11.5%であった。2 年に 1 度の診療報酬改定では、長年にわたり薬価の引き下げによってかろうじて本体部分の増額を確保しているのが現状である。そのためわが国の創薬力は大きく後退し、昨今のコロナ禍では治療薬、ワクチンの購入によって国富が海外に流出することにもなった。

増え続ける医療費の確保のためには、患者負担を増やすか、保険料を引き上げるか、公費の投入を増加させるかしかないが、前 2 者は確実に国民の負担を増やすことになるため好ましくはない。医療費へのさらなる公費投入のためには税金そのものを増やす必要があるが、結局は税率を上げることで税金を増やすということになり、これもまた間接的に国民に負担を強いることになる。

(どうする財源) 国全体の経済状況はアベノミクスを経た現在でもデフレからの完全脱却はできておらず、世界的に見ても労働者の賃金は低いままである。財務省は緊縮財政を続け、わが国の国内総生産(GDP) 1.7%は世界 157 位(2021 年)である。このような状況下で税率を上げることができるだろうか? 一方で、いつまでも少ない「パイ」を奪い合うような診療報酬改定を続ければ、医療従事者全体への利益の分配は進まない。如何にすれば税金を上げることができ、その一部を医療費への国費投入に回すことができるか、医療界全体も経済政策についての知識を持つ必要がある。

教育講演

在宅医療における食支援の重要性

座 長: 水野 英彰¹⁾

演 者: 佐々木 淳²⁾

1) 悦伝会 目白第二病院

2) 医療法人社団悠翔会

要介護高齢者は脆弱性が目立ち、入院への依存度が高い。患者・家族・介護者の多くも「何かの時は入院できたら安心」と考えている。しかし入院にはリスク＝入院関連機能障害が伴う。実際、要介護高齢者の多くは、入院により階段状の身体機能・認知機能が低下、要介護度が悪化していく。在宅医療においては、入院が必要な事態になるべく生じないよう①日頃からの予防医学的な支援を行うこと、②体調悪化時に在宅で対応できる範囲を広げること、③入院した場合は、できるだけ早期退院につなぐこと、④退院直後の集中的介入により機能回復を促すこと、この4点が重要になる。そして、そのいずれも食支援がそのキーとなる。

現状、食支援の重要性は患者本人・家族、そして専門職においても、いまだ十分に認識されていない。そして、不適切な栄養管理により、低栄養、サルコペニア、フレイル、廃用症候群と負のスパイラルに陥り、老化のプロセスを加速させているケースも目立つ。これらは高齢者にとって介護依存度や死亡のリスクを高め、QOLを低下させる。在宅高齢者の健康を守るために、まずは低栄養という病態に対して地域住民も含めた、地域全体の認知度を上げていく必要もある。

また在宅での食支援のターゲットは、栄養状態だけではない。その人の生活であり、その人の人生そのものである。在宅患者の多くは治らない病気や障害とともに人生の最終段階に近いところを生きている。栄養改善という医学モデル的側面のみならず、生活の楽しさ、人生への納得という生活モデル的側面も重要になる。

栄養価の高い食材も、単なる「栄養補給」では味気ない。誰と食べるかも非常に重要なファクターである。食はコミュニケーションの場であり、人生の喜びでもある。在宅食支援を通じて、食べることの本来の意味を見直すきっかけを作りたい。

共催セミナー

ランチョンセミナー 1

共催：ネスレ日本株式会社

ネスレヘルスサイエンスカンパニー

ランチョンセミナー 2

共催：株式会社大塚製薬工場

スイーツセミナー

共催：株式会社八光

共催企業:ネスレ日本株式会社ネスレヘルスサイエンスカンパニー

院内唯一の栄養専門職として患者ファーストを貫く — 食材費高騰と経腸栄養合併症を考える —

座 長:野村 栄治¹⁾演 者:宮澤 靖²⁾

1) 東海大学医学部付属八王子病院 消化器外科 教授

2) 東京医科大学病院 栄養管理科 科長

近年、食材料費の高騰に歯止めがかからない。帝国データバンクは、「食品主要 105 社」価格改定動向調査を行い、2022 年の動向と 2023 年の見通しについて発表した。2022 年は記録的な値上げの 1 年となり、上場する主要飲食物品メーカー 105 社における 2022 年の価格改定品目数は、最終的に 2 万 822 品目、値上げ率平均 14%という結果になった。値上げが本格化した 2022 年 4 月は、輸入小麦の政府売渡価格が前年比 2 割増の水準が続いた小麦粉を主原料とする食品の値上げが相次いで実施された。さらに食用油、大豆、砂糖など「主原料系の食材価格高騰」が周辺商材に波及して、加工食品を中心に本体価格へ反映させる動きが急増した。ロシアによるウクライナ侵攻以後、世界的に原油の安定供給に懸念が高まり、原油価格も年初から比較して大幅に上昇したことで、燃料コストも急騰。原油由来のプラスチック製品、トレーやフィルムなど包装資材も上昇したことで、幅広い物品に値上げの動きが広がった。この高騰に伴い病院・施設給食の食材費高騰もあり、各施設での懸命な努力が必要となった。また、先の高騰により濃厚流動食や病者用食品の値上げも致し方ない状況に迫られてきている。我々は院内唯一の栄養専門職として患者ファーストを貫くという基本的姿勢を再度確認しなくてはならない。また、令和 4 年度診療報酬改定では超急性期から急性期の栄養サポートに関する評価が新設、見直しがなされ、そのような病態下にある患者においては経腸栄養法を施行されている症例が多いため合併症の対策や何より患者にマッチングした濃厚流動食の選択を「価格ではなく組成」という極めて根本的なことに軸足を置かなくてはならない。今回は食材費高騰と経腸栄養合併症を皆さんと再考していきたい。

共催企業:株式会社大塚製薬工場

高齢者のフレイル・サルコペニア対策と栄養管理

座 長:山口 浩和¹⁾演 者:小川 純人²⁾

1) 公立昭和病院 副院長

2) 東京大学大学院医学系研究科老年病学 准教授

高齢者のフレイルは、「高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡等の転帰に陥りやすい状態」と理解され、要介護リスクの増大だけでなく生命予後やQOLにも影響をおよぼすとされる。このため、早期からのフレイル対策を含めた介護予防対策や啓発は重要と考えられる。2020年度から全国で展開されている後期高齢者の質問票（15項目）、いわゆる「フレイル健診」もその一つであり、日本医学会連合より2022年度に発表された「フレイル・ロコモ克服のための医学会宣言」等においても、健康寿命延伸に向けた介護予防・フレイル予防等の重要性が示されている。近年、こうしたフレイルの重要かつ中核的な要素として、サルコペニアにも注目が集まるようになってきており、日本人を含むサルコペニアの診断基準や診療ガイドラインが発表・改訂されるに至っている。

これまでの研究から、フレイル・サルコペニアの発症や進展には、加齢に伴う性ホルモン低下や栄養障害をはじめとする様々な要因が関与している可能性が次第に明らかになり、高齢者の周術期やフレイル・サルコペニア対策としての栄養管理も注目されている。また、わが国における65歳以上の非がん高齢入院患者を対象とした経静脈栄養と入院中生存率に関する私達の検討でも、経静脈栄養中のアミノ酸量と入院中生存率との関連性が示唆された（Tamiya H, Ogawa S et al. Am J Clin Nutr (2021)）。今回、高齢者のフレイル・サルコペニアを中心に、栄養介入、運動介入をはじめとした多面的なアプローチによる予防・治療対策や可能性を含めて紹介したい。

共催企業：株式会社八光

「食べる力」の組み立て方 ～ 見逃せないポイントはここだ！ ～

座 長：宮澤 靖¹⁾
演 者：長谷 剛志²⁾

1) 東京医科大学病院 栄養管理科 科長

2) 公立能登総合病院 歯科口腔外科 部長

言うまでもないが、本来、人間にとって「食べること」とは、咀嚼や嚥下に限定された機能ではない。しかし、老化や疾病によって食べられなくなると、周囲が誤嚥や窒息のリスクを懸念するあまり「摂食嚥下障害」のもと医学的評価が優先されることが多い。その場合、改訂水飲みテストに代表される嚥下スクリーニングテストや嚥下内視鏡検査（videoendoscopic evaluation of swallowing：以下 VE）等が用いられる。これらは、主に咽頭における機能的情報を得るために非常に有効な手段であり、外観検査としての食事場面の観察（以下ミールラウンド）と併せると、さらに効果的かつ安全な食事介助の方法や代償法の指導に繋げることができる。

一方、ミールラウンドを軽視し、VE等の医学的評価のみに頼ると、過度なリスク管理が先行し、とりあえずの食形態崩しや禁食指示に至るケースも珍しくない。確かに、食塊形成や舌の移送、嚥下反射の惹起、圧形成など口腔や咽頭の機能的所見も大切であるが、「摂食嚥下障害」がある人の背景疾患や療養環境・栄養摂取に対する考え方を顧みない嚥下評価は、「食べること」から得られる心理的満足や欲求を無視した医療者満足の横暴な食事提供に繋がり兼ねない。

そこで、生活的視点からも「食べること」を多角的に評価することを目的として、食事観察サポートソフト「い〜とみる」を開発した。咀嚼や嚥下機能のほか、食事中の姿勢や全身状態、食物認知機能に関わる25項目をチェックし、その原因と対応策を検討するツールである。今回、その開発経緯と一歩進んだ効率よい食事観察のノウハウについてご紹介する予定である。

管理栄養士セッション

管理栄養士が知っておきたい
重症患者の栄養サポートと多職種連携

座長

福勢 麻結子

(東京医科大学病院栄養管理科)

武田 佳奈子

(東京医科大学病院栄養管理科)

「早期栄養介入管理加算」算定に向けての取り組み

工藤 雄洋¹⁾、横手 隆幸¹⁾、南村 智史¹⁾、原口 さやか¹⁾、林 純平¹⁾、齊田 真理¹⁾³⁾、高橋 宏行²⁾

1) 神奈川県済生会横浜市東部病院 栄養部

2) 神奈川県済生会横浜市東部病院 集中治療科

3) 愛媛大学大学院医学系研究科救急医学講座

当院は2007年、横浜市東部地区に3次救急を受け入れる救命救急センター、集中治療室（以下ICU）を要する急性期医療を担う地域中核病院として開院した。当院のICUはクローズドICUであり、24時間専門の集中治療医が常駐しているのが大きな特徴である。管理栄養士も開院より病棟担当制の栄養管理を行っており、ICUにも担当管理栄養士を配置してきたが、その他の業務も兼務している事から常駐配置には至っていなかった。2020年の診療報酬改定によりICUでの「早期栄養介入管理加算」が新設された事で、当院でも担当制から常駐配置に変更し、月曜から土曜までは必ず専従の管理栄養士が配置できるよう、複数の専任管理栄養士が交代で勤務できるようにシフトの調整を行った。ICU専従管理栄養士の業務内容として、入室時の栄養スクリーニングから栄養管理計画の作成、48時間以内に経腸栄養開始出来た患者に関しては1日3回のモニタリング実施、毎朝の他職種カンファレンスへの参加など、多岐に亘る。専従管理栄養士の配置により、他職種とコミュニケーションを図る機会も増え、ICUスタッフの栄養管理に対する考えがより一層高まったように感じている。更には早期経腸栄養に対する意識も高まり、2020年度の「早期栄養介入管理加算」算定件数は1,225件（総入室患者の59.4%）、2021年度は1,635件（総入室患者の68.7%）と、6割から7割の患者で48時間以内に経腸栄養が開始できていた。2022年度からは対象となる病棟が増えた事から、救命ICU（EICU）にも専従管理栄養士を配置し、「早期栄養介入管理加算」の算定を進めている。更に次年度からは栄養部の人員も増やし、今後は更なる病棟への管理栄養士の専従配置を進めていく予定である。

