

日本栄養治療学会首都圏支部 第16回支部学術集会

プログラム・抄録集

活
き
る
環
境
は
栄
養
治
療
の
原
点

A vibrant
environment is
the starting
point for nutrition
therapy



会期) 2025年
5月17日(土)

会場) ワークピア横浜

〒231-0023 神奈川県横浜市中区山下町24-1

会長) 石井 良昌

日本大学松戸歯学部 口腔外科学講座 教授
前 座間総合病院歯科口腔外科 医長

目次

会長あいさつ.....	02
世話人一覧.....	03
スケジュール.....	08
プログラム.....	10
参加者へのご案内.....	19
座長・演者へのご案内.....	22
交通案内・会場案内.....	24
会場図.....	25

抄録

特別講演.....	29
教育講演.....	31
管理栄養士セッション.....	35
薬剤師セッション.....	41
看護師セッション.....	45
特別企画.....	49
初心者向け勉強会.....	51
共催セミナー.....	53
口演 1.....	61
口演 2.....	69
口演 3.....	77
口演 4.....	85
口演 5.....	93
ポスター.....	101

会長あいさつ

日本栄養治療学会首都圏支部 第 16 回支部学術集会の開催にあたって

この度、日本栄養治療学会首都圏支部第 16 回支部学術集会の会長を拝命いたしました日本大学松戸歯学部口腔外科学講座（前 座間総合病院歯科口腔外科）の石井良昌です。JSPEN のなかでも世話人数が多い首都圏支部で、会長を拝命させていただき、大変名誉に感じるとともに会員の益となる学術集会にすべく身も引き締まる思いです。

この会長あいさつの原稿を書いているのは 2024 年 4 月 2 日ですが、1 月 1 日に能登半島地震がありました。3 か月たった今でも、被災された皆様のなかには大変な状況な方もいまだ多くいらっしゃるかと、心よりお見舞い申し上げます。このような震災の後には特に「生きる」ための「環境」について強く考えますが、毎回テレビなどで報道される状況はあまり変わっていません。

そして 2025 年 4 月の今、報道されることは少なくなりましたが、被災者の方々の生活は、ご苦労されていることも多くあるかと心痛むところです。

そこで今回のメインテーマは「活きる環境は栄養治療の原点」(A vibrant environment is the starting point for nutrition therapy) とさせていただきました。生活のために重要な「衣食住」などの環境が整わないとせっかくの栄養治療も最大の効果を発しない経験は皆様お持ちだと思います。今回の能登半島地震で考えさせられた「空気の視点」、「水の視点」、「食の視点」、「心の視点」、「住の視点」などのさまざまな視点から栄養治療を再考してみたいと思います。また首都圏支部学術集会 16 回の歴史のなかで、歯科医師の大会長は初めてとなりますので、歯科的な特徴もある会にしていきたいと考えています。

会期は 2025 年 5 月 17 日土曜日に横浜での開催させていただくことにいたしました。例年通りメインテーマとは別に日々の臨床疑問をご発表いただけるように一般演題もご準備いたしておりますので、どうぞ多くの会員の皆様のご発表・ご参加をいただければ幸いです。

実りある学術集会になるようスタッフ一同準備を進めてまいりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

2025 年 5 月吉日

日本栄養治療学会首都圏支部
第 16 回支部学術集会

会長 石井 良昌

(日本大学松戸歯学部 口腔外科学講座 教授
前 座間総合病院歯科口腔外科 医長)



日本栄養治療学会首都圏支部会 世話人一覧

役職	氏名	都道府県	所属
支部長	千葉 正博	東京都	昭和医科大学薬学部
代議員	朝倉 之基	東京都	Nurse Innovation 株式会社
	飯田 純一	神奈川県	恩賜財団 済生会横浜市南部病院
	池田 尚人	東京都	昭和大学江東豊洲病院
	市川 大輔	山梨県	山梨大学医学部
	上島 順子	東京都	NTT 東日本関東病院
	上原秀一郎	東京都	日本大学
	大石 英人	東京都	独立行政法人 国立病院機構 村山医療センター
	尾花 和子	東京都	日本赤十字社医療センター
	海道 利実	東京都	聖路加国際病院
	河口麻衣子	東京都	帝京大学医学部附属病院
	川崎 成郎	東京都	東京都予防医学協会
	川畑亜加里	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
	神田 由佳	東京都	LIC 訪問看護リハビリステーション
	菅野 義彦	東京都	東京医科大学
	熊谷 厚志	神奈川県	北里大学医学部
	熊谷 直子	神奈川県	横浜市立大学附属市民総合医療センター
	斉田 芳久	東京都	東邦大学医療センター大橋病院
	斎藤 恵子	東京都	機能強化型多摩小金井認定栄養ケア・ステーション
	斎野 容子	東京都	公益財団法人がん研究会有明病院
	佐川まさの	東京都	東京女子医科大学附属足立医療センター
	櫻谷美貴子	神奈川県	北里大学医学部
	佐藤 千秋	東京都	昭和大学江東豊洲病院
	清水 孝宏	東京都	ヴェクソンインターナショナル株式会社
	杉山 彰英	神奈川県	昭和大学横浜市北部病院
	鈴木 規雄	神奈川県	聖マリアンナ医科大学
	関本 司	東京都	医療法人社団積信会 長谷川病院
	添野 民江	東京都	Five Star 訪問看護・栄養管理 Station
	高増 哲也	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	田中 紀子	神奈川県	神奈川県立 こども医療センター
	田中 弥生	神奈川県	関東学院大学
	谷口 英喜	神奈川県	横浜市済生会東部病院
	田部井 功	東京都	東京慈恵会医科大学附属第三病院
	樋島 学	神奈川県	医療法人社団和光会総合川崎臨港病院
	内藤 剛	神奈川県	北里大学医学部
	中瀬 一	山梨県	北杜市立甲陽病院
	長浜 雄志	東京都	国家公務員共済組合連合会 九段坂病院
	新原 正大	東京都	国際医療福祉大学三田病院
	畑尾 史彦	東京都	地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター
	比企 直樹	神奈川県	北里大学

役職	氏名	都道府県	所属
代議員	深柄 和彦	東京都	東京大学医学部附属病院
	福山 直人	東京都	東京農業大学
	藤谷 竜磨	東京都	東京都立大久保病院
	古田 雅	東京都	東邦大学医療センター大森病院
	古屋 純一	東京都	昭和大学歯学部
	牧 宏樹	山梨県	甲府市地域（救急）医療センター
	松尾浩一郎	東京都	東京科学大学
	光永 幸代	神奈川県	横浜市立大学大学院医学研究科
	望月 弘彦	神奈川県	相模女子大学
	森 みさ子	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
	若林 秀隆	東京都	東京女子医科大学病院
	鷺澤 尚宏	東京都	東邦大学医療センター大森病院
学術評議員	青山 徹	東京都	東京都立駒込病院
	秋山 滋男	東京都	昭和薬科大学
	秋山 紘槻	神奈川県	神奈川県立がんセンター
	浅川 浩樹	山梨県	北杜市立甲陽病院
	浅川 弘美	山梨県	北杜市立甲陽病院
	芦川 美希	東京都	帝京大学医学部附属病院
	有本 正子	東京都	東京科学大学病院
	石川 史明	東京都	日本赤十字社医療センター
	石川 容子	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	石田 順朗	東京都	田園調布中央病院
	磯部 宏子	神奈川県	神奈川県立循環器呼吸器病センター
	牛込 恵子	東京都	東京家政大学
	大久保正彦	東京都	永寿会恩方病院
	大塚有希子	東京都	東京女子医科大学病院
	大司 俊郎	東京都	日産厚生会玉川病院
	奥山 裕子	東京都	東邦大学医療センター大橋病院
	長田 俊一	神奈川県	大船中央病院
	甲斐 維子	神奈川県	神奈川県立がんセンター
	笥 慎吾	東京都	東京女子医科大学病院
	風間 義弘	東京都	日本赤十字社医療センター
	片岡 祐一	神奈川県	北里大学
	金杉 恵里	東京都	東急株式会社 東急病院
	金子真由美	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
	神村 絵美	東京都	国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院
	菅野 丈夫	神奈川県	神奈川工科大学
	菅野 仁士	東京都	日本医科大学
	菊池奈穂子	神奈川県	北里大学病院
	北河 徳彦	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	草間 大生	東京都	東京医療保健大学
	工藤 雄洋	神奈川県	済生会横浜市東部病院

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	工藤 美香	東京都	駒沢女子大学
	久保田啓介	東京都	JCHO 東京山手メディカルセンター
	高坂 聡	東京都	東京医科大学八王子医療センター
	小島 淳一	神奈川県	ふれあい鎌倉ホスピタル
	小瀬 英司	東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院
	齋木 一郎	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	齊藤 大蔵	東京都	株式会社 Nutrition Laboratory
	酒井 正博	東京都	慈誠会・練馬高野台病院
	佐藤三奈子	神奈川県	医療法人三星会 かわさき記念病院
	佐藤 美和	山梨県	国民健康保険 富士吉田市立病院
	佐藤 由美	神奈川県	北里大学病院
	澤田 実佳	東京都	東京大学医学部附属病院
	静間 徹	神奈川県	東海大学
	篠 聡子	東京都	東京女子医科大学病院
	柴崎 美紀	東京都	杏林大学保健学部看護学科
	清水 哲平	東京都	北原リハビリテーション病院
	清水 行栄	東京都	東京科学大学病院
	白鳥 千穂	神奈川県	神奈川歯科大学附属病院
	陣場 貴之	東京都	武蔵野赤十字病院
	杉野 万紀	東京都	一般社団法人衛生文化協会 城西病院
	鈴木 敦	東京都	東邦大学医療センター大森病院
	鈴木 慶介	東京都	公益社団法人 地域医療振興協会 台東区立台東病院・老人保健施設千束
	関根 里恵	東京都	東京大学医学部附属病院
	関谷 秀樹	東京都	東邦大学医療センター大森病院
	高井 宏幸	神奈川県	湘南厚木病院
	高橋理美子	神奈川県	横浜国立大学附属市民総合医療センター
	高山はるか	東京都	聖路加国際病院
	滝口 光一	山梨県	山梨大学医学部附属病院
	田辺 義明	神奈川県	新百合ヶ丘総合病院
	種村 陽子	東京都	東京慈恵会医科大学附属病院
	千野 賢一	神奈川県	小田原循環器病院
	辻 智大	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	寺島 秀夫	東京都	CUC Inc.
	天神 尊範	神奈川県	篠原湘南クリニック クローバーホスピタル
	徳永 圭子	東京都	都立病院機構 多摩北部医療センター
	富田真佐子	神奈川県	昭和大学
	豊住ひと美	東京都	明理会東京大和病院
	長田 拓哉	東京都	東邦大学医療センター大橋病院
	中西 将	東京都	東邦大学医療センター大森病院
	長沼 広和	東京都	東邦大学医療センター大橋病院
	中村 篤志	神奈川県	日本鋼管病院
	中村 謙介	神奈川県	横浜市立大学

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	中村 早織	神奈川県	
	中村芽以子	東京都	東邦大学医療センター大森病院
	西原 佑一	神奈川県	けいゆう病院
	馬場 裕之	東京都	世田谷北部病院
	原 純也	東京都	武蔵野赤十字病院
	秀村 晃生	神奈川県	関東労災病院
	平澤 数馬	東京都	東邦大学医療センター大森病院
	深沢佐恵子	神奈川県	北里大学病院
	深津 章子	東京都	大妻女子大学
	福士 朝子	東京都	東京慈恵会医科大学葛飾医療センター
	福重亜紀子	神奈川県	神奈川県立循環器呼吸器病センター
	藤井 真	神奈川県	一般財団法人同友会藤沢湘南台病院
	古屋 信二	山梨県	山梨大学
	堀込かずみ	山梨県	北杜市立甲陽病院
	間崎 武郎	東京都	同愛会病院
	町頭 成郎	東京都	聖路加国際病院
	松尾 宏美	東京都	株式会社グリーン・フードマネジメントシステムズ
	松崎 貴志	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
	松嶋 真哉	東京都	杏林大学
	松永裕美子	神奈川県	相模女子大学
	松原 康美	神奈川県	北里大学
	水野 英彰	東京都	悦伝会目白第二病院
	三松 謙司	神奈川県	JCHO 横浜中央病院
	宮澤 靖	東京都	東京医科大学病院
	村越 智	神奈川県	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部
	最上谷拓磨	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
	森 ひろみ	東京都	国立大学法人 東京科学大学病院
	八木 仁史	神奈川県	関東労災病院
	山田 桐絵	神奈川県	山内病院
	横山 恭子	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	吉沢 和也	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
	吉田 稔	東京都	国立病院機構本部
	吉見 猛	東京都	日本赤十字社医療センター
	吉年 俊文	東京都	The Hospital for Sick Children
	脇山 茂樹	東京都	町田市民病院
	渡辺 稔彦	神奈川県	東海大学医学部

(2025 年 4 月 1 日現在)

スケジュール 2025/5/17 (土)

	第 1 会場	第 2 会場
	2F おしどり・くじゃく	3F かもめ・やまゆり
8:30		
9:00	8:50-9:00 開会挨拶 9:00-9:50 管理栄養士セッション リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における管理栄養士の役割 座長：齋藤 恵子（多摩小金井認定栄養ケア・ステーション） 古田 雅（東邦大学医療センター大森病院栄養部） 演者：光永 幸代（横浜市立大学大学院医学研究科顎顔面口腔機能制御学） 齋藤 大蔵（株式会社 Nutrition Laboratory） 佐々木佳奈恵（日本赤十字社武蔵野赤十字病院医療技術部栄養課） 鈴木 綾華（IMS グループ医療法人社団明芳会板橋中央総合病院）	9:00-9:56 口演 1 座長：大石 英人（独立行政法人国立病院機構村山医療センター外科） 鈴木 規雄（聖マリアンナ医科大学循環器内科）
10:00	10:00-10:50 特別講演 「空気で答えを出す会社」ダイキンが考える空気の価値について 座長：石井 良昌（日本大学松戸歯学部 口腔外科学講座） 演者：石井 克典（ダイキン工業株式会社）	10:00-10:56 口演 2 座長：樋島 学（株式会社メディカルアンサーズ） 原 純也（武蔵野赤十字病院 栄養課）
11:00	11:00-11:50 教育講演 1 しなやかな人間関係を作る方法：心理学を現場に活かす 座長：千葉 正博（昭和大学薬学部臨床薬学講座臨床栄養代謝学部門） 演者：碓井 真史（新潟青陵大学大学院臨床心理学研究科）	11:00-11:56 口演 3 座長：池田 尚人（昭和大学江東豊洲病院） 工藤 雄洋（神奈川県済生会横浜市東部病院 栄養部）
12:00	12:00-12:50 ランチョンセミナー 1 共催：株式会社大塚製薬工場 多職種連携で取り組む包括的オーラルフレイル対策 座長：太田 嘉英（東海大学医学部外科学系口腔外科学領域） 演者：齋藤 大蔵（株式会社 Nutrition Laboratory） 松尾浩一郎（東京科学大学 地域・福祉口腔機能管理学分野）	12:00-12:50 ランチョンセミナー 2 共催：森永乳業クリニコ株式会社 / アライドコーヒーロースターズ株式会社 食べる楽しみをいつまでも～美味しく、安全な嚥下調整食を展望する～ 座長：大久保正彦（日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック 臨床講師） 演者：谷口 裕重（朝日大学 歯学部 口腔病態医療学講座 摂食嚥下リハビリテーション学 / 朝日大学大学院 歯学研究科）
13:00	13:00-13:50 教育講演 2 水分摂取と健康について 座長：谷口 英喜（済生会横浜市東部病院患者支援センター） 演者：中村 友美（サントリーグローバルイノベーションセンター株式会社 研究部）	13:00-13:56 口演 4 座長：中瀬 一（北杜市立甲陽病院） 朝倉 之基（Nurse Innovation 株式会社）
14:00	14:00-14:50 薬剤師セッション 薬剤師から栄養治療において伝えたいこと 座長：飯田 純一（社会福祉法人 恩賜財団 済生会横浜市南部病院） 演者：熊木 良太（昭和医科大学大学院薬学研究科社会薬学分野） 平間 盛吾（社会福祉法人恩賜財団済生会支部神奈川県済生会横浜市南部病院） 小瀬 英司（順天堂大学医学部附属順天堂医院 薬剤部）	14:00-14:56 口演 5 座長：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） 土屋 宗周（ジャパンメディカルアライアンス 座間総合病院）
15:00	15:00-15:50 スイーツセミナー 1 協賛：株式会社ロッテ 大規模災害がもたらした口腔と食生活の変化～嚥むことから考える栄養と災害フレイル予防～ 座長：石井 良昌（日本大学松戸歯学部 口腔外科学講座） 演者：長谷 剛志（公立能登総合病院 歯科口腔外科）	15:00-15:50 スイーツセミナー 2 協賛：株式会社フードケア 貯筋の大切さと栄養管理～周術期から在宅に至るまで～ 座長：光永 幸代（横浜市立大学大学院医学研究科顎顔面口腔機能制御学） 演者：松井 亮太（金沢大学附属病院 消化管外科） 在川 一平（株式会社フードケア 開発企画部門 マーケティング課）
16:00	16:00-16:50 看護師セッション サルコペニアとフレイル予防に挑む！臨床推論で深める看護師だからできる栄養ケア～患者の“なぜ”を紐解き、“どうする”を導く看護の力～ 座長：神田 由佳（LIC 訪問看護リハビリステーション） 森 みさ子（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院） 演者：若林 秀隆（東京女子医科大学病院リハビリテーション科） 牧 宏樹（甲府市地域医療センター救急調剤薬局） 黒沢 勝彦（LIC 訪問看護リハビリステーション）	16:00-16:40 特別企画日本集中治療医学会合同セッション 「重症患者の栄養療法ガイドライン 2024」 ガイドラインだけでは語れない：作成したレビューとともに読み解く日本版重症患者の栄養療法の全体像 座長：佐川まさの（東京女子医科大学附属足立医療センター 外科） 演者：吉田 稔（国立病院機構本部 総合研究センター診療情報分析部）
17:00	16:50-17:00 優秀演題賞表彰 17:05-17:15 開会挨拶 石井 良昌（日本大学松戸歯学部 口腔外科学講座） 光永 幸代（横浜市立大学大学院医学研究科顎顔面口腔機能制御学）	17:00-17:05 次回会長ご挨拶 上原秀一郎（日本大学医学部外科学系小児外科学分野）
18:00		

	第3会場	展示・ポスター会場
	B1F ユーフォニー	3F いちよう・ホワイトエ
8:30		
9:00		9:00-16:30 展示会場
10:00		
11:00	11:00-11:50 初心者向け勉強会 座長：神田 由佳（LIC 訪問看護リハビリステーション） 講師：川畑亜加里（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院）	
12:00		
13:00	13:00-13:40 首都圏支部会報告、首都圏支部会役員会 千葉 正博（昭和大学薬学部臨床薬学講座臨床栄養代謝学部門）	
14:00	13:50-14:30 東京 NST 専門療法士連絡会	14:00-14:50 ポスター発表 座長：高増 哲也（神奈川県立こども医療センター地域保健推進部） 中川 真希（海老名総合病院）
15:00		
16:00	16:00-16:40 神奈川 NST 専門療法士連絡会	
17:00		
18:00		

