



第15回 | 日本リハビリテーション栄養学会学術集会

リハビリテーション栄養で支える レジリエンス

リハ栄養の真の実践を目指して

プログラム・抄録集

会期

2026年 **3月14日** ^{SAT} [土]

会場

金沢市文化ホール

■開催形態: 現地 + オンデマンド限定教育講演

大会長

小蔵 要司 社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 臨床栄養課

実行委員長

神野 俊介 一般社団法人オーディナリーライフ

大会顧問

大村 健二 上尾総合中央病院 外科
栄養サポートセンター センター長



第15回

日本リハビリテーション栄養学会学術集会

プログラム・抄録集

テーマ：リハビリテーション栄養で支えるレジリエンス
ーリハ栄養の真の実践を目指してー

会期：2026年3月14日(土)

会場：金沢市文化ホール

大会長：小蔵 要司

協 賛 一 覧

本学術集会の開催にあたり、下記の皆様に多大なるご支援を賜りました。
ここにご芳名を記し、深甚なる感謝の意を表します。

◆共催セミナー

株式会社大塚製薬工場
アボットジャパン合同会社
森永乳業クリニコ株式会社
日清オイリオグループ株式会社

◆企業展示

アース製薬株式会社
株式会社インボディ・ジャパン
株式会社大塚製薬工場
信濃化学工業株式会社
テルモ株式会社
トーニチ株式会社
日清オイリオグループ株式会社
ニュートリー株式会社
バランス株式会社
ヘルシーフード株式会社
フルーツライフ株式会社
明祥株式会社
メディカデリ株式会社
森永乳業クリニコ株式会社
株式会社モルテン
ローテックメディカルジャパン株式会社

◆抄録集広告

社会医療法人財団董仙会
味の素株式会社
医菌薬出版株式会社
株式会社明治
シダックスフードサービス株式会社
株式会社メディカ出版
日本イーライリリー株式会社

◆バナー広告

セントラルメディカル株式会社
パラマウントベッド株式会社
ヘルシーフード株式会社

◆寄付金

大村健二
株式会社トーショー北陸支店
株式会社金沢義肢製作所
カナカン株式会社
ホシザキ北信越株式会社

◆寄付

株式会社明治
ネスレ日本株式会社 ネスレ ヘルスサイエンスカンパニー
北陸製薬株式会社

順不同

2026年1月現在

復興の桜

がんばろう恵寿!
がんばろう能登!

ありがとう



災害でも医療を止めない
レジリエンス力で
能登地域の医療に貢献します。



LINE



Instagram



恵寿総合病院 HP



社会医療法人財団董仙会

恵寿総合病院

Keiju Medical Center

健康にアイデアを
meiji

明治
メイバラン[®]

MEIJI
NUTRITION
FACTORY

ぎゅっとMini[®]



200kcal/
100ml*

亜鉛
2.0mg*

たんぱく質
7.5g*

食物繊維
2.5g*

※1本当たり

株式会社 明治

明治ニュートリションインフォ



<https://www.meiji.co.jp/meiji-nutrition-info/>



「臨床栄養」別冊
**Case Report に学ぶ
摂食嚥下障害の
栄養アセスメントと介入のコツ**
摂食嚥下リハビリテーション
栄養専門管理栄養士がレクチャー！

定価 3,520円 (本体 3,200円+税 10%)
B5判 136頁



「臨床栄養」臨時増刊号 147 巻 4 号
**重症心身障害児者・医療的ケア児者の
食と栄養ケア
実践ガイド**

口分田政夫 企画
定価 3,520円 (本体 3,200円+税 10%)
B5判 200頁



目でみる嚥下障害 第2版
Web 動画付
内視鏡検査 (VE)・嚥下造影検査 (VF) の
所見を中心として

藤島一郎 監修・著
岡本圭史・國枝顕二郎・重松孝 著
定価 6,160円 (本体 5,600円+税 10%)
B5判 176頁 ISBN978-4-263-26694-6



CG と機能模型でわかる!
新版 摂食嚥下と誤嚥のメカニズム
デジタルコンテンツ DL 付
嚥下の仕組み～器官の異常まで

里田隆博 戸原玄 監修
定価 9,900円 (本体 9,000円+税 10%)
B5判 104頁
ISBN978-4-263-44757-4



PT・OT・STのための
リハビリテーション薬剤
生活機能をより高める“リハ薬剤”

吉村芳弘 編集代表
定価 4,620円 (本体 4,200円+税 10%)
B5判 244頁
ISBN978-4-263-21887-7



[Journal of CLINICAL REHABILITATION]
臨時増刊号 34 巻 13 号
小児リハビリテーションの5W1H
一超少子時代を迎えて

小崎 慶介
(心身障害児総合医療療育センター) 編
定価 3,300円 (本体 3,000円+税 10%)
B5判 112頁 (予定)

医歯薬出版株式会社

☎ 113-8612 東京都文京区本駒込 1-7-10

<https://www.ishiyaku.co.jp/> TEL03-5395-7610 FAX03-5395-7611



たんぱく質
ちゃんと摂れてる？

Eat Well, Live Well.



忙しい朝に☀️ たんぱく質をプラス 1 cup



たんぱく質はカラダを構成する大切な栄養素です。毎日の食事で欠かさず摂ることが必要になります。

SHIDAX

未来の子供たちのために

シダックスグループは
「すべては未来の子供たちのために」を使命とし、
より良い社会を次世代に継承するために
フードサービス、車両運行サービス、
社会サービスの
3つの基幹事業を通じて社会課題を
解決していく総合サービス企業です。

シダックスフードサービス株式会社

〒150-0041

東京都渋谷区神南1-12-10シダックス・カルチャービレッジ
TEL.03-6731-9257(代表)

数値の読み解き方を教えます!

NutritionCore
ニュートリションケア
2025年 秋季増刊

栄養管理& 栄養食事指導に 活用できる 検査値ガイド

患者に渡せる
説明シート
つき

東京医科大学腎臓内科学分野主任教授 菅野 義彦 監修
東京医科大学腎臓内科学分野教授 森山 能仁 編集
前・東京医科大学病院栄養管理科科长 宮澤 靖 編集

栄養ケアを行ううえで、検査値から患者の
状態を読みとる力は重要である。本書では、
覚えておきたい検査値の意味、推移の読み
解き方や基準値・異常値、関連疾患に加え、
栄養食事指導でのわかりやすい伝え方を
コンパクトに解説する。ダウンロードして
そのまま渡せる「患者説明シート」つきで、
日々の業務に役立つ一冊。



定価3,300円(本体+税10%) B5判/184頁 ISBN978-4-8404-8727-6

MC メディカ出版

www.medica.co.jp

お客様センター ☎0120-276-115

世界中の人々の
より豊かな人生のため、
革新的医薬品に
思いやりを込めて

Lilly
A MEDICINE COMPANY

日本イーライリリーは製薬会社として
人々が健康で、より豊かな生活を送れるよう
がん、糖尿病、自己免疫疾患、
アルツハイマー病などの中枢神経系疾患を含む
幅広い領域で革新的な医薬品を提供し
日本の医療に貢献しています。

日本イーライリリー株式会社
〒651-0086 神戸市中央区通上5-1-28
https://www.lilly.com/jp/

大会長挨拶

第15回日本リハビリテーション栄養学会学術集会大会長

小蔵 要司

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 臨床栄養課



この度、第15回日本リハビリテーション栄養学会学術集会を2026年3月14日(土)、石川県の金沢市文化ホールで開催させていただきます。日本リハビリテーション栄養学会は、2011年に日本リハビリテーション栄養研究会として発足以来、リハビリテーション栄養学の進歩と普及に貢献するための事業を行い学術文化の発展と医学及び医療の向上に資することで、障がい者や高齢者の機能・活動・参加、生活の質の向上に寄与してきました。これらの活動の成果の一つとして、2023年経済財政運営と改革の基本方針いわゆる『骨太の方針』において、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理の連携・推進が明記されました。

本学術集会のテーマは「リハビリテーション栄養で支えるレジリエンスーリハ栄養の真の実践を目指してー」としました。レジリエンスには、「回復力」「復元力」「弾力」といった意味があります。我が国は、高齢化の影響で要介護高齢者数が年々増加しており、栄養ケアやリハビリテーションを必要とする方が増加しております。また我々は、数年前には新型コロナウイルスパンデミックを経験しました。さらに北陸地方は、令和6年1月1日に発生した能登半島地震で甚大な被害を受け、未だ復旧すらままならぬ地域があります。特に能登地域は地震から9ヶ月後に豪雨水害にも見舞われ、仮設住宅が浸水するなど多重被災に苦しめられております。このような疾患、障がい、災害による困難から、リハビリテーション栄養の実践を通してしなやかに回復する術について有意義なディスカッションができればと考えております。

本学術集会は対面での開催を中心に準備を進めております。オンデマンドはオンデマンド限定の教育講演のみでメインプログラムは現地でしか見ることが出来ません。このような形態をとりましたのは、現地で顔を合わせての討論を重視したいこと、そして災害支援の一環として皆様に金沢や能登に足を運んで頂きたいという思いからです。多職種、多領域の方々が出会い、議論し、明日のリハビリテーション栄養について語り合う、そんな学術集会にしたいと考えております。ご理解の程よろしくお願い申し上げます。

3月の金沢は、冬の北陸の風情とおいしい食べ物、そして春の息吹も感じられる良い時期です。「2026年のホワイトデイは金沢で」を合言葉として、多くの皆様のご参加を心よりお待ちしております。

開催概要

学術集会名称	第15回日本リハビリテーション栄養学会学術集会
大会テーマ	リハビリテーション栄養で支えるレジリエンス ーリハ栄養の真の実践を目指してー
会 期	2026年3月14日(土)
開催形式	現地+オンデマンド限定教育講演
会 場	金沢市文化ホール 〒920-0864 石川県金沢市高岡町15番1号 TEL:076-223-1221
懇親会会場	ANAホリデイ・イン金沢スカイ 18階「トップオブカナザワ」 開宴:19時
主 催	第15回日本リハビリテーション栄養学会学術集会 実行委員会

実行組織

●大会長

小蔵 要司 (社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 臨床栄養課)

●実行委員長

神野 俊介 (一般社団法人オーディナリーライフ)

●副実行委員長

亀谷 浩史 (富山県リハビリテーション病院・こども支援センター リハビリテーション療法部)

●実行委員

五十嵐 満哉 (恵寿総合病院 作業療法課)

上野 真由美 (金沢西病院 リハビリテーションセンター)

宇野 千晴 (名古屋学芸大学 管理栄養学部 管理栄養学科)

坂下 宗祥 (ごちゃまるクリニック)

田中 明子 (石川県立中央病院 栄養管理室)

田中 舞 (市立砺波総合病院 総合リハビリテーションセンター)

永野 彩乃 (Caresso コンサルタントナース)

二井 麻里亜 (京都光華女子大学 健康科学部 健康栄養学科)

野々山 忠芳 (一宮西病院 リハビリテーション技術部)

東 敬一郎 (浅ノ川総合病院 薬剤部)

森山 大介 (中部ろうさい病院 栄養管理部)

柳澤 優希 (富山西総合病院 リハビリテーション科)

●顧問

大村 健二 (上尾中央総合病院 栄養サポートセンター)

後 援

石川県栄養士会
石川県理学療法士会
石川県作業療法士会
石川県言語聴覚士会
石川県医師会
石川県看護協会
石川県歯科医師会
石川県介護福祉士会
富山県栄養士会
富山県理学療法士会
富山県作業療法士会
富山県言語聴覚士会
福井県理学療法士会
福井県作業療法士会
福井県言語聴覚士会
長野県栄養士会
能登脳卒中地域連携協議会
石川県

大会事務局

第15回日本リハビリテーション栄養学会 大会事務局
一般社団法人オーディナリーライフ
〒921-8151 石川県金沢市窪6-257-1
E-mail : jarn2026@gmail.com

運営事務局

株式会社ネクステージ
〒920-0059 石川県金沢市示野町南45番地
TEL: 076-216-7000 FAX: 076-216-7100
E-mail: jarn15@nex-tage.com

会場へのアクセス

金沢市文化ホール

〒920-0864 金沢市高岡町15番地1号

TEL: 076-223-1221 FAX: 076-223-1299



東京 → 金沢

【新幹線で】・東京ー金沢「かがやき」利用約2時間30分
・東京ー金沢「はくたか」利用約3時間

【飛行機で】・羽田ー小松約1時間

大阪 → 金沢

【JRで】・サンダーバード+新幹線利用約2時間30分

名古屋 → 金沢

【JRで】・しらすぎ+新幹線利用約2時間45分

小松空港 → 金沢駅

【空港バスで】
・金沢駅行約45分 金沢駅金沢港口(西口)到着

【タクシーで】
・高速道路利用約40分、14,000円前後です。

札幌 → 金沢

【飛行機で】・札幌ー小松約1時間40分

福岡 → 金沢

【飛行機で】・福岡ー小松約1時間30分

那覇 → 金沢

【飛行機で】・那覇ー小松約2時間05分

JR 金沢駅から会場までのアクセス

【市内路線バスで】
・北陸鉄道バス利用約15分
金沢駅前バスのりば(東口バスターミナル)
3番・8～11番のりば「南町・尾山神社」下車 徒歩約3分

【タクシーで】
・JR金沢駅前から約10分、1,000円前後です。

ご注意

※市内路線バス利用の場合、Suica、ICOCAなどの全国交通系ICカードは使用できませんのでご注意ください。

※学会会場には学会専用の駐車場はございませんので、ご注意ください。

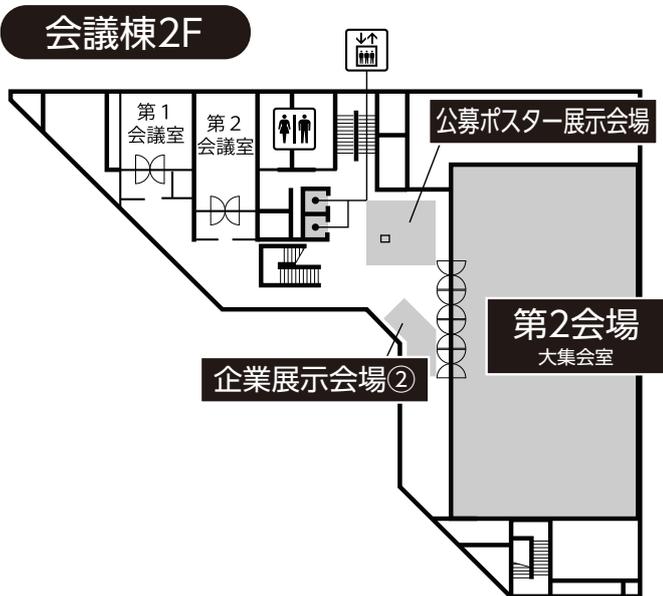
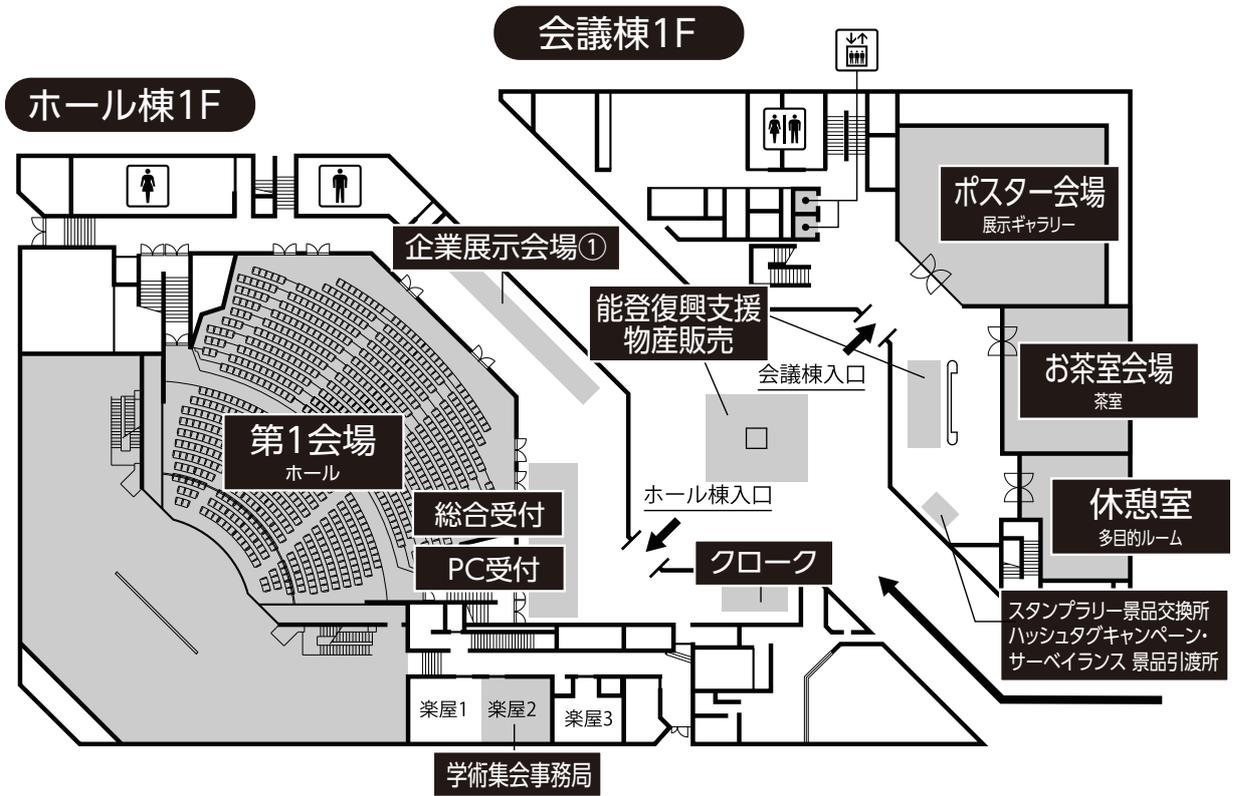
上記の金沢市文化ホールホームページ内に近隣駐車場のご案内がございます。

フロアマップ

金沢市文化ホール

第1会場	ホール棟 1F	ホール	
第2会場	会議棟 2F	大集会室	
第3会場	会議棟 3F	大会議室	
第4会場	会議棟 3F	第5・第6会議室	
ポスター会場	会議棟 1F	展示ギャラリー	
公募ポスター展示会場	会議棟 2F	ロビー	
企業展示1	ホール棟 1F	ロビー	
企業展示2	会議棟 2F	ロビー	
企業展示3	会議棟 3F	ロビー	
能登復興支援物産販売	広場 (屋外)、会議棟 1F	ロビー	
スタンプラリー景品交換所	会議棟 1F	ロビー	
参加型イブニングセミナー①	会議棟 3F	大会議室 (第3会場)	※ 3/13 開催
参加型イブニングセミナー②	会議棟 3F	第5・第6会議室 (第4会場)	※ 3/13 開催
学術集会事務局	ホール棟 1F	ホール第2楽屋	
総合受付	ホール棟 1F	ロビー	
PC受付	ホール棟 1F	ロビー	
クローク	ホール棟 1F	ロビー	
休憩室	会議棟 1F	多目的ルーム	
茶室	会議棟 1F	茶室	

フロアマップ (金沢市文化ホール)



参加者へのご案内

●開催形式

本学術集会は、現地開催とオンデマンド限定教育講演といたします。会場へご参集くださいますようお願い申し上げます。

また、現地プログラムのLive配信および会期後オンデマンド配信はございません。

●総合受付

場所：金沢市文化ホール ホール棟 ロビー

日時：3月14日(土) 8:00～18:30

●参加登録方法

本会の参加登録は、インターネットからのオンライン登録のみとさせていただきます。

現地受付では現金での参加登録を承れません。必ずオンラインで参加登録をお願いいたします。

お支払い方法は、クレジットカード決済のみとなります。

参加費

参加区分	早割	通常
会員（不課税）	6,000円	7,000円
ジョイント学会会員（税込）	7,000円	8,000円
非会員（税込）	8,000円	9,000円
学生・研修医（大学院生を除く）	無料	無料

※参加費は現地参加、オンデマンド限定配信を含む金額です。オンデマンド限定教育講演のみ希望される場合でも、参加区分に従いお申し込みください。

※ジョイント学会会員とは、本学術集会でジョイントセッションを行う、日本栄養治療学会、日本褥瘡学会、石川県栄養士のいずれかの会員の方を対象としています（本学術集会に限った参加区分となります）

※非会員は、日本リハビリテーション栄養学会会員、ならびに上記ジョイント学会会員に該当しない場合に選択してください。

※学生を選択した方は学生証をスキャンした画像ファイルを事前に運営事務局までメールにてお送りください。

●ネームカード/参加証明書

参加証は必ず事前にA4用紙にてカラー印刷し、会場へご持参ください。

会場入口に用意いたしますネームホルダーに4つ折りにしてご使用いただけます。

※当日の受付は不要です。

●領収書

領収書は参加費決済後にマイページよりダウンロード可能です。

ダウンロード期間は参加登録期間中に限りますので必ず忘れずにダウンロードしてください。

参加登録期間終了後はダウンロードができません。

●単位取得

本学術集会の参加・発表にて取得可能な単位は以下のとおりです。

認定学会・団体名	認定種別	認定単位	取得単位数	認定方法
日本栄養治療学会	栄養サポートチーム専門療法士	認定試験 更新・復活	参加5単位	※1
日本栄養士会	日本栄養士会生涯教育研修 「90-111」		現地参加1単位	※1
日本作業療法士協会	基礎研修修了・更新	基礎ポイント	参加1ポイント 発表1ポイント	※2

※1 大会参加証明書を保管のうえ各自で申請を行ってください。

※2 プログラム・抄録等の発表が分かるもの、大会参加証明書（領収書）等の書類を写真又はPDFファイルにし、OT協会会員ポータルサイトから会員個人で申請を行ってください。

●クローク

場所：金沢市文化ホール ホール棟 ホワイエ（総合受付横）

日時：3月14日(土) 8:00～18:40

貴重品、傘はお預かりできません。

●Wi-Fi

金沢市文化ホールではWi-Fiをご利用いただけます。

但し、接続台数に制限がかかる場合がございますのでご了承ください。

SSIDおよびパスワードは当日会場にて掲示いたします。

●懇親会（事前予約制）

詳細は学会ホームページをご確認ください。

日時：3月14日(土) 19:00～20:30

場所：ANAホリデイ・イン金沢スカイ 18階「トップオブカナザワ」

参加費：3,000円（税込）



●ランチョンセミナー

お弁当をご用意いたします。

A4参加証に事前申込みされた講演名が記載されます。そちらを当日会場前に提示してお弁当と交換してください。講演会場への入場は先着順となりますので直接会場へお越しください。

また、当日のお弁当は、各ランチョンセミナー会場に以下の3種類をご用意します。お好きなものを選んで頂けますが先着順とさせていただきます。各セミナー定員になり次第、受付を終了いたします。

- ・芝寿し
「北陸浪漫」



- ・大友楼
「かにめしと能登牛しぐれ丼」



- ・和倉温泉 加賀屋オリジナル
「能登福幸弁当」



●ハッシュタグキャンペーン 景品

ハッシュタグキャンペーンに当選された方は、以下の引渡所にて当選メールまたは添付の写真をご提示の上、景品をお受け取りください。

景品引渡場所：金沢市文化ホール 会議棟1Fロビー「休憩室」手前

引渡時間：3月14日(土) 9:50～11:20 もしくは 14:40～16:10

●日本リハ栄養学会サーベイランス参加者への景品

サーベイランスに参加された方は、次の案内に従って景品をお受け取り下さい。

【サーベイランス特典受け取り方法】

事前に受信したメールを、スマートフォン・タブレット・PCにより電子チケットをご提示ください。その場ではずれなしのくじ引きにご参加いただき素敵な景品をお渡しいたします。

※電子チケットは本人確認を兼ねているため、印刷物はなくスマートフォン等でご提示ください。

くじ引き参加用の電子チケット例

【第10回サーベイランス特典くじ引き 参加チケット】

チケット番号：SRV-2025-XXXX

発行日：2024年XX月XX日

有効期限：2025年3月14日

景品引渡場所：金沢市文化ホール 会議棟1Fロビー「休憩室」手前

引渡時間：3月14日(土) 9:50～11:20 もしくは 14:40～16:10

●企業展示スタンプラリー

企業展示スタンプラリーを開催いたします。

各企業展示ブースにて訪問者へお渡しするシールを、A4参加証に付随の台紙に貼り付けてください。

企業展示会場①～③では、それぞれ異なる色のシールをご用意しております。

3色集めていただいた方には景品をお渡ししますので、ぜひ企業展示を見学・体験して景品交換所にお立ち寄りください。(同色3枚では交換できません)

日 時：3月14日(土) 9:00～17:40

展示会場：金沢市文化ホール

① ホール棟1Fロビー(6社)、② 会議棟2Fロビー(3社)、③ 会議棟3Fロビー(6社)

景品交換場所：金沢市文化ホール 会議棟1Fロビー「休憩室」手前

●能登復興支援物産販売

以下のエリアにて能登のお土産販売ブースを設置します。

ぜひ、お立ち寄りください。

日 時：3月14日(土) 11:00～16:30

場 所：金沢市文化ホール 広場、会議棟1Fロビー

① 尾崎海産物店(乾物) ② 一よし高森洋子(漆器) ③ 朝市わじまのさかなや(干物)

④ 小西堂(民芸品) ⑤ Umiyu(海石けん) ⑥ 能登ロマン(漆アクセサリー)

※広場での物産販売ブースは、雨天の場合、会議棟1Fロビーへ移動します。

●オンデマンド限定教育講演（配信プログラム）

公開期間（予定）：2026年3月2日（月）～3月23日（月）

詳細は学術集会ホームページにてご案内いたします

●茶室での美術・工芸作品展示について

以下の時間内にて茶室での金沢美術工芸大学学生の美術・工芸作品を鑑賞いただけます。

見学時間：3月14日（土）10:30～11:30、14:30～16:00

●託児所（事前申込制）および当日親子席について

本学術集会では、子育て世代の学会参加を応援しています。参加者はお子様※連れでの参加を歓迎いたします。（監督責任は保護者の方をお願いします）

1) お子様^{*}はご招待となります。無料参加パスをご用意いたしますので、入場時にはまず総合受付にお越しください。

※0歳6ヶ月～12歳（小学生）までとします。

2) 開催期間中に託児所を設けます。ご利用を希望される方は学術集会ホームページからお申し込みください。（事前申込制）

3) 第1～4会場の出入り口付近に、お子様連れの方の優先座席「親子席」を設けます。会場内に看板を設置しますのでご自由にご使用ください。

4) ベビーカーの貸し出しサービスはございません。

5) 発熱や咳・鼻水などの感冒症状のあるお子様や同伴者のご参加はお控えください。

6) ランチョンセミナーの参加は可能です。お子様の昼食は各自でご準備ください。

●学会参加にあたってのご注意

・参加証は会場内では常時ご着用ください。非着用の方は入場をお断りいたします。

・会場内でのアナウンスによる呼び出しはいたしません。

・会場内では、携帯電話の電源をお切りいただくか、マナーモードに設定してください。

・撮影許可証を持たない方の写真・動画撮影・録音等は、発表者の著作権保護や対象者のプライバシー保護のために禁止させていただきます。なお、当日、許可証を持ったスタッフ等が撮影することがございますのでご了承ください。

・ゴミのお持ち帰りにご協力ください。ランチョンセミナーのお弁当ガラは終了後に回収します。

・感染予防のためマスクの着用をお願いします。

・座席確保のため私物を座席に置くことはご遠慮願います。

・質問・討論される方は予めフロアに設置されたマイクの前にお並びください。

座長から指名された後、ご所属・お名前を告げてから質問・討論を開始してください。

座長・演者へのご案内

●登壇発表方法

現地登壇をお願いいたします。オンライン登壇はできませんのでご了承ください。

優秀セッション、YIA、IARN English Session、公募ポスター企画では、それぞれ最優秀演題を選出して表彰式で表彰します。

●発表時間について

優秀セッション・YIA	1演題9分（発表6分、質疑応答3分）
英語セッション	1演題7分（発表5分、質疑応答2分）
ポスター	1演題5分（発表3分、質疑応答2分）

●口演座長へのお願い

- ・担当セッションの開始15分前までに各担当会場にお越しの上、会場内右手前方のお席にてお待ちください。
- ・開始予定時刻前に「次座長席」へご着席ください。
- ・発表、質疑応答、総合討論を含めて時間内で終了するようにご協力ください。
- ・参加者からの質問は、講演会場内設置のマイクを使用した音声による質問となります。

●ポスター座長へのお願い

- ・担当セッションの開始15分前までに総合案内までお越しください。
- ・アナウンスはございません。お時間になりましたら随時開始してください。

●口演発表者へのお願い

- ・セッション開始30分前までにPC受付にて発表データの受付をお済ませください。
- ・ご自身の発表15分前までに各会場内スクリーンに向かって左側前方の「次演者席」にお座りください。
- ・舞台上のモニターとスクリーンは同じものが表示されます。発表者ツールは使用できません。
- ・演台のキーボードまたはマウスを使用し、ご自身で操作をお願いいたします。
- ・スライドはワイド画面（16:9）で作成してください。
- ・標準（4:3）でも受付可能ですがスクリーンの両サイドに黒い帯が表示されます。
- ・データのファイル名は下記の要領で演題番号（半角）に続けて演者氏名をつけてください。

PC受付

場所：金沢市文化ホール ホール棟 1F ロビー

日時：3月14日（土）8:00～17:30

<データをお持ち込みの場合>

- ・受付可能なメディアはUSBメモリーのみです。
- ・本会では以下のOSとアプリケーション、動画に対応しております。

【OS】 Windows11

【アプリケーション】 Windows 版PowerPoint2019以降

【動画ファイル】 Windows Media Player で再生可能なデータ

- ・発表（PowerPoint）データは、作成に使用されたPC以外でも必ず動作確認を行ってください。
- ・フォントは特殊なものでなく、PowerPointに設定されている標準フォントをご使用ください。またご自身のPC以外でも文字化け等がなくデータを読み込めるかどうかを事前にご確認ください。

- ・発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去します。
- ・動画、音声がある場合にはPCデータ受付時にスタッフへお知らせください。

<PC本体をお持ち込みの場合>

- ・会場で使用するPCケーブルコネクタの形状は、HDMIです。
- ・この出力端子を持つPCをご用意いただくか、Macintoshやこの形状に変換するコネクタを必要とする場合には変換ケーブルを必ずご持参ください。
- ・電源ケーブルは各自でご持参ください。
- ・パスワード、スクリーンセーバーならびに省電力設定は予め解除しておいてください。
- ・万一に備えバックアップデータ用としてUSBメモリーにデータを保存し、ご持参ください。
- ・PC受付後、講演開始15分前までに講演会場内、次演者席付近のPCオペレーター席にPCをご持参ください。
- ・講演終了後、PCオペレーター席にて必ずPCをお受取りの上、退室してください。

●ポスター発表者へのお願い

- ・ポスター発表者の受付はございません。
- ・下記掲示時間内にパネルにポスターを貼付してください。
- ・掲示用のピン、演者用リボン各ポスターパネルにご用意しております。
- ・リボンは目立つ位置につけてください。
- ・演題番号は事務局で用意します。
- ・下記表にて発表時間をご確認いただき発表の15分前までに、ご自身のポスターパネルの前にて待機し、座長の指示に従って発表してください。なお、公募ポスター企画「我が施設自慢のリハ栄養チーム紹介」は掲示のみで、発表はありません。
- ・**本学術集会では「午前の部」「午後の部」の2部制となります。**

場所：金沢市文化ホール 会議棟1F 展示ギャラリー

一般演題 ポスター1～8 掲示時間 8:00～9:00、撤去：スタッフにて行います※

一般演題 ポスター9～13 掲示時間 13:30～14:30、撤去時間：17:00～18:00

公募ポスター企画「我が施設自慢のリハ栄養チーム紹介」

掲示時間 8:00～9:00 / 撤去時間：17:00～18:00

※一般演題 ポスター1～8の撤去時間はランチョンセミナー時間と重なります。

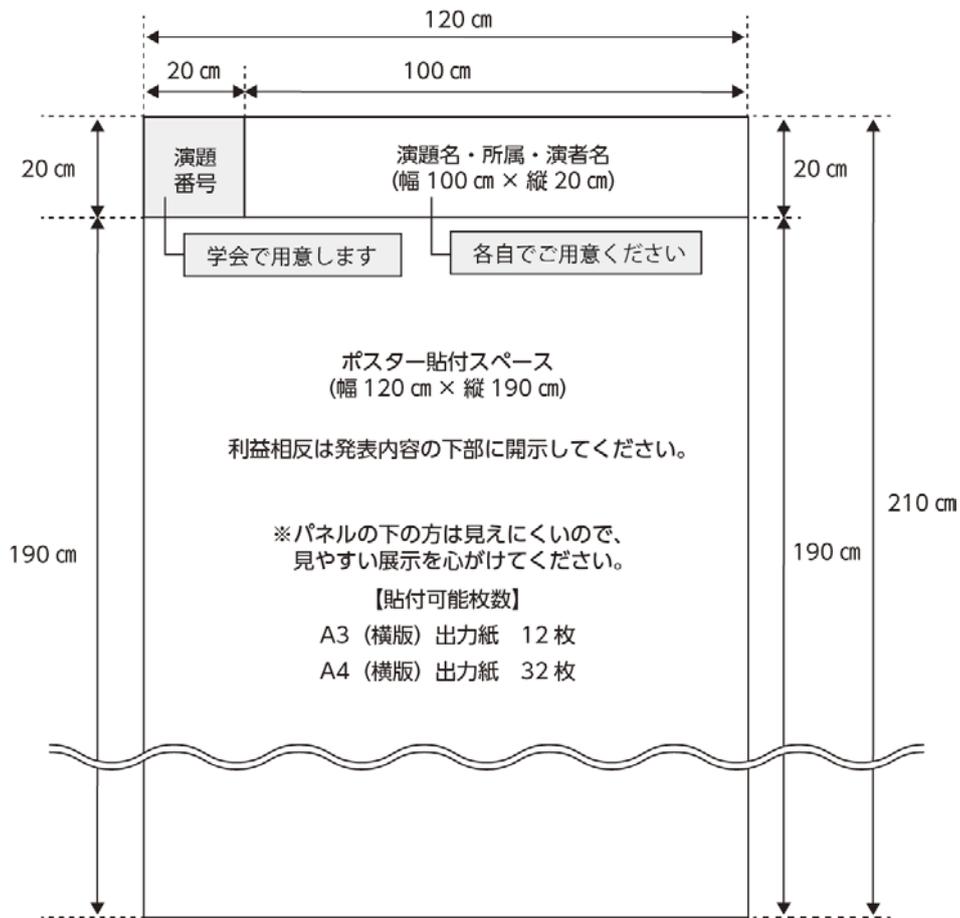
撤去はスタッフにて行いますので、是非ランチョンセミナーへご参加ください。

なお、撤去したポスターは演題番号を明示しホール棟1Fロビー（ホール棟に入った直ぐのカウンター）で保管していますので、各自お持ち帰りいただきますようお願いいたします。なお、18時以降に撤去、お持ち帰りいただいていないポスターは事務局にて処分します。

●ポスター発表スケジュール

プログラム	発表・討論	発表時間
一般演題 ポスター1・2	9:00～9:40	1 演題5分 (発表3分、質疑応答2分)
一般演題 ポスター3・4	9:50～10:30	
一般演題 ポスター5・6	10:40～11:20	
一般演題 ポスター7・8	11:30～12:10	
一般演題 ポスター9・10	14:40～15:20	
一般演題 ポスター11・12	15:30～16:10	
一般演題 ポスター13	16:20～17:00	

<ポスター掲示について>



- ・演題番号 (縦20cm×横20cm) は事務局にてご用意いたします。
- ・演題名・演者名・所属 (縦20cm×横100cm) はご自身でご準備の上、右上部分に掲示してください。
- ・利益相反は発表内容の下部に開示してください。

●利益相反について

- ・筆頭著者自身における発表内容に関連する企業や営利を目的とする団体に関わる利益相反 (COI) 状態の申告が必要です。口演発表は演題、発表者の紹介スライドの次に開示してください。
- ・ポスター発表は掲示の最後に開示してください。

※再発表時の利益相反の開示について

演題登録時、過去に他の学会で発表した演題については再発表用を使用してください。

利益相反のスライド

筆頭著者自身における発表内容に関連する企業や営利を目的とする団体に関わる利益相反 (COI) 状態の申告が必要です。タイトルスライドのテンプレートは学術集会ホームページよりダウンロードください。

3月13日(金)

	第1会場 (1F ホール)	第2会場 (2F 大集会室)	第3会場 (3F 大会議室)	第4会場 (3F 第5・6会議室)	ポスター会場 (1F 展示ギャラリー)	お茶室会場 (1F 茶室閉清庵)	オンデマンド配信
14:00							※オンデマンド限定教育講演の情報は3/14(土)版に掲載しております
15:00							
16:00			16:00～18:00 参加型イブニングセミナー(HES-1) “見える筋肉”を診る! 一骨格筋エコーでここまでわかる臨床の最前線(ハンスオンセミナー) 講師:中西信人 インストラクター:野々山忠芳	16:00～18:00 参加型イブニングセミナー(HES-2) はじめての文献レビュー入門 講師:百崎良 進行・アシスタント:森山大介			
17:00							
18:00							

3月14日(土)

	第1会場 (ホール棟 1F ホール)	第2会場 (会議棟 2F 大集会室)	第3会場 (会議棟 3F 大会議室)	第4会場 (会議棟 3F 第5・6会議室)
8:00				
8:30	8:30 ~ 開会式			
	8:35 ~ 8:50 大会長基調講演(CCA) リハビリテーション栄養で支えるレジリエンス ーリハ栄養の真の実践を目指そう！ 座長：大村健二 演者：小蔵要司	「手と心で届けることば」 ～つながる手、つなげる心～ 演者：石川県立田鶴浜高等学校手話部		
9:00	9:00 ~ 9:20 オープニング企画(OS) 県立田鶴浜高校手話部による 手話うたパフォーマンス	9:00 ~ 9:40 教育講演(EL-1) リハ栄養ははじめの一步 座長：宇野千晴 演者：西岡心大	9:00 ~ 9:40 ジョイント企画(JP-1) VF・VEがなくてもできる 嚥下能力の推定 北陸の摂食嚥下ケアを支える会 座長：木倉敏彦 演者：亀谷浩史	9:00 ~ 9:40 優秀演題セッション(SS) 4演題 座長：上島順子、白土健吾
	9:30 ~ 10:30 特別講演(SL-1) 臨床栄養の夜明けから現在 ーリハビリテーションと手を取りあって 明るい未来を拓くー 座長：東敬一朗 演者：大村健二	9:50 ~ 10:30 教育講演(EL-2) エビデンス・プラクティスギャップを 埋める真の実践 座長：井上達朗 演者：前田圭介	9:50 ~ 11:20 ジョイント企画(JP-2) 被災レジリエンスを支える栄養支援 ～明日、あなたが支援を担うなら どう備えますか～ 石川県栄養士会 座長：徳丸季聡、嶋津さゆり 演者：川瀬文哉、橋本良子、坂下理香、徳丸季聡	9:50 ~ 10:30 Young Investigator Award (YIA) 4演題 座長：百崎良、小瀬英司
10:00				
11:00	10:40 ~ 12:20 特別企画(SP-1) チーム対抗！リハ栄養の臨床推論 座長：若林秀隆、永野彩乃 症例提供・コメンテーター：東敬一朗	10:40 ~ 11:20 教育講演(EL-3) 多角的に“筋”を診るーエコー・体組成計・ CT・バイオマーカーで拓く次世代の 骨格筋評価 座長：長野文彦 演者：中西信人		10:40 ~ 11:20 IARN English Session (ES) 5演題 座長：中山真美、中尾真理
		11:30 ~ 12:10 教育講演(EL-4) 「問い」から見つめ直す、これからの リハ栄養臨床研究 座長：百崎良 演者：紙谷司	11:30 ~ 12:20 特別企画(SP-2) Pros and Cons 炎症期のリハ栄養 攻める？守る？ 座長：鈴木規雄、上島順子 演者：野々山忠芳、飯田有輝	11:30 ~ 12:20 初学者向け企画(PB) わからないがわかる！ 症例から学ぶはじめてのリハ栄養 座長：岸本浩 演者：宮崎慎二郎、塩濱奈保子
12:00				
13:00	12:30 ~ 13:30 ランチョンセミナー(LS-1) 周術期における個別化栄養ケアの最前線 ～評価と栄養介入のポイント～ 座長：稲木紀幸 審判・前後をつなぐ栄養サポート～周術期における介入タイミングのマネジメント～ 演者：齊藤大蔵 治療から予防までを見据えた栄養戦略～炎症と筋肉量からみた個別化～ 演者：松井亮太 共催：株式会社大塚製薬工場	12:30 ~ 13:30 ランチョンセミナー(LS-2) サルコペニア・フレイル診療における 最新ガイドラインとMuscle Healthの 重要性 座長：若林秀隆 演者：吉村芳弘 共催：アポットジャパン合同会社	12:30 ~ 13:30 ランチョンセミナー(LS-3) 入院関連機能障害を防ぐ ーリハ・栄養・口腔の一体的アプローチー 座長：藤原大 演者：飯田有輝 共催：森永乳業クリニコ株式会社	12:30 ~ 13:30 ランチョンセミナー(LS-4) 認知機能低下者の低栄養に対する 栄養介入の最新エビデンス 座長：永野彩乃 演者：嶋津さゆり 認知症患者における食事介助スキルの実践ポイント 座長：嶋津さゆり 演者：永野彩乃 共催：日清オイリオグループ株式会社
14:00	13:40 ~ 14:30 特別講演(SL-2) ケアインベーション 座長：大村健二 演者：真田弘美	13:40 ~ 14:30 特別企画(SP-3) なぜ進まぬ「三位一体」？連携加算の“壁” 今を突破する、リハ・栄養・口腔の実践知 座長：吉村芳弘、松尾晴代 演者：漆原真姫、山川美樹、今井遼太	13:40 ~ 14:30 特別企画(SP-4) 心理面のリハ栄養を考える ー抑うつへの対応と ポジティブ心理学の活用 座長：藤原大、森みさ子 演者：藤原大、田中舞、森みさ子	13:45 ~ 14:45 参加型企画(PS-1) リハ栄養オンラインコミュニティ(RNC) つながる！広がる！リハ栄養の輪 座長：高尾優一、與祥子 ファンリテーター：大沢優也、宇野勲、 後藤美紅、村田裕康、 加治屋敬子
15:00	14:40 ~ 16:10 ジョイント企画(JP-3) GLIM基準の実践と活用、決定版！ ～どう評価し、実践に繋げるか～ 日本栄養治療学会 座長：廣野靖夫、西岡心大 演者：福島亮治、西岡心大、石田優利亜、廣野靖夫	14:40 ~ 16:10 ジョイント企画(JP-4) リハ栄養のまなざしを褥瘡ケアにも 活かそう 日本褥瘡学会 座長：日高正巳、塚田邦夫 演者：塚田邦夫、真壁昇、神野俊介、古川順子 特別発言：真田弘美	14:40 ~ 16:10 ジョイント企画(JP-5) 能登から未来を描くレジリエンス： ともに支え/乗り越える 能登NST研究会 座長：野口晃、社本博 演者：前田美穂、長谷剛志、徳田紀子、中村悦子	15:00 ~ 15:30 ミニレクチャー(ML-1) がん患者における肥満・サルコペニア 肥満のリハビリテーション栄養 座長：中道真理子 演者：斎野容子
16:00				15:40 ~ 16:10 ミニレクチャー(ML-2) チームビルディング・システム運用から 考えるリハ栄養の実践とその実際 座長：二井麻里亜 演者：折内英則
17:00	16:20 ~ 17:40 特別講演(SL-3) 心理面と社会面のリハ栄養講演&前・現理事長対談 「リハ栄養の去来今」 座長：藤本篤士 心理面のリハ栄養 演者：若林秀隆 社会面のリハビリテーション栄養： SDHの視座から臨床実践へ 演者：藤原大 対談者：若林秀隆、藤原大、吉村芳弘	16:20 ~ 17:20 特別講演(SL-4) 令和8年診療報酬改定について ～リハビリテーション・栄養を中心に～ 座長：上島順子 演者：日名子まき	16:20 ~ 17:20 参加型企画(PS-2) リハ栄養ケアプロセスワークショップ リハ栄養ケアプロセスにおける ゴール設定をとことん鍛える！ アドバイザー：前田圭介 コーディネーター：浅田宗隆、小林大樹、 白土健吾、村田裕康	16:20 ~ 16:50 ミニレクチャー(ML-3) 嚥下臨床における超音波検査装置の応用 座長：橋田直 演者：森隆志
				17:00 ~ 17:30 ミニレクチャー(ML-4) 食欲不振時の臨床推論 座長：永井多賀子 演者：松本朋宏
18:00	17:45 ~ 18:10 表彰式 優秀演題、YIA、公募ポスター、 優秀論文賞 次大会長挨拶 閉会式			

3月14日(土)

	ポスター会場 (会議棟1F 展示ギャラリー)		お茶室会場 (会議棟1F 茶室閑清庵)	物産販売 (広場・会議棟1F)	企業展示 (ホール棟1F会議棟2・3F)	休憩室 (会議棟1F多目的ルーム)	総合受付 (ホール棟1Fロビー)	オンデマンド 配信
8:00 8:30	8:00 ~ 9:00 ポスター貼り付け時間					8:00 ~ 17:40 休憩室	8:00 ~ 18:30 総合受付	オンデマンド限定 教育講演 (OEL) 1. 誤嚥性肺炎に対するリハビリテーション・栄養・口腔の三位一体の取り組み 演者：高島英昭 2. RQPECOをつくる臨床の疑問からどうやって研究に繋げるか 演者：永見慎輔 3. リハ栄養ガイドライン2025 演者：吉村芳弘 4. 臨床研究へ生成AI活用の利点と落とし穴 演者：清水昭雄 5. 嚥下リハの臨床一地域の実情に合わせてー 演者：藤島一郎 6. リハビリテーション栄養の質を高める！ 口腔アセスメントのコツ 演者：吉見佳那子 7. 向精神薬の適正使用を再考する 演者：小瀬英司 8. 呼吸サルコペニア～ポジションペーパー以降の話題も添えて～ 演者：宮崎慎二郎 9. サルコペニア対策としてのアミノ酸栄養 演者：小林久峰 10. 食事動作における麻痺手の使用について 演者：竹林崇 11. リハ栄養でも大事な静脈栄養のはなし 演者：東敬一朗 12. 大学教員や学生指導者がリハ栄養を教える際の勘所 演者：井上達朗 13. 在宅におけるリハ栄養…だけど、そもそも論で考えてみよう 演者：豊田義貞 14. 介護老人保健施設における一体的取組の実践とその意義～管理栄養士の専門性をどう活かすか～ 演者：苅部康子 15. 心臓だけを診ない～心不全患者を“リハ栄養”で支えるUPDATE～ 演者：濱知明 16. ICUにおけるリハビリテーション栄養と作業療法：時間軸と情動軸の再統合 演者：塚越大智 17. 第10回日本リハビリテーション栄養学会サーベイランス結果報告 演者：中原さおり 18. リハ栄養における優先すべき研究課題の同定研究一結果報告ー 演者：宮崎慎二郎
9:00	9:00 ~ 9:40 ポスター演題 (PP1) 回復期1 座長：神田由佳	9:00 ~ 9:40 ポスター演題 (PP2) 回復期2 座長：小林大樹			9:00 ~ 17:40 企業展示			
10:00	9:50 ~ 10:30 ポスター演題 (PP3) 回復期3 座長：高橋浩平	9:50 ~ 10:30 ポスター演題 (PP4) チーム医療1 座長：中村直人						
11:00	10:40 ~ 11:20 ポスター演題 (PP5) チーム医療2 座長：石田優利亜	10:40 ~ 11:20 ポスター演題 (PP6) 生活期 座長：西山愛	10:30 ~ 11:30 金沢美術工芸大学 学生の美術・工芸作品の 見学時間	11:00 ~ 16:30 物産販売				
12:00	11:30 ~ 12:10 ポスター演題 (PP7) 災害対応と支援、その他 座長：川瀬文哉	11:30 ~ 12:10 ポスター演題 (PP8) 認知症・精神疾患、その他 座長：高崎美幸	11:30 ~ 12:20 参加型企画 (PS-3) お茶室で育むあなたの レジリエンス ー Supported by 金沢美術工芸大学 (午前の部)					
13:00	12:20 ~ 14:20 ポスター貼り替え時間		お茶室で育むあなたの レジリエンス ー Supported by 金沢美術工芸大学 (午前の部) (午後の部) 亭主：中原さおり 呈茶、美術・工芸作品紹介： 阿出川晴夏					
14:00			13:40 ~ 14:30 参加型企画 (PS-3) お茶室で育むあなたの レジリエンス ー Supported by 金沢美術工芸大学 (午後の部)					
15:00	14:40 ~ 15:20 ポスター演題 (PP9) 脳血管・運動器疾患 座長：白土健吾	14:40 ~ 15:20 ポスター演題 (PP10) サルコペニア・フレイル・リハ薬劑 座長：清水昭雄	14:30 ~ 16:00 金沢美術工芸大学 学生の美術・工芸作品の 見学時間					
16:00	15:30 ~ 16:10 ポスター演題 (PP11) 急性期・呼吸器、 循環器疾患 座長：大沢優也	15:30 ~ 16:10 ポスター演題 (PP12) 嚥下・口腔 座長：金久弥生						
17:00	16:20 ~ 17:00 ポスター演題 (PP13) 悪液質・がん・緩和ケア、 リハ栄養口腔の三位一体 座長：鈴木達郎							
18:00								

プログラム目次

<現地開催>

大会長基調講演	CCA	17
特別講演	SL	17
特別企画	SP	18
教育講演	EL	19
初学者向け企画	PB	19
ジョイント企画	JP	19
ミニレクチャー	ML	21
参加型企画	PS	22
優秀演題セッション	SS	22
Young Investigator Award	YIA	23
IARN English session	ES	23
一般演題 (ポスター)	PP	24
参加型イブニングセミナー	HES	30
ランチョンセミナー	LS	30
公募ポスター企画	OP	31
オープニング企画	OS	32

<オンデマンド限定>

オンデマンド限定教育講演	OEL	32
--------------	-----	----

抄録集目次

<現地開催>

大会長基調講演	CCA	36
特別講演	SL	37
特別企画	SP	45
教育講演	EL	55
初学者向け企画	PB	60
ジョイント企画	JP	63
ミニレクチャー	ML	86
参加型企画	PS	91
優秀演題セッション	SS	94
Young Investigator Award	YIA	96
IARN English session	ES	98
一般演題 (ポスター)	PP	101
参加型イブニングセミナー	HES	151
ランチョンセミナー	LS	153
公募ポスター企画	OP	160
オープニング企画	OS	163

<オンデマンド限定>

オンデマンド限定教育講演	OEL	164
--------------	-----	-----

プログラム

<現地開催>

大会長基調講演 CCA

第1会場 8:35 - 8:50

座長 大村 健二 (上尾中央総合病院 栄養サポートセンター)

リハビリテーション栄養で支えるレジリエンスーリハ栄養の真の実践を目指そう!

演者 小蔵 要司 (社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 臨床栄養課)

特別講演 SL

SL-1 臨床栄養の夜明けから現在ーリハビリテーションと手を取りあって明るい未来を拓くー

第1会場 9:30 - 10:30

座長 東 敬一郎 (医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院 薬剤部)

演者 大村 健二 (上尾中央総合病院 栄養サポートセンター)

SL-2 ケアイノベーション

第1会場 13:40 - 14:30

座長 大村 健二 (上尾中央総合病院 栄養サポートセンター)

演者 真田 弘美 (石川県立看護大学 学長)

SL-3 心理面と社会面のリハ栄養講演&前・現理事長対談「リハ栄養の去来今」

第1会場 16:20 - 17:40

座長 藤本 篤士 (札幌西円山病院 歯科)

SL-3-1 心理面のリハ栄養

演者 若林 秀隆 (東京女子医科大学病院 リハビリテーション科)

SL-3-2 社会面のリハビリテーション栄養：SDHの視座から臨床実践へ

演者 藤原 大 (公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院 リハビリテーション科)

対談者：若林 秀隆、藤原 大、吉村 芳弘 (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)

SL-4 令和8年度診療報酬改訂について～リハビリテーション栄養を中心に～

第2会場 16:20 - 17:20

座長 上島 順子 (NTT東日本関東病院 栄養部)

演者 日名子 まき (厚生労働省 保険局医療課)

特別企画 SP

SP-1 チーム対抗！リハ栄養の臨床推論

第1会場 10:40 - 12:20

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)
永野 彩乃 (Caresso)

症例提供・コメンテーター 東 敬一郎 (医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院 薬剤部)

SP-2 Pros and Cons 炎症期のリハ栄養 攻める？守る？

第3会場 11:30 - 12:20

座長 鈴木 規雄 (聖マリアンナ医科大学 循環器内科)
上島 順子 (NTT東日本関東病院 栄養部)

SP-2-1 炎症期のリハ栄養は”攻める”べきである

演者 野々山 忠芳 (一宮西病院 リハビリテーション技術部)

SP-2-2 炎症期のリハ栄養は”守る”べきである

演者 飯田 有輝 (愛知淑徳大学 健康医療科学部)

SP-3 なぜ進まぬ「三位一体」？連携加算の“壁”今を突破する、リハ・栄養・口腔の実践知 (北陸「リハ・栄養・口腔の三位一体の取り組み」推進研究会との合同開催)

第2会場 13:40 - 14:30

座長 吉村 芳弘 (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)
松尾 晴代 (鹿児島市医師会病院 看護部)

SP-3-1 リハビリテーション・栄養・口腔の三位一体の連携 ～管理栄養士の成功と失敗 加算算定施設から～

演者 漆原 真姫 (特定医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター 栄養課)

SP-3-2 リハビリテーション・栄養・口腔の三位一体の連携 ～看護師の成功と失敗 加算算定施設から～

演者 山川 美樹 (社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院 看護部)

SP-3-3 リハビリテーション・栄養・口腔の三位一体の連携 —理学療法士の成功と失敗 加算未算定施設から—

演者 今井 遼太 (新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 リハビリテーション技術科)

SP-4 心理面のリハ栄養を考える —抑うつへの対応とポジティブ心理学の活用

第3会場 13:40 - 14:30

座長 藤原 大 (公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院 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)

SP-4-1 心理面のリハビリテーション栄養:抑うつ対応とウェルビーイングの両立に向けて

演者 藤原 大 (公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院 リハビリテーション科)

SP-4-2 活動と参加を支える心理×栄養アプローチ:作業療法士の実践

演者 田中 舞 (市立砺波総合病院 総合リハビリテーションセンター)

SP-4-3 看護実践に活かす心理面のリハ栄養

演者 森 みさ子 (聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護部)

教育講演 EL

EL-1 リハ栄養はじめの一步

第2会場 9:00 - 9:40

座長 宇野 千晴 (名古屋学芸大学 管理栄養学部)

演者 西岡 心大 (長崎県立大学大学院 地域創生研究科)

EL-2 エビデンスープラクティスギャップを埋める真の実践

第2会場 9:50 - 10:30

座長 井上 達朗 (新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部 理学療法学科)

演者 前田 圭介 (愛知医科大学 栄養治療支援センター 国立長寿医療研究センター 老年内科)

EL-3 多角的に“筋”を診る

——エコー・体組成計・CT・バイオマーカーで拓く次世代の骨格筋評価

第2会場 10:40 - 11:20

座長 長野 文彦 (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)

演者 中西 信人 (神戸大学 災害救急医学分野)

EL-4 「問い」から見つめ直す、これからのリハ栄養臨床研究

第2会場 11:30 - 12:10

座長 百崎 良 (三重大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

演者 紙谷 司 (京都大学医学部附属病院 臨床研究教育・研修部)

初学者向け企画 PB

PB-1 わからないがわかる！ 症例から学ぶはじめてのリハ栄養

第4会場 11:30 - 12:20

座長 岸本 浩 (茨城県立医療大学附属病院 リハビリテーション科)

PB-1-1 理学療法士が伝えるリハ栄養のはじめの一步

演者 宮崎 慎二郎 (KKR高松病院 リハビリテーションセンター)

PB-1-2 「わからない」からはじめるリハ栄養を自信に変える—管理栄養士の視点から

演者 塩濱 奈保子 (京都済生会病院 栄養科)

ジョイント企画 JP

JP-1 【北陸の摂食嚥下ケアを支える会】VF・VEがなくてもできる嚥下能力の推定

第3会場 9:00 - 9:40

座長 木倉 敏彦 (富山県リハビリテーション病院・こども支援センター 内科)

演者 亀谷 浩史 (富山県リハビリテーション病院・こども支援センター リハビリテーション療法部)

JP-2 【石川県栄養士会】被災レジリエンスを支える栄養支援

～明日、あなたが支援を担うならどう備えますか～

第3会場 9:50 - 11:20

座長 徳丸 季聡 (金沢大学附属病院 栄養管理部 栄養管理室)

嶋津 さゆり (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)

JP-2-1 災害支援に必要なレジリエンス (弾力性・しなやかさ) ～被災地に向かうための備え～

演者 川瀬 文哉 (JA愛知厚生連足助病院 栄養管理室)

JP-2-2 被災地で支援を受け入れるレジリエンス～支援者であり被災者でもある経験より～

演者 橋本 良子 (日本栄養士会認定栄養ケアステーション・チームKYE栄養相談室)

JP-2-3 1.5次避難所支援でのレジリエンス (持続可能性を高める力)

～災害は多種多様、支援に唯一の正解はない～

演者 坂下 理香 (石川県栄養士会 JDA-DAT)

JP-2-4 令和6年能登半島地震の経験を次につなぐレジリエンス

演者 徳丸 季聡 (金沢大学附属病院/石川県栄養士会)

JP-3 【日本栄養治療学会】GLIM基準の実践と活用、決定版！～どう評価し、実践に繋げるか～

第1会場 14:40 - 16:10

座長 廣野 靖夫 (福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター)

西岡 心大 (長崎県立大学 看護栄養学部 栄養健康学科)

JP-3-1 GLIM基準の最新情報

演者 福島 亮治 (帝京平成大学 健康栄養学科/帝京大学 外科学講座)

JP-3-2 GLIM基準におけるスクリーニングの考え方

演者 西岡 心大 (長崎県立大学大学院 地域創生研究科)

JP-3-3 GLIM基準における筋肉量含む表現型の考え方

演者 石田 優利亜 (愛知医科大学病院 栄養部/愛知医科大学大学院 緩和・支持医療学)

JP-3-4 GLIM基準における炎症、疾患の考え方

演者 廣野 靖夫 (福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター/福井大学医学部附属病院栄養部)

JP-4 【日本褥瘡学会】リハ栄養のまなざしを褥瘡ケアにも活かそう

第2会場 14:40 - 16:10

座長 日高 正巳 (兵庫医科大学 リハビリテーション学部)

塚田 邦夫 (高岡駅南クリニック)

JP-4-1 褥瘡ケアをしていて行き着いた栄養とリハ

演者 塚田 邦夫 (高岡駅南クリニック)

JP-4-2 ADL向上を目指した褥瘡の栄養管理

演者 真壁 昇 (関西電力病院 疾患栄養治療センター)

JP-4-3 褥瘡ケアに活かすリハ栄養的視点

演者 神野 俊介 (一般社団法人 オーディナリーライフ/医療法インクル サードベース診療所/
石川県医療在宅ケア事業団)

JP-4-4 多職種協働による褥瘡ケアの実践

演者 古川 純子 (医療法人徳洲会 東京西徳洲会病院)

特別発言 真田 弘美 (石川県立看護大学 学長)

JP-5 【能登NST研究会】能登から未来を描くレジリエンス：共に支え／乗り越える

第3会場 14:40 - 16:10

座長 野口 晃 (医療法人インクル サードベース診療所)

社本 博 (医療法人社団養高会 高野病院 院長/福島県立医科大学 災害医療支援講座 特任講師)

JP-5-1 恵寿総合病院における令和6年能登半島地震後のフードサービスの対応

演者 前田 美穂 (社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 臨床栄養課)

JP-5-2 災害歯科保健活動と食支援 ～災害サイクルで振り返る介入経験～

演者 長谷 剛志 (公立能登総合病院 歯科口腔外科)

JP-5-3 災害時のリハビリテーション栄養 ―能登半島地震での支援経験より言語聴覚士の立場から―

演者 徳田 紀子 (株式会社あんすりー アクティブスタジオ響)

JP-5-4 大規模災害における地域栄養ケア～能登半島地震と豪雨からの復興に向けて～

演者 中村 悦子 (一般社団法人みんなの健康サロン海風/在宅看護センターみなぎ)

ミニレクチャー ML

ML-1 がん患者における肥満・サルコペニア肥満のリハビリテーション栄養

第4会場 15:00 - 15:30

座長 中道 真理子 (社会医療法人 原土井病院 薬剤部)

演者 斎野 容子 (公益財団法人 がん研究会有明病院 栄養管理部)

ML-2 チームビルディング・システム運用から考えるリハ栄養の実践とその実際

第4会場 15:40 - 16:10

座長 二井 麻里亜 (京都光華女子大学 健康科学部 健康栄養学科)

演者 折内 英則 (総合南東北病院 リハビリテーション科)

ML-3 嚥下臨床における超音波検査装置の応用

第4会場 16:20 - 16:50

座長 橋田 直 (大阪大学医学部附属病院 摂食嚥下センター)

演者 森 隆志 (総合南東北病院 口腔外科)

ML-4 食欲不振時の臨床推論

第4会場 17:00 - 17:30

座長 永井 多賀子 (東京女子医科大学病院 リハビリテーション科)

演者 松本 朋宏 (上野原市立病院 総合診療科)

参加型企画 PS

PS-1 リハ栄養オンラインコミュニティ (RNC) つながる！ 広がる！ リハ栄養の輪

第4会場 13:45 - 14:45

座長 高尾 優一 (社会医療法人東明会 原田病院 在宅支援部 訪問リハビリテーション)

與 祥子 (介護老人保健施設 セとうち)

ファシリテーター (RNC) 大沢 優也 (済生会横浜市東部病院 栄養部)

ファシリテーター (RNC) 宇野 勲 (医療法人福岡桜十字 桜十字福岡病院 リハビリテーション部)

ファシリテーター (T-REX) 後藤 美紅 (石巻赤十字病院 医療技術部 栄養課)

ファシリテーター (東京) 村田 裕康 (杏林大学 保健学部 リハビリテーション学科)

ファシリテーター (埼玉) 加治屋 敬子 (上尾中央総合病院 リハビリテーション科)

