

## O-006

肥満症治療としての減量プログラム入院  
～当院の現状と課題～

森明日加<sup>1</sup>、小坪容子<sup>1</sup>、鴨下朋美<sup>1</sup>、大戸彰子<sup>1</sup>、田伏友彦<sup>2</sup>、北川博<sup>2</sup>、  
高野裕也<sup>3</sup>、岡本芳久<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>JCHO横浜保土ヶ谷中央病院 栄養管理室、<sup>2</sup>リハビリテーション室、  
<sup>3</sup>糖尿病内科

【背景・目的】肥満症は、肥満に起因ないしは関連する健康障害を合併し、医学的に減量を必要とする病態を呈する「疾患」である。当院では、2016年から肥満症に対する減量目的で、フォーミュラ食を用いた食事療法を組み入れた教育入院プログラムを導入している。今回、この入院プログラムの肥満症患者の体重や併発疾患（臨床指標）への効果を検証し、課題について考察した。

【対象・方法】2016年12月～2019年5月の減量目的に教育入院し、入院期間中に運動療法（適応のある例）に加えて、フォーミュラ食（1日1～2食、1食176kcal）に置き換えた食事療法を実施し、退院後6ヶ月間定期受診でフォローしてきた12症例（男性2名、女性10名）。体重・内臓脂肪面積・血圧・肝機能・尿酸・耐糖能を追跡し、退院後6ヶ月目の体重が入院前以下で維持出来た例をコントロール「良好」、入院前以上に増えた例をコントロール「不良」と判定した。さらに、食行動質問票を用いて食行動（食生活の規則性・食事内容・食べ方・空腹満腹間隔・代理摂食・食動機・体質や体重に関する認識）を聴取し、その偏りや問題点を考察した。

【結果】平均入院日数は28.8±12.7日で、入院期間中の平均体重変化は-6.0±3.28kgであった。また、血圧・肝機能・尿酸・耐糖能（インスリン抵抗性）もそれぞれ改善した。しかし、退院後は、体重コントロール良好群（9名）と不良群（3名）に分かれた。また、食行動においても問題と考えられる偏りも散見された。

【考察】フォーミュラ食を併用した教育入院により減量と肥満症の改善が達成出来ていた。ただし、退院後に栄養指導の自己中断、運動療法の継続困難、食行動における心理的・社会的問題等の影響で改善を維持出来ない例もあり、医師・看護師・管理栄養士・理学療法士、さらに症例により臨床心理士等も含む多職種によるチーム医療が必要と考えられた。

## O-007

## チーム介入により褥瘡が改善した1例

佐古純子、原田清美、寺尾隆、益成宏、中野純二  
JCHO徳山中央病院 褥瘡ケアチーム

【はじめに】当院では平成29年12月より「褥瘡ケアチーム」として多職種で、週2回、カンファレンス・ラウンドを行い褥瘡発生予防・治療ケアを実施している。チーム介入により褥瘡改善に至った1症例について報告する。

【症例紹介】80代女性。左心原性脳梗塞による意識消失のため緊急搬送。右殿部に持ち込み褥瘡。水泡が破れ、滲出液多量。（DESIGN-R:U）入院時データ、TP6.4、A1b3.7、Hb14.5、BUN46.0、CRE0.78。CONUT2点（軽度栄養不良）。身長152cm、体重42kg、BMI18.2。推定エネルギー必要量1800kcal/日。