プログラム

第1会場

開会挨拶

8:50 ~ 9:00

石井 良昌（日本大学松戸歯学部 口腔外科学講座）

管理栄養士セッション リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における管理栄養士の役割

9:00 ~ 9:50

座長：齋藤 恵子（多摩小金井認定栄養ケア・ステーション）

古田 雅（東邦大学医療センター大森病院栄養部）

管理栄養士に知ってほしい口腔アセスメント

光永 幸代（横浜市立大学大学院医学研究科顎顔面口腔機能制御学）

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における管理栄養士の役割

齋藤 大蔵（株式会社 Nutrition Laboratory）

当院におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算開始における課題と現状

佐々木佳奈恵（日本赤十字社武蔵野赤十字病院医療技術部栄養課）

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の取り組みの現状

鈴木 綾華（IMS グループ医療法人社団明芳会板橋中央総合病院）

特別講演 「空気で答えを出す会社」ダイキンが考える空気の価値について

10:00 ~ 10:50

座長：石井 良昌（日本大学松戸歯学部 口腔外科学講座）

「空気で答えを出す会社」ダイキンが考える空気の価値について

石井 克典（ダイキン工業株式会社）

教育講演 1 しなやかな人間関係を作る方法：心理学を現場に活かす

11:00 ~ 11:50

座長：千葉 正博（昭和大学薬学部臨床薬学講座臨床栄養代謝学部門）

しなやかな人間関係を作る方法：心理学を現場に活かす

碓井 真史（新潟青陵大学大学院臨床心理学研究科）

ランチセミナー 1 多職種連携で取り組む包括的オーラルフレイル対策

12:00 ~ 12:50

座長：太田 嘉英（東海大学医学部外科学系口腔外科学領域）

食べる力をチームで守る！オーラルフレイル予防につなげる栄養アプローチ

齊藤 大蔵（株式会社 Nutrition Laboratory）

多職種連携で取り組む包括的オーラルフレイル対策

松尾浩一郎（東京科学大学 大学院地域・福祉口腔機能管理学分野）

共催企業：株式会社大塚製薬工場

教育講演 2 水分摂取と健康について

13:00 ~ 13:50

座長：谷口 英喜（済生会横浜市東部病院患者支援センター）

水分摂取と健康について

中村 友美（サントリーグローバルイノベーションセンター株式会社 研究部）

薬剤師セッション 薬剤師から栄養治療において伝えたいこと

14:00 ~ 14:50

座長：飯田 純一（社会福祉法人 恩賜財団 済生会横浜市南部病院）

経腸栄養は誰の仕事か？ 薬剤師が関わる意義と実践

熊木 良太（昭和医科大学大学院薬学研究科社会薬学分野）

薬剤師から栄養治療において伝えたいこと「静脈栄養」

平間 盛吾（社会福祉法人恩賜財団済生会支部神奈川県済生会横浜市南部病院）

薬と栄養のクロスロード～低栄養を防ぐためにできること～薬剤と低栄養の知られざる関係

小瀬 英司（順天堂大学医学部附属順天堂医院 薬剤部）

スイーツセミナー 1 大規模災害がもたらした口腔と食生活の変化 ～噛むことから考える栄養と災害フレイル予防～

15:00 ~ 15:50

座長：石井 良昌（日本大学松戸歯学部 口腔外科学講座）

大規模災害がもたらした口腔と食生活の変化～噛むことから考える栄養と災害フレイル予防～

長谷 剛志（公立能登総合病院 歯科口腔外科）

共催企業：株式会社ロッテ

看護師セッション サルコペニアとフレイル予防に挑む！臨床推論で深める看護師だからできる栄養ケア～患者の“なぜ”を紐解き、“どうする”を導く看護の力～
16:00 ～ 16:50

座長：神田 由佳（LIC 訪問看護リハビリステーション）
森 みさ子（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院）

若林 秀隆（東京女子医科大学病院リハビリテーション科）
牧 宏樹（甲府市地域医療センター救急調剤薬局）
黒沢 勝彦（LIC 訪問看護リハビリステーション）

優秀演題賞表彰 16:50 ～ 17:00

千葉 正博（昭和大学薬学部臨床薬学講座臨床栄養代謝学部門）

次回会長ご挨拶 17:00 ～ 17:05

上原秀一郎（日本大学医学部外科学系小児外科学分野）

閉会挨拶 17:05 ～ 17:15

石井 良昌（日本大学松戸歯学部 口腔外科学講座）
光永 幸代（横浜市立大学大学院医学研究科顎顔面口腔機能制御学）

第2会場

口演 1

9:00 ~ 9:56

座長：大石 英人（独立行政法人国立病院機構村山医療センター外科）
鈴木 規雄（聖マリアンナ医科大学循環器内科）

- 1-1 くも膜下出血術後患者における急性期の食事摂取確立が退院時機能的予後へ与える影響
荒居 典子（横浜市立脳卒中・神経脊椎センター薬剤部）
- 1-2 大腸癌周術期における ERAS プロトコル見直しへの取り組み
宮内 遥（東京医科大学八王子医療センター 栄養管理科）
- 1-3 当院の心臓血管外科手術患者に対する栄養管理について
仲鉢 聖子（湘南藤沢徳洲会病院）
- 1-4 造血器悪性腫瘍患者の化学療法が栄養状態に及ぼす影響
嶋崎 愛子（総合病院 厚生中央病院 栄養科）
- 1-5 進行再発大腸癌における化学療法中止基準としての栄養・免疫・炎症指標の有用性の検討
金森 亜耶（医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院 薬剤部）
- 1-6 がん悪液質に対するアナモレリン塩酸塩の使用に関する現状調査および AWCG の提唱前後での比較検討
麻生 里奈（昭和大学薬学部臨床薬学講座臨床栄養代謝学部門）
- 1-7 慢性腎臓病患者における食品群別摂取量と便秘の関連
森本 靖久（東京科学大学）

口演 2

10:00 ~ 10:56

座長：樋島 学（株式会社メディカルアンサーズ）
原 純也（武蔵野赤十字病院 栄養課）

- 2-1 早期栄養介入管理加算に向けた当院 SCU の実態調査
後藤 智恵（武蔵野赤十字病院 栄養課）
- 2-2 通過障害のある食道癌に対する栄養サポートチーム（NST）の取り組み
李 世容（日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院）
- 2-3 摂食嚥下障害を伴う入院患者に対する個別対応を加えた嚥下調整食による栄養管理の効果
草間 大生（東京医療保健大学 医療保健学部 医療栄養学科）
- 2-4 療養型病院に入退院した経鼻胃管患者の現状と経鼻胃管の役割の検討
庭野 元孝（茅ヶ崎中央病院）
- 2-5 多職種連携による消化器外科術前のシンバイオティクス投与について
宮原 陽子（北里大学メディカルセンター栄養科）
- 2-6 臨床現場と薬学「栄養治療」教育について
島田 雅彦（国家公務員共済組合連合会 三宿病院）
- 2-7 外来がん化学療法における薬剤師の栄養管理への介入現状と課題
伊東 崇仁（日本鋼管病院薬剤部）

座長：池田 尚人（昭和大学江東豊洲病院）

工藤 雄洋（神奈川県済生会横浜市東部病院 栄養部）

- 3-1 胃全摘術後 10 年経過して、外傷を契機に気付かれたビタミン B12 欠乏性貧血の一例
岩倉由未子（立川相互病院 栄養科）
- 3-2 小児ミトコンドリア病患者に対し脂質投与方法を検討した一症例
鳥居 春菜（東邦大学医療センター大森病院 栄養治療センター）
- 3-3 プレバイオティクスと抗けいれん薬の相互作用の調査・解析
小貫 敬太（昭和大学薬学部臨床栄養代謝学）
- 3-4 舌癌術後の化学放射線療法施行患者に対して微量元素補助食品とグルタミンを調整した一例
齊藤 七帆（昭和大学病院 栄養科）
- 3-5 深鎮静管理を導入した痙攣重積患者に対して薬剤調整と W-ED チューブを使用し経腸栄養管理を行った一例
中川 真希（海老名総合病院）
- 3-6 経腸栄養開始早期の腎不全用経腸栄養剤を使用した患者背景の調査
金木 美佳（昭和大学江東豊洲病院栄養科）
- 3-7 miRNA 発現変動を目的とした日本型食生活の献立提案 - 食事を介した生活習慣病予防および治療に向けて -
菅原沙恵子（十文字学園女子大学）

ランチョンセミナー 2 食べる楽しみをいつまでも～美味しく、安全な嚥下調整食を展望する～

12:00 ~ 12:50

座長：大久保正彦（日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック 臨床講師）

食べる楽しみをいつまでも～美味しく、安全な嚥下調整食を展望する～

谷口 裕重（朝日大学 歯学部 口腔病態医療学講座 摂食嚥下リハビリテーション学 / 朝日大学大学院 歯学研究科）

共催企業：森永乳業クリニコ株式会社／

アライドコーヒーロースターズ株式膾炙

座長：中瀬 一（北杜市立甲陽病院）

朝倉 之基（Nurse Innovation 株式会社）

- 4-1 高脂質・低メトキシシルペクチン含有の消化態栄養剤が有効であった二例
小川 知里（昭和医科大学栄養科）
- 4-2 当院の NST に関する意識調査結果～ 6 年前と比較して～
小原 奈々（昭和大学横浜市北部病院栄養科）
- 4-3 南長野医療センター篠ノ井総合病院 NST における歯科口腔外科の活動
丸山世里奈（篠ノ井総合病院）

4-4 NST 介入における栄養ケアラウンドの役割

飯島 令子（北杜市立甲陽病院 栄養科）

4-5 諦めないで！高度急性期病院から在宅訪問栄養食事指導に出ていくための仕組み作り

清水 陽平（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）

4-6 経口摂取が進まない患者の栄養立て直しプランの一考察～胃管を入れたくない A 氏との倫理的葛藤～

斎藤 智美（東京科学大学病院 看護部）

4-7 栄養療法の原則を取り入れた Advance Care Planning (ACP) フローチャートの作成と運用

小泉 恵子（北杜市立甲陽病院）

口演 5

14:00 ～ 14:56

座長：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）

土屋 宗周（ジャパンメディカルアライアンス 座間総合病院 医療技術部）

5-1 当院 NST における GLIM 基準導入後の変化

松葉 駿佑（社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 座間総合病院 栄養科）

5-2 GLIM 基準運用後の一般病棟看護師の意識調査

浅川 弘美（北杜市立甲陽病院）

5-3 当院における入院時 GLIM 基準を使用した低栄養診断の現状と今後の課題について

今野 華江（医療法人社団下田緑真会 世田谷北部病院）

5-4 褥瘡発生リスクを有する患者への早期栄養介入に向けた GLIM 基準による評価の活用について

田中 美有（独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院）

5-5 進行食道扁平上皮癌患者における治療介入前の栄養評価の重要性

長沼 由子（神奈川県立がんセンター看護局）

5-6 膠原病科入院患者における血清アルブミン値、末梢血リンパ球数、C 反応性蛋白の関係と薬剤投与の影響

関谷 秀樹（東邦大学医療センター大森病院 栄養治療センター）

5-7 亜鉛製剤の使用状況と薬学的介入の必要性～銅欠乏症への対策～

山田 璃音（昭和大学薬学部 臨床薬学講座臨床栄養代謝学部門）

スイーツセミナー 2 貯筋の大切さと栄養管理～周術期から在宅に至るまで～

15:00 ～ 15:50

座長：光永 幸代（横浜市立大学大学院医学研究科顎顔面口腔機能制御学）

備えあれば憂いなし～貯筋がもたらす周術期アウトカムへの恩恵～

松井 亮太（金沢大学附属病院 消化管外科）

嚥下調整食の栄養維持を美味しくアップデート～ペースト食の新調理「加水ゼロ式調理法」～

在川 一平（株式会社フードケア 開発企画部門 マーケティング課）

共催企業：株式会社フードケア

特別企画 日本集中治療医学会合同セッション「重症患者の栄養療法ガイドライン 2024」
ガイドラインだけでは語れない：作成したレビューとともに読み解く
日本版重症患者の栄養療法の全体像 16:00 ～ 16:40

座長：佐川まさの（東京女子医科大学附属足立医療センター 外科）

吉田 稔（国立病院機構本部 総合研究センター診療情報分析部）

第3会場

初心者向け勉強会

11:00 ～ 11:50

座長：神田 由佳（LIC 訪問看護リハビリステーション）

川畑亜加里（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院）

展示・ポスター会場

ポスター

14:00 ～ 14:50

座長：高増 哲也（神奈川県立こども医療センター）

中川 真希（海老名総合病院）

- P-1 好中球減少性腸炎患者で安全に腸管使用の継続ができた一例
木村 夏実（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）
- P-2 転院後早期に経鼻胃管にて栄養管理を開始したことにより経口摂取へとつながった症例
千葉 隆史（北杜市立甲陽病院 リハビリテーション科）
- P-3 再発を繰り返す誤嚥性肺炎患者に対して多職種が介入し経腸栄養を増量できた一例
大橋 由奈（海老名総合病院 医療技術部 栄養科）
- P-4 小腸瘻造設後の銅欠乏により創傷治癒遅延を来し、多職種で構成された微量元素チーム介入により改善した一例
日高 佑紀（横須賀市立総合医療センター 医療支援部）
- P-5 独居在宅への転帰に導いた上顎歯肉がん術後高齢患者の栄養療法の一例
森谷 順子（日本歯科大学附属病院 栄養管理室）
- P-6 摂食嚥下チームと NST の連携により必要栄養量の投与が可能となり嚥下機能が改善した 1 例
久保田樹里（昭和大学藤が丘病院 栄養科）
- P-7 経管栄養から経口摂取へ移行できた症例報告～ NST メンバー・病棟看護師として必要な役割～
山崎真奈美（社会福祉法人 日本医療伝道会 総合病院衣笠病院）
- P-8 回復期リハ病棟における口腔リハ栄養 三位一体の現状と神奈川摂食嚥下リハビリテーション研究会の役割
天神 尊範（篠原湘南クリニック クローバーホスピタル）
- P-9 小腸広範切除 2 年後に短腸症候群で入院し、在宅で中心静脈栄養を離脱した一例
中村菜美子（座間総合病院 内科）

参加者へのご案内

■学会会場

ワークピア横浜

〒231-0023 神奈川県横浜市中区山下町 24-1

TEL. 045-664-5252

■参加登録

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

<https://jspen-metro2025.jp/registration.html>

【参加登録費】

	事前参加登録 (5/16 (金) 正午まで)	当日参加登録 (6/30 (月) 23:59 まで)
会 員	3,000 円	4,000 円
非会員	4,000 円	5,000 円
学 生	1,000 円	1,500 円

■参加受付

マイページにて「受講票」をダウンロードの上、受付までお持ちください。

ネームカードおよびストラップをお渡しさせていただきます。

受付時間：2025 年 5 月 17 日（土）8：30～16：00

■ランチョンセミナー

12：00～12：50 ランチョンセミナーにて、参加者用のお弁当をご用意いたします。

【事前に「学会マイページ」よりお弁当をご希望された方】

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

なお、会場整理の都合上、プログラム開始 5 分後まで有効いたします。

【当日にお弁当をご希望される方】

参加受付にて、聴講を希望するセッションをお伺いの上、『ランチョンセミナー整理券』をお渡しさせていただきます。

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

なお、会場整理の都合上、プログラム開始 5 分後まで有効いたします。

■プログラム・抄録集 PDF

学術集会ホームページに掲載いたします。

首都圏支部会員ならびに参加登録された方に限り、プログラム・抄録集の PDF データを、本会ホームページ「プログラム・日程表」内の「プログラム・抄録集」よりダウンロードしていただけます。ダウンロードには ID / パスワードが必要になります。

登録後にメールでご案内しております ID / パスワードを入力してください。

■プログラム・抄録集紙媒体

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

■企業展示

日時：2025 年 5 月 17 日（土）9：00 ～ 16：30

場所：3F いちょう / 3F ホワイエ

■注意事項

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

撮影は著作権の侵害となる可能性がございます。厳にお慎みください。

■支部学術集会参加による JSPEN 個人資格認定単位取得について

【現地参加の方】

会員（非会員）マイページより受講票をダウンロード・プリントアウトしてください。そこに記載の QR コードが受付で必要となります。

受講履歴につきましては参加登録を申込された時点でご自身のマイページに反映しております。

【オンデマンド配信視聴の方】

会員（非会員）マイページより受講票をダウンロードしてください。

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

マイページより視聴が可能です。（コンテンツ著作権関係から一部配信ができないものがございますことをご了承ください）

【単位について】

NST 専門療法士 新規・更新申請：5 単位

栄養治療専門療法士 新規・更新申請：5 単位

※新規受験及び更新申請を行う際に、支部学術集会の単位は自動付与されませんので、ダウ

ンロードした受講票をご用意の上、JSPEN ウェブサイトより申請ください。
ご不明な場合には、JSPEN ウェブサイトのチャットボットにてご質問ください。

■オンデマンド配信について

配信期間：5月26日（月）0：00～7月1日（火）23：59

配信講演：ランチョンセミナー1～2、スイーツセミナー1～2、一般演題を除くセッション
（予定）

■次期開催のご案内

日本栄養治療学会首都圏支部 第17回支部学術集会

会長：上原秀一郎（日本大学医学部外科学系小児外科学分野 主任教授）

会期：2026年5月16日（土）

会場：砂防会館（〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-4 砂防会館別館）

■お問い合わせ

運営事務局：株式会社インターグループ

〒107-0052 東京都港区赤坂3-3-3 住友生命赤坂ビル6F

TEL：03-5549-6912

FAX：03-5549-3201

E-mail：jспен_metro2026@intergroup.co.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）がない場合、ある場合どちらの場合も申告が必要です。発表スライド2枚目に利益相反（COI）自己申告に関するスライドを加えてください。利益相反に関する詳細については学会ホームページよりご確認ください。スライドフォーマットもこちらからダウンロードできます。<https://www.jspen.or.jp/society/coi>

■発表時間

	発表	質疑応答
特別講演・教育講演	個別にご案内させていただきます。	
管理栄養士・薬剤師・看護師セッション		
一般演題（口演）	6分	2分
一般演題（ポスター）	3分	2分

■口演発表

1) PC 受付

日 時：2025 年 5 月 17 日（土）8：30～16：00

場 所：2F ホワイエ

ご発表 30 分前までに PC 受付にお立ちよりいただき、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 OS：Windows 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 明朝のみ
 - ・英 語：Times New Roman, Arial, Arial Black, Arial Narrow, Century, Century Gothic, Courier New, Georgia のみ
- ・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もあります。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 15 分前までに各会場内の次演者席にご着席ください。

■ポスター発表

- ・ポスターは下記時間内に貼付してください。

5 月 17 日 (土) 9:00 ~ 12:00

貼付用の画鋏は会場に用意いたします。

- ・ポスターパネルは右図の要領でご用意いたします。

演題名・演者名・所属は横 70cm × 縦 20cm の枠内でご用意ください。

利益相反 (COI) は右下に横向き A 4 サイズで記載してください。

演題番号は事務局で用意します。

- ・掲示したポスターは 5 月 17 日 (土) 16:30 ~ 17:30 の間に撤去してください。

撤去時間を過ぎても掲示してあるポスターは、事務局で処分しますのであらかじめご了承ください。

■座長の皆様へ

- ・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。
- ・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。



交通案内・会場案内

<ワークピア横浜>

■住所

〒231-0023

神奈川県横浜市中区山下町24-1

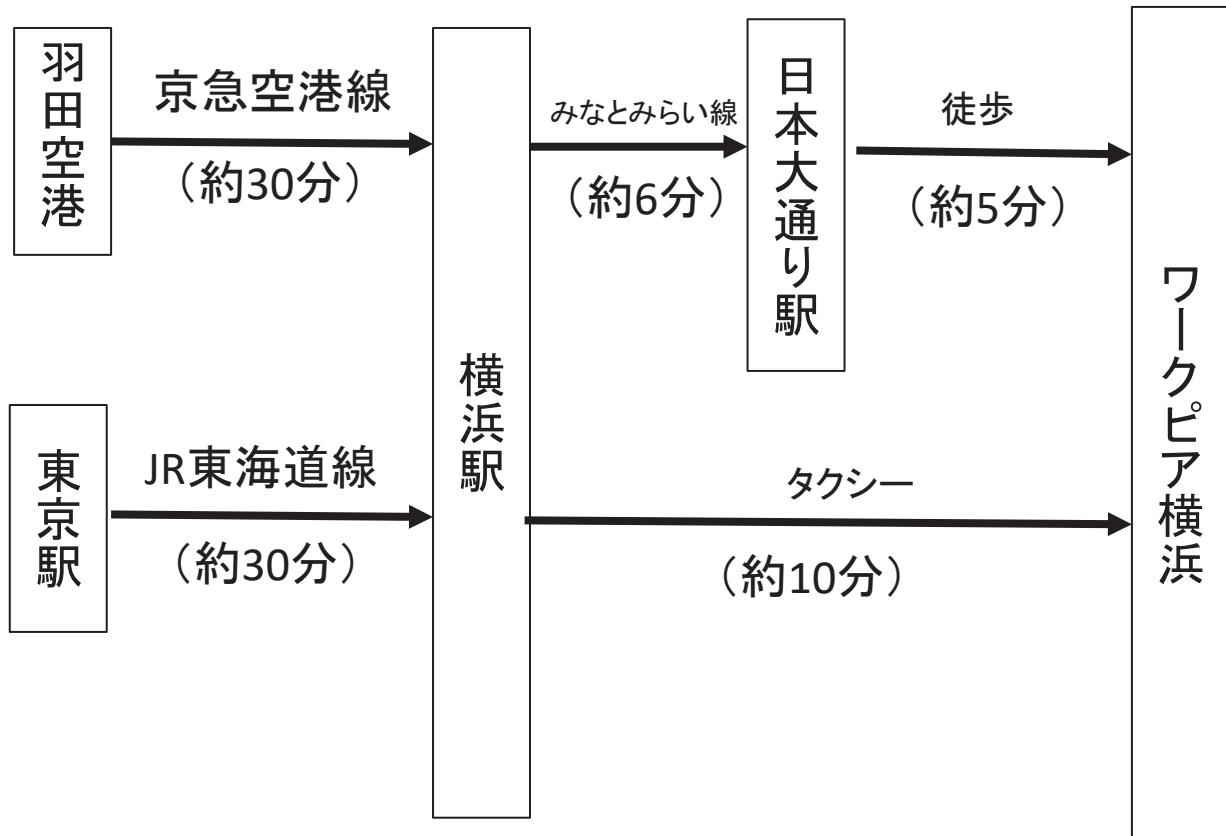
■電話

045-664-5252

■交通アクセス

- ・みなとみらい線日本大通り駅
3番出口徒歩5分
- ・コハマ市営バス（8・58）
芸術劇場・NHK前徒歩1分

※駐車場はありません。
お越しの際は、公共交通機関を
ご利用ください。



抄 録

特別講演

教育講演

管理栄養士セッション

薬剤師セッション

看護師セッション

特別企画

初心者向け勉強会

共催セミナー

一般演題（口演・ポスター）

特別講演

「空気で答えを出す会社」ダイキンが考える空気の価値について

座 長:石井 良昌¹⁾

演 者:石井 克典²⁾

1) 日本大学松戸歯学部 口腔外科学講座 教授

2) ダイキン工業株式会社 執行役員 空調営業本部長

ダイキンは「空気で答えを出す会社」を標榜し、新たな空気価値の探求・創造を続けています。専門メーカーとして磨き上げてきた空調・空気清浄機や除菌に関する技術をもとに、安心で安全、より健康で快適に、と願う世界の人々の思いに応え続け、さらに生産性の向上など心身へ好影響を及ぼすような、暮らしを豊かにする環境づくりにも挑戦しています。