PS-2 リハ栄養ケアプロセスワークショップ リハ栄養ケアプロセスにおけるゴール設定をほとんど 鍛える！

第3会場 16:20 - 17:20

アドバイザー 前田 圭介 (愛知医科大学 栄養治療支援センター 特任教授/国立長寿医療研究センター
老年内科)

コーディネーター 浅田 宗隆 (パナソニック健康保険組合松下記念病院 看護部兼新病院推進室)

小林 大樹 (日本海総合病院 栄養管理室)

白土 健吾 (株式会社麻生飯塚病院 リハビリテーション部)

村田 裕康 (杏林大学 保健学部 リハビリテーション学科)

PS-3 金沢大会茶室企画 お茶室で育むあなたのレジリエンスー

Supported by 金沢美術工芸大学

茶室 11:30 - 12:20

13:40 - 14:30

亭主 中原 さおり (鈴鹿医療科学大学 保健衛生学部 医療栄養学科)

呈茶、美術・工芸作品紹介：阿出川 萌夏 (金沢美術工芸大学 茶道部 部長)

優秀演題セッション SS

第4会場 9:00 - 9:40

座長 上島 順子 (NTT東日本関東病院 栄養部)

白土 健吾 (株式会社麻生飯塚病院 リハビリテーション部)

SS-1 回復期リハ病棟の高齢大腿骨近位部骨折患者におけるAWGC2023基準カヘキシアの有病 率と機能的自立度との関連

演者 天神 尊範 (クローバーホスピタル 消化器内科・総合内科)

SS-2 服用薬剤数や服用薬剤数の増加は入院関連能力障害の新規発症リスクを高める

演者 小瀬 英司 (順天堂大学医学部附属順天堂医院 薬剤部)

SS-3 Malnutrition with High Body Fat increase Complication Risk after Gastrointestinal Cancer Surgery in Older Adults

演者 Kamada Natsumi (Department of Rehabilitation Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital)

SS-4 The Impact of Energy Deficit on Activity of Daily Living in Patients with Acute Stroke

演者 Hiroyasu Murata (Department of Faculty of Health Science, Kyorin University)

Young Investigator Award YIA

第4会場 9:50 - 10:30

座長 百崎 良 (三重大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

小瀬 英司 (順天堂大学医学部附属順天堂医院 薬剤部)

YIA-1 低Body Mass Indexはポリファーマシーの有害性を増幅する一脳卒中回復期コホートを用いた後ろ向き研究

演者 松本 彩加 (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)

YIA-2 地域在住高齢女性における筋質指標と下肢機能との関連：細胞外水分比・位相角・筋輝度の検討

演者 則竹 賢人 (東海記念病院 リハビリテーション部)

YIA-3 大腿骨近位部骨折患者における入院時BMIと院内死亡・院内転帰の非線形的関連：全国入院データベース研究

演者 齋藤 新貴 (誠心会吉田病院 栄養科)

YIA-4 骨格筋量評価における浮腫の影響を補正した新指標「標準化骨格筋量」の検討

演者 関根 敏生 (社会医療法人財団新和会八千代病院 総合リハビリセンター)

IARN English session ES

第4会場 10:40 - 11:20

Chairperson

Naomi Nakayama (Department of General Medicine, East Medical Center, School of Medicine, Nagoya City University)

Mari Nakao-Kato [MA, MD, PhD] Prof. (Tohoku Seikatsu Bunka University, Division of Health and Nutrition)

ES-1 Combined effect of nutrition and exercise in patients on dialysis: A systematic review and meta-analysis

Shinta Nishioka (Division of Human Nutrition and Health Science, University of Nagasaki Graduate School of Regional Design, Nagasaki, Japan)

ES-2 The Cut-off Values of Mid-Upper Arm Circumference for Malnutrition Diagnosis Using GLIM in Older Japanese Patients

Brown Akiko (Department of Nutrition, Kitanakagusuku Wakamatsu Hospital, Okinawa, Japan)

ES-3 Sarcopenic Obesity by Japanese Working Group on Sarcopenic Obesity and the association with 6-Minute Walk Distance

Furusawa Mei (Graduate School of Health and Welfare, Niigata University of Health and Welfare, Niigata, Japan)

ES-4 Role of Certified Rehab Nutrition Instructors in Implementing the Rehab-Nutrition-Oral Collaboration

Shingo Kakehi (Department of Rehabilitation, Tokyo Women's Medical University Hospital, Tokyo, Japan)

ES-5 Statin Use is Negatively Associated with Muscle Strength and ADL in Sarcopenic Ischemic Stroke Patients

Ayaka Matsumoto (Kumamoto Rehabilitation Hospital, Kumamoto, Japan)

一般演題 (ポスター) PP

ポスター会場

PP1 (回復期1) 9:00 - 9:40

座長 神田 由佳 (LIC訪問看護リハビリステーション)

PP1-1 回復期病棟に入院した運動器疾患患者のGLIM基準による低栄養は機能改善不良に影響する

演者 柳田 光 (慈誠会・練馬高野台病院 リハビリテーション部)

PP1-2 糖尿病を合併した、脳出血により食事動作困難を生じた症例の臨床推論

演者 石田 悠子 (医療法人社団生和会 周南リハビリテーション病院 診療部 栄養科)

PP1-3 回復期リハビリテーション病棟における栄養状態・サルコペニアと健康関連QOLの関係

演者 土屋 宗周 (ジャパンメディカルアライアンス 座間総合病院 医療技術部 栄養科)

PP1-4 回復期リハビリテーション病棟における摂取エネルギー及びたんぱく質量とADLの関連

演者 舟木 瑳紀 (上尾中央総合病院 栄養科)

PP1-5 当院の管理栄養士と歯科部門の配置結果について

演者 森澤 美和 (愛仁会リハビリテーション病院 診療技術部)

PP1-6 回復期リハ病棟に入院するパーキンソン病患者の低栄養割合と臨床的特徴

演者 藤原 慎二 (医療法人協和会 千里中央病院)

PP1-7 回復期リハビリテーション病棟脳卒中患者の個々のADLに対するエネルギー摂取量の影響
【再発表】

演者 栗田 恵 (北福島医療センター 診療技術部リハビリテーション科)

PP2 (回復期2) 9:00 - 9:40

座長 小林 大樹 (日本海総合病院 栄養管理室)

PP2-1 当院におけるリハビリ栄養回診とGLIM基準との相関性の検証

演者 金井 崇 (公立七日市病院 技術部 栄養科)

PP2-2 回復期リハビリテーション患者におけるリハビリテーション実績指数と栄養状態の関連について

演者 松井 遥 (昭和医科大学 藤が丘リハビリテーション病院 栄養科)

PP2-3 回復期病棟入院の低栄養患者における栄養状態の改善によるFIM利得との関連性

演者 吉田 浩章 (平成病院)

PP2-4 当院NSTの取り組みについて～疾患による四肢骨格筋量指数減少者率に着目して～

演者 崎田 和貴 (田川新生病院 リハビリテーション部)

PP2-5 回復期リハビリテーション病棟の脳卒中患者における大腿四頭筋厚、筋輝度の変化と日常生活動作との関連

演者 福井 桃菜 (恵寿総合病院 リハビリテーションセンター)

PP2-6 当院回復期リハビリテーション病棟における栄養状態と運動FIM利得の関連についての実態調査

演者 伊東 直紀 (医療法人泰庸会新潟脳外科病院)

PP2-7 回復期脳卒中患者のBody Mass index(BMI)と機能予後の関連性についての検討

演者 市川 紘己 (山田病院 リハビリテーション部)

PP3 (回復期3) 9:50 - 10:30

座長 高橋 浩平 (川崎地域ケア病院 リハビリテーション科)

PP3-1 舌運動機能低下が目立った嚥下障害へのリハビリテーションと栄養管理の連携
—左延髄出血の一症例—

演者 藪下 千穂 (社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院リハビリテーションセンター 言語療法課)

PP3-2 回復期リハビリテーション病院での慢性心不全合併脳卒中患者への高エネルギー投与 (3,500kcal/日): 症例報告

演者 岡野 健司 (江東リハビリテーション病院)

PP3-3 A-DOCとQOL評価を用いたリハ栄養実践でレジリエンスを支援した大動脈解離術後脳梗塞患者の一例

演者 澤本 望 (釧路孝仁会リハビリテーション病院 リハビリテーション部)

PP3-4 重症筋無力症クリーゼに伴う重度低栄養に対し高エネルギー栄養介入を行いADLの改善を認めた一症例

演者 引馬 匡美 (原宿リハビリテーション病院 栄養科)

PP3-5 遷延する小脳症状を呈した小脳出血患者に対し、薬剤師と協働し栄養管理を行い経口摂取量が安定した一例

演者 大桃 春菜 (一般社団法人新潟県労働医学衛生協会附属 岩室リハビリテーション病院)

PP3-6 食欲不振がみられた回復期リハビリテーション病棟入院中の症例

演者 大濱 良映 (医療法人社団協栄会大久保病院 栄養科)

PP3-7 体組成計を用いた評価を行うことで減量中のタンパク質摂取量増量に同意を得られた一例

演者 鈴木 裕也 (島田市立総合医療センター)

PP4 (チーム医療1) 9:50 - 10:30

座長 中村 直人 (春日井市民病院 薬剤局 薬剤科)

PP4-1 リハビリテーション栄養と多職種連携
～低栄養とリハビリテーションに関する管理栄養士の勉強会の効果～

演者 松永 大一 (イムスグループ 医療法人社団明芳会 イムス佐原リハビリテーション病院)

PP4-2 栄養サポートチームに関わるリハビリテーションスタッフの役割と科内の取り組み紹介

演者 加治屋 敬子 (医療社団法人愛友会 上尾中央総合病院 リハビリテーション技術科)

PP4-3 災害時における当院の災害時体制NSTの役割

演者 下出 祐造 (公立穴水総合病院 耳鼻咽喉科)

PP4-4 多職種で食事に係わる耐久性へアプローチし、摂取栄養量増加に繋がった食欲不振患者の一症例

演者 山内 章稔 (医療法人社団登豊会 近石病院 リハビリテーション部)

PP4-5 多職種連携による重度低栄養患者の改善例
—嚥下リハ栄養チーム回診への参加を通じた看護師の学び—

演者 和泉 奈央 (東京女子医科大学 看護部)

PP4-6 多職種連携によるNST介入によって著明な改善が得られた味覚異常を呈した高齢GLIM基準重度低栄養の一例

演者 水田 早智 (社会医療法人敬和会 大分リハビリテーション病院)

PP4-7 InBodyを活用した理学療法からみた栄養管理

演者 宇田川 未郁 (医療法人三愛会 埼玉みさと総合リハビリテーション病院)

PP5 (チーム医療2) 10:40 - 11:20

座長 石田 優利亜 (愛知医科大学病院 栄養部)

PP5-1 患者の意向を尊重し多職種チームで行ったリハ栄養の実践
～治療抵抗性心不全患者のACPに繋がったリハ栄養～

演者 清水 真子 (日本医科大学武蔵小杉病院 看護部)

PP5-2 周術期リハ栄養により、体重・骨格筋量の減少を認めたが身体機能の維持が可能であった大動脈食道瘻の一症例

演者 森山 寛基 (社会医療法人 杏嶺会 一宮西病院 リハビリテーション技術部)

PP5-3 多職種連携によりリフィーディング症候群を予防し得た一例
一当院におけるリハ栄養口腔連携体制の取り組み

演者 船津 文香 (社会医療法人天神会新古賀病院 リハビリテーション課)

PP5-4 臼蓋形成術後のリハビリテーションにHMB含有栄養剤併用し、栄養状態、筋肉量の改善をみた重症児の1例

演者 竹下 英子 (柳川療育センター 小児科)

PP5-5 栄養管理についての多職種連携により完全経口摂取を再獲得した一例

演者 齋藤 ほのか (鶴岡協立リハビリテーション病院)

PP5-6 短腸症候群患者に対するNST介入がエネルギー充足率およびADL能力の維持に寄与した一例

演者 早崎 温貴 (社会医療法人敬和会 大分岡病院 リハビリテーション部)

PP5-7 嚥下リハ栄養チーム看護師が関わる退院支援の実際：2症例報告

演者 大塚 有希子 (東京女子医科大学病院 看護部)

PP6 (生活期) 10:40 - 11:20

座長 西山 愛 (社会福祉法人じねんじょ)

PP6-1 入院時の栄養状態 (CONUTスコア) と死亡リスクとの関連

演者 山崎 徹 (奈良東病院 リハビリテーション科)

PP6-2 抗精神病薬が介護老人保健施設認知症入所者の栄養摂取に与えた影響：症例報告

演者 木原 亮香 (恵寿総合病院 臨床栄養課)

PP6-3 回復期リハ病棟専任管理栄養士による訪問栄養食事指導 (居宅療養管理指導) の現状と展望

演者 岡野 幸代 (香川医療生活協同組合高松協同病院 栄養指導室)

PP6-4 著しい食事摂取量の低下を呈した高齢独居女性の低栄養症例【再発表】

演者 宇野 千晴 (名古屋学芸大学 管理栄養学部管理栄養学科)

PP6-5 自己決定支援がスピリチュアルペインを緩和しQOLが改善した在宅脳血管障害の一症例

演者 高尾 優一 (社会医療法人東明会 原田病院)

PP6-6 ALS在宅症例における栄養・活動維持の取り組み ～リハビリテーションの役割を通して～

演者 田中 朗 (訪問看護ステーション立花畑)

PP6-7 意図しない体重増加が見られた在宅療養中の症例【再発表】

演者 高崎 美幸 (東葛クリニック病院 医療技術部 栄養ケア・ステーション)

PP7 (災害対応と支援、その他) 11:30 - 12:10

座長 川瀬 文哉 (JA愛知厚生連足助病院 栄養管理室)

PP7-1 能登地域中核病院における令和6年能登半島地震後の食事対応

演者 宮下 文 (公立穴水総合病院 栄養部)

PP7-2 「食力の会方式」で被災地の食べる力を支援したい～多職種チームの活動～

演者 藪越 文佳 (公立能登総合病院 リハビリテーション部)

PP7-3 令和6年能登半島地震における備蓄食品を活かした病院食の提供と栄養管理のプロセス

演者 黒杉 紗希 (市立輪島病院 医療技術部 栄養管理室)

PP7-4 令和6年能登半島地震を経験した当院における災害対策の強化

演者 新出 起大 (公立宇出津総合病院 NST委員会)

PP7-5 意図しない体重減少を認めた肺腺がん患者【再発表】

演者 森山 大介 (中部ろうさい病院)

PP7-6 在宅高齢者のフレイルに対する臨床推論を用いた栄養介入の一例

演者 大島 朋実 (湘南茅ヶ崎よろづ診療所 栄養管理部門)

PP8 (認知症・精神疾患、その他) 11:30 - 12:10

座長 高崎 美幸 (東葛クリニック認定栄養ケアステーション松戸)

PP8-1 呼吸不全にて搬送となった成人ホモシスチン尿症の1例

演者 井上 卓哉 (福島赤十字病院 呼吸器外科)

PP8-2 みんなで学ぶ 栄養管理のための臨床推論ケーススタディ～脱水症の在宅高齢者の症例～
【再発表】

演者 浦田 ちひろ (甲子園大学 栄養学部 栄養学科)

PP8-3 食行動障害を伴った認知症入所者に対する自力摂取再獲得のための介入：症例報告

演者 橋本 小雪 (恵寿総合病院 栄養管理センター 臨床栄養課)

PP8-4 精神疾患を併存し低栄養を伴う骨盤骨折患者に対するリハ栄養介入で歩行再獲得に至った症例

演者 辻岡 勇真 (千里中央病院 リハビリテーション科)

PP8-5 糖尿病の在宅高齢者における便秘の症例

演者 栗田 麻友 (医療法人平成博愛会 世田谷記念病院)

PP8-6 低栄養CKD患者へ蛋白質制限を緩和し在宅復帰へ繋げた一症例報告

演者 糸魚川 果朋 (医療法人三愛会 埼玉みさと総合リハビリテーション病院 栄養科)

PP8-7 「できない」を「できる」に変える！地方回復期リハ病院におけるリハ栄養システム構築への
挑戦

演者 角原 杏奈 (医療法人友愛会 盛岡友愛病院 食養課)

PP9 (脳血管・運動器疾患) 14:40 - 15:20

座長 白土 健吾 (株式会社麻生飯塚病院 リハビリテーション部)

PP9-1 大腿骨近位部骨折患者における部位別筋量と機能的予後との関連について

演者 宮本 亮 (熊本リハビリテーション病院 リハビリテーション部)

PP9-2 回復期リハ病棟における大腿骨近位部骨折患者のGLIM基準で診断した低栄養は低ADLの予測因子である

演者 前川 健一郎 (神戸リハビリテーション病院 リハビリテーション部)

PP9-3 急性期脳卒中患者のPossible sarcopeniaと嚥下障害の併存は12か月後の予後と関連する

演者 佐藤 陽一 (新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院 リハビリテーション技術科)

PP9-4 回復期リハビリテーション病棟入院中の脳卒中者における車椅子移乗自立前後での総消費エネルギー量の変化

演者 城田 莉子 (横浜市立脳卒中・神経脊椎センター)

PP9-5 体重減少を呈したウェルニッケ脳症, 脚気ニューロパチー患者に対するリハ栄養介入: 症例報告

演者 小谷 恭平 (社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 リハビリテーションセンター 理学療法課)

PP9-6 嚥下障害のない脳卒中急性期患者に対する経口摂取の選択がもたらした体組成の変化と考察

演者 小坪 加奈 (天神会 新古賀病院 リハビリテーション課)

PP9-7 脳梗塞後の高度肥満患者に対しリハビリテーション栄養が奏功し、大幅な体重減少と機能改善を認めた一症例

演者 丹治 智也 (医療法人社団巨樹の会 五反田リハビリテーション病院 診療支援部 栄養科)

PP10 (サルコペニア・フレイル、リハ薬剤) 14:40 - 15:20

座長 清水 昭雄 (三重大学附属病院 リハビリテーション部)

PP10-1 高齢者の地域との関わりが身体・社会的フレイルと栄養状態に及ぼす影響

演者 山下 司 (医療法人社団 明芳会 高島平中央総合病院 リハビリテーション科)

PP10-2 重度低栄養を呈した患者に積極的なリハ栄養介入を行ったことにより自宅退院へ繋がった一例

演者 野川 結加 (特定医療法人 谷田会 谷田病院)

PP10-3 サルコペニアの改善により、自発的な行動が増え、自宅退院となった症例

演者 林 直希 (社会医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院 リハビリテーション部 3R回復期リハ課)

PP10-4 高度栄養障害を伴う廃用症候群に対しリハビリテーションおよび栄養管理で日常生活動作の回復が得られた一例

演者 吉岡 登貴子 (社会医療法人尚徳会 ヨナハ丘の上病院)

PP10-5 サルコペニア肥満の長期臥床患者へ定期的な経腸栄養量見直しと起立・立位保持訓練を実施した一例: 症例報告

演者 袴田 雪乃 (印西総合病院 リハビリテーション科)

PP10-6 服薬情報の乖離が高齢者ピルジカイニド中毒を引き起こした一例

演者 初井 梨那 (公立学校共済組合 九州中央病院 薬剤科)

PP11 (急性期・呼吸器、循環器疾患) 15:30 - 16:10

座長 大沢 優也 (済生会横浜市東部病院 栄養部)

PP11-1 根治困難な上腸間膜動脈 (SMA) 症候群を呈する1症例に実施した下痢の臨床推論【再発表】

演者 小林 大樹 (日本海総合病院 栄養管理室)

- PP11-2 待機的経カテーテル大動脈弁置換術症例における術前位相角が術後1年死亡に及ぼす影響
演者 島田 里絵 (神奈川県済生会横浜市東部病院 栄養部)
- PP11-3 心不全患者における栄養状態とリハビリテーション実施量の交互作用が退院時ADLに与える影響
演者 前田 大忠 (金沢医科大学病院 リハビリテーションセンター)
- PP11-4 不十分なエネルギー蓄積量設定により体重減少を認めた皮膚筋炎の症例【再発表】
演者 鈴木 達郎 (産業医科大学病院)
- PP11-5 食道癌術後合併症を発症したが、三位一体の介入により早期に対応できた症例
演者 浅田 宗隆 (パナソニック健康保険組合 松下記念病院 看護部 兼新病院推進室)
- PP11-6 急性腎不全にて寝たきり状態となったが、攻めのリハ栄養療法にて歩行再獲得し在宅復帰を果たした一例
演者 長谷 友貴 (八雲総合病院 リハビリテーション室)
- PP11-7 超高齢心不全入院患者におけるGLIM基準に基づいた低栄養診断の臨床的意義
演者 植村 祐介 (安城更生病院 循環器内科)

PP12 (嚥下・口腔) 15:30 - 16:10

座長 金久 弥生 (明海大学 保健医療学部 口腔保健学科)

- PP12-1 介護老人保健施設入所者におけるオトガイ舌骨筋と四肢骨格筋量および体幹筋量の関連性
演者 窪 優太 (静岡大学 情報学部)
- PP12-2 舌トレーニング用シート状グミによる新たな嚥下筋トレーニングの有効性
演者 高山 真希 (聖隷クリストファー大学 リハビリテーション学部 理学療法学科)
- PP12-3 若年層を対象とした咀嚼力と食事内容の関連性について
演者 平山 雄大 (金沢学院短期大学 食物栄養学科)
- PP12-4 嗜好品を活用した直接訓練による嚥下機能改善に関するアプローチの検討
演者 飯田 友則 (船橋市立医療センター 看護局)
- PP12-5 嚥下評価に多職種連携の視点を組み込んだ経口移行フローチャート作成と運用の試み
演者 村田 寛子 (公益財団法人操風会 岡山リハビリテーション病院 言語聴覚室)
- PP12-6 胃全摘後に縫合不全を合併した高齢胃がん患者に対し、嚥下リハ栄養が奏功し再び経口栄養が可能となった1例
演者 奥 和晃 (国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 栄養科)
- PP12-7 手術と積極的なリハ栄養の実践により米飯摂取が可能となった強直性脊椎骨増殖症の一症例
演者 野々山 孝志 (社会医療法人 杏嶺会 一宮西病院 リハビリテーション科)

PP13 (悪液質・がん・緩和ケア、リハ栄養口腔の三位一体) 16:20 - 17:00

座長 鈴木 達郎 (産業医科大学病院 栄養部)

- PP13-1 リハビリテーション、栄養、口腔の三位一体介入とサルコペニア脳卒中患者の機能的予後、認知レベルとの関連
演者 長野 文彦 (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)
- PP13-2 入院で化学療法を実施した悪性リンパ腫患者の身体機能と体重減少率との関連について
演者 清水 一輝 (伊勢赤十字病院 リハビリテーション課)

- PP13-3 自家造血幹細胞移植時における GLIM 基準評価の有用性
演者 榎本 雄介 (独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 栄養管理室)
- PP13-4 入院治療中の頭頸部がん患者に対する運動・栄養介入：悪液質の有無で運動機能に差はあるのか？
演者 松森 圭司 (信州大学医学部附属病院 リハビリテーション部)
- PP13-5 作業療法士と管理栄養士が連携して長期の感染隔離後の血液がん患者の筋力改善を目指した経験
演者 生田 隆倫 (社会医療法人財団董仙会恵寿金沢病院 リハビリ科)
- PP13-6 重度低栄養を呈した多疾患併存者に対し悪液質の評価に基づくリハビリテーション栄養介入が奏功した一例
演者 山本 実穂 (西大和リハビリテーション病院リハビリテーション部)
- PP13-7 低栄養とサルコペニアを合併した食道がん術後患者に対するリハ栄養ケアプロセス介入：症例報告【再発表】
演者 市川 佳孝 (群馬大学医学部附属病院)

参加型イブニングセミナー HES

HES-1 骨格筋エコーハンズオンセミナー

“見える筋肉”を診る！——骨格筋エコーでここまでわかる臨床の最前線 (ハンズオンセミナー)

第3会場 3月13日(金) 16:00 - 18:00

講師 中西 信人 (神戸大学 災害救急医学分野)

インストラクター 野々山 忠芳 (一宮西病院 リハビリテーション技術部)

HES-2 文献レビューワークショップ

はじめての文献レビュー入門

第4会場 3月13日(金) 16:00 - 18:00

講師 百崎 良 (三重大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

進行・アシスタント 森山 大介 (独立行政法人労働者健康安全機構 中部ろうさい病院 栄養管理部)

ランチョンセミナー LS

LS-1 周術期における個別化栄養ケアの最前線～評価と栄養介入のポイント～

第1会場 12:30 - 13:30

座長 稲木 紀幸 (金沢大学附属病院 消化器外科)

LS-1-1 術前・術後をつなぐ栄養サポート～周術期における介入タイミングのマネジメント～

演者 齋藤 大蔵 (株式会社 Nutrition Laboratory)

LS-1-2 治療から予防までを見据えた栄養戦略～炎症と筋肉量からみた個別化～

演者 松井 亮太 (金沢大学附属病院 消化器外科)

共催：株式会社大塚製薬工場

LS-2 サルコペニア・フレイル診療における最新ガイドラインとMuscle Healthの重要性

第2会場 12:30 - 13:30

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)

演者 吉村 芳弘 (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)

共催：アボットジャパン合同会社

LS-3 入院関連機能障害を防ぐーリハ・栄養・口腔の一体的アプローチー

第3会場 12:30 - 13:30

座長 藤原 大 (宮城厚生協会 坂総合病院 リハビリテーション科)

演者 飯田 有輝 (愛知淑徳大学 健康医療科学部)

共催：森永乳業クリニコ株式会社

LS-4 認知機能低下に対応したリハビリテーション栄養の総合的なアプローチ

第4会場 12:30 - 13:30

LS-4-1 認知機能低下者の低栄養に対する栄養介入の最新エビデンス

座長 永野 彩乃 (Caresso)

演者 嶋津 さゆり (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)

LS-4-2 認知症患者における食事介助スキルの実践ポイント

座長 嶋津 さゆり (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)

演者 永野 彩乃 (Caresso)

共催：日清オイリオグループ株式会社

公募ポスター企画「我が施設自慢のリハ栄養チーム紹介」 OP

OP-1 五十嵐 満哉 (社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院)

OP-2 高尾 優一 (社会医療法人東明会原田病院 在宅支援部訪問リハビリテーション)

OP-3 藤本 由紗 (社会医療法人原土井病院 薬剤部)

OP-4 米田 巧基 (熊本リハビリテーション病院 栄養管理部)

OP-5 永井 多賀子 (東京女子医科大学病院 リハビリテーション科)

OP-6 折内 英則 (総合南東北病院 リハビリテーション科)

OP-7 折内 英則 (総合南東北病院 リハビリテーション科)

OP-8 川邊 祐子 (上尾中央総合病院 リハビリテーション技術科)

OP-9 中道 真理子 (社会医療法人原土井病院 薬剤部)

OP-10 二井 麻里亜 (近畿リハビリテーション栄養ネットワーク 世話人)

OP-11 上野 真由美 (金沢・健康を守る市民の会 フレイルトレーナー)

■ オープニング企画 OS

第1会場 9:00 - 9:20

オープニング企画「手と心で届けることば」～つながる手、つなげる心～

演者 石川県立田鶴浜高等学校手話部

<オンデマンド限定>

■ オンデマンド限定教育講演 OEL

OEL-1 誤嚥性肺炎に対するリハ栄養 -up to date-

演者 高島 英昭 (長崎大学病院 リハビリテーション部)

OEL-2 RQ、PECOをつくる 臨床の疑問からどうやって研究に繋げるか

演者 永見 慎輔 (北海道医療大学 リハビリテーション科学部 言語聴覚療法学科)

OEL-3 リハ栄養ガイドライン2025

演者 吉村 芳弘 (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)

OEL-4 臨床研究へ生成AI活用の利点と落とし穴

演者 清水 昭雄 (三重大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

OEL-5 嚥下リハの臨床～地域の実情に合わせて～

演者 藤島 一郎 (浜松市リハビリテーション病院 特別顧問)

OEL-6 リハビリテーション栄養の質を高める！口腔アセスメントのコツ

演者 吉見 佳那子 (東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

OEL-7 向精神薬の適正使用を再考する

演者 小瀬 英司 (順天堂大学医学部附属順天堂医院 薬剤部)

OEL-8 呼吸サルコペニア～ポジションペーパー以降の話題も添えて～

演者 宮崎 慎二郎 (KKR高松病院 リハビリテーションセンター)

OEL-9 サルコペニア対策としてのアミノ酸栄養

演者 小林 久峰 (味の素株式会社)

OEL-10 食事動作における麻痺手の使用について

演者 竹林 崇 (大阪公立大学 医学部 リハビリテーション学科)

OEL-11 リハ栄養でも大事な静脈栄養のはなし

演者 東 敬一朗 (医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院 薬剤部)

OEL-12 大学教員や学生指導者がリハ栄養を教える際の勘所

演者 井上 達朗 (新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部 理学療法学科)

OEL-13 在宅におけるリハ栄養…だけど、そもそも論で考えてみよう

演者 豊田 義貞 (株式会社わかば 若葉薬局本店)

**OEL-14 介護老人保健施設における一体化取組の実践とその意義
～管理栄養士の専門性をどう活かすか～**

演者 荻部 康子 (社会福祉法人親善福祉協会 介護老人保健施設リハパーク舞岡)

OEL-15 心臓だけを診ない～心不全患者を“リハ栄養”で支えるUPDATE～

演者 瀨 知明 (東京医科大学 循環器内科/心臓リハビリテーションセンター Department of Cardiovascular Medicine, Mayo Clinic)

OEL-16 ICUにおけるリハビリテーション栄養と作業療法：時間軸と情動軸の再統合

演者 塚越 大智 (信州大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

OEL-17 第10回日本リハビリテーション栄養学会サーベイランス結果報告

演者 中原 さおり (鈴鹿医療科学大学 保健衛生学部 医療栄養学科)

OEL-18 リハ栄養における優先すべき研究課題の同定研究 ―結果報告―

演者 宮崎 慎二郎 (KKR高松病院 リハビリテーションセンター)

抄録集

<現地開催>

大会長基調講演	CCA	36
特別講演	SL	37
特別企画	SP	45
教育講演	EL	55
初学者向け企画	PB	60
ジョイント企画	JP	63
ミニレクチャー	ML	86
参加型企画	PS	91
優秀演題セッション	SS	94
Young Investigator Award	YIA	96
IARN English session	ES	98
一般演題（ポスター）	PP	101
参加型イブニングセミナー	HES	151
ランチョンセミナー	LS	153
公募ポスター企画	OP	160
オープニング企画	OS	163

<オンデマンド限定>

オンデマンド限定教育講演	OEL	164
--------------	-----	-----

大会長基調講演 CCA

第1会場 8:35 - 8:50



CCA リハビリテーション栄養で支えるレジリエンス —リハ栄養の真の実践を目指そう！

演者：小蔵 要司

第15回日本リハビリテーション栄養学会学術集会 大会長
社会福祉法人財団董仙会 恵寿総合病院 臨床栄養課

本年は、リハビリテーション（リハ）栄養学会の前身であるリハ栄養研究会が設立されてから15年目を迎える。リハ栄養は臨床から生まれた概念であり、科学的基盤を備えながら発展してきた。その成果の一つとして、2023年の経済財政運営と改革の基本方針、いわゆる「骨太の方針」において、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の連携推進が明記された。この間、リハ栄養の定義や、質の高い実践を行うためのリハ栄養ケアプロセスが整備され、多くの臨床研究が蓄積されてきた。しかし依然として「研究成果をいかに実践へ結びつけるか」「実践から得られた知見をいかに再検証し、普遍化するか」という課題は残されている。臨床での実践を通じて対象者の変化を捉え、その経験を研究へ還元する循環こそがリハ栄養の本質である。研究と実践を往還させることで、対象者の生活の質を高める具体的な方策が生まれる。レジリエンスとは、逆境に直面した際に回復し、適応し、さらに成長する力である。リハ栄養の対象者は障がい者やフレイル高齢者、新たな感染症や災害によって傷ついた人々である。リハ栄養の真の実践は、これら対象者のレジリエンスを支えることができる。そして医療・介護・福祉・教育に携わる私たち自身のレジリエンスを高めることもリハ栄養の実践には重要である。レジリエンスを高めるためには他者とのつながりや自己の強みに目を向けることが有効である。そこで学術集会では大いに語り合いたい。我々が語り合うことでリハ栄養の質は向上し、多くの方々に役に立つ。また語り合うことで私たち自身のレジリエンスも回復し、それが再び多くの方の支えとなる。人は人との出会いによって回復し、新たな道を拓くのである。本学術集会が多くの方のレジリエンスの向上の契機となることを願っている。

略歴

【所属】

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 臨床栄養課

【職歴】

2003年4月 社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院入職

2022年4月 介護医療院恵寿鳩ヶ丘に異動

2024年7月 社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院に異動、現在に至る

【学歴】

1996年3月 京都栄養士専門学校卒業

2019年3月 金沢大学医薬保健学総合研究科博士前期課程修了（社会人大学院生）

2022年3月 大阪市立大学大学院生活科学研究科博士後期課程修了（〃）

特別講演 1 SL-1

第1会場 9:30 - 10:30



SL-1 臨床栄養の夜明けから現在—リハビリテーションと手を取りあって明るい未来を拓く—

演者：大村 健二

上尾中央総合病院 栄養サポートセンター

栄養学は、自然科学である生化学の知見に立脚している。したがって、医学を構成する学問群の中でも際立って普遍的な基礎を有していると言える。金沢医学専門学校（現金沢大学大学院医薬保健学総合研究科・医薬保健学域医学類）の医化学教室初代教授の須藤憲三先生は、医化学という当時は新興科学であった学問の導入・普及に努められた。医化学はほぼ生化学と同義であり、生命現象や病気を分子レベルで解明しようとする学問である。須藤教授の多くの功績の一つに栄養学の振興がある。「営むのではなく養い栄えさせるものである」と主張し、他の医学者の支持も得て「栄養」と記されていた呼称を「栄養」に改めたとされている。また、旧制金沢医科大学病院の栄養部の充実にも尽力され、大正15年の食事表は当時としては大変きめ細やかで、糖尿病食、腎臓病食、消化器病食、脚気食などが見られる。20世紀における栄養に関連する学問の進歩は著しく、壊血病や脚気、悪性貧血などの病因が解明された。これらの成果は我が国を含む先進国の平均寿命の延びに貢献したといえる。一方、医学の進歩に衛生状態の著しい改善が相まって、戦後の我が国では人口に占める高齢者の割合が世界でも突出した速度で進行している。その結果、増加する高齢者の身体機能の維持という極めて大きな課題が新たに医療従事者に与えられた。我が国の明るい未来は、この課題の解決なしにはありえない。そのためにはリハビリテーションと栄養がしっかりと手を組む必要がある。そして、栄養学の基礎が格調高い学問である生化学であることを再認識する必要がある。リハビリテーション栄養に従事する者には、根拠のない固定概念にとらわれない科学的な思考が求められる。ここでは、栄養学の歴史を振り返るとともに、最新の研究の結果も合わせて提示する。

金沢医学専門学校の医化学教室須藤憲三教授は栄養学の振興に尽力された。「営むのではなく養い栄えさせるものである」と主張し、「栄養」を「栄養」に改めた。近年の栄養学の進歩は、平均寿命の延びに貢献した。現在、医療従事者には高齢者の身体機能維持という課題が与えられている。この解決にはリハビリテーションと栄養が手を組む必要がある。ここでは、栄養学の歴史を振り返り、さらに最新の研究結果も合わせて提示する。

略歴

【学歴・職歴】

1980年 金沢大学医学部卒業
 1987年 金沢大学医学部第一外科助手
 1992年 同講師
 1998年～1999年 文部省在外研究員として南カリフォルニア大に派遣
 2006年 7月1日 金沢大学附属病院内分泌・総合外科科長 臨床教授
 2008年 10月1日 厚生連高岡病院 外科診療部長
 2013年 4月1日 上尾中央総合病院 外科診療顧問
 栄養サポートセンター センター長
 腫瘍内科診療顧問

専 門：外科代謝栄養学、上部消化管外科、癌の化学療法

【学会等】

日本栄養治療学会 (旧日本静脈経腸栄養学会、JSPEN) 名誉会員
 日本消化器外科学会 特別会員
 日本胃癌学会 特別会員
 日本腹部救急医学会 特別会員
 日本外科感染症学会 特別会員
 日本臨床外科学会 特別会員
 第28回日本静脈経腸栄養学会 (JSPEN 2013)

【著書 (編集のみ)】

栄養療法 ミニマムエッセンシャル	南江堂
身につく水・電解質と酸塩基平	南江堂
オンコロジークリニカルガイド 消化器癌化学療法	南山堂
がん患者の栄養管理	南山堂
がん患者の輸液・栄養療法	南山堂
栄養塾 症例で学ぶクリニカルパール	医学書院
高齢者の栄養 はじめの一步	羊土社
栄養管理でみるみる治る 褥瘡治療のコツ	南江堂
栄養管理をマスターする 代謝の理解はなぜ大事	文光堂
治療を支える疾患別リハビリテーション栄養	南江堂
新・栄養塾	医学書院

特別講演 2 SL-2

第1会場 13:40 - 14:30



SL-2 ケアイノベーション

演者：真田 弘美

石川県立看護大学

令和六年一月一日に起こった千年に一度といわれる能登半島地震時に、学長として教職員に出したメッセージは、「どんな危機状況に社会が置かれても、教育・研究を止めてはいけません。未来を創る人材を育成することが、復興につながる最も大切な手段だからです」

この精神はイノベーションにも通じる。イノベーションとは、画期的な発見や機器を開発することだけでなく、新しい創造（システム、機器、政策など）により、社会の価値観を変革することを指す。復興とは、地元のもつ今までの歴史、文化から生まれた日々の営みから、新しい道筋をつくり、そこに住み生きることを自ら選び変えていく思想だと最近では考えるようになった。

さて2025年問題の解決のための地域包括ケアシステムが稼働し、病院や施設、在宅などのケアの一元化がこれから進む。しかし、それを支える人材と費用に関しては、このまま長寿社会がすすめば介護保険の破綻は自明である。世界に誇る平均寿命、そして、最近では確かに健康寿命との期間の差が短縮傾向にあるとはいえ、それで人は幸せかと、問い直す時期が来ていると思う。Well-beingという言葉が使われるようになってきたが、私見ではあるが、これを翻訳すると、高齢者にとっては幸福寿命の延伸といえるのではないか。これからの長寿社会に求められるのは、介護されることを前提とするのではなく、高齢者個々の自立と自律が鍵となる。つまり、生きていることを幸せだと思える社会に向けて、最適健康を保つケアとは何か考える必要がある。2040年に向けて、幸福寿命を全うするための、ケアイノベーションとは何か。それは、まずは基本的欲求である、食べる、眠る、排泄できる、あるいはそれを支援できるテクノロジーとの共存も一つの方法であろう。

ここでは、自身の研究をもとに、自立、自律に向けた、そしてケアの常識をかえるイノベーションとは何か、皆さんと共に考える機会としたい。

Well-beingという言葉がよく使われるようになってきましたが、これを翻訳すると、高齢者にとって幸福寿命の延伸といえるのではないのでしょうか。これからの長寿社会に求められるのは介護されることを前提とするのではなく高齢者個々の自立と自律といえます。ここでは、自身のグループが行ってきている研究をもとに自立、自律に向けた、そしてケアの常識をかえるイノベーションとは何か、皆さんと共に考える機会としたいと思います。

略歴

石川県立看護大学学長。東京大学名誉教授。1979年聖路加看護大学卒業、1987年クリーブランドクリニック聖路加分校ETスクール修了、1989-90年イリノイ大学大学院看護学部にて研修、1987-97年金沢大学医学部研究生 博士(医学)、1998年金沢大学医学部保健学科教授、2003年東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学分野教授、2022年より現職。2023年、2024年に看護理工学と Well-Being 看護学講座を開設し、産学連携研究を積極的に推進している。東京大学では2011-2012年専攻長。2015-2016年学科長。2017年より東京大学大学院医学系研究科附属グローバルナースングリサーチセンター センター長兼任。2019年 American Academy of Nursing (FAAN) Fellow、Curtin University (Australia) Adjunct Professor。2021年 Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing・Member。2025年一般社団法人公立大学協会理事、第1委員会委員。1999年より WOC 看護認定看護師(現皮膚・排泄ケア認定看護師)。日本看護協会：元副会長(2011-2017)。国際リンパ浮腫フレームワーク・ジャパン研究協議会・前理事長、日本褥瘡学会・元理事長(2011-2015)、日本創傷・オストミー・失禁管理学会・元理事長(2008-2017) 名誉会員(2025-)、看護理工学会・前理事長(2013-2019)、日本看護科学学会・元理事長(2019-2021)、日本創傷治癒学会・名誉会員(2022~)、日本老年泌尿器科学会・名誉会員(2022-)、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会・名誉会員(2023-)。最新の著書はポケットエコーで看護力アップポイントオブケア看護エコー(真田弘美監修, 照林社, 2024.9)、終末期の褥瘡(真田弘美監修, 南江堂, 2025.3)

グローバルな活動とともに基礎研究から臨床応用まで看護学における創傷・スキンケア分野での共同研究や論文発表、講演など国際的に幅広い活動を行っている。また、ポイントオブケア看護エコーのエビデンス構築から実装へ向けて精力的に研究・教育活動を行っており、2024年には世界で最も論文が引用された科学者トップ2%に選出された*。

さらに、能登半島地震の復興に大学を挙げて全面的に支援を継続している。

2025年には老年看護・創傷管理・災害対応において、国内外に大きなインパクトを与えた点、看護理工学研究における先駆的業績、主要学術機関の設立におけるリーダーシップ、そして次世代の看護師研究者の指導への献身が高く評価され、ICN(国際看護師協会) インターナショナル・アチーブメント・アワードを日本人初受賞した。

* Updated science-wide author databases of standardized citation indicators (August 2024)：米国スタンフォード大学と Elsevier 社が作成した世界的に影響度の高い科学者を特定する研究者トップ2%のリスト

特別講演 3 SL-3

心理面と社会面のリハ栄養講演&前・現理事長対談「リハ栄養の去来今」

第1会場 16:20 - 17:40



SL-3-1 心理面のリハ栄養

演者：若林 秀隆

東京女子医科大学病院 リハビリテーション科

リハ栄養は、身体面だけでなく、心理面、社会面、スピリチュアル面にも関わる。今までのリハ栄養は、主に身体面に焦点を当ててきたが、リハ栄養3.0では身体面と同様に心理面、社会面、スピリチュアル面、テクノロジー面、医療者のウェルビーイングにも焦点を当てる。リハ栄養とポジティブ心理学は、相性がよい。ポジティブ心理学は、人間の強みや美徳、幸福感の追求に焦点を当てる学問である。マイナスを0にするよりも、0以上のプラスをより増やす考え方である。ポジティブ心理学の視点を取り入れることで、患者だけでなく医療者のウェルビーイングも高めることができる。

ポジティブ心理学において、「Other People Matter (OPM) : 他者が大事」という言葉がある。これはポジティブ心理学の創始者の1人であるクリストファー・ピーターソン先生の言葉である。人は独り、孤独では幸福になることは難しく、人とのつながりがストレスの基でもあるが、幸福の基でもある。また、自分のことを大事に思ってくれている他者がという、自分自身の他者性を自己認識することも、ウェルビーイングに重要である。

うつ予防やウェルビーイング向上に役立つ非薬物療法には、運動療法・身体活動、栄養療法、心理療法、社会面、その他（7時間程度の睡眠時間の確保、ガーデニング、森林浴、音楽療法、芸術療法、笑い・ユーモア、ラベンダーなど）がある。運動療法・身体活動は、実際に適切に行えば、薬物療法と同じ程度の効果を期待できる。身体面による栄養療法の多くは心理面にもよい。認知行動療法やマインドフルネスを医療者がセルフケアとして行うことは、自信のウェルビーイング向上につながる。心理面と社会面のリハ栄養は切り離すことができない。心理面のマイナスが大きい時は精神科医や公認心理士の関与が必要であるが、マイナスがないときはリハ栄養チームで評価、介入してほしい。

略歴

【学歴】

平成7年横浜市立大学医学部卒業

平成28年東京慈恵会医科大学大学院医学研究科臨床疫学研究部修了

【職歴】

平成7年5月～日本赤十字社医療センター内科研修医

平成9年5月～横浜市立大学医学部附属病院リハビリテーション科

平成10年6月～横浜市総合リハビリテーションセンターリハビリテーション科

平成12年4月～横浜市立脳血管医療センターリハビリテーション科

平成15年4月～済生会横浜市南部病院リハビリテーション科

平成20年4月～横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科

令和2年6月～東京女子医科大学病院リハビリテーション科教授

令和3年5月東京女子医科大学大学院医学研究科リハビリテーション科学分野基幹分野長

【資格・役職】

Society on Sarcopenia, Cachexia and Wasting Disorders: Board member, Associate Editor of the Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle

日本栄養治療学会：理事、代議員、指導医、AWARD 選考委員会委員長、栄養治療リハビリテーションWG長、学術集会プログラム委員

日本サルコペニア・フレイル学会：理事、広報委員会委員長、編集委員、サルコペニア・フレイル指導士

日本リハビリテーション栄養学会：監事、リハ栄養指導士

日本カヘキシア・サルコペニア学会：副代表理事

日本リハビリテーション病院・施設協会：常務理事、医科歯科連携推進委員会委員長

日本臨床栄養学会：理事、評議員

日本リハビリテーション医学会：代議員、指導医・専門医・認定医、男女共同参画委員

日本老年医学会：代議員



SL-3-2 社会面のリハビリテーション栄養： SDHの視座から臨床実践へ

演者：藤原 大

公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院

サルコペニア・フレイル・栄養障害は、単なる生物学的現象ではなく、健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health; SDH）と密接に関連している。社会経済的地位の低さ、社会的孤立、住環境の制約、食品アクセスの困難、超加工食品への依存などが、これらの老年症候群の発症と進行に影響を与える。低所得層では栄養の質が低い食品選択を余儀なくされ、社会的孤立は栄養摂取の質低下や身体活動量の減少と関連する。実際に、社会的孤立がサルコペニアや身体的フレイルのリスクを増加させるという報告がある。

本講演では、リハビリテーション栄養をSDHの視座から再構築し、ミクロ（個人）、メゾ（地域）、マクロ（政策）の各階層における実践的アプローチを提示する。個人レベルでは、社会的バイタルサイン（Social Vital Sign; SVS）を用いた包括的評価により、「なぜその状態に至ったのか」という因果連鎖を多職種で共有し、診断推論に活かす方法を解説する。SVSは人間関係、収入、生きがい、ヘルスリテラシー、食事・住環境、医療サービスアクセス、本人の価値観を体系的に評価する枠組みである。また、調理負担軽減の工夫、配食サービスの紹介、地域サロンへの参加促進など、社会的処方 の具体例とその効果を紹介する。地域レベルでは、ウォーカービリティ指数や食品アクセス指標を用いた地域診断に基づく多職種連携ネットワークの構築と、農村部・都市部それぞれの地域特性に応じた介入戦略を論じる。政策レベルでは、2024年度診療報酬・介護報酬改定で制度化されたリハ・栄養・口腔の三位一体に、社会的側面を加えた「四位一体モデル」の重要性を提案する。

社会的視点を統合したリハ栄養により、健康格差の是正と持続可能な地域社会の実現を目指す実践の方向性を共有したい。

サルコペニア・フレイル・栄養障害は、社会経済状況、社会的孤立、食品アクセスなどの健康の社会的決定要因（SDH）と密接に関連している。本講演では、社会的バイタルサインを用いた包括的評価、社会的処方による地域資源への橋渡し、リハ・栄養・口腔・社会の四位一体モデルなど、SDHの視座に基づくリハビリテーション栄養の実践を、個人・地域・政策の各階層から解説する。

略歴

【学歴・職歴】

- 2002年 3月 東北大学医学部 卒業
- 2002年 4月～ 宮城厚生協会 坂総合病院、泉病院、古川民主病院にて初期研修
- 2005年 6月～ 宮城厚生協会 坂総合病院 リハビリテーション科 医員（後期研修医）
- 2007年 4月～ 宮城厚生協会 長町病院 リハビリテーション科 医員（後期研修医）
- 2009年 6月～ 兵庫医科大学 リハビリテーション部 非常勤医師（国内留学）
- 2011年 1月～ 宮城厚生協会 坂総合病院 リハビリテーション科 医長
- 2012年 6月～ 宮城厚生協会 坂総合病院 リハビリテーション科 科長
- 2020年 4月～ 宮城厚生協会 坂総合病院 リハビリテーション科 診療部長
- 2025年 10月～ 宮城厚生協会 坂総合病院 副院長（リハビリテーション科 診療部長 兼任）

【資格・役職】

- 日本リハビリテーション医学会 専門医・指導医
- 日本プライマリ・ケア連合学会 認定医・指導医
- 日本栄養治療学会 認定医
- 日本心臓リハビリテーション学会 心臓リハビリテーション指導士
- 日本リハビリテーション栄養学会 リハビリテーション栄養指導士
- 義肢装具等適合判定医

【所属学会】

- 日本リハビリテーション医学会（東北地方会幹事）、日本プライマリ・ケア連合学会、
- 日本心臓リハビリテーション学会、日本栄養治療学会、日本臨床神経生理学、
- 日本サルコペニア・フレイル学会、日本リハビリテーション栄養学会（監事）

特別講演 4 SL-4

令和 8 年度診療報酬改訂について～リハビリテーション栄養を中心に～

第2会場 16:20 - 17:20



SL-4 令和 8 年度診療報酬改訂について ～リハビリテーション栄養を中心に～

演者：日名子 まき

厚生労働省 保険局医療課

近年、累次の診療報酬・介護報酬の改定で、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の推進について重要性が認識され、評価の充実が図られてきた。令和 8 年度診療報酬改定の基本方針においても、「2040 年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進」の具体的な方向性に、「リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進」が位置付けられ、議論が進められている。本講演では、令和 8 年度診療報酬改定の概要とリハビリテーション・栄養を中心とした具体的改定事項に関する最新の情報について、解説する。

略歴

民間企業等での勤務経験（管理栄養士）を経て、
平成 23 年 入省（健康局総務課生活習慣病対策室主査）
平成 24 年 健康局がん対策・健康増進課 栄養調査係長
平成 26 年 健康局がん対策・健康増進課栄養指導室 栄養管理係長
（老健局老人保健課兼任）
平成 27 年 雇用均等・児童家庭局 母子保健課栄養専門官
平成 29 年 農林水産省消費・安全局消費者行政・食育課 課長補佐
平成 31 年 厚生労働省老健局老人保健課 介護予防栄養調整官
令和 4 年 7 月から 現職

特別企画1 SP-1 チーム対抗！リハ栄養の臨床推論

第1会場 10:40 - 12:20

SP-1 チーム対抗！リハ栄養の臨床推論

○永野 彩乃¹⁾、若林 秀隆²⁾、中原 さおり³⁾、東 敬一郎⁴⁾

Caresso¹⁾、東京女子医科大学病院 リハビリテーション科²⁾、鈴鹿医療科学大学 保健衛生学部 医療栄養学科³⁾、浅ノ川総合病院 薬剤部⁴⁾

リハ栄養の真の実践において、臨床推論は欠かすことのできないプロセスである。患者の病態や生活背景を多角的に捉え、栄養障害やサルコペニア、機能障害等のリハ栄養の問題の要因を明確化し、最適な介入へとつなげるためには、論理的かつ学際的な思考が求められる。本企画では、複数の多職種チームが同一症例をもとにそれぞれ臨床推論を行い、推論の過程や導き出された診断をチーム間で比較・検討する。医師、管理栄養士、リハビリ専門職、薬剤師、看護師など、各チームが専門的視点を活かして導いた結論を発表し合うことで、推論過程の違いや共通点を明らかにする。チーム対抗形式で行うことにより、思考の多様性とチームとしての意思決定のプロセスを可視化し、リハ栄養における多職種協働の本質を体感できる企画とする。また、単なる発表形式にとどまらず、会場の参加者も積極的に加わるインタラクティブなディスカッションを行い、多様な考え方や判断の根拠を共有する場とする。臨床推論の臨場感を体感することで、リハ栄養における「チームで考える力」を育む機会としたい。

チーム1 東北リハ栄養懇話会 (T-REX)

折内 英則 ((一財) 総合南東北病院 理学療法士)

社本 博 (高野病院 医師)

森 隆志 ((一財) 総合南東北病院 言語聴覚士)

後藤 美紅 (石巻赤十字病院 管理栄養士)

チーム2 熊リハ・オールスターズ

吉村 芳弘 (熊本リハビリテーション病院 医師)

米田 巧基 (熊本リハビリテーション病院 管理栄養士)

桜庭 茉由加 (熊本リハビリテーション病院 理学療法士)

チーム3 恵寿ぼっぼ

山本 知子 (恵寿総合病院 管理栄養士)

伊達岡 要 (和光苑 医師)

浜田 信太郎 (恵寿総合病院 薬剤師)

五十嵐 満哉 (恵寿総合病院 作業療法士)

チーム4 西部の風

森 みさ子 (聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護師)

松崎 貴志 (聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 薬剤師)

川畑 亜加里 (聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護師)

神田 由佳 (lick訪問看護リハステーション 看護師)

特別企画2 SP-2

Pros and Cons 炎症期のリハ栄養 攻める？守る？

第3会場 11:30 - 12:20



SP-2-1 炎症期のリハ栄養は“攻める”べきである

○野々山 忠芳

一宮西病院 リハビリテーション技術部

炎症期は、急性疾患に伴う筋タンパク異化亢進が急速に進行する。この時期のリハビリテーションおよび栄養管理は、「状態の安定化を待つ」という保守的姿勢が選択になりがちである。しかし、介入の遅延は筋量・筋力をはじめとした身体機能の低下を招き、機能予後を著しく損なう可能性がある。本発表では、炎症期こそ積極的な介入、すなわち“攻める”リハ栄養が必要であるという立場から、その総論的意義について論じる。

急性期の生体は強い異化亢進状態にあり、適切な介入が行われなければ筋タンパク分解が持続し、短期間で著明な筋萎縮が生じる。炎症期に生じた筋喪失の多くは後に回復しにくく、回復期におけるリハビリテーションのみで失われた筋量や身体機能を完全に回復させることは非常に難しい。このため、炎症期においては、適切なエネルギーおよびタンパク質投与を遅滞なく行い、代謝状態を支持する積極的な栄養管理が不可欠である。

さらに、リハビリテーションにおいては、全身状態を慎重に評価しつつ安全性を確保した上で、可能な範囲で早期に離床や運動療法を実施することが重要となる。重症患者では、長期臥床やICU-acquired weaknessにより自発的な運動量が大幅に不足するため、炎症期からの栄養介入と運動負荷の併用は、筋代謝の維持および身体機能低下の抑制に寄与し得る合理的戦略である。栄養とリハビリテーションを同一方向に強化することで、将来的な機能予後をより良好なものとする可能性が高まる。

炎症期は決して静観すべき時期ではなく、むしろ回復するための基盤を形成する最重要フェーズである。本発表では、この“攻める”リハ栄養の意義と、その基本的な考え方について議論したい。

略歴

【学歴】

平成 19 年 3 月 中部リハビリテーション専門学校 卒業
令和 4 年 9 月 福井大学大学院医学系研究科 博士課程終了 博士(医学)

【職歴】

平成 19 年 4 月 福井大学医学部附属病院リハビリテーション部
令和 5 年 4 月 福井大学医学部 臨床講師(兼任)
令和 6 年 11 月 1 日 福井大学医学部附属病院リハビリテーション部 主任理学療法士
令和 7 年 4 月 1 日 一宮西病院リハビリテーション技術部 科長
福井大学医学部呼吸器内科学分野 特別研究員

【資格】

専門理学療法士(呼吸理学療法・心血管理学療法)、呼吸認定理学療法士、心臓リハビリテーション指導士、3学会合同呼吸療法認定士、集中治療理学療法士

【所属学会】

日本呼吸理学療法学会、日本循環器理学療法学会、日本物理療法研究会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本集中治療医学会、日本呼吸療法医学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本栄養療法学会、日本リハビリテーション栄養学会



SP-2-2 炎症期のリハ栄養は”守る”べきである

○飯田 有輝

愛知淑徳大学 健康医療科学部

炎症期におけるリハビリテーション栄養（リハ栄養）は、敗血症、ARDS、大手術後、重症心不全など、全身性炎症反応が高度に進行する病態で実施される。この時期はサイトカインストームにより代謝が著しく異化優位となり、骨格筋はエネルギー源として分解され、同化反応は抑制される。過剰な栄養投与や運動負荷は、酸化ストレスや高血糖、肝脂肪化、循環動態不安定などを招く恐れがあり、過去に行われた大規模試験では早期完全栄養の有害性が示唆されている。さらに、炎症期はエネルギー投与量が相対的な需要を満たさない“エネルギー赤字期”であり、この段階で強い運動負荷を加えることは、ATP消費と筋タンパク分解を助長し、代謝不均衡を悪化させる危険がある。したがって、炎症期のリハ栄養では、“守る”すなわち臓器保護と代謝調整を優先し、同化への転換を待つことが合理的である。具体的には、リハビリテーションは受動運動や神経筋電気刺激療法、呼吸介入など低侵襲で開始し、栄養は25 kcal/kg未滿、タンパク質は0.8~1.0 g/kg程度を目安に段階的に導入する。炎症期の“守り”とは介入を控えることではなく、代謝の基盤を整え、回復期への“攻め”を支える戦略的な前進である。

略歴

【学歴】

平成 4年3月 佑愛学園 専門学校愛知医療学院（現愛知医療学院短期大学）卒業
 平成 8年3月 日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科 卒業
 平成 20年3月 名古屋大学大学院医学系研究科 博士前期課程修了
 平成 27年3月 名古屋大学大学院医学系研究科 博士後期課程修了

【職歴】

平成 4年4月 公立尾陽病院（現あま市民病院）勤務（～平成8年3月）
 平成 8年4月 厚生連海南病院 勤務（～令和2年3月）
 平成 29年4月 藤田医科大学医学部麻酔・侵襲制御医学講座客員教員（現在に至る）
 令和 2年4月 豊橋創造大学保健医療学部理学療法学科 教授
 令和 6年4月 愛知淑徳大学健康医療科学部医療貢献学科理学療法専攻 教授（現在に至る）

【所属学会】

日本リハビリテーション栄養学会（理事）
 日本循環器理学療法学会（理事）
 日本集中治療医学会（評議員）
 日本心臓リハビリテーション学会（評議員）
 日本呼吸療法医学会（編集委員会）
 日本理学療法士協会（学会誌編集委員）
 日本臨床栄養代謝学会
 日本循環器学会
 日本心不全学会
 日本呼吸ケアリハビリテーション学会

特別企画3 SP-3 なぜ進まぬ「三位一体」？連携加算の“壁” 今を突破する、リハ・栄養・口腔の実践知

第2会場 13:40 - 14:30



SP-3-1 リハビリテーション・栄養・口腔の三位一体の連携 ～管理栄養士の成功と失敗 加算算定施設から～

○漆原 真姫

特定医療法人社団勝木会やわたメディカルセンター 栄養課

当院は回復期リハビリテーション病棟を有する2次救急病院で、すべての病棟において365日リハビリテーションを行える体制を整えている。急性期病棟ではADL維持向上等体制加算を算定していたため、令和6年度診療報酬改定で新設された「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」に対して、早期に多職種によるプロジェクトチームを設立し、算定に向けたシステムの構築に取り組んだ。算定に向けた会議では、①算定要件と院内の実績を共有、②栄養評価及びリハビリテーション・栄養・口腔に係る計画書（以下、計画書）作成における役割分担、③電子カルテシステムのカスタマイズ、④歯科医師との連携について協議し検討していった。

2024年6月に算定対象病棟で運用開始したが、急性期病棟では緊急入院が多く、病棟担当管理栄養士1名では計画書の作成に追われる日々だった。計画書の作成には入院早期の栄養評価が必要であり、同時に導入された「GLIM基準」による低栄養診断に苦慮する症例が多くあった。栄養診断に必要な不可欠な身体計測や歯科との連携に課題はあり、これらの課題に対してカンファレンス等で共有しながら少しずつ実績を積み上げていった。

算定開始から1年経過し、2025年7月には病棟編成にて、算定対象の急性期病棟が地域包括医療病棟となり、「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」に変更となった。減算にはなったが、管理栄養士の病棟滞在時間が長くなり、早期介入による適切な食事の提供に繋がっている。また、地域包括医療病棟の役割として、早期退院に向けた多職種による介入と退院後のシームレスな支援が求められる。

略歴

【学歴・職歴】

- 1994年3月 静岡県立大学 食品栄養科学部栄養学科卒業
- 1994年4月 財団法人 北陸科学研究所入職
- 2003年4月 医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター異動
- 2008年 一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会栄養委員会委員
- 2014年 公益社団法人 石川県栄養士会医療部会理事
- 2018年 公益社団法人 石川県栄養士会運営委員
- 2022年 公益社団法人 石川県栄養士会医療部会理事
- 2024年 公益社団法人 日本栄養士会医療事業推進委員会常任委員 現在に至る

【資格】

日本糖尿病療養指導士、NST 専門療養士



SP-3-2 リハビリテーション・栄養・口腔の三位一体の連携 ～看護師の成功と失敗 加算算定施設から～

○山川 美樹

社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院 看護部

当院は平均在院日数約10日の高度急性期病院で、地域の高齢化や低侵襲治療の増加に伴い、入院患者は高齢化している。リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定について、看護師の視点から、体制構築の過程と取り組みを報告する

2024年3月より経営支援担当部署を含めた関連部署で協議を開始した。当院では、各職種が入院時にADL、栄養、口腔の評価を行っていたが、書式が統一されていなかったため新規文書へ変更。評価結果を計画書に転記できる仕組みとし、記録の効率化に繋がった。口腔評価は2021年よりOral Health Assessment Tool(以下OHAT)を用いて看護師が実施しており、算定に伴う口腔評価も看護師が担っている。

算定開始病棟は、理学療法士とリハビリ専任の看護師が協働することで、平日と土日祝日のリハビリ算定数の平準化が可能な循環器病棟とした。体制構築や算定実績等を看護管理者会議で共有し、2ヶ月後に算定病棟を拡大した。2日間で退院する患者は算定が漏れやすかったため、毎日16時までに各職種が評価し、入退院や評価結果を専従者と共有し算定する仕組みとした。算定要件であるカンファレンスは、既存の多職種カンファレンスを活用。栄養及び水分に係る薬剤投与関連の特定行為を習得した看護師が臨床推論を活かし、カンファレンスのリーダー的存在を担っている。さらに介護福祉士を中心としたアクティビティケアの拡充も進めている。2024年10月から2025年6月の平均算定件数は月4356件、平均算定症例数月625例、1症例当たりの平均算定日数は6.8日であった。誤嚥性肺炎合併率は、看護師による口腔評価を開始後、徐々に低下している。看護師の口腔管理、リハビリの平準化、管理栄養士の対面評価など、多職種による迅速な患者状態評価と介入は、各々の専門性を発揮した合併症予防やADL・QOLの向上に繋がると考える。

