

みんなで学ぼう!
正しい栄養治療とその実践

日本栄養治療学会首都圏支部

The 17th Annual Meeting of Metropolitan Area Chapter of JSPEN

第17回支部学術集会

プログラム・抄録集

2026 5/16(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

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

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.....	18
座長・演者へのご案内.....	21
交通案内・会場案内.....	23
会場図.....	24

抄録

特別講演.....	27
教育講演.....	29
管理栄養士セッション.....	33
薬剤師セッション.....	39
看護師セッション.....	43
初心者向け勉強会.....	45
共催セミナー.....	47
口演 1.....	53
口演 2.....	61
口演 3.....	69
口演 4.....	77
口演 5.....	85
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 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)



このたび、日本栄養治療学会首都圏支部第 17 回支部学術集会の会長を拝命いたしました、日本大学医学部外科学系小児外科学分野の上原秀一郎です。

JSPEN 首都圏支部は、東京・神奈川・山梨の 3 都県から構成され、多くの会員を擁する大規模な支部であります。このような学術集会の会長をお任せいただき、大変光栄に存じますとともに、身の引き締まる思いであります。

私が栄養療法と深く関わる契機となりましたのは、大阪大学医学部附属病院において、腸管不全患者に対する在宅栄養療法（HPN・HEN）外来を担当させていただいた経験でございます。幼少期より栄養不良とともに多様な症状に長期間苦しんでおられる患者さんに接し、小児外科医としての責任の重さを痛感すると同時に、栄養療法の重要性を強く認識いたしました。さらに院内 NST に参加し、診療科や職種の垣根を越えて「共に学び、患者さんに貢献する」ことの意義と喜びに触れることができました。

こうした経験を踏まえ、本学術集会のメインテーマを「みんなで学ぼう！正しい栄養治療とその実践」といたしました。小児から高齢者まで幅広い患者さんを対象に、多職種で学び合う場としたいとの思いから演題を募集いたしましたところ、46 題ものご応募を賜りました。ここに心より厚く御礼申し上げます。すべての演題を口演でお願いしたいところではございますが、会場の都合により一部ポスター発表とさせていただきましたこと、この場を借りてお詫び申し上げます。

学会とは、発表と議論を通じて、発表者・聴衆がともに研鑽し合う場であると考えております。私自身、これまで学会での出会いを通じて多くの学びを得てまいりました。本学術集会が、参加者相互の活発な交流の場ともなり、皆様の日常診療、ひいては患者さんへのより良い医療の提供に資する機会となれば幸いに存じます。

本学術集会が実り多きものとなりますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

2026 年 5 月吉日

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
	芦川 美希	東京都	帝京大学医学部附属病院
	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
	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
	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	National Taiwan University 客員教授 他
	笥 慎吾	東京都	東京女子医科大学病院
	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
	工藤 雄洋	神奈川県	済生会横浜市東部病院
	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	昭和医科大学江東豊洲病院
	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
	白石 愛	東京都	東京女子医科大学
	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
	関谷 秀樹	東京都	東邦大学医療センター大森病院
	添野 民江	東京都	Five Star 訪問看護・栄養管理 Station
	高橋理美子	神奈川県	横浜市立大学附属市民総合医療センター
	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 西部医療センター
	樋島 学	神奈川県	株式会社メディカルアンサーズ
	内藤 剛	神奈川県	北里大学医学部

役職	氏名	都道府県	所属
代議員	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
	原 純也	東京都	武蔵野赤十字病院
	比企 直樹	神奈川県	北里大学
	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	東京都立豊島病院
	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	昭和医科大学歯学部
	古屋 信二	山梨県	山梨大学
	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
	松嶋 真哉	東京都	杏林大学
	光永 幸代	神奈川県	横浜市立大学大学院医学研究科
	最上谷拓磨	神奈川県	昭和医科大学
	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
	山田 桐絵	神奈川県	山内病院
	吉田 稔	東京都	国立病院機構本部
	若林 秀隆	東京都	東京女子医科大学病院
	渡辺 稔彦	神奈川県	東海大学医学部
	渡邊 学	東京都	東邦大学医療センター大橋病院
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	神奈川県立こども医療センター
	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
	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
	伊藤 淳子	神奈川県	公立大学法人 横浜市立大学附属市民総合医療センター
	岩城 暁代	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	牛込 恵子	東京都	東京家政大学
	臼井 秀仁	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	大沢 優也	神奈川県	社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院
	大平 正典	東京都	東京都済生会中央病院
	大司 俊郎	東京都	日産厚生会玉川病院
	岡田 宜和	東京都	地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立大久保病院
	岡村 明彦	東京都	がん研究会有明病院
	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	横浜総合病院
	甲斐 維子	神奈川県	神奈川県立がんセンター

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	風間 義弘	東京都	日本赤十字社医療センター
	柏木美和子	東京都	地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立大久保病院
	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
	加納 千冬	東京都	大久保病院
	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 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
	木村 将典	東京都	日本大学歯学部
	草間 大生	東京都	東京医療保健大学
	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
	桑原 麻樹	東京都	日本赤十字社医療センター
	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
	後藤 智恵	東京都	武蔵野赤十字病院
	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 美和	山梨県	国民健康保険 富士吉田市立病院
	澤田 実佳	東京都	東京大学医学部附属病院
	静岡 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 歯学部 臨床科学系医科学講座
	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
	鈴木健太郎	東京都	日本医科大学付属病院
	鈴木 慎	東京都	東京慈恵会医科大学
	関根 里恵	東京都	東京大学医学部附属病院
	高井 宏幸	神奈川県	湘南厚木病院
	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
	谷岡 利朗	東京都	東京科学大学
	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
	土屋 輝幸	東京都	武蔵野徳洲会病院

役職	氏名	都道府県	所属
学術評議員	土屋 宗周	神奈川県	座間総合病院
	寺澤三奈子	神奈川県	医療法人三星会 かわさき記念病院
	天神 尊範	神奈川県	湘南食支援リハ栄養メディカルオフィス、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	公益財団法人 榊原記念財団附属 榊原記念病院
	豊住ひと美	東京都	明理会東京大和病院
	中川 量晴	東京都	東京科学大学
	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
	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橋病院
	平松 正和	東京都	東京家政学院大学
	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
	古川 賢英	東京都	東京慈恵会医科大学
	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・フードマネー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
	民上 真也	神奈川県	聖マリアンナ医科大学
	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
	宮城 朋果	東京都	厚生労働省
	村越 智	神奈川県	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部
	森 里美	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	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
	八岡和歌子	東京都	国立がん研究センター中央病院
	山口 浩平	東京都	東京科学大学大学院 医歯学総合研究科
	山根 万奈	東京都	地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立小児総合医療センター
	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
	吉見 猛	東京都	日本赤十字社医療センター
	脇山 茂樹	東京都	町田市市民病院

(2026年5月1日現在)

スケジュール 2026/5/16 (土)

	第 1 会場 1F 利根大会議室	第 2 会場 3F 穂高 / 六甲会議室
9:00		
	9:20-9:30 開会挨拶	
10:00	9:30-10:20 管理栄養士セッション 特殊な栄養治療の実際ー専門的治療に関わる管理栄養士から学ぶ 座長：澤田 実佳、橋本 泰子 演者：大城 美桜、橋本 泰子、竹川 佳代、田中 紀子	9:30-10:20 口演 1 座長：松尾浩一郎、梅田 富子
11:00	10:30-11:20 教育講演 1 座長：山口 順子 演者：田中 真琴	10:30-11:20 口演 2 座長：渡辺 稔彦、田中 紀子
12:00	11:40-12:30 ランチョンセミナー 1 胃ろう地域連携における半固形栄養・タスクシフトの next step 座長：上原秀一郎 演者：郡 隆之 共催：株式会社大塚製薬工場	11:40-12:30 ランチョンセミナー 2 腸内環境改善を基盤とした高齢者周術期マネジメントの新展開ー腸管バリア機能・腸内細菌叢・リハビリテーションの相乗効果ー 座長：渡邊 学 演者：宮下 知治 共催：ミヤリサン製薬株式会社
13:00	12:50-13:40 教育講演 2 座長：古田 雅 演者：古旗 照美	12:50-13:40 口演 3 座長：若林 秀隆、森 みさ子
14:00	13:50-14:40 薬剤師セッション 病棟薬剤業務の中で薬剤師が担う栄養療法 座長：樋島 学、神 一夢 演者：唐沢 浩二、矢倉 尚幸、齋藤 千夏	13:50-14:40 口演 4 座長：三松 謙司、豊住ひと美
15:00	14:55-15:45 スイーツセミナー 重症患者に対する包括的栄養管理 -MAGIC-P strategy によるテーラーメイド医療- 座長：上原秀一郎 演者：山口 順子 共催：ネスレ日本株式会社	14:55-15:45 口演 5 座長：長峯 朋子、澤田 実佳
16:00	16:00-16:50 看護師セッション 座長：松原 康美 演者：金 倫基	16:00-16:50 共催セミナー 栄養と漢方～フレイルを中心に～ 座長：上原秀一郎 演者：小川 恵子 共催：株式会社ツムラ
17:00	17:00-17:50 特別講演 「食べる」を科学する～国力を支える医療戦略～ 座長：北野 尚孝 演者：米永 一理	17:00-17:50 口演 6 座長：秋本 高義、工藤 雄洋
18:00	17:50-18:00 優秀演題賞表彰	18:00-18:05 次回会長ご挨拶
	18:05-18:15 閉会挨拶	

	展示会場 1F 利根大会議室ホワイエ	ポスター会場 3F 立山会議室	第3会場 3F 霧島会議室
9:00			
9:30-18:00 展示会場			
10:00		10:00-13:50 ポスター掲示・展示	
			10:30-11:20 初心者向け勉強会 座長：梅田 富子 講師：鷺澤 尚宏
11:00			
12:00			
			12:50-13:40 首都圏支部会報告、首都圏支部 会役員会
13:00			
		13:50-14:40 ポスター発表 座長：杉山 彰英、関 徹也	13:50-14:40 東京 NST 専門療法士連絡会
14:00			
		14:40-18:00 ポスター掲示	
15:00			
16:00			16:00-16:50 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

9:20 ~ 9:30

管理栄養士セッション 特殊な栄養治療の実践

※オンデマンドなし

— 専門的治療に関わる管理栄養士から学ぶ

9:30 ~ 10:20

座長：澤田 実佳（東京大学医学部附属病院 病態栄養治療部）

橋本 泰子（東京女子医科大学病院 栄養管理部）

肺移植の栄養療法

大城 美桜（東京大学医学部附属病院 病態栄養治療部）

てんかんにおけるケトン食療法の実践

橋本 泰子（東京女子医科大学病院 栄養管理部）

先天性代謝異常—シトリン欠損症—の栄養治療

竹川 佳代（総合母子保健センター 愛育病院 栄養科）

2026 首都圏支部「特殊栄養治療」

小児集中治療室における栄養管理—経腸栄養剤の選択と栄養素欠乏への対応—

田中 紀子（神奈川県立こども医療センター 医療技術部 栄養管理科）

教育講演 1

10:30 ~ 11:20

座長：山口 順子（日本大学医学部 救急医学系 救急集中治療医学分野）

味覚障害の基本とその対応

田中 真琴（東京都立広尾病院 耳鼻咽喉科）

ランチョンセミナー 1

11:40 ~ 12:30

座長：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）

胃ろう地域連携における半固形栄養・タスクシフトの next step

郡 隆之（利根中央病院 外科）

共催企業：株式会社大塚製薬工場

教育講演 2 ※オンデマンドなし

12:50 ~ 13:40

座長：古田 雅（東邦大学医療センター大森病院 栄養部）

アスリートを支える栄養サポート現場の実践

古旗 照美（株式会社しょくスポーツ）

薬剤師セッション 病棟薬剤業務の中で薬剤師が担う栄養療法

13:50 ~ 14:40

座長：樋島 学（株式会社メディカルアンサーズ）
神 一夢（北里大学病院 薬剤部）

昭和医大病院の NST 活動と卒前臨床栄養教育の連動

唐沢 浩二（昭和医科大学 薬学部 臨床薬学講座 臨床栄養代謝学部門）

病棟薬剤業務の中で在宅移行を考える薬物・栄養療法

矢倉 尚幸（社会福祉法人ワゲン福祉会 総合相模更生病院 薬剤部）

回りハ病棟における多職種連携と薬剤師の栄養治療への関与

齋藤 千夏（公益社団法人地域医療振興協会 台東区立台東病院・老人保健施設千東）

スイーツセミナー

14:55 ~ 15:45

座長：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）

重症患者に対する包括的栄養管理 -MAGIC-P strategy によるテーラーメイド医療-

山口 順子（日本大学医学部 救急医学系 救急集中治療医学分野）

共催企業：ネスレ日本株式会社

看護師セッション

16:00 ~ 16:50

座長：松原 康美（北里大学大学院 看護学研究科）

腸内細菌叢が規定する臨床応答の個人差 — 栄養・薬剤・環境の統合基盤 —

金 倫基（北里大学 薬学部）

特別講演

17:00 ~ 17:50

座長：北野 尚孝（日本大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科学系歯科口腔外科学分野）

「食べる」を科学する～国力を支える医療戦略～

米永 一理（日本大学 歯学部 摂食機能療法学講座）

優秀演題賞表彰

17:50 ~ 18:00

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

18:00 ~ 18:05

池田 尚人（昭和医科大学江東豊洲病院 脳血管センター・センター長）

閉会挨拶

18:05 ~ 18:15

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）

梅田 富子（日本大学医学部附属板橋病院 看護部）

第2会場

口演 1

9:30 ~ 10:20

座長：松尾浩一郎（東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 地域・福祉口腔機能管理学分野）
梅田 富子（日本大学医学部附属板橋病院 看護部）

- 1-1 妊娠後期に生じた下顎骨骨折に対し観血的整復固定術を施行し後期付加を考慮した栄養管理を行った一例
高橋真実子（日本大学医学部附属板橋病院 NST/ 日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学系歯科口腔外科学分野）
- 1-2 保存的に治療できた経皮内視鏡的胃瘻造設術後の胃結腸皮膚瘻の1例
甲谷 孝史（宇和島市立吉田病院外科）
- 1-3 とろみ調整剤として使用するプレバイオティクスとメトホルミンの相互作用の調査・解析
関口 留奈（昭和医科大学薬学部）
- 1-4 葉物野菜の過剰摂取により成人メトヘモグロビン血症を生じた一例
山口 順子（日本大学医学部 救急医学系 救急集中治療医学分野）
- 1-5 AKI をきたした脳卒中患者における投与栄養量の検討
入 香織（IMS グループ 医療法人社団明芳会 イムス東京葛飾総合病院）
- 1-6 生体肝移植後の維持血液透析患者に生じた褥瘡性潰瘍への栄養介入の一例
高見瑠璃子（東京大学医学部附属病院病態栄養治療部）

口演 2

10:30 ~ 11:20

座長：渡辺 稔彦（東海大学医学部 小児外科学）
田中 紀子（神奈川県立こども医療センター 医療技術部 栄養管理科）

- 2-1 偏食のある自閉スペクトラム症の食事と栄養障害
森 里美（神奈川県立こども医療センター）
- 2-2 非閉塞性虚血性腸炎に伴う病態変化に対し、経腸栄養の継続が課題となった一小児例
藤田 衣里（日本大学医学部外科学系小児外科学分野）
- 2-3 Refeeding 症候群のリスクを回避して栄養管理を行った、神経性やせ症に重症急性膵炎を合併した1例
渡邊 揚介（日本大学医学部外科学系小児外科学分野）
- 2-4 高脂肪食負荷小児肥満モデルマウスにおけるホエイプロテインのインスリン抵抗性改善メカニズム
長野 伸彦（日本大学医学部小児科学系小児科学分野）
- 2-5 長期の静脈栄養施行時にCK上昇を伴う筋力低下を来した短腸症の一例
出縄 康次（東海大学医学部小児外科）
- 2-6 当院小児科における栄養評価方法の検討について
松尾 優実（東京医科大学八王子医療センター）

腸内環境改善を基盤とした高齢者周術期マネジメントの新展開

— 腸管バリア機能・腸内細菌叢・リハビリテーションの相乗効果 —

宮下 知治（富山市立富山市民病院 医療安全部主任部長・感染防止対策室部長・外科部長・NST 代表）

共催企業：ミヤリサン製薬株式会社

口演 3

12:50 ~ 13:40

座長：若林 秀隆（東京女子医科大学病院 リハビリテーション科）

森 みさ子（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護部）

- 3-1 慢性期経管栄養患者における年齢と胃内 pH の関連：ESBL 産生菌保菌の探索解析
石井 映幸（ふれあい鶴見ホスピタル）
- 3-2 高齢者肺炎患者における栄養指標（GNRI・MNA-SF）と買い物能力の関連 食べられる環境を整えることの重要性
多田 朋子（熊谷総合病院 診療部診療看護科）
- 3-3 回復期リハビリテーション病棟における入院中のエネルギー充足率と機能的自立度評価法（FIM）改善との関連
鹿居 小街（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）
- 3-4 劇症型 A 群連鎖球菌感染症患者の回復期に作業療法士と管理栄養士が連携しリハ栄養指導を実施した症例
伊藤 淳子（横浜市立大学附属市民総合医療センター）
- 3-5 サルコペニア外来における多職種介入により身体機能の改善を認めた 1 例
橋本 理絵（医療法人社団永生会 永生病院 栄養科）
- 3-6 療養型病院に入院した高齢患者の仙骨部褥瘡の 5 年間の検討
庭野 元孝（茅ヶ崎中央病院）

口演 4

13:50 ~ 14:40

座長：三松 謙司（独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜中央病院 外科）

豊住ひと美（IMS グループ 医療法人財団 明理会 明理会東京大和病院 薬剤部）

- 4-1 原因不明の嚥下機能障害がみられ NST 回診で Parkinson 病類縁疾患と診断した 1 例
秋本 高義（日本大学医学部附属板橋病院 NST/ 日本大学医学部内科学系神経内科学分野）
- 4-2 NST の介入により短腸症候群患者に亜セレン酸ナトリウム注射液を導入し低セレン血症の重篤化を回避した一例
小山なつ（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院薬剤部）
- 4-3 NST 薬剤師と病棟薬剤師の連携による食事摂取不良患者への早期栄養介入の検討
武井まどか（東名厚木病院 薬剤部）
- 4-4 早期栄養介入と NST の介入によって経口摂取が安定した一例
寶福 京香（昭和医科大学藤が丘病院 栄養科）

4-5 小児専門病院における栄養サポートチーム体制の仕組みと課題について

秋山 紘槻（神奈川県立こども医療センター 栄養管理科 / 神奈川県立こども医療センター NST）

4-6 精神科入院患者における食下げ後 1 か月の体重変化に関する探索的検討

金木 美佳（昭和医科大学烏山病院栄養科）

口演 5

14:55 ～ 15:45

座長：長峯 朋子（日本医科大学付属病院）

澤田 実佳（東京大学医学部附属病院 病態栄養治療部）

5-1 心臓移植後汎血球減少に対しココアを飲用して貧血が改善した一例

亀山久美子（日本大学医学部附属板橋病院栄養科）

5-2 NST 介入患者における退院時情報提供の現状—退院時サマリーおよび情報提供書のテキストマイニング解析—

矢倉 尚幸（社会福祉法人ワゲン福祉会 総合相模更生病院）

5-3 ケアマネジャーと低栄養の共有を～ GLIM 基準を地域へ～

飯島 令子（北杜市立甲陽病院 栄養科）

5-4 腎臓ケア・サポートセンターによる地域一体型 NST と終末期医療

町田 慎治（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 腎臓・高血圧内科）

5-5 急性期脊髄損傷患者における消化管出血の実態—NST 介入症例の後方視的検討—

木村 祐子（昭和医科大学横浜市北部病院 NST）

5-6 当院腫瘍センターにおける化学療法中の切除不能肺癌患者への管理栄養士の関わり

山田 咲（東京大学医学部附属病院 病態栄養治療部）

共催セミナー

16:00 ～ 16:50

座長：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）

栄養と漢方～フレイルを中心に～

小川 恵子（広島大学病院 漢方診療センター 教授）

共催企業：株式会社ツムラ

口演 6

17:00 ～ 17:50

座長：秋本 高義（日本大学医学部附属板橋病院 脳神経内科）

工藤 雄洋（神奈川県済生会横浜市東部病院 栄養部）

6-1 間質性肺疾患におけるニンテダニブ治療開始 3 か月後の体重減少に関連する要因の検討

平松 正和（東京家政学院大学 人間栄養学部 人間栄養学科 / 大阪公立大学 生活科学研究科）

6-2 入院時栄養状態が退院時転帰予測に与える影響

今野 華江（世田谷北部病院）

6-3 管理栄養士の病棟常駐体制の維持を困難にした給食運営スタイルのリアルワールド

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）

- 6-4 当院における乳酸菌死菌 (EF-2001) 含有栄養補助食品の使用実態調査
紺野 真由（昭和医科大学薬学部臨床薬学講座臨床栄養代謝学部門）
- 6-5 特別食適応の確認体制強化は栄養指導件数を増大させる
土屋 輝幸（武蔵野徳洲会病院）
- 6-6 薬剤師から管理栄養士への講義から考える今後の連携について
田原 温（日本医科大学武蔵小杉病院薬剤部）

