

## 抄 録

## 第68回 信州NST研究会

日 時：令和7年11月1日（土）

会 場：松本大学講義室5号館513号室

当番世話人：相澤病院外科センター 西田保則

一般演題座長：佐久医療センター小児科 蓮見純平

特別講演座長：相澤病院外科センター 西田保則

## 一般演題

## 1 緊急入院患者に対するオーラルフレイル食の提供と運用について

飯田市立病院診療技術部栄養科

○長谷川一幾

【初めに】当院では80歳以上の緊急入院患者で常食相当の食事オーダーがあった際、誤嚥や窒息リスクも考え、オーラルフレイル食と称して1食目から嚥下調整食での提供を行っている。対応の内容、取り組み後の評価を行ったため報告する。

【オーラルフレイル食について】導入にあたり医療安全部、言語聴覚士と共に検討した。80歳以上の緊急入院患者に対して特別な指定がない限り、1食目から日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2021のコード3相当、1200 kcal、蛋白質60 gの内容で提供を行っている。

【対象】大腿骨骨折の緊急入院患者80歳以上で、入院1日以内に食事開始され3日以内に手術を行った患者を対象とした。取り組み前後6か月に分け、それぞれ92名（男性16名、女性76名、以降前群と呼称）、87名（男性13名、女性74名、以降後群と呼称）となった。

【比較項目】年齢、BMI、入院後手術日を除く3日間の平均摂取エネルギー及び蛋白質、摂食後に食事形態を変更した人数、言語聴覚士介入までの日数について検討した。

【結果】年齢（前群90歳、後群91.5歳）、BMI（前群20.4 kg/m<sup>2</sup>、後群20.2 kg/m<sup>2</sup>）、摂取エネルギー（前群887 kcal、後群838 kcal）、摂取蛋白質（前群37 g、後群38 g）に差を認めなかった。食形態を下げた患者は前群33名、後群17名と後群で食形態を下げる人数が少なかった（ $p < 0.05$ ）。食形態を上げた患者は前群0名、後群10名と後群で食形態を上げる人数が多かった（ $p < 0.001$ ）。言語聴覚士介入までの日数は前群

5.7日、後群3.7日（ $p < 0.001$ ）であった。

【考察と結論】入院後の平均摂取エネルギー・蛋白質に差を認めない事から、安全に配慮した食形態での提供は短期間の摂取栄養量が変化することなく実施が可能であると考えられた。また、食形態を下げる患者数も減ったため、医療安全にも配慮されている可能性が考えられた。

2 食べるでつなぐ suwa 食縁の会  
～地域版食形態マップの現状～

諏訪中央病院摂食嚥下認定看護師

○丸茂 広子

【背景】摂食嚥下障害を有する人は、生活の場が変わる度に食事形態も変わっている現状がある。そこで2018年に諏訪圏内に住む、摂食嚥下機能の問題を有する住民や患者さん・家族が、どの場でも食の安全や楽しみが守られる環境を作ることを目的として suwa 食縁の会が発足した。まずは、病院の食形態を日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食2021（学会分類2021）に分類し色分け写真付きにして病院版食形態マップとした。現在は、地域の施設の食形態をこの食形態マップに入れ込み始めたためその現状を報告する。

【病院版 食形態マップの完成までの経緯】各病院の食形態を学会分類2021のコードに当てはめ、誰でもがわかりやすくするために色分け分類をした。この時の問題点は3つありその中でも諏訪地域に多い「きざみ食」において大きさも硬さも違うのに「コード4」にすべて入ってしまうことであった。そこで、会議を重ねて「コード4」の食形態を大きさ・硬さで細分化し表記した食形態マップが完成した。

【病院版から地域（施設）版へ】患者の動向は病院間より地域と病院の方が多い。そのためいくつかの施設の食形態を食形態マップに当てはめた結果、病院と

施設の食形態の大きな違いが明確となった。そこでコード4の細分化を見直しさらにフォーマットを刷新した。

【今後に向けて】地域版食形態マップを推進するために、食形態の勉強会付きで食形態を持参していただき、suwa食縁の会のスタッフとともにフォーマットに当てはめる会を実践しマップ参加の施設を増やしていく。

### 3 当院における NST 委員会の取り組みについて

JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター  
診療協力部栄養科

○鈴木さやか

同 診療部小児科

蓮見 純平

【目的】2014年度、旧佐久総合病院（821床）は高度急性期医療を担う佐久医療センター（450床）と、地域密着型の医療を担う佐久総合病院本院（309床）へと分割再構築が行われ、機能分化を進めた。佐久総合病院グループでの NST 活動は2002年に開始され、分割再構築後もグループ内施設でそれぞれ活動を継続している。昨年度、分割後10年目を迎えた当院での現在の取り組みについて報告する。

【活動内容】佐久医療センターNST 委員会是有資格者の医師・歯科医師・看護師・薬剤師・管理栄養士に加えて臨床検査技師・言語聴覚士・歯科衛生士・事務など多職種のメンバーと共に病棟看護師の NST 委員で構成される。NST 回診の他にも勉強会や症例検討、研修会の開催など、栄養に関する知識の向上を目的として様々な取り組みを行っている。現在6チームで活動し、2024年度の算定実績は691件、月平均58件であった。また当院の特徴でもある、入退院支援室（患者サポートセンター）にて行っている入院前からの栄養評価と NST 依頼の流れも定着し、平均在日数10日前後の当院において、速やかな介入に繋げることができている。

