



# JMDS 2023

# in 札幌

テーマ

「ポストコロナ時代の管理栄養士に  
求められるもの」



2023年9月23日(土) 12:00 開場 12:30~17:00

24日(日) 9:00 開場 9:30~12:30

※現地参加定員 80 名。会期終了後オンデマンド配信予定

会場 北海道立道民活動センター「かでの 2・7」 4階大会議室

参加費 一般 3,000 円 / 学生 1,000 円

一般演題

特別講演 「周術期の食欲 — 周術期管理の盲点 —」

當瀬 規嗣先生(札幌医科大学)

シンポジウム 「次の 10 年のキャリアを考える」

岡崎 結愛先生 (近森病院)

千葉 枝里子先生 (東京医科大学病院)

西岡 心大先生 (長崎リハビリテーション病院)

小林 明子先生 (会津医療センター附属病院)

会長講演

「栄養サポートを通じて未来を創造するために  
— 管理栄養士の使命と責任 —」

宮澤 靖会長 (東京医科大学病院)

当番幹事

済生会小樽病院 一島 妃東美 (TEL:0134-25-4321)

# JMDS2023 in 札幌 会場案内

会場	北海道立道民活動センター「かでの2・7」4F 大会議室
住所	北海道札幌市中央区北2条西7丁目
アクセス	JR札幌駅（南口）徒歩8分
電話番号	011-204-5100

周辺地図



# 【懇親会会場】

会場	丸海屋 離
住所	北海道札幌市北 2 条西 2 STV 北 2 条ビル B1F
アクセス	JR 札幌駅(南口)徒歩 9 分
電話番号	011-281-4004

周辺地図



【演題について】

- 当日は原則として会場 PC によるプレゼンテーションを予定しています。
- 一般演題は発表 6 分、討論 4 分（計 10 分）で、スライド枚数に制限はありません。

# プログラム(1日目)

12:00 開場・展示ブース見学

12:30 開会の辞・当番幹事

12:35 会長挨拶

## 12:40 一般演題 1

【座長】 札幌医科大学附属病院 栄養管理センター 白石 沙耶可先生

1-1 心血管集中治療部入室後の急性心不全患者に対する栄養療法の実態と退院時の栄養状態に与える影響

東京医科大学病院 栄養管理科 福勢 麻結子

1-2 長期 TPN 管理と遊離小腸を使用して EN を行った消化管穿孔難渋症例

東京医科大学病院 栄養管理科 伊藤 明日香

1-3 リフィーディング症候群と経過中に併発した胃潰瘍に対して管理栄養士が主体的に栄養サポートを行った症例

東京医科大学病院 栄養管理科 富澤 智輝

1-4 当院救命救急センターICUにおける早期経腸栄養不可症例の振り返りと今後の課題

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 医療技術部栄養課 林 衛

1-5 子宮頸癌術後に癒着性腸閉塞を呈した患者に対し、食事開始時期と適切な栄養サポートについて検討した症例

東京医科大学病院 栄養管理科 丸山 佳純

13:30 休憩(15分)

13:45 企業紹介

## 14:00 一般演題 2

【座長】 日本海酒田リハビリテーション病院 栄養管理室 小林 大樹先生

2-1 管理栄養士の病棟常駐によるタスクシフト・タスクシェアの効果

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

2-2 多職種で行う病棟栄養カンファレンスの充実に向けて～栄養スクリーニング項目の改定前後での比較～

公立昭和病院 栄養科 村田 里佳

2-3 外来栄養指導における食事記録アプリ導入に至る年代別の検討

東京医科大学病院 栄養管理科 山下 雄一郎

2-4 精神科病院における要介護3以上の高齢者の排便コントロールにグァーガム分解物が及ぼす影響

青梅市成木台病院 栄養科 高橋 亜希

14:40 休憩(15分)

14:55 企業紹介

## 15:10 一般演題 3

【座長】 済生会小樽病院 栄養管理室 西澤 一步先生

3-1 回復期の脊髄損傷患者の必要エネルギー量についての検討

千葉県千葉リハビリテーションセンター 栄養部 飯塚 祥太

3-2 終末期誤嚥性肺炎患者におけるエネルギー摂取量の充足は、自宅退院と嚥下機能回復に関連する

日本海酒田リハビリテーション病院 栄養管理室 小林 大樹

3-3 重度低栄養を呈した大腿骨骨折患者の回復期における栄養管理と退院支援：症例報告

一般社団法人是真会長崎リハビリテーション病院 臨床部 岡崎 亜美伽

3-4 食事摂取不良と低栄養を呈する認知症患者に対する多職種栄養サポートと経口摂取へのアプローチ：症例報告

一般社団法人是真会長崎リハビリテーション病院 臨床部 高木 愛斗

15:50 休憩(10分)