第3会場

初心者向け勉強会

10:30 ～ 11:20

座長：梅田 富子（日本大学医学部附属板橋病院 看護部）

初心者向け勉強会、症例報告にチャレンジしよう！

鷺澤 尚宏（東邦大学 健康推進センター）

ポスター会場

ポスター

13:50 ～ 14:40

座長：杉山 彰英（昭和医科大学横浜市北部病院 小児外科）

関 徹也（東京医科大学八王子医療センター 栄養管理科）

- P-1 アルコール性心筋炎疑いで refeeding 症候群発症のリスクが高い患者の 1 例
伊藤 瑞枝（石心会 川崎幸病院 栄養科）
- P-2 筋量（SMI）の機能的自立度（FIM）への寄与に関する調査
小林 龍生（練馬駅リハビリテーション病院）
- P-3 多発褥瘡の脳卒中患者の栄養面への介入した～皮膚・排泄ケア特定認定看護師からの視点～
柴田智恵子（医療法人社団愛友会 三郷中央総合病院）
- P-4 多発褥瘡のある脳卒中患者の栄養面への介入した一例 ～脳卒中看護認定看護師からの視点～
渡邊 祐美（医療社団 愛友会 三郷中央総合病院）
- P-5 栄養スクリーニング・アセスメント表記録の定着化への取り組みーリンクナースによる記録チェックの効果ー
梅田 富子（日本大学医学部附属板橋病院 NST/ 日本大学医学部附属板橋病院 看護部）
- P-6 嚥下チームの活動報告
高橋 直子（日本大学医学部附属板橋病院看護部）
- P-7 看護師の栄養への関心を高めるためにーNST セクション担当者会議での働きかけー
西巻 祐依（神奈川県立こども医療センター 看護局）
- P-8 多系統萎縮症患者に対し経管栄養と経口摂取を併用することにより QOL 維持につながった 1 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-9 胃瘻カテーテルから顆粒剤を投与する際に工夫を要した 1 例
長嶋 康雄（東邦大学医療センター大森病院 消化器センター外科 / 東邦大学医療センター大森病院 栄養治療センター）
- P-10 一般病棟看護師の口腔ケアに関する意識調査と課題
小泉 恵子（北杜市立甲陽病院）

参加者へのご案内

■学会会場

砂防会館

〒102-0093 東京都千代田区平河町2丁目7-4

TEL. 03-3261-8386

■参加登録

本会ホームページ「参加登録」内の「参加登録はこちら」よりお申込みください。

<https://jspen-metro2026.jp/registration.html>

【参加登録費】

	事前参加登録 (5/15 (金) 正午まで)	当日参加登録 (6/29 (月) 正午まで)
会 員	4,000 円 (不課税)	5,000 円 (不課税)
非会員	6,000 円 (税 込)	7,000 円 (税 込)
学 生 (会 員)	1,000 円 (不課税)	2,000 円 (不課税)
学 生 (非会員)	1,000 円 (税 込)	2,000 円 (税 込)

■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：2026年5月16日（土）9：00～17：30

■ランチョンセミナー

11：40～12：30 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分後まで有効といたします。

【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分後まで有効といたします。

■ 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
いただけます。ダウンロードには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：2026 年 5 月 16 日（土）9：30 ～ 18：00

場所：1F 利根大会議室ホワイエ

■ 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・復活申請：5 単位

栄養治療専門療法士 新規・更新・復活申請：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。

【クレジットについて】

下記を参考に表を作成ください。

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

■オンデマンド配信について

配信期間：6月1日（月）0：00～6月29日（月）23：59

配信講演：特別講演、教育講演1～2、管理栄養士セッション、薬剤師セッション

■次期開催のご案内

日本栄養治療学会首都圏支部 第18回支部学術集会

会長：池田尚人（昭和医科大学 特任教授、昭和医科大学江東豊洲病院 NST）

会期：2027年5月22日（土）

会場：昭和医科大学 上條記念館（〒142-0064 東京都品川区旗の台1丁目1-20）

■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（電話受付時間：平日10：00～17：00）

FAX：03-5549-3201

E-mail：jспен_metro2027@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：2026 年 5 月 16 日（土）9：00～17：30

場 所：1F ホワイエ（第1会場 正面）

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Windows11です。Microsoft PowerPoint 対応のファイルのみ発表に使用できます。
- ・フォントはWindowsに標準搭載されている下記フォントのみ使用可能です。下記以外のフォントを使用した場合は文字・段落のずれ、文字化け、表示されない等のトラブルが発生する可能性があります。
 - ・日本語：MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝のみ
 - ・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 10 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 16 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 16 日 (土) 18:00 ~ 18:
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。

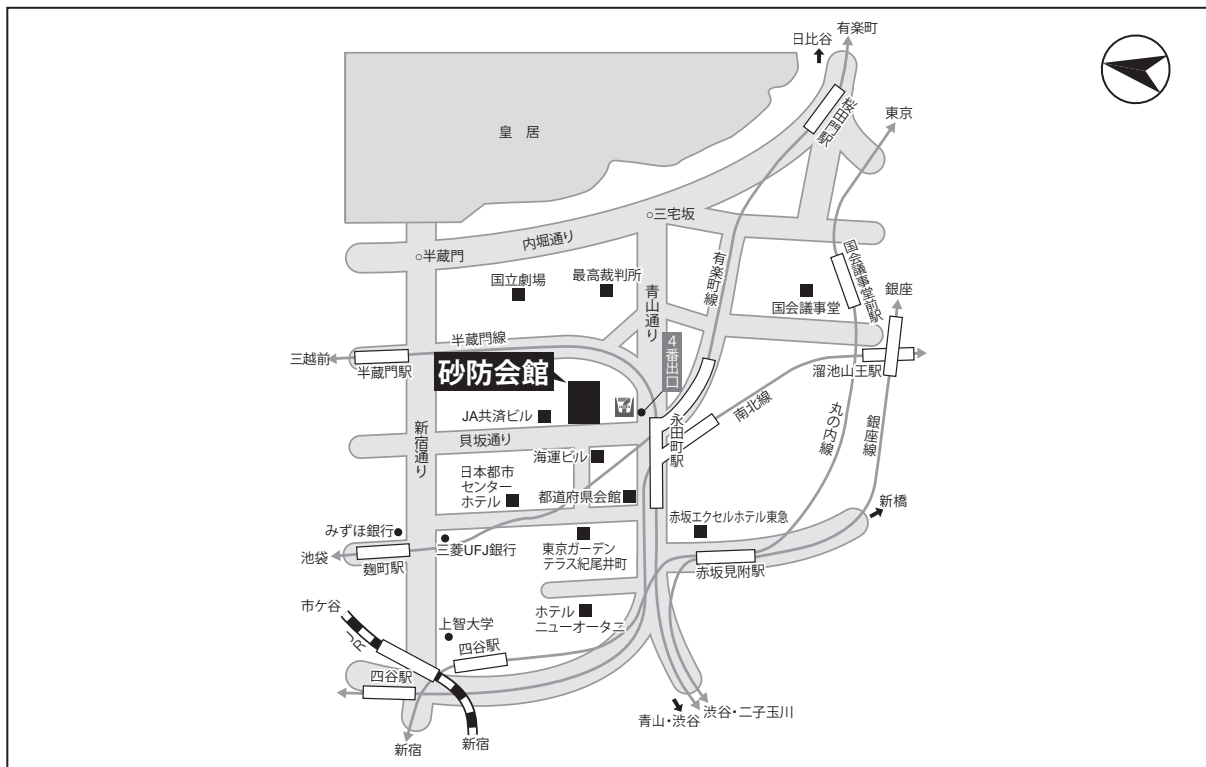
■座長の皆様へ

- ・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

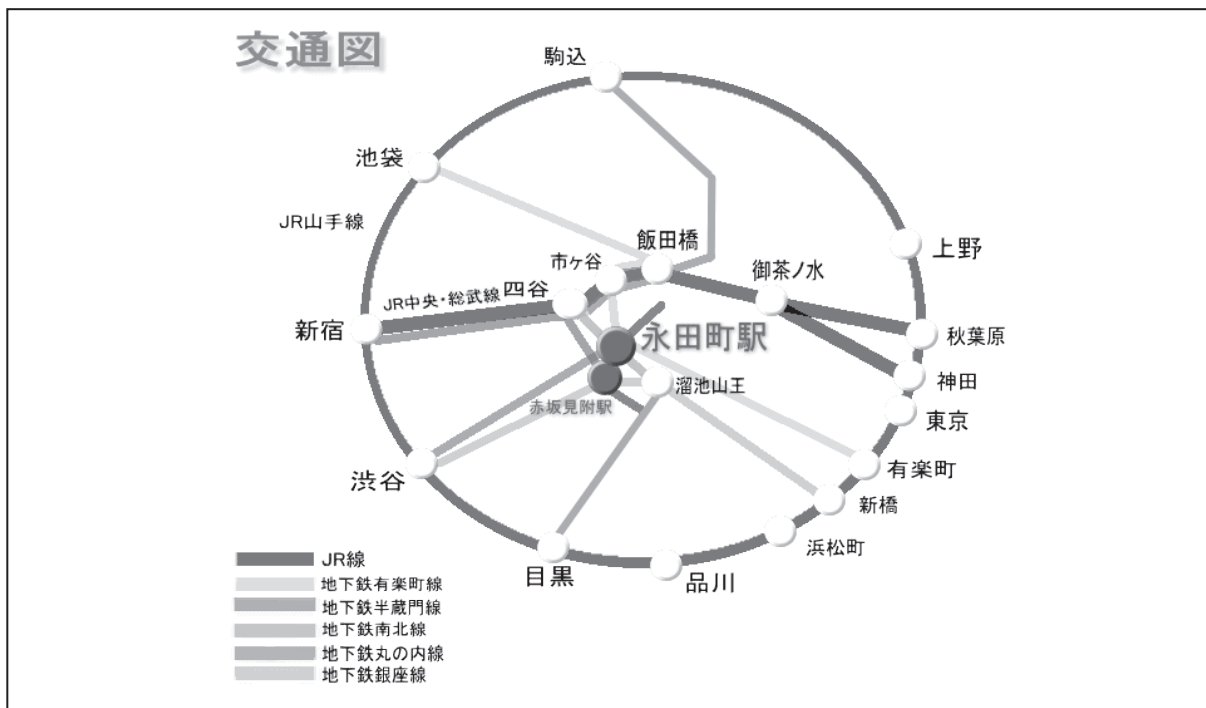
■周辺地図



地下鉄（有楽町線／半蔵門線／南北線）「永田町」駅4番出口より徒歩1分

地下鉄（銀座線／丸ノ内線）「赤坂見附」駅より徒歩8分

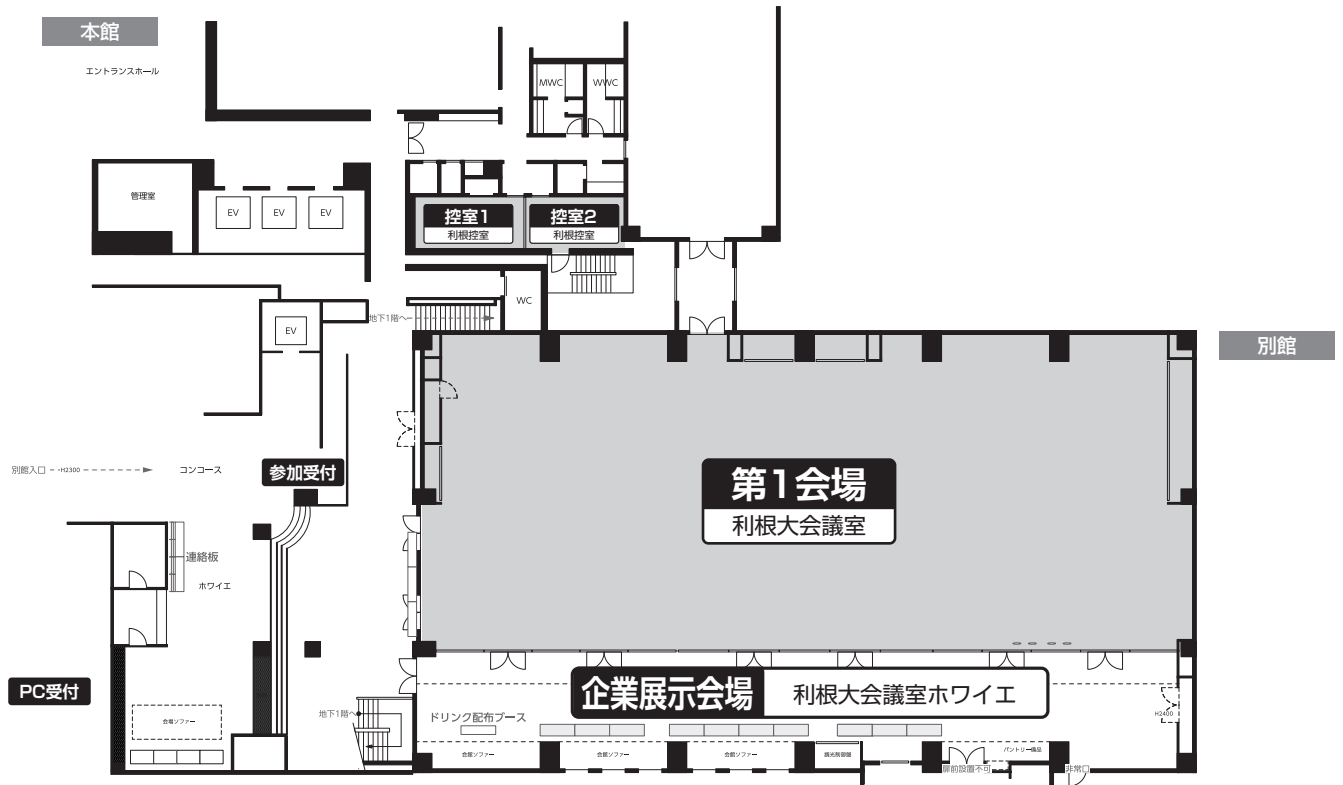
■永田町駅まで各種交通機関をご利用の場合



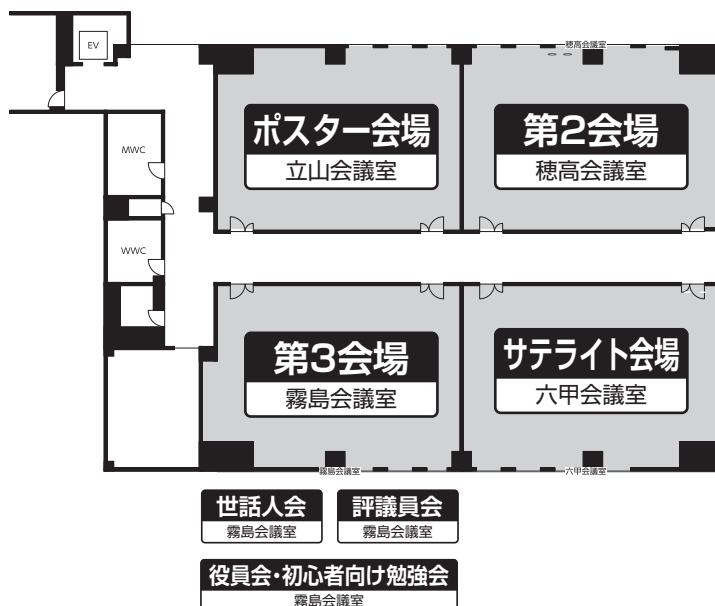
東京駅より	JR山手線（有楽町乗換）地下鉄有楽町線経由で約14分
浜松町駅より	JR山手線（有楽町乗換）地下鉄有楽町線経由で約17分
新宿駅より	JR中央線（四ツ谷乗換）地下鉄南北線経由で約20分
上野駅より	JR山手線（有楽町乗換）地下鉄有楽町線経由で約21分
渋谷駅より	地下鉄半蔵門線で約12分

会場図

1 F



別館 B 3F



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

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

「食べる」を科学する～国力を支える医療戦略～

座 長:北野 尚孝¹⁾

演 者:米永 一理²⁾

1) 日本大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科学系歯科口腔外科学分野

2) 日本大学歯学部摂食機能療法学講座

「食べる」ことは、単なる栄養摂取にとどまらず、生命維持、身体機能、精神的安定、さらには社会参加を支える根源的な営みである。しかしながら、超高齢社会を迎えた我が国においては、加齢や疾患に伴う摂食嚥下機能の低下により、「食べられない状態が持続する」「イートロス」が顕在化し、低栄養・カヘキシア、フレイル・要介護化、さらには医療・介護人材の不足へと連鎖する重大な社会課題となっている。

従来、歯科医療はう蝕・歯周病・咬合治療を中心に発展してきたが、近年では「食べる」を支える医療として再定義されつつある。すなわち、オーラルフレイル予防や口腔機能の維持・回復を通じて全身状態や生活機能を支えることは、個々の患者のQOL向上にとどまらず、健康寿命の延伸、ひいては社会保障負担の軽減や労働力の確保という観点からも、国家的意義を有する医療戦略である。

一方で、「食べる」を支えるためには単一の専門職による対応には限界があり、医療・介護の多職種連携に加え、市民（住民）・市場（産業）・市政（行政）を含めた「医市連携（いしれんけい）」の構築が不可欠である。とりわけ、小売業、飲食業、食品製造業、農林水産業等との協働による製品開発や、市民教育（口腔ケアアンバサダー）といった取り組みは、臨床課題を社会実装へと展開する上で重要な役割を担う。

本講演では、「食べる」を科学的に捉える枠組みとしてのイートロス医学の概念を提示するとともに、オーラルフレイル、低栄養、人生の最終段階における摂食支援の実践について概説する。さらに、医市連携を基盤とした実践例を通じて、「食べる」を支える医療が個人の尊厳を守るのみならず、国力を支える基盤となり得ることを論じ、「食」を起点とした今後の医療の方向性について展望する。

略歴



略歴

鹿児島大学歯学部、東海大学医学部卒
2015年 東京大学病院 顎口腔外科歯科矯正歯科 助教
2017年 十和田市立中央病院 総合内科 医員
2018年 JR 東京総合病院 総合診療科 医長
2020年 東京大学 イートロス医学講座 特任准教授
2023年 日本大学歯学部口腔外科学第Ⅱ講座 臨床教授
2024年 日本大学歯学部摂食機能療法学講座 主任教授（現職）
2024年 東京大学医学部老年病学 非常勤講師（現職）
2026年 日本大学歯学部附属歯科病院 副院長（現職）

資格

博士（医学）（東京大学）、日本専門医機構認定総合診療専門医 / 専門研修指導医 / 研修プログラム統括責任者、日本内科学会認定内科医、日本プライマリ・ケア連合学会認定医 / 指導医、日本抗加齢医学会専門医、日本病院総合診療医学会認定病院総合診療医 / 特任指導医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医 / 指導責任者、日本医師会認定産業医、日本再生医療学会認定医、日本口腔外科学会認定医、日本口腔科学会認定医 / 指導医、日本口腔内科学会指導医、日本有病者歯科医療学会専門医 / 指導医、等

教育講演

味覚障害の基本とその対応

座 長: 山口 順子¹⁾

演 者: 田中 真琴²⁾

1) 日本大学医学部 救急医学系 救急集中治療医学分野

2) 東京都立広尾病院耳鼻咽喉科 / 日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野

日本口腔・咽頭科学会が行った調査では、1990 年に 110 人 / 10 万人 / 年であった推定患者数は、2019 年には 220 人となり、30 年間で約 2 倍の患者数の増加が認められた。味覚障害患者の特徴は、60 歳以上の高齢者に多く、2:3 で女性に多い。高齢化社会に伴い味覚障害患者は増加しており、その診療ニーズはますます高まっていると考えられる。今回の講演では、味覚障害の基本とその治療について概説する。

味覚障害は、呈味物質が受容器である味蕾に到達しないために生じる伝導障害、味蕾の機能障害である末梢受容器障害、鼓索・大錐体・舌咽神経からなる味覚神経障害、味覚中枢（脳・脊髄）の異常である中枢神経障害（器質性と機能性）に分類される。

味覚障害に対して唯一エビデンスのある治療は亜鉛補充療法である。亜鉛欠乏は味蕾の機能障害を来すことが知られていて、末梢受容器障害の主因と考えられる。亜鉛欠乏の原因としては、食事からの摂取不足、全身疾患に伴う亜鉛の吸収障害・排泄促進・需要増大、亜鉛をキレートする薬物の摂取などが挙げられる。これらの病態には、亜鉛補充療法が効果を示す。ただし、短期間の投与では効果を示さず、適切な量と投与期間が必要である。一方、末梢受容器障害以外の原因には亜鉛の効果は乏しいことが多く、別の対応が必要となる。伝導障害は、唾液の分泌障害や口腔内の不衛生による舌苔の堆積などで生じるため、それらに対応する。味神経障害は、主に手術による医原性や神経障害性疾患から生じることが多く、治療は困難と言わざるを得ない。中枢神経障害のうち、外傷や脳疾患による器質性障害も治療は難しいことが多い。一方、機能性障害は、味覚の認知のゆがみや心因的ストレスで生じることがあり、これらには抗不安薬や抗うつ薬が著効することがある。