略歴

1997年 国立病院九州医療センター附属福岡看護学校卒業後、済生会熊本病院に入職。

心臓血管センター、脳卒中センター、消化器病センターで勤務。

2008年 摂食・嚥下障害看護認定看護師取得。

2010年より看護管理に従事。

日本栄養治療学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、日本サルコペニア・フレイル学会所属。



SP-3-3 リハビリテーション・栄養・口腔の三位一体の連携 — 理学療法士の成功と失敗 加算未算定施設から —

○今井 遼太¹⁾、佐藤 陽一¹⁾、飯野 則昭²⁾

新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 リハビリテーション技術科¹⁾、
新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 腎臓内科²⁾

2024年度診療報酬改定で新設された「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」は、ADL低下の防止や臨床アウトカムの向上を目的に、真の多職種連携を推進する制度として期待されている。しかし、現場では人員体制や勤務形態、部門間の連携構造など、複数の要因が算定への大きな障壁となっている。当院も現時点では加算未算定であり、導入に向けた体制整備と課題抽出を進めている。

加算導入の実現可能性を検討するため、当院では特定病棟をモデルとしたシミュレーションを行った。その結果、365日稼働体制の確立や専従配置に伴う人員確保、勤務体制の再編成が不可欠であり、現行の人員配置では制度要件を満たすことが難しいことが明らかとなった。また、収益面では疾患構成やリハ介入密度、職種配置によって増減の幅が大きく、「人員を増やせば算定できる」という単純な構図ではなく、業務再編と組織的支援の両輪が必要であることが示された。

理学療法士の立場からみると、三位一体の連携を機能させるためには「人」「時間」「情報」という三つのリソースをいかに共有するかが鍵となる。専従配置や休日稼働、人員確保といった構造的課題に加え、管理栄養士による48時間以内の対面介入、歯科衛生士の関与、チームカンファレンスの運営など、多職種の協働を継続的に成立させる体制づくりが求められる。現場では、各職種の業務優先順位の違いが連携の障壁となりやすく、リハビリテーション部門が積極的に「情報の橋渡し」役を担うことが、実効的な連携推進の鍵であると考えられる。

本発表では、加算未算定施設としての現実と挑戦をもとに、収益構造と人員体制の壁、制度要件と現場実務の乖離、段階的導入に向けた現実的戦略、理学療法士が果たすべき役割と実践の視点から考察する。三位一体の連携を“理念”にとどめず、持続可能な実装へとつなげるための課題と展望を共有したい。

2024年度改定で新設された「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」は、多職種連携を推進する制度として注目される一方、現場では人員体制や勤務形態など多くの壁が存在する。当院での導入検討を通じ、制度要件と実務の乖離、段階的導入の課題、理学療法士の役割を整理し、持続可能な連携実装の現実解を探る。

略歴

2006年 晴陵リハビリテーション学院 理学療法学科 卒業
2006年～2010年 医療法人崇徳会 長岡西病院
2010年～2015年 医療法人 北関東循環器病院
2015年 日本福祉大学 福祉経営学部 医療・福祉マネジメント学科 卒業
2015年～ 新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院
2021年 新潟医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科
保健学専攻（修士課程）修了

【所属学会等】

日本循環器理学療法学会、日本呼吸理学療法学会、日本集中治療医学会、
日本心臓リハビリテーション学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、
医用近赤外線分光法研究会、日本循環器学会、日本フレイル・サルコペニア学会
日本リハビリテーション栄養学会

【資格等】

循環認定理学療法士、3学会合同呼吸療法認定士、心臓リハビリテーション指導士、心不全療養指導士

特別企画4 SP-4

心理面のリハ栄養を考えるー抑うつへの対応とポジティブ心理学の活用

第3会場 13:40 - 14:30



SP-4-1 心理面のリハビリテーション栄養： 抑うつ対応とウェルビーイングの両立に向けて

○藤原 大

公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院

リハビリテーション栄養の実践において、心理面への対応は身体・認知・社会の各側面と同等に重要である。しかし現状では、抑うつは高齢者、脳卒中患者、骨折患者、慢性呼吸器疾患患者など、リハ栄養を要する対象に高頻度で認められながら、身体症状に隠れて見逃されやすい。抑うつは食欲低下、活動性低下、社会的孤立、認知機能低下など多面的な影響を通じて栄養状態や生活機能を悪化させるため、医師、看護師、管理栄養士、リハビリテーション専門職など多職種による早期発見と介入が不可欠である。近年のエビデンスは、認知行動療法やマインドフルネスに加え、運動療法・身体活動、地中海食を中心とした栄養介入、社会的支援や活動参加といった心理社会的アプローチが、抑うつ改善とウェルビーイング向上に有効であることを示している。これらは薬物療法に匹敵する効果を持ち、リハ栄養チームが日常的に扱う領域であるため、職種横断的連携により大きな相乗効果が期待できる。

さらに、抑うつという「マイナス」を減らすだけでなく、ポジティブ心理学の視点から心理面の「プラス」を高めることは、患者のみならず医療従事者自身のウェルビーイング向上にも寄与する。強みに着目したポジティブアセスメントやPERMAモデル（ポジティブ感情・没頭・関係性・意味・達成）を用いたゴール設定は、従来のリハ栄養ケアプロセスを拡張し、より質の高い支援を可能にする。

本講演では、心理面のリハ栄養の現状と課題を概説し、エビデンスに基づく実践的アプローチを提示することで、今後の多職種連携のあり方について議論の契機としたい。

リハビリテーション栄養における心理面への対応は重要だが、抑うつは見逃されやすい。本講演では、運動・栄養・社会参加など多職種が関わる非薬物療法のエビデンスを紹介し、さらにポジティブ心理学を活用した強みに基づく支援について解説する。抑うつ改善とウェルビーイング向上を両立する、これからのリハ栄養実践を提案する。

略歴

SL-3-2 参照 (p43)



SP-4-2 活動と参加を支える心理×栄養アプローチ： 作業療法士の実践

○田中 舞

市立砺波総合病院 総合リハビリテーションセンター

リハビリテーション栄養の対象は、これまでは身体機能低下に大きくフォーカスが当てられてきた。しかし医療福祉の現場には、疾病・障害によるストレスや抑うつ、喪失感、障害受容困難、発動性低下などの精神・心理面の問題が栄養関連問題の原因であることは少なくない。精神・心理面の問題は食欲低下や食事摂取量低下だけでなく、生活意欲の低下、作業遂行能力の低下をももたらすため、精神・心理面や社会面への介入が重要であり、作業療法士による専門的介入が重要である。

リハビリテーション栄養において作業療法士は、身体計測や食事時の姿勢調整、食器・食具の選定、食環境の設定、排泄状況の評価、在宅生活指導を通して対象者の栄養状態を把握し、対象者の目指す生活や活動・参加が最大限可能となるよう支援する役割を担う。その中で作業療法士は身体機能的な視点だけでなく、心理社会的な視点をもって関われる点が強みである。近年ではポジティブ心理学を取り入れたリハビリテーション栄養介入が、生活機能やQOL、ウェルビーイングをより高めると期待されている。OTが対象者の強みを引き出し、自己肯定感や自己効力感を高めることが、リハビリテーション栄養のさらなる可能性をもたらすと見える。しかし、ポジティブ心理学的な介入は医療・福祉の現場で殆ど知られておらず、対象者への心理面のリハビリテーション栄養は十分に実施されているとはいえない。心理面へのリハビリテーション栄養の実践は、医療従事者の理解と適切な支援があってこそ成り立つものである。

本セッションでは、作業療法で直面する心理社会的な問題や、作業療法士による実践的アプローチ、今度の展望についてお話しするとともに、作業療法士として、リハビリテーション栄養チームとして、明日からできる工夫やヒントについて会場内で議論をしたいと考える。

略歴

【学歴】

2008年 富山医療福祉専門学校 作業療法学科卒業

2023年 神奈川県立保健福祉大学大学院 保健福祉学研究科 リハビリテーション領域
博士前期課程修了

【資格】

作業療法士、栄養治療専門療法士（リハビリテーション）、サルコペニア・フレイル指導士

【社会活動】

日本リハビリテーション栄養学会 代議員、診療ガイドライン作成委員会、代議員選考委員会、広報委員会、総務
日本栄養治療学会 学術評議員、栄養治療リハビリテーションワーキンググループ委員



SP-4-3 看護実践に活かす心理面のリハ栄養

○森 みさ子

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

リハ栄養を必要とする患者は、障害や機能低下に伴う喪失感や抑うつを抱えることが少なくありません。医療従事者はその事実に気づいていながらも、医療を取り巻く厳しい状況のなかで早期転院・退院を迫られ、抑うつを抱える患者の気持ちに丁寧に寄り添う時間を捻出することが非常に困難な状況にあるといえます。さらに、急性期リハ栄養介入で関わっている医療従事者自身は、実務に加えて委員会や研究活動など多忙な毎日を送っており、自身が気づかないうちに心身両面に負担を抱えているのではないのでしょうか。特に365日24時間ベッドサイドで看護部を継続する我々看護師は、「やりたい看護とやれる看護のギャップ」に苦しみ、解決の糸口を見出せずに苦しんでいる方が少なくないのではないのでしょうか。

心理面のリハ栄養ではステートメントに示される通り、活動・栄養の重要性以外にも、社会との繋がりや、自身への思いやりなどが有用であるとされている。また、看護目標を設定する際にPERMA（ポジティブ心理学）を意識して表現できるよう患者との対話を深めることなどが重要な看護だといえます。

とはいえ、「教科書通りになんてやってられないよ!!」という気持ちは十分に理解できるため、今苦しんでいる看護師にこそ、ポジティブ心理学を用いた心理面の評価と介入のヒントを持ち帰ってほしいと願います。

当日は、当院で出会った抑うつ症例を通じて、看護チームとしてポジティブ心理学を学習しながら介入した看護実践を反省を含めて報告します。ポジティブ心理学を「看護実践にどう活かせるのか」を一緒に考えましょう！

略歴

【学歴】

1990年 神奈川県立衛生短期大学 卒業
1998年 神奈川県立看護教育大学校看護教員養成課程 卒業
2016年 慈恵会医科大学医学研究科看護学専攻修士課程 修了
2023年 多摩大学大学院 MBA コース 修了

【職歴】

1990年 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 就職
救命救急センター配属（内科、外科系病棟移動）
2004年 脳神経センター 師長
2010年 総合栄養支援室兼務 NST 専従
2019年 救命救急センター
2022年 看護部 副部長
2025年 副院長・看護部長

【学会及び社会における活動】

神奈川県 NST 研究会世話人、神奈川県栄養サポートナースの会 設立、神奈川県急性期栄養管理研究会 役員、
日本腎臓リハビリテーション学会 評議員、日本栄養治療学会 代議員、神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 講師、
神奈川県看護協会・岩手県看護協会など研修 講師、BLS、HS-AED など心肺蘇生法講習会 開催

【資格】

NST 専門療法士、アメリカ心臓協会 BLS コースディレクター、急性・重症患者看護専門看護師、
医療対話推進者、経営管理修士・MBA

【書籍】

サルコペニアを防ぐ！看護師によるリハビリテーション栄養（医学書院）
看護系雑誌 執筆多数

教育講演 1 EL-1

第2会場 9:00 - 9:40



EL-1 リハ栄養はじめの一步

○西岡 心大

長崎県立大学大学院地域創生研究科

リハビリテーション（リハ）栄養は若林により2010年に提唱され、2011年に「栄養状態を含めてICFで評価を行ったうえで、障害者や高齢者の機能、活動、参加を最大限発揮できるような栄養管理を行うこと」と定義された（リハ栄養1.0）。この定義ではリハを考慮した栄養管理をする側面が強調され過ぎていた懸念から、2016年に永野、若林、演者がリハ栄養を再定義した（リハ栄養2.0）。新たな定義は「ICFによる全人的評価と栄養障害・サルコペニア・栄養素摂取の過不足の有無と原因の評価、診断、ゴール設定を行ったうえで、障害者やフレイル高齢者の栄養状態・サルコペニア・栄養素摂取・フレイルを改善し、機能・活動・参加、QOLを最大限高める『リハからみた栄養管理』や『栄養からみたリハ』である」とした。加えて、リハ栄養を体系的に実践するためのマネジメントツールである「リハ栄養ケアプロセス」を開発した。リハ栄養ケアプロセスは1リハ栄養アセスメント・診断推論2リハ栄養診断3リハ栄養ゴール設定4リハ栄養介入5リハ栄養モニタリング、の5つのステップにより構成されている。リハ栄養診断では栄養障害、サルコペニア、栄養素摂取の過不足、の三領域を扱い、適切なゴールを設定して、リハを考慮した栄養管理と、栄養状態や栄養管理を考慮したリハを実践する。これらの実践は二職種以上が関与することが推奨されている。リハ栄養2.0およびリハ栄養ケアプロセスはある程度浸透したが、どちらかと言えば身体的側面に偏っていた。そこで若林は2025年に身体面、心理面、社会面、スピリチュアル面、テクノロジー面、医療者のウェルビーイングの6つの側面を含めた統合的フレームワーク（リハ栄養3.0）を提唱し、リハ栄養を対象者の生活機能とウェルビーイングを最大限高めることであるとした。本講演ではリハ栄養の定義の変遷を踏まえ、現場でリハ栄養を実践する際のエッセンスを分かりやすく解説する。

若林がリハ栄養の概念を2010年に提唱してから15年が経過した。この間、リハ栄養ケアプロセスと「リハからみた栄養管理」と「栄養からみたリハ」を含む新定義の提案（リハ栄養2.0）、身体的側面以外の心理面、社会面、スピリチュアル面、テクノロジー面、医療者のウェルビーイングの六つの側面を含めたフレームワークの提唱（リハ栄養3.0）と変化が重ねられた。本講演ではこれらを踏まえ、リハ栄養のエッセンスを解説する。

略歴

【教育歴】

2002年 東京農業大学 応用生物科学部栄養科学科管理栄養士専攻 卒業
2018年 長崎県立大学大学院 人間健康科学研究科栄養科学専攻博士前期課程 修了
2020年 徳島大学大学院 栄養生命科学教育部人間栄養科学専攻博士後期課程 早期修了
2024年 London School of Hygiene & Tropical Medicine, MSc in Epidemiology 修了

【職歴】

2002年 国立霞ヶ浦病院 栄養管理室
2003年 国立療養所栗生楽泉園 栄養管理室
2005年 医療法人近森会 近森リハビリテーション病院 栄養科
2009年 社会医療法人近森会 近森病院 臨床栄養部 主任
2011年 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
2012年 同栄養管理室 室長
2018年 同人材開発部 副部長(兼)
2022年 同教育研修部 副部長(名称変更)
2025年 長崎県立大学看護栄養学部栄養健康学科/大学院地域創生研究科 教授

【公職等】

European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) Early Career Faculty

Clinical Nutrition ESPEN, Associate Editor

一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会：理事、栄養委員長

日本リハビリテーション栄養学会：監事、編集委員、管理栄養士部会委員、国際委員 等

日本栄養士会：理事

日本栄養治療学会：理事、代議員、認定・資格制度委員会副部会長、管理栄養士・栄養士部会副部会長、肥満栄養治療WG 副WG長、栄養治療リハビリテーションWG 副WG長 等

日本サルコペニア・フレイル学会：評議員、サルコペニア・フレイル指導士制度委員

日本腎臓リハビリテーション学会：代議員、診療ガイドラインWG メンバー、教育研修委員

日本病態栄養学会：学会誌編集委員

日本摂食嚥下リハビリテーション学会：用語検討委員

教育講演 2 EL-2

第2会場 9:50 - 10:30



EL-2 エビデンス - プラクティスギャップを埋める真の実践

○前田 圭介

愛知医科大学 栄養治療支援センター 国立長寿医療研究センター老年内科

リハビリテーション栄養には、確立した知見が日常診療に浸透しないギャップが残存する。それは転帰のばらつきと非効率を生む。行動介入の一種であるリハビリテーション栄養には、患者要因、医療者要因、施設要因、環境要因など、成果を左右する多くの因子が存在する。さらに、ケアプロセスの多様性と、それを担う人の多様性が、エビデンスを現場に実装する難しさを増幅している。つまり「知っている」と「できている」の間には深い溝がある。

リハビリテーションの真の実践とは、ガイドラインを守ることではない。患者の状況・チームの資源・時間の制約など、現場の文脈に合わせて最善を実現することにある。まず、包括的評価と患者のゴールを明確にすることが出発点となる。そのうえで、チームで共有できる「基本の型（標準手順）」を定め、誰が担当しても一定の質を保てる仕組みを整えることが重要である。難しいことを増やすのではなく、重要なことを減らさずに「回しやすくする」設計こそが鍵となる。つまり、既にわかっている最善を確実に実行できる仕組みを築くことである。科学的根拠を“使える形”に変え、チームとともに仕組みを磨き上げることこそが、リハビリテーション栄養の未来をつくる。その過程で学習や動機付けなど医療実践の本質を経由できる。

リハビリテーション栄養には、確立した知見が浸透せず、転帰のばらつきと非効率を生む。「知っている」と「できている」の間には深い溝がある。真の実践とは、現場の状況に合わせて最善を実現することにある。包括的評価と明確なゴール設定を基盤に、チームで共有できる基本の型を整え、重要なことを確実に回す仕組みを築くことが鍵である。既知の最善を確実に実行する設計こそ、リハビリテーション栄養の未来を拓く。

略歴

【学歴・職歴】

- 1998年 熊本大学医学部医学科 卒業
- 2017年 愛知医科大学 講師
愛知医科大学病院 緩和ケアセンター / 栄養治療支援センター
愛知医科大学大学院医学研究科 緩和・支持医療学
- 2019年 愛知医科大学 准教授
- 2020年 国立長寿医療研究センター老年内科 医長
愛知医科大学 客員教授
- 2023年 愛知医科大学 特任教授
愛知医科大学病院 栄養治療支援センター

研究者情報 <https://researchmap.jp/kskm/>ホームページ <https://geriatrics.jp>

教育講演 3 EL-3

第2会場 10:40 - 11:20



EL-3 多角的に“筋”を診る ——エコー・体組成計・CT・バイオマーカーで拓く 次世代の骨格筋評価

○中西 信人

神戸大学災害救急医学分野

骨格筋は、もはや「運動器」ではなく「全身状態を映す臓器」である。とくに敗血症や外傷などの急性期では、炎症と異化亢進による筋量減少が生命予後を左右し、回復期・在宅期では筋再生・機能回復が自立度を決定する。本講演では、こうした一連の経過を「エコー」「体組成計」「CT」「バイオマーカー」という4つの視点から多角的に捉える最新の骨格筋評価を紹介する。エコーでは、筋肉量・筋輝度を定量化し、ベッドサイドで即座に筋の変化を評価できる。体組成計(BIA)は全身の筋量を把握し、栄養状態や水分バランスとの関係を可視化する。CTは入院時評価に有用で、画像解析による筋肉量・筋輝度が疾患重症度やアウトカム予測に直結する。さらに、尿中 titin やなどのバイオマーカーは、筋損傷や再生の分子レベル変化を反映し、画像では見えない“筋の動態”を補完する。これら4手法を統合することで、急性期から在宅期まで一貫した「筋の見える化」が可能となる。本講演では、リハビリ栄養の視点から、評価と介入をつなぐ実践的なフレームワークを提示し、「見える筋」から「診る筋」へ—評価が回復を変える未来の医療モデルを提案する。骨格筋を「エコー」「体組成計」「CT」「バイオマーカー」で多面的に評価し、急性期から回復期・在宅期までの連続した筋変化を可視化する。筋萎縮から再生までを科学的に捉え、臨床判断と介入をつなぐ新しい骨格筋評価の方向性を示す。

略歴

【学歴・職歴等】

- 2013年 徳島大学医学部卒業
- 2013年-2015年 伊勢赤十字病院研修医
- 2015年 伊勢赤十字病院救急部
- 2016年-2021年 徳島大学救急集中治療部
- 2021年 神戸大学災害救急医学分野

- 2020年 日本集中治療医学会優秀論文賞受賞
- 2021年 日本集中治療医学会奨励賞受賞
- 2022年 第36回日本ショック学会会長賞受賞

- 2021年 PICS 対策・生活の質改善検討委員会委員
- 2024年 集中治療リハビリテーション委員会

救急専門医、集中治療専門医。急性期のリハビリや栄養を専門に活動している。2016年に筋萎縮ゼロプロジェクトを立ち上げ、クラウドファンディングや様々な研究・教育活動に従事している。2020年から現在も継続型の筋萎縮ゼロプロジェクトクラウドファンディングを行っている。2023年にはオーストリア、ウィーンのボルツマン研究所に留学して敗血症による筋萎縮の基礎研究に従事した。日本集中治療医学会の優秀論文賞、奨励賞など様々な賞を受賞。

教育講演 4 EL-4

第2会場 11:30 - 12:10



EL-4 「問い」から見つめ直す、これからのリハ栄養臨床研究

○紙谷 司

京都大学医学部附属病院 臨床研究教育・研修部

近年臨床研究の発展は目覚ましく、研究デザインや統計手法は高度化する一方です。しかし、あまりにテクニックに意識が向きすぎると臨床研究の本質であるリサーチクエスチョン（問い）が置き去りにされがちです。臨床研究において取り扱われる問いは、主として1 実態の記述、2 リスク因子の追究（予測）、3 原因の追究（因果）、4 介入効果の検証、の4つのタイプに大別することができます。この中で、多くの研究者が陥りやすいのが、2「予測」と3「因果」の混同です。この2つのタイプは要因とアウトカムの関係を明らかにするという疑問の構造は同じであり、研究者が要因をリスク因子として捉えているのか、原因として捉えているのかによって、どちらのタイプになるかが決まります。多数の臨床研究に関わらせていただく中で、どちらのタイプなのかが研究者自身もうまく整理できていないケースは稀ではなく、時間をかけて議論することが多いポイントです。

予測と因果を分ける決定的な要素は、決して解析手法や特定の統計量などではなく、この研究を通じてどのような「メッセージ」を発信したいかという研究者の想いにあります。たとえ同一の要因とアウトカムを扱う研究であっても、研究者の専門性や立場が異なれば、導き出したいメッセージは変わるでしょう。重要なことは、解析手法や得られた結果に合わせて事後的にメッセージを決めるのではなく、リサーチクエスチョンを考える段階でメッセージも明確にし、それに適した研究デザインを選択することです。

リハ栄養は多職種が関与する分野横断的な領域です。視座が多様であるからこそ、どの立場でどのようなメッセージを臨床現場に還元するのが、その研究の魅力となるはずですが、本講演が、これからのリハ栄養臨床研究を担う皆様にとって、改めて「自分の問いは何か?」という原点に立ち返り、自分にしかできない研究を共に考える機会となれば幸いです。

研究手法の高度化に伴い、本質である「問い」が置き去りにされていませんか?特に「予測」と「因果」の混同は、多くの研究者が直面する課題です。両者を分かつのは「何を伝えたいか」という研究者の想いであり、それこそが研究の魅力、強みとなるはずですが、「あなたの問いは何か?」という原点から、これからのリハ栄養臨床研究を共に考えましょう。

略歴

2009年京都大学医学部人間健康科学科卒業。卒後は医仁会武田総合病院にて理学療法士として急性期リハビリテーションに従事。2013年に京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻 専門職学位課程、2015年に博士後期課程に進学し、福原俊一教授のもとで臨床疫学の修練を積む。2015年からNPO法人健康医療評価研究機構にて教育統括として、医療者を対象とした臨床研究の学習コンテンツ、プログラムの開発やマネジメントに従事。2016年12月より京都大学医学部附属病院 臨床研究教育・研修部 特定助教に着任し、2021年4月より特定講師。教育活動として医療従事者や製薬企業社員を対象とした臨床研究のオンライン学習プログラム、コンサルテーション、研究指導に従事。研究活動として地域住民を対象とした大規模コホート研究、整形外科領域におけるサルコペニアの疫学研究などに取り組んでいる。

初学者向け企画1 PB-1

わからないがわかる！症例から学ぶはじめてのリハ栄養

第4会場 11:30 - 12:20



PB-1-1 理学療法士が伝えるリハ栄養のはじめの一步

○宮崎 慎二郎

KKR 高松病院 リハビリテーションセンター

リハビリテーション栄養（リハ栄養）は、機能回復のみならず、活動・参加の向上を実現するうえで不可欠な手段である。しかし、「重要なのは理解しているが、実際に何をすればよいのか、日々の臨床でどう活かせばよいのか分からない」という最初の一步に戸惑う。本講演では、演者である理学療法士の立場から、症例にもとづいてリハ栄養の臨床思考を段階的に紐解き、“わからないがわかる！”へとつながる実践的な視点を提示する。

まず、理学療法士や作業療法士が捉えるべき身体機能や生活機能と栄養状態との密接な関係を整理する。栄養障害やサルコペニアが運動療法の効果を減弱させるメカニズム、逆に適切な栄養介入が機能回復を加速させるプロセスなど、リハに直結する視点を軸に解説する。また、運動負荷設定やリスク管理の場面で、栄養状態の把握がいかに重要かをぜひ知っていただきたい。

さらに、リハ栄養は単独で完結するものではなく、多職種との協働があってはじめて可能となる。職種間で共有すべき情報、連携のポイント、チームで取り組むことで得られる相乗効果についてもお伝えしたい。「リハからみた栄養」「栄養からみたリハ」を行うために、私はどこで誰と具体的に何をすればいいの？がはじめてのリハ栄養で通る道である。一方で、協働できる職種が揃ってなくても、リハ栄養の視点をもって自分でも出来ることを増やす努力を惜しまないことが真の医療者のはずである。

本企画では、臨床にすぐ活かせる“実感を伴う理解”を得ていただき、明日から自信をもってリハ栄養へ取り組めるよう、演者自身がリハ栄養に取り組み始めた時、症例を通じてリハ栄養を学んできた時を思い出しながら、ご参加いただく皆様と同じ気持ちで最初の一步を踏み出すお手伝いが出来れば幸いです。

略歴

【学歴・職歴】

2002年3月 四国リハビリテーション学院（現 四国医療専門学校）理学療法学科 卒業
2002年4月 KKR 高松病院 入職
2007年4月 KKR 高松病院 リハビリテーション科 主任
2012年4月 KKR 高松病院 リハビリテーションセンター センター長
2016年3月 昭和大学大学院 保健医療学研究科 博士前期課程（呼吸ケア領域）修了
2016年4月 KKR 高松病院 リハビリテーションセンター センター長 兼 リハビリテーション科 科長代理
2022年3月 香川大学大学院 医学系研究科医学専攻 博士課程（循環器・腎臓・脳卒中内科学）修了
2025年4月 KKR 高松病院 リハビリテーションセンター センター長 兼 リハビリテーション科 技師長

【取得資格】

内部障害専門理学療法士 心臓リハビリテーション上級指導士
呼吸療法認定士 呼吸ケア指導士 リハビリテーション栄養指導士

【受賞歴】 第15回日本呼吸管理学会学術集会 優秀演題賞

第39回四国理学療法士学会 学会長賞

平成25年度共済医報 優秀論文賞

第24回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会 優秀演題賞

第28回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会 優秀演題賞

第8回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 学会賞

第12回日本循環器学会コメディカル賞 最優秀賞

【学会役員】 日本リハビリテーション栄養学会（理事・理学療法士部会長）

日本呼吸理学療法学会（理事）

日本循環器理学療法学会（評議員）

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会（代議員）

日本心臓リハビリテーション学会（評議員）



PB-1-2 「わからない」からはじめるリハ栄養を自信に変える —管理栄養士の視点から

○塩濱 奈保子

京都済生会病院 栄養科

リハビリテーション（以下、リハ）栄養がさまざまなセッティングで実践されることが望まれる中、「わからない」と立ち止まる点はどこなのか。取り組みたいが、どのようにして？取り組んでみたがこれで良いのか？はじめの一步から実践中の悩みまで、リハ栄養の初心者企画として、本セッションでは症例を提示し、理学療法士と管理栄養士が実践のコツについて具体的に紹介する。

リハ栄養の実践は、リハ栄養ケアプロセスに沿って行う。リハ栄養ケアプロセスのなかで、フレイル、栄養状態、サルコペニア、悪液質については評価項目が明確であり、困ることは少ないと思われる。栄養量の過不足については管理栄養士の専門分野である。管理栄養士が悩む点としては、国際生活機能分類（ICF）の評価、「リハからみた栄養」の捉え方、攻めの栄養管理ではないか。ICFについて、管理栄養士は学生時代に学んでいることが少なく身近ではないのかもしれない。また、リハの情報をどのように栄養管理に活かすのか。日々の業務でセラピストや多職種とどのように連携をとるのかなども症例を通して紹介する。

リハ・栄養・口腔の三位一体の取り組みによる包括的なケア、より一層の多職種連携の重要性が認識されている最近では、リハ栄養ケアプロセスの実践が大変有効である。リハ栄養を実践する際の「わからない」を「わかる」に変え、日々の業務がより充実し、効果的な結果に繋げられる一助になれば幸いである。

略歴

【学歴・職歴】

平成 17 年 同志社女子大学 生活科学部 食物栄養科学科 管理栄養士専攻 卒業

同年 同志社女子大学 入職

(生活科学部 食物栄養科学科 栄養生理学研究室助手)

平成 20 年 同志社女子大学 退職

同年 社会福祉法人 恩賜財団 済生会京都府病院（現 京都済生会病院）入職

令和 4 年 同志社女子大学大学院 生活科学研究科 食物栄養科学専攻 修士課程修了

ジョイント企画1 JP-1

第3会場 9:00 - 9:40



JP-1 【北陸の摂食嚥下ケアを支える会】 VF・VEがなくてもできる嚥下能力の推定

○亀谷 浩史^{1,2)}、柳澤 優希^{1,3)}、松長 由美子^{1,4)}、中山 香菜^{1,5)}、
田中 舞^{1,6)}、堀田 麻緒^{1,7)}、若林 美希^{1,8)}、長崎 敦子¹⁾、新川いくみ^{1,9)}、
大浦 誠^{1,10)}、川端 康一^{1,3)}、木倉 敏彦^{1,2)}

北陸の摂食嚥下ケアを支える会¹⁾、
富山県リハビリテーション病院・こども支援センター²⁾、富山西総合病院³⁾、
富山西リハビリテーション病院⁴⁾、富山赤十字病院⁵⁾、市立砺波総合病院⁶⁾、
富山医療福祉専門学校⁷⁾、金沢医科大学氷見市民病院⁸⁾、しん川歯科医院⁹⁾、
南砺市民病院¹⁰⁾

本企画では、富山県を中心に活動をしている「北陸の摂食嚥下ケアを支える会」が行っている基礎講座『評価』の講義内容に加え、演者が実践している嚥下評価の知識を基に多職種からの情報を集め、嚥下能力を推定する方法を症例提示しながら紹介、解説していきたくと思います。嚥下評価においてVF・VEはゴールドスタンダードですが、検査機器を持つ一部の施設でしか行うことができません。また、嚥下評価の多くを担っているのは言語聴覚士（ST）ですが、同じ職場や近隣にSTがいないため、他の職種が対応していることも多いと思います。その場合、どのように考えればよいかかわからないということも多いのではないのでしょうか。では、どのようにするとよいのでしょうか。嚥下能力の推定していく方法としてまずすべきことは、とにかく情報を集めることです。情報は、対象者本人だけでなく、家族や介護事業所スタッフなどからの聞き取り、診療情報提供書やサマリーなどからも集めます。「これも問題かも」という気づきが多ければ多いほど推定の精度が上がっていきます。気づきですので経験の差は関係ありません。これらの情報に加え、嚥下器官の状態、スクリーニングの結果を加えていきます。そして、得られた情報やスクリーニング等の結果は、嚥下の5期モデルの中から原因かもしれない主要な障害8つをピックアップし、それぞれに振り分けていきます。振り分けた後は、さらにまとめて嚥下能力を推定し、優先順位をつけて対応していきます。対応は多くの場合、代償手段である食事姿勢や食事形態の選択になります。最終的には、推定した嚥下能力に対応した代償手段を試し、実際の食事場面で調整を行っていきます。摂食嚥下の最大の目的は口から栄養が摂ることです。VF・VEがなくても嚥下能力を推定し、対象者に合った食事姿勢、食事形態を提供していきましょう。

略歴

【学歴・職歴】

2000年 私立4年制大学卒業
同年 一般企業入職（営業職・嚥下治療食販売）
2007年 福井医療技術専門学校（現福井医療大学）言語聴覚学科卒業
同年 言語聴覚士国家資格取得
同年 富山医療生活協同組合 富山協立病院入職
2017年 富山県リハビリテーション病院・こども支援センターに入職
2024年 同センター リハビリテーション療法部 言語聴覚科科长 現在に至る

【資格】

言語聴覚士、栄養治療専門療法士（摂食嚥下）、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士

【社会活動】

富山県言語聴覚士会 会長
日本言語聴覚士協会 介護保険部員
訪問リハビリテーション振興財団 制度化班
日本栄養治療学会 学術評議員

ジョイント企画2 JP-2

【石川県栄養士会】

被災レジリエンスを支える栄養支援～明日、あなたが支援を担うならどう備えますか～

第3会場 9:50 - 11:20



JP-2-1 災害支援に必要なレジリエンス(弾力性・しなやかさ) ～被災地に向かうための備え～

○川瀬 文哉

JA 愛知厚生連足助病院 栄養管理室

2024年1月1日に発災した能登半島地震は、災害がいつでも・どこでも起こり得るという教訓を改めて私たちに残した。当時、私は愛知県栄養士会 JDA-DAT 委員会の副委員長を務めていたが、自身を含め県内のリーダー層のほとんどが派遣未経験という状況であった。本震災では1月8日に派遣が決定し、翌9日に現地入りを果たした。比較的早期の派遣が実現したのは、愛知県栄養士会内で速やかに調整ができたことや、地理的な近接性に加え、愛知県に所在していた災害支援緊急車両(JDA-DAT号)をいち早く被災地へ届ける必要があったためである。支援現場では、道路の寸断やインフラの途絶により、全体像が見えない中での活動を余儀なくされた。そこでは専門職としての知識以上に、物流支援や被災者に寄り添う姿勢など、目の前の喫緊の課題に対する柔軟な対応が求められた。こうした活動を支えるのは、個人の資質に加え、JDA-DATメンバーの平時からの組織的な繋がりや派遣を後押しする職場の理解といった環境因子であり、これらを含めた「支援者のレジリエンス(弾力性・しなやかさ)」が不可欠である。本演題では、急性期の支援活動で直面した困難と気づきを共有し、専門職の災害支援におけるレジリエンスのあり方について考察する。

略歴

【学歴・職歴】

2018年 名古屋学芸大学大学院 栄養科学研究科 博士前期課程修了
2018年 JA 愛知厚生連 足助病院 栄養管理室 入職
2024年 名古屋学芸大学大学院 栄養科学研究科 博士後期課程修了
2024年 JA 愛知厚生連 足助病院 栄養管理室 栄養管理係長

【委員等】

愛知県栄養士会 在宅医療・介護委員会、JDA-DAT 委員会
日本リハビリテーション栄養学会 代議員
日本栄養治療学会 学術評議員
日本病態栄養学会 幹事
日本栄養士会 JDA-DAT 運営委員会

【受賞歴】

特定非営利活動法人 日本栄養改善学会 奨励賞
第70回 日本栄養改善学会学術総会 若手学会発表賞 最優秀発表賞
第26回 日本病態栄養学会年次学術集会 若手研究者独創賞

【学位、認定資格等】

博士（栄養科学）、管理栄養士
日本病態栄養学会：病態栄養専門管理栄養士・NST コーディネーター
日本循環器学会：心不全療養指導士
日本摂食嚥下リハビリテーション学会：日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士
日本栄養治療学会：栄養サポートチーム専門療法士
日本在宅栄養管理学会：在宅訪問管理栄養士
日本在宅栄養管理学会・日本栄養士会：在宅栄養専門管理栄養士
日本栄養士会：JDA-DAT（日本栄養士会災害支援チーム）リーダー・国際栄養支援専門登録管理栄養士（INSPRD）



JP-2-2 被災地で支援を受け入れるレジリエンス ～支援者であり被災者でもある経験より～

○橋本 良子

日本栄養士会認定栄養ケアステーション・チーム KYE 栄養相談室

2024年1月1日、午後4時10分。新年を迎え家族と楽しい時間を過ごしていた私達を一瞬のうちに絶望と不安に陥れた能登半島地震の発災。どのように過ごしたのか、記憶から抜け落ちている数日間がある。日頃から防災に、減災に・・・と取り組んできたはずなのに、何ができて何ができていなかったのかさえ思い出せない。順序立てた行動ができてきたのは、支援に駆け付けた皆様をお迎えした頃と。それからは数日が、数ヶ月があっという間に過ぎ去った。普段から管理栄養士として、地域の皆様の健康維持・増進のため、食生活改善のためにと活動し、「食べることの重要性」「食べることは生きること」をお伝えしていたが、無力さを痛感する日々の中で支援に来てくださった皆様がいるだけで心が救われ、寄り添っていただけるだけで力強さを感じ、自分らしさを取り戻せた。日頃から多職種で連携して地域を支えるためのインフォーマルな社会資源を作り、情報交換を目指していたが、今回もいろんな皆様との平時の繋がりがあったからこそ、皆様と協働して支援ができたと感じている。被災したからこそ感じる支援者への感謝と支援に対する想い。この体験を広く皆様に知っていただけることが、支援者であり被災者となった私達に出来る役割と思い、行動できる自分でありたい。

略歴

- ・短期大学栄養士養成課程を卒業後、石川県立輪島保健所に勤務
- ・七尾市に転居し、管理栄養士となり七尾市役所にて非常勤栄養士として8年勤務後、桑原母と子クリニックに5年勤務後、七尾自動車学校に勤務し家族介護のため平成19年に退職
- ・石川県立総合看護専門学校、金沢製菓調理専門学校非常勤講師（公社）石川県栄養士会地域活動管理栄養士として活動
- ・令和元年にチーム KYE を立ち上げ、移動販売・まんぷく丸運行令和3年からパトリア3階に栄養相談室を開設し現在に至る

【役職・資格】日本栄養士連盟石川県支部長チーム KYE 代表石川県防災アドバイザー石川県防災ボランティアコーディネーター防災士

【表彰】 栄養士会会長表彰 石川県知事表彰 厚生労働大臣表彰

【著書】 必ず役立つ震災食・必ず役立つ介護食



JP-2-3 1.5次避難所支援でのレジリエンス（持続可能性を高める力）～災害は多種多様、支援に唯一の正解はない～

○坂下 理香
石川県栄養士会 JDA-DAT

1.5次避難所は、能登半島地震の被災者が1次避難所から2次避難所へ移行するまでの「つなぎの場」として令和6年1月8日に開設された。ここでは、高齢者や基礎疾患を抱える方、嚥下調整食やアレルギー対応が必要な方など多様な栄養ニーズを持つ被災者が生活した。石川県栄養士会は日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）と連携し、食事提供と栄養管理の運営に携わり、避難所生活の質の維持に努めた。1.5次避難所での栄養支援は特殊な環境下での実践となり、その継続には多くの課題と困難があった。限られたスペース、調理設備の制約、急な生活動線の変更、被災者の心身状態の揺らぎなど、状況は日々変化した。また、行政・医療・福祉との連携が求められる一方で、役割分担が明確でない場面も多く、情報整理と判断の負荷も大きかった。こうした複合的な困難の中で、支援を止めない体制づくりが重要課題となった。支援を継続する上で、人との接し方や知識を臨機応変に使い分けることの重要性を痛感した。相手の置かれた状況に応じて伝え方や関わり方を調整する「対人面の柔軟性」と、医学・栄養・衛生・運営管理など複数の専門知識を必要に応じて切り替える「知識面の柔軟性」の両方が求められた。私は県外 DAT と県内 DAT、多職種とのコーディネートを担当し、こうした柔軟性が支援の継続性を大きく左右することを強く実感した。レジリエンスを「支援を持続可能にする力」と捉えれば、災害現場ではその重要性がより明確になる。刻々と変わる状況に対応し、最適解を模索しながら支援を継続するプロセスそのものがレジリエンスの発揮であったと言える。災害支援に唯一の正解はなく、状況に応じて柔軟に行動を選び取る姿勢が不可欠である。本報告が、今後の災害支援や防災レジリエンスの向上に向けた一助となれば幸いである。

略歴

2015年日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）リーダー登録
災害時の栄養・食支援に携わる



JP2-4 令和6年能登半島地震の経験を次につなぐレジリエンス

金沢大学附属病院 石川県栄養士会

○徳丸 季聡

石川県栄養士会（県栄）は、令和6年能登半島地震の災害支援で得た経験を次につなげるべく取り組みを進めている。県栄は石川県との災害協定に基づき、食や栄養への配慮を要する被災者を対象に支援を展開した。発災直後から支援物資や日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）の受け入れが集中し、さらに1.5次避難所での支援要請が加わったことで、県栄災害対策本部（県栄本部）の事務局機能は麻痺寸前となった。そこで事務局に担当理事を配置し、指揮命令系統と業務体制を再編した。これにより栄養支援の継続が可能となった。栄養支援の継続において、現場を支えるキーパーソン（KP）の存在が不可欠であった。発災後、被災地と県栄本部の中間に位置する認定栄養ケア・ステーション（CS）に中継拠点を設置し、CS責任者がKPとして情報共有や物資配送などを支援した。また、1.5次避難所ではフリーランスの管理栄養士がKPとなり、食事提供の運用構築に加え、JDA-DATの受援調整を担い、約6か月にわたる栄養支援を主導した。こうしたKPは受援体制の構築に欠かせない存在であった。受援体制の構築には、行政や医療機関、関係団体との連携も重要であった。発災当初は煩雑な事務手続きにより物資供給が滞ったが、県との協議により提供手順を改良し、供給の迅速化が実現した。また、県アレルギー疾患拠点病院と県栄を中心に、国・自治体・関連学会が連携し、食物アレルギー対応食品の提供フローをまとめた「石川モデル」を作成した。これらの取り組みは、今後の災害対応力の強化に資するものと考えられる。現在県栄では災害対応力の向上を目的に、記録と継承をテーマに取り組みを進めている。災害支援報告書や帳票類のウェブ公開、研修用動画などは単なる記録にとどまらず、来る災害に備える実践知となることが期待される。災害支援で得た経験の記録と継承は、災害栄養支援におけるレジリエンスのひとつの形であると考えられる。

略歴

【学歴・職歴】

2000年 東京農業大学 農学部 卒業
 同年 東海大学医学部附属病院 栄養科 入職
 2009年 金沢大学附属病院 栄養管理部 入職
 2011年 金沢大学附属病院 栄養管理部 主任
 2012年 金沢大学附属病院 栄養管理部 栄養管理室長（～現在）
 2019年 金沢大学大学院 医薬保健学総合研究科 医科学専攻（腎臓内科学）修士課程 修了
 2021年 金沢大学大学院 医薬保健学総合研究科 医学専攻（腎臓内科学）博士課程（～現在）

【認定資格】

腎臓病病態栄養専門管理栄養士
 日本栄養士会 認定管理栄養士 [臨床栄養分野]
 腎代替療法専門指導士
 糖尿病療養指導士

ジョイント企画3 JP-3

【日本栄養治療学会】

GLIM 基準の実践と活用、決定版！～どう評価し、実践に繋げるか～

第1会場 14:40 - 16:10



JP-3-1 GLIM 基準の最新情報

○福島 亮治

帝京平成大学 健康栄養学科 / 帝京大学 外科学講座

GLIM 基準は、世界共通の栄養不良（低栄養）の診断基準を目指して、欧州（ESPEN）、北米（ASPEN）、アジア（PENZA）、南米（FELANPE）の栄養専門学会が連携して2019年に策定されたコンセンサスベースの診断基準である。まず既存のツールで栄養リスクのある患者をスクリーニングし、対象症例に基準を当てはめ、診断的アセスメントを行う。表現型（体重減少、低BMI、筋肉量低下）と、病因（栄養摂取量低下、炎症・疾患負荷）各1項目以上を満たすことで低栄養と診断する。発表以降、多くの検証が行われ、今や概ねセミゴールドスタンダード的な地位を築きつつある。

最近の大きな進展として、2025年10月にWHOはGLIMの診断概念を基盤に、成人低栄養を「Undernutrition in Adults」としてICD-11コード5B72を割り当てることを決定し、2027年から正式運用される。我が国においても、既に2024年より診療報酬請求に関連してGLIM基準の使用が推奨されており、今後GLIM基準の重要性はますます高くなるものと考えられる。

GLIMは、コンセンサスベースでまず基準を作り、その後にエビデンスを蓄積していこうというスタンスで策定された。そのため、最初のGLIM基準の報告以降、実臨床における実践支援のために、筋肉量測定法、炎症評価、ICUにおける適用などに関するガイダンス論文が順次報告されている。さらに、栄養摂取量低下の具体的基準や、筋肉量評価における人種・疾患別カットオフ値などについても、現在国際的な検討が進行中である。

また、GLIMの運用が進むにつれて、スクリーニングの概念を明確にする必要があることも判明した。すなわち、GLIM診断のためのスクリーニングは低栄養患者を抽出するものではなく、栄養リスクを有する患者を抽出する初期評価であり、栄養リスクの概念についても明確化が試みられている。

略歴

【学歴】 昭和 58 年 (1983) 3 月 北海道大学医学部 卒業
平成 4 年 (1992) 6 月 博士 (医学) 東京大学

【職歴】 1983 年 5 月 -1984 年 5 月 東京大学医学部第一外科 研修医
1984 年 6 月 -1985 年 9 月 東京厚生年金病院外科 医員
1985 年 10 月 -1987 年 9 月 東京都立墨東病院外科 医員
1987 年 10 月 -1990 年 3 月 東京大学医学部第一外科 医員
1990 年 4 月 -1990 年 11 月 東京大学医学部第一外科 助手
1990 年 11 月 -1992 年 10 月 米国オハイオ州、シンシナチ大学外科 Research
Fellow (JW Alexander 教授のもとで研究に従事)
1992 年 10 月 -1995 年 1 月 東京大学医学部第一外科 助手
1995 年 2 月 -2003 年 9 月 帝京大学医学部第二外科 講師
2001 年 4 月 -2006 年 3 月 帝京大学医学部外科学講座 医局長
2003 年 10 月 -2006 年 3 月 帝京大学医学部外科学講座 助教授
2006 年 4 月 -2023 年 3 月 帝京大学医学部外科学講座 教授
2020 年 4 月 - 帝京平成大学 健康メディカル学部健康栄養学科 教授 学科長
2023 年 4 月 - 帝京大学医学部外科学講座 客員教授

現在に至る

(1999 年 4 月～ 2023 年 3 月 東京大学非常勤講師)

【主たる所属学会等】

日本外科代謝栄養学会 (名誉会長)、日本栄養治療学会 JSPEN (名誉会員)、日本外科学会 (特別会員)、日本消化器外科学会 (特別会員)、日本臨床外科学会 (特別会員) 日本腹部救急医学会 (特別会員)、日本胃癌学会、日本食道学会 (特別会員)、日本外科感染症学会 (名誉会員)、日本外科系連合学会 (評議員)、胃外科術後障害研究会 (特別会員)、PTEG 研究会 (世話人)、侵襲とサイトカイン研究会 (監事)、European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)、American Society for Parenteral and enteral nutrition (ASPEN)、International Society of Surgery、International Association for Surgical Metabolism and Nutrition (IASMEN)

学術集会会長等：

第 50 回日本外科代謝栄養学会 (2013 年)、 第 50 回胃外科術後障害研究会 (2020 年)
第 29 回日本外科感染症学会 (2016 年) 第 46 回日本外科系連合学会 (2021 年)
第 34 回日本静脈経腸栄養学会学術集会 (2019 年)



JP-3-2 GLIM 基準におけるスクリーニングの考え方

○西岡 心大

長崎県立大学大学院 地域創生研究科

栄養スクリーニングは栄養サポートが必要な対象者を選別する第一ステップであり、Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) 基準の入口としても位置付けられている。明らかに体重が減少している対象者はすでに重度低栄養であることが多いが、軽微な栄養障害の徴候を栄養スクリーニングで捕捉できれば、深刻な低栄養を未然に予防できる。そのため、傷病者、高齢者、障害者など低栄養リスクにある集団において不可欠なプロセスである。栄養スクリーニングは、妥当性及信頼性が検証されたツールを用いて実施することが望ましい。これまで臨床現場で使用しやすい簡便なスクリーニングツールが数多く開発されてきた。それぞれ特徴的な性質を持つため、対象者によって最適なツールは異なると考えられ、基準検査に対する感度・特異度や、予後予測能により性能を測定することができる。例えば回復期リハビリテーション病棟入院患者では Mini Nutritional Assessment[®] Short-Form や Malnutrition Screening Tool は原法と異なるカットオフ値を用いた方が妥当性が高いことを我々は見出している。このように、スクリーニングツールの有益性は対象者ごとに検証すべきである。近年、GLIM メンバーによるワーキンググループにおいて、栄養スクリーニングの概念が再検証されている。現時点で用いられている栄養スクリーニングツールの構成要素は 1 低栄養の危険因子 (例: 摂食嚥下障害) 2 軽度な低栄養の徴候 (例: <5%/6ヶ月の体重減少) 3 明らかな低栄養の徴候 (≥5%/6ヶ月の体重減少) のいずれかに分類できる。低栄養に陥っていないがそのリスクがある対象者を同定したい場合には 1 を含むツール、すでに低栄養であるか陥りそう患者を同定したい場合は 2 や 3 を含むツールを用いることが望ましい。効果的なスクリーニングを実施するためには、対象者の状況や性能を鑑みて、医療者自身が適切なツールを選択することが重要である。

略歴

EL-1 参照 (p55)



JP-3-3 GLIM 基準における筋肉量含む表現型の考え方

○石田 優利亜

愛知医科大学病院栄養部 愛知医科大学大学院緩和・支持医療学

Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) 基準は国際的な低栄養診断基準として普及しつつあるが、日本の臨床現場では表現型の評価方法や運用に関して課題が多い。2024年度に実施された第9回リハビリテーション栄養サーベイランス調査では、「筋肉量評価には何を指標にしたらいいかかわからない」「筋肉量評価のカットオフ値が定まらない」など、表現型の中で特に筋肉量評価の領域に関連する困りごとが多数寄せられていた。これらの課題は、現場でのGLIM基準の活用を妨げる要因となっている。また、筋肉量の測定には「時間がかかる」という声も多く、機器や人員の制約により評価が十分に行われていない実態が浮き彫りとなった。一方で、筋肉量評価はGLIM基準の表現型の中でも特に予後と強く関連し、適切に評価されることで栄養介入の質向上に直結する重要な要素である。生体電気インピーダンス法(BIA)、二重エネルギーX線吸収測定法(DXA)、コンピュータ断層撮影(CT)といった精密評価法が理想であるものの臨床ではルーチンでの実施が難しく、簡便な代替指標の活用が現実的な選択肢となる。下腿周囲長は短時間で測定でき、機器を必要とせず、再現性が高いという特徴を有することから、急性期から回復期まで幅広い場面で使用しやすい。さらに、GLIM基準の診断に用いる場合には、体格指数(BMI)や浮腫の有無を加味しても判定が大きく変わらないことが確認されている。この点は、下腿周囲長を用いた実践的な運用を考えるうえで重要な知見である。今回の発表では、臨床で実践可能なGLIM基準における筋肉量評価の方法を、エビデンスを交えて提示する。

略歴

【学歴・職歴等】

- 2015年 金城学院大学 卒業
- 2015年 岐阜県内有床診療所
- 2017年 愛知医科大学病院 栄養部
- 2021年 愛知医科大学 医学研究科博士課程
臨床医学系緩和・支持医療学専攻 入学
- 2024年 愛知医科大学 医学研究科博士課程
臨床医学系緩和・支持医療学専攻 卒業
- 2019年 The ESPEN Diploma 取得
- 2020年 リハビリテーション栄養指導士
- 2022年 病態栄養専門(認定)管理栄養士
- 2023年 栄養サポートチーム(NST) 専門療法士
- 2025年 がん病態栄養専門管理栄養士



JP-3-4 GLIM 基準における炎症、疾患の考え方

○廣野 靖夫^{1,2)}、早瀬 美香²⁾

福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター¹⁾、
福井大学医学部附属病院 栄養部²⁾

2018年にGLIM基準が発表され、日本栄養治療学会はGLIM基準の普及に努めてきたが、実践の場では普及したとは言い難かった。こうしたなか令和6年度の診療報酬改定で入院料通則の改定にGLIM基準が取り上げられ、回復期リハビリテーション病棟では栄養状態の評価にGLIM基準を用いることが要件となった。これをうけてGLIM基準を用いて低栄養診断を行う施設が増えてきている。実臨床の現場でGLIM基準を用いる際には、いくつか悩ましい部分があるが、病因基準である炎症と疾患に対する考え方もその一つであろう。GLIMもこの点は理解しており、炎症に関するガイダンスを出しているが一般にはわかりやすいとは言えない。ガイダンスは以下の7つよりなっている。

1. 急性または慢性の疾患、感染症、外傷など、炎症を通常伴う病態が存在する場合、CRPなどの検査がなくても炎症基準を満たす
2. 重度～中等度の急性炎症を伴う状態
3. 軽度～中等度の慢性炎症を伴う状態
4. 炎症が明確でない疾患では、炎症基準を満たさない。この場合は病院基準の摂取量/吸収低下で低栄養診断が可能である
5. 炎症の確認にはCRPを推奨する。他の指標も補助的に利用できる
6. 炎症が疑われるが不明な場合はCRPで評価する
7. 炎症の確認には疾患名、臨床症状、CRPなどの検査値を統合して判断する

世界中の専門家間でのコンセンサスであるために、医療環境が国ごとにかなり異なり、同じ病名でもイメージしている病状や程度が異なる可能性は高く、総合的な判断が重要である。ガイダンスに挙げられている疾患も限られており、実臨床の場での運用には、臨床栄養やGLIM基準をよく理解した臨床医との連携も大切である。高齢者が多い実臨床の場では対象者が複数の疾患を併存することも珍しくなく、個々に判断しながら経験を積んでいく必要がある。

略歴

【経歴】

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

【主な役職】

日本栄養治療学会 理事・代議員・学術評議員, 中部支部会副支部長, GLIM ワーキング委員長, 学術集会実践支援委員長,
 認定・資格制度委員会委員, 学術集会プログラム委員会委員
 日本緩和医療学会 理事・代議員, 東海北陸支部 副支部長・支部運営委員(WPG員), 将来構想委員会副委員長
 日本胃癌学会 代議員
 日本臨床外科学会 評議員
 日本外科系連合学会 評議員
 日本消化器病学会 支部評議員
 日本カヘキシア・サルコペニア学会 評議員
 PEG・在宅医療学会 学術評議員
 日本腹膜播種研究会 理事
 日本CART研究会 常任世話人
 福井県がん診療連携協議会 研修部会長
 福井NST研究会 代表幹事
 北陸緩和医療研究会 代表世話人
 日本がんサポーターケア学会 会員委員会委員

【資格】

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

【専門】

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

ジョイント企画4 JP-4

【日本褥瘡学会】

リハ栄養のまなざしを褥瘡ケアにも活かそう

第2会場 14:40 - 16:10



JP-4-1 褥瘡ケアをしていて行き着いた栄養とリハ

○塚田 邦夫

高岡駅南クリニック

私の褥瘡ケアは局所療法から始まった。1990年までの2年間アメリカで創傷治癒理論を学び、帰国後閉鎖湿潤療法を広めていた。その時、局所療法を適切に行っても悪化していく症例を経験し、原因が低栄養であることに気づいた。その後、栄養改善について勉強し栄養と褥瘡に関する本を出版したが、同時に体圧分散にも気を遣うようになった。ずれ・摩擦も褥瘡発症・悪化要因として対応していたが、近所の方で踵の褥瘡が治ってもすぐに再発する例に出会った。その方がリクライニング車いすを使っていることを知り、なんと危険な車イスがあるのかと衝撃を受けた。その時ティルトリクライニング車いすがあると知り、勉強会でしつこく紹介し、高岡市ではティルトリクライニング車いすが標準に変わってきた。この例を経験してから、ポジショニング・シーティングについて勉強するようになった。これらの経過の中で、医師と看護師だけではなく、管理栄養士や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士をはじめ、各種の専門職の方々と知り合うようになり、多職種専門家が共同することで、褥瘡治療・予防が実を結ぶことを実感した。今回は触れないが、褥瘡予防の究極の対策として、寝たきりにしないことが重要である。そのためには筋力の低下を予防し、生き甲斐を持って活動的になることも大切である。

略歴

【所属】

医療法人社団研医会高岡駅南クリニック院長、京都橘大学教育研修センター非常勤講師、富山リハビリテーション医療福祉大学校非常勤講師

【職歴】

1979年：群馬大学医学部卒業、1979年：東京医科歯科大学第2外科入局、1988年：東京医科歯科大学第2外科助手、1988～1990年：米国クリーブランドクリニック結腸直腸外科臨床研究医、1991年：富山大学第二外科入局、1997年：高岡駅南クリニック院長 現在に至る

【学会】

日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会理事長、地域医療薬学研究会理事、日本褥瘡学会特別会員、日本創傷・オストミー・失禁管理学会特別会員、日本創傷治癒学会特別会員

日本外科学会専門医、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会指導医・専門医、日本大腸肛門病学会専門医、日本褥瘡学会認定師

【著書（主なもの）】

床ずれ予防プログラム（春恒社）、じょくそうケアナビ（中央法規）、在宅高齢者食事ケアガイド（第一出版）、閉鎖性ドレッシング法による褥創ケア（南江堂）、創傷・褥創ケアと栄養管理のポイント（株式会社カザン）、在宅栄養管理（南江堂）、新版ストーマ手術アトラス（へるす出版）



JP-4-2 ADL 向上を目指した褥瘡の栄養管理

○真壁 昇

関西電力病院 疾患栄養治療センター

褥瘡予防と治療の栄養管理は、除脂肪量（LBM）の維持向上が原則となる。LBMの減少に伴って、摂取した栄養素が褥瘡の治癒に利用され難い状態となることが知られている。またLBMの維持向上は、骨格筋の増加とともにADLを向上させ、QOLの向上につながると考えられるが、条件が2つある。1つは十分なエネルギー量を確保することで、蛋白質がエネルギー源として利用されることなくLBMの維持向上(蛋白同化)のために代謝されること。この蛋白質の推奨量は、日本褥瘡学会の褥瘡予防管理ガイドラインにおいては、蛋白質 1.0g/kg/日以上が必要と考えられる。このうえで、特定の栄養素を考慮することが原則となる。特定の栄養素の追加によって、褥瘡の治癒促進作用がある栄養素として亜鉛、アルギニン、アスコルビン酸の他に、n-3系脂肪酸、コラーゲン加水分解物、HMB、 α -ケトグルタル酸オルニチン、L-カルノシンなどが報告されている。すべてが褥瘡と栄養治療に関わる論文から抽出された栄養素である一方で、その摂り方や量など使用方法に関しては今後の研究報告が期待される。条件の2つめは、LBM向上を目指すうえで、栄養のみならず運動（リハビリテーション）が必要となる。我々の検討では、必要量かつ同量の蛋白質摂取/投与下において、運動量の増加とともに蛋白質摂取/投与量を増加させることなく蛋白同化が促進することを捉えている。褥瘡の予防と治療のうえでLBMの維持向上が原則であるため、リハビリテーション併用による蛋白同化を促進する環境こそが創傷治癒の予防と早期治癒につながるばかりか、筋力や筋量、運動パフォーマンスを経てADL向上をもたらす。これらを具体的な献立や栄養補助食品の使用法などを日常診療に落とし込む栄養の専門家は管理栄養士であり、またリハビリテーションのうえではリハビリスタッフや看護スタッフなどの多職種連携協働がQOL向上に寄与すると考えられる。

略歴

【経歴】

1999年北里大学保健衛生専門学院臨床栄養科卒業、1999年 - 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院インターン、2000年 - 東葛クリニック病院栄養部、同NSTディレクター、2004年 - 近森会近森病院 栄養サポートセンター科長、同NSTアソシエイトディレクター、2011年 - 美作大学大学院（併）、2014年 - 現職

【免許・資格】

管理栄養士登録、がん病態栄養専門管理栄養士・指導師、日本褥瘡学会認定師、NST 専門療法士

【所属学会（役職のある団体のみ）】

一般社団法人 日本褥瘡学会 理事

一般社団法人 日本栄養経営実践協会理事

公益社団法人 臨床心臓病学教育研究会 理事

一般社団法人 日本病態栄養学会 幹事

一般社団法人 日本栄養治療学会 学術評議員

一般社団法人 日本臨床栄養協会 評議員

※世話人：近畿輸液研究会、関西 PEG・栄養とリハビリ研究会、日本栄養治療学会近畿支部会

【編集委員・編集同人】

2014- 現在 編集同人, Nutrition Care

2015- 現在 学術論文・編集委員, 日本病態栄養学会誌

2020- 現在 学術論文・編集委員, ヘルスケア・レストラン

【特許取得（日本）】

経口経腸栄養剤の投与前処置液（特許第4953642号）

【著書】

病棟業務管理 不要な絶食患者ゼロをめざす病棟業務マネジメント（書籍・単著）経腸栄養バイブル（書籍・共著）、すぐに使える栄養管理事例50（書籍・共著）、リハビリテーション栄養ケーススタディ（書籍・共著）、胃瘻ケアと栄養剤投与方法（書籍・共著）、ベッドサイド栄養管理のはじめかた（書籍・共著）、近森NSTマニュアル（書籍・共著）、栄養管理・食事管理エキスパートガイド（書籍・共著）

雑誌：臨床栄養、エキスパートナース、薬局、Nutrition Care など多数

【その他】

第30回日本褥瘡学会学術集会 大会長を拜命 2028年（令和10年）9月1-2日 国立京都国際会館

本学会発足より30年を経て、管理栄養士が大会長になる機会を賜えますことを光栄に存じます。本機会は、会員・非会員問わず栄養を専門とする職の励みになるものと存じます。2028年の開催においては「若手参画」に焦点をあて、褥瘡予防・管理のサイエンスとアートを次世代と共有し、皆の志気向上につながるような学術集会を目指したく、ご支援をお願い申し上げます。