重症患者への栄養サポートを通じて、多職種で栄養管理の価値を共有する

寺田 師

医療法人社団愛友会 上尾中央総合病院 診療技術部 栄養科

当院は総病床数 733 床であり、そのうち ICU 22 床、HCU 28 床を有する急性期病院である。本セッションでは、以下の 4 つの内容について述べる。①早期栄養介入管理加算の新設に伴う管理栄養士の体制整備、②他職種へ重症患者の栄養管理の啓発や働きかけ、③栄養サポートの実践方法と多職種連携、④ ICU・HCU 専任管理栄養士と病棟担当管理栄養士の連携についてである。

様々な医療職の専門性は、栄養管理の円滑な実施に寄与している。また、適切な栄養管理は、様々な医療職の目標達成に寄与している。しかし、ICU 専任管理栄養士の配置前までは、重症患者に関わる個々人にまで各職種の専門性と栄養管理の相互的な価値が浸透していなかったと感じている。現在は、①～④による重症患者への栄養サポートを通じて、多職種に栄養管理の価値が共有されつつあると感じている。

当院の経験が、皆様の診療に少しでも参考になれば幸いである。

当院 ICU における早期栄養介入の実際と多職種連携

大川 李絵¹⁾、小林 正幸²⁾、黒田 貴子²⁾

1) 横浜市立みなと赤十字病院

2) 横浜市立みなと赤十字病院 栄養部

これまで病院の管理栄養士は、亜急性期、慢性期、回復期での栄養介入を主軸にしていることが多かった。しかし、2020年に特定集中治療室（ICU）の患者を対象に「早期栄養介入管理加算」が新設され、超急性期というフェーズへ新たに足を踏み入れた管理栄養士は多い。2022年の改定では、経腸栄養に限らず栄養介入することが加算の対象となり、重症患者の栄養に対する重要性が更に高まり、多職種連携で患者個々に合った適切な栄養療法を実施することが強化されたと認識している。

当院は semi-closed 体制の ICU10 床、ハイケアユニット（HCU）8 床を有する三次救急医療指定病院である。2016 年より病棟担当制として ICU に管理栄養士を配置し、2020 年 5 月より専任 1 名を配置し算定を開始した。それに伴い毎朝の ICU 多職種カンファレンスに本格的に参加し、多職種との密な連携で多角的な栄養のアプローチが可能となった。2022 年 5 月より専任 2 名へ増やし HCU においても算定を実施している。ICU での加算は、2020 年度 522 件（入室患者の 54%）、2022 年 12 月までで経腸 473 件・経腸以外 431 件（入室患者の 80%）と管理栄養士のマンパワー不足もあり算定数としては現状が限界と思われるが、算定の可否に関わらず入室患者の 95% に介入し、退室時にはシームレスな栄養療法を一般病棟へ繋げている。

PICS という概念が提唱されてから筋肉量や ADL などの長期機能予後を栄養療法のアウトカムとされることが多くなった。今後は重症病態を脱した後の栄養療法も重要であり、栄養療法単独では実現できないアウトカムを多職種協働で作っていきたい。

看護師セッション

患者の願いを叶えるためのリハと栄養
- 看護専門職として考える -

座長

森 みさ子

(聖マリアンナ医科大学病院看護副部長)

脳卒中後の回復を支援する栄養サポートと連携のコツ

最上谷 拓磨

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院リハビリテーション部

脳卒中発症者は年間 29 万人とされており、その約半数は自立した生活に復帰できるものの、残る半数は要介護状態または死亡する病である。脳卒中患者の最大の願いは ADL の再獲得である。近年、脳卒中後の ADL と栄養状態が関連することが数多く報告され、脳卒中後に患者の願いを達成するためには、栄養サポートは必須である。

しかし、実臨床で栄養の必要性は理解していても実際に行動できるスタッフは多くないのが現状である。人の行動の発現には、行動の成果について見通しを与える知識の付与が重要とされる。そこで本演題の前半では、脳卒中後の ADL 再獲得に向けた体重や骨格筋の維持、栄養管理の重要性を提示する。

加えて発現した行動を定着させるためには、行動によって生じたポジティブな感情が必要である。当院では、低栄養予防を意図して導入した早期経腸栄養プロトコルが定着している。定着の背景にはプロトコル導入後、患者群の体重減少や下痢、嘔吐、便秘が軽減したことを成果として多職種で共有し、研究結果を報告したことが挙げられる。早期経腸栄養プロトコルによって超急性期の低栄養は回避できることが多くなったが、経口摂取に切り替えた際に生じる摂取栄養量の低下（栄養摂取の谷）によって低栄養を来たしやすい。栄養摂取の谷を回避するためには、多職種で食事環境を調整し摂食量を増やす取り組みが必要である。本演題の後半では、プロトコル導入とその成果、栄養摂取の谷に対する多職種連携例と現場レベルで出来る成果の共有について示す。

脳卒中患者の「口から食べる」の実現に向けて

片渕 泉

日本医科大学付属病院 SU/HCU

食事は、人にとって生活の一部であり、楽しみの一つである。脳卒中という病を患っても、食事が楽しみの一つであり続けてほしいと考える。摂食・嚥下障害看護認定看護師（以下認定看護師）として、脳卒中患者の「口から食べたい」思いに寄り添い、経口摂取につなげることで患者のQOLの維持向上につながると考える。しかし、急性期脳卒中患者は、意識障害や嚥下機能障害に伴う誤嚥から脳卒中に関連した肺炎を合併することが多く、患者のQOLを低下させると言われている。

そこで、安全かつ早期から経口摂取を開始するために、Stroke Unit（SU）看護師全員が嚥下機能評価を実践できるように看護師教育に力をいれた。その結果、SUの看護師が嚥下機能評価の実施へ自信を持つことができた。それにより、入院患者の約80%が入院初期より経口摂取を開始することができている。初回評価で経管栄養となった患者も約50%は経口摂取に移行でき、患者の「口から食べる」の実現につながっていると考える。さらに、看護師の経口摂取への意識の変化にもつながり、入院から嚥下評価までの日数は 1.6 ± 0.8 日まで短縮された。また、SUに認定看護師がいることで、病棟看護師の困りごとに対する相談窓口となり、必要なサポート（食形態・姿勢の調整など）のために、多職種との連携の起点となる。さらに、多職種が協働し、患者の「口から食べる」楽しみを継続することができている。

今後も、SU看護師や多職種と共に、日々変化する患者の状態に応じた経口摂取の方法を見出し、回復期へつなげるための看護の役割について考えていきたい。

地域での望む生活を実現するための看護のマネジメント ～栄養・リハビリテーションとの連携～

柴山 志穂美

神奈川県立保健福祉大学実践教育センター

2040年に高齢者人口がピークを迎えようとしている中、医療・介護サービスの包括的・継続的な提供体制が求められている。全身状態や生活機能の低下を予防し、必要な医療が継続されるためには、保健・医療・福祉の専門職による連携が欠かせない。

入院中に「患者」だった人は、治療中心から生活に軸足が移る。活力ある生活を送るための栄養管理は重要であり、食べるための口腔機能を維持・改善し、動ける心身機能を保つためには、栄養とリハの連携が欠かせない。しかし、栄養・リハの専門職が力を発揮するためには、社会資源不足やマネジメントなどの課題がある。

現状では、栄養やリハサービスが充足されているとは言えず、特に、栄養ケアステーションは、全国の拠点数は356か所である。また、栄養・リハの必要性に気付かなければ、課題解決につながらないため、アセスメント能力も求められる。そして、管理栄養士やリハ専門職とつながるための、地域のネットワークも必要になる。

これらの課題を解決するためには、地域包括支援センターとの連携や地域ケア会議への参加によるネットワークづくり、アセスメントの視点として、生きることの全体像を捉える共通言語としてのICF（国際生活機能分類）が活用できる。地域には、訪問・通所サービス、医療機関、自治体などの社会資源が点在しているため、多機関・多職種がチームとして機能するための、つなぐ役割が重要となる。地域での望む生活を実現するためには、退院支援から在宅支援への情報共有による連携や、必要な専門職につなげるマネジメントを通して看護専門職の役割が期待される。

薬剤師セッション

現状を知り、次の在宅栄養管理を創る
～在宅栄養管理の連携～

座長

高坂 聡

(東京医科大学八王子医療センター 薬剤部)

前田 匡輝

(公立昭和病院 薬剤部)

当院における胃瘻造設時の経験～患者視点からみるデバイスの使用感について～

佐藤 美穂

東京医科大学八王子医療センター 薬剤部

病院・施設での胃瘻管理は看護師・介護者が行うことを前提としているが、独居や高齢世帯が増えるなか、自宅では患者自身で行うこともある。今回、過去3年間当院で胃瘻造設した症例の後ろ向き調査の結果から、患者自身で行う胃瘻管理の問題点について考察した。

49症例の造設時平均年齢は76.4±6歳、選択されたデバイスはバンパーボタン型が47例、バルーンチューブ2例であった。疾患別内訳は頭頸部癌に起因する嚥下障害が27例と約半数を占めた。頭頸部癌患者の退院先は自宅23例、転院が4例であった。自宅退院後の胃瘻造設後の栄養剤投与は自身で行う場合が12例、家族のサポートや訪問看護の導入が必要となった場合が11例であった。

頭頸部癌の患者は胃瘻造設前に経鼻胃管が挿入されている場合が多く、かつADLが自立している場合が多いことから、胃瘻管理を患者本人が行う症例を当院では多く経験している。しかし、胃瘻からの栄養管理に切り替えた後に自己管理に問題が生じる場合があった。例えば、経鼻胃管ではなかった胃瘻のボタン部分が固く、開閉が困難であった症例、チューブを押し込む際に他者のサポートが必要となる症例、腹部を覗き込んで接続する必要があるため、頸部の疼痛がある患者が苦痛を感じ、「鼻管の方が簡単だった。」と訴えた症例であった。

このような患者が自宅でより良い生活を送るために、造設前に巧緻性の問題の有無やサポート環境を確認し、本人に合わせたデバイスの選択や指導を行えるような取り組みを始めている。

在宅中心静脈栄養管理の実際～在宅でできること、難しいこと～

杉浦 美砂

医療法人社団康明会病院 地域医療推進部

【目的】

癌患者の在宅中心静脈栄養管理を調剤薬局と連携し実施した例を紹介する。

【症例提示】

症例 75歳女性 卵巣癌 高度腎機能障害と糖尿病を合併し、入院中から実施していたキット製剤を用いない複雑な組成の中心静脈栄養を在宅でも継続し適宜調整した。

【考察および結論】

○院外薬局で処方可能な薬剤であれば、在宅医療に積極的に点滴調剤可能な薬局と提携し無菌混合調剤の日程に合わせて処方箋を発行することで、入院中の複雑な組成の輸液を継続し、週単位で内容を調整することが可能であった。