略歴



2002 年 日本大学医学部卒業

2002 年 日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野 入局

2014 年 日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野 助教

2021 年 東京都立広尾病院耳鼻咽喉科 医長

2023 年 日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野 兼任講師

アスリートを支える栄養サポート現場の実際

座 長: 古田 雅¹⁾

演 者: 古旗 照美²⁾

1) 東邦大学医療センター大森病院 栄養部

2) 株式会社しよくスポーツ

スポーツ栄養の目的は、競技パフォーマンスの最大化と、それを支える身体コンディションの維持・向上にある。本講演では、演者がスポーツ現場で実践してきたスポーツ栄養マネジメントの実際を紹介する。スポーツ栄養マネジメントは、栄養ケア・マネジメントと類似点を持ちながらも、目的、期間、対象者、行動計画、評価の点で相違があり、健康維持・増進や競技力向上を目的とした長期的かつ多様な対象者への支援が特徴である。

スポーツ栄養マネジメントは、目的と期間を定め、スクリーニングにより対象者を抽出し、個人サポートを実施したうえで、その結果をもとにマネジメント全体を評価する流れで構成される。個人サポートでは、栄養アセスメント（身体計測値、食事摂取状況、血液検査データ、コンディション、食嗜好、食環境など）により課題を抽出・可視化し、目標設定、サポート計画の立案、計画の実施、モニタリング、個人評価へとつなげていく。

例えば、鉄欠乏性貧血の選手には、鉄摂取量増加の提案だけでなく、鉄の吸収促進因子や阻害因子、生活リズムの見直しなども行い、実行可能な改善策へと落とし込む。こうした行動計画（栄養アプローチ）は、パフォーマンス維持のみならず障害予防にも寄与する。

さらに、8時間耐久レースのような極限環境では、運動前後の体重変化、気温や路面温度、次走行までの時間、食欲や疲労度など、刻々と変化する条件を踏まえながら、飲食物の種類・形状・温度・量・タイミングを調整する必要がある。体重減少率から脱水リスクを推定し補給量を微調整することや、トレーナーと連携しながら疲労回復を促す対応など、現場では状況変化に応じて評価を更新し続ける視点が求められる。この視点は臨床における栄養管理にも通じると考える。

本講演では、これらの実践例を通して、多職種連携における栄養専門職の役割と、臨床現場にも応用可能な判断プロセスを共有したい。

略歴



- 2002 年 日本女子大学家政学部通信教育課程食物学科 卒業（学士）
- 2023 年 東京農業大学 大学院 応用生物科学研究科 食品栄養学専攻 博士前期課程 修了（農学修士）
- 1992 年 国立健康・栄養研究所 健康増進部 非常勤職員（～1995 年 3 月）
- 1995 年 静岡県立大学 食品栄養科学部 非常勤助手（～1997 年 3 月）
- 1997 年 フリーの管理栄養士（トップアスリートやジュニア選手の栄養サポート）
- 2005 年 オフィスしよくスポーツ 2008 年法人化 株式会社しよくスポーツ 代表取締役（～現在）
- ・古旗照美, 他: 身体活動水準の異なる若年女性のビタミン栄養状態, ビタミン, 72(8), 363-371 (1998)
- ・Kagawa, M., Kobata, T., et al: Physical and nutritional status of professional Japanese futsal players. Austin Journal of Nutrition and Food Sciences 2(6) 5 (2014)
- ・共著「小・中学生のスポーツ栄養ガイド 改訂版」
- ・単著「スポーツ栄養士のキッチンから～アスリート・ジュニアのための絶品レシピ～」

管理栄養士セッション

特殊な栄養治療の実際
— 専門的治療に関わる管理栄養士から学ぶ

座長

澤田 実佳

(東京大学医学部附属病院 病態栄養治療部)

橋本 泰子

(東京女子医科大学病院 栄養管理部)

肺移植の栄養療法

大城 美桜、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

本邦では1997年に臓器移植法が施行され、脳死下の臓器提供が可能となった。2010年に臓器移植法が改正され、以降脳死ドナーからの移植数は増加しているが、諸外国と比較すると依然として少なく、移植までの平均待機期間が長いのが現状である。なかでも肺移植は脳死ドナーからの移植件数が腎臓に次いで多く、当院を含め全国12施設(2026年4月時点)で実施されている。

当院では主に①移植適応評価時②周術期③遠隔期に管理栄養士による介入を行っている。

①移植適応評価時

重度の低栄養や肥満は移植登録の除外基準となり得ることから、体組成測定や自宅での栄養摂取量の聴取を通し、栄養状態の評価を行う。患者の多くは慢性呼吸不全の状態であり、消耗性の栄養障害を呈するほか、呼吸苦による食欲低下、体重減少が散見される。慢性炎症や肥満を背景とした脂質代謝異常も好発であり、栄養療法が必要な症例が大半を占める。

②周術期

肺移植は他臓器と比べ術後のエネルギー消費量が長期にわたり増大することが報告されている。一方で過剰なエネルギー、糖質の投与は人工呼吸器からの離脱遅延につながるため、過不足のない栄養投与が必要である。加えて術後は嚥下機能低下や迷走神経損傷による胃不全麻痺、胃食道逆流症による消化管障害がしばしば認められる。患者の状態に応じた栄養投与経路や投与量、食形態について他職種と協働し検討している。また、免疫抑制の強化期間は感染症予防が肝要であり、食事面での衛生管理について退院前に指導を行う。

③遠隔期

移植肺の機能維持や免疫抑制剤の副作用制御のための栄養管理が主体となる。

腎機能障害、糖・脂質代謝障害が認められた場合や、るい痩や肥満など栄養障害が明らかな場合には、外来での栄養食事指導を行う。

肺移植においては低栄養、過栄養がともに予後不良因子となるため、個別性の高い栄養介入が求められる。

当日は上記について、自験例を交えて報告する。

略歴



2018年3月 日本女子大学 家政学部 食物学科 管理栄養士専攻 卒業
2018年4月 東京大学医学部附属病院 病態栄養治療部 入職
現在に至る

てんかんにおけるケトン食療法の実際

橋本 泰子

東京女子医科大学病院 栄養管理部

てんかんにおけるケトン食療法の、低糖質・高脂質を基本とする食事療法であり、薬剤抵抗性の難治性てんかんに対して有効性が確立している。また、グルコーストランスポーター1欠損症では治療の第一選択である。ピルビン酸脱水素酵素欠損症などの代謝性疾患にも適応される。当院では、難治性てんかんとグルコーストランスポーター1欠損症においてケトン食療法を行っている。本療法には古典的ケトン食・修正アトキンズ食・MCTケトン食などの種類があり、どれも糖質が少なく、脂質が極端に多い食事であり、食事療法とはいえ、栄養バランスの偏った食事であると共に食事量も少なく従来の食習慣との乖離が大きい。また、糖質の制限から、間食ができなかったり、外食ができなくなったりと患者にとっては苦痛になることがたくさんある。また、調理をする家族も365日3食の食事の用意や、特殊な食材購入による家計の負担など様々な難題がある。そのため、食事療法により治療の効果が得られても、喫食拒否や調理の複雑さ、経済的・心理的負担などにより食事療法の継続が困難となる場合がある。治療の効果が得られているのに、中断せざるえない場合も多く、非常に残念なことである。そのため、児の食嗜好に合わせた献立作成や、家庭での調理負担軽減の提案、学校給食への対応、生活面の支援も重要であり、本治療において管理栄養士は、中心的役割を果たすと思われる。実際の献立と当院でのケトン食療法についてお話させていただきたい。

略歴



2001年 東京女子医科大学病院栄養管理部入職
2022年 同職 主任
2026年 同職 副栄養士長

著書

小児の腸内細菌叢 UP-TO-DATE
血圧がみるみる下がる習慣超大全

先天性代謝異常—シトリン欠損症—の栄養治療

竹川 佳代¹⁾、飯野 桃姫²⁾、藤谷 朝実²⁾、乾 あやの³⁾

1) 総合母子保健センター愛育病院 栄養科

2) 済生会横浜市東部病院 栄養部

3) 済生会横浜市東部病院 小児肝臓消化器科

シトリン欠損症は、肝臓ミトコンドリア膜に存在するアスパラギン酸・グルタミン酸輸送体タンパク質であるシトリンをコードする、SLC25A13 遺伝子の変異によって起こる先天性代謝異常症で、好氣的解糖、糖新生などに障害が生じる。新生児期には肝内胆汁うっ滞症（NICCD）、その時期を脱し見かけ上健康となる適応・代償期には、慢性肝障害、肝腫大、体重増加不良、低血糖など、多様な病態がみられる。シトリン欠損症の食事療法を乳児期から開始する目的は、良好な成長・発達を促すとともに、病態の改善を図ることである。

適応・代償期以降のシトリン欠損症患者は、糖質を多く含む食品を嫌い、高たんぱく質、高脂質の食品を好むという、特異的な食嗜好を示すことがある。この代謝に基づいた食嗜好は偏食として捉えられがちであるが、これを無理に矯正することなく、エネルギー比率（PFC 比:たんぱく質 15-25%、脂質 40-50%、炭水化物 30-40%）を基本とした食事設計をすることが、疾患管理のうえで重要となる。

シトリン欠損症の患者に対して、定期受診ごとに管理栄養士による栄養相談を行う意義は、食事摂取状況や身体発育状況を確認し、エネルギーや各栄養素の過不足についての評価を行ったうえで、患者ごとの成長や病態に合わせた支援をすることである。

医師が、限られた診療時間の中で患者の日常的な食行動や家庭内の課題を把握し、具体的かつ実践的な食事指導を行うことは現実的ではない。また、患者本人のみならず家族や周囲の人々にとっても、疾患特有の食事療法を理解し継続することは容易ではない。管理栄養士には、疾患特有の病態を理解し、日々の食事の実践につながる具体的な支援を行うことが求められる。

本発表では、シトリン欠損症の栄養治療の実践例を紹介しながら、これまでの経験を踏まえ先天性代謝異常症における専門的な栄養治療について整理する。

略歴



2016 年 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科 卒業

2016 年 済生会横浜市東部病院 栄養部

2026 年 総合母子保健センター愛育病院 栄養科

2026 首都圏支部「特殊栄養治療」 小児集中治療室における栄養管理 ——経腸栄養剤の選択と栄養素欠乏への対応——

田中 紀子

神奈川県立こども医療センター 医療技術部 栄養管理科

当院は430床の小児専門総合病院であり、小児集中治療室（PICU）では先天性心疾患を始めとする重症小児に対して高度専門医療を提供している。2025年度のPICU入室患者は524名、新生児から思春期までの幅広い年齢層にわたり、心臓血管外科、救急・集中治療科、脳神経外科、小児外科を中心に計13診療科に及んだ。これまでの栄養管理の経験から得られた経腸栄養剤の選択と栄養素欠乏への対応について報告する。

経腸栄養は幼児の場合、注入による浸透圧性下痢やたんぱく質負荷を避けるため小児用の経腸栄養剤とし、小児の場合は成人と同様の栄養剤を選択する。また、高度の中枢神経障害を生じた児の場合は、基礎代謝量が少ないため、少量でたんぱく質・ビタミン等を補充できる栄養剤を選択する。

必須脂肪酸欠乏は、成分栄養剤や特殊ミルクのMCTフォーミュラの使用が長期化した場合に生じ、皮膚の乾燥や成長障害がみられる。予防のため成分栄養剤への変更や、静脈からの脂肪乳剤投与、必須脂肪酸強化MCTフォーミュラへの変更を提案する。

特定のビタミン・微量元素欠乏には、発赤、創傷治癒遅延、場合によって肺高血圧を呈することがある。入室前までの栄養摂取内容、消化管吸収能を確認することで早期に栄養素欠乏に対応できる。

PICUの栄養管理は、幅広い患者背景と変化する病態のなかで、状況に応じた評価が求められる。その中でも、栄養の視点を軸に患者を捉え、学び続けることが重要である。

略歴



2007年3月 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部栄養学科 卒業
2007年4月 神奈川県立精神医療センター 栄養管理科 入職
2013年4月～現在 神奈川県立こども医療センター 栄養管理科 勤務
2021年4月～2024年3月 神奈川県立保健福祉大学大学院 保健福祉学研究科 保健福祉学専攻博士前期課程 栄養領域 修了
2026年4月～現在 長崎県立大学大学院 地域創生研究科 地域創生専攻 人間栄養健康科学分野 在学中

有資格

管理栄養士
日本栄養治療学会認定 小児領域専門療法士
日本病態栄養学会認定 がん病態栄養専門管理栄養士
日本栄養士会認定 小児栄養分野管理栄養士

薬剤師セッション

病棟薬剤業務の中で薬剤師が担う栄養療法

座長

樋島 学

(株式会社メディカルアンサーズ)

神 一夢

(北里大学病院 薬剤部)

昭和医大病院の NST 活動と卒前臨床栄養教育の連動

唐沢 浩二

昭和医科大学 薬学部 臨床薬学講座 臨床栄養代謝学部門

昭和医大病院は病床数 815 床（27 病棟）を有し、そのうち 169 床が特定入院料病床、143 床が入院栄養管理体制加算対象病床である。当院の NST メンバーは医師・歯科医師・看護師・管理栄養士および薬剤師で、活動は週 1 回実施している。2021 年 7 月から 2025 年 7 月の NST 介入総数は 1922 件であり、そのうち NST 加算の算定割合は 70%であった。

当院の NST 回診には、薬学部の教育職員や薬学生も参加し、NST 活動は診療のみならず教育・研究の基盤ともなっている。NST では、様々な栄養上の問題点がある症例に対応するが、症例から生じた Clinical Question (CQ) を臨床上の疑問として抽出し、Research Question (RQ) へ発展させて結果を解析・フィードバックすることで、栄養治療への還元を実践している。これらの実践には、多職種の理解と連携が必要不可欠である。

一方、薬学部は 2006 年に 6 年制に移行して 20 年が経過した。その間、薬学教育モデル・コアカリキュラムは 2 回改訂されたが、臨床栄養教育は各大学に委ねられている部分が大きく、臨床に即した栄養教育はあまり実施されていないのが現状である。現在は病院薬剤師のみならず、地域医療を担う在宅薬剤師にとっても、多職種で連携できる臨床栄養学の教育を受けた臨床薬剤師の育成が急務である。

昭和医科大学では臨床薬剤師の育成を第一の目標に掲げており、3 年次から臨床栄養学の教育を導入し、4 年次の後期から病院実習を開始、選択科目を含めて 36 週間の病院実習を 6 年次まで実施している。また、2021 年度から本学薬学部に新設された「臨床栄養代謝学部門」では、大学院教育に加えて、4 年次から 6 年次にかけて実施する「薬学研究」の一環として、NST 教育を含めた臨床栄養学に関する研究指導を実施している。本講演では、昭和医大病院の NST 活動と本学での卒前臨床栄養教育の連動に関して概説する。

略歴



2001 年 昭和大学 薬学部 卒業
2003 年 昭和大学大学院 薬学研究科 修了
2003 年 昭和大学病院 薬剤部 入職
2010 年 昭和大学 薬学部 病院薬剤学講座 助教
2011 年 昭和大学 薬学部 臨床分析化学部門（配置転換）
2013 年 Thomas Jefferson University, Research Scholar
2014 年 University of Pennsylvania, Visiting assistant professor
2011 年 昭和大学 薬学部 臨床分析化学部門 講師
2019 年 文部科学省高等教育局医学教育課 技術参与
2021 年 昭和大学 薬学部 臨床栄養代謝学部門（配置転換）
2023 年 昭和大学 薬学部 臨床栄養代謝学部門 准教授

関連する論文・著書

- Study on Drug-Food Interactions between Warfarin and Prebiotics Used for Viscosity Adjustment, *Annals of Nutrition and Metabolism*, 2025 Feb, 14, 1-8.
- とろみ調整剤の影響が疑われたワルファリン用量調節に苦慮した 1 例, *JSPEN* 2024, Vol. 6 (1) : 37-40.
- 医薬品としてのプロバイオティクス・プレバイオティクス, *臨床栄養* 139, 3, 304-310, 2021

病棟薬剤業務の中で在宅移行を考える薬物・栄養療法

矢倉 尚幸

社会福祉法人ワゲン福祉会 総合相模更生病院 薬剤部

高齢化の進展に伴い、急性期医療においても退院後の生活を見据えた栄養管理の重要性が高まっている。特に経腸栄養を要する患者では、在宅や施設環境に応じた投与方法の調整が不可欠であり、薬剤師には薬物療法のみならず栄養療法を含めた包括的介入が求められる。今回、病棟薬剤業務およびNST活動を通じて、退院先の環境を踏まえた栄養療法の最適化に介入した症例を報告する。

症例は胃瘻造設後に経腸栄養管理を要した患者。入院中は液体栄養剤を1日3回投与し、総投与エネルギー量は1500kcalで管理されていた。退院先は介護施設であったが、看護師配置の関係から液体栄養剤では1日2回投与が限界である一方、半固形栄養剤であれば1日3回投与が可能であることが判明した。液体栄養剤のまま1日2回投与へ変更した場合、1回投与量の増加に伴う血糖上昇や胃食道逆流のリスクが懸念された。

そこで半固形栄養剤への切替えを提案した。これにより投与時間の短縮と投与回数の維持が可能となり、1回投与量の過度な増加を回避しつつ安全性と忍容性の両立が期待された。さらに退院後の運用を見据え、不要薬の見直しなどポリファーマシー対策にも介入した。また、経腸栄養剤については食品と医薬品の特性の違いを踏まえ、施設での管理体制やコスト面も考慮した選択について多職種で検討を行った。半固形栄養剤への切り替え後、嘔吐などの有害事象は見られなかった。

本症例を通じ、薬剤師が病棟業務の中で得られる臨床情報に加え、退院先の人的資源や運用体制を踏まえ、投与手技の簡便性、服薬負担、栄養剤の管理方法（食品・医薬品の特性）、コストなど多面的な視点から治療を評価・提案することの重要性が示された。薬剤師は栄養療法においても、退院後も継続可能な方法を模索し、急性期から在宅への円滑な移行を支える橋渡し役として重要な役割を担うと考えられる。

略歴



2008年 日本大学薬学部 薬学科 卒業
2010年 日本大学大学院 薬学研究科 薬学専攻 修士課程修了
2010年 総合相模更生病院 薬剤部 入職
2016年 総合相模更生病院 薬剤部 主任 現在に至る

回りハ病棟における多職種連携と薬剤師の栄養治療への関与

齋藤 千夏、鈴木 慶介

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

当施設は、一般病棟、回復期リハビリテーション病棟（以下、回りハ病棟）、療養病棟からなるケアミックス型病院であり、さらに老人保健施設を併設する医療・介護複合施設である。NSTは主に一般病棟と療養病棟に介入している。回りハ病棟では、リハ医、管理栄養士、看護師、言語聴覚士が中心となり定期的に嚥下回診を実施している。薬剤師は回診には参加していないが、週に一回の多職種カンファレンスを通じて嚥下や栄養療法、剤形選択やポリファーマシー対策に介入している。

一般的に急性期と慢性期では栄養管理の方針が異なる。急性期では治療（Cure）を重視し、治療強度に応じた積極的な栄養介入が求められる。ただし、病態によっては絶食とする場合や、リフィーディング症候群の予防を目的とした慎重な対応が求められる。一方、慢性期ではケア（Care）を重視した対応が中心となる。個に合わせた栄養療法を検討することが重要であり、栄養投与経路や食形態の検討のほか、全量摂取の達成感を得るためにあえて提供量を減ずることもある。

症例を提示する。回りハ病棟に入院中の高齢女性に対し、排便コントロール不良のためルビプロストンが新規導入された。導入後の多職種カンファレンスで、セラピストからは悪心で午前のリハビリの実施が難しいこと、看護師からは食事摂取量の低下がみられていることが共有された。そこで、薬剤師はルビプロストンによる食思不振の可能性を考慮し、食中投与への変更を提案した。内服方法の調整により悪心は軽減し、リハビリの実施が可能となった。

栄養管理、リハビリ、薬物療法に関する情報を多職種で共有し、連携して評価・対応することは重要である。さらに、退院後の生活を見据え、入院中の薬剤調整やその意図について薬剤管理サマリー等を用いて次施設へ情報共有することが求められる。これにより意図しない処方変更を防ぎ、継続的で安全な薬物療法の維持に寄与すると考えられた。

略歴



2021年 東北医科薬科大学薬学部薬学科卒業
2021年 JADECOM 薬剤師レジデントとして、東京ベイ・浦安市川医療センター入職
2年間の研修中、台東区立台東病院および伊東市民病院へ各3か月配属
2023年 プログラム修了後、台東区立台東病院へ異動
2025年 NST 専門療法士取得

看護師セッション

座長

松原 康美

(北里大学大学院 看護学研究科)