【経過】右殿部褥瘡に対し、4病日よりチーム介入開始。外用薬の調整、ポジショニングについての指導を実施。栄養面ではPPN管理から経腸栄養に移行（E:600kcal/日）。その後、直腸潰瘍を認め、経腸栄養量を慎重に増量（E:900kcal/日）。16病日、CONUT9点（高度栄養不良）と判定し、栄養摂取量増量を提案（E:1200kcal/日）。21病日、黒色壊死となった褥瘡に対しデブリ実施、ポケット形成を認め、治癒促進のためNPWT療法（VAC療法）を行う方針となった。経口栄養移行のタイミングであり経口から必要エネルギー量が摂取できるよう提案。STも介入し食事形態の調整を行った。経口からの摂取栄養量増量し、創部治癒促進目的にHMB含有食品を追加（E:1600kcal/日）。腎機能悪化なし。栄養状態改善傾向。53病日、VAC療法終了。外用薬で創部収縮を目指した。55病日、経口摂取エネルギー量増量目的に、HMB含有食品から経口補助食品に変更し、経口摂取より必要エネルギー量の充足に至った（E:1800kcal/日）。70病日、創部縫縮術を施行し、創部の状態良好、経口摂取による十分な栄養摂取の状態にて転院となった。（転院時、DESIGN-R: d2）

【結語】早期介入により、経腸栄養経て経口摂取へのスムーズな移行、食事形態の調整や、食事の工夫により、エネルギー量の増量ができ、褥瘡改善に寄与したと考えられる。

## O-008

## 慢性期摂食障害患者における栄養管理の一症例

丸山紗希<sup>1</sup>、大竹友香里<sup>2</sup>、伊藤修<sup>1</sup>、松尾和美<sup>1</sup>、浦本和美<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>JCHO東京新宿メディカルセンター 栄養管理室、<sup>2</sup>看護部

【背景】日本では1980年からの20年間で、摂食障害患者数が約10倍増加、特に若年女性の摂食障害が問題になっている。発症してすぐの若年患者では早い段階での速やかな体重増加が良好な経過に繋がるとの報告があるが、10年以上既往のある摂食障害患者は治療への抵抗が強く、介入が困難なケースが多いといわれている。

【目的】当院では平成30年6月より管理栄養士の病棟担当制を開始し、栄養介入や栄養指導依頼が増えてきた。ここでは精神科病棟に入院した20年来の摂食障害既往がある中年女性への栄養管理及び栄養指導実施に至った経過を報告する。

【対象】平成31年1月当院精神科病棟へ入院した41歳女性。身長160cm、体重31kg、BMI12。全身い痩著明でふらつきあり。面談中に声が大きくなったり、笑い出したりと情動面は不安定。日付や時系列の混乱、認知機能の低下が認められた。食事は極度な偏食あり。

【経過】食事記録シートを用い、日々の摂取量を確認しながら頻回に食事内容の相談を実施した。また、食事記録シートのフリースペース欄には患者の心理面が表出され、医師や看護師へ情報提供する事が出来た。

【結果】体重は入院時より11.4%増加。食べることでできる食材数も増え、入院当初の540kcalから1340kcalへ約60%増加した。また栄養量が充足してきたことで日常生活における体力、認知力の回復もみられた。

【結論】担当管理栄養士が院内で認知され、精神疾患患者の栄養介入が増加した。食へのこだわりが強い摂食障害患者において、日々の摂取量の把握以外にも入院生活の不安の傾聴、嗜好面を考慮した食事や栄養の正しい知識の習得が重要であり、管理栄養士の役割の大きさを感じた症例であった。

## O-009

## 透析施行中の喫食の有無が透析患者のエネルギー摂取量等に及ぼす影響について

豊原美紀、守屋淑子  
JCHO仙台病院 栄養管理室

【目的】透析患者の低栄養を予防するためには、適正な食事摂取量の確保が重要である。そこで、透析施行中の喫食の有無が透析患者のエネルギーおよび栄養素の摂取量に及ぼす影響について調査した。

【方法】1 調査対象患者は昼間外来透析患者18名のうち、聞き取り調査に承諾を得られた16名。2 平成30年7月24日～平成30年8月15日に管理栄養士が聞き取りにて、透析施行中の喫食の有無と調査日より過去1ヵ月間の食習慣を透析日と非透析日別に調査した。3 2をもとに摂取エネルギー（kcal/日・kgIBW/日）と摂取たんぱく質（g/日・kgIBW/日）を算出し、透析日と非透析日別に比較検討した。対象患者の栄養状態を評価するため、調査時のBMIやGNRを調査した。値は平均値±標準偏差で表した。