○在宅で使うために処方・交付できる薬剤と医療材料は一定の範囲に定められている。処方できない薬剤は医療機関が直接患家に持参して投与するか事前に薬局に渡して混合調剤を依頼しなければならない。

○側管からの点滴ならびに末梢点滴など間欠投与の薬剤は、訪問看護師と話し合い投与頻度・期間を決めるなど持続点滴とは異なる手配や手続きが必要である。

訪問看護の現状：病院と在宅の連携で感じること

朝倉 之基、添野 民江、松嶋 真哉

FiveStar 訪問看護・栄養管理 Station

日本は超高齢社会となり、さまざまな状況で医療に依存度が高い患者、利用者が在宅で暮らしている。疾患や病態の影響で経口摂取ができなくなり、栄養摂取が十分でなくなる方も少なくない。在宅では胃瘻や経鼻からの経管栄養を行う方、在宅中心静脈栄養法を利用する方もおられる。私は病院から在宅へと職場を移動したことで病院側から見た在宅における栄養管理と在宅での実際の栄養管理に違いがあることに気がついた。これまで私が見てきた位置だと退院に向けての栄養管理や連携は病院側の目線で現状をいかに在宅で再現するかということに注力していた。しかし、在宅で患者を受け入れる側になった時に気がついたのは、病院で教わってきましたということが自宅ではできないことも多いということだった。在宅は病院の延長ではない。つまり、原理原則に基づき生活の状況に応じて変化させるというひと工夫が必要であるということである。病院の1つの目標は退院であるが、在宅のゴールは何かということを念頭に介入が必要となる。つまり何かができるようになったら目標達成という概念ではなく、現状の生活を安全に続けるためのケアの目標設定が必要となる。

これらのことを踏まえ、病院と連携・調整したいことはとにかく退院できる体調にしてほしいということである。退院指導が必要とか、食事を食べられるようになったらとかそういったことは在宅ですれば良い。在院日数を伸ばすことは誰も喜ばない。患者からしたら元気になれば入院生活は苦痛となる。これからの病院と地域の連携は、いかに入院前の介入も含め、在院日数を減らし在宅で安心して暮らせるかを考えることが重要である。

薬局薬剤師から見た経管栄養・中心静脈栄養を用いた在宅栄養管理の課題と展望

川上 真成

八王子薬剤センター薬局

<目的>

近年、在宅医療の需要は高まっており、経管栄養、中心静脈栄養（TPN）および末梢静脈栄養（PPN）を用いた栄養管理が必要な患者も増えている。

八王子薬剤センター薬局は大学病院の近隣に位置し、無菌調剤室を有しているため、入院中に開始された、電解質やアミノ酸など個別に無菌調製が必要な TPN 輸液を、在宅でも継続して提供することが可能であり、15 年以上にわたって多くの在宅患者の栄養管理に寄与している。

今回は保険薬局の薬剤師としての経験から、特に TPN の無菌調製と経管栄養ポンプに係る現状と課題、そして今後の展望について報告する。

<課題>

保険薬局では病院と比較して TPN の処方頻度が少なく、個別に無菌調製が必要な TPN 輸液の処方を応需した場合、当該患者が再入院などをしてしまうと、中止となった薬剤が不良在庫となるケースが多い。こういった理由から、無菌調剤室を有していても積極的に介入できていない薬局も一定数いることが予想される。

一方、経管栄養においては、排便コントロール等を目的として投与速度を管理するために、注入ポンプを利用することがある。しかし、保険適応とするためには在宅成分栄養経管栄養法指導管理料の注入ポンプ加算の要件に合致する必要があるため、使用できる栄養剤が消化態・成分栄養剤のみに限定されてしまい、患者の状態に適した栄養剤を使用することができないことがある。

<今後の展望>

TPN については、処方元の病院等との輸液の譲渡・譲受が容易にできるような仕組みの構築が望まれる。また、経管栄養については保険適応範囲の見直しが必要と考えられる。いずれも現場から多くの声をあげて、国の制度改革につなげていくことが望まれる。

第8次医療計画からみる、在宅医療における薬剤師への期待

池田 大輔

厚生労働省 医政局 地域医療計画課 外来・在宅医療対策室

医療計画とは、都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するものである。

具体的には、地域の医療提供体制の課題に対応するよう、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、その目標を達成するために行う施策・事業等が記載されている。

また、計画期間は、6年間（中間年で必要な見直しを実施）であり、令和4年度（2022年度）には、第8次医療計画の基本方針が策定され、令和5年度（2023年度）は、都道府県における医療計画の策定年度である。

第8次医療計画の基本方針策定に際し、「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」において、麻薬調剤や無菌調剤、小児の訪問薬剤管理指導の指標例追加がとりまとめられたほか、入退院時のシームレスな薬剤管理等の必要性やターミナルケア等の高度な在宅薬学管理への薬局薬剤師の参加等の議論が行われた。

その結果、第8次医療計画に係る「在宅医療の体制構築に係る指針」では、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが記載された。

現在、都道府県において、第8次医療計画の策定に向けた検討が行われているところ、現行の第7次医療計画の基本方針等からの変更内容等を踏まえ、医療計画からみる、在宅医療における薬剤師への期待に加え、医療計画の策定年度である今年度の重要性について、みなさまと認識の共有を図りたい。

一般演題 1

座長

神田 由佳

(日本赤十字看護大学大学院)

急性期病院に従事する特定看護師の栄養療法での実績と今後の展望

中村 由貴子¹⁾、森 みさ子¹⁾、吉田 稔²⁾

1) 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護部

2) 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

【背景】

低栄養による予後悪化が示され、特に、入院患者では、疾患関連低栄養の合併が多く、早期かつ積極的な栄養介入による予後改善が報告されている。一方で、多忙な医師は病棟に常にいることは難しく、栄養療法まで管理が行き届かないことが多い。そこで、特定行為研修を修了した看護師（以下、特定看護師）が病棟に配置され、学んだ知識や技術を栄養療法に活かすことにより、迅速な栄養介入が可能になり患者の予後改善やADL維持につながると考えた。しかし、特定看護師の栄養療法への関わりはわかっておらず、どのように貢献できるか栄養に関する特定行為について検討した。

【方法】

2021年4月1日～2023年2月28日の期間に、特定看護師1名が研修でローテーションした6診療科において、栄養療法に関係する特定行為の実施件数を集計した。

【結果】

6診療科で全特定行為実施件数は1255件であった。そのうち栄養療法に関係する行為は、PICC挿入102件、インスリン投与量の調整257件、高カロリー輸液の選択と調整20件、輸液の調整110件であり、全特定行為実施件数の38.9% (489/1255) を占めた。

【考察および結語】

栄養療法に関係する特定行為の実施件数を集計した。栄養療法に関係する行為は全行為実施件数の38.9%を占めていた。この結果に対する比較対象がなく、比較は困難であるが、適切なタイミングで行う特定行為の件数が増えれば、迅速な栄養介入につながると考える。

特定看護師として、学んだ知識や技術を栄養療法に活かして多忙な医師に代わり栄養管理を行い、迅速な介入を行うことでADLや予後改善に寄与することが今後の展望である。

入院前患者の高齢者機能評価とサルコペニアの関連について

高木 久美¹⁾、井田 智¹⁾²⁾、伊丹 優貴子¹⁾、中屋 恵梨香¹⁾、松下 亜由子¹⁾、川名 加織¹⁾、齋野 容子¹⁾、岡村 明彦¹⁾³⁾、佐藤 崇文¹⁾⁴⁾、熊谷 厚志¹⁾²⁾

1) がん研究会有明病院 栄養管理部

2) がん研究会有明病院 胃外科

3) がん研究会有明病院 食道外科

4) がん研究会有明病院 肝胆膵外科

【目的】高齢者機能評価である Geriatric 8 (G8) が 14 点以下であると生存率が低下するとされ、またサルコペニアを有するがん患者は予後不良であることも報告されている。当院では高齢者の入院前に G8 での全例スクリーニングを開始した。そこで G8 の点数とサルコペニアの有無との関連を解析し、G8 でのスクリーニングの妥当性を検討した。【方法】2022 年 11 月から 2023 年 2 月までに G8 での評価と体組成測定の実施した患者を対象とした。入院前の G8 が 14 点以下の患者に対し、体成分分析装置 (InBody S10®) で体組成を測定した。Skeletal Muscle Index が男性 7.0kg/m³、女性 5.7 kg/m³ 未満をサルコペニアと定義した。【結果】対象は 68 名であった。年齢の中央値は 82 歳 (範囲:80-91)、性別は男性 34 名 (50%)、サルコペニア群は 26 例 (38%) であった。サルコペニア群は非サルコペニア群に比べ、Body Mass Index、ヘモグロビン値、G8 の総点数が有意に低かった (それぞれ、サルコペニア:非サルコペニア =20.3:23.1kg/m²(p=0.0001)、12.3:13.0g/dl(p = 0.0420)、10:12 点 (p = 0.0053))。年齢、性別、前治療の有無に差はみられなかった。G8 の項目別では、サルコペニア群は非サルコペニア群に比べ“同年齢の人と比べて自分の健康状態をどう思いますか”という問いに対し、「良くない」と答えた人数に差は見られなかった (サルコペニア:非サルコペニア =15:14% (p=0.9010))。【結論】入院前の G8 低値はサルコペニアに関連しており、G8 にてサルコペニアの有無を抽出できる可能性がある。また、サルコペニア患者であっても自身の健康状態を正確に把握できていないことが明らかになり、G8 での客観的な評価を行い介入していく必要がある。

人工呼吸器管理中の体重減少に対して様々な栄養管理 を要した一例

齋藤 七帆¹⁾、金木 美佳¹⁾²⁾、島居 美幸¹⁾、大関 由美²⁾、大塚 友美²⁾、細川 史保子²⁾、
千葉 正博²⁾

1) 昭和大学病院栄養科

2) 昭和大学病院栄養サポートチーム

【目的】長期人工呼吸器管理中の体重減少に対して、様々な栄養学的工夫を要した症例を経験したので報告する。【症例提示】70代男性、既往歴：心不全、大動脈弁置換術後、食道癌術後、胸腺腫術後、陳旧性心筋梗塞。呼吸苦を主訴に近医受診し、心不全の診断で当院に転院となった。感染性心内膜炎と大動脈弁閉鎖不全の診断で、抗菌薬加療ののち第9病日に再度弁置換術が行われた。術後も、肺炎の併発で第45病日まで抗菌薬加療を継続していた。術後、人工呼吸器については離脱と再挿管を繰り返していたが、最終的に退院時まで挿管管理継続となった。介入時(第75病日)の栄養アセスメントでは、身長157.0cm、体重37.0kg、BMI15.0kg/m²とるい瘦著明で、血液検査ではAlb2.6g/dLと低値、CRP1.99mg/dLとやや高く、下痢に加え低血糖もしばしばみられていた。ダンピングを考慮し、経腸栄養剤の投与速度を遅くすることに加え、消化態から半消化態栄養剤に変更、PHGGも追加した。下痢は減少傾向であったが炎症が遷延していたため、第103病日に高容量乳酸菌と3ヶ月以上ω3系脂肪酸が投与されていなかったことも考慮しEPAを追加した。その後、炎症反応の増悪は認めず、体重は39.5kgに増加、第133病日に転院可能となった。【考察及び結論】人工呼吸器挿管中、人工弁置換後と感染症発症のリスク因子を多数抱えており、入院期間中に慢性炎症が持続していた。体重について、炎症の遷延により消費エネルギー量が増大していたが、高容量乳酸菌とEPA使用開始後37kgから最終観察時39.5kgへと増加がみられた。これには、高容量乳酸菌とEPAの抗炎症作用の関与も考えられた。

