The 19th Japanese Society of Deglutition and Nutrition in NeuroMuscular disorders in FUKUOKA 2023

第19回
日本神経摂食嚥下・栄養学会 学術集会 福岡大会

プログラム・抄録集

嚥下障害の予後を見据えた
栄養管理を模索する

会期　2023年8月26日㊏

会場　**福岡大学病院 福大メディカルホール**
福岡県福岡市城南区七隈 7-45-1

大会長　梅本 丈二　福岡大学病院 摂食嚥下センター長

副会長　坪井 義夫　福岡大学医学部 脳神経内科学講座 教授

https://square.umin.ac.jp/jsdnnm2023/

大会概要

名　称	第 19 回 日本神経摂食嚥下・栄養学会学術集会　福岡大会
テーマ	「嚥下障害の予後を見据えた栄養管理を模索する」
大会長	梅本 丈二　　福岡大学病院摂食嚥下センター長
副会長	坪井 義夫　　福岡大学医学部脳神経内科学 教授
会　期	2023 年 8 月 26 日（土曜日）
会　場	福岡大学病院 福大メディカルホール 〒814-0180 福岡市城南区七隈 7-45-1　TEL：092-801-1011(代表)
ホームページ	https://square.umin.ac.jp/jsdnnm2023/
大会事務局	〒814-0180 福岡市城南区七隈 7-45-1 福岡大学病院 摂食嚥下センター内 事務局長　藤岡 伸助　　福岡大学医学部脳神経内科学 准教授 TEL：092-801-1011（内線 7889：事務局担当 菖蒲） FAX：092-801-1044 E-mail：jsdnnm2023@fukuoka-u.ac.jp
共催団体・後援団体	共催 一般社団法人　日本老年歯科医学会　福岡支部 後援 【職能団体】 公益社団法人 日本医師会 公益社団法人 日本栄養士会 一般社団法人 日本言語聴覚士協会 公益社団法人 福岡県医師会 公益社団法人 福岡県看護協会 公益社団法人 福岡県歯科医師会 一般社団法人 福岡市医師会 一般社団法人 福岡市歯科医師会 【学会】 一般社団法人 日本神経学会 一般社団法人 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 一般社団法人 日本老年歯科医学会