JP-4-3 褥瘡ケアに活かすリハ栄養的視点

○神野 俊介

一般社団法人 オーディナリーライフ／医療法人インクルサードベース診療所／
石川県医療在宅ケア事業団

褥瘡ケアのチーム医療においてリハビリテーション職は、ベッド上ポジショニングや車いすシーティング、関節拘縮の予防・改善、動作能力の維持・向上など、主に体圧管理の面で専門性を期待されることが多い。加えて近年の褥瘡ケアでは、圧管理だけでなく栄養管理の重要性も広く認知されてきている。ただ実際には、低栄養や痩せが褥瘡発生に直結しやすいにも関わらず、重度褥瘡や感染兆候のあるケースでない限り、褥瘡ケア対象者のエネルギー出納に関してはあまり着目されていないように思われる。見た目に明らかな皮膚へのダメージとしては現れていなくとも、経管栄養投与時の崩れたベッド背上げ姿勢や、身体機能に合っていない車いすでの食事摂取や自力駆動などがエネルギー消費量増大・摂取量減少を引き起こし、結果的には低栄養・体重減少が助長され褥瘡発生リスクが高まっているケースが散見される。こういった場合、リハ・栄養双方の視点から低栄養・体重減少につながっている生活上の要因を同定することが非常に重要である。ひとたび褥瘡が発生すると、離床機会が制限され日常生活にも影響が及びやすいことは容易に想像がつく。褥瘡ケアにおいてリハビリテーション栄養の視点を持ち合わせたアプローチを行うことで、褥瘡予防はもちろんのこと、他疾患と同様にADL向上・栄養状態改善につながり、ひいてはよりよい活動・参加にも寄与できるものと思われる。

略歴

2006年 千葉県医療技術大学校理学療法学科卒業

2006年 国立病院機構横浜医療センター

2008年 国立病院機構金沢医療センター

2014年 医療法人社団映寿会みらい病院／介護老人保健施設みらいのさと太陽

2019年 やまと@ホームクリニック

2022年～ 一般社団法人オーディナリーライフ／石川県医療在宅ケア事業団／サードベース診療所

【資格】

日本褥瘡学会認定褥瘡理学療法士、在宅褥瘡予防・管理師、日本栄養治療学会栄養サポートチーム専門療法士、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士



JP-4-4 多職種協働による褥瘡ケアの実践

○古川 純子
東京西徳洲会病院

褥瘡ケアは創傷管理のみならず、栄養、活動性、排泄、生活環境など多面的な要素が相互に影響するため、多職種協働の質が治癒速度や再発率に直結することは周知されてきている。当院では褥瘡対策チームを中心に、医師、薬剤師、理学療法士・作業療法士、管理栄養士、看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師が参画する協働体制の構築を進めてきた。本シンポジウムでは、当院の実践をもとに多職種連携の意義と課題を提示したい。

私たちは褥瘡発生リスクの高い患者への早期介入を方針とし、入院時の包括的アセスメント、体位管理計画、栄養スクリーニングを実施している。さらに、褥瘡回診を週1回実施し、DESIGN-R 評価、ドレッシングや外用剤の選択、ポジショニング、シーティング、体圧分散寝具の調整を多職種で行い、介護職による日常ケアとの連携も重視してきた。その結果、褥瘡発生率は徐々に低減させることができた。また、褥瘡が発生したとしても、d2（真皮までの損傷）で止まり、改善していくケースが多くなっている。これは多職種協働での取り組みが、褥瘡対策への意識を向上させ、早期発見ができることによって浅い褥瘡の時期に介入強化が可能となったためと評価している。このことは、褥瘡管理の質向上だけでなく、活動性とADL向上にも活かされていると考える。

一方、多職種協働の実践には課題もある。特に、(1) ケアの統一を図るための情報共有手段のばらつき、(2) スタッフ間での褥瘡予防に関する知識の差、(3) 忙しさの中で体位管理が形骸化しやすい点である。

これらを改善するため、当院ではICTを活用した情報の共有、褥瘡予防・治療教育の年間計画化、ケア実践の見える化などの取り組みを進めている。

本シンポジウムでは、多職種協働を「単なる役割分担」から「相互補完的チームアプローチ」へ深化させるためにどうしたらよいか、参加者とともに検討したい。

略歴

【学歴・職歴等】

1998年3月：東京都高尾看護専門学校卒業 看護師免許取得
2006年7月：WOC看護認定看護師（現 皮膚・排泄ケア認定看護師）免許取得
2008年4月：褥瘡管理者として専従
2017年9月：特定行為 創傷管理モデル 研修修了

【所属学会・研究会】

日本褥瘡学会 評議員
日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 評議員
東京ストーマリハビリテーション研究会 世話人
日本創傷・オストミー・失禁管理学会 会員

【共著】

- ・消化器ナースینگ 患者背景から考えるストーマ装具選択のHOW TO 2024.8 メディカ出版
- ・WOC Nursing 特集 ストーマ周囲皮膚障害の予防と治療的スキンケアに強くなる 2024.6 頃 医学出版
- ・看護にいかす 画像の見かたガイド 2022.7.30 中央法規
- ・先輩になったらこの1冊だけでいい！褥瘡・創傷ケア 2021.2.15 メディカ出版
ドレッシング材の選択、ドレッシング材の貼り方
- ・認知症ケア 2021 春号 高齢者の褥瘡・スキントラブル予防
2018 冬号 認知症の人のスキントラブル、スキン-テアの予防
- ・ナース専科 2016.10 特集 その裂傷、スキン-テアではありませんか？
- ・臨牀看護 臨時増刊号 2013.3 基礎からわかる
スキンケア・ストーマケア・創傷ケア・栄養支援・排泄ケア：へるす出版
- ・看護技術 2021.11 皮膚疾患・皮膚障害の見方とケア方法
血管外漏出による皮膚障害に対するリスクアセスメントとケア

など



JP-5-2 災害歯科保健活動と食支援 ～災害サイクルで振り返る介入経験～

○長谷 剛志

公立能登総合病院 歯科口腔外科

令和6年能登半島地震では、自らも被災した中、地域の急性期基幹病院の歯科医師として発災直後～現在に至るまで被災者の口腔管理と食支援に従事している。発災直後は断水により歯科治療が再開できず、義歯の調整と入院患者の口腔ケアに徹した。しかし、配給される水にも制限があり、平時のような口腔ケアはできなかった。そこで、できるだけ水を使用しない工夫が必要となり、口腔用清拭シートや希釈不要の含嗽剤を石川県歯科医師会に支援要請し、備品の確保を行った。発災当時、入院患者は193人もいたが、栄養管理とともに積極的に口腔衛生管理にも取り組むことができた。これは、平時より院内活動の一環として多職種で構成される口腔ケア・摂食嚥下委員会・NSTや食支援プロジェクトチームの意識の高さと「周術期等口腔機能管理」の徹底が病棟で周知されていた証と考える。

一方、地域に開設された避難所で暮らす被災者の歯科治療および口腔ケア活動も開始された(1月13日から)。ところが、どこの避難所に何人程度歯科の介入を必要としているのか把握できず、JDAT (Japan Dental Alliance Team: 日本災害歯科支援チーム) への引継ぎができない状態であった。そこで、東日本大震災で相馬市にて災害歯科支援活動を行った経験を活かし、DMATと協力して「お口の困りごとピックアップ用紙」を作成した。主に、二次元コードを利用して、各避難所の歯科医療提供者を管理してJDATへと患者の連携を図ることができた。

現在、2011年に発足した「食力の会」を中心に仮設住宅を巡回し、オーラルフレイル該当者に対して口腔評価と食支援活動を継続している。仮設住宅で暮らす被災高齢者における食生活の改善と口腔機能の維持・向上は震災後の心身の健康に寄与し、災害関連死の予防にも大きく貢献すると考えられ、今後も継続する必要がある。

略歴

【学歴・職歴】

- 2001年：北海道医療大学 歯学部 卒業
- 2006年：金沢大学大学院 医学系研究科 修了 医学博士
- 2009年：公立能登総合病院 歯科口腔外科 医長
- 2015年：同 部長

【その他役職】

- ・金沢大学医学部 外科系医学領域 顎顔面口腔外科学分野
非常勤講師
- ・琉球大学医学部 高次機能医科学講座 顎顔面口腔機能再建学分野
非常勤講師
- ・北海道医療大学歯学部 口腔構造・機能発育学系 小児歯科学分野
非常勤講師
- ・「食力の会」代表
- ・市立輪島病院 歯科口腔外科 非常勤医師
- ・石川県立田鶴浜高校 衛生看護科 非常勤講師



JP-5-3 災害時のリハビリテーション栄養 —能登半島地震での支援経験より言語聴覚士の立場から—

○徳田 紀子

株式会社あんすりー アクティブスタジオ響

令和6年能登半島地震の際に言語聴覚士が行った摂食嚥下に関する災害支援活動には、1. 避難者を受け入れた病院や高齢者施設での支援、2. 1.5次避難所等でのミールラウンド、3. 被災地の避難所での支援がある。今回実際に経験した12の活動について振り返り、災害時における摂食嚥下支援と平時からの多職種連携について考える。

震災時、県内の療養型病院に勤務しており、被災地の病院や高齢者施設からの避難者や2次避難所から入院してくる摂食嚥下障害者の支援に関わっていた。通常、摂食嚥下支援は多職種が連携して行っており、避難者の支援も同様であった。しかし、被災のストレスと短期間で病院と施設を転々と移動することで環境に適応しきれず、急速に機能低下を起こしてしまう高齢者に対して、回復させられない事例があった。多職種連携は院内のみならず、医療・介護連携そして地域全体で展開することの重要性を痛感した。

1.5次避難所等での支援では、避難者に対する摂食嚥下支援の目指すところは何かを考えさせられる経験となった。避難所における摂食嚥下支援での言語聴覚士の役割には、1. 避難者の個別アセスメント、2. 集団給食かつ嚥下調整食での安全性の確保があると考えている。この役割を果たすため、JRATの活動としてミールラウンドを展開した。「嚥下調整食分類2021」を共通言語にして多職種が連携できたことは、要配慮者の支援に一定の成果があったと考えている。しかし避難生活が長期化すると、嗜好による食思不振や口腔環境の不備による摂取量不足が出現し、摂食嚥下支援は食文化も含めた「食べる」支援であることを改めて知ることとなった。

「経口摂取可能」という機能目標に止まらず、「誰と、どこで、何を食べるのか」を目指すチームであること、そのチームが平時から地域で機能していることが重要だと感じている。災害時にも対応できる平時のチームの在り方、多職種連携について考える機会としたい。

略歴

【学歴】

・1997年3月 川崎医療福祉大学 医療技術学部感覚矯正学科 言語聴覚専攻コース卒業

【職歴】

- ・1997年4月～2014年6月
医療法人社団 洋和会 勤務
療養型病床 介護老人保健施設
通所リハビリテーション 訪問リハビリテーションに従事
- ・2014年10月～ フリーランスとして医療機関、介護保険施設等で非常勤勤務
- ・2019年8月～2025年(令和7)年2月
医療法人社団芙蓉会 ニツ屋病院 勤務
- ・2025年4月～
株式会社あんすりー アクティブスタジオ響(言語訓練特化型デイサービス) 勤務
現在に至る

【その他】

・2020年4月 公益社団法人 石川県言語聴覚士会 会長就任



JP-5-4 大規模災害における地域栄養ケア ～能登半島地震と豪雨からの復興に向けて～

○中村 悦子

一般社団法人みんなの健康サロン海風 在宅看護センターみなぎ

日本は地震大国と言われているが、石川県能登地方でもここ数年、地震などの自然災害が勃発していた。2007年に発生した震度6強の能登半島地震では地元の病院の訪問看護師として、またNST（栄養サポートチーム）の一員として災害支援に関わった。その後の東日本大震災でも微力ながら災害支援に関わった。令和6年1月1日に発生した能登半島地震では勤務中に被災したが、スタッフと共に訪問看護の利用者の安否を確認しながら災害支援活動に関わった。常設型共生型居場所「みんなの保健室わじま」は福祉避難所となった。そこで訪問看護を継続しながら、避難所内でコーディネーターの補佐や支援物資の調整などに関わった。3月に入り、避難民は仮設住宅や改修した自宅に戻っていき、少しずつ生業が再開している様子が見えてきた。そんな矢先の9月に発生した豪雨で、さらなる被害が起きた。人口は減り地震で壊れた街並みが豪雨の汚水で汚れていく姿を見た時の喪失感は計り知れなかった。常に念頭にあったのは、どこで生活していくにしても「食べる」「出す」「動く」「会話する」が大切であること。そして、訪問看護師として日頃から地域栄養ケアを学び、伝え、実践し、住民の生活を軌道修正することが責務と再認識した。また、生き抜くために必要な生活ケア等を住民同士で話し合い、ストレスを吐き出すコミュニティの再構築を願った結果、令和7年5月から「みんなの保健室わじま」を再開することができた。復旧も、復興もまだまだ見えてこない現状で、一つ一つの課題をみんなで解決して新しい能登を誕生させたい。「住み慣れた街でその人らしく」なんて通用しない。どこにいても生き抜く力を育てていく。そんな熱い想いを持つ同志達と築き上げている現状を伝えたい。

略歴

【職歴等】

- 1984年 看護学校を卒業後、3年間勤務した金沢医科大学病院を退職し
地元の市立輪島病院に勤務
- 1999年 訪問看護の立ち上げ、地域医療連携室や栄養サポート室の新設に関わる
- 2015年 市立輪島病院 退職
一般社団法人 みんなの健康サロン海風（みなぎ）設立
- 2019年 社会福祉法人 弘和会 訪問看護ステーションみなぎ 管理者
- 2022年 サテライト訪問看護ステーション 虹いろケア 管理者（兼務）
- 2024年 被災後、笹川保健財団の支援をうけて災害時緊急支援サテライト
訪問看護ステーションリベルタ能登 エリアマネージャーとなる
- 2025年 独立し、訪問看護ステーションみなぎ 設立

【主な執筆】

- 1) 安全な在宅経腸栄養法のための管理 焦点：経管栄養のセーフティーマネジメント 看護技術 メヂカルフレンド社 2007 Vol53 No4
- 2) 能登半島地震の被災地から「もしも・・・」が現実になって 訪問看護と介護 医学書院 2007 Vol12 No7
- 3) 災害時に求められる看護とは① 訪問看護師が大切にしたい「日頃の利用者情報」コミュニティケア9 日本看護協会出版会 2007 Vol9 No10
- 4) 地域が一体となった栄養サポートチーム体制づくり 特集：NSTが実現する医療の質向上 診療報酬改定をさらなる契機に 看護管理 医学書院 2010 Vol20 No7
- 5) II 食べる 生活場面から見る介護に役立つ医学知識 介護専門職の総合情報誌「おはよう 21」 中央法規 2013 Vol24 No 5
- 6) メディカルリハビリテーション
終末期における摂食嚥下 訪問看護師の立場から
- 7) 「暮らしの保健室」のはじめかた コミュニティケア 日本看護協会出版会 2019, 6月増刊

ミニレクチャー 1 ML-1

第4会場 15:00 - 15:30



ML-1 がん患者における肥満・サルコペニア肥満のリハビリテーション栄養

○齋野 容子

公益財団法人がん研究会有明病院 栄養管理部

肥満は脂肪組織に脂肪が過剰に蓄積した状態であり、日本肥満学会（JASSO）では Body Mass Index（BMI） $\geq 25\text{kg/m}^2$ を肥満と定義する。肥満の原因には、エネルギー摂取量過剰や活動量低下に加え、心理的・社会的要因などが複合的に関与し、2型糖尿病や高血圧などの疾病を有することも多い。肥満は大腸癌や乳癌のリスク因子であり、予後にも影響することから、食事療法と運動療法を中心としたリハビリテーション栄養（リハ栄養）による介入が重要となる。肥満の診断には、BMIに加えて体脂肪量の測定が必要であり、生体電気インピーダンス（BIA）法や二重エネルギー X 線吸収測定法（DXA）などを用いた体組成分析が用いられる。体組成分析により、体脂肪量と合わせて骨格筋量も評価することができるため、低栄養やサルコペニア肥満（SO）の診断も可能になる。SO は、骨格筋量減少と体脂肪量増加を併せ持つ病態で、癌患者の予後に影響することが報告されている。SO 診断については、2022年に欧州臨床栄養代謝学会（ESPEN）と欧州肥満学会（EASO）が世界のコンセンサスを得た診断基準を発表した。本邦においては、2024年に JASSO と日本サルコペニアフレイル学会がアジア人の SO 診断基準である JWGSO 基準を発表した。ESPEN と EASO の診断基準および JWGSO 基準では、BMI などを用いたスクリーニングを実施した後、骨格筋機能異常および体組成異常（体脂肪率増加と骨格筋量低下）を認めた場合に SO と診断する。消化器癌領域の SO はこれまでコンピュータ断層撮影による評価が主流であり、研究によって診断方法も異なるため、短期・長期予後に対する影響の解釈にも注意を要した。今後はこれらの SO 診断基準を用いた研究が実施され、短期・長期予後への影響について検討が進むことが期待される。本講演では、がん患者における肥満および SO に対するリハ栄養の知見と今後の課題について解説する。

肥満およびサルコペニア肥満（SO）は、がん患者の短期・長期予後に影響する重要な栄養学的課題である。肥満の評価には BMI と体組成分析が有用であり、SO 診断については ESPEN/EASO および JWGSO 基準が発表された。本講演では、がん患者の肥満および SO におけるリハビリテーション栄養の知見と今後の課題について概説する。

略歴

【学歴】

1999年 日本女子大学卒業
 2019年 日本女子大学大学院 食物・栄養学研究科 修士課程修了
 2025年 徳島大学大学院 医科栄養学研究科 博士課程修了

【職歴】

2006年 社会保険横浜中央病院 栄養課
 2014年 JCHO 横浜中央病院 栄養管理室
 2021年 公益財団法人がん研究会有明病院 栄養管理部

【所属学会】

日本リハビリテーション栄養学会、日本栄養治療学会、日本病態栄養学会、日本外科代謝栄養学会、日本臨床栄養学会、日本カヘキシア・サルコペニア学会、日本臨床疫学会

【受賞歴】

第28回日本静脈経腸栄養学会学術集会 NUTRI YOUNG INVESTIGATOR AWARD
 第28回日本病態栄養学会年次学術集会 若手研究独創賞

【専門医等】

日本栄養治療学会認定 栄養治療専門療法士
 日本病態栄養学会認定 がん病態栄養専門管理栄養士、研修指導師

ミニレクチャー 2 ML-2

第4会場 15:40 - 16:10

ML-2 チームビルディング・システム運用から考える
リハ栄養の実践とその実際

○折内 英則

総合南東北病院 リハビリテーション科

臨床場面にリハビリテーション栄養（以下、リハ栄養）の実践方法や運用について試行錯誤することは珍しくない。Nutrition Support Team（以下、NST）に代表される多職種で構成されたチームでリハ栄養を実践することは望ましいが、施設環境やマンパワー、また、スタッフの知識や理解といった様々な要素に課題を感じる場面をしばしば経験する。しかし、多職種が連携した栄養介入が栄養障害に関連する合併症や死亡率を低下させ、対象者の転帰を改善させる可能性などについて、その報告は多く、栄養評価や支援をできるだけ多くの職種で共有し支援することは意義があるといえる。当院では、2006年から多職種で構成されているNST委員会が院内に設置されている栄養リスクがある、もしくは栄養障害リスクの可能性のある患者に関する介入依頼を受け付け、カンファレンスを通して支援内容を検討している。一方、当院リハビリテーション科（以下、リハ科）では、2011年からNST委員会と連携する形で「リハNSTチーム」を設置している。リハNSTチームでは、2つの評価シートの運用を通してNST委員会との情報共有を行っている。1つはNST委員会へ介入依頼があり支援対象者に使用する「NSTカンファレンス対象者用評価シート」である。もう1つは、リハスタッフからみて栄養リスクがあると思われる患者を抽出する「栄養リスク者拾い上げシート」である。これにより、「栄養管理からみたリハ」と「リハからみた栄養管理」をそれぞれ検討できる体制となっている。本講義では、主に当院NSTとリハNSTチームの連携システムや組織を構築する上でのチームビルディング、ならびに運用・実践方法の変遷、その経過の中で経験した課題やスタッフの意識変化など、その実際について紹介する。

リハ栄養を実践のためのチームを作り、実際にそれをどう運用していくかを考え悩むことは少なくないと思います。多職種でのリハ栄養の実践は望ましい一つの形ではありますが、環境や条件によっては、柔軟で様々なスタイルでの実践にも可能性を感じます。それは臨床場面でも地域コミュニティでも同様であると考えます。皆様と一緒に、日々の経験や試行錯誤の様子などを意見交換し一緒に考えることができたら大変嬉しく思います。

略歴

【学歴・職歴】

北海道医療大学看護福祉学部医療福祉学科医療福祉専攻卒業

北海道医療新聞社編集部・ベストナース編集部記者

北海道千歳リハビリテーション学院理学療法学科卒業

医療法人ひまわり会札幌病院リハビリテーション部・主事

一財）脳神経疾患研究所附属総合南東北病院リハビリテーション科・副主任

【資格】

認定理学療法士（運動器）

栄養治療専門療法士（リハビリテーション分野）

NST 専門療法士

サルコペニア・フレイル指導士

リハビリテーション栄養指導士

ミニレクチャー 3 ML-3

第4会場 16:20 - 16:50



ML-3 嚥下臨床における超音波検査装置の応用

○森 隆志

総合南東北病院 口腔外科

嚥下臨床における超音波検査は、嚥下関連筋や嚥下運動、食塊の評価が可能である。非侵襲的な検査かつ、低コストで可能であるため幅広い臨床場面で活用できる可能性がある。超音波検査は嚥下関連筋の横断面積・輝度並びに収縮率とその時間を測定可能である。頤舌骨筋、顎二腹筋前腹、咬筋、舌筋について研究が存在し、頤舌骨筋と顎二腹筋、咬筋は加齢性に横断面積が減少する。舌筋の横断面積は加齢の影響を受けない可能性があるが、低栄養の場合は減少する。頤舌骨筋の矢状断における収縮率や収縮時間も測定可能であり、大腿骨近位部骨折の患者において収縮率が減少する（運動機能が減弱する）事が示されている。食塊の評価も条件によっては可能であり、喉頭蓋、食道入口部、気管前壁の残留や通過を観察する事が可能である。種々の評価の中で最も定量的に解釈可能なのは頤舌骨筋の横断面積である。同筋の矢状断横断面積はカットオフ値が開発され、携帯可能なサイズの検査機器でも据え置き型と同等の評価精度があると検証されているためである。また、測定時のプローブの取り扱いも技術的に容易である。主観的な評価に頼る事の多い嚥下臨床の現場において、超音波検査は嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査といった侵襲的な検査に次ぐ客観的な検査方法として確立される可能性があり、今後の研究の進展が期待される。

本セッションでは、嚥下臨床において超音波検査装置を活用法を紹介する。サルコペニアの摂食嚥下障害では嚥下関連筋のサルコペニアと低栄養との関連から筋肉量を測定する事が可能である。また、筋収縮や食塊の評価も可能でありこれらの研究と臨床応用の可能性について解説する。

略歴

【学歴】

1996年 同志社大学 法学部政治学科卒業

2002年 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院 言語聴覚科 卒業

2019年 東北大学大学院 医学系研究科 卒業 博士号取得

【職歴】

2002年 医療法人辰星会 榊記念病院

2005年 一般財団法人脳神経疾患研究所 附属総合南東北病院（現職）

【役職】

日本リハビリテーション栄養学会 理事、日本栄養療法学会 代議員

日本嚥下医学会 評議員、日本摂食嚥下リハビリテーション学会 評議員

【資格】

リハビリテーション栄養指導士（日本リハビリテーション栄養学会）

栄養治療専門療法士、NST 専門療法士（日本栄養治療学会）

日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士

認定言語聴覚士（摂食嚥下障害領域）（日本言語聴覚士協会）

ディサースリア認定セラピスト（日本ディサースリア臨床研究会）

ミニレクチャー 4 ML-4

第4会場 17:00 - 17:30



ML-4 食欲不振時の臨床推論

○松本 朋宏

上野原市立病院 練馬光が丘病院(焰) やまと診療所総合診療科

本ミニレクチャーでは、リハ栄養の現場で頻繁に遭遇する入院患者の「食欲不振」を取り上げ、病院勤務の医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・リハビリテーションスタッフが明日から実践しやすい臨床推論の枠組みを提示する。まず、高齢者のやせを「高齢だから仕方がない」と片づけず、加齢に伴う自然な体重減少と、悪性腫瘍・慢性感染症・心不全・内分泌疾患・薬剤などを背景とした意図しない病的な体重減少をどのように見分けるかを解説する。そのうえで、病歴聴取と身体診察を通じて、急速な体重減少、原因不明の発熱や寝汗、進行する息切れ、出血傾向、抑うつ症状などのレッドフラッグをとらえ、急性期に回復可能な病態を見逃さないことの重要性を強調する。さらに、体重・食事摂取量・身体機能・ADLの変化を、急性期から回復期・生活期へと連続する Patient Journey のトラジェクトリーカーブとして可視化し、どのタイミングで栄養ルートの再検討、NST・リハ専門職への早期コンサルト、ゴール再設定や方針転換を行うかという介入トリガー(閾値)の考え方を紹介する。加えて、「食べられない」状況に伴う倫理的課題として Time Limited Trial (TLT) の考え方を応用し、過度で無益な栄養療法の漫然とした継続を避けつつ、患者・家族と目標と期間を共有しながら介入の妥当性を検証するプロセスも提示する。

本ミニレクチャーでは、入院患者の食欲不振をテーマに、自然な体重減少と意図しない病的な体重減少を総合診療の視点から整理する。「高齢だからやせても仕方がない」と見過ごさないための病歴・身体診察とレッドフラッグの押さえ方に加え、体重・摂取量・身体機能の変化を Patient Journey のトラジェクトリーカーブとしてとらえ、栄養・リハ介入やゴール再設定の介入トリガーを提案する。

略歴

【学歴】

平成 18 年 3 月 神奈川歯科大学卒業
 平成 19 年 4 月 鶴見大学大学院歯学研究科博士課程 入学
 平成 23 年 3 月 同大学院 卒業
 平成 24 年 4 月 東海医学部医学科 2 年次編入学
 平成 28 年 3 月 同大学 卒業

平成 26 年 10 月 - 12 月 デンマークコペンハーゲン大学病院 交換留学

【職歴】

平成 18 年 4 月 臨床研修歯科医師 鶴見大学歯学部附属病院
 平成 19 年 3 月 同研修 修了
 平成 23 年 5 月 慶応義塾大学医学部大学院 共同利用研究センター / 細胞組織学教室 非常勤研究員 入職
 平成 27 年 3 月 同 退職
 平成 28 年 4 月 臨床研修医師 練馬光が丘病院
 平成 30 年 3 月 同 修了
 平成 30 年 3 月 練馬光が丘病院総合診療科 内科専攻医

令和 2年 4月 練馬光が丘病院総合診療科 常勤医師
同年 4月 (焔) やまと診療所 非常勤医師
令和 6年 10月 上野原市立病院 内科医長 総合診療科科長
令和 7年 12月 現在に至る

【学位・資格・免許】

平成 18年 4月 歯科医師免許 (第 155834 号)
平成 28年 4月 医師免許 (第 537445 号)

平成 23年 3月 歯学博士号取得 (鶴見大学大学院歯学研究科 口腔外科学専攻) 骨髄由来間葉系幹細胞を用いた生体材料の評価と応用についての研究

令和 6年 4月 日本内科学会 内科専門医

【資格 (研修会受講歴を含む)】

平成 29年 1月 がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会 修了
平成 29年 7月 AHA BLS プロバイダー 修了
平成 29年 8月 AHA ACLS プロバイダー 修了
平成 29年 12月 集中治療医療安全協議会主催 FCCS コース 修了

令和 5年 9月 介護支援専門員
令和 6年 10月 日本病院総合診療医学会医 特任指導医 認定医
令和 6年 12月 総合診療専門医 特任指導医
令和 7年 3月 日本臨床倫理学会 上級臨床倫理認定士
令和 7年 4月 ICLS インストラクター
令和 7年 10月 JMECC インストラクター

【受賞歴】

平成 24年 12月 JIMSA (学生団体) 主催 英語 Debate 大会 優勝
平成 25年 10月 JIMSA (学生団体) 主催 CPC (臨床病理) 発表大会 準優勝
平成 26年 6月 Best Abstract Awards, American collage of physicians Japan chapter annual meeting
平成 28年 3月 東海医学会賞受賞
平成 29年 6月 Doctor's Dilemma Winner, American college of physicians Japan chapter annual meeting
平成 30年 4月 Doctor's Dilemma 本選出場 American college of physicians annual meeting in New Orleans

【所属学会】

日本内科学会、米国内科学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、日本リハビリテーション栄養学会、日本臨床倫理学会、日本病院総合診療医学会、日本口腔外科学会

参加型企画1 PS-1

リハ栄養オンラインコミュニティ (RNC) つながる！広がる！
リハ栄養の輪

第4会場 13:45 - 14:45



PS-1 つながる！広がる！リハ栄養の輪

○高尾 優一

社会医療法人東明会 原田病院 在宅支援部 訪問リハビリテーション

リハビリテーション栄養（以下、リハ栄養）の実践には、多職種連携が不可欠である。しかし、臨床現場では「自施設にリハ栄養の仲間がいない」「思うように多職種協働が進まない」といった声が多く聞かれる。専門性を深めるほどに孤独感を抱き、日々の実践に悩む医療従事者は少なくないのが現状である。本企画は、このような課題を抱える初学者から中堅層を対象とし、自施設を超えた仲間づくりのきっかけや、多職種連携の具体的なヒントを得るための交流と学びの場を提供することを目的とする。参加者がそれぞれの課題を持ち寄り、共に解決策を探るディスカッションを重視している。企画の核となるのは、少人数でのグループワークである。参加者は自身の現場での課題や悩みを共有し、管理栄養士、看護師、療法士など、異なる専門職の視点から解決の糸口を探る。このグループワーク自体が多職種連携の縮図であり、自施設での仲間づくりを進める上で貴重なモデルとなると考えている。また、本企画では学会中での出会いだけで終わらせないための工夫を施している。参加後も孤立することなく学び続けられるよう、その道標としてRNC（リハ栄養オンラインコミュニティ）をはじめ、全国で活動するコミュニティの情報をまとめた資料を配布する。この企画をきっかけに、オンラインや自地域での新たなネットワークを築き、継続的な相互支援の輪を広げていくことを目指す。日々の臨床で課題を感じている多くの皆様にとって、本企画が明日からのリハ栄養実践の新たな一歩を踏み出す一助になることを願う。

略歴

【学歴】

2000年 3月 日本社会事業大学 社会福祉学部 福祉援助学科 卒業

2005年 3月 社会医学技術学院 夜間理学療法学科 卒業

【職歴】

2000年 4月 - 2006年 10月 医療法人社団好仁会滝山病院 入職 医療相談室 医療ソーシャルワーカー

2006年 12月 - 2016年 2月 医療法人東明会原田病院 リハビリテーション科 理学療法士 入職

2016年 2月 - 現在 社会医療法人東明会原田病院 在宅支援部 訪問リハビリテーション 異動

【学会及び社会における活動】

2022年 - 現在 リハ栄養学会 X (旧 Twitter) 公式アカウント広報チーム リーダー

2024年 7月 - 現在 リハ栄養オンラインコミュニティ 創設・管理人

2025年 4月 - 現在 東京・埼玉リハ栄養ネットワーク研究会 コアメンバー

【資格】

理学療法士・登録理学療法士・社会福祉士・介護福祉士・NST 専門療法士・リハ栄養指導士・心不全療養指導士・終末期ケア専門士

参加型企画 2 PS-2

第3会場 16:20 - 17:20



PS-2 リハ栄養ケアプロセスワークショップ リハ栄養ケアプロセスにおけるゴール設定をとことん 鍛える！

○浅田 宗隆¹⁾、村田 裕康²⁾、白土 健吾³⁾、小林 大樹⁴⁾、永野 彩乃⁵⁾、
前田 圭介⁶⁾

パナソニック健康保険組合 松下記念病院¹⁾、杏林大学保健学部²⁾、
株式会社 麻生飯塚病院³⁾、日本海総合病院⁴⁾、Caresso⁵⁾、
愛知医科大学 栄養治療支援センター 国立長寿医療研究センター 老年内科部⁶⁾

リハビリテーション（リハ）栄養は、超高齢化社会の進展に伴い2010年に国内で提唱され、2017年には「リハ栄養ケアプロセス」が体系化された。さらに近年は「リハ栄養3.0」へと発展し、身体面・心理面・社会面・スピリチュアル面・テクノロジー面を統合的に活用し、対象者と医療者双方の生活機能とウェルビーイングを最大化する包括的かつ個別のアプローチとして位置づけられている。その中核をなすリハ栄養ケアプロセスは、多職種が共通言語を用いて同じ方向性で支援を行うための実践的枠組みである。

本企画は、リハ栄養ケアプロセスにおける「リハ栄養ゴール設定」の実践力向上と、多職種間の連携強化を目的とした参加体験型ワークショップである。リハ栄養ケアプロセスにおいては、患者の生活機能や栄養状態を踏まえた目標設定が不可欠であり、医療従事者が共通の方向性に基づいてケアを提供するためには、明確なゴール共有が重要である。

本企画では、症例を基にICFの枠組みを活用し、対象者の全体像を把握した上で、仮説思考に基づくSMARTなゴール設定のプロセスを講義およびグループワークを通して体験する。参加者は多職種・多様な経験層を想定し、少人数グループによる事前申込制で実施する。概要説明の講義に続き、模擬カンファレンス形式による実践を行い、リハ栄養ケアプロセスの理解を深める。

各グループには、リハ栄養ケアプロセスに精通したファシリテーターを配置し、ディスカッションを補助する。多様な視点の共有を通じて、実践的なゴール設定のプロセスを学び、リハ栄養を通じた患者のレジリエンス支援に寄与することを目指す。

本企画は、限られた時間内で実践的な学びを得ることを目的とした内容であり、参加者が自施設での実践に活かせる知見と多職種連携のヒントを得る機会となる。

リハ栄養ケアプロセスでは、医療従事者が患者と同じ方向性でケアを実践提供するためには、「リハ栄養ゴール設定」が不可欠です。

本企画は、多職種連携の実践力を養うためにも講義とグループワークでゴール設定を体験し、幅広い経験層の方が参加してもらえる体験型セミナーです。

ICFの枠組で全体像を把握し、仮説思考に基づくSMARTなゴールの設定を行う多職種連携における目標共有の重要性を実感できる内容となっています。

略歴

【職歴】

2004年 松下記念病院 入職 混合外科病棟
2011年 集中治療室へ異動
2018年 地域包括ケア病棟へ異動
2022年 整形外科病棟へ異動
2025年 看護部 兼新病院推進室へ異動

【所属学会】

日本リハビリテーション栄養学会、日本栄養治療学会、大阪NST研究会、近畿リハ栄養ネットワーク

【資格】

NST 専門療法士、栄養治療専門療法士（周術期・救急集中治療専門療法士）

参加型企画3 PS-3

茶室 11:30 - 12:20、13:40 - 14:30



PS-3 金沢大会茶室企画
お茶室で育むあなたのレジリエンス
— Supported by 金沢美術工芸大学

○中原 さおり¹⁾、阿出川 萌夏²⁾

鈴鹿医療科学大学 保健衛生学部 医療栄養学科¹⁾、
金沢美術工芸大学 茶道部 部長²⁾

高校入学の折、母に「お茶やお琴やお花を習ってみては」と勧められ、食いしん坊な私は迷わずお茶を選びました。毎週土曜の夜、70代の先生と幅広い世代の門下生5人で過ごす2時間は、おだやかで豊かな学びの時でした。足の運びや所作を覚えるうちに、季節の掛け軸やお花、お菓子やお茶碗に心を寄せ、お香や炭の香り、湯の音に癒やされるようになりました。五感を澄ませ、心を整えるその時間が、知らず知らずのうちに私を育ててくれました。お仲間や先生との語りも、かけがえのないものでした。互いの仕事や家族の話を聴き合い、思いを尊重し合う。その温かな時間は、五感で相手の思いを感じ、大切にするといいことを教えてくれました。正月の初釜では門下生が一堂に会し、薄茶・濃茶・水屋に分かれてそれぞれの役を果たしながら、もてなしの心を学びました。緊張の中でのお点前、水屋での過不足ない準備、そして終わった後の茶懐石。そのすべてが晴れやかで、心を豊かにしてくれました。振り返れば、この経験はリハビリテーション栄養にも通じます。ICFという枠組みのもと、五感を通して患者さまを全人的に捉え、思いを寄せる。多職種の仲間とともに患者さまを支え、評価し、工夫を重ねる日々。互いに学び合い、助け合う中で専門性が磨かれ、協働の喜びを知ります。年に一度の学術大会は、まるで初釜のようです。趣向を凝らした準備、緊張の発表、仲間と語り合う懇親の時——そこには、相手を思い、共に高め合う茶道の精神が息づいています。

どうぞ学術集会のお茶室にお立ち寄りください。金沢の美しいお道具を愛でながら、お茶とお菓子に心を委ねるひととき。その静寂の中で、あなたのレジリエンス——しなやかに立ち上がる力——が、そっと育まれることを願っています。

略歴

【学歴・職歴】

1994年 4月 医療法人里仁会 二宮病院 入職
1996年 4月 JA 三重厚生連 入職 鈴鹿中央総合病院 配属
2008年 1月 菰野厚生病院 配属
2015年 10月 鈴鹿中央総合病院 配属
2025年 4月 鈴鹿医療科学大学 入職 現在に至る

【所属学会】

日本栄養治療学会：代議員、NST 専門療法士、栄養治療専門療法士（リハビリテーション栄養分野）
日本病態栄養学会：病態栄養認定管理栄養士、がん病態栄養専門管理栄養士
日本リハビリテーション栄養学会：理事、代議員、リハビリテーション栄養指導士
その他：糖尿病療養指導士（CDEJ）

優秀演題セッション SS

第4会場 9:00 - 9:40

SS-1 回復期リハ病棟の高齢大腿骨近位部骨折患者における AWGC2023 基準カヘキシアの有病率と機能的自立度との関連

○天神 尊範¹⁾、吉村 芳弘²⁾、松本 彩加²⁾、鈴木 勇三³⁾、北村 龍太郎⁴⁾、仲村 達⁴⁾

クローバーホスピタル 消化器内科・総合内科、湘南食支援リハ栄養メディカルオフィス¹⁾、
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²⁾、
クローバーホスピタル 呼吸器内科・アレルギー科³⁾、クローバーホスピタル リハビリテーション部⁴⁾

【目的】 大腿骨近位部骨折 PFF は高齢者の自立度を低下させる。カヘキシアは、新たなアジア基準 AWGC2023 が提唱されたが、PFF における有病率や機能予後との関連の報告は乏しい。本研究は、高齢 PFF 患者における AWGC2023 基準カヘキシアの有病率を調査し、退院時運動 FIM への影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】 単施設後視的コホート研究で、2024 年 6 月～2025 年 5 月に当院回復期リハビリテーション病棟に入院した 65 歳以上の PFF 患者を対象とした。退院時運動 FIM を目的変数、AWGC2023 基準で診断したカヘキシアの有無を主要説明変数とし、年齢、性別、入棟時運動・認知 FIM、疾患重症度、術式を共変量とし、多変量線形回帰分析を行った。

【結果】 対象は 76 例 (平均年齢 84.3 ± 7.4 歳、男性 23.7%)、カヘキシア有病率は 9.2% であった。重回帰分析の結果、カヘキシアの有無は退院時運動 FIM と独立した関連を示さなかった (B = 4.36, 95%CI -3.65 - 12.4, p = 0.28)。

【結語】 AWGC2023 基準によるカヘキシアは、退院時運動 FIM と独立した関連を示さなかったが、有病率は 9.2% に達した。この結果は、回復期リハ病棟における「慢性炎症を基盤とした隠れた低栄養病態」の存在を示すもので、リハ栄養における新たなスクリーニングターゲットとしての可能性を示唆する。さらなる大規模研究が今後の課題である。

SS-2 服用薬剤数や服用薬剤数の増加は入院関連能力障害の新規発症リスクを高める

○小瀬 英司¹⁾、若林 秀隆²⁾、西岡 心大³⁾、永井 多賀子²⁾、橋田 直⁴⁾、百崎 良⁵⁾

順天堂大学医学部附属順天堂医院 薬剤部¹⁾、東京女子医科大学 リハビリテーション科²⁾、長崎県立大学大学院 地域創生研究科³⁾、
大阪大学医学部附属病院 摂食嚥下センター⁴⁾、三重大学医学部附属病院 リハビリテーション科⁵⁾

【目的】 薬剤数が入院関連能力障害 (Hospital-Associated Disability, HAD) 発症のリスク因子か否かを検証した。

【方法】 本研究は 2023 年 2 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日までに HAD データベースに登録された患者を対象とした前向きコホート研究である。対象は、①一般病棟に入院しリハビリテーションを受けた 70 歳以上の患者、②現病歴が呼吸器疾患、循環器疾患、消化器疾患、感染症、または悪性腫瘍患者、③ 48 時間以上の入院歴、④入院前の activities of daily livings (ADL) の自立が必須とした。除外基準はデータ欠損患者とした。ADL の評価には Katz Index を使用し、満点の 6 点を ADL 自立とした。退院時 Katz Index が 6 点未満を HAD の新規発症と定義した。HAD の発症と薬剤数との関連性を検討するために多重ロジスティック回帰分析を用いた。

【結果】 対象は 206 名、平均年齢 80.3 ± 6.5 歳、男性 125 名 (60.7%)、HAD 発症は 60 名 (29.1%) であった。入院時薬剤数や入院中の薬剤数の変化は HAD 発症リスクを有意に高めた (オッズ比: 1.14, 95% Confidence Interval (CI): 1.01-1.28, オッズ比: 1.21, 95% CI: 1.01-1.45)。またサブグループ解析では薬剤数を 5 剤以上と 6 剤以上で HAD 発症リスクを各々、1.89 倍、1.93 倍有意に高め、向精神薬の使用では 3.66 倍有意に高めた。

【結論】 入院時薬剤数や入院中の薬剤数の増加は HAD 発症リスクを有意に高めた。本結果は、HAD の発症低減に向けた介入として薬剤負荷に注目する根拠を補完するものである。

SS-3 Malnutrition with High Body Fat increase Complication Risk after Gastrointestinal Cancer Surgery in Older Adults

○ Kamada Natsumi¹⁾, Inoue Tatsuro²⁾, Ogino Takuya¹⁾, Amakasu Kota^{2,3)}, Saito Araki^{2,4)}, Brown Akiko^{2,5)}, Kasai Akari²⁾, Furusawa Mei²⁾, Kobayashi Sota²⁾, Wada Yuji¹⁾, Aoyagi Yoichiro⁶⁾

Department of Rehabilitation Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital¹⁾,
 Graduate School of Health and Welfare Niigata University of Health and Welfare²⁾,
 Department of Rehabilitation Shinrakuen Hospital³⁾, Department of Nutrition Yoshida Hospital⁴⁾,
 Department of Nutrition Kitanakagusuku wakamatsu Hospital⁵⁾,
 Department of Rehabilitation Medicine, Graduate School of Medicine Nippon Medical School⁶⁾

【Objectives】 To examine the impact of the concurrent presence of malnutrition and high body fat on the risk of postoperative complications in older adults underwent surgery for gastrointestinal (GI) cancer.

【Methods】 We conducted a retrospective study of patients aged ≥ 65 years who underwent GI cancer surgery at Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital between June 2024 and August 2025. Malnutrition was diagnosed using GLIM criteria. High body fat was measured by BIA, defined as $\geq 30.8\%$ for men and $\geq 35.9\%$ for women. Multivariate logistic regression was used to evaluate associations with postoperative complications, defined as Clavien–Dindo classification grade ≥ 2 .

【Results】 A total of 178 patients were evaluated (median age, 75 years). Overall, 42.7% were normal group, 23.0% were malnutrition group, 24.7% were high body fat group and 9.6% were combined group. Total postoperative complications occurred in 40 (22.5%) patients. Compared with the normal group (reference), the combined group had the highest odds of complications (OR 5.551, $p = 0.011$), followed by the malnutrition-only group (OR 4.436, $p = 0.005$) and the high-body-fat-only group (OR 3.481, $p = 0.019$).

【Conclusion】 BIA-based body fat assessment can identify high-risk patients with malnutrition, suggesting its complimentary role as a key indicator for optimizing perioperative nutritional and rehabilitation management.

SS-4 The Impact of Energy Deficit on Activity of Daily Living in Patients with Acute Stroke

○ Hiroyasu Murata

Department of Faculty of Health Science, Kyorin University

【Objective】 Energy deficit (ED), the difference between energy intake and estimated requirements, indicates energy sufficiency. Although ED is linked to poor outcomes in critically ill patients, its impact on functional recovery after acute stroke remains unclear. This study examined the association between early ED and ADL at discharge.

【Methods】 This retrospective study included patients with acute stroke admitted to Kyorin University Hospital between July 2022 and October 2023 who received rehabilitation and were discharged alive. Early ED was calculated as the mean difference between intake and requirements during the first week. Positive values indicated sufficient intake; negative values indicated a deficit. The outcome was the Functional Independence Measure (FIM) at discharge. A subgroup analysis was performed for patients aged ≥ 65 years.

【Results】 Among 304 patients (mean age 74 ± 13 years; 53.3% men), 213 (70.0%) showed negative ED. Multiple regression revealed a significant positive association between ED and FIM at discharge ($\beta = 0.111$, $p < 0.001$). Similar results were observed in older patients ($\beta = 0.114$, $p < 0.001$).

【Conclusion】 Early ED during hospitalization may negatively affect ADL recovery in acute stroke patients.

Young Investigator Award YIA

第4会場 9:50 - 10:30

YIA-1 低 Body Mass Index はポリファーマシーの有害性を増幅する一脳卒中回復期コホートをを用いた後ろ向き研究

○松本 彩加¹⁾、吉村 芳弘¹⁾、長野 文彦^{1,2)}、嶋津 さゆり^{1,3)}、備瀬 隆広²⁾、木戸 善文²⁾、濱田 雄仁²⁾、葛原 碧海²⁾、米田 巧基³⁾

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¹⁾、熊本リハビリテーション病院 リハビリテーション部²⁾、熊本リハビリテーション病院 栄養管理部³⁾

【目的】ポリファーマシーはリハビリテーション（以下、リハ）アウトカムを低下させるが、その影響は患者の栄養状態で異なる可能性がある。本研究では、回復期脳卒中患者において、ポリファーマシーがリハアウトカムに与える影響が Body Mass Index (BMI) によって修飾されるかを検証した。

【方法】2015年～2024年に回復期リハ病棟に入院した脳卒中患者を対象に後方視的コホート研究を行った。BMIを低値(18.5未満)・正常・肥満(25以上)の3群に分類し、ポリファーマシーは入院時の内服薬が5剤以上と定義した。主要アウトカムは退院時の Functional Independence Measure の運動項目(FIM-運動)とした。年齢、性別、入院時機能などを調整因子とし、ポリファーマシーとBMIカテゴリの交互作用項を投入した多変量回帰分析を行った。

【結果】対象者は1245名(年齢の中央値75歳、男性54.3%)であった。多変量解析の結果、FIM-運動においてポリファーマシーと低BMI群の間に有意な負の交互作用を認めた($B = -4.396$, 95%CI $-8.693 \sim -0.100$, $p = 0.045$)。調整済みアウトカムの比較では、低BMI群においてポリファーマシーによる退院時FIM-運動の低下が顕著であったが、正常・肥満群ではその影響は軽微であった。

【結論】回復期脳卒中患者において、ポリファーマシーがリハアウトカムに与える負の影響は、特に低BMIの患者で顕著に認められた。患者のBMIに応じた個別的なポリファーマシー対策の重要性が示唆される。

YIA-2 地域在住高齢女性における筋質指標と下肢機能との関連：細胞外水分比・位相角・筋輝度の検討

○則竹 賢人¹⁾、藤井 啓介²⁾、中島 大貴³⁾、窪 優太⁴⁾、萬屋 京典⁵⁾、辻下 聡馬⁶⁾、渡邊 英弘¹⁾、吉田 旭宏¹⁾、富山 直輝⁵⁾

東海記念病院 リハビリテーション部¹⁾、鈴鹿医療科学大学 保健衛生学部²⁾、奈良学園大学 保健医療学部³⁾、静岡大学 情報学部⁴⁾、星城大学 リハビリテーション学部⁵⁾、神戸国際大学 リハビリテーション学部⁶⁾

【目的】筋質は身体機能と関連する重要な指標であるが、筋質を評価する複数の指標のうち、どれが下肢機能を最もよく反映するかは明らかではない。本研究は、地域在住高齢女性を対象に、地域でも測定可能な3種類の筋質指標と下肢機能の関連性を検討し、下肢機能評価において最も適した筋質指標を明らかにする。

【方法】本研究は、地域在住高齢女性109名(平均年齢77.9 ± 5.6歳)を分析対象とした横断研究である。筋質指標は生体電気インピーダンス法による体組成分析にて全身の細胞外水分比(ECW/TBW)と位相角、超音波エコーにて利き脚の大腿直筋の筋輝度を測定した。下肢機能は、通常歩行速度、5回椅子立ち上がり時間で評価した。各下肢機能指標を従属変数とした重回帰分析をそれぞれ実施した。3つの筋質指標を独立変数とし、共変量として年齢・BMI・四肢骨格筋指数を投入した。本研究は倫理審査委員会の承認を受け、対象者に書面にて同意を得て実施した。

【結果】5回椅子立ち上がり時間はECW/TBWのみに有意な関連を示した($\beta = 0.541$, $p < 0.001$)。一方、通常歩行速度はいずれの筋質指標とも有意な関連を示さなかった。

【結論】地域在住高齢女性を対象とした本研究では、ECW/TBWが5回椅子立ち上がり時間と有意な関連を示し、下肢機能を反映する筋質指標であることが示唆された。この結果から、下肢機能の評価において、ECW/TBWは有望な筋質指標となり得る可能性がある。

YIA-3 大腿骨近位部骨折患者における入院時BMIと院内死亡・院内転帰の非線形的関連:全国入院データベース研究

○齋藤 新貴^{1,2)}、石田 優利亜^{3,9)}、井上 達朗²⁾、川瀬 文哉⁴⁾、永野 彩乃⁵⁾、室谷 健太^{6,7)}、前田 圭介^{8,9,10)}

誠心会吉田病院 栄養科¹⁾、新潟医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科²⁾、愛知医科大学病院 栄養部³⁾、JA愛知厚生連足助病院 栄養管理室⁴⁾、Caresso⁵⁾、久留米大学 医学部 医療検査学科⁶⁾、久留米大学 バイオ統計センター⁷⁾、愛知医科大学病院 栄養治療支援センター⁸⁾、愛知医科大学大学院 緩和・支持医療学⁹⁾、国立長寿医療研究センター 老年内科¹⁰⁾

【目的】大腿骨近位部骨折において、Body Mass Index (BMI) は院内転帰と関連するが、BMI と院内転帰の非線形的関連は十分に検討されていない。本研究は大腿骨近位部骨折患者の入院時BMIと院内転帰との非線形的関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】本研究は2014～2022年の全国入院データベースを用いた観察研究である。対象は65歳以上の大腿骨近位部骨折患者とした。入院時BMIと院内死亡、続発症の関連性をCox比例ハザードモデル、Barthel Index (BI) 変化量は重回帰分析にて解析した。多変量解析における調整因子は、年齢、性別、入院時BI、Charlson Comorbidity Index、骨折の種類、入院時の薬剤数を用いた。非線形性は制限付きスプラインで評価し、BMI 23.0 kg/m²を参照値とした。

【結果】解析対象は146,699人(平均年齢84.5 ± 7.5歳、女性78.4%)であった。BMIと院内死亡、続発症のハザード比曲線はいずれもL型を示し、BMI 23.0 kg/m²未満でHRが上昇し(BMI 18.5 kg/m²において院内死亡HR = 1.83 [1.69–1.99]、続発症HR = 1.06 [1.04–1.09])、BMI 23.0 kg/m²以上では変化は認められなかった。BI変化量の曲線は逆J型であり、BMI 23.0 kg/m²未満で漸減し(18.5 kg/m²では $\beta = -4.44 [-4.92 - 3.96]$)、BMI 23.0 kg/m²以上では増大した(27.5 kg/m²で $\beta = 1.45 [0.78 - 2.12]$)。

【結論】入院時BMIと院内死亡、続発症、BI変化量の関連は非線形であり、BMIが低下するほど院内死亡および不良転帰のリスクが上昇した。

YIA-4 骨格筋量評価における浮腫の影響を補正した新指標「標準化骨格筋量」の検討

○関根 敏生^{1,2)}、齋藤 広貴¹⁾、右田 大介¹⁾、松山 太士¹⁾、城山 潤³⁾、守川 恵助⁴⁾、田平 一行²⁾

社会医療法人財団新和会八千代病院 総合リハビリセンター¹⁾、畿央大学大学院 健康科学研究科²⁾、近畿大学奈良病院 リハビリテーション部³⁾、松阪市民病院 リハビリテーション室⁴⁾

【目的】心不全患者では低栄養とサルコペニアの合併が多く、信頼性の高い骨格筋量評価が必要である。BIA法は簡便かつ非侵襲的だが、浮腫により骨格筋量を過大評価しサルコペニアを偽陰性とする可能性がある。本研究は、体水分比に基づき浮腫の影響を補正した指標「標準化骨格筋量」を提案し、その妥当性を検証した。

【方法】急性非代償性心不全患者25名を対象とした前向き観察研究。多周波数BIA法で四肢骨格筋量と体水分量(細胞外水分量:ECW、細胞内水分量:ICW)を測定した。通常のSMIに加えて、理想的な体水分比(ECW/ICW = 38/62)に基づいて標準化SMIを算出した。CTによる骨格筋横断面積および超音波画像診断装置による大腿四頭筋厚を基準に妥当性を検証し、AWGS2019基準でのサルコペニア診断における低骨格筋量の該当率を標準化の有無で比較した。

【結果】標準化SMIは通常SMIに比して、骨格筋横断面積($r = 0.72$)、大腿四頭筋厚($r = 0.43, p < 0.05$)との相関がより強く、優れた妥当性を示した。低骨格筋量の該当率は、通常SMI:21名(84%)、標準化SMI:23名(92%)となり、浮腫により2名のサルコペニアが見逃されていたと考えられた。

【結論】標準化SMIは、BIA法の浮腫による測定誤差を補正した妥当性の高い骨格筋指標と考えられた。本指標の活用はサルコペニア診断の精度を向上させ、急性期における栄養管理の質の向上に貢献しうる可能性が示唆された。

IARN English session ES

第4会場 10:40 - 11:20

ES-1 Combined effect of nutrition and exercise in patients on dialysis: A systematic review and meta-analysis

○ Shinta Nishioka¹⁾, Chiharu Uno²⁾, Yohei Tsuchida³⁾, Hideyuki Kabasawa⁴⁾, Etsuko Doi⁵⁾, Michihiro Hosojima⁴⁾Division of Human Nutrition and Health Science, University of Nagasaki Graduate School of Regional Design, Nagasaki, Japan¹⁾,Institute of Health and Nutrition, Nagoya University of Arts and Sciences, Nisshin, Japan²⁾,Department of Nephrology, Shinrakuen Hospital, Niigata, Japan³⁾,Department of Clinical Nutrition Science, Kidney Research Center, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Science, Niigata, Japan⁴⁾,Department of Nutrition, Toranomon Hospital, Tokyo, Japan⁵⁾

【Objective】 To verify whether combined nutrition and exercise intervention improves nutrient intake and physical function in adult patients receiving dialysis.

【Methods】 PubMed and the Ichu-shi were searched up to September 2024 (CRD42024543470) for randomized, cluster randomized, or crossover trials comparing combined nutrition plus exercise with sole either alone or with no intervention in adults on hemodialysis or peritoneal dialysis. The outcomes included physical function, skeletal muscle mass, BMI, nutrient intake, QOL, mortality, and gastrointestinal symptoms. A meta-analysis with a random effect model calculated mean differences (MD) and 95% confidence intervals.

【Results】 Seven studies were included in the meta-analysis. Nutritional interventions mainly used nutritional supplements, while exercise interventions employed resistance training, aerobic exercise and neuromuscular electric stimulation. All control groups received nutrition alone. Combined interventions improved the 6-minute walk distance (MD: 45.17 m, 95%CI: 12.60–77.75), walking speed (MD: 0.09 m/s, 95%CI: 0.02–0.38), and Timed Up & Go test (MD: -1.44 seconds, 95%CI: -2.63–-0.25).

【Conclusion】 Combined nutritional and exercise intervention improved physical function in patients receiving hemodialysis compared to nutritional intervention alone.

ES-2 The Cut-off Values of Mid-Upper Arm Circumference for Malnutrition Diagnosis Using GLIM in Older Japanese Patients

○ Brown Akiko^{1,2)}, Inoue Tatsuro²⁾, Amakasu Kota^{2,3)}, Saito Araki^{2,4)}, Kamada Natsumi^{2,5)}, Kasai Akari²⁾, Furusawa Mei²⁾, Kobayashi Sota²⁾, Wakunami Yu⁶⁾, Kushi Sukemitsu⁷⁾, Wakunami Atsuko⁸⁾Department of Nutrition, Kitanakagusuku Wakamatsu Hospital, Okinawa, Japan¹⁾,Graduate School of Health and Welfare, Niigata University of Health and Welfare, Niigata, Japan²⁾,Department of Rehabilitation, Shinrakuen Hospital, Niigata, Japan³⁾, Department of Nutrition, Yoshida Hospital, Niigata, Japan⁴⁾,Department of Rehabilitation, Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital, Chiba, Japan⁵⁾,Department of Internal Medicine, Kitanakagusuku Wakamatsu Hospital, Okinawa, Japan⁶⁾,Department of Rehabilitation Medicine, Kitanakagusuku Wakamatsu Hospital, Okinawa, Japan⁷⁾,Department of Psychiatry, Kitanakagusuku Wakamatsu Hospital, Okinawa, Japan⁸⁾

【Objective】 The GLIM criteria permits mid-upper arm circumference (MUAC) as an alternative measure of muscle mass. However, no Japanese-specific MUAC cut-off values exist. This study aimed to derive MUAC thresholds for older Japanese patients and examine whether GLIM-based malnutrition diagnosis using MUAC may predict functional status at discharge.

【Methods】 This prospective observational study included patients aged ≥ 65 years admitted to a rehabilitation ward from May to September 2025. We derived two MUAC cut-offs using ROC analysis: one based on the lowest FFMI quartile measured by BIA, and another on GLIM-recommended FFMI thresholds (<17 kg/m² for men and <16 kg/m² for women). Malnutrition was diagnosed using these cut-offs, and multiple regression analysis was conducted for FIM scores at discharge.

【Results】 The study enrolled 47 patients (median age, 86 years; 57.4% women). MUAC cut-offs for the lowest FFMI quartile were ≤ 23.4 cm in men (AUC = 0.839) and ≤ 24.2 cm in women (AUC = 0.879). GLIM-based cut-offs were ≤ 26.2 cm for men (AUC = 0.889) and ≤ 25.7 cm for women (AUC = 0.929). Malnutrition defined by either MUAC cut-offs was associated with lower FIM scores ($\beta = -21.04$, $p = 0.005$; $\beta = -21.49$, $p = 0.005$).

【Conclusion】 MUAC cut-off values derived in this study may enable GLIM-based malnutrition diagnosis in older Japanese patients and may predict lower FIM scores at discharge.

ES-3 Sarcopenic Obesity by Japanese Working Group on Sarcopenic Obesity and the association with 6-Minute Walk Distance

○Furusawa Mei¹⁾, Inoue Tatsuro¹⁾, Kobayashi Sota¹⁾, Hotta Kazuki²⁾, Izumi Tohru³⁾, Kamiya Kentaro²⁾, Kasai Akari¹⁾, Amakasu Kota^{1,4)}, Saito Araki^{1,5)}, Kamada Natsumi^{1,6)}, Brown Akiko^{1,7)}, Tsubaki Atsuhiko¹⁾, Fujita Takanori⁸⁾, Miyata Hiroaki⁸⁾

Graduate School of Health and Welfare, Niigata University of Health and Welfare, Niigata, Japan¹⁾,
Department of Rehabilitation Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kitasato University, Sagami-hara, Japan²⁾,
Niigata Minami Hospital, Niigata, Japan³⁾, Department of Rehabilitation, Shinrakuen Hospital, Niigata, Japan⁴⁾,
Department of Nutrition, Yoshida Hospital, Niigata, Japan⁵⁾,
Department of Rehabilitation, Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital, Chiba, Japan⁶⁾,
Department of Nutrition, Kitanakagusuku wakamatsu Hospital, Okinawa, Japan⁷⁾,
Department of Health Policy Management, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan⁸⁾

【Objectives】 We aimed to investigate the prevalence of sarcopenic obesity (SO) using Japanese Working Group on Sarcopenic Obesity (JWGSO) and to examine the association with 6-minute walk distance (6MWD) in community-dwelling adults.

【Methods】 In this cross-sectional study, adults aged 40-75 years participating in a frailty prevention program (2020-2024) were included. SO was defined by the 2 step JWGSO algorithm (screening and diagnosis). In the diagnosis step, sarcopenia was diagnosed by low handgrip strength or prolonged time of five times sit-to-stand test and low muscle mass (ASM/BMI). Obesity was confirmed by high body fat percentage. The primary outcome was the lowest quartile of 6MWD (≤ 518 m) in this population. Multivariate logistic regression estimated odds ratio for low 6MWD with coexistence group (high body fat + low muscle mass) as an explanatory variable.

【Results】 Among 228 participants (median age 67 years), SO was identified in 1 male (1.6%) and 0 females at JWGS algorithm. When the screening step was omitted, 5 males (8.1%) and 1 female (0.6%) were identified, corresponding to false-negative rates of 6.5% and 0.6%. Only the High body fat group was independently associated with low 6MWD after adjustment (Odds ratio = 1.95, $p = 0.047$).

【Conclusion】 When the screening step was omitted, the prevalence of SO increased and high body fat was independently associated with low 6MWD.