私たちは空気の価値化を大きく3つのビジョン① Air as a social common capital 社会的共通資本としての空気を守り育てる ② Cooling for all 全世界への空調の基本価値普及 ③ Beyond cooling Well-being に貢献する空気・空間の創造、で描いています。本日は、①安心で安全な空気の観点から、エアロゾル感染を予防する空間の提供について、③豊かな空気を実現する技術について、をご報告させていただきます。特に③については、例えばレストランでは、料理がおいしくなる空気や人々が安心して集まれる空気、休憩スポットでは、環境に負荷をかけずに快適に過ごせる空気、他にも空気を可視化したり、離れた場所の空気を体感したりなど、現在 2025 大阪・関西万博で披露し、未来の空気をカタチにして、皆様に体験いただいています。

一日に体重の40%と同じ量を呼吸しているのが空気であり、その空気にできることはもっとあると信じ、いのち輝く空気、未来へとつなぐ空気を提供していきます。

以上当社の取り組みの一部をお話しさせていただきます。

教育講演

しなやかな人間関係を作る方法:心理学を現場に活かす

座 長:千葉 正博¹⁾

演 者:碓井 真史²⁾

1) 昭和大学薬学部臨床薬学講座臨床栄養代謝学部門

2) 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究科

1 しなやかな人間関係

しなやかな人とは、柔らかかに強い人。許容範囲が広く、多様な人々と協力できる。しなやかな人間関係ができれば、心が折れず、柔軟に、チームとしてより良い仕事ができ、みんながハッピーになれる。

2 人間関係の基本的な誤解（認知の歪みを知る）

私たちは、しばしばすれ違う。その背景には認知の歪みがある。（1）自分の方が貢献している、頑張っていると感じる。だから感謝できない。（2）自分の失敗は環境が原因、人の失敗はその人自身が原因と感じる。そうして、人の性格を責める。（3）あることが判明した瞬間に、事前に予測できたはずと感じる。だから、私たちは過剰に人から責められていると感じる。

3 コミュニケーション

私たちはテレパシーは使えない。言葉、様々な表現を使った心の交流が必要。温かな肯定的関心。雑談力：意味のない会話にも大きな意義がある。「やらされ感」ではなく「分かってくれてる感」。小さな感謝、支援の申し出。

4 ストレス対処

ストレスは悪い面だけでなく、活力や勇気、成長や思いやりにもつながる。ストレスは人を賢く強くする。PTG（心的外傷後成長）。同じストレスフルな状況でも、自己決定感があると悪影響を下げられる。ストレスを友として肯定的にとらえる。苦手な相手からの攻撃は個人攻撃とは考えない。「愛しなさい、でもカモになるな」「戦わない、でも負けない」。自分ができることを、自分ができる範囲で、精一杯誠実に。

5 「愛」と「正しさ」を超えて

愛がありあまり、空回りする時がある。そうなると、孤軍奮闘で逆効果なり燃え尽きることもある。愛ではなく「親切」を。「ベキ論」ではなく、効果的な方法を。そのためには、心の余裕が必要。愛を注ぐ仕事をする人は、愛を受ける必要がある。

水分摂取と健康について

座 長: 谷口 英喜¹⁾

演 者: 中村 友美²⁾

1) 済生会横浜市東部病院患者支援センター

2) サントリーグローバルイノベーションセンター株式会社 研究部

水はヒトの体の約 6 割を占め、栄養素の輸送や老廃物の排泄、また生化学反応の場として重要な役割を担っている。近年、水分摂取不足が腎疾患や心疾患リスクを高めること、気分や認知機能にも影響があることが知られつつあり、適切な水分摂取を維持することが疾患リスクの低減や日々の集中力維持にも重要であると考えられる。欧米では水を栄養素の一つとして捉え、摂取目安量を定める国や機関がある一方、日本では、日本人を対象とした研究が乏しいことや、水と健康に関する科学的知見が不足していることを理由に水は栄養素として認められておらず、その摂取基準は定められていない。それ故、日本人の習慣的な水分摂取と健康との関係を科学的に明らかにすることは重要な課題である。

当社では、日本人の水分摂取習慣の実態を把握することと、日本人を対象として水分摂取習慣と健康状態との関係を明らかにすることを目標に研究に取り組んでいる。日本人の水分摂取量調査では、食べ物からの水分摂取量を把握する手法を開発し、性・年代別で特徴を調べた。また、水分摂取量増加による健康増進効果の検討は、日本人男女を対象としてランダム化並行群間比較試験を実施した。介入群は 550 mL の南アルプスの天然水を起床時から 2 時間以内及び就寝前 2 時間以内にそれぞれ 1 本ずつ 12 週間継続摂取した結果、血圧低下や体温維持などのいくつかの健康効果を示した。

本講演では、当社で取得した研究結果に加えて、水と健康に関する一般的な知見を紹介し、さらには、昨年 1 月の能登半島地震での当社の水に関する対応についてご紹介させていただく。

管理栄養士セッション

リハビリテーション・栄養・口腔
連携体制加算における管理栄養士の役割

座長

齋藤 恵子

(多摩小金井認定栄養ケア・ステーション)

古田 雅

(東邦大学医療センター大森病院栄養部)

管理栄養士に知ってほしい口腔アセスメント

光永 幸代

横浜市立大学大学院医学研究科 顎顔面口腔機能制御学

令和6年度診療報酬改訂において「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」が新設され、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理の総合的な連携が可能な体制作りが重視されるようになった。医療ニーズの多様化に対し、必要に応じた複数の領域が協働する包括的な医療の提供が期待されている。歯科介入の意義としては、嚥下や咀嚼といった口腔機能の向上、口腔衛生の改善が経口摂取を促進することで栄養状態の改善が期待され、全身状態の改善やQOLの向上に寄与すると考えられている。

この加算の算定にあたっては「原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成すること」がその要件として定められている。効果的な歯科介入を得るには、まず口腔内の問題を適切に把握する必要があり、円滑な医科歯科連携を図るためにも口腔アセスメントは重要と考える。また、特に急性期においては病態や全身状態により口腔の状態も変化しやすい。リハビリテーション・栄養・口腔の三位一体の取り組みの中で、アセスメントに関わる管理栄養の果たす役割は大きいと考える。今回、OHAT-Jを含む口腔アセスメントの解説やその実践例を紹介する。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における管理栄養士の役割

齊藤 大蔵

株式会社 Nutrition Laboratory

令和6年度診療報酬改定により新設された「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」は、医療現場における多職種連携の充実を目的とし、栄養士、歯科衛生士及びリハビリ専門職が一体となって患者支援にあたる新たな仕組みである。

咀嚼及び嚥下機能の低下は、食事摂取の困難をもたらし、低栄養や全身状態の悪化を招く要因となるため、口腔機能の維持は極めて重要な課題である。管理栄養士は、詳細な栄養状態のアセスメントを実施するとともに、口腔内の簡易スクリーニングを行い、適切な食事形態の選定および栄養調整を行うことで、口腔ケアとリハビリテーションの連携を強化する役割を担う。さらに、各専門職との情報共有や連携体制の整備を通じ、患者個々の健康状態に応じた包括的な支援を実現し、生活の質の向上に寄与することが求められている。

本講演では、現場での実践事例を交えながら、管理栄養士が果たすべき役割と連携の重要性、ならびに今後の展望と課題について議論する。管理栄養士が中心となる連携モデルは、患者一人ひとりの病態や生活環境、口腔内の具体的な問題点を総合的に把握し、適切な介入を行うための基盤となる。多職種が互いに情報を交換し、共通の目標に向かって施策を講じることで、医療の質の向上や再入院防止にも寄与する。近年の研究成果は、栄養管理と口腔ケアの連携が患者の治療成績に好影響を及ぼすことを示しており、今後はより体系的な連携の方法が模索されることが期待される。さらに、地域医療との連携や在宅医療への展開も視野に入れ、管理栄養士が中心となって支援ネットワークを構築する取り組みが進められている。これらの取組みは、単なる制度対応に留まらず、医療現場における実践的かつ持続可能な連携体制の構築に向けた重要な一歩と位置付けられる。これにより、連携の質向上と患者中心の医療実現が期待される。

当院におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算開始における課題と現状

佐々木 佳奈恵¹⁾、原 純也¹⁾、後藤 智恵¹⁾、秋元 秀昭²⁾、伊東 彰²⁾、中川 芳美²⁾、入江 工³⁾

1) 武蔵野赤十字病院 栄養課

2) 武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科

3) 武蔵野赤十字病院 外科

令和6年度診療報酬改定にて、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（以下体制加算）が新設された。算定要件に1病棟1名の管理栄養士の専任配置及び、リハビリ職種の専従または専任とされており、これらの配置体制の構築が必要である。リハビリ職種においては、その他休日のリハビリの実施などの体制が要件化されているが、当院では実施されておらず、この要件にはまらべく、増員を含めた見直しが必要となっている。

一方、管理栄養士は2013年度より1病棟から専従配置を開始し、現在は全病棟へ大方1病棟1名管理栄養士を配置しているものの、算定要件に「専任の管理栄養士は、当該計画書作成に当たって、原則48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行うとともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案を行うこと」とあり、現在48時間以内に栄養管理を実施出来ているものの、48時間以内に対面での入院前の食生活やアレルギー等の確認が必要となると、入院患者個々の入院スケジュールを把握し、業務の調整や適正な人員配置が求められる事になる。

算定開始に向けての課題として、管理栄養士配置が確立され、栄養管理も48時間以内に実施し、かつ休日を含めたシフト制となっているため、加算体制実施は可能と考えて準備を進めている所ではあるが、2025年12月に新棟への移転が決まっており、病棟数や診療科編成が変わる予定となっているため、実施病棟、実施時期において病棟の選定が重要になってくる。今回は高度急性期病院における体制加算実施への課題を明確化し、実施に向けた取り組みについて報告する。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の取り組みの現状

鈴木 綾華、荻野 悠斗

IMS グループ医療法人社団明芳会板橋中央総合病院 栄養科

【目的】

令和6年リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算が新設され、入院早期からの切れ目のない多職種連携が求められている。当院では7月にワーキンググループを発足し、8月より脳神経外科病棟33床にて算定を開始したため、取り組みについて報告する。

【方法】

ワーキンググループにて、リハビリテーション栄養口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料に係る計画書および評価書（リハ栄養口腔計画書）の立案フローチャートの作成を行った。また、新たなカンファレンス実施に向けて、目的を明確化し参加職種や内容を決定した。8月より理学療法士1名を専従、言語聴覚士、管理栄養士各1名を専任として配置し、入棟患者に対しリハ栄養口腔計画書を作成した。カンファレンスは、医師、看護師、薬剤師、専従・専任職種が毎週実施した。

【結果】

令和6年8月～令和7年2月において、入室患者の78.3%（444名/567名）にて算定を行い、累計算定件数は3758件、1日の平均算定患者数は18.3名、算定期間は9.1日であった。また算定患者全例において、48時間以内にリハ栄養口腔計画書の作成を行っていた。算定開始前と比較し、入棟後栄養管理計画書作成までの日数は短縮（3.6日→0.6日）し、栄養情報提供書作成件数と増加（1件/月→5.4件/月）した。

【考察】

算定開始により専任専従職種を配置したことで、多くの患者で多職種での早期評価に基づいた介入を行うことができたと考える。また、専任管理栄養士配置は、早期栄養評価・計画作成による入院中の栄養管理だけでなく、退院・転院後の栄養管理の継続を強化することにつながったと考える。一方で、専任管理栄養士1人で軽症から重症患者の栄養管理を担っており、病棟拡大には専任体制の構築、栄養管理の質の担保は課題である。三位一体の取り組みの評価を行い、加算の有用性を検討していきたい。

薬剤師セッション

薬剤師から栄養治療において伝えたいこと

座長

飯田 純一

(社会福祉法人 恩賜財団 済生会横浜市南部病院)

経腸栄養は誰の仕事か？ 薬剤師が関わる意義と実践

熊木 良太

昭和医科大学大学院 薬学研究科 社会薬学分野

経腸栄養は、栄養療法における基本的かつ重要な手段として、古くから実践されてきた。しかし近年、濃厚流動食（食品）の普及により、薬剤師が経腸栄養に直接関与する機会は減少している。一方で、経腸栄養剤（医薬品）の使用が完全に無くなったわけではなく、また地域の薬局においては、濃厚流動食（食品）を栄養補助食品として取り扱うケースも少なくないのが現状である。

なかでも半消化態栄養剤は、医薬品および食品の両方に製品が存在する。両者の組成に大きな違いは認められないものの、適用される法規制は異なり、患者の金銭的な負担にも差異が生じる。また、濃厚流動食（食品）には、病態に応じて栄養素が調整された製品も数多く存在する。これらを適切に選択し、患者一人ひとりに合わせた栄養管理を行うためには、職種を問わず経腸栄養に関する知識が求められる。

さらに、経腸栄養に伴う問題の多くは、医薬品・食品のいずれにも共通しており、それらを理解し適切に対応することは、質の高い医療を提供する上で不可欠である。

加えて、薬剤師は経腸栄養を受ける患者の薬物療法にも注目する必要がある。経腸栄養を必要とする患者の多くは、摂食嚥下機能に障害を有することが予測されるため、食事だけでなく薬物の投与方法にも慎重な検討が求められる。嚥下障害への対応として、内服薬の見直しをはじめ、錠剤やカプセル剤服用時のオブラートやとろみ剤、服薬補助ゼリーの使用、剤形変更、さらには簡易懸濁法を用いた経管投与などが具体策として挙げられる。

経腸栄養は、単なる栄養補給にとどまらず、薬物治療の一環として重要な役割を担う領域であり、薬剤師が積極的に関与する意義は大きい。本講演では、経腸栄養の基本的な考え方を整理し、薬剤師が果たすべき役割について具体的な事例を交えながら考察する。実践的な視点から経腸栄養と薬物治療の関係を再考する機会としたい。

薬剤師から栄養治療において伝えたいこと「静脈栄養」

平間 盛吾¹⁾、鹿島 弥生¹⁾、木原 星衣¹⁾、高山 直也¹⁾、飯田 純一²⁾

1) 済生会横浜市南部病院 薬剤部

2) 済生会横浜市南部病院 入退院支援センター

当院における注射剤に関する質問で特に多い事項としては、「配合変化」に関することである。注射剤の組み合わせは様々となるので、薬剤師がその都度製品の配合変化表や「注射薬調剤監査マニュアル」などの書籍、pH変動スケールを考慮して日々回答している。投与経路においては、脂肪乳剤を中心静脈栄養の側管から投与できないと誤解している職員も少なくない。この様な問い合わせの多い事例を基にして「配合変化一覧表」を独自に作成し、各病棟に掲示することで、問い合わせの軽減が図られている。また、「注射剤の外装を開封したが使用可能か」や「使用前に注射剤の色調が変わっていた」などの状態に関する問い合わせも少なくない。

薬剤師から積極的に確認している事項は、上記と同様に配合変化や電解質の投与量に関連するものが多い。特にカリウムについては、原則的には医療安全管理に基づき添付文書通りの投与方法を厳守しているため疑義照会が多い。リンについては、「リン酸 Na 補正液を 1 日 1 本」や「リン酸二水素ナトリウム顆粒 1 日 3 包」といった一律の処方が多く見られ、患者の病態や体型などに考慮した処方提案も行っている。脂肪乳剤の投与速度についても多くあり、こちらは静脈経腸栄養ガイドライン推奨の 0.1g/kg/時以下を推奨している。NST（栄養サポートチーム）ラウンド時は、透析患者に対して腎不全用アミノ酸製剤の使用例が散見され、タンパク質投与量を鑑みて総合アミノ酸製剤への切り替えを提案することもある。

急性期一般病院では、毎年スタッフの一定数が入れ替わるため、問い合わせが減少することはない。静脈栄養に関する事項ではないが、職員への周知という観点では、麻薬マニュアルには 2 次元コードを添付し、動画を視聴できるようにすることで各自が学べる取り組みなど問い合わせ軽減への工夫を行っている。今後は、注射剤など他の業務についても作成を検討している。

薬と栄養のクロスロード～低栄養を防ぐためにできること～薬剤と低栄養の知られざる関係

小瀬 英司¹⁾²⁾

1) 順天堂大学医学部附属順天堂医院 薬剤部

2) 順天堂大学 薬学部

入院患者においては低栄養が多く認められることが知られており、中でもリハビリテーション（以下、リハ）病院・施設入院患者の有症割合は高い。低栄養は栄養摂取不足のみならず急性疾患・外傷や慢性炎症が複合して生じ、リハ対象者は様々な状況からこれら低栄養の要因に曝露しやすいために低栄養に陥りやすい。さらに低栄養は身体機能や認知機能を悪化させる要因でもあり、機能障害を助長する。そのため低栄養を合併したリハ対象者に対しては、生活機能向上を目的としたリハビリテーション栄養（以下、リハ栄養）が有効である。

一方で、高齢者の低栄養の要因の1つに薬剤も関連していることもある。高齢者では加齢に伴い複数の疾患による薬剤を内服しており、ポリファーマシーを呈していることが多く、低栄養状態の原因に薬剤による影響は見過ごされる場合が多い。この薬剤起因性の低栄養は、薬剤の使用が直接または間接的に栄養状態に悪影響を及ぼす。特に高齢者やポリファーマシーを呈した患者においては、薬物有害事象の発現リスクが高まるため、薬物療法自体がリハ栄養の障害になる可能性があり、重要な問題である。薬剤起因性の低栄養は、薬物有害事象によって引き起こされる場合や薬剤が栄養素の吸収、利用、または排泄に影響を与えることでも引き起こされる。したがって、リハ栄養の対象となる患者の経口摂取量が減少し、それが薬剤に起因すると疑われる場合には、薬剤の中止や減量を考慮しなければならない。リハ患者の機能、活動、参加・QOLを最大限に高めるためには、リハ栄養とともにリハビリテーション薬剤（以下、リハ薬剤）の視点からのアプローチも必須であり、薬物療法も含めた多角的な視野が求められる。そこで本講演では、リハ栄養の効果を最大限に引き出すためのリハ薬剤の観点から考慮した栄養状態に影響を及ぼし得る薬剤について紹介したい。

看護師セッション

サルコペニアとフレイル予防に挑む！臨床推論で深める看護師だから
できる栄養ケア～患者の“なぜ”を紐解き、“どうする”を導く看護の力～

座長

神田 由佳

(LIC 訪問看護リハビリステーション)

森 みさ子

(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院)

サルコペニアとフレイル予防に挑む！ 臨床推論で深める看護師だからできる栄養ケア ～患者の“なぜ”を紐解き、“どうする”を導く看護の力～

若林 秀隆¹⁾、牧 宏樹²⁾、黒沢 勝彦³⁾

1) 東京女子医科大学病院リハビリテーション科診療部長

2) 甲府市地域医療センター 救急調剤薬局 薬局長

3) LIC 訪問看護リハビリステーション 所長

「どうすれば患者さんが十分な栄養を摂れるようになるのか？」

「看護師ができる適切なケアとは何か？」

看護師が日々のケアで抱えるこれらの問いは、患者の健康と生活の質（QOL）を守るための第一歩です。本セッションでは、サルコペニアとフレイル予防をテーマに、臨床推論を活用して「看護師だからこそできる栄養ケア」の可能性を探ります。

サルコペニアやフレイルが進行すると、筋力や身体機能の低下が顕著になり、患者の生活自立が危ぶまれます。その予防には、栄養、運動、生活環境の多面的なアプローチが必要です。本セッションでは、臨床推論を通じて、患者の“なぜ”を深く理解し、“どうする”を具体的なケアに変えるプロセスを学びます。