当院における低栄養患者を抽出するスクリーニング方法の工夫 - 第1報 -

大坪 千智¹⁾、鈴木 美由紀¹⁾、大川 李絵²⁾、藤原 圭子³⁾、馬場 裕之⁴⁾

1) 横浜市立みなと赤十字病院看護部

2) 横浜市立みなと赤十字病院栄養課

3) 横浜市立みなと赤十字病院検査部

4) 横浜市立みなと赤十字病院救急外科

【目的】当院では NST 対象患者の抽出を毎週行っており、看護師の SGA と検査データ（CRP2.0 以下かつ Alb3.0 以下）を掛け合わせて実施してきた。最近の検査データで抽出される患者の増加傾向に伴い、抽出方法に検討を加えたので報告する。【方法】対象は令和 4 年 4 月～12 月に検査データにて抽出された 2042 名のうち、無作為に選んだ患者 57 名を後方視的に検討。当初は Alb の低い患者から順に 5 名を抽出していたが、がん終末期や提供エネルギー量が確保されているなど、栄養状態改善を目指した NST 介入が必要ないと判断されたのが全体で 18%であった。そのため現実的な抽出にはならないと考え、診療科別に抽出をすることとし、周術期および術後リハビリテーション等介入効果がしやすい整形外科を中心とした。【結果】何かしらの栄養介入を要した患者が 17 名。介入提案内容は食事内容の調整 8 名、アルギニン配合製剤の追加 2 名、補液追加や TPN への栄養経路変更提案 6 名、経腸栄養剤調整 1 名であった。提案実施後、退院時や退院後の外来時に検査結果などの確認ができたものに限るが 8 名の栄養状態改善を認めた。【考察】NST 介入依頼に至っていない低栄養患者を積極的に抽出し、部署担当の栄養士や薬剤師を介して栄養管理に関する提案につなげることで栄養状態が改善できた症例を経験した。NST 介入依頼が行われる前にまずは実施可能なアプローチを職員全体で意識できるきっかけとなった。検査データから抽出される患者が増えている現状に対しては、入院前からの栄養管理を外来などで積極的に行える仕組みを構築する必要があると考え、今後も取り組みを継続していきたい。

一般演題 2

座長

本濱 諭

(東京済生会中央病院薬剤部)

COVID-19 症例に対する早期 Supplemental Parenteral Nutrition (SPN) の介入に関する報告

浅川 浩樹¹⁾、千葉 隆史²⁾、浅川 弘美³⁾、小泉 恵子³⁾、中山 誠³⁾、堀込 かずみ⁴⁾、井出澤 剛直⁵⁾、中瀬 一⁵⁾

1) 北杜市立甲陽病院薬剤科

2) 北杜市立甲陽病院リハビリテーション科

3) 北杜市立甲陽病院看護部

4) 北杜市立甲陽病院栄養科

5) 北杜市立甲陽病院外科

【目的】呼吸器症状等による食思不振を訴え、食事や ONS でも接種量が少ない症例は早期より SPN を開始している。SPN を受けた COVID-19 症例に関して検討した。【方法】2021 年 10 月～2022 年 9 月の期間でアミノ酸・糖・電解質・ビタミン B1 液 (B 液) を投与した 162 名のうち B 液のみで投与終了した 139 名 (男:女=67:72、平均年齢 72.5 ± 23.0 歳) B 群、食事摂取量・栄養状態の改善が認められずアミノ酸・糖・電解質・脂肪・水溶性ビタミン液 (E 液) に変更した 23 名 (男:女=11:12、平均年齢 89 ± 6 歳) BE 群に CONUT を用いて評価した。【結果】入院から SPN 開始までの期間は両群 1.7 日、投与期間 (日) B 群:BE 群=6.0:26.7、SPN 開始前/後の CONUT、Alb (g/dL)、TLC (μ L)、T-cho (mg/dL) の順に B 群は 4.2/6.0 ($P<0.01$)、3.46/3.01 ($P<0.01$)、1131.0/1404.6 ($P<0.01$)、161.3/119.2 ($P<0.01$) だった。BE 群の SPN 開始前/中 (P: 前 vs 中)/後 (P: 中 vs 後) は 5.3/8.2 ($P<0.01$)/8.3 ($P=0.78$)、3.07/2.57 ($P<0.01$)/2.47 ($P=0.13$)、1074.8/1128.3 ($P=0.78$)/1214.0 ($P=0.34$)、153.1/113.3 ($P<0.01$)/125.7 ($P=0.07$)、B・BE 群間の SPN 開始前/後の CONUT は $P=0.04$ / $P<0.01$ であった。【考察及び結論】E 群において TLC、T-cho が改善傾向であったことにより CONUT の悪化を防げたと考えられる。脂肪乳剤が寄与したと結論づけられないが、経口摂取が進まない患者に対しては考慮すべきである。

COVID-19 重症患者に対する当院での栄養サポート

伊藤 明日香、福勢 麻結子、宮澤 靖

東京医科大学病院 栄養管理科

【目的】

COVID-19 に対する栄養管理においては確立されていない。「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の治療と予防に関する栄養学的提言」では、原則経腸栄養の開始を検討し、経管栄養の場合は逆流に注意し、徐々にエネルギーやたんぱく質投与が勧められている。また、ARDS 患者においては ω 3 脂肪酸投与による有効性が散見されている。今回、当院における栄養サポートについて報告する。

【方法】

COVID-19 の診断で 2020 年 9 月から入室した 71 例に対し、管理栄養士が介入し栄養サポートを行った。腹臥位療法中は持続投与とし、消化器症状に応じて栄養量を漸増した。経口摂取再開は抜管後早期に行い、気管切開後も多職種と経口摂取の可否について検討した。EPA は 2021 年 6 月より、入室日から経腸栄養管理終了時まで 2200mg/日を付加した。

【結果】

腹臥位療法を実施した人は 59 名（83%）おり、腹臥位療法中の栄養投与最大速度の平均値は 33.5ml/h であった。腹臥位療法中に嘔吐した人は 6 名（10%）おり、嘔吐したときの投与速度は 20ml/h が 3 名と最も多かった。経口摂取を再開した人は 48 名（68%）おり、人工呼吸器離脱から経口摂取開始までの平均日数は 2 日であった。気管切開を行った人は 21 名（30%）であり、そのうち経口摂取へ移行できた人は 7 名（33%）であった。EPA を投与した結果、血液生化学検査や人工呼吸器装着時間において明らかな有効性は認められなかった。

【考察】

腹臥位療法中の経管栄養の流速は 30～40ml/h が嘔吐のリスクが低いと考えられた。気管切開後も早期に経口摂取開始を検討することで ICU-AW の改善に寄与できるかもしれない。EPA については有効性を認めることはできなかったが、今後症例を重ねて検討する必要がある。

COVID-19 症例のサルコペニアと栄養状態に関する検討

中瀬 一¹⁾、井出澤 剛直¹⁾、西 純子²⁾、浅川 弘美²⁾、浅川 浩樹³⁾、堀込 かずみ⁴⁾、小林 光⁵⁾、伊藤 英明⁵⁾、千葉 隆史⁵⁾

1) 北杜市立甲陽病院外科

2) 北杜市立甲陽病院看護部

3) 北杜市立甲陽病院薬剤科

4) 北杜市立甲陽病院栄養科

5) 北杜市立甲陽病院リハビリテーション科

【目的】

COVID-19 の栄養状態を検討した。

【方法】

2020 年 2 月から 2023 年 1 月 31 日までの COVID-19 入院症例 837 例のうち 2023 年 1 月 31 日までに退院し、入院時 CT で第 3 腰椎まで撮影されており、亜鉛製剤が投与されなかった 337 例を血清アルブミン値 3.5g/dL 未満の L 群 81 例と 3.5g/dL 以上の N 群 256 例に分類して男女それぞれで以下の項目に関して比較検討した。感染から入院までの日数、入院時 BMI、第 3 腰椎レベルの腸腰筋断面積を身長²で除した Psoas Muscle Index(PMI)、入院時・3 日後・7 日後の CONUT スコア、アルブミン値、CRP、血清亜鉛値およびウイルス陰性化後リハビリ目的での転棟者、在院日数、転帰。

【結果】

男性 L 群 (39 例)/N 群 (136 例) の順に、年齢 (歳)78.4/57.9、感染から入院まで (日)2.5/2.9、CONUT スコア 6.7/2.4、8.3/3.6、8.7/3.9、血清アルブミン値 (g/dL)2.9/4.0、2.5/3.5、2.5/3.6、CRP(mg/dL)8.8/2.3、7.9/2.0、4.3/1.6、血清亜鉛値 (μ /dL)44.4/65.4、51.5/77.9、57.2/83.7、BMI19.5/22.6、PMI(cm^2/m^2)4.3/6.0、在院日数 (日)24.6/9.6、転棟者 (人)10(25.6%)/6(4.4%)、死亡退院 (人)6(15.4%)/0。

女性 L 群 (42 例)/N 群 (120 例) の順に、年齢 (歳)85.3/65.5、感染から入院まで (日)2.6/2.4、CONUT スコア 5.6/2.0、6.9/3.3、7.0/4.1、血清アルブミン値 (g/dL)3.0/4.0、2.7/3.5、2.7/3.5、CRP(mg/dL)5.7/1.1、4.4/1.3、2.6/1.1、血清亜鉛値 (μ /dL)52.3/65.4、61.9/80.8、63.7/82.8、BMI19.3/21.9、PMI(cm^2/m^2)3.3/3.8、在院日数 (日)21.1/9.9、転棟者 (人)10(23.8%)/9(7.5%)、死亡退院 (人)4(9.5%)/0。

男女ともに入院までの日数以外すべて有意差あり。

入院時の血清亜鉛値と PMI は男性で正の相関の傾向を認めた。

【考察及び結論】

L 群は低亜鉛、低 BMI、サルコペニアを伴い入院日数、予後ともに不利益であった。日常において低栄養であった可能性がある。COVID-19 ほか新興感染症には今後も出会う。感染を契機に不可逆的な身体にならない対策と退院後を支える栄養管理は重要である。