ES-4 Role of Certified Rehab Nutrition Instructors in Implementing the Rehab-Nutrition-Oral Collaboration

○Shingo Kakehi¹⁾, Takako Nagai²⁾, Yukiko Otsuka³⁾, Maria Yonezawa⁴⁾, Yuri Yoshida³⁾, Yoshiko Atsumi⁵⁾, Taeko Hashimoto⁵⁾, Tomono Yuasa⁶⁾, Yuka Nitobe⁶⁾, Shiori Koda⁷⁾, Yoshie Sato⁷⁾, Shunsuke Kondo⁸⁾, Toshihiro Okamoto⁶⁾, Atsuhiko Ichihara⁹⁾, Hidetaka Wakabayashi²⁾

Dept. of Rehabilitation, Tokyo Women's Medical University Hospital, Tokyo, Japan¹⁾,
Dept. of Rehabilitation Medicine, Tokyo Women's Medical University Hospital, Tokyo, Japan²⁾,
Dept. of Nursing, Tokyo Women's Medical University Hospital, Tokyo, Japan³⁾,
Dept. of Gastroenterology, Tokyo Women's Medical University Hospital, Tokyo, Japan⁴⁾,
Dept. of Clinical Nutrition, Tokyo Women's Medical University Hospital, Tokyo, Japan⁵⁾,
Dept. of Oral and Maxillofacial Surgery, Tokyo Women's Medical University Hospital, Tokyo, Japan⁶⁾,
Dept. of Pharmacy, Tokyo Women's Medical University Hospital, Tokyo, Japan⁷⁾,
Dept. of Medical Oncology, Tokyo Women's Medical University Hospital, Tokyo, Japan⁸⁾,
Dept. of Hypertension and Endocrinology, Tokyo Women's Medical University Hospital, Tokyo, Japan⁹⁾

【Purpose】 To establish a multidisciplinary framework for implementing the Rehabilitation Nutrition-Oral Collaboration Fee and clarify the role of certified rehabilitation nutrition instructors.

【Methods】 A support team was launched in September 2025, including physicians, nurses, dietitians, dentists, dental hygienists, pharmacists, medical administrative staff, and physical therapists certified as rehabilitation nutrition instructors. Instructors coordinated management and contributed to evaluation tools, workflows, EMR content, patient selection, and staff education.

【Results】 Evaluation and care planning within 48 hours were achieved. Rehabilitation intervention reached 95% within three days, and holiday rehabilitation reached 104% of weekday levels. Multidisciplinary conferences promoted standardization, and bedside rounds for severe malnutrition helped keep ADL decline to 1%.

【Conclusion】 Rehabilitation nutrition instructors served as central coordinators, strengthening interprofessional collaboration. Continued hospital-wide expansion is expected to improve outcomes further.

ES-5 Statin Use is Negatively Associated with Muscle Strength and ADL in Sarcopenic Ischemic Stroke Patients

○ Ayaka Matsumoto, Yoshihiro Yoshimura, Fumihiko Nagano, Sayuri Shimazu, Yoshifumi Kido, Takahiro Bise, Koki Yoneda

Kumamoto Rehabilitation Hospital

【Aim】 While statins are widely used for ischemic stroke recurrence prevention, they carry a potential risk of myopathy. This study aimed to investigate the association between statin use and muscle health in sarcopenic ischemic stroke patients.

【Methods】 We conducted a retrospective cohort study of patients with cerebral infarction admitted to a convalescent rehabilitation ward (2015–2024). Sarcopenia was diagnosed based on the Asian Working Group for Sarcopenia 2025 criteria. Statin users were defined as patients who continued statin therapy throughout hospitalization. Outcomes were Handgrip Strength (HGS) and Skeletal Muscle Mass Index (SMI) at discharge. Multiple regression analysis was performed to adjust for confounders, including age, sex, and paralysis severity.

【Results】 Of 192 patients (mean age 81.0 years; 53.1% men), 70 (36.4%) were statin users. Statin use was significantly negatively associated with discharge HGS ($B=-1.716$, 95%CI: -3.095 to -0.336). However, no significant association was found with discharge SMI ($B=0.074$, 95%CI: -0.225 to 0.374).

【Discussion】 In sarcopenic ischemic stroke patients, statin use was associated with lower muscle strength at discharge, but not with muscle mass. Rehabilitation and nutritional management should account for potential statin-induced functional inhibition in this population.

一般演題（ポスター） PP

PP1（回復期1）

ポスター会場 9:00 - 9:40

PP1-1 回復期病棟に入院した運動器疾患患者の GLIM 基準による低栄養は機能改善不良に影響する

○柳田 光¹⁾、上谷 佑稀¹⁾、瀧本 知未¹⁾、井上 達朗²⁾

慈誠会・練馬高野台病院 リハビリテーション部¹⁾、新潟医療福祉大学大学院 医療福祉学専攻²⁾

【目的】近年、GLIM 基準の予測妥当性が報告されているが結果は必ずしも一致していない。大腿骨近位部骨折患者を対象とした研究では、GLIM 基準による低栄養は術後の身体機能回復の不良に影響していたと報告されている一方で、回復期病棟において運動器を含む多様な疾患の患者を対象とした研究では、機能改善を予測しなかったとも報告されている。本研究の目的は、運動器疾患患者を対象に入院時に GLIM 基準で診断した低栄養が機能改善に影響するかを検討する。

【方法】対象は2024年10月から2025年7月に回復期病棟に入院した運動器疾患患者とした。入院時に GLIM 基準により低栄養群と非低栄養群の2群に分類した。アウトカムは FIM 利得とした。その他に年齢、BMI、性別、併存疾患、入院時 FIM、認知機能、在院日数を収集した。統計解析は FIM 利得に対する重回帰分析を行った。

【結果】対象は107名であり、低栄養群35名(32.7%)、非低栄養群72名(67.2%)であった。疾患は大腿骨近位部骨折、変形性股関節症の術後の順で多かった。両群間の比較では、低栄養群は非低栄養群と比べ有意に高齢であり、入院時 FIM、認知機能が有意に低値であった。重回帰分析の結果、低栄養は FIM 利得の低下と有意に関連していた ($\beta = -0.286$, $p = 0.004$)。

【結論】入院時 GLIM 基準による低栄養は、機能改善不良に影響する因子であることが示唆された。

PP1-2 糖尿病を合併した、脳出血により食事動作困難を生じた症例の臨床推論

○石田 悠子

医療法人社団生和会 周南リハビリテーション病院 診療部 栄養科

【目的】血糖コントロール不良の糖尿病患者が脳出血を発症し食事摂取時に動作困難を生じていたことから臨床推論を行った症例について報告する。

【症例提示】55歳、男性。左麻痺を主訴に急性期病院に搬送され右前頭葉・頭頂葉皮質下出血の診断で入院した。未治療の糖尿病と高血圧症があり、両増殖糖尿病網膜症および糖尿病性腎症3期を認めた。アルコール多飲歴を有し、せん妄のリスクが高く、さらに不眠で精神科を受診し内服薬投与が行われた。急性期病院より、食事は自力で全量摂取可能も食べこぼしが多く摂取に約1時間かかるとの情報提供があったため、当院回復期リハビリテーション病院入院後、食事動作困難の臨床推論を行った。内服薬や各種検査結果、食事動作の過程、動作困難の主な原因等を確認し、左片麻痺、高次脳機能障害、糖尿病末梢神経障害、アルコール性神経障害、サルコペニア、視力障害、うつ病の可能性、内服薬の副作用が原因として考えられた。本人との会話からさらに原因を絞り込み、臨床推論の結果は①視野・視覚障害②上肢筋力・巧緻性・筋耐久性低下・感覚障害③心理面の低下と考えた。多職種と協働して原因別に対応を行い、食べこぼし量の減少、食事摂取時間の短縮を図ることができた。

【結論】分析的アプローチに基づく臨床推論を行ったことで、片麻痺以外にも視力障害、神経障害、高次脳機能障害、薬剤面、心理面が食事動作困難の一因であることが特定できた。

PP1-3 回復期リハビリテーション病棟における栄養状態・サルコペニアと健康関連 QOL の関係

○土屋 宗周、鹿居 小街、大田 圭要、松葉 駿佑

ジャパンメディカルアライアンス 座間総合病院 医療技術部 栄養科

【目的】回復期リハビリテーション病棟における栄養状態やサルコペニアが、健康関連 QOL に与える影響は明らかでない。本研究では、GLIM 低栄養、栄養充足率、AWGS2019 基準によるサルコペニア疑いが、退院時 EQ-5D-5L および入院中の EQ-5D-5L 変化量にどのように関連するかを検討した。

【方法】対象は 2024 年 6 月～2025 年 5 月に当院回復期リハ病棟へ入院した 425 例（平均年齢 77.1 ± 12.5 歳、男性 42%）。入退院時に BMI、下腿周囲長、握力、GLIM 診断、EQ-5D-5L、FIM を評価し、栄養充足率は理想体重 × 25kcal/kg/ 日を推定必要栄養量として算出。主要アウトカムは退院時 EQ-5D-5L およびその変化量とし、重回帰分析を行った。

【結果】入院時 GLIM 低栄養は 32%、サルコペニア疑いは 60% に認め、入院中の栄養充足率は 108% ± 16.4% であった。重回帰分析の結果、退院時 EQ-5D-5L に対しては年齢、入院時 FIM、FIM 利得が独立して正の関連（各 $p < 0.05$ ）、EQ-5D-5L 変化量に対しては、入院時 EQ-5D-5L、入院時 FIM、FIM 利得が正、入院日数が負に関連（各 $p < 0.001$ ）した。GLIM 低栄養、サルコペニア疑い、栄養充足率はいずれのモデルでも独立した関連を示さなかった。

【結論】回復期リハ病棟において、入院時の栄養状態やサルコペニア疑いは退院時 QOL や入院中の QOL 変化量と独立した関連を示さなかった。これらの因子は機能改善などの共変量を介して間接的に QOL へ関与している可能性が示唆される。

PP1-4 回復期リハビリテーション病棟における摂取エネルギー及びたんぱく質量と ADL の関連

○舟木 瑛紀^{1,2,3,4,5}、寺田 師¹、長澤 青空²、長岡 亜由美¹、時崎 暢³、徳永 恵子⁴、大村 健二⁵上尾中央総合病院 栄養科¹、上尾中央総合病院 リハビリテーション技術科²、上尾中央総合病院 リハビリテーションセンター³、上尾中央総合病院 脳神経内科⁴、上尾中央総合病院 外科⁵

【目的】当院では急性期病棟から回復期病棟へ一貫して、常駐管理栄養士が連携し早期かつ継続的に栄養管理を実施している。本研究では、急性期病棟から回復期病棟へ転棟した患者における目標栄養量の達成状況と機能回復との関連を検討した。

【方法】2024 年 3 月～2025 年 4 月に当院の急性期一般病棟から回復期リハビリテーション病棟へ入棟した 170 名のうち、BMI ≥ 30 kg/m²、入棟時 FIM ≥ 80 点を除外し、92 名を解析対象とした。入棟後 1 週間の平均エネルギー摂取量・たんぱく質摂取量を標準体重あたりに換算し、エネルギー摂取量 ≥ 25 kcal/kg かつたんぱく質摂取量 ≥ 1.2 g/kg を満たした目標達成群 65 名（年齢中央値 79 歳）と未達成群 27 名（年齢中央値 77 歳）に分類した。主要評価項目は運動 FIM 利得および運動 FIM 効率とし、群間比較を行った。

【結果】入棟時の運動 FIM は、目標達成群 33 [IQR 26–41] 点、未達成群 32 [IQR 27–40] 点で有意差を認めなかった ($p = 0.847$)。運動 FIM 利得は、目標達成群 33 (SD 14) 点、未達成群 29 (SD 16) 点で有意差を認めなかった ($p = 0.238$)。一方、運動 FIM 効率は、目標達成群 0.6 [IQR 0.3–0.8]、未達成群 0.5 [IQR 0.3–0.6] で、目標達成群が有意に高値であった ($p = 0.042$)。

【結論】回復期リハビリテーション病棟において入棟早期から十分なエネルギーとたんぱく質を確保することは、ADL の改善速度の向上に関連する可能性が示唆された。

PP1-5 当院の管理栄養士と歯科部門の配置結果について

○森澤 美和¹⁾、岡本 泰幸¹⁾、磯山 浩孝²⁾愛仁会リハビリテーション病院 診療技術部¹⁾、愛仁会リハビリテーション病院 診療部²⁾

【目的】近年、ADLの維持・向上等を目的にリハビリテーション・栄養・口腔の三位一体による包括的介入が強調されており、個別の栄養サポートや口腔管理が重要となっている。本研究では、管理栄養士と歯科衛生士の配置が、当院の回復期リハビリテーション病棟（回リハ）患者の摂取栄養量および機能改善に与える影響を検討した。

【方法】対象者は2016年～2024年に当院に入院した回リハ患者のうち、入院時経口摂取かつBMI25.0kg/m²未満の6880名を対象とした。管理栄養士のみ配置した群と管理栄養士と歯科衛生士を配置した群の2群に分け、摂取栄養量、BMI変化量、運動FIM利得、FIM利得を比較した。統計解析は線形回帰分析を用い、有意水準は5%未満とした。

【結果】管理栄養士のみ配置した群よりも、管理栄養士と歯科衛生士を配置した群で摂取栄養量、BMI変化量、運動FIM利得、FIM利得が有意に高い値を示した。

【結論】回リハにおいて、管理栄養士単独よりも管理栄養士と歯科衛生士を配置した方が、摂取栄養量、BMI変化量、運動FIM利得およびFIM利得の結果が良いことが示唆された。

PP1-6 回復期リハ病棟に入院するパーキンソン病患者の低栄養割合と臨床的特徴

○藤原 慎二、安部 聡見、巖本 靖道

医療法人協和会 千里中央病院

【目的】パーキンソン病患者における低栄養状態はADLの改善や在宅復帰を阻害する要因とされるが、その臨床的特徴は十分に明らかでない。本研究は回復期リハビリテーション病棟に入院したパーキンソン病患者を対象に、低栄養の割合と臨床的特徴を検討することを目的とした。

【方法】対象は当院回復期病棟に入院したパーキンソン病患者35例とした。入院時Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI)により低栄養群25例、非低栄養群10例に分類し、年齢、性別、発症年数、入院期間、合併症、退院先、Food Intake Level Scale (FILS)、functional independence measure (FIM)の群間比較を行った。連続変数はt検定、カテゴリ変数は χ^2 検定またはFisher's exact testで解析した。

【結果】低栄養群は非低栄養群に比べ年齢が有意に高かった($p < 0.05$)。性別、退院先、糖尿病、心疾患、腎疾患、脳卒中既往の有無に差はなく、呼吸器疾患は低栄養群で多い傾向を示したが有意ではなかった。発症年数は 6.44 ± 5.26 年と 5.80 ± 5.56 年で有意差はなかった。一方、FILSは低栄養群で有意に低く、嚥下機能低下が低栄養と関連していた($p < 0.05$)。FIM得点や利得には有意差を認めなかった。

【結論】パーキンソン病患者における低栄養の割合は約71%であった。低栄養は高齢および嚥下機能低下と関連しており、ADL改善度や退院先との関連は明確でなかった。回復期における早期の栄養評価と嚥下機能への介入が重要と考えられる。

PP1-7 回復期リハビリテーション病棟脳卒中患者の個々のADLに対するエネルギー摂取量の影響【再発表】

○栗田 恵¹⁾、藤田 貴昭²⁾、笠原 龍一³⁾、神保 良平¹⁾、阿部 貴文⁴⁾、山本 優一¹⁾、大平 葉子⁵⁾、大槻 剛智⁵⁾、森下 慎一郎²⁾、五百川 和明²⁾

北福島医療センター 診療技術部リハビリテーション科¹⁾、福島県立医科大学 保健科学部²⁾、東北大学スマート・エイジング学際重点研究センター³⁾、魚沼基幹病院 リハビリテーション技術科⁴⁾、北福島医療センター リハビリテーション科⁵⁾

【目的】 近年、エネルギー摂取量は脳卒中患者のADL改善と関連することが報告されているが、更衣や歩行などの個々のADLの改善との関連は調べられていない。本研究の目的は、回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）に入院した脳卒中患者におけるエネルギー摂取量と、各ADLの改善との関連性を明らかにすることである。

【方法】 対象は回リハ病棟に入院した脳卒中患者109名とした。Barthel Indexを指標とした入院中の更衣、移動、トイレ、入浴、階段昇降のそれぞれの自立度改善の有無を従属変数、入院期間中の平均エネルギー摂取量(kcal/kg/日)を独立変数、年齢、性別、麻痺側握力、Berg Balance Scale (BBS)、HDS-Rから作成した傾向スコアを調整変数としたロジスティック回帰分析を行った。関連性がみられたADL項目についてはROC分析を行い、AUCとカットオフ値を算出した。

【結果】 対象者の年齢は72.8 ± 11.9歳、男性50.5%であった。分析した5項目のADLのうち、階段昇降のみがエネルギー摂取量と関連した(p<0.05)。ROC分析の結果、階段昇降の改善の有無を鑑別するエネルギー摂取量のAUCは0.71、カットオフ値は22.9 kcal/kg (感度86.4%、特異度52.2%)であった。

【考察】 エネルギー摂取量は階段昇降の改善を予測する一つの指標となることが示唆された。リハビリテーション療法士はエネルギー摂取量を確認するため他職種と連携することが必要である。

PP2 (回復期 2)

ポスター会場 9:00 - 9:40

PP2-1 当院におけるリハビリ栄養回診と GLIM 基準との相関性の検証

○金井 崇、金古 美恵子、松本 和彦、村井田 雅代

公立七日市病院 技術部 栄養科

【目的】回復期リハビリテーション病棟において、栄養状態の把握と改善は機能回復を支える重要な要素である。本研究は、当院で実施しているリハビリ栄養回診が入院中の栄養状態に与える影響を、GLIM 基準を用いて前後比較により検証することを目的とした。

【方法】2024年6月～2025年5月に当院回復期病棟でリハビリ栄養回診介入を受け、GLIM 基準による栄養評価が可能であった患者を対象とした。主要評価項目は GLIM 重症度（非該当 = 0、中等度 = 1、重度 = 2）の初回および最終評価における変化とし、副次評価項目として体重、BMI、下腿周囲径（左右平均）の前後差を用いた。また摂取エネルギーの変化も併せて検討した。統計解析には対応のある非パラメトリック検定を用い、年齢層および初回重症度による層別解析を行った。

【結果】回診介入後の GLIM 重症度は有意に改善し、特に「低栄養非該当」への移行が増加した ($p < 0.05$)。一方、体重・BMI・下腿周囲径の変化は小さかったものの、摂取エネルギーは増加を認め、栄養回診による段階的な改善が示唆された。

【結論】栄養回診は GLIM 基準を用いた栄養評価において栄養状態の改善に寄与する可能性が示唆された。GLIM 基準は血液検査中心の評価では捉えにくい身体計測や摂食状況の変化を反映でき、回復期における栄養評価指標として有用であると考えられた。

PP2-2 回復期リハビリテーション患者におけるリハビリテーション実績指数と栄養状態の関連について

○松井 遥^{1,2)}、池田 崇²⁾、安部 聡子²⁾

昭和医科大学 藤が丘リハビリテーション病院 栄養科¹⁾、昭和医科大学 保健医療学研究科 基礎医学・専門・教育分野 臨床栄養領域²⁾

【目的】回復期リハビリテーション病棟において、低栄養は重要な課題であり、高齢患者における低栄養の有症率は50～70%といわれている。今回は、回復期リハビリテーション患者を対象に、リハビリテーション実績指数(以下リハ実績指数)に影響を与える栄養指標について検討することを目的とした。

【方法】対象は2024年6月から12月までに回復期病棟に入棟したリハビリテーション科の患者159名とした。調査項目は、入院時の基本属性、現病歴、在院日数、身体所見、日常生活自立度、骨格筋指数、握力、GLIM 基準、血液データ(TLC、Hb、Alb、CRP、CRE)、FIM スコア、摂取エネルギー量、食種、FOIS、義歯の有無とした。リハ実績指数が40未満群、40以上群の2群を単変量解析にて比較した。そのうち有意な差があり、多重共線性のない項目を説明変数、リハ実績指数を目的変数とし二項ロジスティック回帰分析を実施した。

【結果】リハ実績指数40未満群65名(40.9%)、40以上群94名(59.1%)であり、関連要因としてGLIM 基準(OR:1.55, 95%CI:1.27)と血清Alb(OR:2.29, 95%CI:1.14-4.87)が選択された。

【結論】GLIM 基準と血清Albが、リハ実績指数に関連した。特に、GLIM 基準は令和6年度の診療報酬改定にて加わった栄養評価方法であるが、ADL 改善の予測指標として有効な評価であることが示唆された。よって、GLIM 基準を用いた栄養評価と低栄養患者に対する早期介入が退院時ADL 改善に重要であると考えられる。

PP2-3 回復期病棟入院の低栄養患者における栄養状態の改善による FIM 利得との関連性

○吉田 浩章

平成病院

【目的】本研究は、入院中の栄養状態の改善が退院時の ADL 改善に影響するかを検討し、さらに FIM 利得に関連する要因を探索することを目的とした。

【方法】対象は、2024 年 1 月～7 月に当院の回復期リハビリテーション病棟に入院した GNRI:97 以下の低栄養患者 78 例とした。FIM 利得をアウトカムとし、入退院時の GNRI、GNRI の変化との関連について、さらに入退院時の各血液検査項目、身体計測 (BMI、SMI)、認知機能 (MMSE) についてスピアマンの順位相関係数を用い検討した。

【結果】退院時 GNRI と FIM 利得には有意な相関関係が認められさらに、入院時 ALT と AST は FIM 利得と有意な相関関係が認められた。

【結論】退院時に GNRI 値が向上すると FIM 利得の改善に関連する一方、入院時に重度の低栄養リスクを有する患者では大幅な改善があっても退院時の水準が依然として低い場合は、ADL 改善に十分結びつかない場合がある可能性が示唆された。このことから、経過中の定期的な栄養評価と適切な介入の必要性が高いことが示された。ALT、AST は FIM 利得に有意な差があった。ALT は主に肝臓の細胞に存在しており、3 大栄養素を代謝、合成する臓器であり栄養を担っているため密接な関係がある。AST は筋肉や心臓などにも存在し、栄養状態以外にも影響するが、肝機能値は正常値範囲であれば栄養状態に良い結果が得られることが予測されるため、入院時より評価する必要がある。

PP2-4 当院 NST の取り組みについて～疾患による四肢骨格筋量指数減少者率に着目して～

○崎田 和貴

田川新生病院 リハビリテーション部

【目的】当院 NST でセラピストはリハ栄養チームとして四肢骨格筋量指数 (以下 SMI) 向上を目標に取り組んでいる。今回、SMI 減少者率を疾患別に比較検討し、その結果を報告する。

【方法】令和 6 年 4 月 1 日から令和 7 年 3 月 31 日の間に、当院回復期リハ病棟を退院されたりハ栄養対象者 139 名、脳血管疾患 49 名、整形疾患 83 名、廃用症候群 7 名の SMI 減少者率を比較し一元配置分散分析した。

【結果】対象者は平均年齢 83.6 歳、男性 44 名、女性 95 名、全体の SMI 減少者率は 18.7%。脳血管疾患の SMI 減少者率は 20.4%。整形疾患は 18.1%。廃用症候群は 14.2%であった。一元配置分散分析では、P- 値 $0.08 > 0.05$ となり帰無仮説は棄却できない結果となった。

【結論】脳血管疾患の SMI 減少者率は高かったが、一元配置分散分析の結果では、疾患別 SMI 減少者率に有意差が認められず、疾患別で比較することは有意義ではなかった。今回、疾患を主病名で分類したが、多くの対象患者は既往にリスクを生じる合併症を有していたことも結果に影響を与えたと考えられる。SMI 減少には個人的要因が大きく、疾患による特徴的な要因よりも複合的要因が関与しており、SMI 減少に対する取り組みは疾患に着目することは重要ではなく、より個別に評価し、具体的な取り組みを行っていく必要があることが示唆された。

PP2-5 回復期リハビリテーション病棟の脳卒中患者における大腿四頭筋厚、筋輝度の変化と日常生活動作との関連

○福井 桃菜¹⁾、角平 実莉¹⁾、小谷 恭平¹⁾、川畑 真司¹⁾、田中 秀明¹⁾、小蔵 要司²⁾、川北 慎一郎³⁾

恵寿総合病院 リハビリテーションセンター¹⁾、恵寿総合病院 栄養管理センター²⁾、恵寿総合病院 リハビリテーション科³⁾

【目的】回復期リハビリテーション病棟の脳卒中患者における入棟時から退院時の筋厚、筋輝度の変化量を調査し、日常生活動作（以下、ADL）との関連を明らかにする。

【方法】後ろ向きの縦断的観察研究で、2024年10月から2025年2月に当院回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中患者18名（平均年齢70.5±14.5歳）を対象とした。簡易型超音波診断装置、ポケットエコー（Miruco;日本シグマックス社、東京、日本）を使用し、非麻痺側の大腿直筋と中間広筋の筋厚および筋輝度を測定した。測定場所は大腿骨大転子部と大腿骨外側顆を結んだ中点に印をつけ中点の短軸線上で測定した。3回測定し平均値を使用した。除外基準はデータ欠損、計測不能、脳卒中既往歴とした。統計解析はRおよびRコマンドを基に開発された統計ソフトEZR（Easy-R）を使用した。筋厚、筋輝度の変化量と運動FIM利得をShapiro-Wilk検定で正規性を確認後、ピアソンの相関係数で分析し有意水準は5%とした。症例には本研究の趣旨及び内容を説明し同意を得た。

【結果】筋輝度の変化量は運動FIM利得と有意な負の相関が認められた（ $r = -0.48, p = 0.04$ ）。一方、筋厚の変化量と運動FIM利得との間には有意な相関は認められなかった（ $r = 0.33, p = 0.17$ ）。

【結論】本研究では脳卒中患者の筋厚および筋輝度の変化量を調査しADLとの関連を明らかにした。筋輝度は低くなるほどADLが向上するという傾向が見られた。筋厚とADLとの関連は見られなかった。

PP2-6 当院回復期リハビリテーション病棟における栄養状態と運動FIM利得の関連についての実態調査

○伊東 直紀、小林 久美子、長岡 輝之、椎野 牧子、高橋 均

医療法人泰康会新潟脳外科病院

【目的】回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期病棟）では入院中に栄養状態が改善した患者は運動FIM利得が有意に高かったとの報告があることから、積極的な栄養介入が求められる。そこで、我々は当院回復期病棟入院患者を対象に栄養状態と運動FIM利得の関連について調査を行った。

【方法】2024年7月から2025年6月までに入棟し軽快退院した患者129名を対象に月に1度のモニタリングによる栄養状態や運動FIMに関するデータを調査した。調査したデータから「栄養障害あり」と「なし」の2つのグループに分け、t検定を用いて栄養状態と運動FIMの関連について解析を行った。

【結果】栄養障害なしの群の方が運動FIM利得は有意に高いという結果が得られた。エネルギー充足率では有意差がみられなかったが、たんぱく質充足率では充足率が高い群の方が有意に高いという結果が得られ、高い群での平均たんぱく質摂取量は $1.3 \pm 0.1 \text{g/kg/日}$ だった。

【結論】栄養障害の有無が運動FIM利得に影響を与えていることが確認された。本研究では特にBMIやたんぱく質摂取量が関与していることが示唆された。低栄養患者には体重増加を目指すためにエネルギー蓄積量を加味することが推奨されており、たんぱく質必要量についてもリハビリ患者は 1.2g/kg/日 以上に設定することが勧められている。両者ともに当院では十分に考慮されていなかったため今回の研究結果をもとに今後は栄養介入を行っていくこととしたい。

PP2-7 回復期脳卒中患者の Body Mass index (BMI) と機能予後の関連性についての検討

○市江 紘己¹⁾、久納 健太¹⁾、山田 和政^{1,2)}

山田病院 リハビリテーション部¹⁾、愛知医療学院大学 リハビリテーション学部²⁾

【目的】本研究の目的は、回復期脳卒中患者の BMI と機能予後の関連性を検討した。

【方法】対象は当院回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中患者 89 名とした。入院時 BMI に基づき、やせ群 (n = 12)、普通群 (n = 55)、肥満群 (n = 21) に分類した。評価項目は、BMI、握力、FIM、Weight Bearing Index とした。統計解析は、上肢・手指・下肢の Brunnstrom stage と年齢を共変量とした偏相関分析を用い、各群における BMI 相対値と、握力相対値、FIM 効率、FIM 利得との関連を検討した。なお、本研究は共同演者の所属する研究倫理審査委員会の承認を得ている。

【結果】やせ群のみ、BMI 相対値と握力相対値に強い正の相関を認めた ($r=0.77, p=0.03$)。また、全ての群において、BMI 相対値と FIM 効率、FIM 利得に相関関係を認められなかった。

【結論】回復期脳卒中患者の、やせ群において BMI と握力に強い関連が示唆された。やせ群の患者は、体脂肪の蓄積が少なく、BMI の増減が栄養摂取による筋肉量の増減と直結しやすいと推測された。つまり、体重増加が骨格筋量の増加に繋がり、握力に反映されたと考えられる。一方、普通・肥満群では BMI が筋力量のみならず脂肪量を反映することもあり、関連を認めなかったと解釈される。このことから、各 BMI 群において、多様な視点で捉えることが重要である。

PP3 (回復期 3)

ポスター会場 9:50 - 10:30

PP3-1 舌運動機能低下が目立った嚥下障害へのリハビリテーションと栄養管理の連携
—左延髄出血の一症例—○藪下 千穂¹⁾、木村 聖子¹⁾、小蔵 要司²⁾、藪越 文佳³⁾、豊田 はるか¹⁾、荒尾 祐希¹⁾、諏訪 美幸¹⁾、川北 慎一郎⁴⁾社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院リハビリテーションセンター言語療法課¹⁾、社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院臨床栄養課²⁾、公立能登総合病院リハビリテーション部³⁾、社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院リハビリテーション科⁴⁾

【目的】今回、左延髄出血後に嚥下障害を呈したが、リハビリテーション（以下リハ）と栄養管理を経て普通食の摂取に至った1例を経験したため報告する。

【症例提示】40代男性。X日左延髄出血を認めA病院に入院。X+4日気管切開術施行。X+15日胃瘻造設。X+32日嚥下反射惹起がみられるようになり、嚥下調整食1jで昼食のみ経口摂取開始。X+34日当院転院。左舌萎縮による舌運動機能低下、鼻咽腔閉鎖不全を認め、中等度構音障害を呈していた。RSST0回、藤島の分類はGr5、5.4kg（8.7%）の体重減少を認めた。昼食は嚥下調整食2-1を経口摂取、朝・夕食は胃瘻で28kcal/理想体重（IBW）/日を確保した。X+58日嚥下造影検査では、前院で多量に認めた咽頭残留はごく少量となったが、嚥下調整食3以上で食塊形成と送り込みが不良であった。STでは主に舌運動や構音訓練と段階的な食形態の調整を行った。X+63日3食経口摂取開始、眠前に胃瘻を併用し30kcal/IBW/日を確保。X+73日気管カニューレ抜去。X+87日完全に経口摂取へ移行。X+99日胃瘻抜去。X+136日自宅退院。退院時、構音障害は軽度、RSST7回、普通食の摂取が可能となり藤島の分類はGr9まで改善、体重は2.9kg増加した。

【結論】本例は、舌運動や構音訓練が準備期・口腔期の障害改善に寄与し、段階的な食形態の調整を行ったことで普通食摂取が可能となった。また、3食経口摂取移行後も胃瘻を併用したことで十分な栄養量を確保でき、積極的なリハを行える身体づくりに繋がったと考えた。

PP3-2 回復期リハビリテーション病院での慢性心不全合併脳卒中患者への高エネルギー投与(3,500kcal/日):
症例報告○岡野 健司¹⁾、藤田 恭丈¹⁾、若林 秀隆²⁾江東リハビリテーション病院¹⁾、東京女子医科大学²⁾

【目的】回復期リハビリテーション病院（回リハ）では、退院先の決定や日常生活動作（ADL）の向上に向けて、早期の栄養改善が求められる。しかし、回リハにて1日3,500kcal以上の高エネルギー投与に関する報告は少ない。今回、入院後に体重減少を認めた左被殻出血患者に対し、1日3,500kcalの攻めの栄養投与を実施し、体重増加を認めた症例を経験した。

【症例提示】症例は左被殻出血により発症27病日目に回リハへ入院した40代男性である。既往の慢性心不全にてSGLT2阻害薬を服薬していた。入院時、身長189cm、体重74.8kg（病前78.0kg）、BMI20.9kg/m²、体脂肪率7.8%、SMI8.8kg/m²、Functional Independence Measure（FIM）運動項目51点であった。エネルギー提供量は1,600kcalで開始し、2,000kcalまで漸増したが、40病日目に73.5kgに減少したためNSTで協議した。HOPEとして78.0kgまで戻したいと発言があり、病院食に加え栄養補助食品および持参食を併用し、1~2kg/月の体重増加を目標として3,500kcal/日まで漸増した。68病日目に74.0kg、96病日目に75.1kg、117病日目の退院時に76.2kgまで増加し、体脂肪率7.4%、SMI9.3kg/m²、FIM運動項目91点、屋外独歩やランニングが可能となった。

【結論】回リハにおいて、活動量や薬剤、体組成に応じて高エネルギー投与を積極的に行い、明確な体重増加目標を設定することは、栄養状態とADLの改善を両立させる有効な実践となる可能性が示唆された。

PP3-3 A-DOC と QOL 評価を用いたリハ栄養実践でレジリエンスを支援した大動脈解離術後脳梗塞患者の一例

○澤本 望¹⁾、大坂 隆介²⁾釧路孝仁会リハビリテーション病院 リハビリテーション部¹⁾、北海道文教大学 医療保健科学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻²⁾

【目的】大動脈解離術後に脳梗塞を併発し重度低栄養を呈した事例に対し、リハ栄養介入と A-DOC による目標共有、EQ-5D-5L などの QOL 評価を組み合わせ介入を行った。栄養状態・身体機能のみならず、心理社会的側面を含めた回復過程を報告する。

【症例提示】50代女性。既往に間質性肺炎があり、在宅酸素療法を行いながら ADL は自立されていた。前院で大動脈解離術後に脳梗塞を発症し意識障害が重度であった為、胃瘻を造設し、経管栄養にて栄養管理されていた。当院の一般病棟転院時 (X 日) には身長 146cm、体重 40.8kg、BMI19.1kg/2、握力 1kg、下腿周囲径 23.5cm、JCS I-3、MMSE-J11 点、FIM23 点 (運動 13 点 / 認知 10 点) GLIM 基準で重度低栄養と診断した。必要エネルギー量は 1048kcal で提供エネルギー量は 1, 200kcal であった。X+41 日に意識障害、認知機能改善に合わせて A-DOC を用いた目標共有に加えて、EQ-5D-5L を用いた QOL の評価を実施した。経過の中で活動量に合わせた提供エネルギー量の見直し、A-DOC を用いて事例の意味のある作業に関わりながら介入を行った。退院時 (X+163 日) 50.4kg、BMI23.6kg/2、握力 10kg、下腿周囲径 32.5cm、MMSE-J 28 点 FIM115 点 (運動 80 点 / 認知 35 点) GLIM 基準で非該当と診断した。

【結論】リハ栄養介入と A-DOC による目標共有は、身体・心理・社会的回復を促し、レジリエンス支援として有効であった。また QOL 評価を導入することで、機能回復だけでなく「生きる力」の再獲得を可視化できた。

PP3-4 重症筋無力症クリーゼに伴う重度低栄養に対し高エネルギー栄養介入を行い ADL の改善を認めたと一例

○引馬 匡美¹⁾、金子 希²⁾、若林 秀隆³⁾、森下 元賀⁴⁾原宿リハビリテーション病院 栄養科¹⁾、原宿リハビリテーション病院 リハビリテーション科²⁾、東京女子医科大学病院 リハビリテーション科³⁾、令和健康科学大学 リハビリテーション学部 理学療法学科⁴⁾

【目的】重症筋無力症では嚥下障害を契機に十分な栄養摂取が困難となり、低栄養に至ることもある。本症例では高エネルギー摂取が ADL 改善に寄与した可能性を報告する。

【症例提示】50代男性。インフルエンザ罹患により急性期病院入院中に心原性ショックを呈し、後に重症筋無力症クリーゼと診断された。免疫療法を受け、状態安定後に、回復期病院へ転院した。回復期病院入院時は体重 45.6kg (通常時 60kg、体重減少率 24%)、BMI17.6kg/m²、GLIM 基準で重度低栄養、嚥下機能は FILS7、食形態は学会分類コード 2-1、握力右 30.0kg・左 30.0kg、FIM82 点 (運動 55 点、認知 27 点) であった。本人からの体重増加希望が強く、体重目標は 1 か月に 3kg の増加と設定した。

入院初期は 1400kcal から開始し、翌日に 1600kcal、4 日目に 2500kcal、2 週目以降は持ち込み食を含め約 3000kcal の摂取となった。AST: 59、ALT: 166、 γ GTP: 376 に上昇し、脂肪肝疑いのため 1900kcal に減量。退院時には体重 52.7kg、BMI20.3kg/m²、GLIM 基準で低栄養非該当、FILS9、常食、握力右 34.0kg・左 32.0kg、FIM123 点 (運動 88 点、認知 35 点) に改善し 46 日目に自宅退院した。

【結論】本症例では重症筋無力症に伴う嚥下障害により低栄養を呈したが、高エネルギー摂取により体重増加と栄養状態の改善が得られ、ADL 改善に寄与した可能性が示唆された。栄養介入に際しては肝機能障害などのリスクを考慮し、適切なモニタリング下で行うことが重要である。

PP3-5 遷延する小脳症状を呈した小脳出血患者に対し、薬剤師と協働し栄養管理を行い経口摂取量が安定した一例

○大桃 春菜

一般社団法人新潟県労働医学衛生協会附属 岩室リハビリテーション病院

【目的】 小脳出血では小脳症状の眩暈、嘔気、嘔吐が高頻度で表れ、食事摂取量に影響する。小脳症状の場合、制吐剤の効果が乏しい場合もあり薬剤師の協力と連携が必要である。本症例は、遷延する小脳症状を呈した小脳出血患者に対し、薬剤師と協働し栄養管理を行い、食事摂取量が安定した症例を経験したので報告する。

【症例提示】 60代女性、主病名は左小脳出血。既往歴2型糖尿病、高血圧症。急性期病院にて頭蓋内血腫除去術、右脳室ドレナージ術を施行。発症から42日後に当院回復期リハビリテーション病棟に入院。術後も活動時に嘔気、嘔吐、眩暈を認めた。嘔気嘔吐により食事量の低下で脱水が懸念された。入院時に頭位変動による気持ち悪さと口渇感があることを薬剤師へ報告し、薬剤師は入院2日目に制吐剤の変更とトラベルミンを提案した。食事内容の調整は、臥床下でも摂取できるONSを提供したが食事量の改善はなかった。入院13日目、体重減少と遷延する食欲不振と口渇感があることを薬剤師へ情報提供した。眩暈は改善しているため、小脳症状の影響で食欲不振の可能性は低く、制吐剤の抗コリン作用が要因と考え注射薬の減量を行った。以後、食事量は安定。患者の症状を適切に薬剤師へ情報提供することで食欲不振の要因が判明した。

【結論】 小脳症状が遷延する小脳出血患者には、患者の症状を適切に薬剤師へ情報提供し、協働して栄養管理を行うことが重要である。

PP3-6 食欲不振がみられた回復期リハビリテーション病棟入院中の症例

○大濱 良映

医療法人社団協栄会大久保病院 栄養科

【目的】 食欲不振の診断推論を用いて症例検討する

【症例提示】 95歳、女性。長男家族と同居、デイサービスを利用。要介護2でADL自立していた。難聴ではあるが通常コミュニケーション可能だった。既往に高血圧、くも膜下出血。自宅で転倒し、左大腿骨頸部骨折と診断され入院。5病日目、一般病棟で左大腿骨骨折観血的手術を実施、11病日目、リハビリテーション目的で回復期リハビリテーション病棟へ移動。入院後から食欲不振が継続しているため担当の管理栄養士が食欲不振の臨床推論を行った。

【結論】 薬剤と義歯の不具合による食形態が変化したことにより、食欲不振となった症例であった。入院時は認知機能低下による食欲不振ではないかと判断されていた。OPQRST法によるアセスメント、SNAQスコアによる評価、まれだが見逃してはいけない食欲不振の原因を評価することで食欲不振の原因を診断推論することができた。食形態を見直し、嗜好に合わせた食事を提供することにより食欲が改善した。口腔環境を整えることは、適切な食事を摂取するために重要であることから「リハビリテーション・栄養・口腔の三位一体」で取り組む必要がある。しかしながら、薬剤については減量や中止することはできなかったことが反省点としてあげられる。管理栄養士は食事だけでなく、薬剤などを含めた包括的な視点から提案できるように臨床推論能力を高めていかなければならないと学びを得られた症例であった。

PP3-7 体組成計を用いた評価を行うことで減量中のタンパク質摂取量増量に同意を得られた一例

○鈴木 裕也、池田 龍平

島田市立総合医療センター

【目的】左被殻出血発症後、嗜好の問題から急激に体重減少した肥満症例へ、体組成計を用い評価を行った結果、タンパク質摂取量が増え、骨格筋量減少を抑えた減量が可能となったため報告する。発表に際し、本人へ説明し同意を得ている。

【症例提示】40代男性、両親と同居、整体院経営、身長172cm、病前体重95kg、BRSⅡ-Ⅱ-Ⅲ、失語症軽度、認知機能良好、FIM34点であった。

30病日介入開始、体重87.8kg、骨格筋量29kg、脂肪量25.8kg、BMI29.6、TEE2210kcalに対し1800kcalタンパク質量75gの摂取、飲み物の付加に同意あり、100kcalタンパク質15g、の補助食品を追加し、筋力訓練を開始した。

116病日体重84.4kg、骨格筋量27.8kg、脂肪量24.6kg、骨格筋量減少を知った症例の希望で、総摂取量2200kcalタンパク質量95gとした。

131病日体重83.5kg、骨格筋量27.6kg、脂肪量23.6kg、杖歩行訓練が始まり、空腹感を訴えた。補助食品を追加し、総摂取量2300kcalタンパク質量110gとした。

209病日体重80.8kg、骨格筋量28.15kg、脂肪量19.56kg、BMI27.2、骨格筋量は増加、BRSⅣ-Ⅳ-Ⅳ、FIM117点、杖歩行自立し自宅退院した。

【結論】Kokuraらはタンパク質が1.0/kg/日未満では筋肉減少リスクが高まるため、1.3g/kg/日以上の摂取を推奨している(2024)。今回体組成計を用いることで、症例の食への関心が高まり、適切なタンパク質摂取量になった結果、骨格筋量減少を抑えた減量が可能となったと考える。

PP4 (チーム医療 1)

ポスター会場 9:50 - 10:30

PP4-1 リハビリテーション栄養と多職種連携 ～低栄養とリハビリテーションに関する管理栄養士の勉強会の効果～

○松永 大一

イムスグループ 医療法人社団明芳会 イムス佐原リハビリテーション病院

【目的】 当院回復期リハビリテーション病棟で実施したリハビリテーション栄養・GLIM 基準に関するアンケート結果から、リハビリテーション栄養 GLIM 基準の多職種への広め方を検討する。

【方法】 コメディカルに対し同内容、全4問のアンケートを計3回実施(勉強会前(A群)直後(B群)3か月後(C群))。3群間の比較にKruskal-Wallis検定、多重比較はBonferroni法で補正したMann-WhitneyのU検定を実施。

【結果】 全4問における3群間の比較はすべて有意差あり。

問1 リハビリと栄養はどれくらい関係があると思いますか?・問3 栄養状態の改善に自分はどれくらい関係があると思いますか?は有意差なし。GLIM基準はリハビリとどれくらい関係があると思いますか?はAvsB・AvsC・BvsCで有意差あり。問4GLIM基準は何を診断するツールですか?はAvsB・AvsCで有意差あり。有意水準(p<0.05)

【結論】 GLIM基準が低栄養の診断基準であるということは勉強会によりコメディカルへ理解が浸透した。リハビリと栄養の関連・栄養状態の改善と多職種の連携については、勉強会後も栄養状態の改善には多職種連携が必要であることや各職種の専門性を活かした全人的なリハ栄養が必要であることについて、エビングハウスの忘却曲線を参考に院内でのリハ栄養に関する学習機会増加が必要である。

PP4-2 栄養サポートチームに関わるリハビリテーションスタッフの役割と科内の取り組み紹介

○加治屋 敬子¹⁾、長澤 青空¹⁾、町田 直之¹⁾、長岡 亜由美²⁾、大村 健二³⁾

医療社団法人愛友会 上尾中央総合病院 リハビリテーション技術科¹⁾、上尾中央総合病院 栄養科²⁾、上尾中央総合病院 栄養サポートセンター³⁾

【目的】 2024年4月から2025年3月までの当院NST新規介入患者475人中446人(93.9%)にリハビリが介入した。回診時にリハビリ状況などの情報を提供するには事前の情報収集が必要であり回診に参加するスタッフの負担も少なくなかった。また臨床で悩んでいる低栄養患者への介入に関してリハビリ科内で相談できる場がなかった。そこで、①リハビリ科内のNST回診用紙の作成と活用、②リハビリ科内で栄養相談窓口の立ち上げを行った。2016年から用紙を作成し、改訂を行い現在の運用の至るまでの経過を報告する。

【方法】 NST回診の参加者は各自で情報収集を行っていたが、2016年リハビリ科内でNST回診用紙を作成した。用紙の項目は入院前と入院後のADL状況・食形態、歩行距離、離床時間、MMSE-J、摂食動作等とした。なお、用紙の記入はNST回診者ではなく患者の担当者が行う事で情報収集の時間短縮を図った。低栄養患者やリハビリ負荷で悩んでいる患者などを相談できる科内の窓口として、NST回診者に役割を提示した。

【結果】 NST回診用紙を作成した事で事前準備が平均2時間から30分へ短縮し負担を軽減、またNST回診時に伝える内容の個人差をなくし明確する事ができた。しかし、相談窓口の活用はまだ不十分な状況である。

【結論】 NST回診用紙の作成・活用で円滑な情報提供は行えるようになったが、リハスタッフのリハ栄養に関する理解度は依然として低いため今後も栄養の重要性を周知していく必要がある。

PP4-3 災害時における当院の災害時体制 NST の役割

○下出 祐造^{1,2,3)}、川上 理^{2,3)}、影近 謙治^{4,5)}、宮下文⁶⁾、向井 弘圭⁷⁾、中橋 毅⁸⁾、島中公志⁸⁾、北村 守正^{2,3)}、辻 裕之⁹⁾

公立穴水総合病院 耳鼻咽喉科¹⁾、金沢医科大学 頭頸部外科学講座²⁾、金沢医科大学病院 摂食嚥下センター³⁾、
公立穴水総合病院 リハビリテーション科⁴⁾、金沢医科大学 リハビリテーション科⁵⁾、公立穴水総合病院 栄養部⁶⁾、公立穴水総合病院 外科⁷⁾、
公立穴水総合病院 内科⁸⁾、浅ノ川総合病院 耳鼻咽喉科⁹⁾

【目的】令和6能登半島地震では能登半島の広範囲に大規模災害が発生した。公立穴水総合病院（以下穴水病院）はNSTが災害時体制を構築し、保健師、被災地の一般歯科開業医、石川県リハビリテーションセンター、石川県栄養士会をはじめ医療支援活動を行う各種団体ならびに関連医療機関と連携し災害医療支援活動を行っている。

【方法】穴水病院外来診療における誤嚥性肺炎の窓口対応強化と高齢虚弱患者の積極的な入院管理を行っている。穴水町と近隣市町の被災者を対象に、自治体と連携し避難所・仮設住宅での誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア、摂食嚥下リハビリテーション指導、窒息予防指導、入院前にさかのぼりGLIM基準を用いた低栄養評価管理や指導などのヘルスプロモーション活動、難聴者へ補聴器装用の取り組みを行っている。特に穴水町では参加されない仮設住宅入居高齢者を対象に直接訪問し対応している。

【結果】穴水町をはじめ輪島市門前町、能登町、珠洲市で現在も活動中である。

【結論】このたびの地震では「災害医療支援」と「超高齢化社会」という課題の同時解決が求められた。災害関連死の予防活動は避難所から仮設住宅へ切れ目なく対応する必要がある。受援側の病院においても、医科歯科、多職種連携で災害医療支援と早期より積極的かつ継続的なかかわり合いを持つ必要があり、病院NSTの役割が重要と思われた。能登NST研究会に所属する病院との連携も経験したので報告する。

PP4-4 多職種で食事に係わる耐久性へアプローチし、摂取栄養量増加に繋がった食欲不振患者の一症例

○山内 章稔¹⁾、溝川 賢史¹⁾、山口 歩未¹⁾、和田 三生子¹⁾、近藤 推々美²⁾、浅野 一信³⁾、清水 鈴佳⁴⁾

医療法人社団登豊会 近石病院 リハビリテーション部¹⁾、医療法人社団登豊会 近石病院 看護部²⁾、
医療法人社団登豊会 近石病院 栄養科³⁾、医療法人社団登豊会 近石病院 歯科・口腔外科⁴⁾

【目的】食欲不振後の廃用症候群患者に対し、多職種（NS、PT、OT、ST、RD、DH、CW）で耐久性向上を図り、摂取栄養量増加に繋がった症例を報告する。

【症例提示】90歳代女性。診断名：食欲不振。今回食欲不振による低血糖により当院受診し、治療目的で入院加療となる。入院時より終日臥床傾向で活動性・耐久性低下あり、基本動作は重介助。ベッド上での食事摂取でも10分程度で中止する場面が見られ、TEE：1073Kcalに対して730Kcalと摂取栄養量不足を認めた。

食事の体力温存を優先して、リハビリは食間に介入。多職種においても口腔ケアや排泄援助等、食事の体力に影響しないよう調節を図った。徐々に耐久性向上し離床時間延長出来た為、8病日目から昼食時の離床開始。更なる耐久性向上の為、食後の臥床前にトイレ誘導や口腔ケアを行い、連続した離床となるよう多職種で連携した。その後2時間程度の離床が可能となった為、12病日目から毎食離床へ変更。併せて補助栄養食導入を開始。リハビリ継続の為、15病日目で地域包括病棟へ転棟となる。

1病日目と15病日目で比較し栄養摂取量730Kcal→900Kcalと改善を認めた。

【結論】耐久性低下により摂取栄養量が減少している患者に対して、食事に係る体力の温存、耐久性向上を優先に介入したことで、余裕をもって食事をすることが出来るようになり、摂取栄養量の増加に繋がったと考えられる。

PP4-5 多職種連携による重度低栄養患者の改善例 —嚥下リハ栄養チーム回診への参加を通じた看護師の学び—

○和泉 奈央¹⁾、大塚 有希子¹⁾、笈 慎吾²⁾、永井 多賀子²⁾、若林 秀隆²⁾

東京女子医科大学 看護部¹⁾、東京女子医科大学 リハビリテーション科²⁾

【目的】病棟看護師として、患者の食事摂取量や口腔ケア状況の観察に留まり、多職種で評価をする経験が乏しかった。今回、看護師が栄養サポートチーム専門療法士を取得し、嚥下リハ栄養チーム回診に参加した学びを報告する。本報告について患者に書面と口頭において説明し同意を得た。倫理的配慮は所属施設の看護研究支援委員会の確認を得た。

【症例提示】70代男性。大動脈弁置換術後で脳梗塞後の右片麻痺と嚥下障害があり、誤嚥性肺炎で入院中。嚥下リハ栄養チームが介入時、体重44.6kg、GLIM基準で重度低栄養、BIは90点。回診では各職種が以下の評価と介入を行った。

看護師が摂取栄養量や体重、吸引状態、在宅環境を共有、療法士はサルコペニアや術後の胸郭変形と円背による嚥下機能低下を指摘し、歯科医は口腔診察、ケア方法を指導した。医師はダバグリフロジンによる体重減少の可能性を指摘し、中止とした。嚥下と全身のリハを継続し、1日2200kcalを摂取目標とした。結果、体重47.2kg、BIは95点に改善し、介入20日後に自宅退院した。

【結論】チーム回診により、嚥下障害や低栄養の原因を姿勢、薬剤の副作用、サルコペニアなど多職種協働が発揮された。日々の看護には配膳や配薬、ADL介助で患者に接する場面が多く、多職種の知識が看護にも活かせられる。看護師の視点も多職種と統合することで質の高い患者支援が可能となる。よって、看護師の参加が重要な役割を示すと示唆された。

PP4-6 多職種連携によるNST介入によって著明な改善が得られた味覚異常を呈した高齢GLIM基準重度低栄養の一例

○水田 早智

社会医療法人敬和会 大分リハビリテーション病院

【目的】COVID-19罹患後の廃用症候群は身体機能やADLの低下に加え、栄養状態の悪化を招き深刻な影響を及ぼす。味覚異常を伴う場合、食欲低下による低栄養の進行が懸念される。今回、COVID-19罹患後に廃用症候群を呈し、重度低栄養かつ味覚異常を認めた高齢患者に対し、多職種連携によるNST介入を行い、栄養状態とADLの改善を得た症例を報告する。

【症例提示】85歳男性。胆石性急性性胆嚢炎に対し急性期病院にて開腹胆嚢開窓術・胆管内瘻術を施行後、COVID-19罹患により廃用症候群罹患。リハビリ目的にて回復期病院へ転院。入院時評価にてBMI21.1、MNA4点、CONUT5点、FIM104点、GLIM基準で重度低栄養、味覚異常と摂取量低下を認めた。

易消化食ハーフから開始し多職種連携のもとNST介入、味覚異常に配慮した補食の提案や本人の嗜好に合わせた献立内容の調整を実施した。徐々に摂取量改善し1か月後全量摂取可能。その後C-Tube交換目的にて急性期病院へ転院、リハビリ継続目的にて再入院。再入院時味覚異常は改善し脂質制限食を10割摂取可能。施設入所の為退院。退院時評価にてBMI21.4、MNA9点、CONUT3点、FIM113点、GLIM基準で中等度低栄養と改善を認めた。

【結論】早期のNST介入と多職種による継続的支援が奏功し、味覚異常を呈すGLIM基準重度低栄養患者に栄養状態の改善とADLの向上が得られた。今後もチームでのリハビリ栄養支援を通じて、QOL向上に寄与していきたい。

PP4-7 InBody を活用した理学療法からみた栄養管理

○宇田川 未郁、須藤 佑菜

医療法人三愛会 埼玉みさと総合リハビリテーション病院

【目的】 回復期リハビリテーション病棟ではサルコペニアが好発しやすく、その予防が重要である。InBody 評価を患者教育の手段として活用し、理学療法（以下 PT）からみた栄養介入を行うことで、患者の意欲向上と身体機能改善に繋がられた症例を報告する。

【症例提示】 76 歳男性。橋梗塞で入院。初回評価は、SMI7.0kg/m²、握力 28.0kg、10m 歩行速度 1.24m/sec。PT の問題は、筋力、バランス、歩行能力、耐久性低下。栄養は、InBody の体型評価が標準体重肥満型で、初回評価でサルコペニアのカットオフ値に近い値であったことから筋量増加を目標に介入。第 15 病日、PT は屋外歩行・階段昇降、自主訓練を提示。これを受け、乳清タンパク質を使用した栄養補助食品を付加し、たんぱく質を 1.44g/kg/日に増量した。1 ヶ月後の評価時に本人より下肢の機能低下の愁訴あり。InBody 結果も下肢筋量%の左右差を確認したことで、自主的に自主訓練の回数を増加させた。この増量により PT 介入中の疲労感が増したため、PT と協議し、自主訓練を調整。以降、自己報告と InBody 結果の照合を通じて行動変容を促し、PT と情報共有しながら、運動と食事内容を都度変更した。その結果、退院時に SMI7.2kg/m²、握力 31.8kg、10m 歩行速度 2.02m/sec と向上した。

【結論】 退院までにサルコペニアに該当することなく、筋量向上を認めた。PT からみた栄養介入と InBody の客観的な評価が、患者の身体機能改善に対する意欲向上に繋がった。

PP5 (チーム医療 2)

ポスター会場 10:40 - 11:20

PP5-1 患者の意向を尊重し多職種チームで行ったリハ栄養の実践
～治療抵抗性心不全患者の ACP に繋がったリハ栄養～○清水 真子¹⁾、高木 聡¹⁾、井出 野恵¹⁾、井関 夏実²⁾、北詰 栄里³⁾日本医科大学武蔵小杉病院 看護部¹⁾、日本医科大学武蔵小杉病院 栄養科²⁾、日本医科大学武蔵小杉病院 口腔科³⁾

I. 目的

低心機能により長期人工呼吸器管理を余儀なくされた心不全患者に対し、多職種でリハビリテーション栄養（リハ栄養）を実施した。患者の QOL そして QOD を考慮した貴重な関りができたためここで報告する。

II. 症例提示

【プロフィール】・A 氏：80 歳代女性、夫に先立たれ子供はなく独居・既往歴：高血圧、脂質異常症【経過】2020 年〇月〇日に胸痛を自覚し救急要請。心筋梗塞による急性心不全の診断で当院 ICU に入院し、補助循環と人工呼吸器管理による集中治療が行われた後、第 48 病日に一般病棟へ転出した。【リハ栄養の実際】A 氏は、HFrEF のため強心剤と人工呼吸器が外れない状況であったが「食べたい」という意思表示がはっきりしていた。「訓練食ではなくどら焼きやサンドイッチが食べたい」という希望を叶えるため、NST や摂食嚥下チームだけでなく、RST 等も支援に参加した。その結果、長期入院期間の中で一時的だが強心剤と人工呼吸器を離脱し、食事をして過ごすことができた。腸炎から敗血症に至り第 163 病日に死亡退院となったが、最期を迎える直前まで患者の希望通り経口摂取を続けることができた。

III. 結論

病態に応じたリハ栄養は対象者の機能や QOL などを最大限に高める可能性を秘めていると言われている。今回、末期心不全である A 氏に対し、多職種でリハ栄養を実施したことが、「本人が最期まで尊厳をもって人生を全うすることを支援する」という ACP の目標達成に繋がったと考える。

PP5-2 周術期リハ栄養により、体重・骨格筋量の減少を認めたが身体機能の維持が可能であった大動脈食道瘻の一症例

○森山 寛基^{1,5)}、野々山 孝志^{2,5)}、野々山 忠芳¹⁾、中村 珠沙希^{3,5)}、水上 京真^{4,5)}社会医療法人 杏嶺会 一宮西病院 リハビリテーション技術部¹⁾、社会医療法人 杏嶺会 一宮西病院 リハビリテーション科²⁾、社会医療法人 杏嶺会 一宮西病院 看護部³⁾、社会医療法人 杏嶺会 一宮西病院 栄養科⁴⁾、社会医療法人 杏嶺会 一宮西病院 NST⁵⁾

【目的】二次的な大動脈食道瘻に対し周術期のリハ栄養を実施し、体重および骨格筋量の著明な減少を認めたものの、身体機能を維持できた症例を経験したため報告する。

【症例】52 歳男性。今回、大動脈食道瘻に対し全弓部置換術および腸瘻造設術を施行。病前 ADL は自立レベル。X-19 日に全身管理目的で入院し、X-18 日よりリハビリテーションを開始。歩行練習および低強度レジスタンストレーニング(RT)を行い、術前より栄養サポートチーム介入下でエネルギー 1960kcal、蛋白質 90g で管理した。術前は体重 63.3kg、握力 38.5/43.0kg、下腿周径 36.5/33.6cm、6 分間歩行距離 311m、骨格筋指数 (SMI) 7.4kg/m²であった。術後 X+2 日より経腸栄養を開始し、ICU 退室時 (X+5 日) にはエネルギー 984kcal、蛋白質 57g まで漸増。退室時の MRC sum score 54 点。術後リハは X+1 日より実施し、X+5 日に離床、X+9 日より歩行・RT、X+20 日から自転車エルゴメーターを開始。その後、エネルギー 1954kcal、蛋白質 100g まで漸増し、体重は 60kg 付近を維持した。握力 35.6/34.4kg、6 分間歩行距離 501m、体重 58.3kg、SMI 6.2kg/m²となり X+51 日退院となった。

【結論】周術期侵襲下では体重・骨格筋量の維持は困難であったが、リハ栄養と経時的評価により減少を最小限に抑え、身体機能の維持向上につながったと考える。

PP5-3 多職種連携によりリフィーディング症候群を予防し得た一例 —当院におけるリハ栄養口腔連携体制の取り組み—

○船津 文香¹⁾、若菜 理¹⁾、一ツ松 勤²⁾、靄 知光³⁾

社会医療法人天神会新古賀病院 リハビリテーション課¹⁾、社会医療法人天神会新古賀病院 脳神経外科²⁾、
社会医療法人天神会新古賀病院 教育研修部³⁾

【目的】当院では急性期病院におけるリハビリ・栄養・口腔管理の質向上を目的に、2024年10月よりリハ栄養口腔連携体制加算の算定を開始した。本報告では、ハイリスク症例に対するデイリーカンファレンスの有用性を、リフィーディング症候群（以下、RS）を予防し得た症例を通して検討した。

【方法】リハビリストッフ、管理栄養士、看護師、医師による週1回の定期カンファレンスに加え、摂食嚥下障害や低栄養リスクの高い症例を「ハイリスク症例」として抽出し、毎日のデイリーカンファレンスを実施した。各職種で情報を共有し、介入方針を協議する体制を構築した。本発表では、RSを予防し得た症例を報告する。

【結果】63歳男性、急性腎不全で入院。入院前より食事摂取困難があり、RSのハイリスクと判断しデイリーカンファレンスの対象とした。主治医にP、Mg、ビタミンB1の測定を依頼し、P値の推移や食事摂取量を多職種間で共有しながら、ビタミンB1補充などを調整した結果、RSを発症することなく経口摂取量が増加し、腎機能の改善を認め退院に至った。

【結論】ハイリスク症例に対する頻回な多職種カンファレンスは、患者状態の変化を早期に把握し、柔軟かつ効果的な介入につながる事が示唆された。今後は症例数を蓄積し、客観的な効果検証と効率的な運用体制の確立が課題と考えられる。

PP5-4 白蓋形成術後のリハビリテーションに HMB 含有栄養剤併用し、栄養状態、筋肉量の改善をみた重症児の1例

○竹下 英子¹⁾、菊次 幸平²⁾、野島 真帆⁴⁾、堤 ひとみ³⁾、村上 博美⁶⁾、中原 雄志⁷⁾、川野 奈緒³⁾、大島 こずえ³⁾、
岩田 洋美¹⁾、山下 裕史朗^{1,5)}

柳川療育センター 小児科¹⁾、柳川療育センター リハビリテーション室²⁾、柳川療育センター 看護部³⁾、柳川療育センター 薬剤部⁴⁾、
柳川療育センター 神経発達症センター⁵⁾、柳川療育センター 検査室⁶⁾、柳川療育センター 放射線室⁷⁾

【目的】白蓋形成術後の安静、臥床による低栄養、筋力低下に対するリハビリテーション栄養の検討

【症例提示】症例は Joubert 症候群関連疾患の10才男児。小脳低形成があり筋肉は低緊張である。白蓋形成不全の為左大腿骨が脱臼し、白蓋形成術を受けた。術後はギブス固定にてベッド上安静、座位保持装置にのれるようになっても、左股関節の内転、内旋、外旋は制限された。SRC ウォーカー乗車などのADL改善のためには、低栄養を改善し筋肉量を増やす必要があった。当初はまだ侵襲後であり慎重に経腸栄養していたが、術後の炎症が治まったと判断した時点より、HMB (βhydroxy-βmethylbutylate) などの分岐鎖アミノ酸を含む栄養剤を用いた。また同時に免荷しないリハビリテーションを開始した。GLIM 基準に則り、表現型としては体重・BMI測定、採血、下腿周囲長、骨格筋超音波による筋量測定、病因は手術侵襲と注入量低下の評価にて栄養評価した。