腸内細菌叢が規定する臨床応答の個人差 — 栄養・薬剤・環境の統合基盤 —

金 倫基

北里大学薬学部微生物学教室

腸内細菌叢は、ヒトの免疫・代謝機能に影響を与えることが明らかになりつつある。これらの生体機能は腸内細菌叢の違いにより規定され、臨床で観察される反応の個人差の一因として注目されている。実際、臨床現場では、同じ治療や栄養療法、ケアを行っても、患者ごとに効果や副作用、経過が大きく異なる。そこで本講演では、臨床応答の個人差の背景としての腸内細菌叢に着目し、その機序と臨床的意義を概説する。

まず、腸内細菌叢が食事や薬剤などの環境因子の影響を受けて変化し、その構成と代謝機能の違いが宿主応答に反映される点を整理する。また、Eubiosis（多様性と機能が維持された腸内細菌叢）と Dysbiosis（多様性低下と機能変化を伴う腸内細菌叢）の概念を踏まえ、腸内環境の変化が炎症やバリア機能を介して疾患に関与する可能性について述べる。

次に、腸内細菌叢を介した宿主応答変化の具体例として、食物繊維・食餌性タンパク質・ポリオール・D-トリプトファンなどの食事成分が免疫応答や感染感受性に影響を及ぼすことを、最近の研究成果を中心に紹介する。薬剤では、免疫チェックポイント阻害剤における腸内細菌叢依存的な治療応答の違いや、プロトンポンプ阻害剤および抗菌薬による腸内細菌叢変化を介した作用機序や臨床影響について概説する。さらに、糖尿病治療薬においても腸内細菌叢を介した作用が示唆されており、 α -グルコシダーゼ阻害剤や GLP-1 受容体作動薬を例に、腸内環境を介した作用機序および薬剤応答への関与に言及する。

これらを踏まえ、腸内細菌叢が栄養、薬剤、病態の影響を統合する基盤として機能し、臨床アウトカムの個人差に関与する可能性について考察する。最後に、腸内細菌叢の視点を取り入れた栄養介入および個別化医療の可能性を議論する。

略歴



2000 年 北里大学薬学部卒業
2002 年 北里大学大学院薬学研究科修士課程（微生物学専攻）修了
2005 年 北里大学大学院薬学研究科博士課程（微生物学専攻）修了
2005 年 北里大学薬学部微生物学教室講座研究員
2006 年 University of Michigan Medical School (USA) Post-doctoral Fellow
2011 年 筑波大学医学医療系助教（免疫学）
2013 年 University of Michigan Medical School (USA) Research Investigator
2015 年 Vedanta Biosciences, Inc. (USA) Senior Scientist
2016 年 慶應義塾大学薬学部生化学講座専任准教授
2018 年 慶應義塾大学薬学部創薬研究センター教授
2024 年 北里大学薬学部微生物学教室教授
現在に至る。

初心者向け勉強会

座長

梅田 富子

(日本大学医学部附属板橋病院 看護部)

初心者向け勉強会、症例報告にチャレンジしよう！

鷺澤 尚宏

東邦大学 健康推進センター

学会活動にはいろいろあり、「学術集会に参加して講演を聞く」、「展示会場を歩いて説明を聞きサンプルをもらう」、「セミナーを受講する」など、様々な参加の仕方があります。年会費を支払って会員になると、(1) 研究発表する権利 (2) 機関誌の送付を受ける権利 などの「(1)」の第1段階目に「症例報告」があります。学術集会で発表し、論文化して投稿する事を指しますが、初学者にとっては、発表法や書き方の前に、症例報告とは何で、どのような症例が対象となり、どのような手順でまとめるかが大切なポイントとなります。そして、それぞれには具体的に押さえておくべき重要なポイントがあります。自身の症例報告は「会員にとって疑似体験できる勉強材料」が目的なのか、それとも「新たな臨床研究を計画するためのヒントを提供する」のが目的なのか、など、発端を明確にしなければなりません。我々にとって症例報告は日常診療の中にあった驚きの体験が基本ですから、「×××を試みた1例」は適当ではありません。これは、介入研究である可能性が高いため、事前に施設の倫理審査委員会の承認を得ておく必要があります。施設において、いつも通りの範囲で診療していた中で経験した1例または少数例について、病歴、診断、治療、経過、考察を整理して皆で共有する報告となります。「珍しい」症例を共有できるということは、珍しさの基準が必要ですが、各団体で基準は異なりますので、まずは、身近な人たちで話し合ってみましょう。一方で典型例でも、診療内容において「学び」が多い時はそれを伝える必要があります。具体的には、稀な疾患・非典型的な症状、診断に苦慮した症例、治療選択に工夫があった症例、合併症や副作用への対応が重要だった症例、教訓性の高い典型例、文献的に比較・検討する価値がある症例などが対象となります。キーワードは「次に似た症例に出会ったとき、役立つように」です。

略歴



1986年東邦大学医学部卒業、東邦大学医学部外科学第一講座入局、2002年米国エモリー大学リサーチフェロー、2009年東邦大学 医学部 外科学講座准教授、東邦大学医療センター大森病院 栄養治療センター部長、2012年東邦大学医療センター大森病院 栄養部部長、2016年東邦大学医学部臨床支援室教授、2026年東邦大学健康推進センター特任教授

所属学会および役員：日本栄養治療学会代議員、日本臨床栄養協会日本サプリメントアドバイザー認定機構副理事長、日本臨床栄養学会理事・評議員、PEG在宅医療学会代議員、Patientドクターズネットワーク(PDN)理事、日本PTEG研究会世話人、日本外科代謝栄養学会特別会員、日本臨床外科学会評議員、日本臨床腸内微生物学会理事

取得認定医専門医 日本外科学会専門医、PEG在宅医療研究会認定胃瘻造設者、認定胃瘻教育者、専門胃瘻管理者、日本PTEG研究会認定造設者、日本栄養治療学会認定医・指導医、日本臨床栄養学会認定臨床栄養指導医・臨床栄養医、日本がん治療認定医機構認定医、日本消化器内視鏡学会指導医・専門医、ICD協議会認定インフェクションコントロールドクター、日本大腸肛門病学会指導医・専門医

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：ミヤリサン製薬株式会社

スイーツセミナー

共催：ネスレ日本株式会社

共催セミナー

共催：株式会社ツムラ

共催企業: 株式会社大塚製薬工場

胃ろう地域連携における 半固形栄養・タスクシフトの next step

座 長: 上原 秀一郎¹⁾

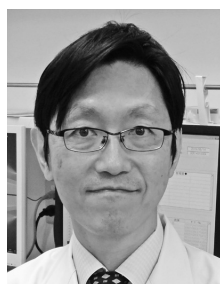
演 者: 郡 隆之²⁾

1) 日本大学医学部 外科学系小児外科学分野 主任教授

2) 利根中央病院 外科

群馬県利根沼田地域では、胃ろう患者が急性期病院、慢性期病院、介護施設、在宅へ移行する過程において、管理方法、使用デバイス、栄養剤選択、緊急時対応のばらつきが課題となっていた。これらを解消するため、2008年に「利根沼田胃ろうネットワーク」を立ち上げた。本講演では、本ネットワークの取り組みを基盤として、胃ろう地域連携における半固形栄養およびタスクシフトの次段階について報告する。第一に、半固形栄養を含む栄養管理のシームレス化である。入院中に用いられる食品扱い栄養剤から、退院後に用いられる医薬品半固形剤への移行を見据え、水分量、熱量、物性を踏まえた選択と、地域内で共有可能な情報連携の重要性を示す。第二に、看護師特定行為を活用した胃ろう交換のタスクシフトである。症例集積と教育体制の整備により、在宅・施設での交換を現実的な選択肢とし、患者移動負担の軽減と地域医療アクセスの向上を図る。さらに、交換容易性の高い新規デバイスの導入可能性にも触れ、人口減少・高齢化地域における切れ目のない胃ろう管理体制の構築について考察する。

略歴



1994 年 群馬大学医学部卒業
1999 年 三井記念病院 呼吸器外科シニアレジデント
2002 年 群馬大学応用腫瘍病理学 大学院
2007 年 利根中央病院 外科
2011 年 利根中央病院 外科部長
2020 年 前橋工科大学 客員教授
2022 年 利根中央病院 診療部長
2026 年 利根中央病院 副院長

著書

がん患者診療のための栄養治療ガイドライン 2024 年版－総論編－ (JSPEN)
ESPEN guideline on clinical nutrition in surgery – Update 2025.2025, ESPEN など

共催企業：ミヤリサン製薬株式会社

腸内環境改善を基盤とした高齢者周術期マネジメントの新展開 —腸管バリア機能・腸内細菌叢・リハビリテーションの相乗効果—

座 長：渡邊 学¹⁾
演 者：宮下 知治²⁾

1) 東邦大学医学部医学科 外科学講座 一般・消化器外科学分野 教授

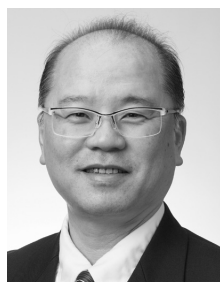
2) 富山市立富山市民病院 医療安全部主任部長・感染防止対策室部長・外科部長・NST 代表

日本では高齢化が急速に進行しており、今後は高齢者に対しても化学療法や高侵襲手術を施行する機会が増加すると予想される。高齢患者では生理的予備能の低下に加え、糖尿病・高血圧・脂質異常症などの生活習慣病を背景とした血管障害を有することが多く、侵襲に対する生体防御機能が低下している場合が少なくない。特に腸管は絶食や薬剤投与などの影響を受けやすく、周術期侵襲における重要な標的臓器の一つである。さらに腸管は生体最大の免疫臓器ともいわれ、腸管バリア機能の破綻や腸内細菌叢の乱れは細菌移行や全身炎症反応を惹起し、術後合併症や回復遅延の要因となる可能性が指摘されている。

このような背景から、我々は高齢者に対する化学療法施行時および周術期管理において、血管内皮機能の維持と腸内環境の改善に着目したバンドル治療を導入している。具体的には、①グルタミンおよびBCAA投与による骨格筋—腸管ネットワークの活用、②周術期リハビリテーションを含む運動療法の併施、③シンバイオティクス（プロバイオティクスとプレバイオティクス）療法による腸内細菌叢の正常化、の三つを柱としている。これらの介入により腸管粘膜の免疫機能およびバリア機能の強化を図るとともに、サルコペニア対策を含めた包括的な周術期マネジメントを実践している。

本発表では、腸内環境の改善を基盤とした高齢者周術期管理の取り組みを紹介するとともに、腸管バリア機能、腸内細菌叢、リハビリテーションの相乗効果に着目した周術期戦略の臨床的意義について概説し、高齢化時代における周術期マネジメントの新たな方向性を提示する。

略歴



1993年3月：群馬大学医学部医学科卒業・同年5月：医師国家試験合格

2000年1月：金沢大学大学院医学系研究科卒業・医学博士を取得

勤務歴

1993年4月：金沢大学医学部附属病院第二外科勤務

中略

2005年4月：Department of Surgery, Johns Hopkins University (USA, Baltimore) 留学 (research associate)

2007年7月：金沢赤十字病院外科勤務（第三外科部長）

2010年4月：金沢大学附属病院集中治療部勤務（助教）

2013年10月：金沢大学病院消化器・腫瘍・再生外科（助教）

2019年4月：金沢大学病院肝胆膵移植外科（講師）、金沢大学病院臨床教授

2020年7月：金沢医科大学一般・消化器外科 准教授

2023年4月～現在：富山市立富山市民病院 外科部長・NST 代表

2023年4月～現在：順天堂大学上部消化管外科 非常勤講師

2024年4月～現在：金沢大学医薬保健学域医学類臨床教授

2024年4月～現在：富山市立富山市民病院医療安全部主任部長・医療安全部感染防止対策室部長

共催企業:ネスレ日本株式会社

重症患者に対する包括的栄養管理 -MAGIC-P strategy によるテーラード医療-

座 長:上原 秀一郎¹⁾
演 者:山口 順子²⁾

1) 日本大学医学部 外科学系小児外科学分野 主任教授

2) 日本大学医学部 救急医学系 救急集中治療医学分野

重症患者に対する栄養管理は、単なる栄養補給ではなく、侵襲に伴う代謝動態の変化に応じて戦略的に組み立てることが求められる。転帰改善のためには、「いつ」「何を」「どの程度」「どのように」介入するかを、チーム全体で見極めるテーラード医療の意思決定が重要である。

本講演では、当院ICUにおける実践をもとに、包括的栄養管理戦略のフレームワーク「MAGIC-P strategy」を紹介する。これはMacro/Micronutrient、Assessment、Glycemic control、Intestinal maintenance、Calorie、Pain control and physical therapyから構成され、栄養療法とリハビリテーションを統合した“動的チーム医療”の実践的戦略モデルである。

本戦略の要となるのは、入院早期からの低栄養リスクのスクリーニングと、重症病態に特有の代謝変動を踏まえた包括的アセスメントである。アルブミンなど単一指標に依存しない多面的評価に基づき、段階的かつ安全性を担保した栄養介入を行うことが重要である。また、overfeedingやrefeeding syndromeの回避、血糖変動の制御、腸管機能の維持を図りながら、早期リハビリテーションと連動した介入を行うことが、Post-Intensive Care Syndrome (PICS) 予防に寄与する。

栄養管理はまさに「チーム医療の総力戦」である。個別性の高い重症患者に対しては特に、多職種が連携しながら動的かつ包括的に最適化していくことが求められる。本講演では、最新のエビデンスを踏まえつつ、その概念と臨床応用について概説する。

略歴



2000 日本大学医学部医学科卒業 / 日本大学医学部救急医学教室入局
2004 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター 救命科レジデント
2007 公立阿伎留医療センター 救急科医長
2009 日本大学医学部 救急医学系 救急集中治療医学分野 助教
2018 日本大学医学部板橋病院 救命救急センター 専修指導医
2019 日本大学医学部救急医学系 救急集中治療医学分野 准教授 日本大学医学部板橋病院 救命救急センター科長 現在に至る

共催企業:株式会社ツムラ

栄養と漢方～フレイルを中心に～

座 長:上原 秀一郎¹⁾演 者:小川 恵子²⁾³⁾

1) 日本大学医学部 外科学系小児外科学分野 主任教授

2) 広島大学病院

3) 漢方診療センター 教授

高齢化の進展に伴い、フレイルは栄養管理における重要な課題となっている。フレイルは身体的機能低下のみならず、精神・社会的要因を含む多面的な脆弱性を特徴とし、その進行には低栄養、慢性炎症、消化吸収障害などが複雑に関与する。栄養療法はフレイル対策の基盤であるが、食欲低下や消化管機能障害、下痢などにより十分な栄養摂取が困難な症例も多く、従来の栄養介入のみでは改善が得られない場合がある。

漢方医学は「気・血・水」の概念に基づき、全身状態を包括的に調整する医療体系であり、フレイルにおける多様な病態に対して補完的な役割を果たし得る。例えば、六君子湯はグレリン分泌を促進し食欲低下を改善し、大建中湯は腸管血流増加や蠕動促進を介して消化管機能を改善する。さらに、半夏瀉心湯は腸管炎症の抑制や腸内細菌叢の調整を通じて下痢や消化管障害に有効であり、栄養吸収環境の改善に寄与する。補中益気湯は倦怠感や免疫機能の低下を改善し、全身状態の底上げに寄与する。

これらの作用は、栄養素の補充のみならず「栄養が入る身体を整える」という観点から、栄養療法の実効性を高める可能性がある。また、周術期管理におけるERAS（Enhanced Recovery After Surgery）の概念とも親和性が高く、早期経口摂取の促進、消化管機能維持、炎症制御といった要素を補完する治療として位置づけられる。

本講演では、フレイルを中心とした栄養障害に対する漢方医学の役割について、最新の知見と臨床経験を踏まえて概説し、栄養療法との統合的アプローチの可能性について考察する。

略歴



愛知県名古屋市生まれ

1997年 名古屋大学医学部卒業、名古屋第一赤十字病院にて外科研修
2002年 名古屋大学医学部小児外科 非常勤医員
2004年 名古屋第二赤十字病院 小児外科常勤医
2005年 あいち小児保健医療総合センター 医長
2006年 あきば伝統医学クリニック 常勤医
2007年 千葉大学医学部附属病院和漢診療科 医員
2011年 金沢大学附属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科 和漢診療外来 特任准教授
2015年 同 漢方医学科 臨床教授
2017年 天津中医药大学 客員教授
2021年 広島大学病院 総合内科・総合診療科 漢方診療センター 特任教授
2022年 広島大学病院 漢方診療センター / 教授

[指導医・専門医]

日本東洋医学会指導医、日本外科学会専門医、日本小児外科学会専門医

[所属学会]

日本東洋医学会、日本外科学会、日本小児外科学会
日本血管腫血管奇形学会（評議員）、日本小児がん血液学会、日本臨床外科学会
日本臨床腫瘍学会、日本栄養治療学会（代議員）

[著書]

Kampo Medicine 経方理論への第一歩 全日本病院出版会
女性の漢方 すぐに使えるライフステージ別処方 中外医学社

[その他]

生薬ソムリエ協会理事、広島大学薬学部薬草園副園長

口演 1

座長

松尾 浩一郎

(東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 地域・福祉口腔機能管理学分野)

梅田 富子

(日本大学医学部附属板橋病院 看護部)

妊娠後期に生じた下顎骨骨折に対し観血的整復固定術を施行し後期付加を考慮した栄養管理を行った一例

○高橋 真実子¹⁾²⁾、梅田 富子¹⁾³⁾、藤條 拓¹⁾⁴⁾、森 沙緒里¹⁾⁴⁾、亀山 久美子¹⁾⁵⁾、堀内 有紀子¹⁾⁵⁾、秋本 高義¹⁾⁶⁾、北野 尚孝¹⁾²⁾、上原 秀一郎¹⁾⁷⁾

-
- 1) 日本大学医学部附属板橋病院 NST
 - 2) 日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学系歯科口腔外科学分野
 - 3) 日本大学医学部附属板橋病院看護部
 - 4) 日本大学医学部附属板橋病院薬剤部
 - 5) 日本大学医学部附属板橋病院栄養科
 - 6) 日本大学医学部内科学系神経内科学分野
 - 7) 日本大学医学部外科学系小児外科学分野

はじめに

妊娠中の推定エネルギー必要量は、適切な栄養状態を維持し正常な分娩を行うために妊娠前と比較し余剰に摂取すべきと考えられるエネルギー量を妊娠期別に付加量として示されている。今回、妊娠後期に生じた下顎骨骨折に対し観血的整復固定術を行い、NST が介入して後期付加を考慮した栄養管理を行った一例を経験したので報告する。

症例

39 歳女性、身長 161cm、体重 51kg、妊娠 26 週であった。X 年 6 月、屋外で転倒し、左側下顎骨体部粉碎骨折および右側下顎角骨折となった。同年 6 月全身麻酔下で観血的整復固定術を施行した。術後、顎間固定を施行し、術翌日より経鼻経管栄養を開始した。妊娠中はたんぱく質・ビタミン・ミネラルも必要量が増加するため、NST から提案された濃厚流動食を投与する事とした。経鼻胃管を抜去後は経腸栄養剤を顎間固定の隙間から摂取した。患者は妊娠 39 週に体重 3188g の健康な児を出産した。

考察

妊娠 26 週前後は、胎児の脳・肺・骨・筋肉・脂肪が急速に発達し、身体が大きくなるとともに、機能を完成させていく時期である。この時期に重要な栄養素が不足すると、胎児の発育不全を生じる可能性があるため、母体に十分な栄養を与えると同時に、推定必要栄養量を確保するとともに、微量元素などの十分な投与を考慮する必要がある。

結語

今回、妊娠後期に生じた下顎骨骨折に対し後期付加を考慮した栄養管理を行った一例を経験した。

保存的に治療できた経皮内視鏡的胃瘻造設術後の胃結腸皮膚瘻の1例

○甲谷 孝史¹⁾、清家 仁²⁾、西本 幸恵²⁾、岡田 憲三³⁾

1) 宇和島市立吉田病院外科

2) 宇和島市立吉田病院

3) 市立宇和島病院外科

【はじめに】経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）の稀な合併症として、横行結腸貫通による胃結腸皮膚瘻の報告が散見される。多くは初回チューブ交換時に発見され、状態は落ち着いていることが多く、待機的に治療を行うことが可能である。今回、PEG 後の胃結腸皮膚瘻に対して、長期間を要したが保存的に治療できた症例を報告する。

【症例】症例は80歳、男性。脳血管性認知症にて当院が在宅診療を行っていたが、20X-1年2月誤嚥性肺炎のため入院となった。肺炎治療後に嚥下機能低下による摂食障害を発症したため20X-1年8月pull法にてPEGを造設した。20X年1月に初回チューブ交換を行ったところ、挿入部周囲より便の排出を認めた。挿入部から造影検査を施行したところ、胃と連続して横行結腸が描出されたことから横行結腸貫通による胃結腸皮膚瘻と診断した。腹膜炎症状はなく、全身状態も良好であったため、胃瘻チューブを抜去し、経鼻経腸栄養チューブを十二指腸まで挿入して栄養管理をしながら家族と相談の上、保存的療法で加療した。便の排出は3日で止まったため、抜去14日後に異なる部位からPEGを再造設した。その後合併症はなかったが、他疾患加療のため約3か月間の入院を要し、20X年3月退院した。