登壇者には3名の専門家をお招きしています。今回のセッションでは模擬症例を通じて、医師・薬剤師・看護師それぞれの専門的視点で医療と生活をつなぐシームレスな栄養ケアの重要性や、多職種連携における看護師の役割について掘り下げます。また、栄養ケアとリハビリの相乗効果を引き出す方法や、退院後も継続可能なケアプランの構築方法のヒントを語っていただきます。

このセッションを通じて、参加された皆さんが「明日からできること」を見つけ、看護師として患者の未来を支えるケアを実践するための第一歩を踏み出せることを目指します。看護師以外の職種の方も、看護師との関わり方のヒントが盛りだくさんですので、ぜひ、ご参加ください。（600文字）

【症例提示】

75歳男性（介護保険未申請）

肺炎で入院していたが経過良好でそろそろ退院予定。食欲不振がありNST依頼があった。

入院期間2週間程度：現在10日目

＜治療経過＞

入院時の状態：肺炎により発熱、咳、SpO₂低下、WBC・CRP上昇、脱水傾向

胸部X線またはCT：片側肺野に浸潤影（肺炎所見）、軽度胸水の可能性あり。

症状：発熱（38.5℃前後）、咳嗽・喀痰、呼吸困難感（SpO₂軽度低下：94-95%程度）

治療の流れ：抗菌薬投与、補液・栄養管理、

慢性疾患治療薬の調整（メトホルミン減量、フロセミド減量）

現在（入院10日目）

：退院を視野に入れ、

薬剤調整（メトホルミン再開、フロセミドを元の用量に戻す）離床促進

<採血結果>

血算	入院時	入院 10 日目		入院時	入院 10 日目
RBC (万 / μ L)	380	360	TC	175	180
Hb (g/dL)	11.2	10.5	LDL (mg/dL)	108	110
MCV (fL)	89	88	HDL (mg/dL)	44	42
HCH (pg)	29	28	TG (mg/dL)	140	135
MCHC (%)	32.6	32.0	UA (mg/dL)	7.0	6.8
Ht (%)	34.0	32.0	FBS (mg/dL)	145	130
WBC (/ μ L)	12000	5500	HbA1c (%)	7.3	7.1
PLT (/ μ L)	17.5	22			

生化学	入院時	入院 10 日目		入院時	入院 10 日目
TP (g/dL)	6.2	6.3	Na (mmol/L)	144	144
ALB (g/dL)	3.1	3.2	K (mmol/L)	4.0	4.0
BUN (mg/dL)	24	28	Cl (mmol/L)	103	104
Cr (mg/dL)	1.1	1.0	Ca (mg/dL)	8.9	9.0
eGFR (mL/min/1.73m ²)	55	60	Mg (mg/dL)	2.3	2.2

	入院時	入院 10 日目
AST (U/L)	22	20
ALT (U/L)	18	18
ALP (U/L)	210	200
γ -GTP (U/L)	28	25
CRP (mg/dL)	6.5	0.8

<処方箋>

	入院時	入院 10 日目
アムロジピン	5mg 朝	5mg 朝
フロセミド	10mg (一時減量)	20mg 朝
フェブリク	20mg	20mg 朝
メトホルミン	500mg (一時減量)	1000mg 朝
酸化マグネシウム 330mg	3 錠 / 朝昼夕	3 錠 / 朝昼夕
プロチゾラム	0.25mg	0.25mg
抑肝散	3 包 / 朝昼夕	3 包 / 朝昼夕

【患者詳細】

既往：高血圧・糖尿病

主訴：退院後の生活が不安。自分の家にいたい。自分の家が好き。

家族：独居、兄弟親戚は疎遠

生活：自宅はエレベーターのない3階建てアパートの3階

趣味：コーヒーを淹れること

【食事】

1800kcal 一般常食、食欲低下あり「美味しくない」

主食 1-2 割程度、副食 5 割程度 毎食栄養補助食品付

【排泄状況】

排便：1-2 日おき ブリストルスケール 2-3、便潜血（－）。

排尿：4-6 回 やや黄濃色

【身体計測】

身長 160cm 体重 46kg BMI 18kg/m² (3ヶ月前：50kg)

- ・歩行ふらつきあり（棟内は一人でトイレは行ける）
- ・下腿周囲長 35cm 下肢浮腫ややあり
- ・ペットボトルが開けられなくなっている

【心理的状況】

- ・また倒れたらどうしよう、と不安がある
- ・食事は作る気はしない

【環境状況】

- ・調理や買い物に支障がある
- ・独居で家族のサポートは期待できない

特別企画

日本集中治療医学会合同セッション
「重症患者の栄養療法ガイドライン 2024」

座長

佐川 まさの

(東京女子医科大学附属足立医療センター 外科)

ガイドラインだけでは語れない：作成したレビューとともに読み解く日本版重症患者の栄養療法の全体像

吉田 稔¹⁾、中村 謙介²⁾、山元 良³⁾、東別府 直紀⁴⁾、巽 博臣⁵⁾、清水 義之⁶⁾、小谷 穰治²⁾

1) 国立病院機構本部 総合研究センター診療情報分析部

2) 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

3) 慶應義塾大学医学部救急医学

4) 京都医療センター手術管理部

5) 札幌医科大学医学部集中治療医学

6) 大阪府立病院機構大阪母子医療センター集中治療科

我々は、「重症患者の栄養療法ガイドライン 2024」を作成し、集中治療学会の英文機関誌の Journal of Intensive Care からバブリッシュされた。前回 2016 年版と異なり、GRADE システムに基づき、システムティックレビュー/メタアナリシスを行った。その結果をもとに、日本の栄養療法の現状も踏まえ、推奨文、解説文を作成した。

今回のガイドラインの特出すべき点は、2つある。1つ目は、米国静脈経腸栄養学会 (ASPEN) や欧州臨床栄養代謝学会 (ESPEN) の重症患者の栄養療法ガイドラインでは取り上げられていないが、近年、多数のエビデンスが報告され、日本の臨床現場で広く行われている栄養治療に注目した点が挙げられる。具体的には、高脂質低糖質の経腸栄養剤、消化態栄養剤、プレ/プロ/シンバイオティクスが挙げられ、特にプレバイオティクスとシンバイオティクスには、ガイドラインの中でも最も強い推奨が付いた。2つ目は、近年、栄養治療のアウトカムとして、QOL も含めた身体機能や筋肉量が重視されてきており、今回のガイドラインでは全ての栄養治療の評価において、これらの項目をアウトカムとして明確に含めて評価したことである。

今回、首都圏支部でこのような貴重な発表の機会をいただき、作成したガイドラインの要点を惜しみなくお伝えできればと考えている。一方で、実臨床では、GRADE システムに基づき、重症患者全体を対象としたガイドラインだけでは、個々の症例や特殊な病態には十分に対応できない場合がある。そこで我々は、ガイドライン作成の過程で執筆したシステムティックレビュー論文やナラティブレビュー論文も交えながら、現在の重症患者の栄養療法の潮流を余すことなくお伝えできればと考えている。

初心者向け勉強会

初学者向け GLIM 基準を一緒にやってみよう

川畑 亜加里

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

世界の主要な臨床栄養学会が協力し GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition) として成人の低栄養診断基準が提唱されました。GLIM 基準は食物摂取不足による低栄養に加え医療施設における疾患関連性低栄養も検討できる世界標準の基準となることを期待されています。令和6年度の診療報酬改定において、包括的社会実現にむけて退院後の生活を見据え入院患者の栄養管理について GLIM 基準をはじめとした標準的管理の推進がうたわれ、チーム医療の中で共通知識として GLIM 基準が用いられています。

GLIM 基準の診断は、はじめに栄養スクリーニングで低栄養リスクを認めた症例に低栄養診断を行い、重症度の判定を行います。栄養学を主体とした業務ではない職種では、このプロセスのなかで「はてな？」と思うことが、チーム医療を展開するうえでの障害になっていることはないでしょうか。本プログラムでは初学者の「はてな？」解消を目指し、参加者は栄養サポートナースの会スタッフのファシリテーションのもと、GLIM 基準を用いて事例患者の低栄養診断を体験します。

GLIM 基準の低栄養診断の体験を通し、プロセスを理解し知識を得ることは多職種と今後の患者の回復とその人らしい生活を支えるために大きな力となります。GLIM 基準をやってみたいけどどうしたらいいのかわからないという方はぜひご参加ください。

共催セミナー

ランチョンセミナー 1

共催：株式会社大塚製薬工場

ランチョンセミナー 2

共催：森永乳業クリニコ株式会社／

アライドコーヒーロースターズ株式会社

スイーツセミナー 1

共催：株式会社ロッテ

スイーツセミナー 2

共催：株式会社フードケア

共催企業：株式会社大塚製薬工場

食べる力をチームで守る！オーラルフレイル予防につながる栄養アプローチ

座 長：太田 嘉英¹⁾

演 者：齊藤 大蔵²⁾

1) 東海大学医学部外科学系口腔外科学領域

2) 株式会社 Nutrition Laboratory

共催企業：株式会社大塚製薬工場

多職種連携で取り組む包括的オーラルフレイル対策

座 長：太田 嘉英¹⁾
演 者：松尾 浩一郎²⁾

1) 東海大学医学部外科学系口腔外科学領域

2) 東京科学大学 大学院地域・福祉口腔機能管理学分野

食べることは生命維持機能の一つだけでなく、根源的な喜びでもあり、人生の中で最後まで残る楽しみでもあります。近年、日本を中心とした多くの観察研究により、高齢期における口腔機能の低下が、栄養障害やフレイルの一因であることが明らかとなりました。これらの多くのエビデンスの蓄積により、内閣府の経済財政運営と改革の基本方針 2023、いわゆる骨太の方針においても、「オーラルフレイル対策につながる口腔健康管理の充実」が提言されています。栄養の入口である「口腔」の機能低下は、フレイルの入口とされ、オーラルフレイルと呼ばれています。フレイル予防のためには、運動や栄養に気をつけなければなりませんが、栄養の入口である口の機能や咀嚼機能を維持することも不可欠です。2024 年にはオーラルフレイルの学会ステートメントとセルフチェックが発出され、どの場面でもオーラルフレイルをスクリーニングできるようになりました。今後、地域包括ケアシステムにおけるオーラルフレイル予防が進むことが期待されます。

一方で、入院患者や介護サービス利用者においては、口腔環境がさらに低下していることもあり、自覚症状もなく、介護者などにも見落とされていることがしばしば見受けられます。誤嚥性肺炎や窒息などの重篤な合併症を予防し、安全な経口摂取を進めるためには、定期的な口腔のアセスメントと対応が必要になります。口腔アセスメントは、口腔ケアプロトコルに組み込むことで定期的な評価に落とし込み、アセスメントをもとに、標準的な口腔ケアを実施や歯科との連携を可能にすることができます。ここでは、われわれが導入した日本語版 Oral Health Assessment Tool (OHAT) を用いた口腔ケア連携をご紹介します。

今回の講演では、地域包括ケアシステムにおいて、多職種連携によってどのようにオーラルフレイル対策に取り組むか議論していきたいと思います。

共催企業:森永乳業クリニコ株式会社／

アライドコーヒーロースターズ株式会社

食べる楽しみをいつまでも ～美味しく、安全な嚥下調整食を展望する～

座 長:大久保 正彦¹⁾演 者:谷口 裕重²⁾

1) 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック 臨床講師

2) 朝日大学 歯学部 口腔病態医療学講座 摂食嚥下リハビリテーション学 / 朝日大学大学院 歯学研究科

「摂食嚥下リハビリテーション（摂食嚥下リハ）」と聞くと「直接訓練、間接訓練」「筋トレ!」とのイメージが先行します。一方、近年、「サルコペニアによる摂食嚥下障害」との概念が提唱され、临床上、この病態に該当する方が急増していると実感します。このような方に対する積極的な訓練、つまりレジスタンストレーニングは、機能低下を助長すると考えられています。それではどのような対応が求められるのでしょうか。

摂食嚥下障害の方に対するアプローチは①治療的②代償的③環境改善的④心理的に大別されます。摂食嚥下リハのイメージと直結する治療的アプローチ、つまり訓練をして治すことも重要ですが、実臨床で最も即時的な効果があり、需要が増加しているのは②代償的アプローチと言われています。なかでも、食形態の調整はその根幹であり、サルコペニアへの対応として、経口から栄養を充足させ、筋力を維持するためには重要な代償法です。しかし、嚥下調整食と聞くと、「美味しくない」「ドロドロ」「何を食べているか分からない」などマイナスのイメージが先行します。その背景には、医療者の目線から食形態を調整するため「安全性」が優先され、さらに、嚥下調整食のクオリティを上げるにはコスト、マンパワーなどの環境因子が関与します。摂食嚥下障害の先にある低栄養やサルコペニアを予防するには、「誰が食べても美味しい」と感じる嚥下調整食が望まれています。

本セミナーでは、複雑化している摂食嚥下障害の病態にいかに対応すべきか、食品の物性調整を中心に、医療者はもちろんのこと、医療者以外の目線および双方の融合を目指した「美味しく」「安全な」嚥下調整食の取り組みを紹介します。職域を超えた柔軟な思考で嚥下調整食の未来を展望したいと思います。

共催企業:株式会社ロッテ

大規模災害がもたらした口腔と食生活の変化 ～噛むことから考える栄養と災害フレイル予防～

座 長:石井 良昌¹⁾演 者:長谷 剛志²⁾

1) 日本大学松戸歯学部 口腔外科学講座 教授

2) 公立能登総合病院 歯科口腔外科

令和 6 年 1 月 1 日 16 時 10 分。稀にみる大きな地震（最大震度 7・マグニチュード 7.6）が能登半島を襲いました。死者数は 572 人（うち災害関連死 344 人）に上り、今なお 2 人が行方不明のままです（令和 7 年 4 月 7 日時点）。さらに、被災者は約 3 ヶ月間にわたり断水生活を強いられ、震災後の QOL が著しく低下するとともに、日増しにストレス過多となっていました。そして、感染症による下痢・嘔吐をはじめ、食事制限による脱水・便秘・低栄養・免疫力の低下が災害関連死へと繋がるきっかけにもなりました。実際、誤嚥性肺炎で当院を受診した患者数は例年に比べ約 3 倍となりました。詳細な口腔所見では、口渇（口腔乾燥）と口内炎を訴える患者数が震災前の同時期と比較して増加しました。口渇（口腔乾燥）は震災後 2 ヶ月間で 64 人（男性 25 人・女性 39 人 年齢中央値：59 歳）が当院を受診し、過去 2 年間の同時期と比較すると約 6 倍となりました。また、口内炎を主訴に受診する患者も例年の同時期と比較して約 2 倍（29 人：男性 9 人・女性 20 人 年齢中央値：50 歳）となりました。一方、震災半年後より仮設住宅を巡回訪問し、「かむかむチェックシート」を用いて被災者の口腔機能と食生活の実態に関する調査を開始しました。仮設住宅で生活する被災者 67 人（男性 20 人女性 47 人：平均年齢 72.3 歳）に対して咬合力を測定したところ、男女ともに測定平均値を下回る結果でした。なかでも、「震災前と比べて、固いものを食べるのが難しくなった」と回答し、食生活が簡素化している被災者が 67 人中 26 人（38.8%）存在し、咬合力の平均は 260.5N と著しく低下しておりました。さらに、キシリトール咀嚼チェックガムを用いた評価でも咀嚼能力の低下が認められました。これらの経緯を踏まえて、本講演では、大規模災害がもたらした口腔の短期的変化と中長期的な仮設住宅における災害フレイルの予防について皆さんと一緒に考えたいと思います。

共催企業:株式会社フードケア

備えあれば憂いなし ～貯筋がもたらす周術期アウトカムへの恩恵～

座 長:光永 幸代¹⁾演 者:松井 亮太²⁾

1) 横浜市立大学大学院医学研究科顎顔面口腔機能制御学

2) 金沢大学附属病院 消化管外科

2019年に世界で低栄養診断のコンセンサスを得たGLIM基準が発表された。低栄養は術後のアウトカムを不良にするため、その診断意義は高いが、これまで世界共通で用いられるツールがなかったため、統一した基準が切望されていた。GLIM基準では筋肉量低下が低栄養の診断項目に組み入れられた。よって今後は筋肉量低下と診断した際に栄養介入を行うことが推奨される。

術前筋肉量低下は胃癌患者の術後合併症のリスク因子になるだけでなく、長期生存を不良にする。2018年にヨーロッパのサルコペニア診断基準が改訂され、筋肉量低下に加え、筋質低下が新たに診断項目に追加された。筋質低下は筋肉内脂肪の増加を示し、胃癌術後の重症合併症のリスク因子となるだけでなく、筋肉量とは独立して長期生存を不良にすることが示されている。よって今後は筋肉量だけでなく、筋質についても評価が必要である。

筋肉量は加齢によって影響を受けることが知られているが、その影響は男女で異なる。男性では加齢により年々筋肉量が減少するのに対し、女性ではその影響は小さい。よって高齢男性では筋肉量低下の有病率が高いことを念頭に置く必要がある。また胃癌術後の体重減少、術後補助化学療法は筋肉量をさらに減少させることが示されている。術前に筋肉量低下がなかった患者が術後に筋肉量低下に至ると長期生存が不良になるため、術後に筋肉量を維持する対策が求められる。

周術期管理として、術前サルコペニアを有する患者へは栄養と運動を強化した介入が有用である。しかし術前および術後の介入のエビデンスはまだ乏しく、さらなる研究が求められている。

本講演では、これまでの筋肉を取り巻く問題点と今後の展望について概説する。

共催企業:株式会社フードケア

嚥下調整食の栄養維持を美味しくアップデート ～ペースト食の新調理「加水ゼロ式調理法」～

座 長:光永 幸代¹⁾演 者:在川 一平²⁾

1) 横浜市立大学大学院医学研究科顎顔面口腔機能制御学

2) 株式会社フードケア 開発企画部門 マーケティング課

令和6年度の診療報酬改定においてリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算が新設され、栄養アセスメントにおいては GLIM 基準を用いた栄養状態の評価を行うことが盛り込まれました。

嚥下障害の方が早期に在宅復帰を果たす上で大きな課題となるものに、「安定した物性調整」と「栄養価を下げない」調理法の技術習得が求められます。特にペースト状の嚥下調整食を作る際に、物性調整ばかりに気を配ると、形態調整のため加水をすることから、常食と比べて単位重量当たりのエネルギー量や栄養素量が少なくなります。このことは、低栄養やサルコペニアのリスクを高めるため、注意が必要であるとされています。

この対策の一つとして現在注目されているのが、加水の代わりに「お粥ゼリー」などのつなぎを「料理」と一緒にミキサーにかけるだけで簡単にペースト状の嚥下調整食を作ることができる『加水ゼロ式調理法』となります。

これまで慣習的に行われている嚥下調整食への加水に対する警鐘となり、病院・高齢者施設での導入も年々増えてきています。本講演では、栄養を低下させない嚥下調整食を美味しく作る調理のアプローチ方法についてお伝えします。

口演 1

座長

大石 英人

(独立行政法人国立病院機構村山医療センター外科)

鈴木 規雄

(聖マリアンナ医科大学循環器内科)

くも膜下出血術後患者における急性期の食事摂取確立が退院時機能的予後へ与える影響

荒居 典子¹⁾、原 弘士¹⁾、市田 千佳¹⁾、川端 久美子²⁾、高橋 素彦³⁾、坂井 誠⁴⁾

1) 横浜市立脳卒中・神経脊椎センター薬剤部

2) 横浜市立脳卒中・神経脊椎センター栄養部

3) 横浜市立脳卒中・神経脊椎センターリハビリテーション科

4) 横浜市立脳卒中・神経脊椎センター麻酔科

【目的】くも膜下出血（以下 SAH）術後患者の急性期の食事摂取確立が退院時の機能的予後へ与える影響について調査を行った

【方法】対象は 2021 年 9 月から 2024 年 8 月に入院し入院後 24 時間以内に SAH の緊急手術を行い、術後 14 日以内に食事摂取開始が出来た患者とした。除外基準は、術後 14 日以内の死亡退院・転院・経管栄養のみの患者とした。方法は食事摂取開始後 1 週間の中で、食事摂取のみで確立した群（M 群）と食事・ONS・経管栄養併用群（O 群）の、食事開始日（ゼリーのみのみは除く）、退院時 mRS、自宅退院率、在院日数についてカルテより後方視的に比較検討を行った。