【結論】HMBはmTORの活性化により蛋白質の合成を促進するとともに、ユビキチン-プロテアソーム蛋白分解経路を制御することによって、徐脂肪体重を保ち、体蛋白劣化を抑える働きがある。本症例でも栄養状態、筋肉量の改善とともにADLの改善を認め、栄養とリハビリテーションの連動が大切であると考えられた。

PP5-5 栄養管理についての多職種連携により完全経口摂取を再獲得した一例

○齋藤 ほか、鈴木 優太、佐藤 果菜美、茂木 紹良

鶴岡協立リハビリテーション病院

【目的】腸管機能が保たれている場合の栄養経路は経腸栄養の選択が一般的だが、様々な理由から経腸栄養を選択できないケースも存在する。今回、原因不明の摂食嚥下障害を呈し複数の要因により経腸栄養が困難であった症例に対し、末梢挿入型中心静脈カテーテル（以下 PICC）で栄養経路を確保し、多職種で連携を行い、完全経口摂取を再獲得して在宅復帰に至った症例について報告する。

【症例提示】80代女性。Z-10日頃より著しい摂食嚥下障害と経口摂取量低下がみられたため、栄養摂取量の確保とリハビリテーション目的でZ日に当院へ入院した。嚥下内視鏡検査と嚥下造影検査で舌による送り込み低下と重度咽頭収縮力低下を認めた。Z日より絶食とし、末梢静脈栄養を開始した。ご本人からの胃瘻を含めた経腸栄養に対する強い拒否があったが、経口摂取量が増加せず、安定した栄養摂取量の確保と完全経口摂取の再獲得、在宅復帰を目標にZ+25日にPICC挿入となった。経口摂取とPICCの併用による栄養療法により、著明な体重減少や栄養状態の悪化なく経過し、嚥下機能の改善に伴って段階的に経口摂取を拡大した。Z+39日より完全経口摂取を再獲得し、Z+64日に自宅退院となった。

【結論】原因不明の摂食嚥下障害と複数の要因により経口摂取と経腸栄養が困難な場合でも、PICCによる静脈栄養や栄養管理について多職種間で情報共有を密に行うことが、完全経口摂取の再獲得、在宅復帰の達成に有効であると考えられる。

PP5-6 短腸症候群患者に対するNST介入がエネルギー充足率およびADL能力の維持に寄与した一例

○早崎 温貴、皆田 渉平、田中 とも、廣瀬 ゆか、今岡 信介

社会医療法人敬和会 大分岡病院 リハビリテーション部

【目的】短腸症候群（short bowel syndrome：SBS）では、小腸切除により栄養吸収能が低下するため、適切な栄養管理が不可欠である。今回、SBSを呈した患者に対し、NST介入のもと段階的に栄養・薬剤・運動負荷を調整した結果、全身状態の安定化および機能維持に寄与した経過を報告する。

【症例提示】70代男性。非閉塞性腸間膜虚血および小腸穿孔に対して2回の手術を施行し、回腸末端を含む広範囲小腸切除後に残存小腸約1mでSBSを呈した。入院時BMI15.0、GLIM基準による重度低栄養、ADL全介助であった。X+120～128日ではCONUT8点、敗血症性ショックのため静脈栄養中心にて、エネルギー充足率94%、リハビリテーション（以下、リハ）は関節可動域練習を実施した。X+129～135日では血圧の安定に伴い経腸栄養を併用し、栄養経路を段階的に拡大した。経腸栄養導入後の下痢に対し栄養剤・薬剤を調整し安定化を図った。リハは下肢筋力練習を開始した。X+136～155日ではCONUT4点、エネルギー充足率109%まで到達。リハは骨格筋刺激装置を開始した。NST介入およびリハ継続によりFIMは入院時47点から65点に改善した。

【結論】多職種によるNST介入によりエネルギー充足率は109%まで改善し、身体活動量を高める段階へ移行した。FIMの改善も認められ、身体機能・ADL向上への寄与する可能性が示された。SBS患者において、NSTは多職種の専門性を統合し、全身状態の安定化に寄与する可能性が示された。

PP5-7 嚥下リハ栄養チーム看護師が関わる退院支援の実際：2 症例報告

○大塚 有希子^{1,2,3)}、篠 聡子¹⁾、和泉 奈央¹⁾、笥 慎吾²⁾、永井 多賀子³⁾、若林 秀隆³⁾

東京女子医科大学病院 看護部¹⁾、東京女子医科大学病院 リハビリテーション部²⁾、東京女子医科大学病院 リハビリテーション科³⁾

【目的】 嚥下リハ栄養チーム（以下、チーム）看護師として関わった2 症例を通し、リハ栄養の視点を取り入れた退院支援の実際と看護師の役割を整理する。

【方法】 チームは入院中に栄養状態、嚥下・身体機能、口腔評価を行い、多職種が専門の立場から連携して介入した。チーム看護師は退院支援看護師と介入内容・本人希望・自宅環境・支援者情報を共有し、退院後の継続支援を検討した。本発表は対象者の同意と所属施設看護部研究支援委員会の確認を得た。

【結果】 症例1はBMI16の70歳代男性、誤嚥性肺炎で入院を繰り返していた。栄養治療・嚥下および全身リハ・薬剤調整を行い、BIは90から95、FILS7を維持した。退院前に妻と在宅医療に嚥下調整食やADL維持に必要な栄養を共有し、訪問歯科に齲歯の継続治療を依頼した。退院2か月後にBI95、FILS7を維持した。

症例2はBMI14の60歳代女性、脳悪性リンパ腫が疑われ、BI50、FILS2で経管栄養を開始した。パーキンソン症候群と下痢の被疑薬中止後に嚥下機能と下痢が改善し、退院時にはBI95、FILS3となった。栄養投与方法を退院後の生活に合わせて調整し、在宅嚥下リハを導入したところ、退院1か月後にBI100、FILS4となり仕事を再開した。

【結論】 ADLや栄養状態の改善は入院中の完結が難しく、退院後も継続した指導やサポートが求められる。看護師が退院支援部門と情報共有や支援を検討することは、退院後の生活での身体機能の向上に寄与する可能性がある。

PP6 (生活期)

ポスター会場 10:40 - 11:20

PP6-1 入院時の栄養状態 (CONUT スコア) と死亡リスクとの関連

○山崎 徹、沼田 一成、奥埜 博之

奈良東病院 リハビリテーション科

【目的】 当院入院患者を対象に、入院時の Controlling Nutritional Status (以下 CONUT) 値と院内死亡率の関連を明らかにし、予後指標としての有用性を検討した。

【方法】 後ろ向きコホート研究として、患者 118 名を対象とした。対象を生存群と死亡群に分類し、各項目について単変量解析を用いて群間比較を行った。また、死亡率と栄養状態の関連を明らかにするためにロジスティック回帰分析を行った。ROC 曲線を用いて CONUT 値と死亡転帰の関係についてカットオフ値に基づき群別した。生存期間は Kaplan-Meier 法を用いて算出し、両群間の有意差検定は Log-rank 検定にて解析を行った。加えて、Cox 比例ハザード回帰分析を用いてハザード比を算出した。

【結果】 単変量解析の結果、生存群の CONUT 値が死亡群より有意に低く、入院期間は長かった。多変量解析においても、CONUT 値は死亡転帰に有意に関連した。カットオフ値に基づいて CONUT < 5 群と CONUT ≥ 5 群に分けた結果、CONUT < 5 群の生存期間が有意に長かった。Cox 比例ハザード回帰分析では、CONUT ≥ 5 群の死亡リスクは CONUT < 5 群の 1.82 倍であった。

【結論】 入院時 CONUT 値が 5 以上の患者では院内死亡リスクが高く、予後評価に有用な指標と考えられた。

【倫理的配慮】 本研究は奈良東病院倫理審査委員会にて承認を受けている。(承認番号：NH2025-007)

PP6-2 抗精神病薬が介護老人保健施設認知症入所者の栄養摂取に与えた影響：症例報告

○木原 亮香^{1,2)}、堀野 祥子^{2,3)}、星野 雄太^{1,2)}恵寿総合病院 臨床栄養課¹⁾、介護老人保健施設 鶴友苑²⁾、介護老人保健施設 和光苑³⁾

【目的】 抗精神病薬の影響と考えられる食行動の変化に対し、多職種による食支援で Activities of Daily Living (ADL) の維持と自力摂取の継続および、栄養状態の改善を認めた症例を経験したので報告する。

【症例提示】 95 歳女性、独居。20XX 年に L1 圧迫骨折で入院後、自立歩行能力や手段的 ADL が低下し、介護老人保健施設へ入所した。入所時は意思疎通が可能で、軽介助で歩行器歩行を行っていた。身長 152cm、体重 47.5 kg、BMI 20.6 kg/m² で、Barthel Index (BI) は 55 点であった。認知症の進行に伴い抗精神病薬 (プロナンセリン、トラゾドン塩酸塩) の内服が開始され、その後動作が緩慢となり自力で全量摂取出来ていた食事が要介助となった。食事摂取量が 9 割から 5 割に低下し、2.8kg の体重減少を認めた。この為多職種で介入し、内服の変更 (プレクスピプラゾール、抑肝散) で摂取量は 9 割に回復し、体重は 50.0 kg、BMI 21.7 kg/m² まで増加した。介入時に食事時間は介助で約 1 時間を要していたが、自助食具と環境調整で、見守り下で 30 分以内に再び自力摂取が可能となった。リハビリテーションでは、食事姿勢の保持を目的に食環境を変更し、ADL 維持を目指して歩行器を用いた歩行訓練を継続した結果、BI は 50 点で維持した。

【結論】 抗精神病薬が食行動へ影響を及ぼし自力摂取能力の低下を招くことが示された。施設入所中の認知症を有する高齢者の抗精神病薬の影響には栄養士の栄養管理を含む多職種の個別介入が有効である。

PP6-3 回復期リハ病棟専任管理栄養士による訪問栄養食事指導（居宅療養管理指導）の現状と展望

○岡野 幸代

香川医療生活協同組合高松協同病院 栄養指導室

【目的】 本院の地域 NST では、在宅患者における栄養食事関連の課題抽出及びリハ栄養介入を行っている。昨年の発表では訪問栄養食事指導（以下、訪問栄養指導）実施に至るまでの方法を整理し課題を報告した。本発表では入院から退院後の栄養食事支援について課題解決に取り組み、退院直後から栄養介入する例があり、切れ目ない栄養食事支援が必要と考えたため報告する。

【方法】 2023年10月から2年間で訪問栄養指導実施例は11例あり、その内4例は退院直後から訪問栄養指導を実施した。4例には共通して摂食・嚥下障害があり、退院後の栄養食事支援の方法を検討した。

【結果】 4例の訪問栄養指導の方法は、入院中の栄養課題に基づいた多職種カンファ型と管理栄養士提案型のミックス型であった。退院前の栄養指導には、退院後に調理を担当する家族に来てもらい、退院後の生活に合わせた調理方法や既製品の紹介、必要栄養量の摂り方等を指導した。また、退院前のサービス担当者会議に出席し、栄養課題を多職種と共有、退院直後から訪問栄養指導を実施した。

【結論】 回復期リハ退院後の患者は訪問リハや通所リハを利用する例が多く、患者の身体状態に応じたりハ栄養介入は生活機能の維持や既往症の悪化予防の手法として有効と考える。食形態マップを栄養情報提供書に添付して共有する取り組みがあり、切れ目ない栄養支援が期待できる。

PP6-4 著しい食事摂取量の低下を呈した高齢独居女性の低栄養症例【再発表】

○宇野 千晴

名古屋学芸大学 管理栄養学部管理栄養学科

【目的】 独居高齢女性にみられた著しい食事摂取量低下の背景を臨床推論に基づき明らかにし、低栄養に対する多面的な介入を行った症例を報告する。

【症例提示】 症例は独居生活を送る77歳女性である。脱水症で入院後にADL低下を認め、リハビリテーション継続目的で転入院となった。転入院時より食事摂取量が著しく少なく、栄養スクリーニングで「低栄養の可能性あり」と評価されたため、臨床推論を実施した。入院前6か月間で約10kgの体重減少を認め、Global Leadership Initiative on Malnutrition基準により重度低栄養と診断された。嚥下困難感や倦怠感に加え、腎機能低下による厳格な食事制限、抑うつ傾向、社会的孤立などが重複していた。摂取エネルギー量は約600kcal/日と著明に低下し、①社会的孤立と心理的要因による食欲低下、②サルコペニアにともなう身体機能・嚥下機能の低下、③腎臓病に対する過度な食事制限、の3点が主因であると推論された。

【結論】 本症例は、社会的・心理的要因、身体機能低下、食事制限が複合した飢餓関連低栄養であり、嚥下調整食への変更、エネルギー摂取量の増加および食事制限の緩和に加えて、介護支援の導入などの多面的介入により改善を得た。臨床推論に基づく低栄養の原因分析により、包括的な栄養介入につながる可能性が示唆された。

PP6-5 自己決定支援がスピリチュアルペインを緩和し QOL が改善した在宅脳血管障害の一症例

○高尾 優一

社会医療法人 東明会 原田病院

【目的】 重度低栄養と寝たきりで意欲低下を呈した在宅脳血管障害患者に対し、本人の希望に焦点を当てた目標設定がスピリチュアルペインや QOL に与える影響を報告する。

【症例提示】 症例は 80 代男性、脳梗塞後右片麻痺、要介護 5。介入時、GLIM 基準における重度低栄養、強い疼痛、寝たきり (FIM 28 点) であった。「やりたい事が無い」と未来への希望を失い、他者との交流を拒否するなど関係性や自律性も喪失していた。介入 10 ヶ月目に「入浴したい」との希望を聴取し目標共有。28 ヶ月後には FIM 66 点、低栄養は改善。QOL は EQ-5D-5L が 0.427 と低値な一方、社会的ケア関連 QOL (ASCOT) は 0.97、生きがい (ikigai-9) は 35 点と高値であった。

【結論】 健康関連 QOL が低い中でも、成功体験の積重ねが自己効力感を高め、ASCOT や ikigai-9 といった高次の QOL に反映されることが示唆された。「どうしたらできるか提案してくれて嬉しかった」との言葉は、スモールステップの成功体験が自己効力感を育み、主体的な姿勢を生んだことを示唆している。

PP6-6 ALS 在宅症例における栄養・活動維持の取り組み ～リハビリテーションの役割を通して～

○田中 朗

訪問看護ステーション立花畑

【目的】 筋萎縮性側索硬化症は進行性の神経疾患で、筋力低下により活動範囲が縮小し、低栄養や廃用によるフレイルが進行しやすい。在宅療養では嚥下障害出現前から栄養状態と活動維持に着目することが、生命予後や生活の質維持に重要である。しかし、「フレイル予防」の視点での理学療法士 (以下: PT) の関与報告は少ない。今回、管理栄養士が未介入の ALS 症例に対し、PT が栄養状態と活動維持を目的に介入した成果と課題を報告する。

【症例提示】 70 代女性、発症 3 年目。嚥下障害は認められず、体重 39.9kg (BMI18.46) と低体重。「歩きたい」「買い物に行きたい」との希望があり在宅リハを開始した。PT が MNA-SF で栄養状態を簡易評価し、関節可動域運動、軽負荷筋力増強運動、呼吸リハ、歩行練習を実施し、福祉用具導入を含め多職種と連携した。初期評価では MNA-SF17.5 点、ALSFRS-R44 点、握力右 20kg/ 左 19kg、HDS-R29 点。HADS にて不安・抑うつ傾向を認めたが意欲的であった。2 年後、MNA-SF15.5 点、ALSFRS-R41 点、体重 38.4kg と軽度減少したが、食事・飲水量は変化なく、家族支援のもと買い物や旅行を継続できていた。本人に発表に関する説明を行い、書面にて同意を得た。

【結論】 本症例では、PT が栄養と活動の両面を意識した支援により、栄養・身体・精神面の維持が可能であった。嚥下障害出現前からのフレイル予防的介入は有効であり、今後は管理栄養士を含む多職種連携体制の構築が課題である。

PP6-7 意図しない体重増加が見られた在宅療養中の症例【再発表】

○高崎 美幸

東葛クリニック病院 医療技術部 栄養ケア・ステーション

【目的】在宅療養中の脳出血後遺症患者に生じた意図しない急激な体重増加に対し、体重増加の原因検索アルゴリズムを用いた臨床推論を実施した。薬剤・代謝・心理・活動量など複合要因を特定し、個別栄養管理と多職種連携の手法を検討した。信頼関係構築を基盤とした栄養介入の重要性を示すことを目的とする。

【症例提示】54歳女性、要介護4。脳出血後に左片麻痺と高次脳機能障害を残し自宅退院。退院後2年で72kgまで減量に成功したが、その後徐々に増加し、直近3か月間で15.4kg(116.3→131.7kg)の急激な体重増加を認めた。臨床推論の結果、①薬剤性(ホルモン製剤・抗うつ薬の副作用)、②基礎代謝低下(呼吸機能の低下)、③心理的要因(うつ病に伴う過食性障害)、④活動量低下(左片麻痺による消費不足)が複合的に関与していた。信頼関係構築を重視し、食事記録アプリの活用、リハ職との連携による呼吸訓練・活動量向上、および心理的サポートを実施した。ホルモン製剤休薬後、8か月で29.2kgの減量に成功した。

【結論】意図しない体重増加の背景には多因子が関与し、薬剤副作用や心理的要素を含めた臨床推論が不可欠である。本症例では、信頼関係構築を基盤とした多職種連携による包括的アプローチを実施し、本人の意欲を尊重した支援体制により成果を得た。在宅療養における体重管理には、臨床推論に基づく要因分析と継続的介入が有効であることが示された。

PP7 (災害支援と対応、その他)

ポスター会場 11:30 - 12:10

PP7-1 能登地域中核病院における令和6年能登半島地震後の食事対応

○宮下文

公立穴水総合病院 栄養部

【目的】本報告の目的は、令和6年能登半島地震（能登地震）後の当院における食事体制復旧の過程を明らかにすることである。

【症例提示】能登地震前、当院では委託会社がクックサーブ方式で食事を提供していた。厨房の調理機器はガス式で停電時は自家発電に切り替わるものであった。備蓄食は a 米と全粥、レトルト食品2品、缶詰、水を3日分用意していた。能登地震で水道管とガス管が破損し、厨房機器は使用不能となった。エレベーターが停止し、配膳車が通行不能となった。1階にガス臭が充満した。5階は津波警報発令で垂直避難した患者と乳児や犬を抱えた住民約200名が押し寄せパニック状態に陥った。栄養部と委託会社職員は出勤困難であった。各部署の協力で備蓄食品と支援物資を活用した限定メニューを1日3食継続した。食種は形態別に3種類で提供しアレルギーに配慮した。4月に院内約束食事箋の見直しとディスプレイ食器を使用することで給食体制は復旧した。6月に洗浄業務を再開し、厨房の調理機器とトイレの使用が可能となり完全復旧に至った。地震直後の対応は遅れたが委託会社や各部署の協力、院内約束食事箋の見直しで課題を克服した。1日3食の提供を継続したことは評価出来るが、朝食の主食が2週間提供出来なかったことと個別対応の遅れが課題である。

【結論】今後、有事でも安全な食事提供を守るため、より強固なマニュアル作りと備蓄の強化が重要である。

PP7-2 「食力の会方式」で被災地の食べる力を支援したい～多職種チームの活動～

○薮越文佳^{1,9)}、森田絹代^{4,9)}、橋本良子^{6,7,9)}、平山雄大^{2,7,9)}、森野外喜子^{7,9)}、山口節子^{7,9)}、水上匡人^{5,9)}、畑田寛^{8,9)}、宮崎弘美⁹⁾、長谷剛志^{3,9)}

公立能登総合病院 リハビリテーション部¹⁾、金沢学院短期大学²⁾、公立能登総合病院 歯科口腔外科³⁾、公立能登総合病院 臨床検査部⁴⁾、市立輪島病院 リハビリテーション科⁵⁾、チームKYE 栄養相談室⁶⁾、石川県栄養士会⁷⁾、能登穴水聖蹟園⁸⁾、食力の会⁹⁾

【目的】令和6年能登半島地震によって多くの被災者は居住環境が変化したことにより、買い物や食事の準備をはじめ食生活にも大きな変化が出ている。食力の会ではフレイルや疾患の予防を目標として避難所や仮設住宅等で口腔・栄養に関する相談会を開催するようになった。

【方法】令和6年6月より七尾市、志賀町、輪島市の仮設住宅を巡回している。相談会では舌圧や唾液量の計測や咀嚼ガムを用いての口腔機能チェックを実施し、その後に栄養やオーラルフレイル予防に関する啓発を行っている。この口腔機能チェックと啓発を組み合わせた活動を「食力の会方式」と呼ぶようになった。また、食生活の聞き取りも併せて実施している。

【結果】相談会に参加した高齢者を中心に震災後の食事について聞き取りをしたところ、仮設住宅での食生活に不自由を感じていると答えた割合は88%であった。また、不慣れた生活環境において近所付き合いや外出も億劫となり、精神的不安から孤立しがちで、食べる意欲も低下している人が少なからずみられた。仮設住宅で生活する被災者の口腔機能が低下している実態と食事の単調化が問題となっていることがわかった。

【結論】活動の中で被災した地域住民からは「食べることと心身の健康」についての支援の需要が高まっていると感じている。今後も食を支える各専門職種で連携し、平時にも有事にも対応できる地域に根差した食支援活動を継続したいと考える。

PP7-3 令和6年能登半島地震における備蓄食品を活かした病院食の提供と栄養管理のプロセス

○黒杉 紗希

市立輪島病院 医療技術部 栄養管理室

【目的】本報告の目的は、市立輪島病院における令和6年能登半島地震後の栄養管理業務に関する取り組みについて明らかにすることである。

【症例提示】地震前、市立輪島病院栄養管理室における災害時対策として、3日分の備蓄食品およびその食品を使用した災害用献立を備えていた。それにより、地震発生後すぐに備蓄食品による食事提供が可能であり、1日3食の食事提供を継続することができた。

しかし、災害用献立は、適切な栄養管理ができた食事とは言えず、限られた備蓄食品を組み合わせた内容であったため、長期化すると患者の健康状態への影響が懸念された。一刻も早く復旧する必要があったが、普段使用していた栄養ソフトには災害用献立が管理されておらず、あわせて地震で電子機器が倒壊し、使用不可となっていたことで、非常時の栄養管理に直ちに切り掛かることが困難であった。電子機器の復旧と同時に、栄養ソフトを利用した栄養管理を開始したかったが、備蓄食品の栄養価を入力することから始めなければならず、膨大な業務量を要した。発災から3週間以上で適切な栄養管理を行った食事を提供することができた。

災害対応において、備蓄により即座に食事を提供できたことは評価できるが、適切な栄養管理を行うまでに時間を要したことが課題として残った。

【結論】今後、有事の際でも早期に適切な栄養管理が行えるよう、適した災害食の備えやメニュー、管理方法の強化が重要である。

PP7-4 令和6年能登半島地震を経験した当院における災害対策の強化

○新出 起大、藤坂 悠司、坂下 久美、二又 宥斗、谷島 優、時國 純子、上野 緑、日吉山 博美、篁 和哉、山本 祥博、鎧高 彩夏、望月 弘和、三崎 嗣穂

公立宇出津総合病院 NST委員会

【被災報告】令和6年1月1日、能登半島地震が発生した。地震発生により当院の被害は一部損壊であったが、当院が所在する能登町では広域に断水し、貯水タンクに破損を生じた。そのため、水の使用が封じられた。

地震発生により主要道路が通行不能となったため、支援物資の到着が遅れた。当院では地震発生前まで災害対策のため、3日分のアルファ米やパン、レトルト食品などを非常食として院内に備蓄していた。限られた物資と職員で食事提供と医療業務を行った。その中で治療食の提供ができず、画一的な食事の提供となった。異常事態が長期化し、食品や使い捨て食器など物資の残量に不安が残った。

運搬経路の確保により同月6日、食品の支援物資が当院に到着した。その後も当院の断水は継続しており、地下1階に到着した給水車と病棟・厨房を往復しながら必要量の水を調達した。しかし、支援物資として調達された缶詰は廃棄に水が必要であることなど問題点を認めた。非常食は必要量を備蓄することも重要であるが、内容と食形態を考慮する必要があった。これらの問題点を踏まえ、当院では従来、賞味期限が近づいた食品を普段の献立に活用するローリングストック方式を一部採用していたが、地震後備蓄する非常食を全てローリングストックできるレトルト食品などに変更した。

令和6年能登半島地震を経験した当院における災害対策を総括し、報告する。

PP7-5 意図しない体重減少を認めた肺腺がん患者【再発表】

○森山 大介

中部ろうさい病院

【目的】肺腺がん患者における体重減少の背景を臨床推論により分析し、適切な介入方針を検討した。特にカヘキシアや心理的要因を含めた多面的評価の重要性を明らかにすることを目的とした。

【症例提示】74歳、男性、独居。肺腺がんステージⅣ、転移性骨腫瘍にて化学療法導入のため入院。既往歴は糖尿病、高血圧、肺結核（治癒）。入院前1か月で3kg（5.8%）の体重減少を認めた。GLIM基準に基づき重度の低栄養と診断。さらにカヘキシア診断基準にも該当した。OPQRST法、体重減少の主な原因、見逃してはいけない原因を用いた臨床推論により、肺腺がんによるカヘキシア、薬剤性便秘、抑うつ状態などが複合的に影響していると考えられた。PHQ-2は6点と高値であり、うつ病の可能性が示唆された。介入として、アナモレリン塩酸塩投与、緩和ケアチームによる心理的支援、リハビリテーション栄養介入を実施。栄養管理ではONS(oral nutritional supplements)を用いたMed-PassやShip Feedingを導入し、1か月で1.7kgの体重増加が得られた。

【結論】本症例は、がんによるカヘキシアと抑うつ状態が体重減少の主因であった。GLIM基準やカヘキシア診断基準、PHQ-2など複数の評価ツールを組み合わせて臨床推論を行うことにより、栄養・心理・リハビリテーションを統合した介入につながり、体重増加を実現できた。管理栄養士による多面的評価と多職種協働が予後改善に寄与すると考えられた。

PP7-6 在宅高齢者のフレイルに対する臨床推論を用いた栄養介入の一例

○大島 朋実^{1,2,3)}湘南茅ヶ崎よろづ診療所 栄養管理部門¹⁾、秋谷潮かぜ診療所 栄養管理部門²⁾、認定栄養ケア・ステーション湘南よろづ栄養相談所³⁾

【目的】在宅高齢者のフレイルは、栄養・身体・心理・社会的要因が複合的に関与する。本症例では、臨床推論に基づきフレイルの起点と主要因を分析し、在宅栄養介入の有用性を検討した。

【症例提示】Aさん（89歳、女性、要介護1）は糖尿病・高血圧治療中に褥瘡を発症し、食欲低下を主訴に訪問栄養指導を開始した。J-CHS基準で4項目該当し身体的フレイルと診断。ICFモデル等による分析から、社会参加の減少（独居・外出機会減少）により気分の落ち込み（心理面）が生じ、食欲低下（栄養面）を介して身体的フレイルを進行させる連鎖を特定した。介入として、ビタミンD・蛋白質摂取量の増加、宅配弁当導入、近隣家族との食事機会の設定を実施した。

【結論】本症例では、社会的孤立が起点となり心理・栄養・身体の各側面に影響する負の連鎖がみられた。管理栄養士による臨床推論に基づく多面的分析と、「独居を続けたい」という患者の希望を尊重した多職種連携と信頼関係による介入は、フレイル進行防止と生活の質向上に寄与する可能性が示唆された。

PP8 (認知症・精神疾患、その他)

ポスター会場 11:30 - 12:10

PP8-1 呼吸不全にて搬送となった成人ホモシチン尿症の1例

○井上 卓哉¹⁾、塩 豊¹⁾、山本 慎之助²⁾、佐藤 裕子³⁾、鈴木 安英³⁾、武井 明美³⁾、野沢 雅美⁴⁾、野崎 華織⁴⁾、秋元 礼智⁵⁾、相田 悦子⁵⁾、菅野 信世⁵⁾、菅野 颯海⁵⁾、井上 可奈子⁶⁾、緑上 淳一⁶⁾、渡部 寿康⁶⁾

福島赤十字病院 呼吸器外科¹⁾、福島赤十字病院 精神科²⁾、福島赤十字病院 看護部³⁾、福島赤十字病院 栄養科⁴⁾、福島赤十字病院 リハビリテーション科⁵⁾、福島赤十字病院 薬剤部⁶⁾

【目的】ホモシチン尿症は新生児マススクリーニング対象の先天性アミノ酸代謝異常で、中枢神経障害・骨格異常・眼症状・血栓障害を四徴とする。小児期からの治療により症状発現を抑制し得るが、成人例の報告は少ない。今回、小児期に治療介入されず、呼吸不全を契機に入院し、集学的栄養管理により救命し得た症例を報告する。

【症例】39歳男性。6年前より統合失調症として精神科病院に長期入院していた。SpO₂20%台の著明な低酸素血症を認め当院搬送。BMI15.4のるいそう、喀痰排出困難、CO₂貯留を伴うⅡ型呼吸不全と診断し、人工呼吸器管理を開始した。不穏により鎮静下で連日の気管支鏡による排痰を要した。入院後、ホモシチン尿症Ⅰ型と判明し、サルコペニアによる排痰障害が主因と判断した。早期より経鼻胃管および静脈栄養を併用し、葉酸・ビタミンB群補充のもと25kcal/kg/dayから開始し、メチオニン除去ミルク導入後35kcal/kg/dayまで増量した。血中メチオニン・ホモシチン濃度は改善し、第21病日に人工呼吸器を離脱した。その後経口摂取へ移行し、体重は44→48kgまで増加し軽快退院した。

【結論】治療未介入の成人ホモシチン尿症に対し、鎮静下での栄養介入と呼吸管理により良好な転帰を得た。稀少疾患においてもリハ栄養の視点が重要である。

PP8-2 みんなで学ぶ 栄養管理のための臨床推論ケーススタディ～脱水症の在宅高齢者の症例～【再発表】

○浦田 ちひろ

甲子園大学 栄養学部 栄養学科

【目的】在宅高齢者では、嚥下障害や生活リズムの変化、介護力の不足など多因子により脱水症を発症しやすい。本症例では、急性期病院から在宅へ退院した高齢男性において診断推論を行い、その原因分析を基に栄養介入を実施し効果を得たので報告する。

【症例提示】81歳、男性。要介護5、左上肢麻痺・構音障害・嚥下障害を有する。肺炎治療後に自宅退院。退院2週間後、排尿量減少と微熱を認め、水分摂取量は約500ml/日であった。居宅療養管理指導時の評価で脱水症が疑われ、尿量550ml/日と低下、毛細血管再充満時間5秒、ツルゴール低下、血清浸透圧比294mOsm/kg・H₂Oより中等度の高張性脱水と判断した。原因は①水分摂取不足(生活リズム障害、嚥下障害、認知機能低下)、②体液喪失過剰(発汗・不感蒸泄)、③義歯不適合と食事姿勢不良、④介護者の疲労が複合的に関与していた。対応は経口補水液摂取、室温・寝具調整、嚥下調整食導入、食事姿勢修正、義歯調整、配食サービス導入を実施した。介入1週間後には尿量増加、発熱・口腔乾燥・ツルゴール低下は改善した。

【結論】本症例では身体的要因のみならず認知面・社会面が脱水症に影響していた。在宅高齢者の脱水症対応には介護者との連携を含む包括的アプローチが重要であり、診断推論に基づく原因分析が介入につながることを示唆された。【再発表】

PP8-3 食行動障害を伴った認知症入所者に対する自力摂取再獲得のための介入：症例報告

○橋本 小雪^{1,2)}、畑中 聡子³⁾、前田 美穂¹⁾、小蔵 要司¹⁾、青木 友花⁴⁾

恵寿総合病院 栄養管理センター 臨床栄養課¹⁾、介護老人保健施設和光苑 診療部 診療管理センター 栄養管理課²⁾、在宅複合施設ほのぼの 栄養管理係³⁾、恵寿総合病院 リハビリテーションセンター 作業療法課⁴⁾

【目的】認知症を有する介護老人保健施設入所中の高齢者に対し、食行動の障害となる要因を評価し、自力摂取獲得に向け多職種で介入し、自力摂取量と摂取エネルギー量の増加を認めた。

【症例提示】90歳代女性。既往はアルツハイマー型認知症、不安障害、貧血。当施設入所中に尿路感染症および誤嚥性肺炎疑いで入院し2週間の加療後に再入所した。再入所時の改訂長谷川式簡易知能評価スケールは3点、体重は37.1 kg、(BMI) 18.8 kg/m²であった。入院前の食事は全粥・ソフト食(学会分類 2021 コード3)で、自力摂取可能。入院中に軽度の嚥下障害を呈し、とろみなしから薄いとろみ、自力摂取から全介助に変更して再入所した。

離床計画と同時に、認知症における食行動障害が見られ、要因別に応じた自力摂取の支援を開始した。食物認知障害や失行には声掛けと段階的配膳、注意障害に対し環境調整、早食いや丸呑みに対して適切な食形態と食具調整、見守り強化を行った。

段階的に自力摂取量を増やし、介入2か月後には食事回数は3回、自力摂取可能な品数が2品から4品、摂取エネルギー量は約1000kcal/日(理想体重×23kcal)から約1400kcal/日(理想体重×33kcal)に増加した。この間、体重減少なく経過した。

【結論】認知症を有する高齢者の食行動障害に対し、要因別の評価に基づいた個別性のある食支援で介入することは自力摂取の再獲得に有効である。

PP8-4 精神疾患を併存し低栄養を伴う骨盤骨折患者に対するリハ栄養介入で歩行再獲得に至った症例

○辻岡 勇真、藤原 慎二

千里中央病院 リハビリテーション科

【目的】骨盤骨折を呈し入院中にアルツハイマー病(以下AD)と診断された低栄養患者に対し、精神状態を配慮してリハビリテーション栄養介入を行い、独歩獲得に至った症例を報告する。

【症例提示】本症例は90歳代女性である。X病日に転倒され、脆弱性骨盤骨折、左大腿骨転子部骨挫傷と診断される。X+17病日に当院回復期病棟に入院し、入院後の不穏によりADと診断された。入院時よりリハビリ拒否や食思不振により衰弱し、臥床時間が増加していた。

〈初期評価 X+18 病日〉体重：42.9kg、BMI：19.1 kg/m²、MNA：5点、MMSE：19点、DBD-13：26点、6MD：13m、ADL：車椅子全介助であった。食事摂取量は0割から1割であり、X+34病日には体重40.3kgまで低下した。栄養介入として、栄養補助食品を3種類提供したが、食事時の不穏が強く摂取困難であった。一方、リハビリ中や家族面会時には落ち着いており、そのタイミングで栄養補助食品や家族が持参した好物の摂取を促した。リハビリでは精神状態や低栄養状態を考慮し、短距離歩行練習を中心に実施した。

〈最終評価 X+55 病日〉体重：42.5kg、BMI：18.9kg/m²、MNA：7点、DBD-13：22点、6MD：182m。歩行は見守りで可能となった。食事摂取量自体は大きく改善しなかったが、間食の摂取は可能であった。

【結論】食事摂取量の改善は乏しかったが、栄養補助食品や間食により低栄養の進行を抑制し、筋力や持久力の低下を最小限にとどめた結果、独歩獲得に至ったと考える。

PP8-5 糖尿病の在宅高齢者における便秘の症例

○栗田 麻友

医療法人 平成博愛会 世田谷記念病院

【目的】便秘の原因は多様であり、多面的なアセスメントとその原因に適した対応が必要である。今回、臨床推論に基づき多角的に原因を評価し、多職種による包括的アプローチが奏功した慢性便秘症の症例を報告する。

【症例提示】80歳代男性、要介護4。糖尿病、アルツハイマー型認知症、慢性心不全、間質性肺炎、慢性腎不全の既往がある。Rome IV基準を満たす慢性便秘に対して臨床推論をおこない、原因を①薬剤性（抗コリン薬など）、②機能性（サルコペニアに伴う腹圧低下）、③食物繊維・水分不足、④運動・睡眠不足、⑤症候性（糖尿病・腎不全）と推定した。薬剤性では下剤追加を試みたが下痢や不眠を来し中止した。ベシケアは一時中断したが夜間頻尿悪化により、睡眠の安定を優先し再開した。腹圧低下には前屈姿勢での排便と腹部マッサージを継続。食習慣は野菜摂取と水分補給を指導。運動不足にはデイサービス回数を増やし外出機会をふやした。症候性は食生活と生活習慣の改善継続と経過観察とした。

【結論】本症例では、臨床推論に基づく原因特定と食事・運動・睡眠の整備により、下剤中止後も排便回数増加が得られた。在宅では生活変化や家族の訴え、服薬状況から要因を推測し、多職種で連携して対応することが重要である。

PP8-6 低栄養 CKD 患者へ蛋白質制限を緩和し在宅復帰へ繋げた一症例報告

○糸魚川 果朋

医療法人三愛会 埼玉みさと総合リハビリテーション病院 栄養科

【目的】慢性腎不全（以下CKD）患者の低栄養改善やリハビリテーション（以下リハ）では患者に合わせた蛋白質調整が必要とされている。今回、低栄養CKD患者へ蛋白質制限を緩和し在宅復帰へ繋げた症例を経験したため報告する。

【症例提示】70代女性。病名は大腿骨転子部骨折術後、糖尿病、CKD、慢性心不全等。入院時、BMI17.9、eGFR14.7、SMI3.7kg/m²、ECW/TBW0.405。GLIM基準重度低栄養。低栄養改善の観点から蛋白質1.3/kg BW/日を提供。血液検査を週1回行いモニタリングしたが、eGFR16.1と腎機能悪化は認めなかった。第15病日、発熱により摂取量が必要量の半量まで低下。食事量を減らして低蛋白質ONSを活用し、蛋白質0.8/kg BW/日へ変更。第22病日、eGFR16.5と悪化を認めないため、NSTにて現状以上の蛋白質制限は行わず運動負荷量を増加する方向となった。第43病日、疲労感軽減・食形態変更により全量摂取可能に。運動量増加を受け蛋白質を0.9/kg BW/日へ増量したが、eGFRは25.1まで改善した。腎機能を維持して順調な栄養管理が行えていると評価。退院に向け宅配食等の情報提供を行った。退院日の第88病日、eGFR18.3、SMI4.7kg/m²、GLIM基準低栄養該当なし。ADL向上し在宅復帰可能な身体レベルに改善した。

【結論】蛋白質制限を緩和した栄養管理を行った結果、腎機能維持・低栄養改善させて在宅復帰に繋げることができた。回復期に求められるリハの効果を高める栄養管理ができたと考ええる。

PP8-7 「できない」を「できる」に変える！ 地方回復期リハ病院におけるリハ栄養システム構築への挑戦

○角原 杏奈¹⁾、村上 仁美¹⁾、小原 梨菜¹⁾、岩淵 南¹⁾、鈴木 尚子¹⁾、松谷 英樹²⁾、中島 隆之²⁾、佐々木 達哉³⁾

医療法人友愛会 盛岡友愛病院 食養課¹⁾、医療法人友愛会 盛岡友愛病院 外科²⁾、医療法人友愛会 盛岡友愛病院 循環器内科³⁾

【目的】 リハ栄養実践の障壁として挙がる「協力・人員・予算不足」の根底には、実践へのエネルギー不足も存在する。本報告では、地方回復期リハ病院が障壁を乗り越え、リハ栄養ケアプロセスを導入した軌跡を共有し、実践的モデルを提示する。

【方法】 2018年の診療報酬改定を機に、ESPEN低栄養定義を用いてリハ栄養介入を開始した。2019年にGLIM基準を導入しリハ栄養ケアプロセスの確立を目指した。客観的評価の必要性から、2021年にInbodyS10を導入した。導入に際し、①測定業務の分担、②測定方法・頻度・対象者の標準化、③データ管理・分析方法、④既存業務への影響などが課題となった。これらの課題に対し多職種を巻き込んだ協議を重ね、各職種の業務負担が均衡する測定フローを構築した。さらに、血液検査やMETs入力の定型化などモニタリング項目を標準化し、その臨床的意義を全職種で繰り返し共有し、リハ栄養ケアプロセスを実装した。

【結果】 リハ栄養実践という第一のゴール達成のため「業務の選択と集中」を断行し、その必要性を経営層に提示し、専門職増員と病棟への専任者配置が実現した。またリハ栄養ケアプロセスを業務システムとして定着させ、臨床データを継続的に収集する基盤を確立した。

【結論】 リハ栄養実践には組織内調整、機能分担に加え、実践を牽引する熱意＝エネルギーの共有が不可欠である。今後は、蓄積したデータを多職種で活用し、リハ栄養の価値を院内外に示し、診療の質の向上を目指す。

PP9 (脳血管・運動器疾患)

ポスター会場 14:40 - 15:20

PP9-1 大腿骨近位部骨折患者における部位別筋量と機能的予後との関連について

○宮本 亮¹⁾、吉村 芳弘²⁾、葛原 碧海¹⁾、嶋津 さゆり²⁾、松本 彩加²⁾、長野 文彦²⁾、木戸 善文¹⁾、櫻庭 茉由加¹⁾、米田 巧基³⁾、濱田 雄仁¹⁾、岩坂 光彦¹⁾、赤崎 将太¹⁾、細木 悠考¹⁾

熊本リハビリテーション病院 リハビリテーション部¹⁾、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²⁾、熊本リハビリテーション病院 栄養管理部³⁾

【目的】本研究の目的は大腿骨近位部骨折患者において、入院時体幹筋量指数 (TMI) と下肢骨格筋量指数 (LSMI) が機能的予後に及ぼす影響を比較検討することである。

【方法】本研究は、2022年-2023年に当院回復期リハビリテーション病棟へ入退院した大腿骨近位部骨折患者 115名を対象とした後ろ向きコホート研究である。TMI および LSMI は生体インピーダンス法で測定した。アウトカムは退院時の Functional Independence Measure (FIM) 運動スコアとした。入院時 TMI および LSMI と退院時 FIM 運動との関連について、年齢、性別、入院時 FIM 合計、併存疾患指数、病前 modified Rankin Scale、エネルギー摂取量、総薬剤数を調整因子として線形回帰分析を行った。

【結果】対象患者の平均年齢は 84 ± 10 歳、男性 19 名 (17%)、入院時 TMI の中央値 (四分位範囲) は 5.68 (5.23-6.25) kg/m^2 、LSMI は 4.03 (3.58-4.66) kg/m^2 であった。多変量解析では、TMI は退院時 FIM 運動と独立して正の関連を認めしたが ($\beta = 0.142$, $p = 0.041$)、LSMI は関連を認めなかった ($\beta = 0.012$, $p = 0.857$)。

【結論】回復期大腿骨近位部骨折患者において、入院時体幹筋量は機能的予後と有意な関連を示したが、下肢筋量との有意な関連は認められなかった。入院時体幹筋量は、機能的予後を予測する有用な指標となる可能性がある。

PP9-2 回復期リハ病棟における大腿骨近位部骨折患者の GLIM 基準で診断した低栄養は低 ADL の予測因子である

○前川 健一郎^{1,2)}、井上 達朗³⁾、前田 圭介^{4,5)}、川村 皓生^{2,6)}、石田 優利亜⁷⁾、永野 彩乃⁸⁾、大下 佳織⁹⁾、森沢 知之¹⁾、森 直治¹⁰⁾

神戸リハビリテーション病院 リハビリテーション部¹⁾、愛知医科大学大学院 医学研究科²⁾、新潟医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健学専攻理学療法学分野³⁾、愛知医科大学 医学研究科 栄養治療支援センター⁴⁾、国立長寿医療研究センター 老年内科部⁵⁾、国立長寿医療研究センター リハビリテーション科部⁶⁾、愛知医科大学病院 栄養部⁷⁾、西宮協立脳神経外科病院 看護部⁸⁾、愛知医科大学病院 歯科口腔外科⁹⁾、愛知医科大学 医学部大学院 医学研究科 緩和・支持医療学 医学部 緩和ケアセンター¹⁰⁾

【目的】大腿骨近位部骨折は高齢者の ADL を低下させ、低栄養は機能回復を阻害する要因として報告されている。しかし、Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) 基準で診断した低栄養が ADL に及ぼす影響は明らかでない。本研究は、入院時の GLIM 基準による低栄養が退院時の ADL に与える影響を明らかにすることである。

【方法】研究デザインは後ろ向き観察研究とし、2021年1月～2025年3月に回復期リハビリテーション病棟へ入院した大腿骨近位部骨折患者を対象とした。入院時に GLIM 基準で低栄養を診断し、低栄養群と非低栄養群に分類した。主要アウトカムは退院時の FIM 総得点とした。退院時 FIM を従属変数とした共分散分析 (ANCOVA) を実施し、年齢、性別、Charlson comorbidity index、入院時 FIM 総得点を共変量として投入した。

【結果】対象は 150 例、平均年齢 83.1 ± 8.0 歳、女性 117 名 (79.0%)、BMI $20.7 [18.4-23.6]$ kg/m^2 であった。入院時 GLIM 基準による低栄養は 63 例 (42.0%) であった。退院時 FIM は低栄養群 $106.5 [87.5-116.3]$ 、非低栄養群 $117.0 [111.0-123.0]$ であり、低栄養群で有意に低値を示した ($p < 0.001$)。ANCOVA の結果、低栄養は退院時 FIM に対して有意な負の影響を示した ($\beta = -5.42$, 95% CI: -10.12 - -0.73 , $p = 0.023$)。

【結論】入院時の GLIM 基準で診断した低栄養は、回復期リハビリテーション病棟における大腿骨近位部骨折患者にとって機能予後の予測指標となる可能性が示唆された。

PP9-3 急性期脳卒中患者の Possible sarcopenia と嚥下障害の併存は 12 か月後の予後と関連する

○佐藤 陽一^{1,2)}、阿部 貴文^{1,2)}、木村 鷹介^{2,3)}、田中 周^{2,4)}、井手 一茂^{2,5)}、野添 匡史^{2,6)}新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院 リハビリテーション技術科¹⁾、HEalth Promotional Physical therapy for Stroke survivors(HEPPS)²⁾、東洋大学 生命科学部生体医工学科³⁾、東京工科大学 医療保健学部リハビリテーション学科⁴⁾、千葉大学 予防医学センター⁵⁾、兵庫医科大学 リハビリテーション学部理学療法学科⁶⁾

【目的】本研究は、急性期脳卒中患者の Possible sarcopenia (PS) と嚥下障害の併存と、発症 12 か月後の機能予後及び肺炎発症との関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】本研究は 2 施設共同の後ろ向きコホート研究で、2020 年 11 月から 2023 年 10 月に入院した急性期脳卒中患者と対象とした。PS は入院時の握力（男性<28kg、女性<18kg）と下腿周径（男性<34cm、女性<33cm）で、嚥下障害は Functional Oral Intake Scale (<4 点) で定義した。プライマリーアウトカムは機能予後不良（12 か月後の modified Rankin Scale が 3-6 または発症前より悪化）と定義した。セカンダリーアウトカムは 12 か月以内の肺炎発症とした。修正ポアソン回帰分析で機能予後不良との関連を、Cox 比例ハザードモデルで肺炎発症との関連を検討した。

【結果】解析対象は 604 名（年齢中央値 76 歳、男性 367 名）であった。PS：無×嚥下障害：無に対して、PS：有×嚥下障害：有は機能予後不良と有意に関連した（RR=4.281、95% CI：2.477-7.398）。肺炎発症とも有意に関連した（ハザード比=14.369、95% CI：3.084-66.958）。

【結論】急性期脳卒中患者において、PS と嚥下障害の併存は 12 か月後の機能予後不良及び肺炎発症と関連した。

PP9-4 回復期リハビリテーション病棟入院中の脳卒中者における車椅子移乗自立前後での総消費エネルギー量の変化

○城田 莉子、平岡 俊也、熊澤 麻奈、黒川 理加、中原 瑠美、望月 信吾、植木 琢也、松葉 好子

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター

【目的】回復期リハビリテーション病棟（以下：回復期病棟）入院中の脳卒中者の総消費エネルギー量（以下 TEE）が、車椅子移乗動作の自立前後でどのように変化するかを明らかにすること。

【方法】対象は回復期病棟に入院中の脳卒中者 22 例。平均年齢は 57.8±10.4 歳。平均 BMI は 22.8±4.3。全例に書面にて目的と方法を説明し同意を得た。横浜市立脳卒中・神経脊椎センター倫理審査委員会の承認を得た（研究計画番号 142501741）。

TEE は 1 日 24 時間における各姿勢（臥位・座位・立位）および動作（車椅子駆動・歩行）それぞれの総時間と、各姿勢・動作における 1 分当たりの消費エネルギー量を乗加算して求めた。姿勢・動作時間の測定には生活活動度計 A-MES を使用し、1 分当たりの消費エネルギー量の測定には呼気ガス分析装置 AT1300 を使用した。測定は車椅子移乗自立前後に各 1 回ずつ行った。前後の TEE の統計学的な比較には対応のある t 検定を使用し、有意水準は 5% とした。

【結果】TEE の平均値は車椅子移乗自立前 1847±508kcal に対して自立後は 2042±544kcal であり自立後は統計学的に有意に高い値を示した。

【結論】車椅子移乗動作の自立に伴い ADL が拡大したことにより、TEE が増加したと推察された。患者の栄養状態を考える際には、車椅子移乗動作の自立が TEE の変化に影響を及ぼす因子となり得る可能性を念頭に置く必要があることが示唆された。

PP9-5 体重減少を呈したウェルニッケ脳症、脚気ニューロパチー患者に対するリハ栄養介入：症例報告

○小谷 恭平¹⁾、川畑 真司¹⁾、田中 秀明¹⁾、小蔵 要司²⁾、平井 文彦³⁾、川北 慎一郎³⁾社会医療法人財団 董仙会 恵寿総合病院 リハビリテーションセンター 理学療法課¹⁾、社会医療法人財団 董仙会 恵寿総合病院 臨床栄養課²⁾、社会医療法人財団 董仙会 恵寿総合病院 リハビリテーション科³⁾

【目的】 当院回復期リハビリテーション（リハ）病棟に入院されたウェルニッケ脳症、脚気ニューロパチー患者に対して、運動療法と栄養管理を併用することでADLが改善し自宅退院に至った症例の経験を報告する。

【症例提示】 60代前半男性。診断名はウェルニッケ脳症、脚気ニューロパチー。当院入院時の体重は65.5kg、(BMI 22.5kg/m²)、意識障害と眼球運動障害は認めず、運動失調や四肢末梢のしびれ、深部感覚低下、両下肢筋力低下を認めた。基本動作中等度介助、移動は車椅子介助であった。入院時にGLIM基準で低栄養なし、目標エネルギー/摂取エネルギー量は1707/1670kcal/日であった。入院初日よりリハを実施した。入院33日後に日中車椅子自走にてトイレ動作自立となったが、体重が61.9kgまで減少を認めた。管理栄養士と連携し、現在の身体活動量と今後のADLの目標、必要なエネルギー量について協議した。その結果、目標エネルギー量を2000kcal/日に増量し、昼・夕食にそれぞれ栄養補助食品を追加した。摂取栄養量を増やし、リハを継続した結果、退院時の体重は64.3kgとなり、両下肢筋力改善を認め、終日トイレ動作自立、見守りでのT字杖歩行獲得し自宅退院となった。

【結論】 積極的なリハが必要な患者に対し、リハ栄養介入を管理栄養士と連携して行った結果、栄養状態および両下肢筋力が改善したことで積極的なリハが可能となり、ADLの向上を認め、自宅退院に繋がったと考えられる。

PP9-6 嚥下障害のない脳卒中急性期患者に対する経口摂取の選択がもたらした体組成の変化と考察

○小坪 加奈¹⁾、高尾 智哉¹⁾、岩崎 司¹⁾、田中 瑞葵²⁾、秋月 真美³⁾、一ツ松 勤⁴⁾、靄 知光⁵⁾天神会 新古賀病院 リハビリテーション課¹⁾、天神会 新古賀病院 看護部²⁾、天神会 新古賀病院 栄養課³⁾、天神会 新古賀病院 脳神経外科⁴⁾、天神会 新古賀病院 教育研修部⁵⁾

【目的】 脳卒中急性期患者に対する経口摂取の選択はQOLや訓練時間の確保に寄与する一方で食事摂取量が不安定な場合、栄養状態や筋肉量への影響を伴う。本症例では、経口摂取継続の判断とその結果としての体組成変化を振り返りリハビリテーション栄養の観点から考察する。

【症例】 脳室内出血で救急搬送された61歳男性。急性閉塞性水頭症に対し脳室ドレナージ術を施行。術後は覚醒水準が低く活動性低下を認めた。嚥下機能正常で経口摂取可能と判断したが、食欲低下あり摂取量確保に難渋した。嗜好に配慮したパン等の提供で摂取量は増加した。経口摂取継続により経管チューブの苦痛を回避し訓練時間確保には寄与したが体重減少と筋力低下が認められた。リハビリはベッド上訓練から段階的に歩行訓練へと進め長下肢装具や足関節HALを導入、意識改善に伴いADLも徐々に向上。INBODY測定で体組成変化を数値化し意識づけに活用した。筋肉量は3病日目55.3kgから36病日目45.5kgへ減少、骨格筋指数は8.4から6.9へ低下。体脂肪率は25.1%から34.5%へ上昇した。

【考察】 ガイドライン2021では急性期からの栄養評価と機能改善の重要性が示されている。本症例は経口摂取を優先した結果QOLや訓練時間確保には寄与した半面、補助栄養も試みたが摂取量確保に難渋し摂取エネルギー不足による筋肉量減少を招いた。

【結語】 今後は状態に応じて違和感軽減に配慮した経腸栄養の併用も含めた多面的支援が求められる。

PP9-7 脳梗塞後の高度肥満患者に対しリハビリテーション栄養が奏功し、大幅な体重減少と機能改善を認めた一症例

○丹治 智也

医療法人社団 巨樹の会 五反田リハビリテーション病院 診療支援部 栄養科

【目的】 肥満は様々な疾患の要因であり、日常生活において起立動作、歩行動作等へ悪影響を及ぼす要因となりうる。今回、回復期リハビリテーション（回リハ）において栄養管理とリハビリテーション（リハ）により、体重減少と機能改善に寄与した可能性のある症例を経験したため、報告する。

【症例提示】 60歳代、女性、身長150cm、入院時体重68.7kg、BMI30.5kg/m²、肥満度Ⅱ（日本肥満学会基準）、FIM36点（運動16、認知20）。主病、アテローム血栓性脳梗塞発症後に急性期を経て発症59日目に当院へ転院。既往歴、両膝変形性関節症、2型糖尿病、統合失調症、右肋骨骨折。主病発症前ADLは室内を四つん這い、つかまり立ち、買い物等はパートナーの援助で生活していた。目標設定を体重減少12kgとし、当院入院18日目より、エネルギー800kcal（朝食：エネルギーコントロール食(400kcal)、昼・夕食：ハーフ食(200kcal)）をベースとした。回リハ入院6か月で体重は54.2kgへ14.5kg(21%)、BMIは24.1kg/m²へ減少し、FIMは105点（運動79、認知26）まで改善した。ADLは入院時車椅子座位20分程度、起立時に両膝関節にNRS5程度の疼痛が見られたが、退院時は屋内独歩自立、屋外シルバーカー歩行見守りへ改善。両膝関節の疼痛はNRS0-3程度へ軽減した。

【結論】 月あたり2-3kg（3-4.5%）の安全かつ効果的な減量を達成し、それに伴う膝関節の疼痛軽減が、積極的なリハの実施を可能とし、本症例の機能予後改善に寄与したと示唆される。

PP10 (サルコペニア・フレイル、リハ薬剤)

ポスター会場 14:40 - 15:20

PP10-1 高齢者の地域との関わりが身体・社会的フレイルと栄養状態に及ぼす影響

○山下 司^{1,2)}、柳澤 幸夫³⁾、遠藤 幸伸⁴⁾、石堂 一巳⁵⁾

医療法人社団 明芳会 高島平中央総合病院 リハビリテーション科¹⁾、徳島文理大学大学院 人間生活学研究科 人間生活学専攻²⁾、徳島文理大学 保健福祉学部 理学療法学科³⁾、デイサービスセンター enjoy⁴⁾、徳島文理大学大学院 人間生活学研究科⁵⁾

【目的】 地域在住高齢者において、社会的フレイルの有無が身体機能、栄養状態、食欲、食品摂取バランスに及ぼす影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】 2024年8月～12月に徳島県A市のデイサービスを利用する65歳以上の女性57名を対象に調査した。身体組成、身体機能、栄養状態、食欲、食物摂取状況を測定・評価した。社会的フレイルは山田らの質問票により3群に分類した。栄養状態はMNA[®]-SF、食欲はSNAQ-JE、食物摂取はFFQ NEXTで評価した。

【結果】 社会的フレイルはロバスト7名(12.2%)、プレフレイル19名(33.3%)、フレイル31名(54.3%)であった。社会的フレイル群はロバスト群に比べ筋肉量・推定骨量が有意に低く、服薬種類が多く、独居割合が高かった。栄養状態や食欲に有意差はみられなかったが、ビタミンB群、ミネラル、炭水化物、食物繊維摂取量に有意差を認めた。

食欲不振者は30/57名であった。食欲不振群はSMIが有意に低値で低栄養、同居者数多く、身体的フレイル状態に陥っており、食品群別では豆類、野菜類、緑黄色野菜、海藻類が低摂取であった。

【結論】 社会的フレイルは筋肉量や骨量の低下、服薬数増加、独居と関連していた。一方で低栄養や食欲不振との直接的関連はみられず、同居状況だけでは栄養状態を説明できない可能性が示唆された。今後は孤食頻度や生活環境を含めた詳細な検討が必要である。

PP10-2 重度低栄養を呈した患者に積極的なリハ栄養介入了ることにより自宅退院へ繋がった一例

○野川 結加

特定医療法人 谷田会 谷田病院

【目的】 今回低栄養・サルコペニア・褥瘡を有する患者にリハ栄養介入了ることによって栄養状態・褥瘡改善認め、ADL能力向上し自宅退院に至った症例を経験したため報告する。

【症例提示】 60代男性。身長178cm、体重38.3kg、BMI:12.1kg/m²、MNA[®]-SF:3点、FIM:38点、GLIM基準で重度低栄養。食欲・活気低下で急性期病院受診。誤嚥性肺炎・重度脱水・褥瘡で入院。リハビリ目的で当院転院。入院時、血圧60～70台と低値のためリハビリはベッドサイドより介入開始。食事摂取量やエネルギー必要量、血圧確認しながら段階的に車椅子離床・平行棒内起立・歩行訓練、歩行器歩行へと進めた。リハビリ後リハタイムゼリー摂取を行った。食事は10割摂取可能だったが、体重増加認められず28病日目リハ栄養介入依頼行った。多職種との連携強化図り、必要エネルギー量1928kcalに加え、段階的にエネルギー蓄積量を300～800kcal程度加味行い、2230～2890kcalと設定。84病日目には体重49.0kgへ増加し歩行器歩行で膝折れや疲労感なく100m程度歩行可能となった。体重51.8kg、BMI:16.3kg/m²、MNA[®]-SF:9点、FIM:61点と栄養状態・ADL能力改善認め91病日目自宅退院。

【結論】 今回、早期に積極的なリハ栄養介入了ることによって体重・筋肉量増加・ADL能力向上認め、褥瘡も改善でき自宅退院可能となったと考えられる。また、リハビリで関われる時間は限られるため、密に多職種連携行い多方向からアプローチ出来るかが重要である。

PP10-3 サルコペニアの改善により、自発的な行動が増え、自宅退院となった症例

○林 直希

社会医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院 リハビリテーション部 3R回復期リハ課

【目的】 入院患者のADL改善・自宅退院の要因としてサルコペニア改善が影響するのではないかと考えた。今回サルコペニアの症例を担当する機会を得たため、報告する。

【症例提示】 60歳代男性、コロナ後廃用症候群、身長171cm、体重44.8kg、BMI15.3。現病歴：X日商業施設にて倒れており、救急搬送、急性期病院へ入院。X+48日リハ目的で当院転院。病前は兄夫妻宅で同居。ADL、IADLは自立。HOPE：もう一度一人暮らしをしたい。入院時筋肉量41.2kg、ALB3.3g/dl、食事は1800kcal/日。初期評価：握力R24.6kg/L21.0kg、膝伸展筋力R12.4kgf/L16.7kgf、歩行速度0.66m/s、最大歩行距離330m。重症サルコペニア状態。歩行に見守りを要した。介入にあたり体組成からBEE1136kcal、TEE1590kcalと設定。栄養への介入はエネルギー貯蓄800-1000kcal/日となるよう病院食に加えてロイシン入り飲料と補食の摂取を促し、摂取カロリーを増やした。最終評価：体重49.4kg、筋肉量42.1kg、ALB3.6g/dlと改善を認めBMI16.9に改善。握力：R23.7kg/L25.3kg、膝伸展筋力：R18.0kgf/L18.4kgf、歩行速度1.0m/s、最大歩行距離2000mが可能。サルコペニアの改善を認めた。ADL・IADL・自己管理が可能となり兄夫妻宅へ退院。

【結論】 介入中、エネルギー貯蓄を作り、ロイシン含有の栄養補助食品摂取を促す等栄養管理を行い、レジスタンストレーニングの実施し骨格筋量増加や栄養状態改善・身体機能向上等サルコペニアの改善に繋がり、ADLの改善・自宅退院の一助になることを確認できた。

PP10-4 高度栄養障害を伴う廃用症候群に対しリハビリテーションおよび栄養管理で日常生活動作の回復が得られた一例

○吉岡 登貴子、小松 優夏、小川 真里奈

社会医療法人尚徳会 ヨナハ丘の上病院

【目的】 積極的な機能訓練を行って十分な訓練効果を出すためには、適切な栄養管理による患者の栄養状態の改善と維持が大切である。今回、高度の低栄養で廃用症候群をきたし、NST (Nutrition Support Team) による重点的栄養管理とリハビリテーションで日常生活動作が著しく向上した一例を経験したので報告する。