16:00 **特別講演** 座長 東京医科大学病院 宮澤 靖先生

「周術期の食欲 一周術期管理の盲点」 札幌医科大学医学部細胞生理学講座 教授 當瀬 規嗣先生

17:00 1日目終了

18:00 **懇親会** “丸海屋 離” 【20:00 終了】

## プログラム(2日目)

9:00 開場・展示ブース見学

9:30 事務連絡

9:35 **シンポジウム** 「次の10年のキャリアを考える」

【座長】 関西電力病院 真壁 昇 先生

【20代】 社会医療法人近森会近森病院 栄養サポートセンター 岡崎 結愛先生

【30代】 東京医科大学病院 栄養管理科 千葉 枝里子先生

【40代】 一般社団法人是真会長崎リハビリテーション病院 教育研修部・栄養管理室 西岡 心大先生

【50代】 福島県立医科大学会津医療センター附属病院 栄養管理部 小林 明子先生

10:45 休憩(20分)

11:05 企業紹介

11:20 **会長講演**

【座長】 済生会小樽病院 栄養管理室 一島 妃東美先生

「栄養サポートを通じて未来を創造するために - 管理栄養士の使命と責任 -」

東京医科大学病院 栄養管理科 宮澤 靖先生

12:20 会長挨拶

12:30 閉会の挨拶・当番幹事

## 特別講演 要旨

「周術期の食欲 ―周術期管理の盲点―」

札幌医科大学医学部細胞生理学講座

當瀬規嗣

周術期の栄養管理の要点は、術後回復期の栄養補給である。しかし、この時期の患者は、しばしば食欲不振に陥り、予定通りの体力回復が図れないことが起こる。術後の食欲不振の原因は手術侵襲や投薬の副作用が影響していることは十分考えられるが、それ以上に輸液による栄養補給が悪影響を及ぼしていることが見逃されている。輸液には糖分や乳酸などがエネルギー補給を理由に加えられている。術後に食欲不振であると、エネルギー補給を目的に輸液を加えることがあるが、これによって血糖が強制的に高く維持され、それが食欲不振をさらに進めてしまう危険性が考慮されていない。

さらに、食べるという行為自体が、嗅覚、味覚、触覚を通じて脳に刺激を与え、食欲を増進するが、輸液や経管栄養法にはこの段階を省略している弊害があり、食欲不振を増悪するおそれがある。また、これらの感覚は、具体的に消化機能に直接影響することが、すでに多くの研究により示されているが、輸液や経管栄養法には、この効果もほぼないと認められる。したがって、食欲不振だけでなく、実際の栄養素を体に取り込んだり、細胞で栄養を有効に利用したりすること自体が目論見通りにならなくなる。つまり、食物経口摂取の効用の視点を前提とした栄養管理の方策を常識としなければならぬ。

食欲はひとえに精神的作用であり、精神の主座である脳は、生理学的に消化器系との間で自律神経を介して密接に相互に関連している。この観点から食事と精神の関係性を見つめ直し、より効果的な周術期の栄養管理の在り方を考えてみたい。



# 一般演題 抄録集

心血管集中治療部入室後の急性心不全患者に対する栄養療法の実態と  
退院時の栄養状態に与える影響

東京医科大学病院 栄養管理科<sup>1)</sup> 循環器内科<sup>2)</sup> 看護部<sup>3)</sup> 臨床工学部<sup>4)</sup>  
福勢麻結子<sup>1)</sup> 中野宏己<sup>2)</sup> 亀迫純也<sup>3)</sup> 上岡晃一<sup>4)</sup> 山下淳<sup>2)</sup> 宮澤靖<sup>1)</sup>

【目的】

急性心不全患者において退院時の栄養状態は予後を規定する因子として知られているが、心不全急性期における栄養療法の実態と退院時の栄養状態に与える影響については明確に示されていない。本研究では、心血管集中治療部(Cardiovascular Care Unit:CCU)に入室した急性心不全患者を対象に、心不全重症度と栄養投与量が退院時の栄養状態に与える影響を比較検討する。

【方法】

東京医科大学病院のCCUデータベースを用いて2021年1月1日～12月31日にCCUに入室した急性心不全患者のうち141例を対象とした。気管挿管群(挿管群)21例、非侵襲的陽圧換気群(NPPV群)36例、その他の酸素療法を必要とした群(酸素療法群)84例の3群に分けて患者背景及び入院後3日目と7日目の栄養投与量を比較した。栄養状態の指標としてGeriatric Nutritional Risk Index (GNRI)を用い、3日目と7日目の栄養投与量が退院時のGNRIに対して与える影響について、入院時の栄養指標と心不全重症度を用いてそれぞれ重回帰分析を行った。

【結果】

患者全体の平均年齢は71.8±14.7歳であった。挿管群は酸素療法群と比較してCCU入室時の平均血圧が有意に低く、昇圧剤を使用した症例が有意に多かった。さらに挿管群では酸素療法群と比較して3日目の栄養投与量が有意に少なかったが、7日目の栄養投与量と退院時のGNRIについては有意差を認めなかった。重回帰分析の結果、退院時のGNRIに影響を与える因子は入院時のBMI、アルブミン値と3日目のエネルギー投与量( $p=0.024$ )及びタンパク質投与量( $p=0.012$ )であった。

【結論】

心不全急性期において気管挿管を施行された患者は3日目の栄養投与量が少なかったが、7日目の栄養投与量と退院時のGNRIに有意差は認めなかった。退院時のGNRIに影響を与える因子は心不全重症度や7日目の栄養投与量ではなく、3日目の栄養投与量であった。