【結果】患者背景は M 群 20 人（平均年齢 58 ± 13 歳）、O 群 23 人（平均年齢 64 ± 13 歳）で、年齢、男女比、入院時重症度分類（WFNS）、入院時意識レベル（JCS）、術式、入院時 BMI、術前 Alb、術前 TP、術前 CRP の項目において有意差はなかった。食事開始日は M 群 vs O 群（ 2.3 ± 2.6 日 vs 3.7 ± 3.6 日、 $P = 0.2$ ）、退院時 mRS は日常生活自立可能な mRS：0～2 の割合は M 群 vs O 群（80.0% vs 69.6%、 $P = 0.5$ ）、自宅退院率は M 群 vs O 群（75.0% vs 73.9%、 $P = 1.0$ ）、在院日数は M 群 vs O 群（ 39.7 ± 30.0 日 vs 56.0 ± 36.2 日、 $P = 0.1$ ）で有意差はなかった。O 群 23 人のうち食事＋ONS 併用が 12 人、食事＋経管栄養併用が 11 人だった。

【結論】SAH 術後患者の急性期の食事摂取の確立は、食事・ONS・経管栄養の併用と比べ退院時 mRS や自宅退院率、在院日数に差がない事が示唆された。

大腸癌周術期における ERAS プロトコル見直しへの取り組み

宮内 遥¹⁾、小林 敏倫²⁾、阿世知 瞳¹⁾、安田 里香子¹⁾、関 徹也¹⁾

1) 東京医科大学八王子医療センター 栄養管理科

2) 東京医科大学八王子医療センター 消化器外科

【背景】ERAS への取り組みとして 2012 年に術前経口炭水化物負荷を開始するも運用システムが不完全であったことから院内全体で実施率が低下し、絶食期間が延長していた。また、当院消化器外科においては 2019 年 5 月から食道癌周術期を対象に ERAS プロトコルが導入されたが、他疾患においては導入されていなかった。今回、管理栄養士が主となり大腸癌周術期の経口栄養補助食品 (ONS) としてアイソカルクリア®を新規導入したため、その効果について検討した。

【方法】2024 年 1 月～12 月の大腸癌待機的手術症例 92 例を対象とした。術前・術後の禁食期間にアイソカルクリアを摂取した群 30 例 (ONS 群) と摂取していない群 62 例 (非 ONS 群) に分類し、後方視的に比較検討した。

【結果】両群における患者背景に有意差は認めなかった。ONS 群のアイソカルクリア摂取量は術前 87.8%、術後 67.6%であった。術後摂取量が減少した原因としては、手術侵襲に伴う倦怠感や嘔気、味覚の変化、腹部膨満感などが挙げられた。周術期禁食期間の平均は ONS 群 2 日、非 ONS 群 5.5 日と ONS 群において有意に短縮した。術前輸液量の平均は ONS 群 1013ml、非 ONS 群 2372ml と有意に減少を認めた。

【考察】アイソカルクリアを導入したことにより、術後経口摂取の早期化、禁食期間の短縮をすることができた。術前点滴がなくなったことで患者・看護師の負担軽減に繋がった。

当院の心臓血管外科手術患者に対する栄養管理について

仲鉢 聖子

湘南藤沢徳洲会病院

1. 目的: 当院では心臓血管外科手術患者に対し、術前術後の栄養管理を行っている。今回、術前術後の栄養管理の見直しをするにあたって、栄養指標等の在院日数への影響について検討した。

2. 方法: 2024年11月～12月に入院し、当院の心臓血管外科で手術を施行した死亡例を除く29例を対象とした。在院日数と年齢、小野寺らのPNI値、術前LVEF (EF)、術前血清Zn値、術前および退院時の血清Alb値、CRP値、Hb値、退院時点での標準体重あたりの摂取カロリー、摂取たんぱく質量の比較を検討した。統計解析はEZRを用いた。

3. 結果: 男性は21例(72%)、在院日数は 16.4 ± 11.4 日であった。在院日数と比較すると、年齢は 70.7 ± 12.7 歳で相関傾向にあった($r = 0.358$, $P = 0.057$)。PNIは 50.1 ± 11.2 で相関傾向にあった($r = -0.354$, $P = 0.064$)。退院時Alb値は 2.9 ± 0.4 g/dLで有意に相関した($r = -0.417$, $P = 0.027$)。退院時CRP値は 5.6 ± 5.2 mg/dLで有意に相関した($r = -0.479$, $P = 0.013$)。その他の項目は在院日数との相関はみられなかった。

4. 結論: 在院日数と退院時のCRP値、Alb値が有意に相関した。年齢、PNIで相関傾向にあったこともふまえ、術前からの栄養管理方法を検討していく必要があると考える。

造血器悪性腫瘍患者の化学療法が栄養状態に及ぼす影響

嶋崎 愛子¹⁾、吉田 文²⁾、前野 拓也³⁾、渡辺 翼⁴⁾

1) 総合病院 厚生中央病院 栄養科

2) 総合病院 厚生中央病院 看護部

3) 総合病院 厚生中央病院 薬剤部

4) 総合病院 厚生中央病院 総合内科

【1. 目的】がん患者の予後における栄養評価法として、血清栄養指標、炎症反応指標、血球細胞成分に基づいた評価方法が多く用いられている。今回造血器悪性腫瘍の化学療法が栄養状態に及ぼす影響を検討する。

【2. 方法】2023年4月から2024年9月まで当院において、化学療法を施行した患者を後方的に検討した。治療前のModified Glasgow Prognostic Score（以下 mGPS と略）を算出し、体重の変化、有害事象、エネルギー充足量を評価した。

【3. 結果】解析対象者は42名（男性23名、女性19名）。年齢平均値73.9歳であった。BMIは、mGPS0群 21.7 ± 3.8 、1群 21.2 ± 2.8 、2群 20.6 ± 2.8 。退院時の体重減少率は、平均値 mGPS0群 -3.8%、1群 -3.0%、2群 -4.9%であった。

有害事象ありの割合は、mGPS0群 60%、1群 67%、2群 92%。食事対応率は mGPS0群 47%。1群 46%、2群 67%。であった。食事充足率は、化学療法前は、mGPS0群 93%、1群 98%。2群 92%。化学療法中 -14%、-16%、-22%であった。

【4. 結論】造血器悪性腫瘍患者は、化学療法の有害事象の影響で、必要栄養量の充足が低下し体重減少を生じていると考える。mGPS のスコアにより栄養治療の早期対応が考えられる。癌患者に対する栄養治療の目的は、経口摂取栄養量を改善し、体重減少を制止し、QOL の貢献すること。「食事」自体が嗜好や習慣などの個人差が大きい。よって個人に合わせた栄養治療を検討する必要がある。

進行再発大腸癌における化学療法中止基準としての栄養・免疫・炎症指標の有用性の検討

金森 亜耶

医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院 薬剤部

【目的】進行再発大腸癌患者を対象に、栄養・免疫・炎症指標と化学療法中止時点の生存日数との関連性を調査し、化学療法の適切な中止を判断する一助となり得るかを検討した。【方法】2020年7月から2022年12月に化学療法歴がある進行再発大腸癌患者のうち、本研究に必要な臨床検査(血清アルブミン、C-反応性蛋白、好中球数、血小板数、リンパ球数)が実施されていた68例を対象とし、最終化学療法時のmodified Glasgow prognostic score(mGPS)、Prognostic nutrition index(PNI)、Neutrophil-lymphocyte ratio(NLR)、Platelet-lymphocyte ratio(PLR)と生存日数との関連性を調査した。年齢、PNI、NLR、PLRは、ROC曲線を描出しcut-off値を設定した。多変量解析はCox比例ハザード回帰分析を行い、統計学的有意差は $p<0.05$ とした。【結果】患者背景は、年齢中央値72歳(42-85)、男性/女性は43/25例、mGPSは0/1/2が10/17/41例、PNI中央値37.22(23.56-51.25)、NLR中央値3.69(1.36-16.67)、PLR中央値193.13(25.28-648.17)、生存日数中央値58日(0-971)であった。多変量解析の結果、生存日数に関わる指標としてPNI(cut-off値:40.28)(ハザード比:0.202、95%信頼区間:0.073-0.560、 $p=0.002$)で有意差を認めた。【結論】PNIは、進行再発大腸癌に対する化学療法施行患者において治療中止時点からの独立した予後因子であり、化学療法中止時期を考慮する一助となり得る。

がん悪液質に対するアナモレリン塩酸塩の使用に関する現状調査および AWGC の提唱前後での比較検討

麻生 里奈、岡本 まとか、唐沢 浩二、千葉 正博

昭和医科大学薬学部臨床薬学講座臨床栄養代謝学部門

1. 目的

2021 年にがん悪液質に対する治療薬としてアナモレリン塩酸塩 (以下アナモレリン) が本邦にて発売された。発売後アナモレリンの適正使用に関して様々な検討が行われている。

2023 年 8 月にはアジア・カヘキシア・ワーキンググループ (以下 AWGC) によりアジア人向け悪液質の診断基準が初めて提唱された。そこで、本研究にて実臨床でのアナモレリンの使用状況を調査し、AWGC の提唱発表前後での再評価を行うこととした。

2. 方法

2021 年 4 月から 2024 年 12 月までに、昭和大学病院および昭和大学横浜市北部病院にてアナモレリンを処方された患者のうち、両病院にて新規開始となった患者を対象とし、電子カルテにて後方視的に調査した。本研究は、昭和大学における人を対象とする倫理委員会の承認を得て実施した。(承認番号 2024-244-B)

3. 結果

対象患者は全 113 名、内訳は昭和大学病院 32 名、昭和大学横浜市北部病院 81 名であった。AWGC の発表前に開始した患者は 79 名、発表後に開始した患者は 34 名だった。2023 年 8 月以前からアナモレリンを開始した患者のほぼ全員が、AWGC の診断基準でも悪液質の基準を満たしていた。

4. 結論

従来の報告と同様に、アナモレリンの早期導入によって長期内服が可能となり、食思不振の進行を緩やかにできる可能性が今回の研究で示唆された。従来の悪液質の診断基準では前悪液質に該当していても、AWGC の提唱を元に評価すると悪液質と診断付けができる患者が存在することが分かった。

慢性腎臓病患者における食品群別摂取量と便秘の関連

森本 靖久

東京科学大学

【目的】慢性腎臓病 (CKD) 患者における便秘の頻度は高く、食物繊維の摂取量の低下、運動不足、水分制限、多剤内服等、多岐の要因が考えられている。本研究では食品群別摂取量と便秘の関連を検討する。

【方法】東京都の3病院の腎臓内科の外来および入院患者の内、20歳以上のCKD患者を対象とした。過去1か月の食品摂取量を簡易型自記式食事歴法質問票 (BDHQ) を用いて推定した。下剤使用患者および排便頻度が1日1回未満の患者は便秘があるとした。令和元年の国民健康・栄養調査報告に記載されている成人の食品群別摂取量の中央値で参加者を2群に分け、食品群別摂取量と便秘の有無の関連を多重ロジスティック回帰分析を用いて評価した。【結果】263名の参加者 (年齢中央値:72歳, 34%女性, 糸球体濾過量中央値:31.1 mL/min/1.73m²) の内、106名 (40.3%) において便秘を認めた。下剤使用者は40名 (15.2%) であった。豆類の摂取量が多い群 (22.0–210.0 g/1000 kcal/日) は少ない群 (0–21.3 g/1000 kcal/日) に比べて便秘のオッズが低かった (調整オッズ比 0.53, 95% 信頼区間: 0.31–0.89, $P = 0.016$)。他の食品群の摂取量は便秘と関連しなかった。

【結論】豆類の摂取量を増やすことは、CKD患者の排便管理の上で有用である可能性が示唆された。

口演 2

座長

樋島 学

(株式会社メディカルアンサーズ)

原 純也

(武蔵野赤十字病院 栄養課)

早期栄養介入管理加算に向けた当院 SCU の実態調査

後藤 智恵、堀越 隆之介、原 純也

武蔵野赤十字病院 栄養課

1. 目的

当院では 2025 年度新棟移転時にユニット編成が変更予定であり、これまで早期栄養介入管理加算の導入ができていなかった SCU 患者の栄養介入も含めた検討を行っていることから、SCU について実態調査を行った。

2. 方法

2024 年 10 月～12 月に SCU に入室した 88 名が対象、年齢や入室時 BMI・Alb、腸管からの栄養開始までの時間、在室日数と入院期間、1 週間後の摂取栄養量（エネルギー / たんぱく質）における目標達成率について検討した。

3. 結果

男性 41 名、女性 47 名、年齢 74.0 ± 15.2 歳。腸管からの栄養開始までの時間 23.8 時間、在室日数 7.1 日、入院期間 31.8 日。48 時間以内に腸管からの栄養を開始できた 73 名と開始できなかった 15 名を比較すると年齢や入室時 BMI・Alb には差がなかったが、栄養開始までの時間 *（14.0 時間 / 71.7 時間）、在室日数 *（6.6 日 / 9.5 日）、入院期間 *（27.5 日 / 52.7 日）は栄養開始できた患者で有意に短かった。また、1 週間後の目標達成率 80% 以上の患者では在室日数は短い傾向にあり、入院期間 * は有意に短かった。（* $p < 0.05$ ）なお、48 時間以内に栄養開始できなかった症例のうち約 65% は栄養介入を検討できた症例だった。

4. 結論

48 時間以内に腸管からの栄養を開始すること、また 1 週間後の目標達成率が在室日数や入院期間短縮に寄与する可能性が示唆された。そのため、より早期に入室後の栄養評価を行い、多職種と連携して栄養計画を検討する体制を構築することが今後の課題である。

通過障害のある食道癌に対する栄養サポートチーム (NST) の取り組み

李世容、山田 俊夫、池嶋 俊亮、濱元 舜、廣本 貴史、金野 朗、櫻井 則男、高梨 俊子、松本 涼子、鈴木 英明、森岡 広嗣、竹中 浩二、工藤 小織

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院

目的:進行食道癌は、外科手術適応の判断が難しい疾患である。一方、化学放射線療法が有効であることが多く、集学的治療が重要であると考えられている。さらに管腔臓器であることから狭窄を来たしやすく、栄養不良になることをしばしば経験する疾患である。また化学療法には消化器副作用が多く化学療法中に栄養不良を来たしやすい疾患である。

我々は、食道癌化学療法治療中に狭窄を起こす可能性の高い患者に対して、胃瘻を造設後に、経口栄養、経腸栄養を併用する対応を行ってきた。さらに栄養サポートチーム (NST) が積極的に介入することにより、栄養障害を予防し、治療効果が得られるような対応を行っているので症例呈示を含めて発表する。

方法:2011 年から 2024 年に食道癌に対して化学放射線療法を行った患者で胃瘻による経腸栄養療法を行った患者について検討した。

結果:化学療法を行った 105 症例を検討した。その中放射線治療を併用したのは 67 例だった。胃瘻造設し、経口・経腸栄養を行った患者は 27 例だった。27 例のうち治療により完全寛解 (CR) となり胃瘻抜去した症例を 4 例認めた。一方では胃瘻を造設しても 3 か月以内で死亡した症例が 3 例あった。

結論:通過障害のある食道癌は予後不良な疾患であるが、集学的治療に加えて、胃瘻造設による経口・経腸栄養を栄養サポートチームが介入することにより、栄養状態の改善に寄与できると考える。

摂食嚥下障害を伴う入院患者に対する個別対応を加えた嚥下調整食による栄養管理の効果

草間 大生¹⁾、馬嶋 健²⁾

1) 東京医療保健大学 医療保健学部 医療栄養学科

2) 国家公務員共済組合連合会 三宿病院

目的

嚥下障害患者に対する個別対応による栄養管理を通じて提供および摂取栄養量がどの程度増加するかを検証し、個別対応での栄養管理の成果を検証することを目的とした。

方法

入院中に嚥下調整食を 1 日以上喫食し 1 回以上の食上げをした患者を対象に、個別対応 (1 食の品数のうち 60% 未満を上位コードに変更した場合あるいは上位コードに相当する栄養補助食品を付加した場合) の有無で 2 群に分け、基準提供栄養量および摂取栄養量、食上げ前後の摂取栄養量の増加割合、喫食割合、食上げスピード、食上げ前の摂取栄養量を t 検定で群間比較した。また個別対応あり群において個別対応頻度を従属変数に、摂取栄養量、喫食割合、食上げスピードを独立変数とした単回帰分析を行った。

結果

摂取エネルギー量は個別対応あり群が個別対応なし群に比べ有意に多かった (順に、 $22.9 \pm 8.4 \text{ kcal/kg}$ 、 $15.2 \pm 6.7 \text{ kcal/kg}$ 、 $p < .0001$)。摂取たんぱく質量は個別対応あり群が個別対応なし群に比べ有意に多かった (順に、 $0.76 \pm 0.33 \text{ g/kg}$ 、 $0.49 \pm 0.25 \text{ g/kg}$ 、 $p < .0001$)。個別対応頻度と摂取栄養量、喫食割合、食上げスピードとの関連は認めなかった。

結論

嚥下調整食喫食患者における、個別対応による栄養管理は、嚥下調整食喫食期間中の提供栄養量および摂取栄養量の増加に寄与することが示唆された。摂取栄養量の増加は個別対応の頻度や食上げの速さではなく、患者個々の状況を見極めて適切な個別対応を行うことが重要であると考ええる。

療養型病院に入退院した経鼻胃管患者の現状と経鼻胃管の役割の検討

庭野 元孝

茅ヶ崎中央病院

1. 目的： 2018 ～ 23 年に療養型病院に入退院した経鼻胃管患者を調査，現状とその役割を検討。
2. 方法： 経鼻胃管患者を治癒群（75 人），転院群（61 人），死亡群（168 人）の 3 群に分け，治癒群を基準に転院群と死亡群を比較。比較項目は，性別，平均年齢，在院日数，入院時の主傷病名・寝たきり度・栄養状態，誤嚥性肺炎の既往・糖尿病・高血圧・気管切開・人工呼吸器装着・人工透析の有無で，血清アルブミン値，末梢血総リンパ球数，ヘモグロビン値を用いる CONUT 変法で栄養評価を行った。
3. 結果： 平均年齢と在院日数は，性別を問わず若年齢ほど治癒しやすく，在院日数が有意に短かった。誤嚥性肺炎の既往は，治癒群・転院群・死亡群でそれぞれ 8%，31.1%，50.6% で，死亡群では誤嚥性肺炎が死亡原因の 41.7% を占めた。糖尿病は有意差なし，高血圧は治癒群で有意に多かった。
4. 結論： 経鼻胃管での治癒は 1/4 で，性別に関係なく若年，脳梗塞・脳出血で回復期リハビリ病棟に入院，入院時の寝たきり度と栄養不良が軽い患者が治癒しやすかった。経鼻胃管は手術不要で中断と再開が簡単だが，デメリットも多い。静脈経腸栄養ガイドライン第 3 版で，「経管栄養が短期間の場合は，経鼻アクセスを選択。4 週間以上の長期の場合は，消化管瘻アクセス（胃瘻）を選択」とあるが，まずは短期間，経鼻胃管を試み，誤嚥性肺炎のリスクが低いことを確認してから胃瘻造設へと進むのが安全と考えられた。

多職種連携による消化器外科術前のシンバイオティクス投与について

宮原 陽子¹⁾、丸山 正裕²⁾、畑 五月¹⁾、宮永 美佐子¹⁾、高田 哲秀³⁾

1) 北里大学メディカルセンター栄養科

2) 北里大学メディカルセンター外科

3) 北里大学メディカルセンター内分泌代謝内科

【背景・目的】シンバイオティクスは、消化器外科術後のバクテリアルトランスロケーションや SSI 等の合併症予防として報告がされている。手術患者に対し術前にシンバイオティクスの摂取を推奨するシステムを医師・看護師・管理栄養士等の多職種で構築し、2024 年 5 月より消化器外科全チームで開始。現在は術後や集中治療においても使用されている。術前シンバイオティクス摂取推奨システム構築と有用性・問題点について検証する。

【方法】2024 年 5 月から 10 月までに術前シンバイオティクス希望患者 61 人について摂取状況を分析。推奨システムは医師よりシンバイオティクスについて説明し看護師に案内指示を出し、管理栄養士が効能と購入・摂取・入院時持参についての流れを説明するフローを作成。外来の長時間化の影響を少なくし説明を詳細にすることにより患者への理解度を増すことに繋がると考えられた。

【結果】指示患者の内、他疾患による発熱や摂取回数間違い等にて 7 人が予定通りの投与とならなかったが 54 人 (88.5%) が予定通り摂取し手術を終えることが出来た。副反応は認めなかった。

【結論】フロー運用により約 9 割の患者が予定通り投与する事が出来た。消化器外科全チームの導入によるスムーズなシステム構築に繋がった上に合併症だけではなく栄養に対する意識の変容に繋がったと考える。今後、高齢認知症による影響を解消しより正確なシステムの構築と更なる症例の蓄積が必要と考えた。