全人工膝関節置換術術後のリハビリテーション期間における栄養学的・身体的状況と POMS2 日本語版による心理経過

田中 綾¹⁾²⁾、古田 雅¹⁾²⁾、中西 将¹⁾²⁾、中村 芽以子¹⁾²⁾、高松 諒³⁾、中村 卓司³⁾、鷲澤 尚宏¹⁾²⁾

1) 東邦大学医療センター大森病院 栄養部

2) 東邦大学医療センター大森病院 栄養治療センター

3) 東邦大学医学部 整形外科科学講座

【目的】全人工膝関節置換術 (TKA) 患者の術後における身体的経過と心理状況の変化を調査する。【方法】2022 年 4～12 月に TKA 患者 19 名 (男 4 女 15, 74.5 ± 7.8 歳, BMI 26.2 ± 3.6 kg / m²)。術前 (Pre)・術後 2(2D)・7(7D)・14(14D)・21(21D) 日における平均摂食量, 下腿最大周囲長, 膝伸展筋力, CRP, 血清アルブミン値 (ALB) 等と POMS2 日本語版 (POMS2) との相関関係について調査した。【結果】19 名全体の POMS2 の Total Mood Disturbance (TMD) 得点は Pre: 47.3 ± 7.2, 2D: 46.2 ± 6.4, 7D: 43.9 ± 6.2, 14D: 42.9 ± 7.1, 21D: 39.4 ± 7.3, 緊張 - 不安 (TA) は Pre: 51.9 ± 8.7, 2D: 50.2 ± 10.6, 7D: 44.8 ± 8.0, 14D: 37.8 ± 11.8, 21D: 41.6 ± 6.3 だった。TA は Pre と 14D で有意差があった。平均摂取熱量 (kcal/kg・IBW) は Pre: 34.7 ± 3.1, 2D: 28.4 ± 5.6, 14D: 31.2 ± 4.2 であり 2D は Pre より有意に少なかった。平均摂取蛋白質量 (g/kg・IBW) は Pre: 1.3 ± 0.1, 2D: 1.1 ± 0.2, 14D: 1.2 ± 0.2 であり, 同様に 2D は Pre より有意に少なかった。平均摂取量の変化と POMS2 の平均 T 得点の変化に相関はなかった。【考察及び結論】身体的経過と心理状況に相関はなく, 術前は緊張 - 不安が影響していることが推測され, それらを和らげる介入をすることでリハビリや栄養管理を円滑に行うことができると考える。

一般演題 3

座長

吉田 稔

(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)

胃切除後における膵外分泌機能変化が栄養状態に与える影響

仲山 孝、庄田 勝俊、滝口 光一、白石 謙介、古屋 信二、河口 賀彦、市川 大輔

山梨大学医学部外科学講座第 1 教室

【目的】胃切除術後には再建方法により、様々な消化吸收状態の変化が起こり得る。当科からは再建方法が膵外分泌機能変化に影響を及ぼすことを既に報告しているが、今回胃切除術後の膵外分泌機能変化と、栄養状態の関連を検討した。

【方法】

2021 年 9 月から 2022 年 3 月までに胃癌に対し腹腔鏡下胃切除術を施行した症例で、術前術後に膵外分泌機能検査を施行した 47 例を対象とした Billroth- I 再建 (B- I 群)、Roux-en-Y 再建 (R-Y 群) の 2 群間で比較を行った。

膵外分泌機能は Pancreatic Functioning Diagnostant (PFD) 試験を用いて行い、術前と退院前にそれぞれ測定した。

また、術後半年後に Computed Tomography (CT) を撮影した 30 例を PFD の変化率により 2 群に分け、Psoas muscle index (PMI) の推移について検討を行った。

さらに 2 例のみではあるが、膵酵素を補充した患者の術後経過に関して PGSAS-37 を用いて評価した。

【結果】

再建方法別では B- I 群が 16 例、R-Y 群が 31 例であった。B-I 群は術後膵機能に関して有意な低下を認めなかったのに対し (B-I 群 術前：62.8%、術後：66.1%、 $p=0.35$)、R-Y 群では術後膵機能の有意な低下を認めた (R-Y 群 術前：66.3%、術後：52.8%、 $p=0.01$)。

また、術後膵機能が 10% 以上低下している群 ($n=13$) においては術後半年後の PMI (cm^2/m^2) が有意に低下していた (術前： 5.05 ± 1.55 、術後： 4.02 ± 1.28 、 $p=0.0483$)。

また、胃全摘術後の下痢に対し膵酵素を補充した 2 症例に関して、PGSAS-37 の下痢 Sub Scale が改善傾向であった。

【考察及び結論】

胃切除後の再建方法が膵外分泌機能に与える影響を検討した。術後の消化管経路変更により、膵外分泌機能の低下が起こり、さらに膵外分泌機能低下は、中長期的な栄養状態にも影響を及ぼす可能性が示唆された。また、胃切除後膵外分泌機能低下患者に対する膵酵素の補充は生活の質を上昇する選択肢の一つである。

肥満患者に対し胃全摘術が与える影響

滝口 光一、庄田 勝俊、高橋 和徳、白石 謙介、古屋 信二、赤池 英憲、河口 賀彦、
雨宮 秀武、川井田 博充、市川 大輔

山梨大学医学部外科学講座第 1 教室

【目的】

胃切除後は手術侵襲や後遺症などのため体重減少が生じる。特にグレリン産生臓器である胃を全て切除する胃全摘術の体重減少は著明である。しかし術前肥満患者は術後痩せ体型まで体重減少することはほとんどいない。今回我々は胃全摘後の体型変化の現状を把握し、肥満患者に対する胃全摘術が与える影響を検証する。

【方法】

2010 年 1 月から 2020 年 12 月までに当院で胃全摘術を施行した 180 例のうち、1 年時まで生存が確認された 174 例で検討した。BMI は 18.5 未満を痩せ体型、18.5 以上 25 未満を標準体型、25 以上を肥満体型として比較検討を行った。

【結果】

術前痩せ体型は 19 症例（10.9%）、標準体型は 126 症例（72.4%）、肥満体型は 29 症例（16.7%）であった。術前標準体型であった 126 症例のうち 50 症例（39.7%）は 1 年後に痩せ体型となっていた。肥満症例においては 1 年後に痩せ体型まで体重減少を認めたのは 1 症例のみ（3.4%）で 26 症例（89.7%）が標準体型となっていた。また術後も肥満体型のままだった症例も 2 症例（6.9%）ほど認めた。また、予後の検討では、1 年後の痩せ体型であった患者の 5 年生存率が 56.6% であったのに対し、非痩せ体型は 78.8% であり、術後 1 年時に痩せ体型である患者の予後が有意に不良であった。（ $P = 0.002$ ）

【考察及び結論】

胃全摘 1 年後のやせ体型は予後不良因子であった。術前肥満症例においては 1 年後に痩せ体型まで体重減少する症例はほとんどなく、大部分が標準体型となっていた。肥満患者は胃全摘後にも関わらず食欲が維持されている可能性が示唆された。

Modified Glasgow Prognostic Score (mGPS)を用いた大腸癌の術後長期成績に関する検討

古屋 信二、白石 謙介、滝口 光一、仲山 孝、庄田 勝俊、赤池 英憲、河口 賀彦、市川 大輔

山梨大学医学部外科学講座第1教室

【はじめに】大腸癌手術では、術前の栄養状態を含めて周術期管理が重要である。大腸癌患者の約10～20%は、早期から全身性炎症反応状態と protein calorie-malnutrition を伴う「癌悪液質」を呈し、CRP と Alb 値で分類する modified Glasgow Prognostic Score (mGPS) の重要性が報告されている。このように臨床的に意義をもつ mGPS について、当教室の症例を用いて検討した。

【対象と方法】2007 年～2016 年、当科において原発性大腸癌に対して原発巣根治切除 (R0 手術) を施行した p-stage II・III 大腸癌の 281 症例を対象とした。多発および重複癌症例は除外した。また、mGPS 2 を癌悪液質と定義した。検討項目は、臨床病理学的所見と mGPS に加え Prognostic Nutritional Index (PNI) などの免疫栄養学的指標を用いて後方視的に長期成績について検討した。

【結果】症例は開腹手術 276 例・腹腔鏡手術 5 例、平均年齢 67.2 歳、男性 161 例・女性 120 例、結腸癌 163 例・直腸癌 I 18 例、Stage II 140 例・Stage III 141 例であった。多変量解析では、無再発生存期間 (RFS) において mGPS (2)、深達度 (T4)、リンパ節転移 (N+)、静脈侵襲 (v+) の 4 因子が、全生存期間 (OS) では、mGPS (2)、年齢 (75 歳以上) リンパ節転移 (N+)、静脈侵襲 (v+) の 4 因子が独立危険因子として抽出された。各 mGPS 数値での 5 年生存率は、mGPS (0) ; 86.4%, mGPS (1) ; 20.2%, mGPS (2) ; 55.9% であり優位差を認めた。

【考察】Stage II・III 大腸癌において、栄養学的指標の中では mGPS が OS と RFS とともに独立予後因子として抽出された。

【結論】mGPS は、大腸癌手術において長期予後を反映する指標となり得る可能性が示唆された。

高齢者食道癌手術の栄養指標を用いた検討

白石 謙介、河口 賀彦、仲山 孝、滝口 光一、庄田 勝利、赤池 英憲、市川 大輔

山梨大学医学部 第一外科

【目的】食道癌手術は高齢者において併存疾患や performance status(PS) の低下などから、術後合併症や在院日数の増加、退院後の他病死など課題となる点が多い。そこで、当科における高齢者食道癌の手術症例の臨床病理学的特徴、術後や退院後の経過について、非高齢者と栄養指標を中心に比較検討した。

【対象と方法】2010 年から 2020 年までに当科で施行した食道癌患者 189 例を対象とした。【結果】80 歳以上（高齢者）は 14 例、80 歳未満の症例（非高齢者）は 175 例であった。性別、術前 PS、術前化学療法、ASA に差は認めなかった。術前併存疾患の割合は同等で、心機能と肺機能の低下症例は高齢者群に有意に多かった。術前の栄養指標に関して検討すると、PNI は高齢者で 42.1、非高齢者で 48.1、アルブミン値は高齢者で 4.1g/dl、非高齢者で 3.8g/dl、総リンパ球数は高齢者で 1450、非高齢者で 1010 といずれも優位に高齢者で低かった。術後 3 ヶ月目の PNI は、高齢者で 40.7、非高齢者で 45.9 と優位に高齢者群で低値であったが、術後 3 ヶ月以上経口栄養剤を飲んでいる割合は高齢者が有意に多く、術後 6 か月目の PNI に有意差は認めなかった。DFS に違いはなく、OS は有意に高齢者群の方が悪く、他病死、特に肺炎が多かった。

【結語】高齢者に対する食道癌手術は比較的安全に施行できるが、術後肺炎を併発することが多く、そのような症例は退院後も肺炎が死因になることが多かった。また退院後早期の栄養管理も重要だと考えられた。

大腿骨近位部骨折の術後肺炎を発症した患者の発生要因の振り返り

中山 恵子、堀口 真貴子、坪 康佑、木塚 育実

地方独立行政法人 新小山市民病院

【目的】

大腿骨近位部骨折術後に肺炎発症した患者と肺炎発症していない患者との相違を明らかにする

【方法】

先行研究から、肺炎や嚥下機能障害の要因になる可能性のある疾患・薬剤について収集する。カルテから日常生活動作や、血液データ、摂食嚥下に関する質問紙の結果、食事摂取状況を収集し、発症群4名・比較群4名を比較した。