【症例提示】 88歳の男性で、低アルブミン血症で低栄養と日常生活動作能力低下を認めた。入院当初のアルブミン値は2.3g/dL、FIMは49点であった。BMIは13.54kg/m²、食事摂取量が少なく体力や筋力も低下し、日中はほとんど臥床していた。NSTによる必要エネルギー・蛋白量と実際の摂取量の提示に基づく補助食品によるONS (Oral Nutritional Supplements) に加え、理学療法と作業療法にて、身体活動量を確保した。病棟での離床時間が増加し、また筋力も著しく回復した。そして、アルブミン値は3.0g/dL (130% up)、FIMは66点 (135% up)、BMIも18.88kg/m² (139% up) まで改善した。

【結論】 高度の栄養障害による身体の機能改善は難しいとされている。高度低栄養に伴う廃用症候群に対して、リハビリテーションとNSTによる適正栄養管理によって日常生活動作が大きく改善する可能性があり、本症例は、NSTによる適正栄養管理の実践に加えて積極的なリハビリテーションを行うことで著名な身体の機能回復が得られたと考える。

PP10-5 サルコペニア肥満の長期臥床患者へ定期的な経腸栄養量見直しと起立・立位保持訓練を実施した一例：症例報告

○袴田 雪乃

印西総合病院 リハビリテーション科

【目的】サルコペニア肥満は、過剰な脂肪組織と筋肉量/筋力の低下が共存している状態であるが診断基準は明確ではない。AWGSによるサルコペニアの診断基準は、握力/歩行速度/骨格筋量である。また日本人を対象としたサルコペニア肥満の研究では、体脂肪率を肥満の基準としている。今回これらの基準に該当する長期臥床患者の症例を経験し、介入を実施した44日間の途中経過をここに報告する。

【症例提示】発症41病日に当院療養病棟に転院となった左心原性脳塞栓症、80歳代後半女性である。発症後、高次機能障害、認知機能低下、重度の右上下肢麻痺を呈しADL全介助であった。また食事は経腸栄養である。定期的にBMI・血液データにて栄養量管理を実施したが発症421病日には体組成の異常値を示した。そこで定期的な経腸栄養量見直しと起立・立位保持訓練を併せた介入を開始した。発症421病日から44日後の介入結果を以下に示す。

BMI:22.6 → 22.8、体脂肪率:55.0% → 53.7%、SMI:2.58 kg/m² → 2.72 kg/m²、腹囲:95 cm → 86 cm、ECW/TBW:0.409 → 0.405

【結論】先行研究では、経腸栄養の過栄養予防にエネルギー投与量のモニタリング・再評価の重要性が述べられている。またサルコペニア肥満の改善に対し、レジスタンストレーニングの重要性が述べられている。本症例の長期臥床患者は、サルコペニア肥満の基準に該当していた為、定期的な栄養量の見直しと起立・立位保持訓練を実施したことで体組成の改善、悪化予防への効果が示唆された。

PP10-6 服薬情報の乖離が高齢者ピルジカイニド中毒を引き起こした一例

○初井 梨那、吉田 宣政、佐々木 好美

公立学校共済組合 九州中央病院 薬剤科

【目的】高齢者の自宅における服薬状況は不明瞭な点が多く、入院時の聴取では正確な情報を確認できないケースがある。今回、服薬アドヒアランス不良であった患者に対し常用量のピルジカイニドが継続処方され、腎前性腎不全及びピルジカイニド中毒に至った一例を経験したので報告する。

【症例提示】90代女性、骨折で整形外科を主科に入院。入院時のCCr28.6mL/min。お薬手帳より、降圧薬とピルジカイニド150mg/日を含む抗不整脈薬を服用していると確認。一方患者より聴取した情報には曖昧な点があり、調剤薬局から情報を得て服薬アドヒアランスは問題ないと判断した。尚、疑義照会の結果、ピルジカイニドは減量されることなく全ての常用薬が同量にて処方継続となった。入院から3日後、CCr14.6mL/minへ低下、徐脈傾向を認めた。その後、家族からの申告で薬は全て自己判断で減量していたと判明。循環器科医の介入で過度の降圧・脱水による腎前性腎不全とピルジカイニド中毒の診断に至った。

【結論】薬の服用状況に疑わしい点があれば主治医へ報告し、薬物血中濃度の測定やバイタルのモニタリングを依頼する等、対処しておく必要があった。本症例のように高齢かつ腎機能が低下している患者では、腎排泄率の高い抗不整脈薬の血中濃度が上昇し重篤な転帰を招く可能性がある。薬剤師の“服薬アドヒアランスの評価”という目線から、副作用を回避する工夫に思考を凝らし、安全な薬物治療を実践したい。

PP11 (急性期、呼吸器・循環器疾患)

ポスター会場 15:30 - 16:10

PP11-1 根治困難な上腸間膜動脈 (SMA) 症候群を呈する 1 症例に実施した下痢の臨床推論【再発表】

○小林 大樹¹⁾、伊藤 真実¹⁾、中西 渉²⁾、橋爪 英二²⁾日本海総合病院 栄養管理室¹⁾、日本海総合病院 外科²⁾

【目的】空腸アクセスを用いた経管栄養では下痢の発症頻度が高く、栄養管理上の問題になることが多い。上腸間膜動脈 (superior mesenteric artery: SMA) 症候群と診断され、経管栄養施行後に下痢を呈した症例に対し、多職種で臨床推論を行った経過を報告する。

【症例提示】73歳男性。腹部大動脈瘤を伴う SMA 症候群と診断され、消化器内科へ緊急入院となった。既往に左中大脳動脈領域のアテローム血栓性脳梗塞を認め、運動性失語と右片麻痺を呈し、入院前1か月間は寝たきりの状態であった。入院時、GLIM 基準による中等度低栄養と診断された。SMA 症候群改善のため、腹部大動脈瘤の外科的治療、胃空腸バイパス術、腸瘻造設術が検討されたが、栄養状態および ECOG-PS を考慮し、いずれも困難と判断された。入院後、上部腸管の減圧および栄養投与目的で W-ED チューブが留置され経管栄養が開始されたが下痢が持続した。チューブ排泄と水様便による体液喪失に対しては、細胞外液補充液が持続的に投与された。薬剤は抗菌薬、制酸薬、蠕動運動促進薬など計10剤が処方されていた。本症例では、臨床推論のステップに基づき下痢の原因を網羅的に検討し、鑑別に基づいて栄養投与内容の調整、薬剤変更の検討、シンバイオティクス導入を行った。

【結論】経管栄養施行例において下痢が生じた場合、腸管感染症や薬剤など頻度の高い原因を鑑別したうえで、栄養投与内容の変更や止痢薬の使用など原因に応じた対応を行うことが重要である。

PP11-2 待機的経カテーテル大動脈弁置換術症例における術前位相角が術後1年死亡に及ぼす影響

○島田 里絵^{1,2)}、大沢 優也¹⁾、磯田 あゆみ¹⁾、谷口 英喜^{1,2)}、工藤 雄洋¹⁾神奈川県済生会横浜市東部病院 栄養部¹⁾、神奈川県済生会横浜市東部病院 患者支援センター²⁾

【背景】経カテーテル大動脈弁置換術 (TAVI) は高齢大動脈弁狭窄症患者に広く行われているが、長期予後の予測因子は十分に解明されていない。位相角は体組成や栄養状態の指標として注目されているが、TAVI 患者における臨床的意義は不明である。本研究では TAVI 患者における位相角が術後1年以内の死亡率に及ぼす影響について検討した。

【方法】2020年から2024年に当院で TAVI を受けた患者で術前に BIA 法による体組成測定を行った症例を抽出した。低位相角群と非低位相角群に分類し、低位相角の定義は男性 4.05° 未満、女性 3.55° 未満とした。主要評価項目は1年以内の死亡率に設定し、リスク因子を明らかにするため多変量ロジスティック回帰分析を行った。P<0.05 を統計学的有意差ありと定義した。

【結果】全93症例のうち低位相角群は40例 (43%) に分類された。両群の背景を比較すると、低位相角群の年齢が有意に高く (86.45歳 vs 83.34歳, P<0.05)、低位相角群の BMI が有意に低かった (22.34kg/m² vs 24.19kg/m², P<0.05)。主要評価項目を比較すると、非低位相角群 3.8% (2例) と比較して低位相角群で 17.5% (7例) と有意に高かった (P<0.05)。多変量ロジスティック回帰分析の結果、位相角が高いことは死亡率の保護因子であった (オッズ比: 0.211、95%信頼区間: 0.0527 ~ 0.846, P<0.05)。

【結論】本研究において、TAVI 患者において位相角が高いことは、術後1年死亡に対する保護因子となる可能性が示唆された。

PP11-3 心不全患者における栄養状態とリハビリテーション実施量の交互作用が退院時 ADL に与える影響

○前田 大忠¹⁾、藤田 悠斗¹⁾、若狭 稔²⁾、岡本 浩一³⁾、山本 千登勢¹⁾、戸田 悠介¹⁾、栗原 義宣¹⁾、橋川 誠之¹⁾、藤川 彩¹⁾
 金沢医科大学病院 リハビリテーションセンター¹⁾、金沢医科大学 循環器内科²⁾、金沢医科大学 一般・消化器外科³⁾

【目的】心不全患者において、栄養状態は身体機能や生命予後に加え、リハビリテーション（リハ）の効果にも影響を与える可能性がある。本研究では、退院時 ADL（Barthel Index；BI）に対するリハ実施量の効果を、栄養状態（Geriatric Nutritional Risk Index；GNRI）が修飾因子として働くかを検討した。

【方法】2020年10月～2025年5月に当院へ入院し、入院前 BI が 100 点未満であった心不全患者 95 名を解析対象とした。退院時 BI を目的変数とし、1 日あたりのリハ単位数（リハ実施量）および GNRI（カットオフ値 = 92）を説明変数として、これらの交互作用項（リハ実施量 × GNRI）を含む共分散分析を実施した。共変量は年齢、性別、BMI、入院前 BI、BNP として調整した。さらに、GNRI をモデレーターとする単純傾斜分析を探索的に行い、栄養状態別にリハ実施量と退院時 BI の関係を検討した。

【結果】GNRI 高値群は 66%、低値群は 34% であった。共分散分析では、リハ実施量の主効果が有意であり ($\beta = -13.4$, $p = 0.018$)、GNRI の主効果は有意ではなかった ($\beta = +3.7$, $p = 0.13$)。リハ実施量と GNRI の交互作用は有意ではなかった ($\beta = +9.1$, $p = 0.20$)。単純傾斜分析では、リハ実施量が平均より 1 単位多い場合、退院時 BI は GNRI 高値群で約 4 点、低値群で約 13 点低い結果となった。

【結論】GNRI が低値な心不全患者では、同等のリハ実施量でも退院時 ADL の改善が得られにくく、栄養状態がリハ効果を修飾する可能性が示唆された。

PP11-4 不十分なエネルギー蓄積量設定により体重減少を認めた皮膚筋炎の症例【再発表】

○鈴木 達郎

産業医科大学病院

【目的】皮膚筋炎患者に体重増を目的とした栄養管理を行なったが、体重減少が進行したため、体重減少の臨床推論を行なった結果を報告する。

【症例提示】70 歳、女性。身長 152cm、体重 39.3kg、BMI17.0kg/m²、健常時体重 45kg、下腿周囲長 27.3cm、握力 11/9kg（左/右）。Alb3.9g/dL、CRP0.01mg/dL、HbA1c7.2%、CK782U/L。既往歴：2 型糖尿病。薬剤：プログラフ[®]1mg、カナグル[®]OD 錠 100mg。悪液質及びサルコペニア、重度低栄養あり。筋力及び嚥下機能低下を生じた皮膚筋炎に対し、GC 療法、IVCY 療法、プログラフ 3 剤併用療法を施行し、継続したリハビリテーション（以下リハ）目的で当院へ入院。入院時の必要エネルギー量を 1,400kcal（BEE975kcal、ストレス係数 1.1、活動係数 1.3）に設定し、糖尿病食を開始したが、1 週間後に体重 38.9kg に減少。その後、エネルギー蓄積量 +350kcal/日を増量したが、3 週間後は 38.5kg まで減少したため、2000kcal/日に再設定した。

【結論】体重減少の要因は、炎症性筋疾患及び薬物療法（SGLT2 阻害薬）に加え、リハによる活動量増加など多面的な影響の関与が高いと考えた。しかし、エネルギー蓄積量の低い設定も一要因と推定し、多職種との情報共有・連携・アプローチが重要であると認識できた。

PP11-5 食道癌術後合併症を発症したが、三位一体の介入により早期に対応できた症例

○浅田 宗隆¹⁾、鎮目 奈々²⁾パナソニック健康保険組合 松下記念病院 看護部 兼新病院推進室¹⁾、パナソニック健康保険組合 松下記念病院 栄養指導室²⁾

【目的】令和6年度診療報酬改定では「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」が新設され、三位一体の介入による患者のQOL向上が期待されている。しかし、マンパワー確保による算定要件が厳しく算定できていない施設も多い現状がある。当院では算定を開始しており、術後声帯麻痺を呈した食道癌患者に対し、三位一体の介入によりQOLを維持したまま退院に至った症例を報告する。

【症例】70歳代男性。食道癌に対し術前化学療法後、胸腔鏡下食道亜全摘術施行。術前栄養指導を実施し、GLIM基準で低栄養と判定。入院時よりリハビリテーション、管理栄養士、歯科衛生士が介入し、カンファレンスで目標と術後のケア方針を共有した。術翌日の抜管後に左声帯麻痺を認めたが、言語聴覚による嚥下訓練を開始し、管理栄養士により腸瘻からの持続経腸栄養管理を提案した。POD6に嚥下チームの介入となり、POD8より直接嚥下訓練の開始、POD15に経腸栄養から経口摂取へ完全移行となった。POD18に軟菜食で自宅退院となった。退院時に6.33%の体重減少を認めたが、FIM126点と入院時のADLを維持し、SMI8.66→8.70kg/m²と低下はなかった。

【結論】ADLが自立している予定入院患者でも、入院中の低栄養や合併症のリスクは存在する。入院直前からの三位一体による継続的かつ同時介入が、合併症の早期対応とQOL維持に有効であった。

PP11-6 急性腎不全にて寝たきり状態となったが、攻めのリハ栄養療法にて歩行再獲得し在宅復帰を果たした一例

○長谷 友貴

八雲総合病院 リハビリテーション室

【目的】急性腎不全により寝たきり状態となり施設への入所を検討していたが、本人が歩行再獲得による在宅復帰を希望したため、攻めの栄養療法を併用した運動療法を行ない、自立歩行の再獲得を目的に介入した。

【症例提示】本症例は、80代男性で入院前は娘夫婦と同居しており、両側四点杖歩行で自立していた。X年Y月Z日の早朝に体動困難にて救急搬送され急性腎不全の診断で入院となり、Z+6日から理学療法開始となる。当初の体重は56.4kgで寝たきり状態であったが、活動意欲は高く帰宅願望が強かった。入院初期は座位耐久性が低く、摂取量320kcalと少なく、Z+6日には体重が54.9kgまで減少していた。そのため、短期目標として毎週体重をモニタリングしながら40分での耐久性向上訓練を行ない、TEE1230kcalに合わせ摂取量1280kcalの確保を目指し体重維持を目指した。Z+14には1280kcalの摂取が可能となり、体重54.7kgと減少を抑えることができた。その後、60分での歩行訓練や筋力訓練等、歩行獲得のためにプログラムを再立案した際に、活動係数の増加に伴うTEEの増加も予測されたため、栄養科と連携しTEE1350kcalに対して摂取量1640kcalを付加し56kgを目指しながら歩行の再獲得を目指した。

【結論】在宅復帰に必要な両側四点杖歩行の再獲得となり、自宅へ退院となった。また、Z+49日には体重56.1kgに改善した。以上のことから、攻めの栄養療法を併用した運動療法の重要性を改めて認識した。

PP11-7 超高齢心不全入院患者における GLIM 基準に基づいた低栄養診断の臨床的意義

○植村 祐介

安城更生病院 循環器内科

【背景】 超高齢心不全患者における、GLIM 基準を用いた低栄養診断の臨床的意義の報告は乏しい。

【目的・方法】 2016年から2018年に当院に急性心不全で入院した80歳以上患者で、MNA-SFによる栄養スクリーニングした患者について、新たにGLIM基準による低栄養診断を行った。主要評価項目は退院後1年間の全死亡もしくは心不全再入院とし、副次評価項目として入院期間、入院によるBarthel indexの変化を調査した。

【結果】 対象患者192名(平均年齢85.5歳、男性47.9%)のうち、50名(26.0%)に低栄養を認めた。低栄養群は、BMI、アルブミン、ヘモグロビンが低く、BNPが高値であった。退院後1年間の全死亡もしくは心不全再入院は低栄養群で有意に高かった(Log-rank $P=0.002$)。GLIM基準による低栄養は、MAGGIC riskスコア、BNP、アルブミン、ヘモグロビン値を共変量としたCox回帰分析においても、独立した予後予測因子であった(ハザード比2.042、95%信頼区間1.187-3.515、 $P=0.010$)。一方で、入院期間や入院中のBarthel indexの変化は2群間に有意な差を認めなかった。

【結語】 超高齢心不全入院患者において、GLIM基準による低栄養診断は退院後の予後予測因子となりうる。

PP12 (嚥下・口腔)

ポスター会場 15:30 - 16:10

PP12-1 介護老人保健施設入所者におけるオトガイ舌骨筋と四肢骨格筋量および体幹筋量の関連性

窪 優太¹⁾、加賀山 俊平²⁾、清水 大輔²⁾、遠藤 未菜²⁾、吉沢 裕希²⁾、角 明子²⁾、藤井 啓介³⁾静岡大学 情報学部¹⁾、介護老人保健施設野洲すみれ苑 リハビリテーション科²⁾、鈴鹿医療科学大学 保健衛生学部³⁾

【目的】介護施設入所者のサルコペニア有病率は73%を超える。サルコペニアは嚥下障害の一要因であり、診断基準には四肢骨格筋量（以下、SMI）が用いられる。しかし、嚥下に関わる筋の多くは体幹に位置するため、体幹筋量（以下、TMI）が嚥下機能を反映する可能性が高い。つまり、嚥下機能とSMI、TMIとの関連を比較することは、介護老人保健施設（以下、老健）入所者の嚥下障害対策の検討に有用となる。本研究は、SMIとTMIのいずれが老健入所者の嚥下関連筋と強く関連するかを明らかにした。

【方法】対象は2024年8月から2025年5月に対象施設に入所した者とした。筋量は生体インピーダンス法で測定した。老健入所者は認知・身体機能障害により直接的嚥下機能評価が困難な場合が多いため、超音波検査にて嚥下関連筋のオトガイ舌骨筋断面積を測定した。解析はオトガイ舌骨筋断面積を従属変数、SMI、TMIを独立変数、年齢、性、Body Mass Indexを調整変数とした重回帰分析を行った。本研究は所属施設研究倫理委員会の承認を得て行った。

【結果】分析対象は107名（平均年齢86.4歳、男性35名）であり、必要サンプル数を満たしていた。オトガイ舌骨筋断面積はTMIと有意に関連し（ $\beta=0.36$ 、 $p=0.02$ ）、SMIとは関連を認めなかった（ $\beta=0.03$ 、 $p=0.84$ ）。

【結論】老健入所者の嚥下関連筋にはTMIが強く関連した。つまり、老健入所者の嚥下機能への介入戦略を検討する上で体幹筋にも注目する必要性が示唆された。

PP12-2 舌トレーニング用シート状グミによる新たな嚥下筋トレーニングの有効性

高山 真希¹⁾、秋山 歩夢²⁾、榊原 晏梨¹⁾、竹内 裕雅¹⁾、本間 涼介¹⁾、三浦 佑月¹⁾、俵 祐一¹⁾、中河原 毅³⁾、有菌 信一¹⁾聖隷クリストファー大学 リハビリテーション学部 理学療法学科¹⁾、平松内科・呼吸器内科 小牧ぜんそく睡眠リハビリクリニック²⁾、tantore 株式会社³⁾

【目的】高齢者のオーラルフレイルに伴う低舌圧は、舌骨上筋群の機能低下に起因し、嚥下筋サルコペニア対策として運動療法の必要性が高い。本研究では、舌トレーニング用のシート状グミを用いた新たな舌挙上トレーニング方法の有効性を多面的に検証した。

【方法】摂食嚥下機能障害の既往がない健常大学生20名を対象とし、介入群11名と対照群9名に無作為に振り分けた。介入群にはシート状グミ（tantore 株式会社）を用いたトレーニングを4週間継続して実施させた。介入前後で最大舌圧、反復唾液嚥下テスト（RSST）、呼吸機能を測定し、両群間で比較した。さらに、介入群では嚥下筋活動評価として舌骨上筋群の表面筋電図測定、および舌の超音波測定を実施した。

【結果】介入群の最大舌圧（ $p=0.003$ ）およびRSST（ $p=0.026$ ）が有意に増加し、対照群では差を認めなかった。呼吸機能は両群ともに変化を認めなかった。また、舌骨上筋群の筋活動評価では、介入群の最大舌圧測定時の $34.6 \pm 12.2\%$ MVCであり、低強度負荷のトレーニングである可能性が示唆された。舌の超音波評価では、安静時とトレーニング時の舌厚に差を認めなかった。

【結論】舌トレーニング用のシート状グミを使用した嚥下筋トレーニングの負荷量は低強度であり、最大舌圧および摂食嚥下関連指標を改善させた。今後は高齢者や有疾患を含む対象拡大、継続効果などの検証が必要である。

PP12-3 若年層を対象とした咀嚼力と食事内容の関連性について

○平山 雄大、大道 文香、桶家 亜実、西村 ますみ

金沢学院短期大学 食物栄養学科

【目的】近年、若年層の食生活において「硬い食べ物」を摂取する機会が減少している。若年期に十分な咀嚼力が獲得されない場合、加齢に伴いオーラルフレイルが顕在化し、健康寿命の短縮や栄養障害を招く可能性がある。そこで本研究では、若年層を対象に咀嚼力と食事内容の関連性について調査した。

【方法】短期大学生 52 名を対象に、咀嚼チェックガム（ロツテ）による咀嚼力の調査と食事頻度調査、口腔に関するアンケートを実施した。咀嚼力のスコアが 6.0 未満を咀嚼力低下群、それ以上を咀嚼力正常群とし、栄養素量や食材の摂取頻度、アンケート回答の内容について比較検証した。

【結果】咀嚼力のスコアは、全体平均値で 7.2 ± 1.28 だった。スコアから、咀嚼力低下群 11 名（21%）、咀嚼力正常群が 41 名（79%）だった。摂取栄養素量とアンケート回答に有意な差はみられなかった。一方で、キャベツの摂取頻度、せんべいの摂取量と摂取頻度は咀嚼力低下群が有意に低く、マーガリンの摂取量と摂取頻度は咀嚼力低下群が有意に高かった。

【結論】キャベツとせんべいは、咀嚼回数が多く、その噛みにくさから咀嚼力低下群で敬遠されたと考える。マーガリンについては、質問内容が「パンに付けるマーガリン」の量を確認しているため、咀嚼機能との関連を見出すのは難しいと考える。今後、咀嚼力と食べ物の因果関係を明らかにするため、料理単位での摂取頻度調査や介入研究が必要と考える。

PP12-4 嗜好品を活用した直接訓練による嚥下機能改善に関するアプローチの検討

○飯田 友則、江口 早貴

船橋市立医療センター 看護局

【目的】摂食嚥下のプロセスには、習慣や経験、食文化が関係する。今回、送り込み障害と嚥下反射惹起遅延のある患者に対し、嗜好品を用いてシャーベット状に凍らせたとろみコーヒーで直接訓練を行い、嚥下機能が改善した一例を振り返る。

【方法】A 氏、80 歳代男性。左中大脳動脈脳梗塞で左前頭葉、側頭葉、頭頂葉に病巣を認めた。送り込み障害、嚥下反射惹起遅延に対し、間接・直接訓練による舌・咀嚼運動の変化、捕食動作から嚥下反射惹起までの時間を評価した。

【結果】介入 1 日目のアイスマッサージでは、舌・咀嚼運動は認めず、嚥下反射惹起まで 60 秒以上要した。介入 5 日目以降、舌運動はむらがあり咀嚼運動は認めなかった。介入 10 日目より、とろみコーヒーによる直接訓練を開始したところ咀嚼様運動が出現した。介入 15 日目以降は、舌運動と咀嚼運動が認められた。介入 20 日目以降、嚥下反射惹起までの時間は 10 秒以下に短縮した。

【考察・結論】嗜好品であるアイスコーヒーに着目したとろみコーヒーによる直接訓練は、シャーベット状であることから舌運動や咀嚼運動を誘発すると同時に、咽頭感覚の閾値を低下させ嚥下反射惹起遅延の改善に関与したと推察する。とろみコーヒーの味覚刺激は、唾液分泌を促し、嚥下反射惹起を反復させる要因となった。

「好きな物や味」を用いた直接訓練は、食の QOL や満足度の向上を図るとともに、嚥下機能の改善にも有効な訓練となり得ることが示唆された。

PP12-5 嚥下評価に多職種連携の視点を組み込んだ経口移行フローチャート作成と運用の試み

○村田 寛子、岡 幸恵、平 亜依

公益財団法人 操風会 岡山リハビリテーション病院 言語聴覚室

【目的】嚥下障害患者の経口移行においては、誤嚥や窒息といった咽頭機能の問題に加え、先行期や口腔問題により摂取量が低下したり、脱水や消化器症状が出現したりしてこれまで充足していた栄養が充足できなくなるという栄養面でのリスクも考慮する必要があり、栄養・口腔・看護面など多角的な視点が求められる。今回、STが多職種連携の視点を踏まえて経口移行フローチャートを作成し、運用過程を通してその有用性と課題を検討した。

【方法】嚥下評価結果を基に経口移行の段階を整理し、経口移行プロセスを可視化。各段階における管理栄養士・歯科衛生士・看護師との連携内容を明示したフローチャートを作成し、ST内での評価共有および新人教育に活用し意見を収集した。

【結果】運用により、経口移行判断の流れを可視化でき、ST間で評価視点の統一が進んだ。新人教育では、嚥下評価手順や判断基準、多職種連携のタイミングや内容の理解が促進された。また、経口移行支援を嚥下機能のみに留めず、多職種との情報共有を意識する必要性を再認識できた。一方、臨床現場での活用はまだ少なく栄養評価の視点も不十分であり、多職種との共有体制の構築や実際の症例を通じた検証も必要と思われた。

【結論】多職種連携の視点を組み込んだフローチャートは、STの評価整理や教育に有用だった。今後は運用症例を増やし、GLIM基準の評価項目など客観的指標も取り入れながら、経口移行支援の質向上に繋げたい。

PP12-6 胃全摘後に縫合不全を合併した高齢胃癌患者に対し、嚥下リハ栄養が奏功し再び経口栄養が可能となった1例

○奥 和晃¹⁾、吉本 紘子²⁾、高橋 留佳¹⁾、水本 素子³⁾国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 栄養科¹⁾、国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 高齢ケアユニット²⁾、
国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 外科³⁾

【目的】胃全摘術後の縫合不全は重大な合併症の一つであり、発生頻度は約1～10%ともいわれる。そのような場合、絶食管理のもと静脈栄養、経管栄養などによる栄養管理が行われるが、長期間の絶食は口腔機能に廃用変化を生じることが懸念され、嚥下リハの併用が望ましいとされる。今回、胃全摘後に食道・空腸吻合部縫合不全を合併した高齢胃癌患者癌に対して、経管栄養の施行をしつつ、間接訓練の実施を行うことにより、術前の食形態の形状を落とさず食事摂取が可能となった症例を経験したので報告する。

【症例提示】症例は83歳男性。噴門部胃癌に対し腹腔鏡下胃全摘後、常食の提供を行っていたが、術後9日目に酸素化の悪化とシバリング、左側腹部痛がありCTでminor leakが疑われた。術後10日目に再手術を施行したところ、汎発性腹膜炎の状態であった。吻合部は大網被覆を行い、腹腔ドレナージ、腸瘻造設、経鼻胃管の間欠持続吸引を施行して保存的に加療した。経管栄養(1800kcal/日)を行いつつ、嚥下リハの訓練を継続した。1カ月ほど絶食で周囲の器質化を待ってから、直接訓練を開始し常食の摂取が可能となり、術後77日目に退院した。

【結論】介入時嚥下評価では舌圧29kPa、反復唾液嚥下テスト3回/30secであったが、嚥下リハ栄養の介入もあり舌圧30.2kPa、反復唾液嚥下テスト4回/30secと咽頭挙上運動の改善がみられ、再び常食の摂取が可能となった。

PP12-7 手術と積極的なリハ栄養の実践により米飯摂取が可能となった強直性脊椎骨増殖症の一症例

○野々山 孝志^{1,5)}、金森 敦紀^{2,5)}、竹田 実咲^{3,5)}、小森 彩^{3,5)}、野々山 忠芳²⁾、齊藤 敏樹⁴⁾

社会医療法人 杏嶺会 一宮西病院 リハビリテーション科¹⁾、社会医療法人 杏嶺会 一宮西病院 リハビリテーション技術部²⁾、
社会医療法人 杏嶺会 一宮西病院 看護部³⁾、社会医療法人 杏嶺会 一宮西病院 整形外科⁴⁾、社会医療法人 杏嶺会 一宮西病院 NST⁵⁾

【目的】 強直性脊椎骨増殖症による頸部後屈と嚥下障害にて、食事摂取困難・誤嚥性肺炎を起こす症例に対して、手術と術後の積極的なリハ栄養を実践することによって、ミキサー粥から米飯摂取が可能となった一例を経験したので報告する。

【症例提示】 76歳男性。身長：163.4cm、体重：46.9kg、BMI：17.6、併存症：高血圧症、既往歴：60歳代で脳梗塞。2025年、1～2か月前に2回誤嚥性肺炎にて入院加療した。今回手術のため入院となる。入院時評価、GLIM：重度低栄養、サルコペニアの可能性有（AWGS2019）、ADLは自立レベル。入院翌日NST-リハ栄養介入開始。3日目に手術（頸椎前方固定術、頸椎前方骨化・骨棘切除術）施行。術後、嚥下・全身リハを施行。9日目U字歩行器歩行自立、25日目独歩自立、階段昇降可能となる。食事はミキサー粥から開始。15日目、22日目に嚥下造影検査を施行し嚥下機能の改善を認めたため、18日目に全粥、32日目に軟飯、41日目に米飯へ変更した。

介入前後で比較した結果、摂取エネルギー量は559→1832kcal、蛋白質量は31→69gと著明に増加、体重は46.9→47.3kg、下腿周囲長は30.5→31.5cmと維持、握力は16→21.5kgとやや改善が見られた。

【結論】 手術による頸部後屈の軽減と積極的なリハ栄養の実践が、摂取栄養量の増加、栄養状態（体重・筋肉量）の維持、嚥下機能・身体機能の改善につながり、『米飯が食べたい』という患者の希望を叶えたと考える。

PP13 (悪液質・がん・緩和ケア、リハ栄養口腔の三位一体)

ポスター会場 16:20 - 17:00

PP13-1 リハビリテーション、栄養、口腔の三位一体介入とサルコペニア脳卒中患者の機能的予後、認知レベルとの関連

○長野 文彦¹⁾、吉村 芳弘¹⁾、嶋津 さゆり¹⁾、松本 彩加¹⁾、備瀬 隆広²⁾、濱田 雄仁²⁾、木戸 善文²⁾、葛原 碧海²⁾、米田 巧基³⁾、上野 いずみ³⁾、櫻庭 茉由加³⁾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¹⁾、熊本リハビリテーション病院 リハビリテーション部²⁾、熊本リハビリテーション病院 栄養管理部³⁾

【目的】 リハビリテーション (リハ)、栄養サポート、口腔管理を組み合わせた三位一体介入は入院患者の予後の改善において高い注目を集めている。本研究の目的は、サルコペニア脳卒中患者を対象として、三位一体介入と機能的予後、認知レベルとの関連について検証することである。

【方法】 本研究は、2015-2023年に回復期リハ病棟へ入院し AWGS2025 基準に基づき入院時にサルコペニアと診断された脳卒中患者を対象とした後方視研究である。三位一体介入は、リハ介入 (起立運動平均実施回数>中央値)、栄養サポート (蓄積エネルギー>0)、口腔管理 (歯科専門職による口腔ケアの実施有無) の組み合わせによって定義した。蓄積エネルギーは入院中の摂取量と必要量 (現体重×30kcal/日) の差で推定した。アウトカムは退院時の FIM 運動・認知スコアとした。重回帰分析を用いて交絡因子の影響を調整し、三位一体介入とアウトカムとの関連について解析した。

【結果】 解析対象は400名 (平均年齢78±11歳、男性192名) であり、サルコペニア有病率は52%であった。重回帰分析の結果、三位一体介入は退院時 FIM 運動 ($\beta=0.313$, $P<0.001$)、退院時 FIM 認知 ($\beta=0.309$, $P<0.001$) と有意な正の関連を認め、単独または複合介入と比べて優れていた。

【結論】 三位一体介入は、サルコペニア脳卒中患者の機能的予後、認知レベルの改善と有意に関連していた。この多職種連携による戦略はリハアウトカムの改善を最大化できる可能性がある。

PP13-2 入院で化学療法を実施した悪性リンパ腫患者の身体機能と体重減少率との関連について

○清水 一輝、千住 雄一、神津 将司

伊勢赤十字病院 リハビリテーション課

【目的】 悪性リンパ腫に対する化学療法は、身体機能低下や体重減少をきたす。しかし身体機能と体重減少率との関連を調査した報告は少ない。本研究では、握力および SPPB をアウトカムとし、体重減少率との関連を調査した。

【方法】 対象は2020年から2024年に入院で化学療法とリハビリ介入を行った悪性リンパ腫患者25名 (平均年齢75.3±10.4歳)。化学療法1-2クール目に初期評価、最終クール終了時に最終評価を実施した。個人差をばらつき効果とし、年齢、性別、体重減少率、測定時期 (初期・最終) を固定効果とする線形混合効果モデル (LMM) で解析した。有意水準は $p<0.05$ とした。

【結果】 平均体重減少率は $9.7\pm6.6\%$ であり、20名 (80%) が5%以上の体重減少を認めた。LMMの結果、体重減少率は、握力 ($\beta=+0.04$ $p=0.71$)、SPPB ($\beta=-0.16$ $p=0.18$) と有意差を認めなかった。測定時期において、握力は低下傾向 ($\beta=-1.56$, $p=0.09$)、SPPBは改善傾向 ($\beta=+1.41$ $p=0.18$) を示したが、有意差を認めなかった。年齢は、握力 ($\beta=-0.22$ $p<0.01$)、SPPB ($\beta=-0.17$ $p<0.05$) と有意な負の関連を認めた。性別 (男性) は、握力と関連を認めた ($\beta=+8.99$ $p<0.01$)。

【結論】 化学療法中の悪性リンパ腫患者の身体機能は、年齢や性別といった患者背景因子に影響されることが示唆された。身体機能と体重減少率との関連は明確ではなかったが、高頻度の体重減少を認めたことから、リハビリ介入と栄養管理の継続的な実施が重要と考える。

PP13-3 自家造血幹細胞移植時における GLIM 基準評価の有用性

○榎本 雄介¹⁾、北口 泰葉¹⁾、舞原 香保子¹⁾、勝岡 優奈²⁾、和泉 透²⁾独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 栄養管理室¹⁾、独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 血液内科²⁾

【目的】自家造血幹細胞移植 (ASCT) 患者において、GLIM 基準による低栄養の有無と移植後の在院日数との関連を検討した。さらに栄養状態の推移を評価することで、GLIM 基準の有用性を明らかにすることを目的とした。

【方法】2021年4月から2025年9月までに当院でASCTを施行した多発性骨髄腫患者27名を対象とした。移植前のGLIM基準低栄養の有無から低栄養群と対照群に分類し、移植後在院日数、白血球生着日数および血流感染症発生率を比較した。さらに、入院時から退院時の体重変化率およびSMI変化率を算出し、栄養状態の推移を評価した。

【結果】入院時のGLIM基準評価から、低栄養群8名(29.6%)、対照群19名(70.4%)に分類された。在院日数の中央値は、低栄養群29日(23-33)、対照群22日(17-27)で、低栄養群で長期化傾向を認めたが有意差はなかった($p=0.151$)。生着日数、血流感染症発生率においても有意差は認められなかった。退院時の体重変化率は、低栄養群 $-3.2 \pm 3.4\%$ 、対照群 $-4.9 \pm 3.7\%$ 、SMI変化率は、低栄養群 $-6.3 \pm 3.3\%$ 、対照群 $-5.2 \pm 5.5\%$ で両群とも低下した。退院時のGLIM基準評価では、17名(63.0%)が低栄養と診断された。

【結論】移植前のGLIM基準低栄養は、在院日数延長と関連する傾向を示したが有意差はなかった。退院時には体重およびSMIが低下し、低栄養患者が増加したことから、GLIM基準は移植前後の栄養評価に有用であり、退院後も移植後の低栄養に対して継続的な介入が必要と考えられる。

PP13-4 入院治療中の頭頸部がん患者に対する運動・栄養介入：悪液質の有無で運動機能に差はあるのか？

○松森 圭司¹⁾、宮下 美奈¹⁾、太田 浩章¹⁾、小川 恵里¹⁾、今井 健斗¹⁾、小谷 泰士¹⁾、丸山 陽子²⁾、堀内 博志^{1,3)}信州大学医学部附属病院 リハビリテーション部¹⁾、信州大学医学部附属病院 臨床栄養部²⁾、信州大学医学部附属病院 リハビリテーション科³⁾

【目的】頭頸部がんに対する化学放射線療法は治療期間が長い上、悪液質発症率が36～42%と高く、低栄養や運動機能低下を生じやすい。そのため、治療中の悪液質患者はその予防的介入が重要となるが、運動や栄養療法の有用性は明らかになっていない。本研究では、治療中に運動・栄養介入した頭頸部がん患者において、悪液質の有無で介入前後の運動機能に違いがあるかを検討した。

【方法】入院での化学放射線療法中に理学療法士と管理栄養士による運動・栄養介入のあった頭頸部がん患者59名を対象とし、アジア人向け悪液質診断基準で悪液質群：10名と非悪液質群：49名に割り付けた。理学療法の初回時と最終時で運動機能を測定し、各群における初回・最終時の差と2群間の差について解析した。

【結果】非悪液質群は介入前後で5回立ち上がり時間、10m快適・最大歩行速度が有意に向上したが、悪液質群はすべての項目で有意差を認めなかった。悪液質群は最終時の握力、5回立ち上がり時間、片脚立位保持時間、10m最大歩行速度が非悪液質群と比較し有意に低値であった。

【結論】悪液質を有する頭頸部がん患者に対して、運動と栄養の両面から介入することで、入院治療中の運動機能低下を予防できる可能性がある。しかし、悪液質群は非悪液質群と比較し最終時の運動機能が有意に低い項目が多く、支持療法を含めた長期的な介入が必要である可能性が示唆された。

PP13-5 作業療法士と管理栄養士が連携して長期の感染隔離後の血液がん患者の筋力改善を目指した経験

○生田 隆倫、東川 哲朗、米山 千尋

社会医療法人財団董仙会恵寿金沢病院 リハビリ科

【目的】血液がん治療中の COVID-19 感染による隔離で ADL が低下した事例に対し、多職種連携による栄養介入と運動療法で栄養状態や ADL の改善を図った経験を報告する。

【事例情報】70 代男性で Z-64 日より作業療法を開始した。Z-47 日 COVID-19 陽性により隔離となった。臥床状態が続き、食事摂取不良、端座位困難となった。Z 日に隔離解除後、栄養状態や ADL 改善を基本方針とした。介入期間中は低アルブミン血症と全身浮腫が継続し、体重や周径での栄養評価が困難であった。

【目標】筋力が改善しトイレや歩行が見守りで可能となる。

【介入】Z 日より、離床時間や運動量は徐々に増加し Z+25 日には歩行練習も開始した。Z+7 日に筋力改善に向けて栄養士と相談した。運動量増加に合わせてリハビリ時の補助栄養導入を試みるも嗜好に合わず、食事提供量増加と家族からの差し入れを導入した。浮腫の影響を受けにくい握力測定を定期的実施し、筋力改善の指標とした。

【結果 (Z+59 日)】食事摂取量は家族からの差し入れを含め目標量をやや下回った。握力は隔離解除時の右 8.2kg から 16.1kg となった。起居移乗見守り、歩行器歩行 50m 可能となった。

【考察】早期から栄養士と連携し、運動量増加に合わせて摂取量増加したことが ADL や筋力改善に寄与した。多職種連携による包括的アプローチが機能回復には有用であると考えられる。

PP13-6 重度低栄養を呈した多疾患併存者に対し悪液質の評価に基づくリハビリテーション栄養介入が奏功した一例

○山本 実穂¹⁾、野添 匡史²⁾、若狭 良広³⁾、中村 潤二¹⁾西大和リハビリテーション病院リハビリテーション部¹⁾、兵庫医科大学リハビリテーション学部理学療法学科²⁾、西大和リハビリテーション病院栄養管理部³⁾

【目的】重度低栄養を呈した多疾患併存者において、悪液質の評価を考慮して栄養療法と運動療法を行い身体機能の改善が得られたので報告する。

【症例提示】症例は C3/4 脊髄損傷 (AIS=D) を受傷した 83 歳の女性で、第 35 病日に脳梗塞と 2 度の誤嚥性肺炎を発症した。当院転院時 (第 80 病日)、歩行は軽介助を要し、Short Physical Performance Battery (SPPB) は 2 点で、体重は病前から 7kg 減少し (38.1kg、BMI17.4kg/m²、体重減少率 15.3%) 重度低栄養を呈していた。また食欲不振、筋力低下、CRP 上昇を認め、既往に慢性心不全及び慢性腎不全があり悪液質の診断基準 (Evans 及び AWGC 基準) を満たしていた。しかし食事摂取量は増加傾向にあり、前医で慢性心不全や腎不全の増悪はなく経過していたことから、重度低栄養の原因は 2 度の誤嚥性肺炎という急性疾患が主と判断し、併存疾患のリスク管理を行いながら運動療法と栄養療法を積極的に行う方針を採用した。自主練習を積極的に促し、エネルギー摂取量は 27-54kcal/kg/日、たんぱく質摂取量は 1.6-2.1g/kg/日まで増加させ、分岐鎖アミノ酸の摂取を促した。転院から 4 カ月後、体重は 41.4kg まで増加し栄養状態の改善を認めた。院内独歩移動が自立し、SPPB は 11 点まで改善した。

本発表に際し本人に説明し書面にて同意を得た。

【結論】悪液質の基準を満たす症例であっても、対象者の経過と低栄養の原因探索に基づいたリハビリテーション栄養介入の必要性が示唆された。

PP13-7 低栄養とサルコペニアを合併した食道がん術後患者に対するリハ栄養ケアプロセス介入：
症例報告【再発表】

○市川 佳孝¹⁾、難波 真紀¹⁾、小蔵 要司²⁾

群馬大学医学部附属病院¹⁾、恵寿総合病院²⁾

【目的】 食道がん術後患者は経口摂取障害を伴いやすく、低栄養やサルコペニアを合併することが多い。今回、急性期から回復期にかけてリハ栄養ケアプロセスを展開し、栄養状態および身体機能の改善を図った症例を報告する。

【症例提示】 70歳代男性。食道全摘3領域リンパ節郭清術後に急性呼吸窮迫症候群を併発し、31日間ICU管理となった。入室時、BMI：17.6kg/m²、下腿周囲長：26.0cm、握力：9.5kgと低栄養・サルコペニアを認め、Barthel Index (BI) は0点であった。経口摂取困難のためTPNと腸瘻を併用し、1500kcalの栄養投与を行った。理学療法士による訓練に加え、看護師が病棟リハを実施し、日常生活動作の拡大を図った。

【結論】 介入後、BMI：19.5kg/m²、下腿周囲長：30cm、握力：12.9kg、BI：85点まで改善し、低栄養は解消された。リハ栄養ケアプロセスにより、職種間の連携のもとで「栄養」と「身体機能」を一体的に支援することができ、食道がん術後患者の回復促進に寄与した。

【再発表】

参加型イブニングセミナー 1 HES-1

第3会場 3月13日(金) 16:00 - 18:00

HES-1 骨格筋エコーハンズオンセミナー “見える筋肉”を診る！ ——骨格筋エコーでここまでわかる臨床の最前線（ハンズオンセミナー）



講師

○中西 信人

神戸大学災害救急医学分野



インストラクター

野々山 忠芳

一宮西病院 リハビリテーション技術部

「筋肉が見える」と臨床は変わる——。超音波で骨格筋を可視化する技術は、もはやリハビリ・栄養・集中治療の現場で“未来の道具”ではなく、“今すぐ使える臨床スキル”です。本セミナーでは、経験豊富な講師陣のデモンストレーションとともに、参加者自身がプローブを握って学ぶ“体験型ハンズオン”を実施します。筋断面積・筋厚・筋輝度などの評価ポイントを、撮像から解析まで一貫して実践。筋エコー初心者でもわかる「描出のコツ」と「再現性を高めるプロの視点」を、すぐ臨床に生かせる形で解説します。「見える筋肉」から「診る筋肉」へ。エコーで筋を評価し、介入を変える臨床力をこの2時間で体得しましょう。体験・発見・納得の120分、すべての臨床家に贈る“筋肉エコーの入口”です。

略歴

中西 信人 EL-3 参照 (p58)

野々山 忠芳 SP-2-1 参照 (p46)

参加型イブニングセミナー 2 HES-2

第4会場 3月13日(金) 16:00 - 18:00



HES-2 文献レビューワークショップ はじめての文献レビュー入門

講師

○百崎 良

三重大学医学部附属病院 リハビリテーション部



進行・アシスタント

森山 大介

独立行政法人労働者健康安全機構 中部ろうさい病院 栄養管理部

文献レビューにはシステマティックレビューやスコopingレビューなどがあり、診療ガイドライン作成に不可欠なエビデンス整理の手法として重要性が高まっている。研究を行う際には、新規性を確認するために先行研究のレビューが欠かせず、Evidence-Based Medicine (EBM) の実践においてもシステマティックレビューの知識は必須である。レビュー論文は引用されやすく、たとえばCochrane Database of Systematic Reviewsのインパクトファクターは9.4と高い。さらに、レビュー研究は倫理審査が不要で、アイデア次第ですぐに取り組める実行可能性の高い研究手法でもある。実工程は標準化されており、取り組みやすい点も魅力である。最も時間を要するのは文献スクリーニングだが、近年では人工知能を搭載したツールにより、この工程の自動化・効率化が進んでいる。今回のワークショップでは、文献レビューの全体像を理解し、実際の各工程を体験することで、「自分でもやってみよう」と思えるきっかけを提供したい。

略歴

【学歴・職歴】

2004年 東京慈恵会医科大学医学部卒業、同大学リハビリテーション医学講座入局

2015年 東京大学公衆衛生大学院修了、公衆衛生学修士を受領

2016年 帝京大学リハビリテーション科准教授

2020年 三重大学医学部附属リハビリテーション部 教授

【資格等】

日本リハビリテーション医学会専門医・指導医

日本臨床疫学会認定専門家

日本老年医学会高齢者栄養療法認定医

日本嚥下医学会嚥下相談医

ランチオンセミナー 1 LS-1

【共催：株式会社大塚製薬工場】

LS-1 周術期における個別化栄養ケアの最前線～評価と栄養介入のポイント～

第1会場 12:30 - 13:30



LS-1-1 術前・術後をつなぐ栄養サポート ～周術期における介入タイミングのマネジメント～

○齊藤 大蔵
株式会社 Nutrition laboratory

周術期の栄養サポートは、術後合併症の回避および回復促進に重要である。しかし実臨床では、術後摂取不良が顕在化してから介入が開始される例も多く、術後の食事摂取量の低下への対応が遅れ、筋肉量の減少するリスクが高まっている。そのため栄養介入では「何を行うか」に加えて、「いつ介入するか」という視点が極めて重要である。

術前栄養サポートでは、手術に向けた栄養の確保が求められる。しかし、術前外来での栄養確保に関するコンプライアンス不良などにより、十分な介入効果が得られない場面も少なくない。この段階から多職種が連携し、継続的に摂取状況を把握する仕組みが必要である。また術後は、嚥下機能・疼痛・不安・姿勢など様々な要因が摂取量を左右するため、原因を追求して対処することが求められる。術後では症例によっては絶食・輸液管理から段階的に経口へ移行する判断も必要であり、栄養状態の評価と栄養サポート方法の見極めは回復過程に大きく影響する。また、術前同様に退院後もコンプライアンス不良による栄養確保に問題が生じないようなサポートが必要である。

様々な課題がある周術期栄養サポートだが、確実に運用するためには、患者の状態を継続的に捉え、チームで共有し続ける工夫も求められる。その一例として、本講演では現在の経路別栄養投与量や今後の栄養投与プランを視覚的に共有できる「にゅーたる」を活用した取り組みを紹介する。ツールを介した情報共有はまだ発展途上であるものの、術前・術後をつなぐ新たな実践の一助となり得る。

本セミナーでは、管理栄養士が周術期全体の経過を俯瞰し、適切なタイミングで介入を行う視点を整理するとともに、チーム連携を支援する工夫を提示する。

略歴

株式会社 Nutrition Laboratory 代表取締役
齊藤大蔵（さいとう だいぞう）

【学歴】

2010年3月 名寄市立大学保健福祉学部栄養学科 卒業
2012年3月 愛知学院大学大学院心身科学研究科健康科学専攻 卒業

【職歴】

2012年4月 社会医療法人近森会近森病院 入職
2018年4月 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 入職
2019年4月 同所属 部署長職
2021年9月 地域医療連携推進法人さがみメディカルパートナーズ給食事業責任者 兼務
2025年1月 株式会社 Nutrition Laboratory 設立

【学会活動等】

日本栄養治療学会 学術評議員
日本病態栄養学会 学術評議員、NST 委員、病態栄養学会若手幹事会
日本在宅栄養管理学会
日本給食経営管理学会
日本外科代謝栄養学会



LS-1-2 治療から予防までを見据えた栄養戦略 ～炎症と筋肉量からみた個別化～

○松井 亮太

金沢大学附属病院 消化器外科

筋肉量低下は GLIM 基準低栄養とサルコペニア診断において骨幹をなすものであり、外科周術期アウトカムとの関連が多数報告されてきた。筋肉量低下は術後合併症リスクの増大、術前および術後化学療法のアドヒアランス低下、長期予後不良に関わる重要な因子である。また術前に筋肉量低下と診断されていない場合でも術後に筋肉量低下に陥った場合には長期予後が不良になることが報告されている。以上からは筋肉量低下の診断体系の確立と、経時的な体組成評価が必要である。

一方で筋肉量低下と診断された場合の周術期の有効な治療は報告されていない。筋肉量低下後に改善するのは困難であることから、術前運動療法で予備能を向上させること、また周術期に筋肉量を減少させない対策が必要である。本講演では『プレ』筋肉量低下の概念を示し、治療後に筋肉量低下に陥らないための予防策を解説する。

術前に筋肉量を増加させるためには3週間以上の運動療法が必要である。術後の筋肉量減少は術後1週間までが最も大きく、術直後からアミノ酸投与を強化した静脈栄養を行うことで筋肉量減少が抑制できることが示されている。また術直後から運動強化とロイシンリッチな栄養介入の組み合わせで筋肉量減少が抑制できるかを検証する多施設ランダム化比較試験を実施した。その結果についても概説する。

GLIM 基準低栄養も同様に周術期栄養介入を行うべき対象である。しかし、これまでに栄養介入後の栄養改善を示す判断基準は明確にされてこなかった。我々は rapid turnover protein であるプレアルブミンを用いて栄養改善の指標を示してきた。10%以上の上昇は術後合併症軽減の指標となり、プレアルブミン上昇は長期予後の改善にも関わることを示した。今後は大規模研究において rapid turnover protein を用いた栄養改善の指標の妥当性を検証し、明確なカットオフ値を示していく必要がある。

栄養治療におけるポイントの一つとして、炎症が併存しているかを判断する必要がある。炎症が併存している患者では、免疫栄養剤の使用が術後合併症リスクの低下、化学療法のアドヒアランス向上に関わることを示されている。炎症を考慮した介入を行うためには画一的な管理ではなく、個別化をより意識する必要がある。

以上から、治療から予防までを包括した栄養戦略が必要であり、対象と目的を明確にした『個別化』を意識して行うことが重要である。

略歴

【職歴】

平成 21 年 (2009 年) 3 月	自治医科大学医学部医学科卒業
21 年 (2009 年) 4 月	石川県立中央病院 初期臨床研修医
23 年 (2011 年) 4 月	市立輪島病院 一般内科 医員
25 年 (2013 年) 4 月	公立穴水総合病院 内科 医員
26 年 (2014 年) 4 月	石川県立中央病院 消化器外科 医員
28 年 (2016 年) 4 月	公立穴水総合病院 消化器科 医長
30 年 (2018 年) 4 月	石川県立中央病院 消化器外科 医長
30 年 (2018 年) 7 月	順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器・一般外科 助手
令和 4 年 (2022 年) 4 月	公益財団法人がん研究会有明病院 胃外科医員
令和 7 年 (2025 年) 4 月	金沢大学附属病院 消化管外科 助教

【所属学会】

日本内視鏡外科学会 評議員
 日本栄養治療学会 代議員、支部世話人、ガイドライン作成委員
 将来構想検討委員会 (JSPEN U45) 幹事
 日本外科代謝栄養学会 評議員、臨床試験委員会 委員、広報委員会 委員
 周術期管理検討委員会 (ESSENSE プロジェクト) 委員
 日本病態栄養学会 医師幹事、中央プログラム委員会 委員
 能登摂食嚥下プロジェクト代表世話人
 北陸がんのリハビリテーション研究会 世話人

ランチョンセミナー 2 LS-2

【共催：アボットジャパン合同会社】

第2会場 12:30 - 13:30



LS-2 サルコペニア・フレイル診療における最新ガイドラインと Muscle Health の重要性

○吉村 芳弘

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

2025 年はサルコペニア・フレイル診療の転換点である。アジアからは AWGS 2025 コンセンサスが、国内からは「サルコペニア・フレイルの栄養管理ガイドライン 2025」が発表され、診断と介入のパラダイムが前進した。AWGS 2025 コンセンサスは重要な改訂を行った。第一に、診断対象を中年成人（50-64 歳）に拡大し、早期介入の道を開いた。第二に、サルコペニア診断を「低筋量+低筋力」の併存のみと簡素化した。最も重要な変更点は、従来診断基準（重症度）に含まれた「身体機能（歩行速度など）」を診断から分離し「アウトカム指標」として再定義したことである。これは、機能低下が顕在化する前の「筋臓器不全」の段階で介入すべきという、疾患モデルから「Muscle Health（筋肉の健康）」という生涯を通じた健康資産モデルへの根本的な焦点移動(A focus shift)を意味する。骨格筋は内分泌器官として全身の健康(脳、骨、免疫系)とクロストークすることが強調された。国内の「栄養管理ガイドライン 2025」は、この新概念を日本の臨床現場に落とし込む。「CQ5：アミノ酸の栄養介入」などの具体的な問いは、AWGS 2025 が推奨する栄養戦略と呼応する。AWGS 2025 は、レジスタンス運動と栄養補給（たんぱく質、HMB）を組み合わせた「多面的介入」をサルコペニア管理として正式に推奨している。HMB に関しては、身体機能（歩行速度）への効果は不確実とされつつも、筋量・筋力（握力）の改善が報告されている。AWGS 2025 の新・診断基準は「筋量+筋力」であり、診断から除外されたのが「身体機能（歩行速度）」である。つまり、HMB の主要な有効性（筋量・筋力の改善）は、サルコペニアの中核病態そのものであり、最新の診断パラダイムにおいて HMB の重要性は学術的に再強化された。本セミナーでは、Muscle Health 維持のための早期介入、特に HMB を含む多面的介入の臨床的意義を考察する。

略歴

【現職】

医師・医学博士

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長

リハビリテーション科 部長、栄養管理部 部長、NST チェアマン

東京女子医科大学 非常勤講師（2022 年 4 月～）

新潟医療福祉大学 臨床教授（2023 年 4 月～）

【職歴（年表）】

- 1) 2001 年 熊本大学医学部 卒業
- 2) 2001 年 東京女子医科大学 心臓血管外科 レジデント
- 3) 2003 年 熊本大学医学部 外科医員
- 4) 2013 年 熊本リハビリテーション病院 医員
- 5) 2014 年 同 栄養管理部 部長
- 6) 2020 年 同 サルコペニア・低栄養研究センター長
- 7) 2025 年 同 リハビリテーション科 部長

ランチンセミナー 3 LS-3

【共催：森永乳業クリニコ株式会社】

第3会場 12:30 - 13:30



LS-3 入院関連機能障害を防ぐ —リハ・栄養・口腔の一体的アプローチ—

○飯田 有輝

愛知淑徳大学 健康医療科学部 医療貢献学科 理学療法学専攻

入院関連機能障害（Hospitalization-Associated Disability：HAD）は、入院中の安静臥床、低栄養、嚥下障害などを契機として生じる身体機能の低下であり、退院後の自立度やQOLに深刻な影響を及ぼす。特に高齢者では発生率が約40%と高率であり、その予防と回復支援は臨床上の重要な課題となっている。HADの発生素因は相互に悪影響を及ぼし合いながら機能低下を進行させるため、早期からの包括的かつ多職種による介入が不可欠である。

本セミナーでは、HADの概念と発生機序を整理し、安静臥床・低栄養・嚥下障害という三つの主要因に焦点を当てて、それぞれの病態生理と臨床的意義を概説する。さらに、リハビリテーションによる早期離床と段階的運動介入、摂取状況に応じた高エネルギー・高たんぱく栄養補助や嚥下機能に配慮した形態調整を含む栄養管理、そして摂食嚥下訓練や口腔機能支援の連携による包括的アプローチについて具体例を紹介する。

HADの予防は、単に活動性を高めるだけでなく、「動く・食べる」機能を統合的に評価し支えることにより達成される。リハビリテーション、栄養、口腔の各専門職が協働し、入院早期から介入を開始することが、退院後の自立維持に直結する。本講演では、チーム医療によるHAD対策の未来を展望し、臨床現場で実践可能な戦略を提示する。

略歴

SP-2-2 参照 (p47)

ランチセミナー 4 LS-4

【共催：日清オイリオグループ株式会社】

LS-4 認知機能低下に対応したリハビリテーション栄養の総合的なアプローチ

第4会場 12:30 - 13:30



LS-4-1 認知機能低下者の低栄養に対する栄養介入の最新エビデンス

○嶋津 さゆり

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

認知機能は高齢者のQOLに深く関与しており、脳卒中はその低下と身体機能障害を引き起こす主要因である。高血圧、糖尿病、心房細動などの血管危険因子や神経解剖学的障害、脳微小出血は、脳卒中後の認知機能障害に寄与する。脳卒中生存者の約半数が認知機能障害を呈し、25%が認知症へ進行することから、早期診断と治療法の開発が急務である。

中鎖脂肪酸油（以下MCT）は脳の代替エネルギー源として注目されており、軽度認知障害やアルツハイマー病患者において認知機能改善効果が報告されている。高齢の非認知症成人でも、MCT摂取によりワーキングメモリーや注意機能の向上が示されている。その作用機序として、ケトン体産生によるミトコンドリア機能亢進と酸化ストレス軽減が考えられる。しかし、脳卒中患者におけるMCTの効果に関するエビデンスは乏しい。私たちは、脳卒中後の入院患者を対象にレトロスペクティブ・コホート研究を実施し、MCT摂取が認知機能および身体機能に与える影響を検討した。本学会では、回復期リハビリテーション病棟におけるMCTと認知機能の関連について報告する。

略歴

【学歴】

1987年 尚絅短期大学家政科食物栄養専攻 卒業
2011年 九州保健福祉大学通信教育部社会福祉学部臨床福祉学科 卒業

【職歴】

1992年 熊本リハビリテーション病院就職
2005年 熊本県立大学環境共生学部非常勤講師（～現在も行っています）
2019年 老人保健施設サンライズヒル栄養科長兼務
2020年 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副センター長兼務
2021年 熊本総合医療リハビリテーション学院 非常勤講師兼務
2025年11月 現在に至る

【公職】

日本臨床栄養代謝学会代議員
日本リハビリテーション栄養学会代議員
日本病態栄養学会学術評議員

【資格】

日本臨床栄養代謝学会専門療法士
日本摂食嚥下リハ学会専門療法士
摂食嚥下リハ栄養専門管理栄養士

【受賞】

第11回日本リハビリテーション栄養学会学術集会最優秀論文賞受賞
第39回日本臨床栄養学会学術集会フェロウシップ賞受賞



LS-4-2 認知症患者における食事介助スキルの実践ポイント

○永野 彩乃

Caresso

人にとって「食べること」は、栄養の確保という医学的側面にとどまらず、生活の楽しみや尊厳の維持に直結する大切な営みです。しかし、認知症の進行に伴い、注意の持続が難しくなることや記憶障害、食物の認識低下、さらには摂食嚥下機能の変化など、さまざまな要因が食行動に影響を及ぼします。そのため、「食べられない」のではなく「食べ方がわからない」「環境が合っていない」といった理由で、十分な栄養を摂取できなくなる場面も少なくありません。

本ランチョンセミナーでは、認知症高齢者の「食べる力」を多面的に支えるための食事介助技術と包括的支援の実践についてご紹介します。具体的には、姿勢調整、スプーン操作、一口量の調整、声かけの工夫、適切なペース配分など、食事介助における基本的なポイントを整理します。また、認知機能の状態に応じた食具・食形態の選択、周囲の環境調整、生活リズムの最適化など、「その人らしい食事場面」を再構築するための支援方法やチームで支える意義について触れます。

認知症があっても、「おいしい」「楽しい」という感覚は保たれることが多く、適切な支援があれば食べる喜びを十分に引き出すことができます。本セミナーを通じて、認知症高齢者の食支援における実践的アプローチを共有し、日々のケアに役立てていただければ幸いです。

略歴

【学歴】

2007年3月 独立行政法人国立病院機構 兵庫中央病院附属看護学校 卒業
 2021年3月 武庫川女子大学大学院看護学研究科 修士課程修了
 2024年3月 愛知医科大学大学院医学研究科 博士課程修了 医学博士
 2024年12月より 愛知医科大学医学研究科緩和・支持医療学 研究員

【職歴】

2007年4月 国立循環器病センター（現 国立循環器病研究センター）入職 看護部
 2010年2月 西宮協立脳神経外科病院 看護部
 2025年4月 Caresso（カレッソ）代表 コンサルタントナース 現職
 西宮協立脳神経外科病院看護部 非常勤
 仁明会病院看護部 非常勤

【資格等】

摂食嚥下障害看護認定看護師
 NST 専門療法士
 栄養治療専門療法士
 リハビリテーション栄養指導士
 ESPEN（欧州臨床栄養代謝学会）LLL Diploma

【業績】

- Nagano A, Yamada Y, Miyake H, Domen K, Koyama T. Comparisons of predictive equations or resting energy expenditure in patients with cerebral infarct during acute care. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*, 2015.
- Nagano A, Yamada Y, Miyake H, Domen K, Koyama T. Increased resting energy expenditure after endovascular coiling for subarachnoid hemorrhage. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*. 2016.
- A Nagano, S Nishioka, H Wakabayashi. Rehabilitation nutrition for iatrogenic sarcopenia and sarcopenic dysphagia. *Journal of Nutrition, Health and Aging*. 2019.
- Nagano A, Maeda K, et al. Association of Sarcopenic Dysphagia with Underlying Sarcopenia Following Hip Fracture Surgery in Older Women. *Nutrients*. 2020
- Nagano A, Maeda K, et al. Effects of Physical Rehabilitation and Nutritional Intake Management on Improvement in Tongue Strength in Sarcopenic Patients. *Nutrients*. 2020
- Nagano A, Maeda K, Shimizu A, Murotani K, Mori N. Effects of Carbonation on Swallowing: Systematic Review and Meta-Analysis. *Laryngoscope*. 2022
- Nagano A, Ueshima J, et al. Effect of tongue strength on clinical outcomes of patients: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2022
- Nagano A, Shimizu A, et al. Predictive Value of Temporal Muscle Thickness for Sarcopenia after Acute Stroke in Older Patients. *Nutrients*. 2022
- Nagano A, Onaka M, et al. Prevalence and Characteristics of the Course of Dysphagia in Hospitalized Older Adults. *Nutrients*. 2023
- Nagano A, Maeda K, et al. Feeding Assistance Skill Score: development and verification of reliability and validity. *Eur Geriatr Med*. 2024

他

公募ポスター企画「我が施設自慢のリハ栄養チーム紹介」OP

チーム紹介1 OP-1

五十嵐 満哉

社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院

当院のリハ栄養チームは2014年に活動を始めました。目標は、不要な体重減少を防ぎ、体重や骨格筋量を維持・増加させて、リハの効果を高める“からだづくり”を支えることです。定期的にも職種カンファレンスを開き、リハスタッフ、管理栄養士、医師、看護師が力を合わせて患者さんのリハを支える栄養ケアを行っています。日々の臨床だけでなく、勉強会や研究発表にも取り組み、これまで富山や仙台での学会にもチームで参加しました。仲間と一緒に学び続けることが、患者さんの為になると信じています。これからも楽しく前向きに、リハ栄養の実践を広げていきたいと思っております！

チーム紹介2 OP-2

高尾 優一

社会医療法人東明会原田病院 在宅支援部訪問リハビリテーション

RNC:リハ栄養のオンラインコミュニティ。孤立しがちな学びを、Discordで日本中の多職種(リハ職・看護師・栄養士・医師・学生)が繋ぐ!月1セミナー、相談ログ、アーカイブで基本から臨床応用まで学べる。初学者支援・双方向学習・学会サポートが魅力。無料参加で全国の仲間と成長!一人で悩まず、参加を!