【まとめ】PEG術後の胃結腸皮膚瘻の1例を経験した。家族の意向に添って、保存的に治療できたが入院期間は3か月に及んだ。外科的治療とどちらを選択するのが良いか今後の検討を要すると思われた。

とろみ調整剤として使用するプレバイオティクスとメトホルミンの相互作用の調査・解析

○関口 留奈、唐沢 浩二、岡本 まとか、千葉 正博

昭和医科大学薬学部

【目的】プレバイオティクスは、誤嚥予防にとろみ調整剤として利用されることや、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。他の医薬品でも影響が示唆されたことから、今回糖尿病治療薬であるメトホルミンとプレバイオティクスとの相互作用を調査・解析した。

【方法】キサンタンガム、グアーガム、ペクチンなど9種類のプレバイオティクスとメトホルミンをそれぞれ混合後、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】各種プレバイオティクスの0.5%水溶液とメトホルミンを混合後に、HPLCを用いてメトホルミン濃度を測定した結果、グアーガムとの混合ではメトホルミンの残存率は100%前後で保たれていたのに対し、キサンタンガムおよびペクチンとの混合ではメトホルミンの残存率は約50%前後まで低下した。体内での影響を調査するために、現在、人工胃液および人工腸液との反応性を確認中である。

【結論】とろみ調整剤として用いるプレバイオティクスの中には、医薬品との混合により相互作用が認められ、疾患治療に影響を及ぼす可能性が示唆された。プレバイオティクスの種類や濃度によっても相互作用の程度が異なるため、さらなる医薬品を対象とした検討が必要である。

葉物野菜の過剰摂取により成人メトヘモグロビン血症を生じた一例

○山口 順子

日本大学医学部 救急医学系 救急集中治療医学分野

[背景] メトヘモグロビン血症は通常、急性毒性暴露によって引き起こされる。しかし、特定の食品の過剰摂取も要因となり得る。小児ではこうした葉物野菜による食事性メトヘモグロビン血症の危険性が知られているが、成人の不均衡な食事が原因と疑われる臨床的に重要な症例は稀である。メトヘモグロビンは検査で測定される機会も少ないため、明らかとなっていないメトヘモグロビン血症患者がいる可能性が示唆されている。このたび偏食により食事性メトヘモグロビン血症の成人症例を経験したため、これを症例報告する。

[症例] 摂食障害で葉物野菜約 700g を毎日偏食している 60 代女性。数年前からふらつきを自覚していた。転倒後に体動困難とめまいを訴え救急要請し、他院より紹介搬入された。

動脈血ガス分析でメトヘモグロビン値 25% が確認された。単純 X 線検査では、大腿骨骨折が判明。詳細な問診により緑黄色野菜の過剰摂取が明らかとなり、根本原因として食事誘発性メトヘモグロビン血症と診断された。患者は常圧酸素療法を含む保存的治療を受け、入院後 16 時間以内にメトヘモグロビン値が低下した。

[結語] 菜食主義の成人で、メトヘモグロビン血症を発症する可能性がある。食事摂取歴には注意を要する。

AKI をきたした脳卒中患者における投与栄養量の検討

○入 香織

IMS グループ 医療法人社団明芳会 イムス東京葛飾総合病院

【目的】

AKI（急性腎障害）診療ガイドライン 2016 より、エネルギーやたんぱく質投与量について重症度および基礎疾患に応じた栄養療法の提案と重症 AKI においても可能なら消化管を利用した栄養管理を行い、高度の電解質異常がない場合は厳しいたんぱく質制限は行わないと提唱している。AKI をきたした脳卒中患者の投与栄養量を検討した。

【症例】

34 歳男性、身長 167cm、体重 75kg、BMI26.9kg/m²、右被殻出血による開頭血腫除去後から早期栄養介入管理を開始。未治療の高血圧があり、入院時の腎機能は正常。

【経過】

第 2 病日より経腸栄養開始（経鼻胃管）、第 9 病日より嘔吐等を認めたが、投与内容を調整してプラン確立。頭蓋内感染のためドレナージを行い、第 34 病日に脳膿瘍摘出となる。第 50 病日より腎機能悪化および血清カリウム高値を呈し、真菌による腎盂腎炎、敗血症から AKI を認めた。経腸栄養剤は一般用（以下①）を使用しており、一時的に腎疾患用（以下②）へ変更。投与エネルギーとたんぱく質は①→②で同等の量に、投与カリウムは① 1280mg（32.7mEq）→② 480mg（12.3mEq）へ調整。徐々に血清カリウム値が改善し、透析は行わず第 62 病日に経腸栄養剤を再度変更（②→①）。以降、腎機能は正常を維持し、第 165 病日にリハビリテーション病院へ転院した。

【結論】

本症例は開頭術後から頭蓋内感染が遷延、真菌が AKI の原因であった。脳卒中を含む重症患者は AKI を併発するリスクを把握して栄養管理を遂行する。

生体肝移植後の維持血液透析患者に生じた褥瘡性潰瘍への栄養介入の一例

○高見 瑠璃子¹⁾、澤田 実佳¹⁾、千代田 武大²⁾、市田 晃彦²⁾、長谷川 潔²⁾、関根 里恵¹⁾

1) 東京大学医学部附属病院病態栄養治療部

2) 東京大学医学部附属病院肝胆膵外科・人工臓器移植外科

【目的】肝腎症候群により生体肝移植後の維持血液透析患者に生じた褥瘡に対し、創傷治癒を目指した栄養介入症例を報告する。

【症例】50代女性、亜急性肝不全に対し肝移植目的に入院。身長157cm、体重70kg (BMI28.4)、Alb3.4g/dL、栄養管理目標はE1600kcal/日 (30kcal/IBW/日)、P55 g/日 (1.0g/IBW/日) とした。4病日に生体肝移植を施行。術後早期に経管栄養を開始し、経口摂取を併用したが嘔気が強く摂取不良であった。移植前から肝腎症候群により持続的血液濾過透析を行っていたが、移植後も改善なく56PODより維持透析へ移行。目標量は充足できていたが水分調整のため経管栄養剤を変更。壊死性膵炎により栄養状態低下が続き、87PODに褥瘡が発生した (体重68.3kg、Alb2.0g/dL)。その後褥瘡は (DESIGN-R33点) まで悪化したため創傷治癒促進目的に®アバンドを追加し、投与栄養量を見直した (E1600kcal/日、Pro69 g/日、水分760ml/日)。また、褥瘡対策チームの介入により、158PODより陰圧閉鎖療法が開始された。®アバンド追加後はBUN、NH₃をモニタリングしつつ、経管栄養剤とBCAA製剤を併用した (E1833kcal/日、Pro.AA81 g/日、水分730ml/日)。退院時体重58kg (BMI23.5)、Alb2.7g/dL、褥瘡は (DESIGN-R22点) まで改善し226PODに転院となった。

【結論】肝移植後は、肝・腎機能を継続的に評価し、目標栄養量を適宜見直すことが、創傷治癒と代謝合併症管理の両立に重要と考えられた。

口演 2

座長

渡辺 稔彦

(東海大学医学部 小児外科学)

田中 紀子

(神奈川県立こども医療センター 医療技術部 栄養管理科)

偏食のある自閉スペクトラム症の食事と栄養障害

○森 里美、長沢 晋也、田上 幸治、高増 哲也

神奈川県立こども医療センター

1. 目的 自閉スペクトラム症の児では、感覚の過敏性やこだわりから、しばしば偏食を認め、栄養障害をきたすことがある。偏食のある児へどのような指導をすることが有用か調査をした。2. 方法 2020 年 9 月から当センターの児童思春期精神科と総合診療科を受診した偏食の訴えのある自閉スペクトラム症の児を対象とした。平日 3 日間に児が摂取した食事記録から食品レパトリー数や栄養素を評価した。3. 結果 参加者は 46 人（男 35 人、女 11 人）で、年齢は 1 歳から 19 歳（平均年齢：8.9 ± 4.7 歳）であり、46 人のうち食品レパトリー数が 15 以下の児は 18 人であった。栄養素欠乏の割合が高い栄養素はカルシウム（74%）、ビタミン A（63%）、ビタミン B1（59%）、マグネシウム（54%）、ビタミン B2（50%）、亜鉛（50%）、鉄（48%）などであった。食品レパトリー数と栄養素欠乏数の間に有意な負の相関が認められ（ $r = -0.56$; $P < 0.01$ ）、食品レパトリー数が少ないほど栄養素欠乏数が増す結果となった。4. 結論 栄養障害をきたした症例が散見され、自閉スペクトラム症に係る医療従事者は、偏食による栄養不足により身体症状が現れる可能性を配慮しなければならない。

非閉塞性虚血性腸炎に伴う病態変化に対し、経腸栄養の継続が課題となった一小児例

○藤田 衣里、渡邊 揚介、山本 真之介、上瀧 悠介、生田 稜、平野 隆幸、橋本 真、星 玲奈、細川 崇、三藤 賢志、上原 秀一郎

日本大学医学部外科学系小児外科学分野

【はじめに】腸管虚血後は狭窄や吸収障害などの病態変化により経腸栄養（EN）の維持が困難となることがある。今回、非閉塞性虚血性腸炎（NOMI）後の病態変化に対して戦略的に栄養管理を行った小児例を報告する。

【症例】6 歳男児。自己免疫介在性脳症の集中治療中に NOMI を発症し、それに伴う高位空腸穿孔に対し空腸瘻を造設した。術後早期から成分栄養による EN を開始したが、腸瘻の排液過多と肝機能障害を来し、術後 17 日に腸瘻閉鎖を行った。この際、早期 EN と神経学的予後を鑑み経鼻的 transanastomotic tube 挿入と胃瘻造設を同時に行った。腸瘻閉鎖後に一旦は EN を確立したが、十二指腸および空腸の遅発性狭窄を認め、次第に EN が継続困難となり、腸瘻閉鎖から 2 か月後に内視鏡的十二指腸拡張・空腸部分切除を行った。同時にチューブ空腸瘻も造設することで、栄養投与経路を再構築した。初回手術から EN を中断させることなく管理でき、最終的に経口摂取へと移行し、体組成測定と血液検査で良好な栄養状態を確認しデバイスフリーとなった。

【考察】EN の継続は、腸管バリア機能や腸管免疫を介して感染や静脈栄養関連肝障害の発症抑制に寄与する。自験例では腸瘻排液過多や遅発性腸管狭窄など、経時的に変化する病態に直面した。術式選択を栄養管理の一環として位置づけ、変化する病態に対し柔軟に対応できるよう栄養投与経路を再構築することで、EN を維持し継続的な栄養管理が可能であった。

Refeeding 症候群のリスクを回避して栄養管理を行った、神経性やせ症に重症急性膵炎を合併した 1 例

○渡邊 揚介¹⁾、藤田 衣里¹⁾、山本 真之介¹⁾、上瀧 悠介¹⁾、生田 稜¹⁾、平野 隆幸¹⁾、橋本 真¹⁾、
星 玲奈¹⁾、細川 崇¹⁾、三藤 賢志¹⁾、渡邊 真太郎²⁾、川口 忠恭²⁾、上原 秀一郎¹⁾

1) 日本大学医学部外科学系小児外科学分野

2) 日本大学医学部小児科学系小児科学分野

【はじめに】慢性的な低栄養状態にある患者では、再栄養に伴う refeeding 症候群（RFS）により重篤な転帰を招く恐れがあるため、緩徐に栄養を再開する必要がある。今回、神経性やせ症（AN）に重症急性膵炎を合併した稀な病態に対し、RFS を予防しながら良好な経過を得た 1 小児例を報告する。

【症例】12 歳女児、腹痛を主訴に当院救急外来を受診した。血液検査および造影 CT 検査から重症急性膵炎と診断した。入院時の身長 156.2cm、体重 39.7kg、BMI16.3（BMI-SDS -0.95）で、半年間に 10kg（約 20%）の自己減量歴があることから AN の併存が疑われた。精査にて他原因疾患は否定的であり、過度な体重減少が膵炎の原因であると診断した。初期治療では RFS 発症に留意して早期経腸栄養を行わず大量補液のみ行い、電解質をモニタリングしつつ膵炎の改善を待って、入院 6 日目より経口摂取を再開した。中等症の AN として 10kcal/kg/day からエネルギー量を緩徐に漸増し、入院 23 日目に軽快退院した。

【考察】重症急性膵炎の急性期治療では、高度侵襲に伴う代謝亢進状態にあることや腸管粘膜バリア機能の保持を目的として、早期に経腸栄養を開始することが推奨されている。一方で AN のような慢性栄養不良状態にある患者では、急激な栄養負荷により RFS を来す可能性が知られている。自験例では、膵炎に対して厳重なモニタリングをしつつ RFS の発症リスクに配慮しながら緩徐に栄養を再開したことにより、安全に治療し得た。

高脂肪食負荷小児肥満モデルマウスにおけるホエイプロテインのインスリン抵抗性改善メカニズム

○長野 伸彦¹⁾、藤田 衣里²⁾、渡邊 揚介²⁾、星 玲奈²⁾、上原 秀一郎²⁾

1) 日本大学医学部小児科学系小児科学分野

2) 日本大学医学部外科学系小児外科学分野

【目的】小児肥満はインスリン抵抗性を惹起し、将来の2型糖尿病発症リスクを高める。近年、ホエイプロテイン（W）の糖代謝改善効果が注目されているが、小児期における詳細な機序は不明な点が多い。本研究では、小児肥満モデルマウスを用い、Wのインスリン抵抗性改善効果とその機序を明らかにすることを目的とした。

【方法】妊娠期および授乳期の母マウス、ならびに離乳後の仔マウスに8週齢まで高脂肪食（オリエンタル酵母：HFD-60）を負荷し、小児肥満モデルを作成した。8週齢以降、W食群（オリエンタル酵母：AIN-93G 蛋白改変飼料）またはカゼイン（C）食群（オリエンタル酵母：AIN-93G）に分け12週齢まで飼育した。12週齢時の体重、糖・脂質代謝指標、肝臓の遺伝子発現およびメタボローム解析の結果を比較した。

【結果】W群はC群と比較して、有意に体重増加が抑制され、空腹時血糖、血中インスリン値、HOMA-IRが改善した。肝臓の遺伝子発現解析では、W群で β 酸化を促進するPPAR α およびHSLの有意な上昇を認めた。メタボローム解析では、W群においてタウリン、グリシン、ミオイノシトール 1 ホスファターゼが有意に高値であった。

【結論】小児肥満モデルにおいて、WはCと比較して肥満およびインスリン抵抗性を改善した。この機序として、PPAR α やHSLの発現上昇による β 酸化の亢進、およびタウリンやグリシンの上昇に伴う抗炎症・抗酸化作用の増強が関与している可能性が示唆された。

長期の静脈栄養施行時に CK 上昇を伴う筋力低下を来した短腸症の一例

○出縄 康次¹⁾、浅見 愛乃¹⁾、大泉 亮太郎¹⁾、堀江 貴哉¹⁾、海野 彩¹⁾、伊東 優一²⁾、水間 敦士²⁾、小松崎 尚子¹⁾、山木 聡史¹⁾、森 昌玄¹⁾、鄭 英里¹⁾、平川 均¹⁾、永田 栄一郎²⁾、渡辺 稔彦¹⁾

1) 東海大学医学部小児外科

2) 東海大学医学部脳神経内科

【背景】

長期に中心静脈栄養を施行する患者では適切なセレンの補充とモニタリングが重要であること知られている。

【症例】

症例は 21 歳女性。Hirschsprung 病にて生後 2 日で全結腸および壊死小腸切除、回腸瘻造設が行われ、残存小腸は約 60cm となった。短腸症により中心静脈栄養 (TPN) 依存となり、現在に至るまで中心静脈栄養カテーテルの挿入・入れ替えを計 9 回行い、TPN に依存しながら少量の経口摂取で栄養管理をしている。10 代前半に、亜セレン酸ナトリウム注射液の治験に参加し、以降 TPN 製剤に亜セレン酸ナトリウム注射液を混注し血清セレン値をモニタリングしていた。20 歳時、特に下肢の筋萎縮と四肢の脱力を自覚するようになり CPK は 2000 以上に上昇した。筋電図では筋原性変化を認め、筋生検の病理結果からは先天性筋疾患やセレン欠乏症が疑われた。この間、血清セレン値は 7.4 から 11.3 $\mu\text{g}/\text{dL}$ の範囲で推移しており、血清セレンの参考基準値には達していない時期があった。セレン欠乏症の診断基準では、筋力低下・CPK 上昇・セレン値が該当した。亜セレン酸ナトリウム注射液を増量して補充したところ、CPK は正常化し筋力低下は改善傾向となった。

【結論】

小児短腸症による長期の静脈栄養管理において、セレン欠乏症が起こり得る可能性を認識してセレンの補充を行っていても、血清セレン値が参考基準値に満たない場合、セレン欠乏症を発症する危険性がある。

当院小児科における栄養評価方法の検討について

○松尾 優実、関 徹也、堀切 理恵子

東京医科大学八王子医療センター

【目的】

近年、成人の栄養アセスメントには GLIM 基準を用いることが推奨されているが、小児では、年齢・性別・疾患の有無により、発育速度が異なるため一律の基準で評価することが難しく、確立されたアセスメントツールもない。今回、当院小児科の特性に合わせた栄養評価方法を検討したので報告する。

【方法】

当院の特性を踏まえ、文献を基に小児栄養評価ツールを比較した。また、他院での評価方法について聞き取りを行い参考とした。

【結果】

当院小児科は、健常児の「感染症、神経疾患、アレルギー疾患、内分泌疾患、腎疾患、免疫疾患、新生児疾患」等の急性期疾患による入院が多い。

また、看護師が栄養スクリーニングを実施するため、簡便で再現性があること、診療に用いられる成長曲線を含むことを考慮した結果、急性栄養障害に加え、発育状況を踏まえた評価ができる STAMP が最適と判断した。しかし、多数の研究よりスクリーニングツールは複数のツールと組み合わせて使用すべきであることが示唆されている。STAMP の特性を補う上で栄養状態において多角的な評価が可能である waterlow 分類を組み合わせることとした。

【結論】

小児の栄養評価ツールについては、どのツールが最適であるかコンセンサスが得られていない。2種類のツールを掛け合わせた評価方法がいくつか報告されているが、STAMP と waterlow 分類を用いた報告はまだ少ない。今後、導入後の状況についても検討していきたい。

口演 3

座長

若林 秀隆

(東京女子医科大学病院 リハビリテーション科)

森 みさ子

(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護部)

慢性期経管栄養患者における年齢と胃内 pH の関連： ESBL 産生菌保菌の探索解析

○石井 映幸、川崎 純子、那須野 正恵、矢野 由美子

ふれあい鶴見ホスピタル

1. 目的 慢性期経管栄養患者における年齢と胃内 pH の関連を明らかにし、酸性経腸栄養剤（YH Fast-S）使用の胃内 pH への影響と、探索的に咽頭保菌状態への影響を併せて検討した。
2. 方法 単施設後ろ向き観察。長期入院の経管栄養 57 例（平均 80 歳、41-101 歳、男 25 女 32）で、栄養剤投与間に胃内容を吸引し pH 試験紙で測定。年齢と pH の散布図を作成し、単純線形回帰で傾向を確認した。PPI 内服の有無および酸性経腸栄養剤使用の有無で層別した。探索的に、ICT 咽頭監視培養で ESBL 産生菌検出（grade1 以上）を保菌と定義し比較した。倫理委承認のうえオプトアウトで実施。
3. 結果 非酸性栄養剤群では年齢上昇に伴い回帰直線が右肩上がりとなり、加齢とともに胃内 pH が上昇する傾向を認めた。高齢層ほど pH2-3 から 6-7 まで分布が広がり、ばらつきが拡大した。酸性経腸栄養剤群では pH が低値側（概ね 3-4 台）に集中し、回帰直線は年齢の影響はなくほぼ水平であった。咽頭ぬぐい液の監視培養で ESBL 産生菌の検出率は非酸性栄養剤群 9/39、酸性経腸栄養剤群 0/18（ $p=0.045$ ）で、高 pH 側に偏在した。MRSA と緑膿菌の検出率には有意さがなかった。
4. 結論 慢性期経管栄養では年齢とともに胃内 pH が上昇する一方、高齢層で個体差が大きい。酸性経腸栄養剤使用例では加齢による pH 上昇が小さい可能性があり、ESBL 産生菌保菌との関連は探索的所見として今後検証を要する。

高齢者肺炎患者における栄養指標（GNRI・MNA-SF）と買い物能力の関連 食べられる環境を整えることの重要性

○多田 朋子¹⁾、石川 武志²⁾、斎藤 雅彦²⁾

1) 熊谷総合病院 診療部診療看護科

2) 熊谷総合病院 内科

高齢者肺炎患者では低栄養と ADL 低下がしばしば併存するが、栄養指標と具体的な生活機能との関連を同一集団で比較した報告は少ない。本研究は、栄養状態と買い物能力の関連を明らかにすることを目的とした。