【結果】

対象の半数以上に要因疾患・薬剤の該当があった。

食事摂取は発症群の方が介助を必要とする患者が多かったが、嚥下状況や介助方法についての記録はなかった。対して比較群は記録記載があり、継続して援助ができていた。

入院中の生活状況は発症群は介助が必要で日中臥床しており、比較群は活動的であった。

【考察及び結論】

発症群は比較群と比べると複数の要因疾患に罹患している患者が多くいた。複数の要因疾患の既往は肺炎発症の可能性を上げてしまうと考えられる。

また、抗精神病薬は嚥下や咳嗽反射を弱めてしまう副作用がある。発症群のリスパダール使用患者は服用後肺炎発症していたため、特に注意が必要と考える。

日常生活動作の自立度も嚥下障害と密接に関係しており、活動性低下は肺炎を生じやすく、術後は積極的な離床を行うことが望ましい。本研究でも、術後に比較群は日中ベッドから離れて生活していたが、発症群は臥床しており、差が生じていた。

手術後のアルブミン値は両群共に3.0g/dl以下であったが、発症群は更に低値であり肺炎発症の可能性は高いと考える。

摂食・嚥下状況の観察を行い記録に残し、患者に合った食事形態・介助方法を多職種で共有・実践していくことは、肺炎予防だけでなく、術後の回復・リハビリテーションの面でも重要であると考ええる。

ICUにおける栄養評価を目的とした体成分分析装置の活用と実践報告

福勢 麻結子¹⁾、中里 俊亮²⁾、宮澤 靖¹⁾

1) 東京医科大学病院 栄養管理科

2) 東京医科大学病院 リハビリテーションセンター

【目的】

体成分分析装置による位相角の計測は重症患者の予後指標や栄養指標に有効であるという報告が散見されており、当院集中治療室（Intensive Care Unit：ICU）においても活用している。今回、体成分分析装置導入後の実践結果を報告する。

【方法】

2021年4月～2022年5月のうち、食道がん術後にICUに入室した症例を集計した。術後1病日目に体成分分析装置（InBodys10）を用いて計測を行った。位相角（Phase Angle：PhA）4.0未満15例、4.0以上11例に分け、2群間の血液生化学検査、術前・術後の体重と水分バランス、InBody結果、握力、筋力評価（MRCスコア）、集中治療室活動度スケール（IMS）、術前1日間の栄養摂取（投与）量と投与方法、臨床転機を比較した。

【結果】

PhA 4.0未満 / PhA 4.0以上において、体重が $48.4 \pm 9.6\text{kg} / 62.1 \pm 8.7\text{kg}$ ($p=0.001$)、BMI $19.1 \pm 2.4\text{kg} / 23.4 \pm 2.8\text{kg}$ ($p < 0.001$) で、PhA 4.0未満で有意に低かった。術前・術後の体重と水分バランスに有意差は無かった。InBody結果では、体水分量が 32.8 (IQR7) L / 39.0 (IQR6) L ($p=0.009$)、骨格筋指数が $6.6 \pm 1.3\text{kg} / 7.8 \pm 0.6\text{kg}$ ($p=0.006$) で、PhA 4.0未満で有意に低かった。ECW/TBW は $0.405 \pm 0.009\text{kg} / 0.394 \pm 0.007\text{kg}$ ($p=0.004$) で PhA 4.0未満で有意に高かった。握力は右 $18.6 \pm 6.9\text{kg} / 27.2 \pm 8.3\text{kg}$ 、左 $16.0 \pm 6.7\text{kg} / 22.6 \pm 5.0\text{kg}$ ($p=0.025$) で PhA 4.0未満で有意に低かった。術前の栄養摂取量に有意差は無かったが、経管栄養または静脈栄養を使用した症例が9例（60%）/2例（18%）($p=0.051$) と PhA 4.0未満で多い傾向であった。

【考察及び結論】

PhA 4.0未満では4.0以上よりも骨格筋量や筋力が少ない可能性が示唆された。術前の栄養摂取量に有意差はなかったが、PhA 4.0未満では経管栄養と静脈栄養を使用した症例が多かったことから、入院前の栄養摂取量は少なかったかもしれない。以上の結果より、ICU入室後の体成分分析は栄養評価に活用できる可能性が示唆された。

BMI35以上の脳卒中患者の診療と栄養管理を振り返る

池田 尚人¹⁾、相原 絵梨花²⁾、佐伯 玲奈²⁾、越塚 宏美³⁾、伊藤 綾花³⁾、佐々木 陸⁴⁾

1) 昭和大学江東豊洲病院 脳神経外科

2) 昭和大学江東豊洲病院栄養科

3) 昭和大学江東豊洲病院薬剤部

4) 昭和大学江東豊洲病院看護部

【目的】最近、BMI35以上のような高度肥満患者が増えている。一方、診療管理上問題点は想像しやすい。今回、当診療科が経験した高度肥満に対する栄養管理を振り返りその問題点を検討した。

【症例と方法】対象は、当院脳血管センターに入院した脳卒中患者でBMI35以上とした。調査期間は、2019年7月から2022年6月。調査項目は、身長体重か必要栄養量の充足率:A、ガイドライン上の充足率:Bを、総カロリー、蛋白、炭水化物、脂肪の項目で検討した。

【結果】対象となった自験例は6例、男性6例。年齢は、39～51歳（平均44.8歳）。入院時BMIは、35～40:4名、40以上:2名であった。ガイドライン上の必要量(A)および必要栄養量(B)の充足率は、総カロリー(A:92.3% B:92.9%)、蛋白(A:45.7%,B:86.2%)、炭水化物(A:137.6%,B:98.5%)、脂肪の項目(A:90.8%,B:90.74%)であった。転帰は、6例とも回復期リハビリテーションへ転院した（在院日数:73日）。

【考察】自験6例の振り返りでは、総カロリー量と投与脂肪量に大きな違いはないが投与する蛋白量に大きな違いを認めた。筋肉量及び栄養状態の維持や適切な減量を行うためには、栄養評価として体組成の測定が必要と考えた。

管理栄養士の病棟常駐によるタスクシフト・タスクシェアの効果

齊藤 大蔵¹⁾、中川 真希¹⁾、亀井 宏枝¹⁾、横井 紋佳²⁾、石井 良昌³⁾

1) 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院 医療技術部 栄養科

2) 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院 看護部

3) 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院 歯科口腔外科

【目的】

2018年度より栄養士病棟常駐体制を進め、2021年度に全病棟への栄養士病棟常駐体制が完了した。これにより栄養士は栄養関連業務に専念することができ、他職種（医師、看護師）が担っていた栄養関連の業務をタスクシフト・シェアできると考え取り組んできた。今回、その効果を検証することを目的とし調整を行った。

【方法】

2018年4月～2021年3月に入院した患者を対象とした。食事オーダーを患者の食事調整業務の指標とし、各職種の食事オーダー数の年次推移を集計した。また、年度毎の栄養士数は休職中（産休・育休など）については0人とし、非常勤職員については時間数によって人工を評価し、栄養士数と食事オーダー数の関連も調査した。尚、栄養士の実施する食事オーダーは医師の代行オーダーである。

【結果】

食事オーダーに対する2018～2021年度の各職種のオーダー割合は医師36.1%から28.9%、看護師38.4%から29.0%へ減少した。栄養士は21.4%から38.8%とオーダー割合が増加した。栄養士数の推移は5.3人、5.9人、7.9人、10.5人と増加した。他職種の食事オーダー数を目的変数とし栄養士数を説明変数として回帰分析を行ったところ、栄養士1名の増加により他職種の食事オーダーは120件低下することがわかった（ $y = -116.7 \times \text{栄養士数} + 3046.5$, $p < 0.001$, 調整済み $R^2 = 0.48$ ）。

【考察】

病棟常駐体制を整備し、医師代行オーダーが実施できるように他部門との調整を行うことで、栄養士は本来業務を行うことができ、他職種の栄養関連業務のタスクシフト・シェアを実現することができると考えられた。

2 型糖尿病の栄養指導における生体電気インピーダンス法の活用

西坂 尚子¹⁾、塩澤 伸一郎²⁾、中山 耕造²⁾、廣瀬 憲一³⁾

1) 広瀬病院 栄養管理室

2) 広瀬病院 臨床推進研究センター

3) 広瀬病院 内科

【目的】食事療法と運動療法は、2 型糖尿病治療の重要な柱となっている。しかしながら継続率は低い。生体電気インピーダンス法（BIA）は、非侵襲かつ簡便に体組成を測定することができる有用な方法である。BIA 法を用いた 2 型糖尿病患者における運動や食事による体組成変化の報告は多くあるが、体組成のデータを用いて栄養指導した場合の指導効果に関する先行研究は見当たらなかった。そこで本研究では、BIA により体組成を測定し栄養指導時にその客観的な指標を示すことで、2 型糖尿病患者に食事療法や運動療法の重要性を訴え、その効果を判定することにした。

【方法】2 型糖尿病患者を、BIA で測定した体組成のデータを用いて栄養指導を行った群 9 人（A 群）、BIA での測定を行わず栄養指導のみ行った群 12 人（B 群）、さらに BIA での測定も栄養指導も行わなかった群 20 人（C 群）の 3 群に分け、栄養指導開始時（0 か月）と 6 か月後の HbA1c を測定し各群で比較した。また BIA を用いて骨格筋量、体脂肪量を測定し、骨格筋量 / 体脂肪量の比を算定した。合わせて、治療薬の有無や増減も比較した。

【結果】A 群と B 群の 6 か月後の HbA1c は、0 か月時点と比較してどちらも有意に減少していたが、A 群の方がより大きく減少していた。なお、C 群の値はほとんど変化していなかった。また、A 群での骨格筋量 / 体脂肪量比は、6 か月後に増加していた。さらに 6 か月後には A 群のうち 44% が減薬していたが、他の群ではほとんど減薬されてなかった。

【考察及び結論】2 型糖尿病治療の栄養指導は単独でも有効であるが、客観的な BIA のデータを患者に示しながら栄養指導した場合、より効果が高くなることが示唆された。

一般演題 4

座長

齊藤 大蔵

(社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院)

中心静脈栄養管理を行った後、胃瘻からの経管栄養開始後に胆嚢炎を発症した一例

長門 直、米野 由希子、加納 裕也

JCHO 東京山手メディカルセンター内科

【目的】経口摂取困難例では、中心静脈栄養 (TPN) を一定期間行った後に胃瘻造設を行う例もある。TPN 管理後、胃瘻造成を行い、経管栄養開始後 4 日目に胆石性胆嚢炎を発症した例を経験したので、今後の注意喚起を目的として発表することとした。

【症例提示】封入体筋炎疑い患者。X 年 11 月 24 日、誤嚥性肺炎で緊急入院。入院後の嚥下評価で嚥下機能低下しており、中心静脈栄養管理を行った後、同年 12 月 27 日胃瘻造設。28 日より経管栄養開始。12 月 31 日、心窩部痛・嘔吐あり。腹部 CT で胆石性胆嚢炎を認めており、経管栄養中止した。消化器内科との検討の結果、再度の経管栄養は再発リスクより控えるべきとの結論となり、TPN で転院となった。