臨床現場と薬学「栄養治療」教育について

島田 雅彦、清水 忠洋

国家公務員共済組合連合会 三宿病院

【背景・目的】臨床現場では超高齢化社会のため後期高齢者の患者が増加し、外科的手術や薬物治療では患者の病態がままならない状態が増えている。そのため「栄養治療」からの働きかけが重要である。令和 6 年度 (2024) に薬科大学に入学した学生より「栄養治療」に関するカリキュラムが施行された。しかし大学のシラバスを確認すると、選択科目として「臨床栄養」がある大学など、教育はまだ手探りの状況にある。一方、実務実習施設において「NST」に携わる病院薬剤師の活動状況があまり見えてこない。実務実習生受け入れ施設の過去の実働実績によって教育格差が出ることは否めない。そこで薬剤師の活動状況を論文や報告書から調査することとした。

【方法】2013 ~ 2023 年の期間中に行われた NST における薬剤師の活動に関するアンケート調査を検索した。また NST の質向上を目的にした教育について書かれた論文なども調査した。

【結果・考察】日本病院薬剤師会は毎年、各施設状況に関するアンケートを行っている。アンケートに回答した施設で、100 床以上 300 床未満の病院では NST に薬剤師が参加していない施設が 12% あった。また NST 活動も活発に行われていない事が明らかとなった。仮に薬学生が実務実習に行った際に、NST 活動に参加することはできるかもしれない。しかし薬剤師の立場から行う「栄養治療」については不透明であることが推察された。

外来がん化学療法における薬剤師の栄養管理への介入 現状と課題

伊東 崇仁、原田 恒介、佐藤 玲華、安次嶺 ゆか

日本鋼管病院薬剤部

【目的】

日本鋼管病院化学療法室（以下当院）で 3 名の薬剤師が外来がん化学療法を担当している。

令和 2 年度の診療報酬改定において、連携充実加算の項目に化学療法中の栄養管理について対応が求められている。

化学療法を継続するためには、栄養状態が良好であることが不可欠と思われる。

化学療法における低栄養状態は、有効性を低下、副作用を増加させる可能性があるという報告がある。

そこで薬剤師が、化学療法患者の栄養に関して、どの程度介入しているか調査したので報告する。

【方法】

2024 年 3 月～ 2025 年 2 月の期間に外来化学療法を施行した患者を対象に電子カルテを用いて、栄養に関連する事項についてレトロスペクティブに調査した。

【結果】

薬剤師が服薬指導を通じて栄養に関する事項が記載されていた。

患者の多くは化学療法による副作用にて、体重変化、食欲低下、食欲不振、悪心・嘔吐、口腔粘膜炎、味覚異常、癌性疼痛、栄養剤摂取等、様々な状況に陥っており介入が見られた。

【考察】

薬剤師は化学療法の副作用に対応するだけでなく、栄養状態を把握していく必要があると考えられる。

外来がん化学療法で薬剤師は、時間的制約、人員不足の中で服薬指導を通じて栄養に関する介入が十分できているとは言い難い現状にあると思われる。

栄養に関して薬剤師を含め、外来 NST といった多職種連携が必要不可欠であることが考えられる。

口演 3

座長

池田 尚人

(昭和大学江東豊洲病院)

工藤 雄洋

(神奈川県済生会横浜市東部病院 栄養部)

胃全摘術後 10 年経過して、外傷を契機に気付かれた ビタミン B12 欠乏性貧血の一例

岩倉 由未子¹⁾、野添 美枝¹⁾、関口 香織¹⁾、田川 学²⁾

1) 立川相互病院 栄養科

2) 立川相互病院 総合診療科

【目的】胃全摘術後 10 年経過してビタミン B12（VB12）欠乏による貧血と診断された一例を経験したのでその経過を報告する。

【症例】59 歳の女性。10 年前、進行胃がんのため胃全摘術および術後化学療法を受けた。治療終了後、患者の都合で通院は中断されていた。入院当日、就労中に後頭部を打撲した。当院に救急搬送され、外傷性脳挫傷、くも膜下出血の診断で入院した。入院後、安静にて出血は悪化なく第 11 病日に退院された。血液検査にて RBC225 万 / μ L、Hb9.3g/dl、MCV125.3fL と大球性貧血を認めた。血清 VB12 は 99pg/ml（基準値 197-771）と低値であり、胃切除後の吸収障害による VB12 欠乏性貧血と診断した。入院中にメコバラミン 500 μ g の静脈内投与を計 4 回実施した。退院後も外来で治療を継続した。約 2 か月後、RBC349 万 / μ L、Hb9.7g/dl、MCV94.0fL まで改善し、鉄剤内服併用を開始後に転居を理由に通院治療が終了した。

【考察】胃全摘術後の VB12 欠乏症は早期発見、早期治療が可能な病態であり、治療により重篤な合併症を未然に予防しうる。早期発見には定期通院や基本健診事業を活用することが可能であるが、がん治療終了後の定期通院の継続には工夫が必要と思われた。患者教育が重要と思われ、通院継続の動機づけとして栄養指導は重要な役割を果たすかもしれない。

【結語】胃切除後 VB12 欠乏性貧血は重篤な外傷の原因となりうるため、胃切除後も長期にわたり全身管理を継続していくことが重要である。

小児ミトコンドリア病患者に対し脂質投与方法を検討した一症例

鳥居 春菜¹⁾²⁾、古田 雅²⁾、田中 美奈子³⁾、鈴木 敦⁴⁾、山岡 達宏⁵⁾、鷺澤 尚宏¹⁾⁶⁾

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 栄養部

3) 東邦大学医療センター大森病院 看護部

4) 東邦大学医療センター大森病院 薬剤部

5) 東邦大学医療センター大森病院 小児医療センター

6) 東邦大学医学部臨床支援室

【目的】ミトコンドリア病の栄養管理の中には高脂質・低糖質投与、特に中鎖脂肪酸の有効性が報告されているものもあるが、疾病による活動度の低下や消化器症状等の合併症から栄養療法の継続が難しくなることがある。下痢症状に難渋し、脂質投与方法を検討・変更した症例を経験したため報告する。

【症例】10 歳代女児。MELAS 症候群。経口摂取、経鼻胃管栄養、中心静脈栄養を併用していた。介入時、脂質はエネルギー比率 50% を目標とし、中鎖脂肪酸の割合を増やす目的で中鎖脂肪酸含有食用油 (以下 MCT オイル) を経管投与しており、静脈からの脂質投与はなかった。下痢が遷延し脂肪便染色を行ったところ陽性であった。そこで MCT オイルを一度中止し脂肪便染色陰性を確認後、1) 乳化剤を含まない MCT オイル製品から乳化剤を含む MCT オイル製品 (ミラクル[®]MCT) に切り替え栄養剤と混合して投与すること、2) 一度 MCT オイル投与量を減らし下痢をきたさず投与可能な量を検索することを試みた。

【結果】変更前後 14 日間ずつ比較すると、1 日あたりの平均投与脂質量 37.2 g → 13.9 g、平均便回数 3.2 回 → 2.4 回、平均便量 (尿含む) 1971.9 g → 1598.8 g、脂肪便染色は陽性で経過した。便回数や便量は減少傾向であったが MCT オイルの増量は難しく、静脈栄養より脂肪乳剤の投与が開始となった。

【考察】高脂質・低糖質の栄養管理中に下痢を認めた症例に対して、脂質の投与方法や内容を変更し、便回数や便量の減少傾向が見られた。

プレバイオティクスと抗けいれん薬の相互作用の調査・解析

小貫 敬太、唐沢 浩二、岡本 まとか、千葉 正博

昭和大学薬学部臨床栄養代謝学

【目的】プレバイオティクスは、誤嚥予防でとろみ調整剤として利用されることが、服用により腸内環境の改善に有用である一方、医薬品と併用することで薬剤の溶出や吸着による薬効への影響が懸念されている。以前我々は、ワルファリンがキサンタンガム・ペクチンと相互作用を生じることを報告した。他の医薬品も影響が示唆されたことから、今回 TDM 対象の抗けいれん薬との相互作用を調査・解析した。

【方法】2018 年から 2022 年に昭和大学病院でとろみ調整剤を投与した患者を対象に、後ろ向きコホート研究を実施した。アウトカムは血中濃度の変動とした。(昭和大学倫理委員会承認：21-181-A) 基礎研究は、数種類のプレバイオティクスと抗けいれん薬を混合後、限外ろ過し、得られたろ液を用いて HPLC により医薬品を定量した。

【結果】臨床研究によりとろみ調整剤を使用中にバルプロ酸の血中濃度が低下している可能性がある症例がみられた。一方 HPLC を用いた基礎研究では、キサンタンガムおよびペクチンとバルプロ酸を水中で混合後に濃度を測定した結果、バルプロ酸の残存率はそれぞれ 93% 前後であった。現在、胃液および腸液との混合による相互作用の変化を確認しており、フェニトインなどの他の抗けいれん薬との混合試験も実施中である。

【結論】医薬品によってプレバイオティクスとの相互作用の有無が異なるため、さらに多くの医薬品で検討する必要がある。

舌癌術後の化学放射線療法施行患者に対して微量元素補助食品とグルタミンを調整した一例

齊藤 七帆¹⁾、島居 美幸¹⁾、横山 和彦²⁾、千葉 正博³⁾

1) 昭和大学病院 栄養科

2) 昭和大学病院 緩和医療科

3) 昭和大学病院 栄養サポートチーム

1. 目的

頭頸部癌に対する化学放射線療法 (以下 CCRT) は、口内炎や咽頭・食道にかけて粘膜炎を発症するリスクが高い。一方グルタミンや微量元素の摂取は、化学療法や放射線療法における、口腔粘膜炎の重症化予防への関与について報告がある。今回、舌癌手術後に CCRT 施行症例に対して治療初期から介入し、粘膜炎の重症化予防が可能であった症例を経験したので、報告する。

2. 症例提示

50 代女性。初回入院 5 ヶ月前から口内炎を繰り返し、1 ヶ月前から腫瘍が増大したため他院を受診後、当院紹介となった。舌癌の診断で入院、舌垂全摘、両頸部郭清、遊離腹直筋皮弁再建、嚥下改善術、気管切開術施行後に自宅退院した。1 ヶ月後、術後 CCRT 施行目的で再入院し、2 病日目から CCRT が開始となった。初回入院時より緩和ケアチームが介入し、再入院後も継続介入となった。再入院時は、身長 160.1cm、体重 50.8kg、BMI19.8kg/m² と標準体型で、術後退院時より体重は増加していた。栄養管理は、粘膜炎のリスク低減を考慮し、1 病日目から微量元素補助食品の摂取に加え 3 病日目から食事にグルタミン製剤を追加し、粘膜炎はグレード 1 と軽度で疼痛の表出はなかった。唾液の減少と味覚障害が出現したが、適宜食事調整を行い摂取量の低下はなかった。

3. 考察及び結論

再入院後早期から介入し、治療開始早期から微量元素とグルタミンの投与が行えた。粘膜炎は軽症に抑えられ、CCRT の完遂と経口摂取継続に貢献できた。

深鎮静管理を導入した痙攣重積患者に対して薬剤調整と W-ED チューブを使用し経腸栄養管理を行った一例

中川 真希、木村 夏実、大橋 由奈、清水 陽平

海老名総合病院

【目的】

深鎮静中は気道反射を抑制し、誤嚥のリスクが増大するため、胃残量が多い場合は幽門後からの栄養投与を考慮することが推奨されている。今回、深鎮静管理を導入した痙攣重積患者で胃残量が多かった症例を経験したため報告する。

【症例提示】

31 歳男性、主病名は痙攣重積。救急搬送するまでの 40 分間痙攣が持続し、深鎮静管理導入のため鎮痛薬も併用して人工呼吸器管理となった。3 病日目に鎮静薬を終了したが、意識障害は遷延していた。不穏により 5 病日目に鎮静薬を使用し、6 病日目には終了して抜管した。7・12 病日目に痙攣があり、再度人工呼吸器管理となった。入院後の栄養管理は、胃残量が多かったことから、2 病日目から間欠投与にて経腸栄養を開始して連日増量した。5 病日目に嘔吐を認め欠食となり、腸蠕動促進薬にて調整を行った。胃残量は 8 病日目には改善し、同日経腸栄養を再開した。9 病日目に全身薬疹が生じ、消化管蠕動促進薬、下剤は中止となったため、W-ED チューブに変更し持続投与にて経腸栄養を行い、投与栄養量の増量が可能となった。

【考察・結論】

鎮静薬・鎮痛薬はその効果が消失するまで薬剤の種類や投与量に加え、年齢、心機能、肝腎の代謝排泄機能も影響する。深鎮静中の栄養管理は、鎮静深度、消化器症状を評価して、胃残量が多い場合は薬剤調整や幽門後投与を試みることで、安定した経腸栄養管理が行えるのではないかと考える。

経腸栄養開始早期の腎不全用経腸栄養剤を使用した患者背景の調査

金木 美佳¹⁾、池田 尚人²⁾⁵⁾、千葉 正博³⁾⁴⁾⁶⁾、町田 あゆみ¹⁾、佐伯 玲奈¹⁾⁵⁾、片桐 菜緒¹⁾、北原 紗夢莉¹⁾、芦沢 くるみ¹⁾

1) 昭和大学江東豊洲病院栄養科

2) 昭和大学江東豊洲病院脳神経外科

3) 昭和大学病院薬学部臨床薬学講座臨床栄養代謝学部門

4) 昭和大学医学部外科学講座小児外科学部門

5) 昭和大学江東豊洲病院 NST

6) 昭和大学病院 NST

【目的】腎機能が正常な場合の不要なたんぱく質制限は予後不良となる。また、透析患者ではたんぱく質の損失が起こる。今回経腸栄養開始早期の腎不全用経腸栄養剤を使用した患者背景について調査した。【対象および方法】2021年4月～2023年3月の間に当院に入院し、経腸栄養を7日以上行い、かつ腎不全用の経腸栄養剤を投与した患者を対象とし後ろ向き観察研究を行った。透析施行の有無、BUN、Cr、1日あたりの投与エネルギー量（以下E）およびたんぱく質量（以下P）を調査した。なお、本研究は、昭和大学における人を対象とする研究等に関する倫理委員会で承認を得ている。（承認番号2024-108-B）【結果】対象33症例、非透析26例、持続緩徐式血液濾過透析（以下CHDF）4例、血液透析（以下HD）は3例だった。経腸栄養開始時、リーナレンLP[®]を28例、リーナレンLPとGFO[®]、リーナレンMP[®]とGFO、リーナレンLPとMPの併用はそれぞれ1例、リーナレンMPを3例が使用していた。中央値は非透析例BUN 30.8mg/dL、Cr 1.22mg/dL、E 289kcal、P 2.9g、CHDF例BUN 37.5mg/dL、Cr 2.18mg/dL、E 168kcal、P 1.7g、HD例BUN 25.6mg/dL、Cr 3.04mg/dL、E 260kcal、P 2.6gだった。【結語】今回の調査では非透析例、透析例ともにたんぱく質が3.0g/日以下と少なかった。病態に応じた、たんぱく質投与と経腸栄養剤の調整が必要と考える。

miRNA 発現変動を目的とした日本型食生活の献立提案 - 食事を介した生活習慣病予防および治療に向けて -

菅原 沙恵子¹⁾、伊藤 太二²⁾、宇治原 誠³⁾、田島 一樹³⁾、重松 絵理奈³⁾、小野 正人³⁾、
中川 広美³⁾

1) 十文字学園女子大学

2) 鎌倉女子大学

3) 国立病院機構横浜医療センター

【目的】近年の研究で、特定の栄養素が miRNA の発現に影響を及ぼすことが示唆されていることから、がんや生活習慣病への新たな治療戦略として期待されている。一方、日本型食生活は様々な食品を多彩に組み合わせた食生活であり、健康の維持・増進や生活習慣を予防することが明らかとなっている。本研究では、標準的な糖尿病の献立に日本型食生活の特徴を組み込んだ献立を作成し、日本型食生活が miRNA 発現変動を促す栄養素の摂取量に変化を及ぼすか検証することを目的とした。

【方法】標準的な糖尿病の献立 (DD) をベースに、日本型食生活の 5 つの特徴 (多様性・調理法・食材・調味料・形式) を組み込んだ日本型食生活の献立 (JD) を作成した。それぞれの献立について栄養価計算を行い、JD において miRNA 発現変動に関わる栄養素の量が変化しているか DD と比較した。

【結果】miRNA 発現変動に関わる栄養素としては、たんぱく質・n-3 系多価不飽和脂肪酸・ビタミン B₆ の量について、DD と比較し JD が有意に高かった。また、マグネシウム・ビタミン B₂・ナイアシン・葉酸・パントテン酸・ビオチン・ビタミン C の量も DD と比較し JD が有意に高かった。その他の栄養素の量について有意差は認められなかった。

【結論】日本型食生活の特徴を組み込むことで miRNA 発現変動に関わる栄養素の摂取量に変化を及ぼす可能性が示された。今回作成した献立は、糖尿病などの生活習慣病への試験食に展開することができると考える。

口演 4

座長

中瀬 一

(北杜市立甲陽病院)

朝倉 之基

(Nurse Innovation 株式会社)

高脂質・低メトキシシルペクチン含有の消化態栄養剤が有効であった二例

小川 知里¹⁾、島居 美幸¹⁾、唐沢 浩二²⁾、岡本 まとか²⁾、大関 由美³⁾、中嶋 宏太³⁾、伊藤 茜⁴⁾、
白井 友美⁴⁾、細川 志保子⁴⁾、千葉 正博²⁾

1) 昭和医科大学栄養科

2) 昭和医科大学薬学部臨床薬学講座臨床栄養代謝学部門

3) 昭和医科大学病院薬剤部

4) 昭和医科大学病院看護部

【目的】高脂質・低メトキシシルペクチン含有の消化態栄養剤（以下、HR 栄養剤）を使用し、リフィーディング症候群や排便コントロールに配慮しつつ栄養管理を実施できた症例を経験したため報告する。

【症例】症例① 60 代男性，身長 172cm，体重 48kg，BMI 16. 自宅で倒れており，来院時に多発褥瘡を有するショック状態のため抗菌薬が開始された．第 3 病日より経腸栄養（高たんぱく質）を開始したが下痢便が出現した．第 9 病日に HR 栄養剤に変更したところ 1 週間程で泥状～普通便に変化した．その後，電解質異常や低血糖などは生じず徐々に栄養剤を増量し第 18 病日に目標量 (1800kcal) に到達した．洗浄デブリードマンや持続陰圧療法を実施し，第 43 病日に背部の単純縫合，仙骨部の皮弁，第 71 病日に臀部の植皮が行われた．第 85 病日に褥瘡部の上皮化を確認し一般栄養剤に切り替えた．症例② 50 代女性，身長 150cm，体重 50kg．意識障害で当院に搬送され，自己免疫性脳炎疑いに対してステロイドパルス療法や血漿交換療法が実施されたが意識障害は改善しなかった．第 31 病日にシトリン欠損症Ⅱ型が疑われ，高脂質低糖質の栄養管理のため経腸栄養（高脂質）に切り替えたが第 38 病日より水様便が出現した．第 52 病日に HR 栄養剤に変更し，便状は泥状～軟便で経過した．

【考察及び結論】HR 栄養剤の使用により，リフィーディング症候群や排便コントロールに配慮しつつ栄養管理を強化することが可能であった。

当院の NST に関する意識調査結果～ 6 年前と比較して～

小原 奈々¹⁾⁴⁾、徳満 麻美¹⁾⁴⁾、黒瀬 聡子²⁾⁴⁾、杉山 彰英³⁾⁴⁾

1) 昭和大学横浜市北部病院栄養科

2) 昭和大学横浜市北部病院看護部

3) 昭和大学横浜市北部病院こどもセンター小児外科

4) 昭和大学横浜市北部病院 NST

【目的】当院の栄養サポートチーム（以下 NST）は第 35 回本学会学術集会で、当院の NST に関する意識調査の報告をした。結果、より栄養教育・栄養治療の普及に努める必要があると考えられた。今後の NST 活動の方向性や課題を検討する為、再調査を行った。

【方法】全職員を対象に 2024 年 10 月 1 ～ 10 月 15 日、NST に関する質問 9 項目を web アンケートで調査し、前回調査（2018 年）と比較検討した。

【結果】医師 88 名、看護師 461 名、その他のスタッフ 45 名の合計 594 名が回答。NST の認知度は 94.8% で、前回の 99.4% より有意に低下した。NST の効果で期待する事は、前回同様、早期介入による栄養状態改善が一番多かったが、2023 年度 NST 介入患者の入院から介入までの期間は平均 30.2 ± 41.3 日と NST 介入までに約 1 か月を要していた。今回、自病棟・科で独自の栄養カンファレンスを行っているとは 40.2% が回答した。NST 依頼に関して、47.0% が依頼・提案したことがなく、理由として、必要性がない（52.3%）、基準がわからない（39.0%）、依頼方法がわからない（26.7%）の回答が多かった。

【結論】今回の結果から、NST の認知度向上や介入依頼方法、基準の周知を目的とした啓蒙活動が必要と考えられた。各部署による栄養カンファレンスを行っている現状から、全職員を対象とした定期的な勉強会を開催するとともに、NST は各部署で対応困難な症例に対応し、より具体的な提案を行えるよう、高度な知識を習得してゆきたい。