202X 年に当院へ入院した高齢者で、DPC コードに「肺炎」が付与された症例から無作為に 30 名を抽出した。電子カルテより GNRI、MNA-SF、要介護度、既往歴、買い物能力（0＝不可、1＝部分的、2＝自立）を後方視的に収集した。

買い物は手段的 ADL（IADL）の代表であり、栄養状態の影響を最も受けやすく、歩行能力、認知機能、判断力、持久力など複数の要素を必要とする。そのため、栄養状態の低下が最も早期に反映されやすい生活機能とされており、退院後の生活自立度や在宅復帰の可否に直結するため、退院後の生活自立度を反映する指標であることから主要アウトカムとした。

GNRI 分類では低栄養群で買い物不可が最多、低栄養リスク群では買い物自立が最多であった。MNA-SF 分類でも同様に、重度群で買い物不可が最多、正常群は全例が買い物自立であった。両指標で一貫した傾向が認められた。

以上より、栄養状態の低下は買い物能力の低下と関連していた。これは、栄養状態が高齢者の生活自立度に影響する可能性を示唆しており、栄養評価は生活機能低下を早期に捉える一助となると考えられた。

回復期リハビリテーション病棟における入院中のエネルギー充足率と機能的自立度評価法（FIM）改善との関連

○鹿居 小街、廣瀬 まり、四辻 真由香、土屋 宗周

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

【目的】

回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期病棟）では、エネルギー摂取量や栄養状態と機能的自立度評価法（以下、FIM）の改善との関連が報告されている。一方、必要エネルギー量に対する充足率に着目した報告は多くない。本研究は回復期病棟入院患者を対象に、入院中の平均エネルギー充足率と運動 FIM 利得との関連を検討することを目的とした。

【方法】

対象は 2024 年 6 月～2025 年 5 月に当院回復期病棟へ入院した 425 例とした。暴露因子は平均エネルギー充足率、アウトカムは運動 FIM 利得（退院時運動 FIM－入院時運動 FIM）とし、単回帰分析を行った。平均エネルギー充足率は、入院時および退院時の提供エネルギー量の平均値を、推定エネルギー必要量（理想体重×30kcal/kg/日）で除した値と定義した。

【結果】

対象患者の平均年齢は 71.2 ± 12.5 歳。男性は 42.5%。平均充足率は 92.1 ± 12.5%。

運動 FIM 利得の中央値は 24[12-32] 点。単回帰分析の結果、入院中平均エネルギー充足率は運動 FIM 利得と有意な正の関連を認めた（ $\beta = 0.30$ 、95%信頼区間 0.19～0.41、 $p < 0.001$ ）。

【結論】

入院中の平均エネルギー充足率は運動 FIM 利得と有意な正の関連を認め、入院中のエネルギー充足状態が機能回復に關与する可能性が示唆された。一方で、機能回復は多因子的であることから、リハビリテーション量など他の関連要因に加え、活動量や疾患特性を踏まえた栄養管理の工夫を含めた検討が今後求められる。

劇症型 A 群連鎖球菌感染症患者の回復期に作業療法士と管理栄養士が連携しリハ栄養指導を実施した症例

○伊藤 淳子¹⁾、若林 秀隆²⁾、清水 香織¹⁾、高橋 理美子¹⁾

1) 横浜市立大学附属市民総合医療センター

2) 東京女子医科大学病院

【はじめに】劇症型 A 群連鎖球菌感染症患者の回復期に作業療法士と管理栄養士が連携しリハ栄養指導を実施し機能改善及び知識習熟に至った症例を経験した。【症例】30 代女性。身長 158cm、体重 54.4Kg。【経過】発熱と右上肢痛出現し急激に悪化、劇症型 A 群連鎖球菌感染症の診断。入院 0 日目に気管挿管及び ECMO 装着、4 日 ECMO 離脱、8 日抜管。9 日ゼリー食開始、11 日常食、作業療法（以下 OT）開始。右上肢筋力及び全身耐久性向上訓練開始、日々運動負荷量漸増。25 日症例より「空腹感が強く、病院食が足りない」と訴えあり、管理栄養士と連携。常食 1900 → 2400Kcal、タンパク質 70 → 90 g に変更。26 日以降、日々の訓練時に運動負荷量と食事量について問答実施。50 日常食 1900Kcal に減量、不足分を症例自身で 2400Kcal になる様に調整可。63 日運動と食事に関するリハ栄養全般についての内容確認を実施、正答可。64 日自宅退院。【評価】入院 25 日（OT/管理栄養士連携時）→ 64 日（退院時）。CRP1.216 → 0.318mg /dl、体重 44.7 → 47.7Kg、右上肢 / 手指筋力 MMT2/3 → 4/4、握力 5.6 × 5.6 → 10.0 × 14.0Kg、Barthel Index90 → 100 点。【考察及びまとめ】運動負荷が漸増できる時期に OT と管理栄養士が連携をとることで機能改善に繋がった。また繰り返しの指導でリハ栄養知識が習熟でき、退院後の生活に般化できる様になったと考える。

サルコペニア外来における多職種介入により身体機能の改善を認めた 1 例

○橋本 理絵¹⁾、元井 康弘²⁾、新見 昌央³⁾⁴⁾

1) 医療法人社団永生会 永生病院 栄養科

2) 医療法人社団永生会 永生クリニック リハビリテーション科

3) 日本大学医学部リハビリテーション医学分野

4) 医療法人社団永生会 永生クリニック 診療部 リハビリテーション科

【背景】

サルコペニアは栄養状態や活動量の影響を受け、身体機能低下を来することが知られており、栄養管理と運動療法を含めた多職種による介入が重要とされている。今回、サルコペニア外来において多職種介入により身体機能の改善を認めたサルコペニア症例を経験したため報告する。

【症例】

74 歳男性。体重減少を主訴に受診。初診時体重 47.5kg、BMI15.5、骨格筋量指数（SMI）5.9kg/m²、握力右 22.9kg、左 19.4kg、4m 歩行 4 秒 94 であり、AWGS 2019 基準によりサルコペニアと診断した。

【経過】

エネルギー 1800kcal/ 日、たんぱく質 75g/ 日を目標とした食事指導と外来リハビリテーションを開始した。食事摂取量の不足を認めたため、食事内容および生活状況の評価を行い、摂取量確保に関する栄養指導を実施した。3 か月後、体重は 51.8kg まで増加し、SMI は 5.9kg/m² と維持されたが骨格筋量はわずかに増加した。握力は右 30.7kg、左 28.5kg、4m 歩行 3 秒 46 と身体機能の改善を認めた。

【結語】

サルコペニアに対しては、食事指導と運動療法を含めた多職種による継続的介入が身体機能改善に寄与する可能性が示唆された。

療養型病院に入院した高齢患者の仙骨部褥瘡の5年間の検討

○庭野 元孝

茅ヶ崎中央病院

1. 目的 療養型病院で5年間に仙骨部褥瘡と診断された高齢患者135人を対象に実状と治療方針を検討した。

2. 方法 仙骨部褥瘡患者を治癒・非治癒, 生存退院・在院死, 新規か持込みに分け, 平均年齢, 在院日数, 入院時の主傷病名と寝たきり度, NPUAPの褥瘡深達度, 治療期間, 治療後の栄養状態, 栄養投与法を調べた。CONUT変法で栄養不良レベルを調べ, 経口摂取, 経管栄養, 中心静脈栄養の効果を検討した。

3. 結果 患者は男性62人と女性73人で, 治癒43人と非治癒92人, 生存退院53人と在院死82人, 新規80人と持ち込み55人であった。治癒と非治癒の比較では, 持込み褥瘡, 寝たきり度C2(自力で寝返り不可), 深達度が皮下以上(ステージⅢ), 入院時の高度栄養不良, 治療で栄養改善しない患者の治癒不良が示され, 栄養投与法は胃瘻が有効だった。

生存退院と在院死の比較では, 持込み褥瘡, 治療で栄養改善しない患者の在院死率が高く, 経口摂取・経管栄養は延命に寄与することが示された。

4. 結論 寝たきり度C1(自力で寝返り可)以下, 深達度が真皮(ステージⅡ)まで, 胃瘻, 治療で栄養改善した患者の褥瘡は治癒が期待できた。寝たきり度C2, 深達度Ⅲ(真皮)以上, 持込み褥瘡, 入院時に高度栄養不良患者の治癒は難しかった。胃瘻患者は治癒と延命が期待できるが, 経口摂取と経鼻胃管は延命にのみ寄与し, 中心静脈栄養は両者に効果がなかった。

口演 4

座長

三松 謙司

(独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜中央病院 外科)

豊住 ひと美

(IMS グループ 医療法人財団 明理会 明理会東京大和病院 薬剤部)

原因不明の嚥下機能障害がみられ NST 回診で Parkinson 病類縁疾患と診断した 1 例

○秋本 高義¹⁾²⁾、梅田 富子¹⁾³⁾、堀内 有紀子¹⁾⁴⁾、森 沙緒理¹⁾⁵⁾、藤條 拓¹⁾⁵⁾、高橋 真実子¹⁾⁶⁾、阿部 勇人⁷⁾、岡村 行泰⁷⁾、上原 秀一郎¹⁾⁸⁾

-
- 1) 日本大学医学部附属板橋病院 NST
 - 2) 日本大学医学部内科学系神経内科学分野
 - 3) 日本大学医学部附属板橋病院看護部
 - 4) 日本大学医学部附属板橋病院栄養科
 - 5) 日本大学医学部附属板橋病院薬剤部
 - 6) 日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学系歯科口腔外科学分野
 - 7) 日本大学医学部外科学系消化器外科学分野
 - 8) 日本大学医学部外科学系小児外科学分野

【症例】60 台男性。便秘症，胃癌で幽門側胃切除，B 型肝炎，肝細胞癌（HCC）で肝 S7, S8 切除の既往あり。【経過】入院 1 か月前の CT で S7 に HCC の所見がみられ手術目的に入院。肝拡大区域切除を施行されたが，術後 4 日目に誤嚥性肺炎を呈し，耳鼻咽喉科による嚥下評価で兵頭スコア 6 点の嚥下機能障害あり。術後 21 日目より NST 介入依頼あり。NST 回診時に，入院以前から体の動きが悪かったことが聴取され，年齢に不釣り合いな不穩・歩行障害がみられた看護記録あり。神経診察で頸部を後屈させるような筋強剛と，左側にやや強い四肢の筋強剛がみられた。頭部 MRI では異常なく，ドパミントランスポーターシンチで両側線条体の集積低下がみられ，Parkinson 病（PD）類縁疾患と診断した。抗パーキンソン薬により筋強剛はある程度軽快したが嚥下機能改善に乏しく，気管切開・腸瘻造設術を施行され，転院した。【考察】PD は振戦，筋強剛，動作緩慢，姿勢反射障害といった症状が緩徐に進行する神経変性疾患で PD 様の症状を呈する PD 以外の疾患は PD 類縁疾患と呼称される。PD や類縁疾患は侵襲により神経症状の悪化・顕在化を示すことがある。原因不明の嚥下機能障害がみられ，緩徐に進行する歩行障害などが併存する場合，脳神経内科への相談が検討される。

NST の介入により短腸症候群患者に亜セレン酸ナトリウム注射液を導入し低セレン血症の重篤化を回避した一例

○小山 なつ¹⁾、勝田 雄太¹⁾、新嶋 茂正¹⁾、松崎 貴志¹⁾、勝又 健太²⁾、根岸 宏行²⁾、内藤 正規²⁾、島田 明穂³⁾、柴田 みち³⁾、川畑 亜加里⁴⁾、荒川 麻里子⁴⁾、森 みさ子⁴⁾、吉沢 和也⁵⁾

1) 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院薬剤部

2) 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科

3) 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院栄養部

4) 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院看護部

5) 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

【背景】

微量元素であるセレン (以下 Se) は、通常の食事摂取で欠乏することは稀である。一方、Se 非含有の経腸栄養や静脈栄養を行っている患者では欠乏症が報告されている。Se 欠乏症は、心不全や筋力低下、爪の白色化など多彩な症状を呈し、死亡例も報告されている。そのため、長期的な静脈栄養療法を行っている患者には、定期的な Se 値の測定と必要に応じた補充が推奨されている。今回、短腸症候群患者に対し、NST が介入した一例を報告する。

【症例】

50 歳代男性。X 年上腸間膜動脈塞栓症のため回盲部切除術施行、その術後に遅発性小腸穿孔のため大量小腸切除、空腸人工肛門造設および右側結腸切除術を施行し、短腸症候群となった。その後、少量の経口摂取に加え在宅中心静脈栄養法で栄養管理を行い、1 カ月に 1 回の頻度で血液検査などから栄養状態の評価を継続した。X + 2 年より、爪床部の白色化や変形が出現した。血清 Se 値は $10.5 \mu\text{g/dL}$ と基準値範囲内であったが、NST 多職種カンファレンスにて、長期静脈栄養という背景と臨床症状を重視し、亜セレン酸ナトリウム注射液を導入することとした。導入後、爪床部の白色化や変形に著明な改善は認めなかったものの、日常生活への支障は軽減された。また、経過中に重篤な心筋症などの Se 欠乏関連合併症は認めなかった。

【考察】

今回、NST が介入したことにより、速やかに Se の補充が行われ、臨床症状の重篤化回避に寄与した可能性が示唆された。

NST 薬剤師と病棟薬剤師の連携による食事摂取不良患者への早期栄養介入の検討

○武井 まどか¹⁾、春原 悠希¹⁾、清野 晃弘¹⁾、清家 慧¹⁾、廣澤 伊織²⁾、成田 千津¹⁾、徳原 大介¹⁾

1) 東名厚木病院 薬剤部

2) 昭和薬科大学 実践薬学部門

【目的】

当院では栄養サポートチーム (NST) の活動が週 1 回に限られ、軽度栄養障害段階での早期介入が課題である。一方、病棟薬剤師は平日常駐しているが、投与エネルギー量増加に向けた処方提案は十分でない。そこで NST 薬剤師と病棟薬剤師が連携して食事摂取不良患者に対する注射処方の早期提案を行い、その影響を調査した。

【方法】

2025 年 11 月 1 日～12 月 31 日に主食摂取量 5 割以下の入院患者延べ 177 名を抽出し、緩和ケア病棟患者等を除く 130 名を対象とした。NST 薬剤師が栄養補助食品の提供状況や投与中の補液内容を確認し、介入が必要と判断した患者に対し病棟薬剤師を通じて処方提案を行い、提案件数と採択率を評価した。併せて、取り組み前後の病棟薬剤師から NST 薬剤師への相談件数を比較した。

【結果】

11 名 (8.5%) の患者に対し処方提案を行い、全例採択された。維持液から末梢静脈栄養輸液への変更 7 名、脂肪乳剤追加 1 名、静脈栄養未実施患者への維持液開始 3 名であった。短期間で静脈栄養を終了した例もみられたが、管理栄養士との情報共有で食事調整や栄養補助食品追加が行われ、エネルギー量確保に寄与した。取り組み後、病棟薬剤師からの栄養介入の相談は月 1～2 回から 7～8 回へ増加した。

【結論】

NST 薬剤師と病棟薬剤師が連携し、医師や管理栄養士と協働することで食事摂取不良患者への早期栄養介入を行うことができた。相談件数の増加から、病棟薬剤師の栄養介入への意識向上が示唆された。

早期栄養介入と NST の介入によって経口摂取が安定した一例

○寶福 京香¹⁾、久保田 樹里¹⁾、太田 珠々菜¹⁾、石井 梨絵¹⁾、山尾 尚子¹⁾、春山 沙希子²⁾、中村 直資²⁾、佐藤 真樹子²⁾、宮本 渚³⁾、高田 恵理子⁴⁾、栗屋 真理子⁴⁾、磯海 新斗⁵⁾、田中 幸花⁶⁾、冨塚 陽介⁷⁾、溝渕 正英⁸⁾

-
- 1) 昭和医科大学藤が丘病院 栄養科
 - 2) 昭和医科大学藤が丘病院 看護部
 - 3) 昭和医科大学藤が丘病院 薬剤部
 - 4) 昭和医科大学藤が丘病院 病院薬剤学講座
 - 5) 昭和医科大学藤が丘病院 臨床検査室
 - 6) 昭和医科大学藤が丘病院 リハビリテーション技術部
 - 7) 昭和医科大学藤が丘病院 形成外科
 - 8) 昭和医科大学藤が丘病院 内科（腎臓）

【背景】早期栄養介入やチーム医療による介入は臨床経過の改善や経口摂取の維持に寄与することが報告されている。今回、救命病棟から早期栄養介入を行い、NST へ引き継いだことにより体重が減少することなく経過した症例を報告する。【症例】80 代、女性。身長 154 cm、体重 34 kg、BMI 14.3 kg/m²。誤嚥性肺炎、尿路感染症、敗血症性ショック、高 Na 血症の診断で入院した。GLIM 基準による栄養評価で重度低栄養と診断された。第 1 病日より救命病棟で管理栄養士により早期栄養介入を開始され、多発褥瘡に対して WOCN も介入した。第 2 病日に経腸栄養が開始されたが、水様便を認めていた。第 7 病日に転棟・転科のため、栄養管理を NST に引き継いだ。NST 介入後、経腸栄養剤の変更により水様便は改善した。嚥下機能は喉頭挙上を認め、随意嚥下が可能であったため、第 15 病日より嚥下食（学会分類コード Oj）を試みたが、開口拒否・易怒性のため摂取不良であった。ST による訓練を継続し、看護師による食事介助時の声掛け、管理栄養士による食事内容量の調整を行った。その結果、食事摂取量は徐々に増加し、経口摂取のみで必要栄養量を充足することができるようになった。褥瘡も上皮化し、著明な体重を認めることなく第 56 病日に転院した。【結論】本症例では、入院時から転棟・転科後に至るまで切れ目のない栄養介入により体重減少の抑制に寄与した可能性が示唆された。

小児専門病院における栄養サポートチーム体制の仕組みと課題について

○秋山 紘槻¹⁾²⁾、斎藤 美月¹⁾²⁾、田中 紀子¹⁾²⁾、木場 美紀¹⁾²⁾、西巻 祐依²⁾、山田 美貴²⁾、横山 恭子²⁾、岩城 暁代²⁾、前川 和也²⁾、高増 哲也²⁾

1) 神奈川県立こども医療センター 栄養管理科

2) 神奈川県立こども医療センター NST

【目的】当センターでは2005年に栄養サポートチーム（NST）を発足した。2012年から多種多様な症例に対応するため、従来のNST活動に加え各分野を専門に扱う栄養プロジェクトチーム（NPT）を結成した。当センターのNST体制の仕組みと直近の活動内容について報告する。

【方法】2024年度のNSTおよびNPTの介入件数、回診件数、算定件数、依頼理由、依頼診療科を集計した。

【結果】NPTでは各チームを担当している管理栄養士が情報の収集やアセスメント、カンファレンス内容と提案の記録などを行っている。NSTおよびNPTに参加する職種が合同で行うセクション担当者会議も開催しており、リンクナースを中心に活動の計画や報告を行っている。NSTの介入件数は72件、回診件数は165件だった。依頼理由は栄養障害が最も多く、依頼診療科は神経内科と総合診療科が最も多かった。NPTの介入件数は循環器NPTが77件、重心NPTが67件、小児がんNPTが95件、摂食嚥下チームが17件、側弯症周術期NPTが25件だった。全体の算定件数は57件であり、回診件数に対する算定率は約13%であった。

【結論】小児専門病院におけるNST活動について報告した。小児疾患は月齢年齢や基礎疾患、発達の特性、家族の状況などの要素で複雑な症例が多い。多職種での栄養管理の需要が高いが、個別性のある提案をチーム内で体系的に伝達しにくいことや、現在の診療報酬体制ではNST加算を算定できない症例が多いことが課題となっている。

精神科入院患者における食下げ後 1 か月の体重変化に関する探索的検討

○金木 美佳

昭和医科大学烏山病院栄養科

【背景・目的】

精神科入院患者は基礎疾患や抗精神病薬の影響により嚥下機能が低下し、誤嚥性肺炎や窒息のリスクが高い。当院では歯科医師による嚥下回診を実施しているが、食事形態を軟らかいものに変更する食下げによって、食事の栄養価が低下する可能性がある。そこで食下げ後 1 か月の体重変化の実態を調査し、体重減少に関連する要因を探索的に検討した。

【方法】

2024 年 4 月～2025 年 3 月に嚥下回診を受けた 604 名のうち、食下げ後 1 か月の体重が追跡可能であった 15 例を対象とした後方視的観察研究を行った。診療録より BMI、体重、摂取エネルギー量を調査した。体重変化は 1kg 以上の減少を体重減少と定義し、これを減少群、その他を非減少群とした。連続変数は中央値（IQR）で示し、Wilcoxon 順位和検定および Spearman 順位相関係数を用いた。