【まとめ・今後の課題】現在委員会で行っている勉強会や症例検討は、NST 委員が栄養について学ぶよい機会となっていると考えられる。今後も現在の取り組みに加えて、多数の職員が NST 委員の経験を通じて栄養療法に対する知識や関心を深めたり、病院全体に向けて情報発信できるような活動を検討していきたい。また継続的な活動に向けて積極的な資格取得を進

めるとともに、新たな栄養評価方法の導入に向けて NST 委員会を中心に取り組んでいきたい。

### 4 術前患者におけるサルコペニア肥満有病率とその特徴

信州上田医療センター栄養管理室

○小川 祐介, 青木 緩美

同 消化器内科

長沼 篤

同 消化器外科

坂元 一郎

国立病院機構高崎総合医療センター

臨床研究部

柿崎 暁

長野県立大学大学院健康栄養科学研究科

草間かおる

【目的】サルコペニア肥満（Sarcopenic Obesity : SO）は、サルコペニアと肥満が併存する病態であり、サルコペニア単独や肥満単独と比較して、術後合併症や予後不良との関連が強いとされている。2023年には日本肥満学会と日本サルコペニア・フレイル学会によって SO の新たな診断基準が策定されたが、この基準を用いた急性期病院における術前患者の有病率や臨床的特徴は明らかとなっていない。術前の栄養評価において SO の把握は、リスク層別化や栄養介入の判断において重要な役割を果たす可能性がある。そこで本研究では、予定手術を受ける術前患者における SO の有病率および臨床的特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】本研究は、G 県 T 市の急性期病院において 202X年に手術を受けた予定手術患者525例（40～75歳）を対象とした後ろ向き観察研究である。SO の診断は2023年に発表された JWGSO による日本の診断基準に基づき、BMI、体脂肪率、握力、四肢骨格筋量（BMI 補正）を用いて判定した。対象者は SO 群、肥満群、サルコペニア群、正常群に分類し、年齢、性別、診療科、既往歴、がんの有無と病期、術後合併症の有無、在院日数について比較検討した。統計解析には SPSS version 29を使用し、有意水準は5%未満とした。

【結果】SO の有病率は4.6%（24/525例）であり、肥満群30.1%（158例）、サルコペニア群6.7%（35例）、正常群58.7%（308例）であった。4群間で SO 群の平均年齢は71.4歳と最も高く（ $p < 0.001$ ）、整形

外科的疾患（脊柱管狭窄症や変形性関節症など）の割合が有意に高かった（SO群の20.8%， $p < 0.001$ ）。診療科別ではSO群において整形外科が11.9%を占めたが、他診療科との有意差は認められなかった。SO群では内分泌疾患（29.0%）、循環器疾患（54.2%）の合併が多くみられた。在院日数はSO群でやや長かったが、統計的有意差はなかった。

【考察および今後の方向性】本研究では、日本の新たな診断基準を用いた術前患者におけるSOの有病率は4.6%と比較的低値であった。これは診断基準の変更が影響している可能性がある。SO群は高齢であり、整形外科疾患や生活習慣病（内分泌疾患・循環器疾患）を合併する傾向が認められた。今後は、SOの重症度評価や術後転帰との関連、栄養介入の効果などについても検討を進め、SOの認知度向上と臨床現場での活用を目指したい。

#### 特別講演

##### 「Step Beyond Guidelines

##### ～重症患者の栄養療法：実践戦略～」

国立病院機構本部総合研究センター

診療情報分析部

吉田 稔

「重症患者の栄養療法」に関して、ESPENやASPENを中心に複数のガイドラインが発表されている。それ

ぞれのガイドラインで過去の経緯や栄養療法に関する考え方が若干異なり、推奨内容に相違点が存在する。また、今年策定された本邦独自の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン（JCCNG2024）」も加わり、日常臨床において「どの推奨を実践すべきか」迷う場面が少なくない。JCCNG2024は、現時点のガイドラインとしては最新のエビデンスを踏まえており、本邦でよく行われる栄養療法も組み込みその疑問に答えている。それにとどまらず、近年国際的に重視されている身体機能・生活の質・筋肉量といった患者アウトカムを全てのクリニカルクエスチョンで評価している点で最近の国際的な動向にも合致しており、特筆すべき特徴といえる。一方で、ガイドラインの特性ではあるが、行われたシステマティックレビューは2年前のエビデンスに基づいており、その後新たな知見が蓄積され、栄養療法の潮流も変化しつつある。

本講演では、JCCNG2024を中心に、ESPEN・ASPENの推奨と比較しながら、2年間のエビデンスギャップを補い、現時点で行うべき栄養療法を皆さんと共有する。日常臨床における自身の実践的な工夫や経験も交えて議論する。GRADEシステムに則ったガイドラインの枠組みでは、網羅しきれなかった視点も含めて、明日からの臨床におけるより良い栄養療法を実践に資することを目的とする。