南長野医療センター篠ノ井総合病院 NST における歯科 口腔外科の活動

丸山 世里奈¹⁾、草野 敏枝¹⁾、酒井 洋徳²⁾、北村 章¹⁾、今井 哲郎¹⁾²⁾、嶋根 哲¹⁾²⁾、
峯村 今朝美¹⁾、栗田 浩²⁾

1) 篠ノ井総合病院

2) 信州大学医学部歯科口腔外科学教室

1 目的

歯科口腔外科がNSTに参加するようになり、介入の現状把握とその評価をするために、調査を行うこととした。

2 方法

2023年7月1日から2024年3月31日にNST介入した全症例について入院時と退院時のBMI、血清アルブミン値、年齢、性別、入院日数、経口摂取カロリー変化量を診療録から後方視的に調査した。

歯科介入の基準は回診時に口腔内診察を行い、食事をとるための①機能面②衛生面をOHAT評価、③患者や家族の希望を確認し、介入の有無を決めた。BMI、血清アルブミン値、経口摂取カロリーは入院時と退院直近時の測定値を使用し、歯科介入の有無によるBMI変化、血清アルブミン値変化、経口摂取カロリー変化と発熱日数について単変量解析を行った。

3 結果

入院時での、体重、身長、BMIや血清アルブミン値については、歯科介入の有りと無しでは有意差を認めなかった。単変量解析により、血清アルブミン値変化量のみ歯科介入の有りと無しで統計学的有意差を認め、歯科介入群では有意に良好な結果を認めた。経口摂取カロリーの変化量は、歯科介入群で非介入群より増加した。歯科介入した患者のうち、NSTがきっかけで歯科介入した患者が半数であった。

4 結論

歯科介入群では非介入群と比較して、血清アルブミン値は良好な結果を得られた。良好な口腔内は経口摂取量をアップするために重要であり、患者のピックアップが今後の課題である。

NST 介入における栄養ケアラウンドの役割

飯島 令子¹⁾、堀込 かずみ¹⁾、千葉 隆史²⁾、小泉 恵子³⁾、浅川 浩樹⁴⁾、中瀬 一⁵⁾

-
- 1) 北杜市立甲陽病院 栄養科
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 薬剤科
5) 北杜市立甲陽病院 外科

【目的】

MNA-SF や MUST を用いた栄養スクリーニング、GLIM 基準を用いた低栄養診断の実施が必須となってきた。これらの栄養評価や栄養診断を院内で活用し、NST 活動に繋げる当院の取り組みとして、栄養ケアラウンドを実施している。NST 介入における栄養ケアラウンドの役割について報告する。

【方法】

MNA-SF：11 点以下または、MUST：2 点以上の患者について「栄養ケアラウンド：有」とし、低栄養リスクであることを多職種で共有。栄養改善に向けた治療方針の確認や、栄養ケアラウンドへのコンサルテーションを検討した。

次に、週 1 回の栄養ケアラウンドでは、「栄養ケアラウンド：有」となった患者の GLIM 基準評価や、その他総合的な病状を多職種で評価し、NST 介入の必要性を検討。「NST 介入：必要有」となる患者については NST 対象症例とし、「NST 介入：必要無」の患者については「栄養ケアラウンド：無」の場合と同様に扱った。

【経過】

「NST 介入：必要有」と評価された患者に対し、週 1 回の NST 回診と症例検討を実施。多職種で GLIM 基準を用いた栄養状態のモニタリング等を行った。栄養スクリーニングから栄養ケアラウンド、NST 介入へと、積極的な栄養管理システムの構築が確立し始めている。

【考察】

栄養ケアラウンドの実施により、総合的な病状や低栄養状態を多職種で把握でき、NST 介入の可否についても検討できる。

GLIM 基準の活用と診断には、活発的な多職種での評価が重要になると考える。

諦めないで！高度急性期病院から在宅訪問栄養食事指導に出ていくための仕組み作り

清水 陽平、中川 真希

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

【目的】高度急性期病院に勤務する管理栄養士であっても、在宅訪問栄養指導に行ける仕組みを院内で構築し、入院中から在宅まで継続した栄養管理体制を整備する。

【方法】対象患者の情報収集は、病棟常駐管理栄養士から在宅訪問栄養指導担当者（以下、在宅担当管理栄養士）にあがる仕組みとした。在宅担当管理栄養士は、患者や家族、医師、ケアマネジャー、医事課等との調整を行い、退院前カンファレンスや看護師が行う家族指導時へ出席し、在宅訪問栄養指導についての説明を行う。了承ののち、訪問前に在宅主治医やケアマネジャーへ連絡、家族との日程調整、車の手配、指示書の作成依頼等を行い、訪問時には重要事項の説明及び契約書の手続きを行う。訪問後は、介護報酬算定に関わる事務手続きを行う流れとした。

【結果】2024 年 4 月から 12 月までの介入患者は 6 名（男 4、女 2）であり、介入率は 66.7%（9 名中 6 名）であった。未介入の理由は、指示書返信なし 1 件、お断りの電話 2 件であった。介入時栄養ルートは、経口 5 名（嚥下調整食 2 名、形態調整食 2 名、緩和ケア食 1 名）、経腸栄養 1 名（胃瘻）であった。退院日から初回在宅訪問栄養指導まで 7.8 ± 3.2 日を要した。訪問回数は平均 1.3 回であり、連携先クリニックは 4 ケ所であった。

【結論】高度急性期病院に勤務する管理栄養士であっても、院内外のステークホルダーと連携を図ることで、勤務時間内に在宅訪問栄養指導に行くことは可能である。

経口摂取が進まない患者の栄養立て直しプランの一考察 ～胃管を入れたくない A 氏との倫理的葛藤～

斎藤 智美、山形 泰士、古川 文子、平田 奏、亀本 夏実

東京科学大学病院 看護部

【はじめに】

重症心不全のため ICU で加療中、胃管を拒否し経口摂取を強く希望をされる患者の思いと経管栄養による介入の必要性の間で倫理的葛藤が生じた事例を経験した。この課題に対して、多職種連携による栄養状態改善を目的に介入した。

【事例紹介】

A 氏は 60 代女性、重症心不全の加療中であった。食欲不振が続き、経口摂取では必要栄養量が確保できない状態が続いた。嚥下機能低下により、食形態はコード 3 であったが、常食希望のため食べない状態が続いた。胃管からの栄養投与は、嘔気などの不快感が強く、再挿入を拒否された。栄養状態改善は乏しく、リハビリも進まないため栄養状態改善計画を多職種で見直した。認定看護師が介入し安全を担保した状態で常食の提供を行い、「これは飲み込めない」と A 氏と現状を共有した。管理栄養士や医師と連携し、今の栄養状態ではリハビリも進まず、退院が見えてこないことを A 氏と共有し、期間限定で経鼻胃管を挿入し栄養状態を改善させることで合意した。経管栄養を開始すると 1 週間ほどで栄養状態は改善、それに伴いリハビリも進み、経口摂取ができるようになった。

【考察】

治療目標を明確にすることで、A 氏の価値観を尊重しつつ、治療協力が得られた。A 氏の希望に沿いながらも必要な介入ができるように多職種で連携し、A 氏と現状を共有しながら合意形成できたことが栄養状態改善に繋がったと考える。

栄養療法の原則を取り入れた Advance Care Planning (ACP) フローチャートの作成と運用

小泉 恵子、山本 悦子、浅川 弘美、堀込 かずみ、飯島 令子、千葉 隆史、浅川 浩樹、井出澤 剛直、中瀬 一

北杜市立甲陽病院

【はじめに】

当院では各主治医が患者・家族と治療方針を決定していた。ACP の要素も含まれることが多いが院内での統一はなかった。口から食べられなくなった場合に関しては栄養療法の原則を取り入れた ACP のフローチャートを作成・運用したので報告する。

【方法】

2025 年 2 月からフローチャートの運用を開始した。誤嚥性肺炎が原因で経口摂取不能に陥った症例のご家族に説明を行った。

【結果】

本人への説明は 1 例もなかった。実際にフローチャートでの説明を受けた家族の反応は、フローチャートでの図表が見やすくわかりやすい、流れが理解できる、紙面であると家族にも相談できる時間がとれるといった感想が得られた。反面、「延命は希望していないけど TPN は受ける」等の回答もあった。

【結論】

各種 ACP を参照すると、人工栄養に関する部分は胃瘻か点滴かの二者択一の表現も少なくなかった。これでは道具の議論が先行して「生きる」議論が軽視されかねないことを懸念していた。フローチャートを運用してみて、口頭のみでの説明より理解しやすいという結果が得られた。「道具の議論」を訂正する筋道を示すことができた。ACP は DNAR を約束することではないと考えられている。できるだけ生きていたいという希望の人には理想的な栄養ルートで質の高い人生を支えたい。今後もフローチャートを活用し、患者・家族の意思決定支援の一助となるよう関わっていききたい。

口演 5

座長

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)

土屋 宗周

(ジャパンメディカルアライアンス 座間総合病院)

当院 NST における GLIM 基準導入後の変化

松葉 駿佑¹⁾、廣瀬 まり¹⁾、土屋 宗周¹⁾、中村 菜美子²⁾、小西 裕二³⁾

1) 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 座間総合病院 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 座間総合病院 診療部 一般内科

3) 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 座間総合病院 診療部 総合診療科

目的

令和 6 年度診療報酬改定に伴い、当院栄養サポートチーム（以下 NST）の介入基準をアルブミン値から、GLIM 基準に変更した。本研究では、GLIM 基準導入前後での NST 対象患者の特徴を比較し、基準変更が患者特性や選定精度に与えた影響を検討した。

方法

2023 年および 2024 年の 6 ～ 7 月に NST 介入となった入院患者を、GLIM 基準導入前（n=39）および導入後（n=31）で比較した。評価項目は年齢、性別、BMI、診療科、入院時主病名、介入までの日数、継続回数、退院先とした。統計解析には t 検定、カイ二乗検定および Fisher の正確検定を用い、有意水準は $p < 0.05$ とした。

結果

GLIM 基準導入前後の患者で、年齢、性別、BMI、診療科、入院時主病名、退院先で統計学的に有意差はなかった。介入までの日数は短縮傾向（13.49 日 vs 9.48 日、 $p=0.062$ ）、継続回数は減少傾向（3.21 回 vs 2.35 回、 $p=0.062$ ）を示した。

結論

従来の血清アルブミン値は中・長期的な評価指標であることに比べ、GLIM 基準を用いることで、早期に低栄養を把握できたことが介入までの日数短縮となった要因であると考えられた。一方で継続回数の減少はスクリーニング精度が不十分であり、介入の必要性が低い症例が増えたことが要因であると考えられた。今後は GLIM 基準以外のスクリーニング項目の追加など、適切な介入基準の整備を進める必要がある。

GLIM 基準運用後の一般病棟看護師の意識調査

浅川 弘美、小泉 恵子、中瀬 一、堀込 かずみ、飯島 令子、浅川 浩樹、千葉 隆史、
伊藤 英明、白澤 佑次、野澤 穂多香、小林 光

北杜市立甲陽病院

【はじめに】

2024 年 4 月より GLIM 基準による栄養評価に変更した。

【方法】

下腿周囲長 (CC) を筋肉量とし、入院時のみならず経時的に測定するようにした。CC 測定は全員が担当するようにした。その後一般病棟看護師に無記名のアンケート調査をした。

【結果】

看護師 30 名中 27 名 (90%) が回答。CC 測定経験はありが 26 名、なしが 1 名。全員が測定は簡便と回答。CC の結果は細く思う 17 名、想定通り 7 名、太く思う 1 名。GLIM 基準を知っていた 9 名、知らなかった 15 名。最も煩雑と感じるツールは SGA5 名、CONUT スコア 5 名、MNA-SF5 名、GLIM6 名。栄養状態をよく反映していると感じるツールは SGA0 名、CONUT スコア 2 名、MNA6 名、GLIM16 名。骨格筋の重要性に関して理解が増えた 17 名、今までも重要だと考えていた 6 名。炎症の重要性に関して理解が増えた 17 名、今までも重要だと考えていた 10 名。栄養状態の把握や栄養管理の重要性について理解が増えた 20 名、今までも重要だと考えていた 7 名。GLIM 基準は臨床に役に立っている 10 名、いない 0 名、わからない 11 名、今後活かしたい 6 名。

【結論】

CC 測定は簡便で煩雑さはどれも同じであった。GLIM 基準を知らなかったが、栄養反映として認識。骨格筋、炎症及び栄養の重要性に関しては今まで認識していた人達より認識を増やした人の方が多かった。CC 測定という簡便な入口を経て骨格筋、炎症、栄養の認識を高めることに繋がった。今後 GLIM 基準をより臨床に活用していきたい。

当院における入院時 GLIM 基準を使用した低栄養診断の現状と今後の課題について

今野 華江¹⁾、斎藤 恵子¹⁾²⁾、馬場 裕之¹⁾

1) 医療法人社団下田緑真会 世田谷北部病院

2) 多摩小金井認定栄養ケア・ステーション

【目的】当院は地域包括ケア病床を有する急性期病院であり高齢者が多い。2024 年 5 月より入院前に MNA[®]-SF でスクリーニングと GLIM 基準による低栄養診断のアプローチを開始した。その結果と重症度に及ぼす要因及び GLIM 基準運用の課題を報告する。

【方法】2024 年 5 月から同年 12 月までの入院延べ患者 850 名の内、問診票未記入、下腿周囲長、身長・体重未測定を除いた 674 名の栄養状態と年齢及び在院日数を検討した。データは後方視的に電子カルテより抽出し筋肉量は下腿周囲長を使用。MNA[®]-SF9 点以下で低栄養診断に進んだ。

【結果】MNA[®]-SF 9 点以下 vs 10 点以上 379 人 56% vs 295 人 44%、平均年齢 85.1 ± 10.1 vs 64.8 ± 22.0 歳 $p < 0.001$ 、平均在院日数 27.3 ± 18.4 vs 17.1 ± 18.0 日 $p < 0.001$ と 9 点以下群は高齢で在院日数は長かった。表現型では筋肉量減少、病因は疾病負荷が最も多かった。また重度群は高齢者が多く (81.9 vs 85.5 歳 $p < 0.05$) 在院日数が長かった。(24.6 vs 28.6 日 $p < 0.01$)

【結語】重症度には年齢、筋肉量減少、疾病負荷が関与していた。重症ほど在院日数が長くなるため原因を栄養診断し早期より介入する必要がある。体重測定がされておらず表現型の評価ができない症例があった。入退院時の体重変化を評価するため測定を習慣づけたい。

褥瘡発生リスクを有する患者への早期栄養介入に向けた GLIM 基準による評価の活用について

田中 美有、雨宮 巳奈、小澤 理枝、内山 菜月、長沼 愛莉

独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院

1. 目的

入院患者の高齢化に伴い褥瘡発生予防に向けた取り組みの強化が必要とされている。褥瘡発生リスク項目は多岐にわたり、集中治療領域など循環不全や体動困難といった明らかに褥瘡発生リスクのある患者以外では、褥瘡発生予防に向けた栄養介入の対象患者の抽出にしばし苦慮する場合がある。低栄養かつ褥瘡発生のリスクのある患者を効率的に抽出し早期の栄養介入実現に向け、GLIM 基準による評価と褥瘡の関連について調査した。

2. 方法

2024 年 7 月 24 日から 8 月 4 日の 2 週間に当院入院となった患者で、意思疎通が可能な 212 名を対象に、GLIM 基準による評価を実施し低栄養非該当群、低栄養該当群の 2 群に分け、褥瘡に関連する項目を比較した。

3. 結果

褥瘡リスクのある患者は低栄養該当群にて有意に多く、入院中の褥瘡発生は低栄養該当群でのみ見られた ($p<0.05$)。また褥瘡発生ハイリスク項目を有する患者のうち、低栄養非該当群で入院中の褥瘡発生はなく、低栄養該当群でのみ褥瘡発生が見られた ($p<0.05$)。

4. 結論

低栄養非該当群では褥瘡発生ハイリスク項目を有していても入院中の褥瘡発生が見られず、低栄養該当群でのみ褥瘡発生が見られ、かつほとんどが褥瘡ハイリスク項目を有する患者であった。褥瘡発生予防に向けた早期の栄養介入のためのスクリーニングとして GLIM 基準による評価は有用であると考えられる。

進行食道扁平上皮癌患者における治療介入前の栄養評価の重要性

長沼 由子¹⁾、古田 光寛²⁾、山本 香奈恵¹⁾、福田 尚子¹⁾、島崎 玲奈¹⁾、伊藤 洋平³⁾、町田 望²⁾、浅山 真規子¹⁾

1) 神奈川県立がんセンター看護局

2) 神奈川県立がんセンター消化器内科消化管

3) 神奈川県立がんセンター栄養管理科

【目的】進行食道扁平上皮癌患者はしばしば嚥下障害を有し、栄養状態は不良となる。しかし実臨床における嚥下障害、栄養状態の実態については明らかにされていない。今回我々は治療対象となった進行食道扁平上皮癌 cStageIVA or IVB の栄養状態に注目し調査を行った。

【方法】2022 年 7 月～2024 年 6 月に、当院で積極的な治療介入を行った未治療の進行食道扁平上皮癌患者（cStageIVA or IVB）を対象とし、後ろ向きに嚥下障害、栄養状態の実態および栄養状態と予後との関連を評価した。

【結果】64 例が解析対象となり、放射線治療および化学放射線治療（RT/CRT）が 32 例、化学療法が 32 例で行われていた。患者背景は BMI 中央値 20.3（range 13.3-27.7）、ECOG PS 0/1-2 = 52/12、食欲不振 33 例（50%）、Dysphagia Score ≥ 2 = 32（50%）、半年での 5% 以上の体重減少 38 例（59%）であった。全集団の全生存期間は 14.5 か月（95% Confidence interval [CI] 12.9-23.0）であった。半年で体重が 5% 以上低下した症例（全生存期間中央値 15.7 か月 [14.5-not reached]）は低下しなかった症例（10.8 か月 [95% CI 7.0-12.9]）と比較し有意に予後不良であった（ $p=0.009$ ）。

【結論】進行食道扁平上皮癌患者では高頻度に嚥下障害や体重減少が認められ、体重減少は予後不良因子であった。進行食道扁平上皮癌患者に対しては治療開始前から積極的な栄養介入が必要と考えられた。

膠原病科入院患者における血清アルブミン値、末梢血リンパ球数、C 反応性蛋白の関係と薬剤投与の影響

関谷 秀樹¹⁾²⁾、小川 すみか³⁾、兼古 晃輔³⁾、南木 敏弘⁴⁾、鷺澤 尚宏¹⁾⁵⁾

1) 東邦大学医療センター大森病院 栄養治療センター

2) 東邦大学医学部口腔外科学

3) 前 東邦大学医療センター大森病院 臨床検査部

4) 東邦大学医学部内科学講座膠原病学分野（大森）

5) 東邦大学医学部臨床支援室

1. 目的 血清アルブミン値（ALB）、末梢血総リンパ球数（TLC）、C 反応性蛋白（CRP）は、栄養学的指標として用いられている。膠原病入院患者において、慢性炎症と急性期を反復する病態に加え、投与中の抗炎症薬の影響もあり、これらの指標について、従来の栄養学的解釈が可能か否か、検討する必要がある。

2. 方法 2017 年 1 月～12 月に当院膠原病科に入院した 170 名（男性：女性＝56：114）の入院時検体について調査を行った（倫理承認番号 M18048）。A＋：ステロイド薬＋多剤，A：ステロイド薬，B：ステロイド薬、頓用、塗り薬，C：服用なしの 4 群それぞれについて 3 つの栄養学的指標の関係を検討した。また、mGPS に関しても解析した。

3. 結果 全体としては、ALB と CRP で負の相関が認められたが、CRP と TLC、ALB と TLC では、有意な相関関係が見られなかった。薬剤投与群別解析では、ALB と CRP は、各群において負の相関があったが、「A＋」群では、その中でも相関性が弱かった（ $r=-0.46$ ）。各群とも CRP と TLC、ALB と TLC では、有意な相関関係が見られなかった。mGPS の D 群では、各栄養学的指標が従来の相関関係を維持した。

4. 結論 急性期においては、3 つの栄養学的指標は従来の関係性を維持しているが、炎症を薬効により抑え込んでいる場合においては、TLC との関係は維持されない可能性が示唆された。

亜鉛製剤の使用状況と薬学的介入の必要性～銅欠乏症への対策～

山田 璃音、岡本 まとか、唐沢 浩二、千葉 正博

昭和医科大学薬学部 臨床薬学講座臨床栄養代謝学部門

1. 目的

亜鉛が欠乏すると貧血、味覚障害、皮膚障害、創傷治癒遅延、易感染性等を引き起こす可能性があり、亜鉛欠乏症の治療には亜鉛製剤が用いられている。一方、亜鉛は銅の吸収を阻害することから、亜鉛製剤の有害事象として銅欠乏症が報告されており、定期的な血清銅濃度の測定が推奨されている。そこで本研究は、臨床における亜鉛製剤投与患者の血清亜鉛および血清銅濃度の測定状況を把握し、それらに対する薬学的介入の意義を検討した。