---

長期 TPN 管理と遊離小腸を使用して EN を行った消化管穿孔難渋症例

東京医科大学病院 栄養管理科

伊藤明日香 川野結子 宮澤靖

【目的】

空腸瘻では消化液喪失や腸絨毛萎縮などの問題で低栄養に陥りやすいといわれている。さらに低栄養や術後併発疾患によって治療が難渋すると長期にわたり絶食となる場合がある。今回、1年半にわたる TPN 管理とドレナージを行いながら遊離小腸を使用し EN や経口摂取をした消化管穿孔難渋症例を経験したので報告する。

【症例】

60 代女性。十二指腸球部穿孔、急性汎発性腹膜炎で搬送され緊急大網被覆術施行。術後穿孔部閉鎖せず 9 病日に再手術。術後 TPN 開始し 23 病日に穿孔部より先に留置した腸瘻より EN 開始。その後も穿孔部閉鎖せず、28 病日、34 病日に再度ドレナージ手術、OAM (open abdominal management) にて管理。99 病日に腸瘻より遠位で穿孔あり EN 中止。112 病日に経口よりゼリー摂取開始し露出腸管よりドレナージ、150 病日に EN 再開。181 病日に遊離小腸の口側に留置したチューブからも EN を開始し 2 箇所から EN 投与。経口摂取によって消化液の排液増大し皮膚炎による疼痛強く 198 病日に経口摂取中止。309 病日に EN 終了。356 病日に腸管吻合術施行、470 病日に内視鏡的瘻孔閉鎖術施行。482 病日に成分栄養剤の経口摂取開始し 10 日程度ごとに流動食、3 分粥食、5 分粥食へ形態アップした。553 病日にリハビリ目的で転院。栄養状態は入院時 Alb2.4g/dL、ChE154U/L、PNI24 であった。TPN と遊離小腸の使用で Alb2.9g/dL、ChE208U/L、PNI29 へ上昇したが腸管吻合術を経て再度 Alb1.7g/dL、ChE137U/L、PNI17 まで低下。その後 TPN を併用しながらの経口摂取開始と食形態アップで転院時 Alb3.3g/dL、ChE204 U/L へ上昇。体重は入院時 52.3 kg から転院時 53 kg と著明な減少は認めなかった。

【結論】

ドレナージを行いながらの EN や経口摂取は前例のない方法だったが使用できる腸管を積極的に使用した。また腎機能障害はあったものの TPN での高タンパク質投与や創部に対する微量元素等の栄養サポートが低栄養を改善し最終的に腸管吻合術や瘻孔閉鎖術に貢献できた可能性がある。さらに長期の非経口摂取期間の後も再開時に適切な食形態の検討で栄養状態を低下させることなく転院できたと考える。

リフィーディング症候群と経過中に併発した胃潰瘍に対して管理栄養士が主体的に栄養サポートを行った症例

東京医科大学病院 栄養管理科  
富澤智輝 川野結子 福勢麻結子 宮澤靖

【目的】

リフィーディング症候群(Refeeding Syndrome:RFS)は、経口摂取不良によって飢餓状態となった低栄養の患者が一度に大量の栄養を摂取することによって電解質の異常、心合併症を引き起こす。そのため、ガイドラインではエネルギー投与量は体重あたり5~10kcal/kg/日より開始し、電解質の観察も必要となる。リフィーディング症候群における栄養サポートは管理栄養士が主体的に考え、提案していくことが望ましい。今回、RFSと経過中に併発した胃潰瘍に対して栄養サポートを行った症例を報告する。

【症例】

70歳代男性。主病名は左下葉肺癌疑いにて精査・加療目的で入院。身長166.7cm、体重51.5kg、BMI18.5kg/m<sup>2</sup>。4~5か月前から食事摂取量の低下が持続しており、入院前も食事が摂れておらず、25%の体重減少を認めていた。主治医へRFSのリスクがあることを報告し、エネルギー量は5~10kcal/kg/日より開始するとともに、電解質の推移を観察し、徐々に必要栄養量の充足を目指す方針となった。

第1病日400kcal/日で食事開始、第3病日850kcal/日を提供し、電解質異常なく経過していたが、第4病日に黒色便を認め、胃潰瘍の診断となり絶食・補液管理となった。第9病日、絶食管理が4日目となり、主治医に食事再開時期について相談。消化器内科に確認し、流動食が開始となった。Pは2.6mg/dLで保たれていたが、食事提供量が900kcal/日(17kcal/kg/日)になるため、電解質の観察は継続して行った。第11病日にP1.9mg/dLと低下したため、Pの補充を栄養補助食品で補うこととした。その後、電解質以外にも消化器症状と血液検査値を確認しながら栄養量の充足を目指して徐々に食事提供量と食事形態を上げていき、目標栄養量1450kcal/日(30kcal/kg/日)に到達した。

【考察】

管理栄養士がRFSのリスクを主体的に考え、栄養サポートにつなぐことができた症例であった。経過中に胃潰瘍が併発したが、食事再開についても可及的速やかに実施することができた。食事再開後もRFSを考慮することで、安全に目標栄養量に到達できた症例であったと考える。