【結果】

15 例のうち、7 例（46.7%）に体重減少を認め、減少量中央値は 2.2kg（1.4-3.3）であった。食下げ前 BMI および摂取エネルギー量変化はいずれも群間差を認めなかった。体重減少例の中には摂取エネルギー量が増加した症例も含まれ、摂取エネルギー量と体重の相関は有意ではなかった（ $p = 0.246$ 、 $p = 0.377$ ）。

【結論】

精神科入院患者における食下げ後の体重変化は一様ではなく、摂取エネルギー量のみならず、他の要因が体重変化に関与している可能性が示唆された。今後は症例数を増やし、薬剤や活動量などの因子を含めた検討が必要である。

口演 5

座長

長峯 朋子

(日本医科大学付属病院)

澤田 実佳

(東京大学医学部附属病院 病態栄養治療部)

心臓移植後汎血球減少に対しココアを飲用して貧血が改善した一例

○亀山 久美子¹⁾、藤條 拓²⁾、安部 斉子³⁾、松土 理恵⁴⁾、安達 明完⁴⁾、馬場 大季⁴⁾、小嶋 啓介⁵⁾、渡邊 隆大⁵⁾、新見 昌央⁶⁾

1) 日本大学医学部附属板橋病院栄養科

2) 日本大学医学部附属板橋病院薬剤部

3) 日本大学医学部附属板橋病院看護部

4) 日本大学医学部附属板橋病院リハビリテーション室

5) 日本大学医学部内科学系循環器内科分野

6) 日本大学医学部リハビリテーション医学分野

【はじめに】心臓移植後汎血球減少に対しココアを飲用して貧血が改善した一例を経験したので報告する。

【症例】末期心不全で LVAD、RVAD 含めた集中治療を約 20 か月継続した後、心臓移植を施行された症例。

【経過】集中治療に伴う ICU-acquired weakness および長期低活動状態の結果、全身の筋力低下と呼吸筋の筋力低下により人工呼吸器管理となり、高度腎障害も認め腹膜透析導入となった。食事が進まず四肢筋力は低下傾向であったため、退院を目標に食事量を増やすため許可を得て院内コンビニ食品等を摂取していたところ補助具を使用して歩行できるまでに身体機能は改善したが、肺炎を発症し身体機能は再度低下した。肺炎発症後は TPN 加療が中心となり縮毛がみられ定期的な採血検査では貧血が続いた。貧血の原因精査で血清銅が $9 \mu\text{g/dL}$ であったため主治医からココアの摂取を指示されたが、誤嚥性肺炎も繰り返して生じていたため ST と共に安全なココアの飲用方法を構築した。また内服薬の吸収にココアが影響しないかを薬剤師に確認した。ココアを飲み続け約 4 か月後血清銅 $90 \mu\text{g/dL}$ まで改善。体重および筋力も増加し連続 150m の歩行が可能となった。また縮れていた毛髪は元の直毛に変化した。

【結語】本症例は、主治医からの声掛けで多職種が定期的に集まり問題点や対応についてミーティングを行った。多職種が連携しながら適切な支援を行うことにより、良好な経過をたどることができた症例を経験した。

NST 介入患者における退院時情報提供の現状 —退院時サマリーおよび情報提供書のテキストマイニ ング解析—

○矢倉 尚幸、佐々木 喬哉、奥本 真弓、蛸子 みどり

社会福祉法人ワゲン福祉会 総合相模更生病院

【目的】退院後の在宅療養において栄養管理の継続には、退院時の適切な情報共有が重要である。本研究では、総合相模更生病院（以下、当院）NST が介入した患者の退院時薬剤サマリーおよび退院時情報提供書を対象として後ろ向きに調査し、退院時における情報提供の実態と課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】令和7年に当院 NST が介入し退院した患者のうち、死亡退院を除いた110名を対象とし、退院時の栄養投与経路が食事群、経腸栄養（EN）群、経静脈栄養（PN）群と分け、記載内容をテキストマイニングソフト KH Coder を用いて形態素解析を行った。

【結果】食事群92名、EN群8名、PN群10名であった。「入院」（119回）「中止」（62回）「開始」（50回）などは多く抽出されたが、「食事」（17回）「栄養」（14回）「経管」（9回）などは少なく、「kcal」（2回）「PPN」「栄養剤」「中心静脈栄養」（各1回）はほとんどなかった。また EN と PN 群では「栄養」「食事」「誤嚥」に繋がりが見られたが、栄養関連の具体的内容の記載は限定的であった。

【考察】退院時サマリーおよび退院時情報提供書は治療経過に関する記載が中心で、栄養関連の具体的内容の記載は十分でない可能性が示唆され、文書を作成する病棟薬剤師への NST からの情報共有が不十分であることが明らかとなった。今後は NST と病棟薬剤師が連携し、栄養関連情報の標準化や記載内容の充実を図ることが必要であると考えられた。

ケアマネジャーと低栄養の共有を ～ GLIM 基準を地域へ～

○飯島 令子¹⁾、中瀬 一²⁾

1) 北杜市立甲陽病院 栄養科

2) 外科

【目的】

地域療養者の生活に最も近い存在であるケアマネジャーが低栄養の早期発見、予防に取り組んでもらえるようになることを目指す。

【方法】

北杜市のケアマネジャーを対象に低栄養の問題点と GLIM 基準に関する研修会を開催。研修会終了時のアンケート結果を集計。

【結果】

研修会参加者 45 名から回答。年齢は 50 代が 35.6%、経験年数は 5 年未満が 26.7%。

利用者の食生活は量が気になる 77.8%、内容が気になる 82.2%。過栄養より低栄養を気にしている 66.7%、体重は増加より低下を気にしている 60.0%。

GLIM 基準を聞いたことがない 71.1%、GLIM 基準に関して全員が理解した。下腿周囲長は測定したことがなかった 60.0%、今後測定したい 53.3%。GLIM 基準は利用できそう 93.3%。

栄養に関する多職種連携に関しては積極的に連携 35.6%、連携は必要だが栄養の優先度は低い 37.8%、介入が難しいが 35.6%。栄養に関して相談連携したい職種は管理栄養士 93.3%、医師 82.2%、看護師 73.3% が上位だった。

自由回答は改善ための助言や工夫に悩む、相談や共通認識も必要などだった。

【結論】

ケアマネジャーは低栄養や体重低下に関して留意していた。下腿周囲長測定に前向きな姿勢なので、GLIM 基準活用で地域の低栄養者を拾い上げることに期待できる。そのためには管理栄養士の積極的なサポートも必要である。今後活動結果の調査も予定している。

腎臓ケア・サポートセンターによる地域一体型 NST と終末期医療

○町田 慎治

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 腎臓・高血圧内科

【目的】腎保護主体の CKD 診療は、栄養状態の保護、さらにその先の終末期ケアを見過ごす可能性がある。これらの課題に応えるために「透析療法部」を「腎臓ケア・サポートセンター (KiCS)」へと名称変更した当院の取り組みを紹介する。【方法】KiCS のミッションは、①腎保護の深化、②地域一体型 NST の実現、③善い終末期の文化創り、の 3 本柱である。②③の実践のために 1 コマ最大 1 時間の「じんサポート外来」を新設し、「サルコペニア診断」および「ACP」を十分な時間を確保し行っている。【結果】本発表は KiCS 設立の理念と構想に関するものであり、現時点での具体的な臨床アウトカムデータは含まない。既報では透析導入時の ADL 不良が早期死亡割合と関連することや、本邦全体での ACP の不足が示されている。これらは従来の CKD 診療では患者の人生全体を支えきれない可能性を示唆しており、KiCS はこれらの課題に取り組む土壌となり得ると考える。【結論】KiCS への名称変更は包括的なアプローチのための第一歩であり、従来の価値観に留まらない CKD 診療の在り方を再定義する試みである。

急性期脊髄損傷患者における消化管出血の実態 —NST 介入症例の後方視的検討—

○木村 祐子¹⁾、野呂 彩美¹⁾、安藤 晋介¹⁾²⁾、黒瀬 聡子¹⁾、小原 奈々¹⁾、五十嵐 緑¹⁾、大下 優介³⁾、
杉山 彰英¹⁾²⁾

1) 昭和医科大学横浜市北部病院 NST

2) 昭和医科大学横浜市北部病院小児外科

3) 昭和医科大学横浜市北部病院整形外科

目的) 急性期管理下で NST が介入した脊髄損傷患者における消化管出血の実態を明らかにし、予防的酸分泌抑制薬投与の意義と課題について検討する。

方法) 2021 年 1 月から 2025 年 7 月までに当院で脊髄損傷と診断され、急性期に NST が介入した患者を対象に後方視的検討を行った。診療録より患者背景、脊髄損傷レベル、消化管出血発症前の予防的酸分泌抑制薬投与の有無、消化管出血の有無を抽出した。さらに、栄養状態の指標として血清アルブミン値 (Alb) および Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI)、ならびに診断後の経腸栄養開始までの期間を解析項目とした。消化管出血は臨床症状および内視鏡所見により診断し、急性期は脊髄損傷診断後 28 日以内と定義した。

結果) 対象は 15 例で、そのうち 4 例 (26.6%) に消化管出血を認め、全例が診断後 28 日以内に発症した。出血部位は上部消化管 3 例、下部消化管 1 例であった。消化管出血を発症した症例には高位脊髄損傷が 2 例含まれ、また 2 例では発症前に酸分泌抑制薬の予防投与が行われていなかった。発症時の Alb は 1.5-2.2 g/dL、GNRI は 61.1-82.4 で、全例が中等度以上の栄養リスクを示した。また、経腸栄養開始は診断後 2 - 12 日目であり、開始までに時間を要した。

結論) 脊髄損傷の消化管出血は低栄養状態を伴う症例で認められた。高位脊髄損傷や低栄養などの高リスク症例では酸分泌抑制薬の予防投与を考慮し、NST による早期栄養介入を含めた包括的管理が重要である。

当院腫瘍センターにおける化学療法中の切除不能膵癌患者への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】当院は令和 4 年 12 月に、がん化学療法を一元的に実施する横断的な診療科として腫瘍センターを開設した。本センターで、切除不能膵癌患者に対し、外来化学療法を含め管理栄養士が継続的に関与した栄養管理の経過を報告する。

【症例】80 歳代女性。X 年 8 月、切除不能膵体部癌に対し GnP 導入目的で当院腫瘍センターへ入院。身長 142.5cm、体重 49.4kg(BMI24.3kg/m²)、入院時の栄養スクリーニングでは栄養障害リスクは認めなかった。目標エネルギーは体重維持として 1500kcal/日としたが、GnP 導入直後より食欲不振を認め、ONS 併用を開始。退院時は摂取量 800kcal/日に留まり、その後外来化学療法中に PD 判定となった。X+1 年 2 月、2nd lineFOLFOX 導入目的で再入院となり、体重 42.2kg(BMI20.8 kg/m²)と 6 か月で 15%減少、GLIM 基準で低栄養と診断された。外来化学療法室での継続的な栄養指導で摂取量は 1200kcal/日程度で推移した。X+1 年 9 月、3rd line NAPOLI 導入の入院時には、自宅での食事内容に合わせた調整と ONS 併用を行ったが、最終的に緩和治療へ移行となり転院となった。

【考察及び結論】化学療法中の切除不能膵癌患者では、外来への移行や治療方針の変更を契機に栄養状態が短期間で大きく低下することがある。腫瘍センターに病棟を集約し、診療体制を一元化することで管理栄養士のシームレスな栄養介入を可能にし、治療継続の支援に有用であった可能性がある。

口演 6

座長

秋本 高義

(日本大学医学部附属板橋病院 脳神経内科)

工藤 雄洋

(神奈川県済生会横浜市東部病院 栄養部)

間質性肺疾患におけるニンテダニブ治療開始3か月後の体重減少に関連する要因の検討

○平松 正和¹⁾²⁾、中山 環³⁾、大畠 彩瑛⁴⁾、安井 愛菜⁴⁾、香川 智子⁵⁾、竹内 奈緒子⁵⁾、
安井 洋子²⁾、新井 徹⁵⁾⁶⁾

1) 東京家政学院大学 人間栄養学部 人間栄養学科

2) 大阪公立大学 生活科学研究科

3) 独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 栄養管理室

4) 大阪公立大学 生活科学部

5) 独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科

6) 独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター

【背景】 間質性肺疾患 (ILD) における低栄養は生命予後と関連するため、体重減少を予防することが重要である。抗線維化薬ニンテダニブ (NTB) は ILD の治療薬である。NTB の副作用では下痢が約 60% と最も多く、下痢によって体重減少のリスクが考えられる。NTB 治療開始 3 か月後の体重減少に関連する要因を検討した。

【方法】 対象は、2024 年 12 月～2025 年 11 月に近畿中央呼吸器センターで NTB 治療を開始し、研究参加に同意した ILD 患者 35 名である。その内、治療開始時と治療開始 3 か月後の体重のデータがあった 24 名を解析した。治療開始 3 か月後の体重減少率を算出し、3% 以上の体重減少の有無で 2 群に分けた (以下、単に体重減少あり群・なし群)。治療開始時の患者背景、栄養状態、食事摂取状況 (FFQ-NEX) を比較した。また、治療開始後 3 か月以内の下痢の有無を比較した。

【結果】

体重減少あり群は 7 名 (29.1%) だった。体重減少あり群はなし群と比較して、GLIM 基準による低栄養の割合が多い傾向だった ($p=0.085$)。下痢の発生割合は群間で差はなかった。体重減少あり群はなし群と比較して、マグネシウム、鉄、マンガン、葉酸の摂取量が少なかったが ($p<0.05$)、エネルギーとたんぱく質摂取量には差はなかった。

【結論】

NTB 治療中の ILD 患者における体重減少に関連する要因について、更なる検討が必要である。

入院時栄養状態が退院時転帰予測に与える影響

○今野 華江¹⁾、森本 紘一郎¹⁾、村上 匠¹⁾、吉田 翔祐¹⁾、斎藤 恵子¹⁾²⁾、馬場 裕之¹⁾

1) 世田谷北部病院

2) 機能強化型多摩小金井認定栄養ケア・ステーション

【目的】41回日本栄養治療学会において「自宅外入院では低栄養あり、重度低栄養が高かった。」と報告を行った。「自宅から入院した患者は、その後実際に自宅へ戻れているのか」との質疑を受け、入院経緯別の転帰調査を行った。本研究では、自宅・施設それぞれの入院時栄養状態が、退院時の転帰をどの程度予測できるかを検証した。

【方法】2025年1月から同年5月までの入院延べ患者623名の内、3日以内の退院、急性期病院からの入退院を除いた325名（自宅群246名、施設群79名）の入院時栄養状態と転帰を検討した。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（CC）を用い、MNA[®]-SF9点以下を「栄養リスクあり」とし、GLIM基準による低栄養診断を行った。

【結果】自宅入院では、MNA[®]-SF（ $p < 0.001$ ）およびGLIM基準（ $p < 0.001$ ）のいずれも転帰と極めて強い有意な関連を示した。GLIM基準「重度」群の自宅復帰率は48.5%で、「なし」群の86.2%に対し有意に低かった（ $p < 0.001$ ）。一方、施設群では有意差はないものの、GLIM基準「重度」群では転帰が悪化しやすい（30.5% vs 15.0%）傾向が見られた（ $p < 0.231$ ）。

【考察】入院時栄養状態による転帰予測は自宅入院群において極めて有効であった。

自宅患者であっても栄養不良は転帰悪化の強力なリスク因子であり、自宅への復帰を維持するためには、入院早期からの積極的な栄養介入が必要不可欠である。

管理栄養士の病棟常駐体制の維持を困難にした給食運営スタイルのリアルワールド

○清水 陽平¹⁾、中川 真希¹⁾、小野 祐理子¹⁾、篠崎 京子¹⁾、保坂 彩華¹⁾、大橋 由奈¹⁾、
滝沢 彩乃¹⁾、亀井 宏恵²⁾、原田 みづほ¹⁾、片山 沙耶¹⁾、木村 夏実¹⁾、金丸 愛¹⁾、森田 桃子¹⁾、
武石 桃奈¹⁾、森 加寿磨¹⁾

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

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メディカルプラザ

1. 目的：海老名総合病院では、2025 年 11 月より給食運営体制が完全委託から一部委託へと変更になった。その結果、サテライトキッチンの運営に病院側の管理栄養士が係わることとなり、従来の病棟常駐体制の維持は困難となった。そこで、今回の給食運営体制の変更が病院経営や部門運営に及ぼす影響について客観的指標を用いて前後評価する。2. 方法：前後評価の軸を 2025 年 11 月とした。病院経営に影響を及ぼす客観的指標は①主要な医療提供量とし、部門運営に影響を及ぼす客観的指標は②業務改善件数とその内容とした。①は、2025 年 4 月から 10 月までの医療提供量の総和を月数で除した数値に対し、2025 年 11 月～2026 年 1 月までの数値を比較した。②は、11 月以降に新たに取り組んだ給食運営に関連する業務内容とした。3. 結果：①では、早期栄養介入管理加算 57.6%、周術期栄養管理体制加算 100% 栄養サポートチーム加算 46.7%、外来栄養食事指導 40.0% とそれぞれ減少した。②では、具体的には「時間外の朝食提供の中止」「廃棄食の削減」「同じ病棟内での部屋変更作業廃止」「産婦食の見直し」「食物アレルギー対応早見表の作成」「小児食の料理盛付直しの中止」「変則勤務（早番、遅番）の設定」などを含め 100 件以上であった。4. 結論：給食運営体制の変更により、医療提供量を維持できなかった。一方で手付かずであったサテライトキッチンの運営では、新たな業務改善につながった。

当院における乳酸菌死菌 (EF-2001) 含有栄養補助食品の使用実態調査

○紺野 真由、佐々部 利菜、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 近年の腸内細菌叢研究において、乳酸菌による免疫調節機能への関心が高まっている。昭和医科大学病院では、乳酸菌 E. フェカリス (EF-2001) を 6,000 億個含有するほか、12 種類のビタミン、および亜鉛やセレンなどのミネラルを配合した栄養補助食品を採用している。今回、臨床現場における乳酸菌死菌 (EF-2001) 含有栄養補助食品 (以下、EF-2001 含有飲料) の使用実態について調査を行った。
2. 方法 2020 年 1 月から 2025 年 12 月までに昭和医科大学病院に入院中において EF-2001 含有飲料を使用した患者を対象とし、電子カルテにて後ろ向き調査を行った。なお、本研究は昭和医科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いる。(承認番号 2025 - 0504)
3. 結果 入院患者において EF-2001 含有飲料を使用した症例数は全 102 例であった。EF-2001 含有飲料の投与目的としては、抗菌薬による下痢予防目的が 10 例、すでに生じている下痢に対しての腸内細菌叢改善の目的が 21 例、ディスバイオーシス予防・治療目的が 4 例、感染予防 (免疫賦活化も含む) 目的が 34 例、微量元素補充目的が 16 例、その他 (投与目的不明も含む) が 25 例であった。
4. 結論 昭和医科大学病院に入院中の患者への EF-2001 含有飲料の使用目的は、感染予防が最も多くその次にすでに生じている下痢や下痢予防など腸内細菌叢の改善が多かった。投与された患者背景などは現在集計中である。

特別食適応の確認体制強化は栄養指導件数を増大させる

○土屋 輝幸

武蔵野徳洲会病院

【序論】

特別食は、患者の病状や身体状況に応じた適切な栄養管理を実現し、健康維持や重症化予防、生活の質の向上を支える観点から重要である。特別食を提供している患者は、入院栄養食事指導の対象となる。

しかし、2024 年度に実施した職能団体の調査によると、急性期医療を支える基幹的病院は、32.8%の算定率にとどまっている。

【目的】

予定入院患者の特食率を上昇させ、栄養指導件数が増加したかを明らかにする。

【方法】

2025 年 7 月より当日入院患者を電子カルテにて洗い出し、特別食の適応があるのか否かを入院する前にチェックする体制を構築した。体制構築前後 6 ヶ月を比較し、特別食加算率の変化を集約した。また特別食が提供されている患者に対して医師の指示のもと栄養食事指導を漏れなく実施した。栄養食事指導の実施件数も体制構築前後 6 ヶ月で比較した。

また関連因子として、患者の診療科も分析した。

【結果】

体制構築後は、1 日約 15 件チェックした。そのうち 8 割程度、特別食の適応があるため、食事変更を要した。介入前後で特食率は、59%から 64%へ上昇した。入院栄養食事指導件数は、1 月平均 375 件から 1 月平均 448 件へ増大した。介入時の患者の診療科は、整形外科、泌尿器科、外科の順に多かった。

【結論】

入院前の患者の特別食確認を強化したことにより、特食率は上昇し、栄養食事指導件数は増加した。

薬剤師から管理栄養士への講義から考える今後の連携について

○田原 温、野口 周作

日本医科大学武蔵小杉病院薬剤部

【目的】

栄養管理において、他職種連携は重要であり、栄養管理に関わる勉強会が、院内や各職能団体等で開催されている。しかし、薬剤師が管理栄養士に対し栄養関連の薬剤知識を講義する機会は少ない。