チーム紹介3 OP-3

藤本 由紗

社会医療法人原土井病院 薬剤部

高齢者は加齢による生理的な変化や複数の併存疾患を治療するための医薬品の多剤服用などによって、ふらつきや転倒、便秘、食思低下、嚥下障害などの生活機能の問題が生じやすい状況があり、高齢者の特徴に配慮した薬物療法が必要だと考えられます。

原土井病院では、2023年4月より多職種によるポリファーマシー委員会を開始しています。メンバーは医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、薬剤師で、対象患者は入院時に6種類以上の薬剤を服用されている患者です。カンファレンスでは、生活機能上の問題点に沿って被疑薬をあげ、多職種で議論を行い、主治医へ提案を行っています。

チーム紹介4 OP-4

米田 巧基

熊本リハビリテーション病院 栄養管理部

当院では病棟スタッフとNSTが連携し、栄養とリハを支援しています。臨床で得られた知見を基に、NSTメンバーが主体となって研究に取り組み、学会で積極的に成果を発表しています。多職種による実践と研究活動の両輪で、チーム医療の発展と質の向上を目指しています。

チーム紹介5 OP-5

永井 多賀子

東京女子医科大学病院 リハビリテーション科

東京リハ栄養ネットワーク研究会は、地域レベルでリハ栄養の実践・展開する場として先駆けとなる研究会です。リハ栄養に関する知識と実践の向上を目指し、一歩先を行く新たな取り組みに挑戦し続けています。

チーム紹介6 OP-6

折内 英則

一財) 総合南東北病院 リハビリテーション科

東北リハビリテーション栄養懇話会(T-REX)は、地域におけるリハ栄養の「実践」「啓蒙」「交流」をコンセプトに2022年8月に活動が始まりました。セミナーやオンラインクロストークイベント、NEWSLETTER発行などを通して、東北はもちろん、全国の皆様と一緒にリハ栄養を考え、実践していく会です。リハ栄養を「もっとやさしく、もっと近くに、もっと活きるために」、今後も皆様と一緒に活動を続けていきます。どうぞよろしくお願いいたします。

チーム紹介7 OP-7

折内 英則

一財) 総合南東北病院 リハビリテーション科

総合南東北病院では多職種で構成されているNST委員会があり、それを連携をとる形で、2011年からリハビリテーション科内に「リハNSTチーム」が設置されています。NST対象者に対する評価シートに加え、リハスタッフから栄養リスク者を抽出するシステムを実践しています。同時にチームビルディングを意識した組織運営を展開しており、多くのスタッフがリハ栄養を意識した対象者への支援を行っています。

チーム紹介8 OP-8

川邊 祐子

上尾中央総合病院 リハビリテーション技術科

自施設のより質の高いレベルを目指すリーダー育成の必要性を感じて、2024年「埼玉リハ栄養ネットワーク研究会」を立ち上げました。原則、埼玉在住・在勤者対象を対象とし、午前中にグループディスカッション・取り組み紹介・講演、昼から懇親会のスタイルで年に1回、夏に開催しています。より良いリハ栄養の提供を模索されている方々とともに勉強や情報交換、親交、日々の悩みの共有などができるとても有意義な場となっています。

チーム紹介9 OP-9

中道 真理子

原土井病院 薬剤部

福岡リハ栄養ネットワーク研究会の紹介

各地で開催が進んでいるリハ栄養ネットワーク研究会を福岡でも開催する取組です。“地域でつながる、仲間と学ぶ、ゆっくり、じっくり、リハ栄養を考える楽しい学びの場”というキャッチフレーズで活動します。リハ栄養を始めたい、リハ栄養を実践しているけど悩ましい事例、など普段感じているちょっとした不安や違和感を話し合える場になることを期待しています。

チーム紹介10 OP-10

二井 麻里亜

近畿リハビリテーション栄養ネットワーク 世話人

近畿リハビリテーション栄養ネットワークは、2025年に発足した新しい企画です。

午前中は濃い学びを！午後は参加者同士の親睦を！というコンセプトの都市型研修会です。また、参加者の企画・運営、実践への積極的参加を推奨しています。

世話人は、大阪、京都、兵庫、三重と広範囲にわたります。リハ栄養の実践に役立つ研修企画と参加者の繋がりを構築することを目指しています。

チーム紹介11 OP-11

上野 真由美

金沢・健康を守る市民の会 フレイルトレーナー

金沢・健康を守る市民の会が市民全体で健康長寿のまちづくりを図ることを目的に実施している金沢市フレイル予防活動で、サポーターはフレイルチェックの実践、トレーナーは「学ぼう！フレイル予防」講座講師、フレイルサポーター養成講座、フレイルチェック練習会等の活動を行っています。それに加えフレイル予防イベント、サポーター全体会を通して、活動の振り返り、最新の知見を学び、市民へのフレイル予防のあり方を模索しています。

オープニング企画 OS

OS「手と心で届けることば」～つながる手、つなげる心～

第1会場 9:00 - 9:20



加納 実奈¹⁾、平野 碧泉¹⁾、西野 希空¹⁾、山元 浩花¹⁾、
中越 心虹¹⁾、久保 美華²⁾、古田 佳代³⁾

石川県立田鶴浜高等学校 手話部¹⁾、
石川県立田鶴浜高等学校 顧問²⁾、
石川県立田鶴浜高等学校 教諭³⁾

私たちは田鶴浜高校手話部です。「音のない世界でも心はつながる」というメッセージを伝えるため、official 髭男 dsm の「旅は道連れ」とケツメイシの「友よ」に合わせて手話歌を披露します。この楽曲の歌詞に込められた「仲間を思う気持ち」や「支え合う心」は、私たち高校生の心にも深く響き、医療・介護現場で大切にされている「人のつながりと健康」につながる重要なテーマだと感じています。

私たちのパフォーマンスでは、歌詞の意味を一つひとつ丁寧にくみ取り、手話だけでなく感情や情景を表現することを大切にしています。手の動きや身振りだけでなく、表情や視線、体の使い方にも工夫を凝らし、見る人に自然と内容が伝わるよう練習を重ねてきました。また、複数人でのパフォーマンスならではの一体感やフォーメーションの変化にも注目していただきたいです。動きがそろうだけでなく、それぞれの役割を意識して、曲全体の流れやメッセージをより分かりやすく伝えることを心掛けました。

限られた時間の中で、静と動のメリハリを意識し、最後まで楽しんで見ていただけるようなステージ作りを目指しました。このパフォーマンスを通じて、手話やコミュニケーションの大切さについて考えるきっかけになれば幸いです。

練習の中で、部員同士が互いに教え合い、支え合いながら成長してきました。その過程で「仲間を大切にする気持ち」や「感謝の気持ち」を強く感じることができ、最終的にはその思いをしっかりと表現できたと思います。普段の学校生活や部活動においても、仲間との絆が大きな力になることを実感しました。栄養が体を支えるように、人とのつながりや思いやりが心を支えていることを、このパフォーマンスを通じて伝えられたら嬉しいです。

高校生らしい等身大の表現で、感謝とエールの気持ちを届けることを目指し、心を込めて演じます。どうぞ、私たちのパフォーマンスをお楽しみください。

略歴

全国手話パフォーマンス甲子園には12年連続全国大会に出場

第1回大会 全国優勝

第2、第6、第11回大会 審査員特別賞

第4回大会 鳥取県聴覚障害者協会賞

第12回大会 全日本ろうあ連盟賞

オンデマンド限定教育講演 OEL



OEL-1 誤嚥性肺炎に対するリハ栄養 -up to date-

○高島 英昭

長崎大学病院 リハビリテーション部

誤嚥性肺炎は高齢者に多い病気で、再発しやすく、命や生活の質に大きな影響を及ぼす。抗菌薬だけでは十分な治療効果は得られず、嚥下機能を評価して訓練すること、呼吸や身体のリハビリ、栄養の確保、口腔内の清潔を保つことなど、複数の取り組みを組み合わせることが欠かせない。特に「リハビリテーション」「栄養」「口腔管理」を一体として行う包括的な対応は、体の回復と再発予防の両面で重要な役割を果たす。誤嚥性肺炎は下気道の細菌感染症であるため抗菌薬の治療は当然ながら必要であるが、その背景には、飲み込みの力の低下、口腔内の細菌の変化や増加、栄養不足や脱水および身体コンディション不良、咳嗽力の低下など様々な要因があり、どれか一つだけに対応しても治療や再発防止を行うことは困難である。嚥下機能低下、口腔内清潔不良、体の弱さが重なることでリスクが高まるため、総合的に介入することで再発や再入院、死亡率の低下、食事の形態改善、入院期間の短縮が期待できる。実践の中心は、飲み込みや呼吸、全身のリハビリ、早期かつ十分に安全な栄養管理、そして毎日の口腔ケアである。具体的には、呼吸法や痰を出す訓練、筋力を保つ運動、必要なエネルギーとたんぱく質を確保する食事、歯や舌、義歯の管理を行うことなどが含まれる。これらを医師、リハビリスタッフ、栄養士、歯科、看護師が連携して、入院初期から退院後まで地域をあげて一貫して支えることが重要である。成果指標としては、再発率や再入院率、入院期間、食事の改善度、体重や握力、誤嚥の有無、口の中の清潔度などを設定する。抗菌薬だけに頼った安静管理や、栄養不足のままの訓練、口腔ケアの欠落は再発の原因となるため避けなければならない。誤嚥性肺炎に対する三位一体の包括的アプローチは、急性期から在宅まで継続可能な多職種連携の実践モデルとなり得る。

略歴

鹿児島県出身

【職歴】

1993 (平成 5) 年 3 月 長崎大学医学部医学科卒業
 1993 (平成 5) 年 6 月 長崎大学医学部脳神経外科入局
 1994 (平成 6) 年 6 月～ 浜松医療センター脳神経外科ほか
 1997 (平成 9) 年 6 月 長崎大学医学部脳神経外科 医員
 2000 (平成 12) 年 6 月 佐世保市立総合病院脳神経外科 医長
 2005 (平成 17) 年 4 月 長崎医療センター脳神経外科 医長
 2014 (平成 26) 年 4 月 産業医科大学リハビリテーション医学講座 講師
 2017 (平成 29) 年 4 月 長崎大学病院リハビリテーション部 准教授
 2023 (令和 5) 年 10 月 長崎大学病院リハビリテーション科 教授

【所属学会・資格など】

- ・成人肺炎診療ガイドライン 2024 外部評価委員
- ・日本リハビリテーション医学会 (指導医・専門医・認定臨床医、代議員)
- ・日本摂食嚥下リハビリテーション学会 (評議員)
- ・日本リハビリテーション栄養学会 (代議員)
- ・日本急性期リハビリテーション医学会 (代議員)
- ・日本脳卒中学会 (専門医)
- ・日本脳神経外科学会 (専門医) ほか

【著書】

誤嚥性肺炎の包括的アプローチ 医歯薬出版 2021 ほか



OEL-2 RQ、PECO をつくる 臨床の疑問からどうやって研究に繋げるか

○永見 慎輔

北海道医療大学 リハビリテーション科学部 言語聴覚療法学科

臨床現場の漠然とした疑問（Clinical Question）を、検証可能なリサーチクエスション（RQ）へと昇華させ、研究の設計図となる PECO/PICOS へ具体的に落とし込むまでの一連の思考プロセスと実践的手法を提示する。具体的には、RQ 策定プロセスを2つの段階に分けて解説する。第一段階は「RQの明確化」である。臨床課題の背景にある「既知(Background)」と「未知(Gap)」を整理し、検証すべき「仮説」を設定する。この仮説を FINER/SMART 基準に照らし合わせることで、漠然とした問いを、具体的で検証可能な RQ へ深化させる。第二段階は「PECOによる構造化」である。明確化した RQ を、構成要素である P (Patient)、E/I (Exposure/Intervention)、C (Comparison)、O (Outcome) に分解し、再構築する。特に、研究の臨床的意義を決定づける Outcome を先行して定義し、それが患者にとって意味のある指標であるかを確認するプロセスを重視する。

この「RQ 明確化→PECO 構造化」というアプローチにより、研究の方向性が強固に定まる。適切に設定された PECO は、後続の文献検索、研究デザイン選択、プロトコル作成の道標となる。本講演が自身の臨床疑問から質の高い RQ/PECO を作成するためのスキルを習得するきっかけになることを目指す。

略歴

【職歴】

2007年4月：広島市立病院機構 広島市立安佐市民病院、広島市立広島市民病院
 2014年6月：京都大学医学部附属病院 先端医療機器開発臨床研究センター 特定研究員
 2017年4月：川崎医療福祉大学医療技術学部 感覚矯正学科 助教（2020年より講師）
 2024年4月：北海道医療大学リハビリテーション科学部 言語聴覚療法学科 准教授

【学歴】

2007年3月：リハビリテーションカレッジ島根 言語聴覚学科 卒業
 2014年3月：県立広島大学総合学術研究科 修了 修士（人間文化学）
 2021年3月：兵庫医科大学大学院 医学研究科 修了 博士（医学）

【学会活動】

- ・日本リハビリテーション栄養学会 代議員
- ・日本摂食嚥下リハビリテーション学会 評議員、編集委員会 委員
- ・日本言語聴覚士協会 言語聴覚研究 査読員、専任教員養成講習会 準備委員
- ・日本老年療法学会 理事、学術誌編集委員
- ・日本音響学会
- ・日本言語処理学会



OEI-3 リハ栄養ガイドライン 2025

○吉村 芳弘

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

科学的根拠に基づく標準診療を全国に実装するため、現在「リハ栄養診療ガイドライン 2025」の策定が進められている。本講演では、その核心である主要クリニカルクエスション（CQ）を先行解説し、次世代のリハ栄養モデルを展望する。本ガイドラインの核心をなすCQは、臨床現場の課題を網羅するべく多岐にわたっている。そのテーマは、脳卒中、大腿骨近位部骨折、COPD、がんといった疾患別の対応から、入院関連サルコペニアや嚥下障害といった病態横断的な課題、さらには強化型運動療法、強化型栄養療法、リハ薬剤、歯科口腔管理といった専門的介入までを包括している。これにより、多様な背景を持つ患者一人ひとりに対し、いつ、誰が、どのようなリハ栄養を実践すべきかという臨床的課題への具体的な答えを提示する。本ガイドラインは、臨床現場が抱える具体的な問い（CQ）にエビデンスをもって答えることで、リハと栄養の連携を理念から具体的な「標準診療プロセス」へと昇華させることを目指す。本講演が、すべての専門職にとって、来るべき新時代への備えを固める一助となることを期待する。

略歴

LS-2 参照 (p155)



OEL-4 臨床研究へ生成 AI 活用の利点と落とし穴

○清水 昭雄

三重大学医学部附属病院

近年、生成 AI は研究や教育の現場で急速に普及し、多くの研究者がその活用を試みている。発表者もまた、国際誌への 30 本以上の筆頭論文執筆経験に基づき、生成 AI を日々の研究活動に応用してきた。生成 AI のコーディング機能（R studio や SQL の実行コマンド作成）は発表者の研究活動に必要不可欠である。当初、発表者にとって、生成 AI は研究効率を飛躍的に向上させるツールだと考えられていた。しかし、長時間の利用経験から、生成 AI と研究者自身の思考を適切に使い分けなければ、かえって生産性が低下しうることになった。さらに、生成 AI への過度な依存は、誤った研究結果を社会に拡散させてしまうという重大なリスクをはらむ。特に、研究初学者は生成 AI との付き合い方には特に注意が必要だと考えている。本教育講演では、発表者の実体験に基づき、生成 AI を研究に活用する上での具体的な利点（生成 AI に任せるべきタスク）と、見過ごされがちな落とし穴（研究者が自ら判断すべき領域）を解説する。本講演の核心的なメッセージは、「研究の最終的な結果や解釈の責任は、すべて研究者自身にある」という点である。本講演が、参加者の皆様が生成 AI を自身の研究スタイルに賢く「フィット」させるための一助となることを期待するものである。

近年、生成 AI は研究や教育の現場で急速に普及し、多くの研究者がその活用を試みている。本教育講演では、発表者の実体験に基づき、生成 AI を研究に活用する上での具体的な利点（AI に任せるべきタスク）と、見過ごされがちな落とし穴（研究者が自ら判断すべき領域）を解説する。

略歴

【経歴】

管理栄養士として臨床経験を 10 年以上有し、現在は老年医学、臨床栄養学、サルコペニア、摂食嚥下障害を専門とする研究者である。2024 年から三重大学大学院医学系研究科内講師や、三重大学附属病院リハビリテーション部の助教を務めている。

【学歴と資格】

最終学歴：2022 年 3 月に愛知医科大学大学院にて博士（医学）の学位を取得した。

主な資格：管理栄養士の資格に加え、摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士、NST 専門療法士、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士など、栄養とリハビリテーションに関する専門資格を多数保有している。

【代表的な論文】

筆頭著者または責任著者として、以下の栄養学および老年医学分野の著名な国際学術雑誌に多数の論文を発表している。

Clinical Nutrition

Geriatrics and Gerontology International

European Journal of Clinical Nutrition

Age and Ageing

Journal of the American Medical Directors Association

【学会活動】

国内外の学会で活発に活動しており、以下のような役職も務めている。

Associate Editor: Frontiers in Nutrition

Editorial Board Member: BMC Geriatrics

評議員・代議員：日本リハビリテーション栄養学会、日本臨床栄養代謝学会、日本老年療法学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会など



OEL-5 嚥下リハの臨床～地域の実情に合わせて～

○藤島 一郎

浜松市リハビリテーション病院 特別顧問

嚥下障害は従来、脳卒中が主原因と考えられて来たが、超高齢社会を迎えて、サルコペニアが嚥下障害の原因として注目されている。嚥下障害は誤嚥性肺炎につながり多くの医療や介護の現場で適切な対応が求められている。嚥下障害を扱う場合、重症度（軽症か、中等症か、重症か）と予後（改善するのか、悪化するのか）を考えて対策を立てなければならない。今評価している患者が今後どのように変化するか予後を見据えた評価が必要である。地域の医療資源を考えると病院も在宅も・設では必要な機器も整わず十分な評価ができないことも多い。評価・管理：どの職種でもどの地域でも簡便に行える評価として反復唾液嚥下テスト、水飲みテスト、摂食場面の観察などでスクリーニング、KT バランスチャートがある。病態が解らないときや対応に苦慮する症例では嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査が必須になる。「診断的評価」だけでなく、どのようにすれば安全に経口摂取できるかを探す「治療的評価」を行うことがポイントである。最も大切なのは口腔ケアである。誤嚥性肺炎を予防する意味でも、嚥下の基礎訓練の意味でも大変重要である。摂食の開始基準は1. 覚醒している（JCS 1桁）2. 全身状態の安定である。3. 食べる前に口腔ケアと水飲みテストを施行し問題がないことである。摂食場面を観察して問題がある場合はより安全な食形態を提供するとともに摂食しやすい体位（リクライニング位、頸部前屈）をとる。併せて基礎訓練を行う。重度の嚥下障害では専門スタッフによる治療が望ましい。嚥下障害の治療にはリスクとマンパワーがかかりチームアプローチが不可欠である。治療に際してはゴールを明確にチームで共有しなければならない。地域の医療資源を勘案して如何に残存能力を生かしながら生活を組み立てるかという視点が大切である。

略歴

1975年東京大学農学部林学科卒業、1982年浜松医科大学医学部医学科卒業、浜松医科大学医学部附属病院脳神経外科医員（研修医）、1984年聖隷三方原病院脳神経外科、1988年東京大学医学部附属病院リハビリテーション部医員、1989年聖隷三方原病院理学診療科医長、1995年聖隷三方原病院リハビリテーション診療科科長、2002年聖隷三方原病院リハビリテーションセンター長（部長）、2008年浜松市リハビリテーション病院病院長、2023年浜松市リハビリテーション病院特別顧問



OEL-6 リハビリテーション栄養の質を高める！ 口腔アセスメントのコツ

○吉見 佳那子

東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野

口腔内細菌は肺炎発症に関与することが広く知られており、日常的な口腔管理は医学的管理を行う上で不可欠である。また栄養管理の観点からも、口腔内にトラブルがないか、口腔機能に適した食事形態であるかを評価することは低栄養の予防に直結する重要な視点である。加齢に伴い、歯周病やう蝕、歯の欠損などが進行し口腔の状態は大きく変化する。さらに、入院患者や要支援者の多くは基礎疾患を有するため、口腔機能や摂食嚥下機能に障害を呈することも少なくない。口腔内の痛み、歯肉の腫脹や出血は本人が自覚しやすいが、歯肉・粘膜の傷、歯の動揺、義歯の不適合、清掃不良などは訴えが明確でないことが多い。自身で口腔清掃が困難な場合は、看護師や介護者、家族などによる日常的な口腔ケアも必要となる。これらの状態を早期に把握し、適切な方針を立てるためには、医療職による口腔アセスメントが欠かせない。誰が実施しても一定の質を保つために、客観的な評価指標に基づくアセスメントが望ましい。また、口腔の問題により咀嚼や嚥下が困難となると、食事摂取量の減少から体重減少、さらにはフレイル・サルコペニアのリスクが高まる。栄養状態と全身機能の改善を両立するためにも、低栄養につながる口腔の問題を適切に評価し、早期に対応することが求められる。口腔アセスメントは歯科専門職以外の医療従事者にとってハードルが高いと感じられがちだが、ポイントを押さえれば短時間で確実に実施できる。アセスメントツールを活用して口腔内の状態をスコア化すれば問題点を把握しやすくなり、リハビリテーション栄養の質向上にもつながる。本講演では、歯科以外の医療職が明日から実践できる基本的な口腔アセスメントの視点、観察方法、注意すべき口腔トラブルについて、具体例を交えてわかりやすく解説する。

略歴

【学歴・職歴】

2014年 徳島大学歯学部歯学科 卒業
 2018年 東京医科歯科大学歯学部附属病院スペシャルケア外来 医員
 2019年 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野 修了
 2020年 東京医科歯科大学歯学部附属病院 摂食嚥下リハビリテーション外来 医員
 2021年 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野 特任助教
 2023年 同分野 助教 (2024年10月より東京科学大学に名称変更)

【所属学会・資格】

日本老年歯科医学会 (認定医、専門医、摂食機能療法専門歯科医師、代議員)
 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 (認定士、評議員)
 日本栄養治療学会 (認定歯科医)
 日本障害者歯科学会 (認定医)



OEL-7 向精神薬の適正使用を再考する

○小瀬 英司

順天堂大学医学部附属順天堂医院 薬剤部

リハビリテーション（以下、リハ）領域における向精神薬の適正使用は、機能回復の成否に深く関与するため、系統的かつ臨床的な検討が不可欠である。向精神薬は鎮静、筋力低下、起立性低血圧、抗コリン作用、錐体外路症状などを介して運動学習、姿勢制御、嚥下機能および認知・覚醒水準に影響を及ぼし、結果としてリハへの参加度低下、転倒・誤嚥の増加、回復遅延を招き得る。例えば、入院中における向精神薬の処方薬剤数の増加、特にベンゾジアゼピン系薬剤、抗精神病薬、抗うつ薬の増加は、脳卒中後高齢患者のリハによる日常生活動作の改善と負の関連を示し、自宅退院の可能性を独立して低下させる可能性が報告されている。また、これら薬剤による過度の鎮静や眠気は、リハ参加の意欲および介入の効率を低下させる要因となり得る。さらに、向精神薬の多剤併用は脳卒中後患者の歩行自立度を損なう因子としても指摘されている。したがって臨床現場では、医師・薬剤師・セラピスト・看護師等の多職種が共通の評価軸（機能スケール、認知評価、転倒既往等）を用いて薬剤影響を定期的にモニタリングし、薬効と有害事象のトレードオフを患者のリハ目標に照らして協議・調整する体制が必要である。加えて薬理学的特性、薬物動態、併用薬、臨床検査所見を総合的に考慮のうえで用量調整や薬剤選択の見直し、投与時間の工夫、および段階的減薬の検討を行い、その効果と安全性を機能転帰で評価することが求められる。本講演が薬理学的知見と多職種による評価・継続的モニタリングを結びつけ、リハ現場における向精神薬の安全かつ個別化された運用を実践するための契機となることを期待する。

略歴

【学歴・職歴】

2004年 信州大学大学院医科学研究科 修士課程 修了
2004年 大和徳洲会病院 薬局
2006年 社会福祉法人 日本医療伝道会 衣笠病院 薬剤科
2010年 社会福祉法人 日本医療伝道会 衣笠病院 薬剤科長
2012年 日本大学薬学部
2018年 帝京大学医学部附属病院 薬剤部 係長
2018年 昭和薬科大学薬学部 博士(薬学) 取得
2023年 順天堂大学医学部附属順天堂医院 薬剤部 課長補佐
2024年 順天堂大学薬学部 臨床薬理学 准教授

現在に至る

【資格】

- ・日本医療薬学会 認定薬剤師・指導薬剤師
- ・日本老年薬学会 老年薬学認定薬剤師・指導薬剤師
- ・日本緩和医療薬学会 緩和薬物療法認定薬剤師・緩和医療暫定指導薬剤師
- ・日本栄養治療学会 NST 専門療法士

【所属学会】

- ・日本リハビリテーション栄養学会
- ・日本医療薬学会
- ・日本緩和医療薬学会
- ・日本栄養治療学会
- ・日本老年薬学会

【受賞歴】

2024年 第13回日本リハビリテーション栄養学会学術集会 オンデマンドセレクション 2022年
第11回日本リハビリテーション栄養学会学術集会 最優秀論文賞
2020年 第10回日本リハビリテーション栄養学会学術集会 優秀演題賞
2018年 第28回日本医療薬学会年会 奨励賞
他 7件



OEL-8 呼吸サルコペニア ～ポジションペーパー以降の話題も添えて～

○宮崎 慎二郎

KKR 高松病院 リハビリテーションセンター

加齢やその他の原因による骨格筋の弱化や消耗は呼吸筋にも生じる。呼吸筋は換気という生命維持に不可欠な機能を担っており、呼吸筋機能の低下が生じた場合、換気能力低下をはじめとした重大な問題を生じる。これらは労作時呼吸困難、運動耐容能や身体活動の低下を招き、生命予後の悪化へとつながる。以前より、呼吸筋の重要性は認識されているものの、臨床現場では呼吸筋の状態と機能が適切に評価されず、十分な介入が行われているとはいえない。その背景には、どのような状態が呼吸筋の低下を示すのか、その定義や診断基準が未だ確立されていないことも一因であった。このような背景を受け、2023年に日本リハビリテーション栄養学会を含む4学会合同により呼吸サルコペニアのポジションペーパーが発表された。呼吸サルコペニアを「呼吸筋力低下と呼吸筋量減少が示唆される病態」と定義し、診断のためのアルゴリズムによって基準が示された。また、既存の知見をもとに、運動療法としての呼吸筋トレーニングが最も有効と考えられ、全身性サルコペニアと同様に、必要な栄養療法を組み合わせる介入方法についても触れることで、呼吸サルコペニアの評価と介入の促進につながった。本オンデマンド講演では、ポジションペーパー発表以降、新たに報告された最近の知見を含めた話題も添えて、呼吸サルコペニアの診断基準や臨床的影響、介入方法について概説したい。

略歴

PB-1-1 参照 (p60)



OEL-9 サルコペニア対策としてのアミノ酸栄養

○小林 久峰

味の素株式会社 バイオ&ファインケミカル事業本部

高齢者では加齢に伴い筋タンパク質合成が低下する「同化抵抗性」が生じ、筋量・筋力・機能低下を特徴とするサルコペニアの発症リスクが高まります。必須アミノ酸、とくにロイシンは mTORC1 の活性化を介して筋タンパク質合成を直接促進し、同化抵抗性克服の鍵となる栄養素です。ロイシン高配合必須アミノ酸は、効率的な筋タンパク質合成促進効果を示し、在宅高齢女性やリハビリ期患者において筋量・筋力・歩行速度を改善、運動との併用で相乗効果を発揮します。本講演では、基礎知見と臨床エビデンスをもとに、アミノ酸によるサルコペニア予防・改善戦略を解説します。

高齢者ではタンパク質同化反応が低下しサルコペニアを招きます。本講演では、ロイシン高配合必須アミノ酸の補給が筋タンパク質合成を促進し、レジスタンス運動との併用で筋量・筋力・歩行機能を有意に改善した RCT やリハビリ臨床応用例を紹介し、サルコペニア対策としてのアミノ酸栄養戦略を解説します。

略歴

【学歴】

1987年3月 東京大学農学部畜産獣医学科卒業

1989年3月 東京大学大学院農学系研究科畜産獣医学専攻修士課程修了

【職歴】

1989年4月 味の素株式会社

1992年4月～1994年7月

森下ルセル株式会社（出向）

1999年9月～2001年9月

米国テキサス大学ガルベトン医学校外科 /

シュライナーズ熱傷病院代謝ユニット（Robert R. Wolfe 研究室）客員研究員

【学会等】

日本アミノ酸学会 役員（2009～2020年 産官学連携幹事、2021, 2022年 副会長、2023, 2024年 監事）

アクティブシニア「食と栄養」研究会 運営委員（2013年～）

【専門性】

アミノ酸の栄養・代謝・整理

スポーツ栄養、高齢者栄養、臨床栄養、公衆栄養

【担当業務】

健康機能訴求型食品事業の支援、アミノ酸の普及啓発・PR、広告の適正化、健康食品業界行政活動等の健康学術活動

【賞】

2001年 The Young Investigator Research Award, The American Physiological Society, Endocrinology & Metabolism Section



OEL-10 食事動作における麻痺手の使用について

○竹林 崇

大阪公立大学 医学部 リハビリテーション学科

麻痺手で食事を行うことは、単なる巧緻動作の回復ではなく、到達、把持、操作、口元での調整といった一連の手の運動制御を、実生活の文脈の中で再構築する高度な課題である。しかし臨床現場では、麻痺手による食事は困難と判断されやすく、健側手での代償が早期に選択されることで、麻痺手を用いた食事練習の意義や具体的な目標設定が十分に検討されないことが少なくない。

本講義では、食事動作を「口に入るまでの手の運動過程」に焦点化し、脳卒中発症後に生じた麻痺手で食べるために必要な運動要素と練習の考え方を整理する。特に、スプーン等の食具を用いた到達軌道の制御、把持の安定性、前腕・手関節の協調運動、口元での微調整能力が、食事動作の成否をどのように左右するかを示す。また、体幹や肩甲帯の不安定性、感覚入力低下が、手の操作性や動作の再現性に及ぼす影響についても言及する。

さらに本講義では、「麻痺手で食べる」という目標を一括りにするのではなく、なぜ麻痺手で食べたいのか、あるいは食べる必要があるのかという目標の背景（WHY）を丁寧に掘り下げ、その文脈に応じた練習方法（HOW）を選択する視点の重要性を取り上げる。対象者自身が麻痺手による食事をどのように捉え、どのような意味づけをしているのかを共有することで、目標設定の質を高めることを目指す。

その上で、麻痺手を使用した食事動作をどの段階まで目指すのかを明確化した目標設定の重要性を強調する。一口を口元まで運ぶ、食具を落とさずに操作する、動作の再現性を高めるなど、運動機能と課題特性に応じた段階的目標の立て方を提示し、単なる代償ではなく、麻痺手使用を促す実践的アプローチである課題指向型アプローチについても考察を行う。麻痺手での食事は、到達・把持・操作・口元調整を含む手の運動制御を実生活で再構築する高度な課題である。本講義では、口に入るまでの手の運動過程に焦点を当て、麻痺手で食べるために必要な運動要素と練習方法を整理する。あわせて、WHYに基づく目標設定と段階的な課題指向型アプローチの重要性を提示する。

略歴

平成 15 年 川崎医療福祉大学医療福祉学部 卒業
 平成 15 年 兵庫医科大学病院リハビリテーション部入職
 平成 23 年 大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学 入学
 平成 25 年 大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学 修了
 平成 25 年 兵庫医科大学医科学先行高次神経制御系リハビリテーション科学入学
 平成 28 年 平成 15 年 兵庫医科大学病院リハビリテーション部退職
 平成 28 年 吉備国際大学保険福祉学部入職
 平成 30 年 兵庫医科大学医科学先行高次神経制御系リハビリテーション科学修了
 平成 30 年 吉備国際大学保険福祉学部退職
 平成 30 年 大阪府立大学地域保健学域総合リハビリテーション学類 准教授 入職
 令和 2 年 大阪府立大学地域保健学域総合リハビリテーション学類 教授
 令和 4 年 大阪公立大学医学部リハビリテーション学科 教授 (現職)
 平成 24 年 University of Alabama, Birmingham, CI therapy training program 修了
 平成 24 年 JAICA ホーチミン チョーライ病院にて技術支援
 平成 31 年 American Congress of Rehabilitation Medicine にてシンポジスト招聘

【近著】

Takebayashi Takashi, et al. Development of a program to determine optimal settings for robot-assisted rehabilitation of the post-stroke paretic upper extremity: a simulation study. *Science reports* 13 (2023): 9217

Takebayashi, Takashi, et al. "Robot-assisted training as self-training for upper-limb hemiplegia in chronic stroke: A randomized controlled trial." *Stroke* (2022): 10-1161.

Takebayashi, Takashi, et al. "Impact of the robotic-assistance level on upper extremity function in stroke patients receiving adjunct robotic rehabilitation: sub-analysis of a randomized clinical trial." *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation* 19.1 (2022): 1-10.

Takebayashi T, et al: The Impact of Initial Flexor Synergy Pattern Scores on Improving Upper Extremity Function in Stroke Patients treated with Adjunct Robotic Rehabilitation. *Top Stroke Rehabil*, in press, 2020

Takebayashi T, et al: Assessment of the efficacy of ReoGo-J robotic training against other rehabilitation therapies for upper-limb hemiplegia after stroke: Protocol for randomized controlled trial. *Front Neurol* 9: 730, 2018

Takebayashi T, et al: Improvement of upper extremity deficit after constraint-induced movement therapy combined with and without preconditioning stimulation using dual-hemisphere transcranial direct current stimulation and peripheral neuromuscular stimulation in chronic stroke patients: A pilot randomized controlled trial. *Front Neurol* 8: 568, 2017

Takebayashi T, et al: Differences in neural pathways are related to the short- or long-term benefits of constraint-induced movement therapy in patients with chronic stroke and hemiparesis: a pilot cohort study. *Top Stroke Rehabil*. 25: 203-208, 2018

【著書】

竹林崇, 他: PT・OT・STのための臨床5年目までに知っておきたい予後予測の考え方. 医学書院, 2023

竹林崇, 他: 作業で紡ぐ上肢機能アプローチ 作業療法における行動変容を導く機能練習の考え方. 医学書院, 2021

竹林崇: 上肢運動障害の作業療法—麻痺手に対する作業運動学と作業治療学の実践—. 文光堂, 2018

竹林崇 (編), 道免和久 (監): 行動変容を導く上肢機能回復アプローチ 脳卒中上肢麻痺に対する基本戦略. 医学書院, 2017



OEL-11 リハ栄養でも大事な静脈栄養のはなし

○東 敬一郎

医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院 薬剤部

リハビリテーション（以下、リハ）栄養では、「リハからみた栄養」と「栄養からみたリハ」という考え方がある。特に前者は攻めのリハ栄養を実践するうえで必要不可欠なものであり、リハなどの活動に見合った栄養投与量を確保することは極めて重要である。実際、リハ栄養において必要栄養量、必要たんぱく質量が多くなることが多く、いかにそれらを充足するかが医療従事者の腕の見せどころといえる。一方、リハを必要とする症例の多くは高齢者であり、特に介入初期は経口摂取や経口的栄養補助（ONS）だけでは必要栄養量、必要たんぱく質を充足できないこともある。また、肺炎などのトラブルによって、一時的とはいえ経口摂取量が減少することもある。こういった場合、「いつか経口摂取量が増えてくるだろう」という考えのもと、末梢静脈栄養（Peripheral parenteral nutrition：PPN）と呼ぶこともはばかられるほどの脱水予防程度の点滴が施行されることがほとんどだと思われるが、それではリハによる活動量に見合っただけの栄養量に到底及ばないため、結果としてダイエット、つまり低栄養を惹起してしまう可能性も十分にある。

このように経口摂取や経腸栄養で十分な栄養量が投与できない場合の重要な栄養投与方法となるのが、静脈栄養である。ここでの静脈栄養とは、水分・電解質管理だけでなく、あくまで栄養としての静脈栄養である。栄養学的なトラブルなくリハを完遂できる症例もあるだろうが、そうでない症例も多く、静脈栄養はそういった際の栄養管理のオプションとなる。このときの静脈栄養は、個々の症例にとって適切な組成でなければ意味がない。そこで、本教育講演では適切な組成の静脈栄養とはどういうものなのか、そして臨床で実際見かける静脈栄養はどういうものなのかについてお伝えする。本講演が、現状を知りそれが少しでも良い方向に向かう一助になれば幸いである

略歴

【学歴】

1999年3月 摂南大学薬学部 卒業
1999年4月 摂南大学大学院薬学研究科（博士前期課程） 入学
2001年3月 摂南大学大学院薬学研究科（博士前期課程） 修了
2008年10月 金沢大学大学院自然科学研究科（博士後期課程） 入学
2012年3月 金沢大学大学院自然科学研究科（博士後期課程） 修了
博士号（薬学） 取得

【職歴】

2001年4月 金沢大学附属病院薬剤部 入職
2004年4月 同 栄養サポートチーム（NST）スタッフ
2009年4月 同 薬剤主任
2012年4月 金沢市立病院薬剤室 入職、主任
2014年11月 浅ノ川総合病院薬剤部 入職
2019年4月 同 主任

【資格】

2007年2月 日本臨床栄養代謝学会 NST 専門療法士（薬剤師）
2013年10月 日本病院薬剤師会認定実務実習指導薬剤師
2019年5月 日本老年薬学会認定指導薬剤師
2019年4月 日本病院薬剤師会病院薬学認定薬剤師
2020年4月 日本臨床栄養代謝学会臨床栄養代謝専門療法士（がん）

【所属学会】

日本栄養治療学会（代議員，学術評議員）
日本リハビリテーション栄養学会（理事，代議員）
日本老年薬学会（学術評議員）
日本薬学会，日本医療薬学会，日本薬剤学会，日本医療マネジメント学会



OEL-12 大学教員や学生指導者がリハ栄養を教える際の勘所

○井上 達朗

新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部 理学療法学科

リハビリテーション栄養（リハ栄養）は、急性期から生活期まで切れ目のないケアを担う上で不可欠な概念であるが、大学教育ではその体系的理解をいかに促すかが重要な課題となる。本講演では、大学教員および学生指導者としての経験を基に、リハ栄養を教育する際の「勘所」を整理する。

学部教育では、学生は機能解剖学・運動学、徒手的技術、脳卒中・骨折・スポーツ障害といった疾患に強い関心を寄せやすい。痛みの軽減、関節可動域の改善、麻痺の回復、歩容の改善など、比較的“目に見える成果”を追究する姿勢は自然であり、カリキュラムもこれらに多くの時間を割いている。一方、サルコペニアやフレイル、低栄養のように、運動と栄養が相互作用し改善可能な老年症候群については、名称だけでも認識してもらうことが必要となる。

しかし、臨床実習を経験した学生の一部は、現場に高齢者が圧倒的に多い現実に直面し、サルコペニア・フレイル・低栄養といった問題の臨床的重みを体感する。ここで初めて、予防的介入や栄養と運動の統合的アプローチ、多職種連携の重要性が“自分ごと”として理解され始める。さらに学生によっては卒業研究を通じて、科学的思考や批判的吟味の姿勢を獲得する。

大学院教育では、自らが研究テーマを設定し、栄養問題の早期発見に資するスクリーニング精度や、栄養や身体機能が健康障害へ与える影響を分析する。こうした研究経験は、臨床における実践知を深化させ、科学的根拠に基づく理学療法を実践できる人材育成に直結する。

本講演では、これらの教育的プロセスを踏まえつつ、教育者としての勘所を考えたい。

リハ栄養は急性期から生活期までのケアに必須だが、大学教育での体系的理解が課題である。学部では機能訓練に関心が偏りやすく、サルコペニアや低栄養など老年症候群の認識を早期に促す必要がある。臨床実習を経て栄養と運動の統合的介入や多職種連携の重要性が認識され、卒業研究で科学的思考が育つ。大学院では栄養問題の分析を通じ、根拠に基づく実践力を涵養する。本講演では教育者としての勘所を整理する。

略歴

【職歴】

2008年3月-2013年3月 京都第二赤十字病院

2013年4月-2020年3月 神戸市立西神戸医療センター

2020年4月～ 新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部 理学療法学科

【所属学会】

日本栄養・嚥下理学療法学会 理事

日本老年療法学会 理事

日本リハビリテーション栄養学会 理事

日本栄養治療学会 学術評議員

日本サルコペニア・フレイル学会 代議員

日本骨粗鬆学会 骨粗鬆症リハビリテーション委員会 委員

日本転倒予防学会 学術委員

生活期におけるリハビリテーション・栄養・口腔管理の協働に関するケアガイドライン ガイドライン作成委員

サルコペニア・フレイルの予防・改善に関するデジタルヘルスのためのガイドライン ガイドライン作成委員 など



OEL-13 在宅におけるリハ栄養…だけど、 そもそも論で考えてみよう

○豊田 義貞

株式会社わかば 若葉薬局本店

在宅医療って知っていますか？知識ではなく実態として。親族など近い方が受けていたかもしれません。本学会会員は病院勤務者が多いと想像しておりますが、仕事として関わったことがある方はいらっしゃるでしょうか。私は薬局薬剤師ですが、同業者でも玄関口で誰とも知れない人に処方箋薬を渡すだけで「在宅医療を実践している」と言っている方が残念ながら一定数おられます。ほかの職種ではどうでしょう。医師は？看護師は？セラピストは？管理栄養士は？この問いを語らずして在宅での実践について採りあげることはできません。リハ栄養のコンセプトは在宅医療の核心に近く、私自身も学び続け実践していきたいと願うものです。しかしオーディエンスの皆様が私の話を聴いて仮に「なるほど」と頷いて頂いたとしても、そもそも在宅医療とは何か、なぜ必要なのか、どうしたら始まるのか、どんな仕組みで支援者はそれを生業としているのか、これらを理解してもらえないと「なるほど」は皆様の実践には繋がりません。本講演では短い時間ではありますが、ある事例を簡略的に調整したうえで紹介しつつ、リハ栄養を在宅医療にまで繋ぐにはどうしたら良いか、また在宅医療でリハ栄養を実践するには何が必要かについて、皆様が考察するきっかけとしたいと考えます。一人でも多くの患者さんに、ひいては皆様が暮らす地に同じく住まう方々に、リハ栄養に基づいた支援が、何かが行き届きますよう。その一助となれば幸いです。

略歴

1998年：京都薬科大学卒業

1998年：アボットジャパン株式会社入社、体外診断薬・機器事業部営業部に配属

2003年以降、奈良県・京都・東京都の保険薬局勤務を経て、2022年から奈良県にUターンし生駒市の若葉薬局に勤務、現在に至る

【所属学会】

日本栄養治療学会（JSPEN）／学術評議員、NST 専門療法士、栄養治療専門療法士（在宅）

日本在宅医療連合学会／学術評議員、多職種連携委員会（食支援ワーキンググループ）

京滋摂食・嚥下を考える会世話人

公益社団法人日本サウナ・スパ協会サウナ・スパ健康アドバイザー

【主な著書】

悪液質とサルコペニア／医歯薬出版（共著）

認知症の人の摂食障害最短トラブルシューティング／医歯薬出版（共著）

治療を支える疾患別リハビリテーション栄養／南江堂（共著）

PT・OT・STのためのリハビリテーション薬剤／医歯薬出版（共著）など



OEL-14 介護老人保健施設における一体化取組の実践とその意義～管理栄養士の専門性をどう活かすか～

○ 荻部 康子

社会福祉法人親善福祉協会 介護老人保健施設リハパーク舞岡

令和3年度介護報酬改定以降、リハビリテーション（以下、リハ）・栄養・口腔の一体的取組が推進され、多職種による自立支援と重度化防止が重視されてきた。制度は年々強化されているが、実際には情報共有の仕組みや評価指標の統一が不十分なこと、管理栄養士や歯科衛生士の配置不足、加算要件の煩雑さ、多職種間の役割認識の乖離、記録体制の未整備など実践における障壁が多く存在し、当施設でも同様の課題を抱えている。一体的取組は、個別リハ計画書に基づく多職種協働であり、リハ実施に効果的な栄養管理が求められる。管理栄養士が行う食事摂取状況の把握、食形態やとろみの調整、姿勢や食事介助方法など食事環境の整備などは、他職種の介入に直結する要素を多く含む。そこで、多職種で取組む経口維持支援を一体的取組の中核に位置付け、頻回の情報共有と多職種による評価・修正を重視した。具体的には摂食嚥下機能障害のある利用者に、月1回リハ職・管理栄養士・歯科衛生士が中心となってミールラウンド（以下、MR）を実施する。食事の観察・評価を各専門職の視点で行い、課題の共有と合意形成を図る。さらに、管理栄養士が日常的にユニットを巡回し食事の観察を行う。新たな課題は「軒下会議」と称し、廊下でリハ職と迅速に話し合い検討する。評価指標は各領域の項目を明示し、共通指標として活用する。MRでモニタリングを行い、支援の効果を確認する。この一体的取組により、筋力・持久力の向上、低栄養予防、食欲増進、誤嚥性肺炎の予防などが期待される。現時点では一体的取組のエビデンスは確立されていないが、制度の理念を現場の知恵と工夫で実装し、継続可能な仕組みとして根付かせることに意義があると考えられる。

本講演では、当施設における一体的取組の実践とその意義を紹介する。

引用1) 厚生労働省 老健局 令和6年3月発出「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施及び一体的取組について」

略歴

【学歴】

1988年 3月 佐伯栄養学校 管理栄養士特例科卒業
 2007年 12月 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 栄養ケア・マネジメント課程修了
 2021年 3月 放送大学教養学部 生活と福祉コース（学士）卒業
 2022年 4月 放送大学文化科学研究科（科目履修）

【所属学会】

日本リハビリテーション栄養学会 日本健康・栄養システム学会 理事 日本栄養士会

【主な研究分野】

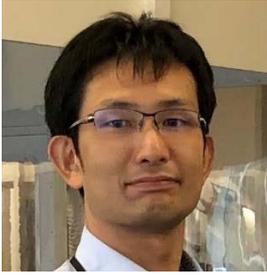
要介護高齢者におけるリハビリテーション栄養

【リハビリテーション栄養における研究報告】

介護老人保健施設入所の要介護高齢者に対するロイシン高配合必須アミノ酸混合物によるADL改善効果（日本静脈経腸栄養学会雑誌 32（5）2017 p.1526-1530）

【賞罰】

令和4年度介護老人保健施設事業功労者厚生労働大臣賞受賞



OEL-15 心臓だけを診ない ～心不全患者を“リハ栄養”で支える UPDATE～

○濱 知明

東京医科大学 循環器内科 / 心臓リハビリテーションセンター
Department of Cardiovascular Medicine, Mayo Clinic

心不全診療ガイドライン 2025年改訂版では、運動療法と栄養指導がいずれも推奨クラスIに位置付けられ、心不全治療における重要な柱として明確に示されています。高齢化が進む現代において、運動耐容能の向上による長期予後の改善や、塩分制限を含む冠危険因子の是正といった「制限」中心の治療から、サルコペニアやフレイルの予防を目的とした運動療法や、エネルギー摂取量の適正化を図る「最適化」へのパラダイムシフトが求められています。こうした背景から、身体活動と栄養への介入は、心不全診療において不可欠な要素となっています。

リハビリテーション栄養は、健康状態を全人的に評価し、運動・食事を含む生活習慣に基づいて生活機能とウェルビーイングを最大限高める包括的かつ個別的なアプローチです。この考え方は、現在求められている心不全治療との親和性が極めて高く、今後の臨床において重要な役割を果たすと考えられます。本講演では、最新のガイドラインや関連文献をもとに、心不全患者に対する運動療法と栄養管理の現状と課題を整理し、リハビリテーション栄養が果たすべき役割とその具体的な介入方法について考察します。

略歴

【学歴・職歴】

- 2008年 福井大学医学部医学科 卒業
- 2008年 諏訪赤十字病院 初期研修医
- 2010年 内科 後期研修医
- 2011年 国立循環器病研究センター 心臓血管内科 レジデント
- 2014年 東海大学医学部附属八王子病院 循環器内科 助教
- 2021年 Research Trainee, Department of Cardiovascular Medicine, Mayo Clinic
- 2022年 東海大学医学部附属八王子病院 循環器内科 助教
- 2023年 Research Collaborator, Department of Cardiovascular Medicine, Mayo Clinic 併任
- 2023年 東海大学医学研究科博士号 取得
- 2025年 東海大学医学部附属八王子病院 循環器内科 講師
- 2025年 現職



OEL-16 ICUにおけるリハビリテーション栄養と作業療法： 時間軸と情動軸の再統合

○塚越 大智

信州大学医学部附属病院 リハビリテーション部、
信州大学大学院 総合医理工学研究科

集中治療室（ICU）における栄養は、ICU-acquired weakness やサルコペニアへの対策として重要である。しかし臨床では、せん妄の遷延、代謝異常、そして患者の「食べる意欲」の欠如が回復を妨げる要因となりうる。本講演では、これらの根底にある生体リズムの破綻（時間軸）と報酬系の機能不全（情動軸）に着目し、作業療法士による統合的介入の可能性を論じる。時間栄養学の知見は、「いつ食べるか」が代謝効率を左右することを示している。健常者では光に同調する中枢時計と食事と同調する末梢時計が協調するが、ICU環境（24時間照明・騒音・持続経管栄養）はこの同期を乱し、内的脱同調を助長する。これらはインスリン抵抗性やせん妄リスクの増加と関連する。一方、神経科学では「食べる意欲」は視覚刺激による眼窩前頭皮質を含む報酬系の活性化で生じるとされるが、嚥下障害患者では食事刺激に対する反応性の低下が報告されており、ICU患者でも同様の「知覚と報酬の断絶」が生じている可能性がある。

作業療法士は「活動」の専門家として、これら2つの軸に同時介入できる。早期離床と日中の活動により中枢時計を再同期させ、覚醒と空腹感を誘発する。その上で日中に摂食を集中させることが時間制限摂食の実践となり、末梢時計の再同期に資する可能性がある。同時に、適切なシーティングや高コントラスト食器などで知覚的障壁を除去し、嗜好の尊重や回想で「食べる喜び」を賦活する。重要なのは、生体リズムが整えば報酬系の感受性が高まり、逆に情動的反応が回復すれば日中の自発的摂食が促進されるという相互作用である。

作業療法士は、時間生物学と神経科学の知見を結びつけ、患者の24時間全体をデザインする役割を担う。「いつ活動し、いつ食べ、いつ休むか」という時間構造の再構築と、「何を、どのように食べるか」という意味と喜びの回復を統合することで、真に患者中心のリハビリテーション栄養を考える。

ICU患者の回復は、せん妄や代謝異常、「食べる意欲」の欠如により妨げられる。本講演では、これらの背景にある生体リズムの破綻（時間軸）と報酬系の機能不全（情動軸）に着目し、作業療法士による統合的介入の可能性を論じる。「いつ活動し、いつ食べ、いつ休むか」という時間構造の再構築と、「何を、どのように食べるか」という意味と喜びの回復を統合することで、真に患者中心のリハビリテーション栄養を考える。

略歴

【学歴】

2018年 健康科学大学健康科学部作業療法学科 卒業

2024年 信州大学大学院医学系研究科保健学専攻修士課程 修了

2024年 信州大学大学院総合医理工学研究科博士課程医学系専攻保健学分野 入学

【職歴】

2018年4月～ 信州大学医学部附属病院 リハビリテーション部 至現在

【資格】

修士（保健学）

心不全療養指導士

心臓リハビリテーション指導士

【委員】

日本作業療法士協会 学術部 部員

日本集中治療作業療法研究会 理事

循環器臨床作業療法研究会 世話人

日本集中治療教育研究会（JSEPTIC）リハビリテーション部会 サポートメンバー

【所属学会】

日本作業療法士協会
国立大学リハビリテーション療法士協議会
日本心臓リハビリテーション学会
日本循環器学会
日本集中治療医学会

【受賞歴】

2022年 第7回日本心臓リハビリテーション学会 関東甲信越支部地方会 優秀賞(共著)
2025年 第52回日本集中治療医学会学術集会 メディカルスタッフ部門 優秀賞(共著)
2025年 一般社団法人信州大学医学部松医会 令和6年度松医会奨励賞(筆頭)

【執筆書籍(第一著者もしくは第二著者のみ)】

山本周平, 塚越大智, 他2名. 循環器疾患患者のサルコペニアに対する理学療法の考え方と実際. 理学療法 38, no.11 (November 2021): 1002-10
塚越大智, 山本周平, 神谷健太郎. 心不全に対する心臓リハビリテーションのエビデンス. 循環器内科. 2023;93(4):453-460.
塚越大智. 循環器疾患のリハビリテーション(作業療法). All in one! 循環器救急・集中治療. 中外医学社. 2025年3月.

【主な論文(第一著者もしくは第二著者・責任著者のみ)】

Tsukakoshi D, Hitoshi Mutai, Shuhei Yamamoto, Masaaki Sato, Keisuke Furuhashi, Toshinori Nakamura, Takashi Ichiyama, Hiroshi Imamura, Hiroshi Horiuchi. Effects of Outdoor Therapy on Delirium in Patients With Prolonged Intensive Care Unit Stays: A Single-Centre Retrospective Study. Nursing in Critical Care. 2025;30(6):e70263.
Takeda T, Tsukakoshi D, Tsubaki A, Yamamoto S. Occupational Therapy for Patients With Cardiovascular Disease — A Systematic Review —. Circulation Reports. 2025.
塚越大智, 山本周平, 神谷健太郎. 心不全に対する心臓リハビリテーションのエビデンス. 循環器内科. 93 (4), 453-460, 2023-04.
Tsukakoshi D, Yamamoto S, Nojima I, Sato M, Furuhashi K, Takeda S, Oguchi N, Kasuga S, Ichimura H, Wada Y, Seto T, Horiuchi H. Association between Postoperative Delirium and Heart Rate Variability in the Intensive Care Unit and Readmissions and Mortality in Elderly Patients with Cardiovascular Surgery. Heart Vessels. 2023 Mar 1;38(3):438-47.
Tsukakoshi D, Yamamoto S, Takeda S, Furuhashi K, Sato M. Clinical perspectives on cardiac rehabilitation after heart failure in elderly patients with frailty: A Narrative Review. Ther Clin Risk Manag. 2022;18:1009-28.
塚越大智, 山本周平, 和田洋典, 寺島さつき, 大澤竜司, 松森圭司, 伊藤駿, 中村幸男, 長峰広平, 池上章太, 堀内博志. ECMO管理を必要とした重症COVID-19患者に対してリハビリテーション介入を行った1例. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 2022年1月14日.

【共同研究・競争的資金等の研究課題】

塚越大智. ICUせん妄に対する仮想現実(VR)の効果. 日本学術振興会 科学研究費助成事業 奨励研究. 2024年4月 - 2025年3月



OEL-17 第10回日本リハビリテーション栄養学会 サーベイランス結果報告

○中原 さおり¹⁾、社本 博²⁾、阿部 沙耶香³⁾、飯田 有輝⁴⁾、
森山 大介⁵⁾

鈴鹿医療科学大学¹⁾、高野病院／福島県立医科大学災害医療支援講座²⁾、
札幌西円山病院 栄養部³⁾、愛知淑徳大学⁴⁾、中部ろうさい病院 栄養管理部⁵⁾

リハ栄養の10年：あなたはどのようにやっていますか？～成功事例と未来への展望～と題し、第10回日本リハビリテーション(リハ)栄養学会サーベイランスを実施した。リハ栄養経験年数(3年未満・3~6年・6年以上)別に、リハ栄養実践での成功要因の認識、心理面評価、新しい側面(心理社会的要因・テクノロジー活用等)への取組についてクロス集計し、 χ^2 またはFisher検定で群間差を検討した。職種経験年数を層別化因子としてMantel-Haenszel検定を実施した。「成功要因」や「新しい側面(心理・社会・テクノロジー)」の認識は経験年数による差はなかった。リハ栄養の基本的枠組みが共有・定着した成果であり、教育・研修を通じた主要な成功因子(チーム医療、多職種連携、適切な評価と診断、個別化プランなど)が伝達されていることを示唆している。一方患者・家族の関与(35%)、心理面支援(26%)、テクノロジー活用(4%)など「見えにくい成功要因」は低率で、現場での実践と教育の両面からの強化が必要である。心理面評価は「摂食量低下・偏食」など直接的課題では意識されやすいが、環境変化や終末期など間接的課題の認識が低かった。また経験年数とともに「孤食・独居」「経済状況」「家族関係」など社会的要因への注目が高まる傾向がみられた。経験とともに包括的にアプローチできる可能性を示唆した。学会として、経験初期での認知機能評価やうつスクリーニングの習得など心理社会的評価教育の充実、中期では社会的孤立、経済状況の評価を通しての多職種連携による包括的アセスメント、リハ栄養経験6年を超えた上級教育としては家族支援やFamily Conferenceスキルを通じた心理的要因への介入といった段階的教育の整備が望まれる。テクノロジー活用に関しては、成功事例の共有やテクノロジー活用実態調査を行い推進することが望まれる。本講演では、第10回日本リハビリテーション栄養学会サーベイランスの結果をもとに、成功要因の変遷と課題を概観し、経験段階に応じた教育の在り方など、今後のリハ栄養学会員と学会の目指すべき方向性について展望したい。

略歴

PS-3 参照 (p93)



OEL-18 リハ栄養における優先すべき研究課題の同定研究 —結果報告—

○宮崎 慎二郎¹⁾、百崎 良²⁾、小蔵 要司³⁾、石田 優利亜⁴⁾、
白土 健吾⁵⁾、長野 文彦⁶⁾、西山 愛⁷⁾

KKR 高松病院¹⁾、三重大学医学部附属病院²⁾、恵寿総合病院³⁾、
愛知医科大学病院⁴⁾、株式会社麻生飯塚病院⁵⁾、熊本リハビリテーション病院⁶⁾、
社会福祉法人じねんじょ⁷⁾

臨床におけるリハビリテーション栄養（リハ栄養）の価値をより高め、一層推進していくためにはその根拠となる研究の蓄積が不可欠である。これまでリハ栄養に関する多くの研究成果が報告されてはいるものの、依然として未解決の課題や未開拓の領域は少なくない。一方で、今後どのような研究がリハ栄養において優先されるべきかといった指標は示されていない。そこで今回、日本リハ栄養学会研究・調査委員会サーベイランス部会では、Delphi法を用いて「リハビリテーション栄養における優先すべき研究課題」を専門家の合意形成により明らかにすることを目的として調査研究を実施した。

本研究は日本リハ栄養学会代議員を対象に行い、研究協力への同意が得られた15名をパネリストとしてオンライン自記式質問紙調査法（3ラウンド）を実施した。ラウンド1では、「リハ栄養領域において優先して行うべき研究課題を最大5つまで挙げてください。」と自由記述での回答を求めた。得られた回答は、サーベイランス部員によって重複や類似内容を考慮しつつ、自由回答の意図から乖離しないよう十分に議論した上で38項目の研究課題へ整理した。ラウンド2では、これら38項目の重要度を9段階リッカート尺度（1=重要でない、9=非常に重要）で評価し、それぞれの平均値を算出した。ラウンド3では、ラウンド2の集計結果をフィードバックした上で再度同様の評価を行い、最終的に9段階中7以上の評価を行ったパネリスト数が8割を超えていた課題を「合意が得られた研究課題」と定義した。本オンデマンド講演では、以上の手順により導出された13項目の「リハ栄養における優先すべき研究課題」について報告する。

略歴

PB-1-1 参照 (p60)