日 程 表

2023 年 8 月 26 日

A 会場 福岡大学病院 福大メディカルホール	B 会場 新館地下 1 階（多目的室 1・2）
9:20～　参加受付・PC 受付	
9:50～10:00　開会式 開会の辞：副会長 坪井 義夫（福岡大学医学部脳神経内科学 教授）	
10:00～10:50　教育講演 EL「ALS 患者さんとのかかわり」 座長：下畑 享良 （岐阜大学大学院医学系研究科 脳神経内科学分野 教授） 演者：和泉 唯信（徳島大学大学院医歯薬学研究部 臨床神経科学分野(脳神経内科)教授） 共催：田辺三菱製薬株式会社	
11:00～11:50　会長講演・副会長講演 CL「神経筋疾患の摂食嚥下・栄養における多職種連携」 演者：大会長　梅本 丈二（福岡大学病院 摂食嚥下センター長） 演者：副会長　坪井 義夫（福岡大学医学部脳神経内科学 教授）	
12:00～12:50　ランチョンセミナー1 LS1「パーキンソン病と関連疾患の嚥下障害と対策 ～嚥下造影検査での評価～」 座長：野﨑 園子 （関西労災病院 脳神経内科/日本神経摂食嚥下･栄養学会 代表理事） 演者：平野 牧人（近畿大学医学部脳神経内科 臨床教授） 共催：武田薬品工業株式会社	**12:00～12:50　ランチョンセミナー2** LS2「ハートラインを活用したオンライン栄養指導の実践とポイント～IOT を活用したオンライン栄養指導と嚥下指導について～」 座長：坪井 義夫（福岡大学医学部脳神経内科学 教授） 演者：西村 一弘（公益社団法人東京都栄養士会 会長） 共催：ニプロ株式会社
13:10～14:00　特別講演 SL「最期まで食べたい」 座長：清水 俊夫　（東京都立神経病院 副院長） 演者：荻野 美恵子 （国際医療福祉大学医学部医学教育統括ｾﾝﾀｰ・脳神経内科学 教授 /国際医療福祉大学市川病院神経難病ｾﾝﾀｰ長） 共催：株式会社 サンウェルズ（PD ハウス）	
14:10～16:10　シンポジウム SY-1～SY-5「神経筋疾患の摂食嚥下障害 ～各職種から終末期における諸問題について～」 座長：梅本 丈二（福岡大学病院 摂食嚥下センター長） 座長：藤岡 伸助（福岡大学医学部脳神経内科学 准教授） 演者： 田代 博史　（村上華林堂病院 在宅療養部長・神経内科医師） 木村 一喜　（村上華林堂病院 リハビリテーション科 言語聴覚士） 野田 雅子　（福岡大学病院 栄養部 主任栄養士・管理栄養士） 田中 亜由美（国立病院機構 大牟田病院 慢性疾患看護専門看護師） 荒畑　創　（国立病院機構 大牟田病院 脳神経内科医長）	**14:15～15:09　一般演題 2**　O-07～O-12 **「脳神経内科から～神経変性疾患、脳卒中～」** 座長：巨島 文子 （諏訪赤十字病院　リハビリテーション科） **15:15～16:09　一般演題 3**　O-13～O-18 **「歯科、リハビリテーション、NST から」** 座長：吉川 峰加 （広島大学大学院 医系科学研究科 先端歯科補綴学）
16:15～17:09　一般演題 1　O-01～O-06 **「耳鼻咽喉科領域から～手術、治療～」** 座長：二藤 隆春（国立国際医療研究センター病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 診療科長／音声・嚥下センター長）	**16:20～17:05　一般演題 4**　O-19～O-23 **「筋疾患、施設・在宅診療」** 座長：清水 充子（埼玉県総合リハビリテーションセンター 言語聴覚科）
17:15～17:35　閉会式 優秀演題表彰 次期大会長挨拶：渡辺 宏久（藤田医科大学医学部脳神経内科学教授） 閉会の辞：大会長 梅本 丈二（福岡大学病院 摂食嚥下センター長）	

日本神経摂食嚥下・栄養学会のあゆみ

第 1 回学術集会　長崎大会	2005 年 8 月 20 日 福永　秀敏（国立病院機構 南九州病院）
第 2 回学術集会　さいたま大会	2006 年 8 月 26 日 川井　充　（国立病院機構 東埼玉病院）
第 3 回学術集会　徳島大会	2007 年 10 月 20 日 野﨑　園子（国立病院機構 徳島病院）
第 4 回学術集会　ちば大会	2008 年 10 月 18 日 本吉　慶史（国立病院機構 下志津病院）
第 5 回学術集会　大阪大会	2009 年 10 月 17 日 神野　進　（国立病院機構 刀根山病院）
第 6 回学術集会　東京大会	2010 年 10 月 16 日 山脇　正永（東京医科歯科大学）
第 7 回学術集会　香川大会	2011 年 10 月 29 日 市原　典子（国立病院機構 高松医療センター）
第 8 回学術集会　千葉大会	2012 年 9 月 29 日 大塚　義顕（国立病院機構 千葉東病院）
第 9 回学術集会　京都大会	2013 年 10 月 26 日 巨島　文子（京都第一赤十字病院）
第 10 回学術集会　むさしの大会	2014 年 10 月 18 日 山本　敏之（国立精神・神経医療研究センター）
第 11 回学術集会　神戸大会	2015 年 10 月 24 日 野﨑　園子（兵庫医療大学）
第 12 回学術集会　鳥取大会	2016 年 10 月 22-23 日 金藤　大三（国立病院機構 鳥取医療センター）
第 13 回学術集会　東京大会	2017 年 10 月 22 日 二藤　隆春（東京大学）
第 14 回学術集会　名古屋大会	2018 年 10 月 27 日 藤本　保志（名古屋大学）
第 15 回学術集会　岐阜大会	2019 年 10 月 19 日 下畑　享良（岐阜大学）
第 16 回学術集会　広島大会	2020 年 10 月開催予定→第 17 回との共催へ 吉川　峰加（広島大学）
第 16 回・第 17 回共催学術集会 大阪大会	2021 年 10 月 16 日 第 16 回　吉川　峰加（広島大学） 第 17 回　平野　牧人（近畿大学）
第 18 回学術集会　東京大会	2022 年 9 月 3 日 清水　俊夫（東京都立神経病院）
第 19 回学術集会　福岡大会	2023 年 8 月 26 日 梅本　丈二（福岡大学）