今回、薬剤師による管理栄養士向け講義の理解度・有用性を評価し、両職種の連携に対する意識を明らかにする。

【方法】

2025 年 10 月、第 7 回私立医科大学病院栄養士研修会にて、薬剤師が「栄養ケアに効く！薬の知識！」と題した講義を実施した。内容は経静脈・経腸栄養、電解質管理、プロバイオティクス、食欲に関わる薬剤、ポリファーマシーとした。講義後、参加した 36 名にアンケートを行い、講義の理解度・有用性、実務への活用、薬剤師に相談・協働したいテーマ、薬剤師との連携意識について調査した。

【結果】

講義の理解度・有用性はいずれも高評価であり、特にポリファーマシーや食欲に関わる薬剤では「とても理解できた」「非常に有用」との回答が多かった。実務への活用の項目は経腸栄養、ポリファーマシーが多く、薬剤師に相談・協働したい内容は電解質管理とポリファーマシーが上位であった。薬剤師との連携の必要性を「強く感じた」は 83.3%であった。

【結論】

薬剤師による講義は管理栄養士にとって有用であった。管理栄養士と薬剤師の連携が、栄養管理上の課題を共有する機会として有用と考えられ、相互の専門性を生かした協働が、より質の高い栄養管理につながると考えられる。

ポスター

座長

杉山 彰英

(昭和医科大学横浜市北部病院 小児外科)

関 徹也

(東京医科大学八王子医療センター 栄養管理科)

アルコール性心筋炎疑いで refeeding 症候群発症のリスクが高い患者の1例

○伊藤 瑞枝¹⁾、大森 俊和²⁾、丸山 大貴²⁾

1) 石心会 川崎幸病院 栄養科

2) 石心会 川崎幸病院 薬剤部

背景

refeeding 症候群のリスク評価方法、診断基準に統一された基準はない。英国国立医療技術評価機構（NICE、以下 NICE と表記）は初期投与 10kcal/kg/ 日以下で 4-7 日かけてゆっくり栄養必要まで増やすことが推奨され、ビタミン B1 は 3-10 日間、200-300mg/ 日投与が重要と記載されている。アルコール多飲患者では refeeding 症候群発症リスクは高い。

症例

53 歳男性、動悸、倦怠感、軽労作時息切れを主訴に救急外来を受診される。来院時、身長 171.5cm、体重 54kg、BMI18.4、MNA-SF は 7 点、GLIM 基準は高度低栄養と評価し、アルコール多飲もあり NICE で高リスクに該当した。入院時採血は Mg1.7mg/dl、K4.4mmol/l、リンの測定なし、refeeding 症状が生じる可能性があると予想し、1-3 病日で 10-15kcal/kg、4-6 病日で 15-20kcal/kg、7 病日以降に 20-25kcal/kg 程度でエネルギー設定を行い主治医へ提案した。

経過

1-4 病日 5-8kcal/kg、5-7 病日で 16-28kcal/kg、8 病日以降 36-38kcal/kg のエネルギー投与となった。ビタミン B1 は 11 日間の投与、フロセミドは継続、7 病日でカリウム補正は終了、ブドウ糖は 14 病日まで補正が必要だった。shock 離脱後は当初予定していたエネルギー設定より多い投与量ではあったが、この症例については必要だと判断した。

考察

refeeding 症状予防のためエネルギー投与量は少量投与が推奨されるが、この症例に関しては shock 状態離脱後、積極的な栄養投与が必要だった。

筋量 (SMI) の機能的自立度 (FIM) への寄与に関する調査

○小林 龍生¹⁾、半田 悠也¹⁾、補永 薫²⁾

1) 練馬駅リハビリテーション病院

2) 順天堂大学大学院医学研究科 リハビリテーション医学

目的

回復期病院の目標はリハにより機能的自立度 (FIM) を向上させることである。一方、回復期病院でサルコペニアの比率が高く低筋量の症例が多いことも指摘されている。筋量が多いほど FIM も向上することが予想される。入院時サルコペニア比率と、筋量が FIM と関係しているか調査した。

方法

対象は 2023 年 1 月から 2025 年 3 月に入院し、タニタ体組成計 ポールタイプ (MC-780MA-N) を用い BIA 法による SMI の計測が施行できた 639 名 (男性 244 名、女性 395 名) で、可能であれば 1 カ月ごとに計測を行い、のべ計測回数は 1135 回である。

初回計測時 AWGS2019 のサルコペニア診断基準の BIA での SMI のカットオフ値、男性 7.0kg/m²、女性 5.7kg/m² 未満の比率、および FIM と SMI との相関、FIM と年齢および SMI との重相関を調査した。

順天堂大学の倫理承認 (研究課題番号: E25-0427) を得ている。

結果

サルコペニア基準値未満の比率は、男性は全体で 57%、後期高齢者では 74%、女性は全体で 38%、後期高齢者では 47% で、FIM と SMI との相関係数は男性 0.36 (P<0.01)、女性 0.17 (P<0.01) であった。FIM と年齢、SMI との重回帰分析は、回帰式は男性 $FIM = 3.88 \times SMI - 0.53 \times \text{年齢} + 100.25$ 、重相関係数 0.43 (P<0.01)、女性の回帰式は $FIM = 2.46 \times SMI - 0.57 \times \text{年齢} + 116.98$ 、重相関係数 0.31 (P<0.01) であった。

結論

機能的自立度と筋量の相関が確認でき、機能的自立度の向上には、サルコペニアの改善が重要であることが再確認できた。

多発褥瘡の脳卒中患者の栄養面への介入した ～皮膚・排泄ケア特定認定看護師からの視点～

○柴田 智恵子、渡邊 祐美、芦田 綾、松浦 英輝

医療法人社団愛友会 三郷中央総合病院

1. はじめに

多発褥瘡を発生させた脳卒中患者の創傷管理に特定認定看護師2人とNSTが協働し、良好な結果を得た。創傷治癒遅延の一因となる低栄養状態を早期に改善したくNSTの介入を複数の特定認定看護師が調整し、定期的にチーム内での情報の共有や栄養調整を実施できた。著しい栄養低下なく、創傷治癒の促進もあり回復期リハビリ病棟でも良好な経過で退院へ繋げる事ができたので報告する。

2. 事例紹介と経過

右MCA領域に脳梗塞を発症し、体動困難となり発見までに長時間経過した為に左半身6カ所に褥瘡を発症した状態で当院へ搬送されたA氏、80歳代、女性である。

創部は壊死し炎症兆候あり、早々に壊死組織の除去が必要であった。褥瘡治癒促進の為、早期に栄養摂取経路を確保したくNST介入について脳卒中看護特定認定看護師へ相談した。チーム介入中は各創部の状況はDESIGN-R2020の点数を記録し、創部の写真をラウンド時に各メンバーで共有した。

3. 結果

入院中の体重減少もほぼなく、複数あった褥瘡は治癒する部位が増え、DESIGN-R2020の点数も減少し創傷治癒が進んだ。Alb値は多発褥瘡があっても2.0g/dlを下下する事なく、回復期リハビリ病棟へ移動後も創傷治癒過程は進み、1カ所の褥瘡を残し、転院となった。多発褥瘡患者でも早期にNST介入によって良好な創傷治癒の経過を支援することができた。

多発褥瘡のある脳卒中患者の栄養面への介入した一例 ～脳卒中看護認定看護師からの視点～

○渡邊 祐美、柴田 智恵子、松浦 英輝

医療社団 愛友会 三郷中央総合病院

1. はじめに

今回、特定認定看護師2人と管理栄養士、言語療法士と多職種で連携をとりながら、持ち込みの複数の褥瘡のある脳卒中患者へ特定行為の実践、看護ケアの指導を行うことで、早期の栄養管理の介入を行い、良い経過をたどることができたため発表する。

2. 実践内容

対象は、右MCA領域の梗塞像がある患者、80歳代、女性である。発症してから身動きが取れず、搬送時から左半身に6カ所と多数の褥瘡があった。今後リハビリ強化や褥瘡からの浸出液によるAlb漏出を懸念し、点滴内容と食事内容について介入した。

一つ目は、低濃度糖加アミノ酸輸液から高濃度アミノ酸液に変更、脂肪乳剤を追加、二つ目に、言語療法士と相談し、嚥下訓練の際に使用するゼリーを蛋白量の多いブリックゼリーRへ変更した。食事形態が上がるタイミングで管理栄養士と褥瘡の状態を情報共有し、治療食の内容の検討を行い、病棟スタッフへ食事の中でも優先的に摂取したいものの指導を行った。

3. 結果

入院時の体重から大幅な変化もなく、Alb値は入院時4.0g/dlあったものが2.0g/dlまで低下したものの、2日後から2.2g/dlと上昇、その後低下することはなかった。褥瘡に関しては、最も深さのある一カ所をのぞき、肉芽の色調も良好、壊死組織の除去も進み改善している。深さと大きさのあった左大転子部に関しては、感染、ポケット形成や治癒困難とはならず経過している。

栄養スクリーニング・アセスメント表記録の定着化への取り組みーリンクナースによる記録チェックの効果ー

○梅田 富子¹⁾²⁾、亀山 久美子¹⁾³⁾、堀内 有紀子¹⁾³⁾、藤條 拓¹⁾⁴⁾、森 沙緒理¹⁾⁴⁾、秋本 高義¹⁾⁵⁾、高橋 真実子¹⁾⁶⁾、上原 秀一郎¹⁾⁷⁾

-
- 1) 日本大学医学部附属板橋病院 NST
 - 2) 日本大学医学部附属板橋病院 看護部
 - 3) 日本大学医学部附属板橋病院 栄養科
 - 4) 日本大学医学部附属板橋病院 薬剤部
 - 5) 日本大学医学部内科学系神経内科学分野
 - 6) 日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学系歯科口腔外科学分野
 - 7) 日本大学医学部外科学系小児外科学分野

【背景】

栄養評価は適切な栄養治療を行う上で重要であるが、病棟においては記録の未記載や記載漏れが多く、評価が十分に活用されていない現状がある。当院では昨年度より、電子カルテと連携し GLIM 基準による栄養評価が可能な「栄養スクリーニング・アセスメント表」を導入したが、操作や記載方法への戸惑いも影響し、所定項目の記録漏れが多い状況であった。

【目的】

病棟における栄養評価記録の定着化を目的に、リンクナースと協働して記録チェックを行い、その効果を検討した。

【方法】

当院 19 病棟を対象に、リンクナースとともに定期的な栄養評価記録のチェックを実施した。未記載項目については病棟スタッフへフィードバックを行い、記録漏れ（所定項目の未記載）の割合を調査開始時と介入後で比較した。

【結果】

調査開始時には栄養評価記録における記録漏れは約 40%であったが、リンクナースと協働した記録チェックを継続した結果、半年後には約 25%まで減少した。

【考察・結論】

リンクナースと協働した継続的な記録チェックは、記録システム導入後の混乱期においても、栄養評価に対する意識向上と記録行動の定着に寄与した可能性がある。今後は記録漏れの減少にとどまらず、評価内容の妥当性や臨床活用を含めた栄養評価の質の向上を課題として取り組んでいく必要がある。

嚥下チームの活動報告

○高橋 直子¹⁾、新見 昌央²⁾、小澤 歌織¹⁾、亀山 久美子³⁾、星野 裕一¹⁾、佐藤 伸夫¹⁾、萩原 智里¹⁾、貫井 航²⁾、矢部 健介⁴⁾、高橋 真実子⁵⁾、馬場 大季⁶⁾、中野 あずさ⁶⁾、堀内 有紀子³⁾、藤條 拓⁷⁾、中村 一博⁴⁾

-
- 1) 日本大学医学部附属板橋病院看護部
 - 2) 日本大学医学部リハビリテーション医学分野
 - 3) 日本大学医学部附属板橋病院栄養科
 - 4) 日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野
 - 5) 日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学系歯科口腔外科学分野
 - 6) 日本大学医学部附属板橋病院リハビリテーション科
 - 7) 日本大学医学部附属板橋病院薬剤部

目的

当院は、基礎疾患による誤嚥リスクのある患者や高齢者肺炎患者を多数受け入れている。2022年に患者の誤嚥予防と経口摂取促進を目的とし、嚥下チームを発足した。活動成果と課題を検討する。

方法

嚥下チームの主な活動は、週1～2回の多職種でのラウンドである。主治医や病棟看護師からの依頼の他、2024年より言語聴覚士からの依頼を受けている。ラウンドでは、患者のベッドサイドで診察し、主に口腔内評価、嚥下内視鏡検査（以下VE）による咽頭・喉頭評価、身体所見、日常生活状況を総合的に評価し、患者に合った食形態、摂取方法、薬剤、およびリハビリを提案している。また、定例会議では、ラウンドで難渋した症例を情報共有し症例検討を行っている。

結果

嚥下チームへの依頼件数は、発足以来増加傾向であり、診療科も多岐にわたっている。ラウンドでVE等の評価を多職種で共有することにより、多角的な視点でより安全な経口摂取や適正な栄養管理につながられている。

結論

ラウンドを多職種で行うことにより多角的視点で評価し、安全で個別性のあるプランを提案している。しかし、病棟では誤嚥リスクがあっても当チームへの依頼に至っていない患者が散見され、主治医や看護師からの依頼を増やす必要がある。栄養サポートチームのリンクナースの活用や摂食嚥下障害のリスクをスコア化する評価シートの活用、嚥下チームの更なる周知が今後の課題である。

看護師の栄養への関心を高めるために —NST セクション担当者会議での働きかけ—

○西巻 祐依¹⁾、山田 美貴¹⁾、斎藤 美月²⁾、前川 和也²⁾、高増 哲也²⁾

1) 神奈川県立こども医療センター 看護局

2) 神奈川県立こども医療センター NST

【目的】小児の栄養は成長発達や疾病からの早期回復を促す土台であり、患者にとって身近な存在である看護師が栄養に関心を持つ意義は大きい。当院では年3回、NST セクション担当者会議（以下、会議）を行っており、担当看護師が栄養への意識を高める機会としている活動について紹介する。

【方法】担当看護師は会議の前に小児栄養に関する動画を視聴しその感想と、自身の抱負についてオンラインで回答することとしている。会議当日は毎回、自身が栄養問題についてどのように取り組みたいか述べ、各病棟それぞれの栄養問題について共有する。

【結果】事前のアンケートは2021年5月の会議から開始し、同年11月の会議からは動画視聴を取り入れて現在に至っている。当初は17部署中13部署（76%）、最新では11部署（65%）から事前の回答を得ている。また当初は「NSTの周知や連携」46%「勉強会開催など知識技術の向上」38%とNSTの活動に対する意見が多かったが、最近では「勉強会開催など知識技術の向上」36%「褥瘡対策との連携」27%とそれぞれの部署に即した内容で栄養に関する活動を目標としている回答が増えている。

【結論】各部署の担当者に事前に抱負を述べてもらうことで、それぞれの部署での栄養問題が明確になり栄養問題への意識づけが出来ていると考えられる。今後も小児を専門とする看護師にとって栄養が大事な視点であると意識づけられる活動を続けていきたい。

多系統萎縮症患者に対し経管栄養と経口摂取を併用することにより QOL 維持につながった 1 症例

○千葉 隆史¹⁾、飯島 令子²⁾、小泉 恵子³⁾、向井 悦子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】神経難病では病状の進行で嚥下障害が出現・重症化がみられる。今回、最後まで経口摂取の希望が強かった多系統萎縮症の症例に対し、多職種で経口摂取を支え QOL の維持を試みた症例を報告する

【症例】60 代男性。2021 年 8 月右上下肢の動作緩慢にて発症、パーキンソン病と診断。2024 年 7 月早期退職、在宅療養。近隣クリニックで通院フォローとなり診断名が多系統萎縮症へ変更。2025 年 3 月胃瘻造設及びレスパイト目的で当院入院。

【経過】入院時起居動作見守り、移乗動作は自立。米飯・一口大レベルを自力摂取可能。神経内科受診時、数日帰宅を繰り返し入院療養継続。徐々に運動機能・嚥下機能及び発声発語機能が低下。各時期にあわせ、食事形態・体位を調整。NST チーム・家族とも情報共有し、経口摂取維持に努めた。当院入院後約 7 カ月で経管栄養開始。しかし本人は経口摂取の希望が強く、楽しみレベルでの経口摂取も併用。また、経口摂取に伴うリスクについては、本人・家族へ適宜説明。NST による栄養管理のもと胃瘻と経口摂取の併用で栄養投与を継続し、BMI・CC ともに維持できた。

【考察】誤嚥のリスクがありながら、経口摂取を継続できたのは確実な栄養投与ルートを確保したうえで、それぞれの時期に合わせた様々なアプローチができたためであり。できる限り本人の意向に沿った経口摂取の継続が QOL の維持に寄与できたのではないかと考える。

胃瘻カテーテルから顆粒剤を投与する際に工夫を要した1例

○長嶋 康雄¹⁾²⁾、鳥居 春奈²⁾、田中 美奈子³⁾、谷藤 美穂⁴⁾、古市 瑛生⁴⁾、古田 雅⁵⁾、
鷲澤 尚宏¹⁾²⁾

1) 東邦大学医療センター大森病院 消化器センター外科

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 栄養部

リパクレオンカプセルは、腸溶性剤皮を施された顆粒がカプセルに内包されている。本剤を胃瘻カテーテルから注入する際には、酵素活性が失活しないように配慮する必要がある。今回、嚥下障害のために胃瘻造設を実施し、リパクレオン内服を要したために胃瘻カテーテルを入れ替えることで治療し得た症例を経験したので報告する。

症例は80歳台、男性、2年前の右肺癌術後、高血圧と糖尿病に対して加療中。トイレで起き上がれない状態のため3日前に前医へ救急搬送され、誤嚥性肺炎に起因した右膿胸と診断されて継続加療目的で転院となった。翌日に施行された嚥下評価で、嚥下反射が弱く、水分の誤嚥が認められたことから、訓練食と中心静脈栄養が開始された。入院12日目に誤嚥性肺炎が再燃し食止めとなり、高熱のため末梢挿入型中心静脈カテーテルが抜去された。24日目に経鼻胃管からの経管栄養が開始され、44日目に経皮内視鏡的胃瘻造設術でイディアル・ボタン24Frを留置された。34日目から下痢が出現、37日目にクロストリジウムディフィシル陽性で抗菌薬治療が行われたが下痢が続き、経管栄養による下痢症と判断した。慢性膵炎に対してリパクレオンカプセルを内服していたが入院後は中止しており、内服再開を検討したところ、胃瘻からの投与には径の太いカテーテルへの変更を要した。61日目にラージボア24Frへの入れ替えが実施され、投与開始により下痢が改善し、69日目に前医へ転院となった。

一般病棟看護師の口腔ケアに関する意識調査と課題

○小泉 恵子、浅川 弘美、飯島 令子、千葉 隆史、浅川 浩樹、中瀬 一

北杜市立甲陽病院

<目的>

当病棟では高齢者が多く、ADL 低下によりセルフケア不足になってしまう例が見受けられる。口腔内の汚染により誤嚥性肺炎や口腔疾患を引き起こし、更には栄養状態低下を招く恐れがある。各勤務帯での口腔ケアを実施しているが、実際患者の口腔内は口臭やネバつき、痰の付着、歯に食物が付着している等が見受けられていた。それらのことから口腔ケアが充分になされていないのではないかと疑問に思った。今後の課題を明らかにしていくために今回、口腔ケアについての意識調査を行った。

<方法>

一般病棟看護師 31 名に対し、口腔ケアに対する意識調査のアンケート（無記名）を実施した。

<結果>

回収率 100%。

「口腔ケアの優先度が高い」は 48%

「口腔ケアは負担に感じることがある」は 93%

「各勤務帯で口腔ケアができている」は 38%

「口腔ケアは病棟全体できている」は 21%

以上の結果だった。

<結論>

この春から当院は OHAT を取り入れ、高齢者や要介護者の口腔内の状態についての観察、評価を開始している。スタッフからのアンケート調査を行い口腔ケアの必要性については理解はあるものの、実際は病棟全体で口腔ケアが充分になされていない現状が把握できた。今回は意識調査にとどまったが、今後勉強会を実施し口腔ケアが定着できるように関わっていく。

協賛企業一覧

【共催セミナー】

株式会社大塚製薬工場
株式会社ツムラ
ネスレ日本株式会社
ミヤリサン製薬株式会社

【企業展示出展】

アイドゥ株式会社
アバノス・メディカル・ジャパン・インク
アボットジャパン合同会社
一丸ファルコス株式会社
株式会社伊藤園
株式会社インボディ・ジャパン
カーディナルヘルス株式会社
テルモ株式会社
日本ベルム株式会社
森永乳業クリニコ株式会社

【プログラム・抄録集広告 / バナー広告】

アイドゥ株式会社
アッヴィ合同会社
株式会社アムコ
エーザイ株式会社
科研製薬株式会社
クラシエ薬品株式会社
株式会社ジェイ・エム・エス
武田製薬株式会社
日本ベルム株式会社
ノーベルファーマ株式会社
株式会社ヤクルト

【飲料提供】

ネスレ日本株式会社
合同会社 TokyoHealthCompass

【寄付】

日本大学

(五十音順・敬称略)