---

## 当院救命救急センターICUにおける早期経腸栄養不可症例の振り返りと今後の課題

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 医療技術部栄養課<sup>1)</sup> 救急部<sup>2)</sup>  
林衛<sup>1)</sup> 伴野広幸<sup>1)</sup> 荒川登紀子<sup>1)</sup> 炭竈優太<sup>1)</sup> 川浪匡史<sup>2)</sup> 都築通孝<sup>2)</sup>

### 【目的】

当院救命救急センターICU(以下 EICU)では 2021 年 11 月より早期栄養開始フローチャートや経腸栄養プロトコルを導入し、早期栄養介入管理体制が強化された。その結果、EICU 入室後経腸栄養開始までの所要時間が短縮されるなど、一定の成果がみられた。一方、当院 EICU では入室後 48 時間以内(以下早期)の経腸栄養開始を多職種共通の目標としているが、様々な理由により早期経腸栄養を施行できなかった症例も存在する。そこで、過去 2 年間の早期経腸栄養不可症例数及び不可理由を調査し、今後の課題を抽出することを目的とした。

### 【方法】

2021 年度及び 2022 年度に EICU に緊急入院し、5 日間以上在室した患者を対象とした。2021 年度入室患者を 21 年度群、2022 年度入室患者を 22 年度群とした。主要評価項目を早期経腸栄養不可症例数及びその割合とし、副次評価項目を早期経腸栄養不可理由、不可理由不明の割合とした。

### 【結果】

対象患者として 21 年度群 108 名、22 年度群 123 名が抽出された。21 年度群と比較し 22 年度群の早期経腸栄養不可症例数は減少傾向であり、その割合は有意に減少した( $p=0.018$ )。2 項ロジスティック回帰分析では、早期経腸栄養開始と APACHE II スコア(オッズ比 1.590,95%CI1.050-2.430、 $p<0.05$ )及び群(オッズ比 0.691,95%CI0.506-0.944、 $p<0.05$ )に有意な関連がみられた。早期経腸栄養不可の主な理由は循環動態不安定であること、消化管に障害があることなどが挙げられ、21 年度群と比較し 22 年度群の早期経腸栄養不可理由不明の割合は有意に減少した。

### 【結論】

早期経腸栄養不可理由不明であることの一因として、医師をはじめとした多職種と管理栄養士の情報共有が不十分であることが考えられる。EICU における管理栄養士不在時間を短縮すること、多職種と連携し栄養管理体制をさらに強化していくことが今後の課題である。

子宮頸癌術後に癒着性腸閉塞を呈した患者に対し、  
食事開始時期と適切な栄養サポートについて検討した症例

東京医科大学病院 栄養管理科  
丸山佳純 千葉枝里子 宮澤靖

【目的】

子宮頸癌開腹手術後に癒着性腸閉塞を呈した患者に対し、食事開始時期や適切な栄養サポートについて検討を行った症例について報告する。

【症例】

56 歳女性、身長 166cm、体重 53.8kg、BMI19.5kg/m<sup>2</sup>

既往に子宮頸癌に対する開腹手術歴、術後腸閉塞に対する腹腔鏡下手術歴あり。

腹痛と嘔気を主訴に来院され、腸閉塞の再燃と診断された。

【経過】

入院日よりイレウス管による腸管の減圧を行い、第 2 病日より末梢静脈栄養を 420kcal/日で開始し第 5 病日に 820kcal/日に増量した。臨床所見では、腹部膨満感、排便および排ガス、イレウス管からの排液量、腹部単純 X 線検査より小腸ガス像、腸管の拡張、腹部造影 CT より閉塞部位の程度などを観察した。排液量は 150mL/日まで減少し排便もみられたため、第 10 病日にイレウス管をクランプし流動食を開始したが翌日腹部膨満感が増悪し食止めとなり、手術の方針となった。術翌日より食事開始し腹部症状の増悪なく、第 21 病日に軽快退院となった。

【考察】

過去にも腸閉塞の既往があり、再発リスクが高い症例であった。腹部造影 CT より、造影剤が通るまでにはなったものの完全には腸管狭窄が改善されていないため、食事開始後のモニタリングが慎重に行われ、軽度の腹部症状でも食事中止となった。病態や患者背景を理解することで食事の開始・中止の判断が適切に行えると考ええる。

食事開始まで要した期間は 10 日間であり、その間必要栄養量は充足できていなかったが、体重や血清アルブミン値の大幅な減少はなく経過できたため、末梢静脈栄養にて栄養状態は概ね維持できると考える。入院時より低栄養所見がある場合は、入院中の更なる栄養状態の低下を防ぐため、電解質補正がなされた第 2～3 病日を目安に中心静脈栄養開始の提案を検討すべきと考ええる。

## 管理栄養士の病棟常駐によるタスクシフト・タスクシェアの効果

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

### 【目的】

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

### 【方法】

2018年4月～2022年3月に入院した患者を対象とした。食事オーダーを患者の食事調整業務の指標とし、各職種の食事オーダー数の年次推移を集計した。また、年度毎の栄養士数は休職中(産休・育休など)については0人とし、非常勤職員については時間数によって人工を評価し、栄養士数と食事オーダー数の関連も調査した。尚、栄養士の実施する食事オーダーは医師の代行オーダーである。