【考察及び結論】TPN は胆石形成の原因と報告されている。TPN を一定期間施行した患者に対して、経腸栄養開始前の胆石の確認が必要と考える。

大腿骨近位部骨折ボードにおける管理栄養士の関わり

山田 咲、澤田 実佳、関根 里恵

東京大学医学部附属病院 病態栄養治療部

【目的】大腿骨近位部骨折は、術後の廃用や認知機能低下によって術前の ADL まで回復できないケースも多く、生命予後にも大きな影響を与える。当院では 2018 年に大腿骨骨折ボード (HF ボード) が設立され、複数の診療科と多職種が協働し、術前術後や二次性骨折の予防に向けた集学的治療を行っている。2022 年度診療報酬改定の「二次性骨折予防継続管理料」と「緊急整復固定加算」の新設を機に、管理栄養士は HF ボードに参画した。管理栄養士は一般的な栄養評価に加えて、骨折リスクを栄養学的側面から評価し、食事調整や栄養指導を行っている。今回、当院の HF ボードで関わった 1 例を提示する。

【症例提示】87 歳女性。スーパーで転倒し右大腿骨頸部を骨折。身長 148.5cm、入院時の体重は 47.7kg (BMI21.6kg/m²)、Alb3.8d/dL、25OH ビタミン D32.7ng/mL であった。入院後は経口摂取が進まず E370kcal/日、Pro18g/日であり、2 病日の HF ボード回診時に食事調整 (主食変更と栄養補助食品の追加) を実施したところ、E900kcal/日、Pro35g/日まで増加した。5 病日に骨接合術を施行。術後に入院前の食事評価を実施したところ E900kcal/日、Pro40g/日と摂取量が少ないうえ、カルシウム自己評価チェック 10.5 点 (かなり足りない)、ビタミン K チェック表 0 点 (不足が予想される) と骨代謝に関わる栄養素の不足も認めていた。栄養指導では骨折予防に焦点を当てた食事について説明し、19 病日に自宅退院となった。

【考察及び結論】管理栄養士の HF ボードへの参画は、受傷早期より骨代謝に関わる栄養素に注目した栄養評価と栄養指導の実施を通して、二次性骨折予防の一助となると考えられる。

重度アルコール性肝硬変患者の褥瘡栄養管理について ～多職種間で肝性脳症を予防しながら高たんぱく質食 を提供した実例～

小西 瑤子、伊藤 康雄、新藤 あすみ、向 直樹、伊藤 亮治

社会医療法人社団厚潤会 花輪病院 栄養科

【目的】 重度アルコール性肝硬変で入院した患者に対し、肝性脳症を予防しながら褥瘡治癒を目指し高たんぱく質食の提供を可能にした多職種間の連携について報告する。

【症例提示】 48歳男性。食欲不振・下肢脱力を訴え救急搬送された。KT：38.4℃、BP：78/45 mm Hg、JCS：I-2。身長 174.0cm、体重 59.0kg、BMI19.5、Alb2.1 g/ml、T-Bil1.8 mg/dl、BUN:26.6 mg/dl、CRP8.85mg/dl、WBC:13270/ μ l、アンモニア 95 μ g/dl。既往：アルコール性肝硬変（Child-C）、診断名：胸椎圧迫骨折による脊髄損傷、アルコール性肝硬変と診断され入院となる。

入院後下肢対麻痺となるも手術適応なしと判断され、保存的加療となった。仙骨部に発生した褥瘡はDTIとして褥瘡チーム介入となる。主治医の治療方針は、肝硬変に対する感染・腹水・排便コントロール、褥瘡処置・栄養改善であった。高たんぱく質食は肝性脳症の悪化をきたしうるが発症予防として医師による薬剤管理・全身状態管理、看護師による排便コントロール等多職種の連携のもと高たんぱく質食を提供し低栄養改善を目指した。褥瘡治癒促進のためMCT・プロテイン入りおにぎりやONSを利用した少量高たんぱく質・亜鉛・コラーゲンペプチドなどを付加した。入院2か月後にはAlb：2.3 g/dlまで改善した。退院前の仙骨部褥瘡のポケットは最大時期と比較すると32cm縮小した。ADLの改善により入院202日後に自宅退院となった。

【考察及び結論】

- 医師や看護師による全身状態の管理、排便コントロールなどの多職種間連携を徹底することで肝性脳症発生を予防しながら褥瘡改善・栄養改善を目的としてONSを利用した高エネルギー・高たんぱく質食を提供することができた。
- 褥瘡チームの回診では、適切な処置・栄養管理の連携により患者の自宅退院が実現した。

膠原病科入院患者における血清アルブミン値、反応性蛋白と薬剤の評価

長岡 すみか¹⁾²⁾、鷲澤 尚宏¹⁾⁸⁾、氏家 真二²⁾、平澤 数馬¹⁾³⁾、田中 美奈子¹⁾⁴⁾、鈴木 敦¹⁾⁵⁾、
関谷 秀樹¹⁾⁶⁾、南木 敏宏⁷⁾

-
- 1) 東邦大学医療センター大森病院 栄養治療センター
2) 東邦大学医療センター大森病院 臨床検査部
3) 東邦大学医療センター大森病院 栄養部
4) 東邦大学医療センター大森病院 看護部
5) 東邦大学医療センター大森病院 薬剤部
6) 東邦大学医療センター大森病院 口腔外科
7) 東邦大学医療センター大森病院 膠原病科
8) 東邦大学医療センター大森病院 東邦大学医学部臨床支援室

【目的】血清アルブミン濃度 (g/dL、以下 ALB と略記) を栄養学的指標に使用するときには工夫が必要である。今回、膠原病科入院患者について分析した。【方法】対象は 2017 年 1 月～12 月に当院膠原病科に入院し、ALB、C 反応性蛋白 (mg/dL、以下 CRP と略記) を測定した 263 名、データ数 1597 件のうち、三木らの m GPS(modified Glasgow prognostic score) の D 群 (ALB < 3.5 かつ CRP \geq 0.5) に該当する 732 例の患者、169 名について行った。平均年齢は 67.44 歳、男性：女性 = 63：106、ALB、CRP、体温、脈拍数、末梢血リンパ球数、コリンエステラーゼ値、服薬判定、栄養状態について分析した。なお服薬判定は多数の抗炎症薬服用を A+、単剤の抗炎症薬服用を A、抗炎症薬の頓用や局所塗り薬を B、抗炎症薬服用無しを C、と定義した。(当院倫理委員会承認番号 M18048)。【結果】ALB、CRP、体温、脈拍、リンパ球数の中央値 (標準偏差) はそれぞれ、2.70 g/dL(0.48)、3.20 mg/dL(5.25)、36.70℃(0.61)、78.00 回/分(12.42)、1160.0 個/ μ L(1092.64)であった。服薬判定は A+：99 名、A：44 名、B：22 名、C：5 であった。【考察】体温が高いほど脈拍数も高く、リンパ球数は CRP 値が低下すると上昇する傾向があった。CRP は炎症状態を反映していたが、入院以前よりステロイド治療薬を服用していた対象者が多く、炎症反応がマスクされていた可能性があるため、今後は解析を進める必要がある。

一般演題 5

座長

古田 雅

(東邦大学医療センター大森病院 栄養部 臨床栄養管理室)

栄養サポートチーム介入時における Refeeding 症候群のハイリスク因子の検討

中畝 晋¹⁾、西口 遼平²⁾、佐川 まさの²⁾、近藤 恒徳³⁾、庄古 知久⁴⁾、小川 哲也⁵⁾、
久保田 有一⁶⁾、岩波 裕史⁷⁾、葭葉 清香⁸⁾、塩澤 俊一¹⁾

東京女子医科大学附属足立医療センター 臨床栄養部
東京女子医科大学附属足立医療センター 外科
東京女子医科大学附属足立医療センター 泌尿器科
東京女子医科大学附属足立医療センター 救急医療科
東京女子医科大学附属足立医療センター 内科
東京女子医科大学附属足立医療センター 脳神経外科
東京女子医科大学附属足立医療センター 心臓血管診療部
東京女子医科大学附属足立医療センター 歯科口腔外科

【目的】栄養サポートチーム（NST）介入患者は多くの場合、低栄養状態で Refeeding 症候群（RFS）のハイリスクに該当し、栄養療法は個別に配慮する必要がある。そのため、介入時における RFS ハイリスクの抽出は重要である。本研究では当院における NST 介入時の RFS ハイリスク因子について検討することを目的とした。

【方法】2022 年 9 月～12 月までの NST 介入 45 例を対象とした。NST 介入の際、NICE ガイドラインに基づき RFS ハイリスク症例を判定した。また、患者背景（年齢、性別）、体格指標（BMI）および血液生化学検査（アルブミン値、P 値、K 値）と RFS ハイリスク症例との関連について検討した。年齢、BMI、血液生化学検査については RFS ハイリスクの有無から調整した ROC 曲線よりカットオフ値を求め、性別とともに RFS ハイリスクとの関連について、ロジスティック回帰分析による単変量・多変量解析した。

【結果】RFS ハイリスク症例は 16 例（35.5%）であった。RFS ハイリスクに関わるカットオフ値は年齢 79 歳、BMI 18.9 kg/m²、アルブミン値 2.9g/dL、P 値 3.6 mg/dL、K 値 4.4 mEq/L であった。単変量解析では年齢、BMI の 2 因子が選択された。多変量解析では、BMI（オッズ比：25.00 P<0.001）のみが選択された。

【考察及び結論】NST 介入時における RFS のハイリスク因子は、BMI 18.9 kg/m² 未満のみであった。BMI は血液生化学検査と比べ変動が少なく、NST 介入時における RFS ハイリスク因子として有用な指標となる可能性が示唆された。

特定機能病院の NST 活動の現状と今後の課題 ～入院栄養管理体制加算と栄養サポートチーム加算～

久保 麻友子、川野 結子、市川 顕子、宮澤 靖

東京医科大学病院 栄養管理科

【目的】

2022 年 4 月より全病棟へ管理栄養士が常駐し、同年 7 月より入院栄養管理体制加算（以下、体制加算）の算定を開始した。栄養管理体制の要件から表面化した NST の課題を報告したい。

【方法】

NST は医師や病棟スタッフから依頼を受けて介入し、栄養サポートチーム加算（以下、NST 加算）は歯科医師連携加算も算定している。NST の月間介入数と算定数の推移を調査した。

【結果】

2021 年度の NST 月間介入（延べ）は平均 24 人だったが 2022 年度は 20 人を下回った。NST 加算の算定数は体制加算の算定後より低下し、介入数に対する算定率は 5 割以下だった。

【結論】

令和 4 年度診療報酬改定で NST 加算は更に算定対象の拡大が図られたが、当院では管理栄養士の病棟常駐後に介入件数が低下し、体制加算算定後は NST 加算が減少した。体制加算は当該病棟に専従の管理栄養士を 1 名以上配置し、入院初日及び退院時に 270 点の加算となるが NST 加算の併算定はできない。当院の平均在院日数は 10 日でありレセプト業務において体制加算が系統的に優先されることが多い。NST のニーズにも変化があると推察し、背景には病棟専従の管理栄養士は NST 専任との兼務はできないが入退院支援部門とも連携して病棟単位でのチーム診療を担っていることが挙げられる。特定機能病院における NST の在り方を再考し、診療報酬改定の動向を注視して今後の方向性を議論する必要が出てきた。介入に拘らず栄養管理難渋症例の相談窓口としての役割や、算定率の観点からは体制加算に該当しない病棟や集中治療後の栄養サポート（早期栄養介入管理加算との併算定）などを模索している段階である。