【結果および考察】調査対象患者の年齢は70.4±13.1歳、男性7名（43.8%）、BMI19.3±2.6 kg/m<sup>2</sup>、GNRI87.9±8.1だった。透析施行中に喫食していた患者は10名（62.5%）おり、そのうち当院の透析弁当を食べていた患者は4名であった。透析弁当を喫食していた患者の摂取エネルギーは600±100kcal/食、摂取たんぱく質は21.4±1.25g/食だった。持参食（飴玉やおにぎり1個など）を摂取していた患者6名の摂取エネルギーは193±91kcal/食、摂取たんぱく質は4.0±2.3g/食だった。1日の摂取エネルギーは透析日1293±275 kcal/日（24kcal/kgIBW/日）、非透析日1414±278kcal/日（26kcal/kgIBW/日）であり、透析日の方が121kcal/日少なかった。摂取たんぱく質は透析日47.0±10.5g/日（0.9g/kgIBW/日）、非透析日55.8±12.7g/日（1.0g/kgIBW/日）であり、透析日の方が8.8g/日少なかった。その一つの要因として、透析施行中の喫食の有無や内容の違いが考えられる。平均BMIが19.3 kg/m<sup>2</sup>という点からも、摂取エネルギーおよび栄養素の確保が重要と考える。

【結論】透析施行中の欠食が、透析日の摂取エネルギーおよび栄養素の低下に繋がる。

## O-010

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類  
2013に沿った嚥下調整食提供への取り組み

須藤務、水谷規子、日比野春美、吉川勝、井本幸枝、林航平  
JCHO可児とうのう病院 栄養管理室

【はじめに】当院の嚥下調整食は食形態にばらつきがあり、嚥下機能に合った食事の提供が不十分であった。そのため、2018年度よりソフト食の提供へ向けて取り組みを開始し、2019年度より提供に至った経過を報告する。

【経過】栄養管理室では、ソフト食への理解を深めるために勉強会を行った。管理栄養士と調理師による院外勉強会への参加、業者に来院してもらっての勉強会やソフト食の試食を行う等、献立を考える管理栄養士と、実際に調理を行う調理師の双方が共通の認識と理解を持てるように心がけた。ソフト食の提供をスタートする1か月前には、管理栄養士と調理師で試作を行い、調理師全員がソフト食の作り方の確認を行った。ソフト食は食材、水分、ゲル化剤の計量を正確に行う事がポイントで、これを意識する事で失敗なく作成できるようになったが、保温の段階で形が崩れてしまう事が新たに問題として発生した。そのため、ゲル化剤を耐熱性のある物に変更した。ゲル化剤が変更になれば使用ポイントも変わるため、新しいゲル化剤の使用ポイントである計量と加熱を確実にし、失敗なく作成出来るようにした。

【結果】事前の勉強会や試作等の準備を行った為、大きな失敗等もなく、ソフト食を導入する事ができた。

【考察】ソフト食は整形段階の切り方ひとつで印象が大きく変わる。ただ四角に切るだけでなく、魚なら三角に切る等、実際の料理に近い形に整形することで、料理としての認識を高め、食欲増進につながるのではないかと考えられる。さらには、焦げ目をつける、香りを立たせる等、より普通食に近く、美味しいと感じられるような工夫を標準化して行えるようにしたい。ソフト食を調理して、舌触りや滑らかさは普通食のメニューとしても美味しいと感じられるものであった。今後は普通食にもソフト食の1品を取り入れたり、旬の食材をソフト食に展開できるように取り組む事で、さらなる病院食の質の向上に務めたい。