### 【結果】

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

### 【考察】

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

---

多職種で行う病棟栄養カンファレンスの充実に向けて  
～栄養スクリーニング項目の改定前後での比較～

公立昭和病院 栄養科<sup>1)</sup> 消化器外科<sup>2)</sup> 看護部<sup>3)</sup> 薬剤部<sup>4)</sup> リハビリテーション科<sup>5)</sup>  
歯科・口腔外科<sup>6)</sup> 脳神経内科<sup>7)</sup> 糖尿病・代謝内科<sup>8)</sup> 腎臓内科<sup>9)</sup>  
村田里佳<sup>1)</sup> 吉澤奈央<sup>2)</sup> 飯田香織<sup>3)</sup> 中村めぐみ<sup>4)</sup> 大津昌弘<sup>5)</sup> 植木隆彦<sup>5)</sup>  
陸川良智<sup>6)</sup> 金子厚<sup>7)</sup> 重田真幸<sup>8)</sup> 宮川博<sup>9)</sup>

【目的】

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

【方法】

2022年5月にスクリーニング項目の改定を実施。「体重減少」から「外見上栄養不良」に変更、「経口摂取量の低下」「下痢・嘔吐」「絶食」については3日と期間を明記した。2021/6/1-7/31(改定前群)および2022/6/1-7/31(改定後群)の2か月に入院しCfにて検討された患者の臨床情報を後ろ向きに収集し、Cf対象者数、スクリーニング項目、入院からCf実施までの日数、Cf時栄養充足率、およびCf7日後の栄養充足率、在院日数について比較した。

【結果】

スクリーニング項目の改定により該当患者数は改定前群41名、改定後群78名へと増加した。入院からCf実施までの中央値はそれぞれ7日、6日( $P=0.524$ )。Cf時栄養充足率は改定前群31.2%、35.6%( $P=0.495$ )。Cf7日後の栄養充足率は66.5%、66.7%( $P=0.455$ )。在院日数は30日、23日( $P=0.115$ )。「絶食」項目患者については、10名、22名へと増加した。「絶食」項目患者のそれぞれの結果は、入院からCf実施までの期間は9.5日、6.0日( $P=0.185$ )。Cf時栄養充足率は31.4%、16.1%( $P=0.046$ )。Cf7日後の栄養充足率は77.7%、77.2%( $P=0.745$ )。在院日数は35日、26日( $P=0.309$ )であった。

【考察及び結論】

スクリーニング項目を分かりやすく改定して、多職種に周知することで該当患者数は増加し、Cf実施までの期間はやや短縮傾向であった。特に「絶食」項目に該当する患者については、看護師や言語聴覚士と入院前の嚥下機能や内服状況の共有をすることで経口摂取開始前から栄養介入が必要な患者の把握が可能となった。多職種で行う病棟栄養カンファレンスにおける栄養スクリーニング項目の改定は、特に「絶食」項目に該当する患者の抽出と栄養介入が必要な患者の把握に有効であった。



## 外来栄養指導における食事記録アプリ導入に至る年代別の検討

東京医科大学病院 栄養管理科

山下雄一郎 市川顕子 波多野智紀 伊藤明日香 宮澤靖

### 【目的】

近年、若年層から高齢層まで幅広いスマートフォン普及率の飛躍的増加がみられる。そこで、外来栄養指導において年代別に食事記録アプリ(以後カロミル)の導入に至るまでの人数を調査した。

### 【方法】

当院において、外来栄養指導を実施の際、担当管理栄養士の判断により、年齢層関係なくカロミル紹介し、2023年5月23日～2023年7月4日までに実際にカロミル導入に至った患者を年代別に調査した。

### 【結果】

カロミルを紹介した58名のうち、13名が導入に至った。うち男性は9名、女性は4名であった。年代別の内訳としては30代:0%(0/1名)/40代:14%(2/14名)/50代:44%(8/18名)/60代:15%(2/13名)/70代:14%(1/7名)/80代:0%(0/5名)となった。平均年齢は54±8.55歳であった。年代別導入割合で最も高値を示したのは50代で、61.5%という結果となった。

### 【結論】

今回の調査結果では、カロミルの導入率は50代が最も多かった。個人差はあるが、50代という年齢は健康意識が出始めることや、スマートフォンなどの情報機器を問題なく使用できる年代であるため、カロミルの趣旨を理解し、最も導入に適した年代であると考えられる。30代・40代では栄養指導に罹る割合が少なく、インターネットを活用して自己解決できること、50代に比べ健康意識が低いことも考えられる。60代においては、導入に至った患者全員が65歳以下という結果となった。65歳以上の高齢者になると複雑な情報機器の使用が難しくなることも考えられる。しかし、70代患者の導入事例があるため、高齢者は情報機器の使用が難しいと一概に定義付けはできない。情報機器の操作において個人差が大きく、操作能力や家族のサポートによっては70代でも使用できる可能性が考えられる。今後は、若年層や高齢層において、管理栄養士がアプローチ方法を工夫し、より多くの導入実績を増やし、食事の聞き取りや栄養計算の時間を短縮することで、指導内容をより充実させ、より効果的な外来栄養指導の実施を目指す。