病棟栄養カンファレンス ～スクリーニング項目改定前後での比較～

村田 里佳、飯田 香織、中村 めぐみ、大津 昌弘、植木 隆彦、陸川 良智、金子 厚、
重田 真幸、宮川 博、吉澤 奈央

公立昭和病院 NST

【目的】栄養カンファレンス（以下C f）におけるスクリーニング項目の改定は、栄養介入が必要な患者の抽出に有効であったのか検討する。

【方法】

2021/6/1～7/31（改定前群）、および2022/6/1～7/31（改定後群）の2か月に入院しC fにて検討された患者の臨床情報を後ろ向きに収集し、C f対象者数、スクリーニング項目、入院からC f実施までの日数、C f時栄養充足率、およびC f7日後の栄養充足率、在院日数について比較した。

【結果】スクリーニング項目の改定により該当患者数は（改定前41名→改定後群78名）増加した。「経口摂取不良」項目該当の患者割合は（改定前68.4%→改定後51.3%）減少、「絶食」項目患者割合は（21.1%→28.2%）増加した。入院からC f実施までの期間平均は（9日→7日）やや短縮された。C f時栄養充足率の平均はそれぞれ41.7%、38.2%であったが、C f7日後の栄養充足率の平均は61.5%、66.7%とより増加傾向を認めた。在院日数は有意差を認めなかった。【考察及び結論】スクリーニング項目を分かりやすく改定して、多職種に周知することで該当患者数は増加し、C f実施までの期間を短縮できた。改定前後でC f7日後の栄養充足率は有意ではないものの増加傾向で、栄養介入患者が増加しても栄養管理の質を保つことができた。

脳神経外科病棟における病棟常駐型栄養サポートの実践～脳腫瘍術後の経口摂取につなげた1例～

千葉 枝里子、久保 麻友子、川野 結子、福勢 麻結子、宮澤 靖

東京医科大学病院栄養管理科

【目的】

脳神経疾患の術後管理において、栄養、リハビリ、退院支援は重要であり、多職種の連携とスピーディーな介入が求められる。当院では2022年4月から管理栄養士が全病棟に常駐し栄養サポートを行っている。チーム医療の形は、NSTのようなカンファレンスで情報共有を行う「専門部隊型」と、病棟での情報交換のみで共有を行う「病棟常駐型」に分けられる。今回、病棟常駐型チームによる栄養サポートで、脳腫瘍術後に経口摂取およびリハビリ病院への転院につながった症例を報告する。

【症例提示】

70歳代女性、脳腫瘍術後にくも膜下出血、脳梗塞の所見がみられ、術後4日目に脳腫脹に対して外減圧術を施行した。栄養は術後2日目から経腸栄養を開始した。一般病棟転棟後、32日目に頭蓋形成術を施行し、創傷治癒目的に病棟管理栄養士とNSTによる栄養介入を行った。水頭症に対し脳室腹腔シャント術を施行後、意識レベルの改善がみられたため、71日目に嚥下内視鏡検査を実施したが、覚醒が不十分で経口摂取は困難であった。術前より「口から食べられなくなっても胃瘻は造設しない」と本人・家族からの明確な意思表示があったため、栄養投与ルートについて管理栄養士と多職種で情報共有をし、経口移行を目標にリハビリを継続した。79日目に嚥下調整食の摂取が可能となり経腸栄養と併用しリハビリ病院へ転院となった。

【考察及び結論】

多職種で目標を共有し栄養サポートを実践したことで、経口摂取およびリハビリの継続につなげることが可能となった。脳神経外科病棟において病棟常駐型チームによる栄養サポートが有用と考えられた。

住宅型ホスピスにおけるがん末期患者 NST ラウンドでの管理栄養士の役割

折笠 瑛美里¹⁾、渡部 弥生¹⁾、山口 美紅¹⁾、澁谷 佐季¹⁾、加藤 真梨子¹⁾、井上 百合子¹⁾、望月 弘彦²⁾、立野 慶¹⁾

1) 医療法人社団ユニメディコ NST チーム

2) 相模女子大学

【目的】

がん患者はがんと診断された時から、治療と並行して緩和ケアと栄養マネジメントが実行され、特に終末期では人生の質を高める為に不可欠である。

当法人が運営するホスピス機能を要した住宅型有料老人ホーム（以下ホスピス）のがん末期患者に対する NST ラウンドにおける管理栄養士の役割を検討・報告する。

【方法】

対象はがん末期患者 55 名（平均入居期間 3.4 ヶ月、平均要介護度 3.85）。

主に医師、看護師および管理栄養士が NST ラウンド、栄養マネジメントを実行。静脈栄養、経管栄養、VE 施行、経口栄養に分けて検討した。

【結果】

静脈栄養 23 名（41.8%）（平均治療期間 3.4 ヶ月、平均介護度 3.94）、経管栄養 3 名（5.5%）（平均治療期間 3.0 ヶ月、平均介護度 4.57）、VE 検査実施 8 例（14.5%）、静脈・経管栄養より離脱、完全に経口摂取可能となった例 1 名（1.8%）であった。〈症例〉67 歳、胸部中部食道癌末期患者。胃瘻留置あるが経鼻経管使用、経口摂取不可状態にて病院を退院入居。入居時は胃瘻を使用。胃瘻チューブ細く、半固形剤不可のためラコール経腸用液投与。入居時 VE 検査兵頭スコア 4 点、経口水分摂取から開始、入居 1 ヶ月後ペースト食（学会分類 2 コード 2-1）、入居 2 ヶ月後粥（コード 3）を摂取可能となり、胃瘻使用せず完全経口摂取に至った。

【考察及び結論】

がん末期患者では、静脈栄養・経管栄養からの完全離脱例は少なく、NST ラウンドで管理栄養士が関わる機会は多く、静脈栄養、経管栄養、経口栄養いずれにおいても重要な役割が存在していた。特に病院退院時から在宅移行時での栄養管理に関しては、管理栄養士のマネジメントにより多職種がより効率的に活動、情報共有がしやすくなると思われた。

筆頭演者索引

あ

| | | |
|-------|----------|-----|
| 浅川 浩樹 | 一般演題口演 2 | P48 |
| 朝倉 之基 | 薬剤師セッション | P38 |

い

| | | |
|-------|----------|-----|
| 池田 大輔 | 薬剤師セッション | P40 |
| 池田 尚人 | 一般演題口演 3 | P60 |
| 伊藤明日香 | 一般演題口演 2 | P49 |

お

| | | |
|-------|-------------|-----|
| 大川 李絵 | 管理栄養士セッション | P30 |
| 大坪 千智 | 一般演題口演 1 | P45 |
| 小川 純人 | ランチョンセミナー 2 | P25 |
| 折笠瑛美里 | 一般演題口演 5 | P74 |

か

| | | |
|-------|----------|-----|
| 片淵 泉 | 看護師セッション | P33 |
| 川上 真成 | 薬剤師セッション | P39 |

く

| | | |
|-------|------------|-----|
| 工藤 雄洋 | 管理栄養士セッション | P28 |
| 久保麻友子 | 一般演題口演 5 | P71 |

こ

| | | |
|-------|----------|-----|
| 小西 瑤子 | 一般演題口演 4 | P66 |
|-------|----------|-----|

さ

| | | |
|-------|----------|-----|
| 齊藤 大蔵 | 一般演題口演 3 | P61 |
| 齋藤 七帆 | 一般演題口演 1 | P44 |
| 佐々木 淳 | 教育講演 | P22 |
| 佐藤 美穂 | 薬剤師セッション | P36 |

し

| | | |
|-------|----------|-----|
| 柴山志穂美 | 看護師セッション | P34 |
| 白石 謙介 | 一般演題口演 3 | P57 |

す

| | | |
|-------|----------|-----|
| 杉浦 美砂 | 薬剤師セッション | P37 |
|-------|----------|-----|

た

| | | |
|-------|----------|-----|
| 高木 久美 | 一般演題口演 1 | P43 |
| 滝口 光一 | 一般演題口演 3 | P55 |
| 田中 綾 | 一般演題口演 2 | P51 |

ち

| | | |
|-------|----------|-----|
| 千葉枝里子 | 一般演題口演 5 | P73 |
|-------|----------|-----|

て

| | | |
|------|------------|-----|
| 寺田 師 | 管理栄養士セッション | P29 |
|------|------------|-----|

な

| | | |
|-------|----------|-----|
| 中畝 晋 | 一般演題口演 5 | P70 |
| 長岡すみか | 一般演題口演 4 | P67 |
| 中瀬 一 | 一般演題口演 2 | P50 |
| 長門 直 | 一般演題口演 4 | P64 |
| 中村由貴子 | 一般演題口演 1 | P42 |
| 仲山 孝 | 一般演題口演 3 | P54 |
| 中山 恵子 | 一般演題口演 3 | P58 |

に

| | | |
|-------|----------|-----|
| 西坂 尚子 | 一般演題口演 3 | P62 |
|-------|----------|-----|

は

| | | |
|-------|----------|-----|
| 長谷 剛志 | スイーツセミナー | P26 |
|-------|----------|-----|

ふ

| | | |
|-------|----------|-----|
| 福勢麻結子 | 一般演題口演 3 | P59 |
| 古屋 信二 | 一般演題口演 3 | P56 |

ま

| | | |
|------|------|-----|
| 松本 尚 | 特別講演 | P20 |
|------|------|-----|

み

| | | |
|------|-------------|-----|
| 宮澤 靖 | ランチョンセミナー 1 | P24 |
|------|-------------|-----|

む

| | | |
|-------|----------|-----|
| 村田 里佳 | 一般演題口演 5 | P72 |
|-------|----------|-----|

も

| | | |
|-------|----------|-----|
| 最上谷拓磨 | 看護師セッション | P32 |
|-------|----------|-----|

や

| | | |
|------|----------|-----|
| 山田 咲 | 一般演題口演 4 | P65 |
|------|----------|-----|

協賛企業一覧

【ランチョンセミナー】

株式会社大塚製薬工場
ネスレ日本株式会社ネスレヘルスサイエンスカンパニー

【スイーツセミナー】

株式会社八光

【企業展示出展】

アイドゥ株式会社
アボットジャパン合同会社
カーディナルヘルス株式会社
全国病院用食材卸売業協同組合
太陽化学株式会社
東洋ライス株式会社
株式会社トップ
日清オイリオグループ株式会社
ニュートリー株式会社
ネスレ日本株式会社ネスレヘルスサイエンスカンパニー
株式会社ハーバー研究所
ハウス食品株式会社
株式会社八光
株式会社ファイン
株式会社ヘルシーネットワーク
ホリカフーズ株式会社

【プログラム集・抄録集広告】

株式会社クリニコ
株式会社ジェイ・エム・エス
武田薬品工業株式会社
テルモ株式会社
株式会社日本医療企画
株式会社ファイン
株式会社フードケア

【幕間 CM 広告】

株式会社ヘルシーネットワーク
株式会社明治

【寄附】

ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社

(五十音順・敬称略)