2. 方法

2023 年 12 月 1 日～ 2024 年 12 月 1 日までに昭和大学病院および昭和大学病院附属東病院に 2 週間以上入院した患者の中で、亜鉛製剤（ポラプレジンク、酢酸亜鉛水和物）を服用している患者を対象として後ろ向き調査を行った。なお、本研究は、昭和大学における人を対象とする研究等に関する倫理委員会での審査で承認を得て（2024-242-A）いる。

3. 結果

ポラプレジンクと酢酸亜鉛を服用していた患者数は 63 例 /73 例であった。また、血清亜鉛測定は 69 例 (94.5%) /42 例 (66.6%)、血清銅測定は 37 例 (50.6%) /27 例 (42.8%) であった。

4. 結論

酢酸亜鉛では多くの症例で血清亜鉛濃度の測定がされていたものの、ポラプレジンクでは過半数程度しか測定がされていない傾向にあった。また、血清銅濃度の測定率は双方において低く、亜鉛量 100mg/ 日を超える用量で服用している患者に銅欠乏症がみられたことから、血清銅濃度を定期的に測定する取り組みが必要だと考える。

ポスター

座長

高増 哲也

(神奈川県立こども医療センター地域保健推進部)

中川 真希

(海老名総合病院)

好中球減少性腸炎患者で安全に腸管使用の継続ができた一例

木村 夏実、大橋 由奈、中川 真希

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

【目的】

好中球減少性腸炎（NE）は発熱性好中球減少症（FN）の重篤な合併症で、好中球減少が長引くと腸壁への細菌侵入が続き、腸管壊死や穿孔リスクが増す。腸管バリア機能の維持には腸管使用が重要だが、NE 患者の腸管使用に関する報告は少ない。今回、軽度 NE 患者で腸管を使用した栄養管理を経験したため報告する。

【症例提示】

70 代男性。肺癌の診断を受け、今回の入院 1 ヶ月前に化学療法を開始し、2 週間後に外来へ移行した。FN 予防のための G-CSF 製剤投与後、口内炎、食欲不振、呼吸困難が生じ、救急搬送され入院した。3 病日目に FN 発症、翌日に敗血症性ショックで ICU へ入室した。入院時より口腔粘膜疼痛があり絶食であったが、バクテリアルトランスローケーション (BT) 予防のため ICU 入室後約 24 時間後に少量の経腸栄養 (EN) を開始した。8 病日目に結腸浮腫性壁肥厚、腸管侵入を疑う細菌検出があり NE と診断された。腸管安静のため中心静脈栄養を導入したが、腸管壊死所見はみられなかったためグルタミン含有粉末栄養剤のみで EN を継続した。その後、感染兆候が改善し 14 病日目に少量持続投与で EN を増量した。20 病日目には結腸浮腫性壁肥厚が改善し、間歇投与に移行した。最終的に EN のみで必要栄養量を充足し、29 病日目に一般病棟へ転棟した。

【結論】

NE 患者の腸管使用は BT 予防の観点から必要であるが、腸管壊死の所見を頻回にモニタリングして安全な範囲で腸管を使用していくことが重要である。

転院後早期に経鼻胃管にて栄養管理を開始したことにより経口摂取へとつながった症例

千葉 隆史¹⁾、飯島 令子²⁾、堀込 かずみ²⁾、小泉 恵子³⁾、浅川 浩樹⁴⁾、中瀬 一⁵⁾

1) 北杜市立甲陽病院 リハビリテーション科

2) 北杜市立甲陽病院 栄養科

3) 北杜市立甲陽病院 看護部

4) 北杜市立甲陽病院 薬剤科

5) 北杜市立甲陽病院 外科

【目的】

嚥下機能低下だけでなく意欲低下（食欲低下）によっても十分量の経口摂取確保は難しくなる。今回転院直後から経口摂取量が不十分な患者に対し栄養療法を開始、一旦は胃瘻造設となるも、十分な経口摂取量の確立につながった症例を経験したので報告する。

【症例】

96 歳女性、COVID-19・細菌性肺炎による入院を機に経口摂取困難となった。一部経口摂取と抹消点滴管理にて療養目的のため当院に転院となった。転院前の投与エネルギー量は合計 600kcal 程度だった。転院翌日から、積極的なリハビリを行うため治療としての栄養療法を開始。NST 介入の元、不足分の栄養量は経鼻胃管にて投与しつつ嚥下訓練を行った。投与エネルギー量 900kcal を維持しつつ、転院後 40 日目胃瘻造設となった。その後胃瘻からの栄養投与と経口摂取を並行して行った。経口摂取量の不安定さに対し、胃瘻からの投与量調整を行いリハビリを継続した。そして、段階的に経口摂取量の増加がみられ、転院後約 130 日目より経口摂取のみで必要栄養量・水分量が充足するに至った。

【考察】

今回転院後早期から治療目的の栄養療法として経口摂取と経鼻胃管ルートの併用を選択した。その結果、途切れることのない十分な栄養投与が、長期的なリハビリ介入を可能とし経口からの十分な栄養投与に移行できたと考える。

再発を繰り返す誤嚥性肺炎患者に対して多職種が介入し経腸栄養を増量できた一例

大橋 由奈、木村 夏実、中川 真希

海老名総合病院 医療技術部 栄養科

【目的】

誤嚥性肺炎とは、口腔内の病原性細菌の流入や胃内容物流入により起こり、口腔ケア、リハビリテーション、栄養管理など包括的な管理が必要となる。再発を繰り返す誤嚥性肺炎患者に対して多職種が介入し経鼻胃管からの栄養量を増量できた症例を経験したため報告する。

【症例提示】

82 歳男性。入院後、言語聴覚士の介入下で経口摂取を行っていたが、二度誤嚥性肺炎を繰り返し、経口摂取困難となった。21 病日目より経鼻胃管からの経腸栄養を開始したが、36 病日目嘔吐により誤嚥性肺炎を起こした。欠食・補液管理となり、抗菌薬を開始した。嘔吐後の CT では胃内容物の貯留があり、37 病日目消化態栄養剤 100ml × 3 回で少量から再開した。同日よりモサブリドクエン酸、六君子湯の内服で胃排出を促進し、左側臥位でポジショニングを行った。口腔ケアは看護師が実施したが、拒否が強く十分なケアがなされていなかった。容量の増加に注意して、42 病日目に 267ml × 3 回まで増量し、2.0kcal/ml の栄養剤に変更予定であったが、45 病日目に療養型病院へ転院となった。

【考察及び結論】

本症例は経腸栄養の容量増加に注意しつつ、薬剤の使用やポジショニングにより胃食道逆流防止に努め栄養量を増量することができた。口腔ケアは不十分であり、口腔外科の介入の検討が課題となった。誤嚥性肺炎の予防は管理栄養士のみでは行えず、多職種と連携して対策を行う必要がある。

小腸瘻造設後の銅欠乏により創傷治癒遅延を来し、多職種で構成された微量元素チーム介入により改善した一例

日高 佑紀¹⁾、吉田 稔²⁾、角 和恵³⁾、田中 優子³⁾、三嶋 大樹³⁾、石田 真依子⁴⁾、刈 大漫⁴⁾、菅原 順子⁵⁾、毛利 健⁶⁾

1) 横須賀市立総合医療センター 医療支援部

2) 横須賀市立総合医療センター 集中治療部

3) 横須賀市立総合医療センター 看護部

4) 横須賀市立総合医療センター 栄養科

5) 横須賀市立総合医療センター 薬剤部

6) 横須賀市立総合医療センター 小児科

(背景) 銅は主に十二指腸から吸収されるため、その部位を食物が通過しない場合銅欠乏を生じ得る。銅欠乏は組織発育不良や貧血、神経障害等の重篤な症状をきたす可能性があり、治療が重要であるが、治療法は確立していない。今回、小腸瘻造設後、銅欠乏が創傷治癒遅延に関与したと考えられる症例に対し、微量元素チームが介入し、銅含有のサプリメントを腸瘻から投与し改善を得た症例を提示する。

(症例) 食道癌術後、術後数年後に胃管破裂の既往がある 70 代女性。虚血性心疾患に対し、冠動脈バイパス術を施行した。癒着が強く、胃管損傷を認めた。術後、縦隔炎をきたし再開胸洗浄ドレナージ術及び陰圧閉鎖療法が施行したが、創傷治癒遅延を認めた。経腸栄養を施行するため腸瘻を造設した。創傷や低栄養の改善目的に微量元素チームが介入した。血清銅値 $26 \mu\text{g/dL}$ と銅欠乏があり、純ココア (銅 0.2 mg/日) を投与したが改善は乏しかった。そのため、水で溶解したネイチャーメイド® マルチミネラル (銅 0.6 mg/日) を腸瘻から投与した。4 週間で $65 \mu\text{g/dL}$ と血清銅の上昇を認めた。

(考察 / 結論) 腸瘻での投与は十二指腸を介さない為に銅欠乏に至ったと考えられる。静脈投与をせずとも、市販のサプリメントを用い、十分量の銅を効率よく摂取することで、小腸で銅の吸収がなされた。サプリメントを水に溶かして投与することで、腸瘻からの投与を可能とし、改善の一助となった。

独居在宅への転帰に導いた上顎歯肉がん術後高齢患者の栄養療法の一例

森谷 順子¹⁾、三枝 知美²⁾、吉村 友里²⁾、西脇 恵子³⁾、田中 秀弥⁴⁾、三浦 佳也⁴⁾、鰐原 賀子⁵⁾、児玉 実穂⁵⁾、田中 惇平⁶⁾、岡村 武志⁷⁾、猪俣 徹⁷⁾⁸⁾

-
- 1) 日本歯科大学附属病院 栄養管理室
2) 日本歯科大学附属病院 看護部
3) 日本歯科大学附属病院 言語聴覚士室
4) 日本歯科大学附属病院 薬剤室
5) 日本歯科大学附属病院 口腔リハビリテーション科
6) 日本歯科大学附属病院 口腔外科
7) 日本歯科大学生命歯学部 口腔外科学講座
8) 町田市民病院 歯科口腔外科

【目的】口腔がん患者の術後の経口摂取移行には安全に摂取できる食形態の工夫や必要栄養量の確保等の課題がある。さらに、高齢患者の手術症例も多く、栄養療法において他の疾患とは違う配慮が必要となる。今回、入院中に経口摂取になった独居在宅術後高齢患者の症例における退院後の問題を含めて報告する。

【症例】80代女性、左側上顎歯肉癌（cT4aN0M0）。X年Y月左側上顎骨部分切除術を施行。左側上顎歯肉癌第2癌（cT4aN1M0）にてX年Y+3月左側上顎骨部分切除術および左側根治的全頸部郭清術を施行。

【栄養摂取の経過】術後1日目経管栄養開始。11日目経口摂取開始。口腔移送の低下が主症状であり、代償法の指導、食形態の変更、義歯の製作を行ったが、食事の疲労感や術後の機能回復に対する不安感が増し、摂食量が顕著に減少したことから、21日目に経管栄養に戻した。その後34日目、義歯の装着に慣れ、口腔内の管理や運動機能訓練への意欲、食欲が回復したので、経口摂取を再開し退院となった。高齢者の場合、このように易疲労や疾患の予後に対する不安が意欲に直接影響することが多く、心理的な介入も加える必要がある。

【今後の問題】独居在宅高齢者は経口摂取が可能になり退院しても、生活機能を維持できるとは限らない。独居の場合、生活機能の低下が容易に低栄養につながる事が考えられ、自宅での摂取状況を定期的に評価し、食事だけでなく、生活を含めた指導の必要があると考える。

摂食嚥下チームとNSTの連携により必要栄養量の投与が可能となり嚥下機能が改善した1例

久保田 樹里¹⁾、山尾 尚子¹⁾、石井 梨絵¹⁾、太田 珠々菜¹⁾、湯瀬 未栞¹⁾、佐藤 真樹子²⁾、
路川 環²⁾、高田 恵理子³⁾⁴⁾、宮本 渚³⁾、川口 由美⁵⁾、山本 涼未⁶⁾、佐藤 祥子⁷⁾、正岡 智和⁸⁾、
富塚 陽介⁹⁾

-
- 1) 昭和大学藤が丘病院 栄養科
 - 2) 昭和大学藤が丘病院 看護部
 - 3) 昭和大学藤が丘病院 薬剤部
 - 4) 昭和大学 薬学部 病院薬理学講座
 - 5) 昭和大学藤が丘病院 臨床検査室
 - 6) 昭和大学藤が丘病院 リハビリテーション技術部
 - 7) 昭和大学藤が丘病院 歯科室
 - 8) 昭和大学藤が丘病院 リハビリテーション科
 - 9) 昭和大学藤が丘病院 形成外科

【背景・目的】

栄養状態と嚥下機能は相互に影響するため、両者の改善は重要である。しかし摂食嚥下チーム（以下 SST）と NST が連携した報告は少ない。入院後に全身状態が悪化し経口摂取不良となった患者に対し、SST と NST が連携のもと必要栄養量まで増量できた症例を報告する。

【症例】

62 歳男性。身長 175cm、体重 77.0kg。蜂窩織炎と誤嚥性肺炎の診断で入院した。既往歴に右片麻痺と失語症があった。入院直後むせこみが見られ嚥下調整食 2 を提供していた。

第 12 病日に嚥下造影検査（以下 VF）を施行。嚥下機能は保たれているとの評価であった。その後 SST が介入するも嚥下調整食 2 が摂取できなくなっていた。この際末梢点滴が投与できず脱水状態、経口摂取不良で低栄養状態を呈していた。再度 VF を実施したところ、とろみ水でむせこみがあり、嚥下調整食 0t への変更を推奨された。同日 SST 回診時に NST 介入が必要と判断され、低栄養・脱水改善・電解質補正目的で NST が介入した。NST 介入後、CV カテーテルの挿入、胃瘻を造設し栄養投与を開始した。静脈栄養と経腸栄養を合わせて必要栄養量に到達した。第 89 病日に 3 度目の VF を施行。全身状態の改善により嚥下機能が改善していた。そのため食形態を嚥下調整食 0t から 3 まで徐々に移行し、必要栄養量の 7 割程度を経口摂取できるようになった。

【考察・結論】

SST と NST が並行して介入したことにより、必要栄養量まで増量でき、嚥下機能の改善に寄与したと考えられる。

経管栄養から経口摂取へ移行できた症例報告～ NST メンバー・病棟看護師として必要な役割～

山崎 真奈美、新木 悠、小菅 理恵、日守 美里、高田 千春、志村 友里恵、岩田 啓吾

社会福祉法人 日本医療伝道会 総合病院衣笠病院

背景：今回、嚥下障害のある患者に対し、多職種連携を図り、食べる事を支えた結果、QOLの向上、口腔機能の改善につながった。症例を通して、NSTの早期介入、多職種連携により、口腔機能の維持・向上に向けた口腔ケアの大切さを再認識することができた為、報告する。

症例：80歳代女性、心原性脳塞栓症（左不全麻痺）、嚥下障害、意識障害。リハビリ・退院調整目的で転院。転院後より、リハビリを開始すると同時に、3回／日の口腔ケアを実施した。経管栄養・ゼリー食を開始したが、口腔内にためこみがあり、摂取量は安定しない状態であった。多職種で取り組みを継続した結果、3食ミキサー食が摂取可能となり、経鼻抜去となる。食事量安定し、有料老人ホームへ退院となる。

考察：口腔機能の向上、嚥下機能の改善に向けた取り組みを多職種の介入により、口腔機能の回復や経口摂取へ移行できた。食べることを支える為に、口腔の衛生を保持し、咀嚼や嚥下などの総合的に口腔機能の向上を図る必要がある。看護師として、早期に栄養や嚥下機能の評価し、多職種で介入することが求められる。症例を通して、継続的なアプローチが口腔の衛生を保ち、口腔機能の向上につながることを再認識した。

結論：今回、早期の栄養アセスメントや口腔ケアの重要性を再認識した。今年度、歯科衛生士の介入を開始し、口腔ケアの介入を行っている。様々な口腔機能の改善に向けて、口腔ケアをしっかりと実践していきたい。

回復期リハ病棟における口腔リハ栄養 三位一体の現状と神奈川摂食嚥下リハビリテーション研究会の役割

天神 尊範¹⁾²⁾³⁾、鈴木 勇三¹⁾、吉野 千恵子¹⁾、東澤 雪子²⁾³⁾、細谷 知生²⁾³⁾、古屋 久美子²⁾³⁾、
小山 珠美⁴⁾、石井 良昌²⁾⁵⁾

1) 篠原湘南クリニック クローバーホスピタル

2) 神奈川摂食嚥下リハビリテーション研究会

3) 湘南食支援 NST 研究会

4) 口から食べる幸せを守る会

5) 日本大学松戸歯学部口腔外科学講座

令和6年診療報酬改定で『口腔リハ栄養』というキーワードは記憶に新しい。食事は口腔を通り消化管から吸収され、栄養となり、高齢者の生活を支える。そのため口腔の役割は重要である。在宅の高齢者が元気に過ごすには、低栄養の予防が必要であるが、それをバックアップする摂食嚥下領域の医科歯科連携は未だ発展段階である。当院回復期リハビリテーション病棟に入院した患者に対し、多職種合同カンファレンスでリハビリテーション栄養の基本となるICF（International Classification of functioning）を元にSMARTなゴールを設定する。1ヶ月毎のFIM、内服薬数の確認、栄養摂取量、嚥下機能を確認しながら最終ゴールを目指す。その後地域へ引き継ぎするが、問題はここにある。在宅において高齢者は低栄養状態になりやすいが、病院から在宅へのきめ細やかな引き継ぎが、高齢者の低栄養状態リスクの軽減と考える。これは今回のテーマである「活きる環境は栄養治療の原点」と連動していると考える。リハ栄養の一部であるとも言えるだろう。

口腔ケアを始めとした歯科口腔管理から始まる栄養管理を多くの地域スタッフが習得することで在宅患者の栄養、すなわち全身状態の維持に繋がると考える。そこでその連携を推進するために当院・当研究会で行っている口腔リハ栄養の三位一体の実践内容と口から食べる幸せを守る会と共催している研修会を提示する。

小腸広範切除 2 年後に短腸症候群で入院し、在宅で中心静脈栄養を離脱した一例

中村 菜美子¹⁾、石井 良昌²⁾

1) 座間総合病院 内科

2) 日本大学松戸歯学部口腔外科学講座

【はじめに】

小腸の広範切除後は通常、数か月で回復適応期に入るが、今回は緩徐に短腸症候群を発症し、入院加療を要した症例を経験したため報告する。

【症例】

71 歳女性。10 年前に泌尿器癌の手術と化学療法を受け、再発なく経過していた。2 年 3 か月前に術後癒着性イレウスを発症し、小腸の広範切除術を受けた。その後、慢性下痢とるい瘦が進行し、体動困難となったため、3 か月前に緊急入院した。著しい低栄養を認め、短腸症候群と診断され、中心静脈栄養を開始した。リハビリと在宅調整のため当院へ転院した。

転院時の身長は 166cm、体重は 32.3kg (BMI 11.7) であった。中心静脈栄養 560kcal と経口摂取 1100kcal を併用し、止痢薬の内服で 1 日 2 ～ 4 回の軟便を認めた。栄養療法を継続し、転院 88 日目に体重 38.9kg (BMI 14.1) で退院した。退院時は軟菜・軟飯で 1400kcal を摂取し、中心静脈栄養を継続した。退院後も在宅で中心静脈栄養を続けたが、経過良好のため 3 か月後に終了した。その後、体重は 40.0kg (BMI 14.5) まで増加し、外来で経過観察を行っている。

【考察】

小腸の広範切除後には、長期間を経て短腸症候群を発症することがある。本症例では、在宅静脈栄養の導入後に離脱が可能となった。小腸広範切除後には長期的なフォローアップと適切な栄養管理が重要であると考えられる。

協賛企業一覧

【共催セミナー】

株式会社大塚製薬工場
株式会社フードケア
森永乳業クリニコ株式会社／アライドコーヒーロースターズ株式会社
株式会社ロッテ

【企業展示出展】

アボットジャパン合同会社
株式会社伊藤園
株式会社インボディ・ジャパン
テルモ株式会社
株式会社フードケア
株式会社明治ウェルネス
森永乳業クリニコ株式会社
大和製缶株式会社
株式会社ライフ

【プログラム集・抄録集広告】

アイドゥ株式会社
イーエヌ大塚製薬株式会社
株式会社崎陽軒
株式会社ジェイ・エム・エス
ダイキン工業株式会社
ネスレ日本株式会社
ミヤリサン製薬株式会社
株式会社ヨシダ
株式会社ロッテ

（五十音順・敬称略）