---

精神科病院における要介護 3 以上の高齢者の排便コントロールにグアーガム分解物が及ぼす  
影響

青梅市成木台病院 栄養科

高橋亜希 小野里渉

【目的】

精神科で処方される薬の多くは抗コリン作用を持っており、慢性便秘になり、下剤の服用が習慣化している。本研究では、抗精神薬を使用し、運動量が低下している高齢者を対象としグアーガム分解物(PHGG)使用による緩下剤の減少・排便回数について調査した。

【患者属性】

認知症治療病棟に入院している研究に同意が得られた 13 名を対象とした。PHGG は 202X 年 6 月から 6 週間投与し、投与前後 6 週間を観察期間とし、PHGG を 12~18g/日を投与した。性別：男性 4 名、女性 9 名、年齢：79 歳(74-89)、介護度：5(4-5)、CP 値：76(0-460)投与前排便回数：38 回(26-60)、投与後：47(29-55)、投与前排便指数：8.8(7.8-11)、投与後：10.1(7.1-12.3)投与前座薬使用数：2(0-3)、投与後 0(0-0)、投与前ピコスルファートナトリウム使用量：2(0-45)、投与後：0(0-45)であった。この中から 1 症例を報告する。

【症例提示】

90 代女性、主病名認知症、外痔核。現病歴：慢性便秘に対してゲーフィスを投与し排便コントロールしていたが難渋。その後モビコール追加となり、便秘は改善傾向であったが、緩下剤を用いなければ排便困難な状態であった。その後再度薬剤の変更を行い、排便状況は改善したが依然として緩下剤や坐薬の処置は必要な状態であった。PHGG 投与後は座薬投与が 2 回/月から 0 回/月、ピコスルファートナトリウム使用量が 20 滴/月から 0 滴/月となり、排便回数も 39 回/月から 47 回/月に増え、排便指数も介入前 10.7、介入後 10.1 となった。

【考察】

提示症例は介入期間中 CP 値の変動を認めなかったことから PHGG の生理作用で排便状況が改善した可能性が示唆された。排便回数の増加、緩下剤の使用量減少しており、PHGG によって自然排便を促された可能性がある。本調査で腹部膨満感や腹痛を訴えた患者はおらず、抗精神病薬を使用し、高齢者でも安全に使用できることが示唆された。

---

## 回復期の脊髄損傷患者の必要エネルギー量についての検討

千葉県千葉リハビリテーションセンター 栄養部

飯塚祥太 瀧澤素子 木村直子

### 【はじめに】

当院では必要エネルギー量を Harris-Benedict の式から求めた基礎代謝量(BEE)に活動係数とストレス係数をかけて求めている。しかし、脊髄損傷患者では必要量に合わせた食事の調整をしても体重増加が問題となることを経験する。そこで、間接熱量計が導入されたため、回復期リハビリテーション目的に入院した脊髄損傷者の安静時代謝量(REE)を測定した。脊髄損傷患者の必要エネルギー量について検討した。

### 【方法】

2022年11月から2023年3月に障害者病棟に入院した64歳以下の脊髄損傷者のうち、褥瘡、尿路感染症、CRP高値等の代謝亢進が考えられる者を除き、同意の得られた9名を測定した。間接熱量計(ミナト医科学株式会社 モバイルエアロモニタ AE100i)を使用しREEを測定した。BEE、REE それぞれに活動係数を乗じた総エネルギー消費量(TEE(推定)、TEE(測定))を比較した。統計解析には対応のあるt検定を実施した。

### 【結果】

BEEは $1556 \pm 202$  kcal、REEは $1372 \pm 90$  kcalだった。BEE、REE それぞれに活動係数をかけたTEE(推定)は $1902 \pm 262$  kcal、TEE(測定)は $1679 \pm 159$  kcalだった。TEE(測定)の方が総エネルギー消費量は有意に低かった( $P < 0.05$ )。また、9名中8名がBEEよりREEの方が低かった。BEEに対するREEの割合は $89.5 \pm 11.6\%$ だった。

### 【結論】

今回安静時代謝量を測定した症例では、BEEよりもREEが低い傾向がみられた。BEEから必要エネルギー量を求めると過大評価となる可能性が考えられた。

今後は症例数を増やし回復期脊髄損傷患者の消費エネルギー量について検討していきたい。

---

終末期誤嚥性肺炎患者におけるエネルギー摂取量の充足は、自宅退院と嚥下機能回復に関連する

日本海酒田リハビリテーション病院 栄養管理室<sup>1)</sup> 熊本リハビリテーション病院 サルコペニア・低栄養研究センター<sup>2)</sup> 総合南東北病院 口腔外科<sup>3)</sup> 日本海総合病院 外科<sup>4)</sup>  
小林大樹<sup>1)</sup> 吉村芳弘<sup>2)</sup> 森隆志<sup>3)</sup> 橋爪英二<sup>4)</sup>

【目的】

本研究では、終末期誤嚥性肺炎患者における推定エネルギー必要量の充足(以下、エネルギー充足)が自宅退院や嚥下機能回復に関連するという仮説を立て、入院後のエネルギー充足と自宅退院および嚥下機能回復との関連を検証した。

【方法】

研究デザインは後ろ向きコホート研究。対象は2015年4月から2023年3月までに当院療養病棟へ入院した終末期誤嚥性肺炎患者とした。除外基準は、悪性腫瘍の併存、在院日数14日未満、データ欠損とした。診療録より、患者背景や推定エネルギー摂取量、嚥下機能、生存率と退院先を調査した。エネルギー充足の有無は入院14日目の推定エネルギー摂取量がHarris-Benedictの式で算出した基礎代謝量以上である場合と定義した。嚥下機能はFILSで評価した。対象者はエネルギー充足の有無で2群に分けられた。アウトカムは自宅退院、入退院時のFILS利得 $\geq 1$ 点とした。アウトカムとエネルギー充足との関連を検証するため、傾向スコアを共変量に用いて交絡因子を調整した多変量解析を実施した。

【結果】

解析対象者は301名(平均年齢80歳、男性55%)。入院14日目の推定エネルギー摂取量の中央値はエネルギー充足群(33名)が27.4kcal/kg/日であり、非充足群(268名)は3.6kcal/kg/日であった。生存率は13%であり、退院先は自宅4%、施設9%であった。エネルギー充足群におけるFILS利得 $\geq 1$ 点の比率は42%であった。傾向スコアを共変量に用いた多変量解析の結果、入院後のエネルギー充足は自宅退院(aOR=10.60; p=0.039)およびFILS利得 $\geq 1$ 点(aOR=13.40; p=0.004)に有意に関連していた。

【結論】

終末期誤嚥性肺炎患者に対する療養病棟入院中の栄養ケアは、自宅退院や嚥下機能回復に貢献する。特に、入院初期におけるエネルギー摂取量の評価が重要である。

## 重度低栄養を呈した大腿骨骨折患者の回復期における栄養管理と退院支援:症例報告

一般社団法人是真会長崎リハビリテーション病院 臨床部<sup>1)</sup> 栄養管理室<sup>2)</sup>

岡崎亜美伽<sup>1)</sup> 西岡心大<sup>2)</sup> 森菜美<sup>1)</sup> 松尾裕司<sup>1)</sup>

### 【背景】

大腿骨近位部骨折患者の約半数に低栄養が認められ、死亡率増加や機能回復遅延をもたらす。一方、回復期から生活期まで一貫した栄養支援の報告はほとんどない。今回、重度低栄養を呈した大腿骨近位部骨折術後症例の回復期における栄養管理と退院支援について経験した。

### 【現病歴】

76歳女性。3年前に脳出血を発症、要介護1の認定を受け自宅生活中に食事摂取量が低下し23%/3年の体重減少を認めた。その後自宅で転倒し、左上腕骨近位端骨折、左大腿骨頸部骨折の診断で後者に対して骨接合術が施行された。16病日に当院回復期リハビリテーション(リハ)病棟に転院となった。

### 【経過】

入院時、MUST4点、GLIM基準で重度低栄養と判定された。SMI $3.9\text{ kg/m}^2$ 、握力 $11.6\text{ kg}$ とサルコペニアを認めた。3kgの体重増加を目標とし、BEE $1059\text{ kcal}$ ×Af $1.3$ ×Sf $1.0$ +蓄積量 $350\text{ kcal}$ = $1800\text{ kcal/日}$ を必要栄養量とした。食塩コントロール食 $1780\text{ kcal}$ にて栄養管理を開始したが食事が多く摂取量 $700\text{ kcal/日}$ と少なかったため、SD食(少量高エネルギー食)へ変更した。入院27日目、食事摂取量は増加したが体重は変化せず、常食( $1424\text{ kcal/日}$ )へ変更した。入院32日目、栄養補助食品(クリミール、 $200\text{ kcal/125ml}$ )を開始。入院42日目、クリミールを2本/日へ増量し $1700\text{ kcal/日}$ 摂取可能となった。入院75日目に目標体重 $31.8\text{ kg}$ を達成し退院支援を開始した。自宅でも食事のみで必要栄養量充足は難しいと考え、栄養補助食品の継続を検討。医薬品タイプの栄養剤を評価したがプルタブを開封できず、クリミールを継続することとした。ご家族に栄養補助食品の必要性等について栄養指導を実施し、訪問栄養指導を提案。訪問担当管理栄養士へ情報共有し、87日目に自宅退院となった。退院後は訪問栄養指導を継続され、栄養補助食品を継続し栄養状態を維持できている。

### 【結論】

大腿骨近位部骨折患者では回復期リハ病棟入院中に栄養状態の改善と退院後の生活を考慮した栄養指導や訪問栄養指導の検討が自宅での栄養状態維持に重要である。

---

食事摂取不良と低栄養を呈する認知症患者に対する多職種栄養サポートと経口摂取へのアプローチ  
—チ: 症例報告

一般社団法人是真会長崎リハビリテーション病院 臨床部<sup>1)</sup> 栄養管理室<sup>2)</sup>  
高木愛斗<sup>1)</sup> 西岡心大<sup>2)</sup> 西岡絵美<sup>1)</sup> 森内良三<sup>1)</sup>

【背景】

認知症患者では食事摂取不良や低栄養をしばしば認めるが対応に苦慮することが多い。今回、食事摂取不良と重度低栄養を呈し、回復期リハビリテーション(リハ)病棟での多職種アプローチにより食事摂取量の増加と栄養状態の改善に至った認知症症例を経験した。

【現病歴】

80代女性。認知症のため要介護4で長男夫婦と生活していた。自宅で転倒し救急搬送され右大腿骨転子部骨折の診断で骨接合術を施行。16日後に当院回復期リハ病棟へ転院。低栄養は認めず軟菜食を摂取していたが、入院4日目に深部静脈血栓症のため急性期病院へ転院となった。26日間の加療中、食事摂取量不良のため体重7.3kg(15%)減少し、当院再入院。身長146cm、体重42.6kg、HDS-R3点、FILS8点、GLIM基準にて重度低栄養と判断した。またBUN42.3mg/dl、Cre0.68mg/dlと脱水を認めた。

【経過】

軟菜食を提供したが摂取量は10%で、重度低栄養、下痢、脱水を認め末梢静脈輸液と間歇的経管経口栄養法を施行した。Refeeding症候群高リスクと判断し、必要栄養量1400kcal/日(BEE×AF1.3×SF1.0+蓄積量230kcal)に対して500kcal/日から投与を開始。以後投与量を漸増して19日目に必要栄養量に到達した。経口摂取は医師、看護師やセラピストと相談し栄養補助食品の評価や摂取の促し、嗜好対応、家族からの差し入れ等を実施した。また看護師、介護福祉士、作業療法士等と共に家族同伴での食事摂取、食事時の声掛け、食事場所の検討等で経口摂取を促した。入院49日目に経口摂取のみで1700kcal、たんぱく質75g、水分1820mlが充足可能となり、体重は48.7kgとなった。退院先は施設となったため、家族に栄養補助食品購入方法を伝達し、在宅主治医と退院先施設へ栄養管理情報提供書を送付し入院61日目に退院された。

【結論】

食事摂取不良と低栄養を呈する認知症患者に対しては、非経口栄養を含む栄養管理と多職種によるアプローチや環境調整が栄養状態改善と経口摂取量増加をもたらす。

## 会長講演 要旨

## 会長講演

---

「栄養サポートを通じて未来を創造するために ―管理栄養士の使命と責任―」

JMDS 会長

東京医科大学病院 栄養管理科

宮澤靖

病院管理栄養士は、栄養に関する専門的な知識を活かして、院内での栄養管理や栄養サポートを提供する役割を果たす専門家である。我々の活動は、患者の健康状態の改善や維持、治療プロセスの支援などに寄与する。

病院管理栄養士は、患者の健康状態や栄養ニーズに基づいて、個々の患者に対して適切な栄養指導やアドバイスを提供しこれにより患者は、栄養状態を改善し、将来の健康リスクを軽減することが可能となる。また、カスタマイズされた栄養プランは、病態に応じて、症例ごとにカスタマイズされた栄養プランを作成し、適切な栄養素をバランスよく摂取・投与することで、治療効果やリハビリテーションの進展を支援し、将来の健康をサポートすることが可能となる。そして研究とイノベーションによって、最新の栄養研究や治療法に基づいて、新しいアプローチやプロトコルを開発することが可能となりこれにより、より効果的な栄養戦略が提供され、未来の患者の治療に貢献することが可能となる。病院管理栄養士の役割は、患者の健康と幸福に直接的な影響を与えるものであり、その専門知識とサポートを通じて未来の健康を創造する重要な存在と言える。

しかし、現実はどうであろうか？どんな人でも組織に入るまでは、「あれをしたい」「これをしたい」という希望をもっている。病院入職したばかりの新人や若い管理栄養士たちは、多少なりとも自らの「内なる声」に耳を傾け、個の論理に従って生きようともがく。しかし、組織の中で生きるうちに、そのことを忘れてしまう。内なる声は何と叫んでいたのか、自分という個は、本当は何をしたかったのかを忘れ、与えられたポジションにおさまって組織のために働くようになる。そんな管理栄養士たちが皆さんの属する組織にはたくさんいるのではないだろうか。人はいったん組織の論理に従って生きる術を身につけてしまうと、いつの間にか慣行に従い、みんなと同じものを見るような生き方に染まってしまう。なおかつ組織は、個に同化を強烈に求めてくる。職場では自由にポジションを選べないし、人事異動にも簡単には逆らえない。いっそ病院を辞めようかと悩んでも、失うものが大きすぎるからそれも怖い。そうこうしているうちに、組織にとって正しいことが自分にとっても正しいことと言いかせられるようになり、いつの間にか、組織の成功が自分の成功と無意識に思い始める。そうした生き方、考え方を前提とした行動が、組織の中で評価されてしまうと、ますます個と組織の同化が進み、私たちの目には「見えないもの」が見えなくなる。「私たちは病院のために働くではありません。病院が、あなたたちが成功するために存在するのです」。管理栄養士の使命と責任をもう一度振り返る時期に来たのかもしれない。