ご挨拶

第 19 回学術集会 福岡大会 大会長
福岡大学病院 摂食嚥下センター長

梅本　丈二（うめもと　じょうじ）

第 19 回日本神経摂食嚥下・栄養学会学術集会を、2023 年 8 月 26 日（土）に福岡大学の福大メディカルホールで開催させて頂くこととなりました。

歯科医師として私が摂食嚥下リハビリテーションの門をたたいたのが 15 年以上前のことでした。その当時は、筋ジストロフィーの口腔機能をテーマに学位論文を仕上げたばかりで、「口腔機能と嚥下機能をどのように結びつけて誤嚥性肺炎を防ぐか」をテーマに臨床現場で活動を始めました。神経筋疾患が口腔機能や嚥下機能の神経機序を考えさせてくれたおかげで、本学会にも毎年欠かさず参加し、学会発表を行うようになりました。

しかし、臨床に深く携わるにつれ、神経内科疾患の嚥下障害において嚥下機能を評価することはそのごく一部をみているだけで、その背景には神経内科疾患の経過と治療内容、患者・家族背景、生活機能、栄養管理、緩和医療に至るまで多岐に渡っていることを思い知らされました。そこで、本大会のテーマの「嚥下障害の予後を見据えた栄養管理を模索する」です。

神経内科疾患の嚥下障害を長期的に管理するためには、神経内科主治医のみならず、診療各科医師、看護師、リハビリ技師、管理栄養士、薬剤師、臨床心理士、歯科医師、歯科衛生士などの多職種連携が欠かせません。また、近年では在宅療養への移行が図られ、在宅医療や遠隔医療の重要性が高まっています。本大会では、在宅療養を快適に送れるようにするためのツールにも焦点を当てたいと考えています。

今回、このような個人的にも思い入れのある学会の大会長を仰せつかり、参加者の皆様にとっても有意義な大会にしたいと身の引き締まる思いです。大会準備は、副会長の坪井義夫福岡大学脳神経内科教授と協力して進めました。COVID-19 流行が落ち着きつつある今、皆様に福岡の地で熱い議論を交わしつつ、もつ鍋、焼き鳥、ラーメン、水炊きや新鮮な魚介類を楽しんでくださることを期待しています。

ご挨拶

第 19 回学術集会 福岡大会 副会長
福岡大学医学部脳神経内科学 教授

坪井　義夫（つぼい　よしお）

この度第 19 回日本神経摂食嚥下・栄養学会学術集会が 2023 年 8 月 26 日、福岡大学病院メディカルホールにて行われます。COVID-19 流行により、学会の開催も様変わりして、Web、ハイブリッド、現地のみの等のオプションが考えられました。当学会の特徴は多職種が一堂に会し顔の見える交流ができる点にあることから、参加される方々の安全を守ることを考えつつ、COVID-19 流行の落ち着きもあり、現地開催が可能と判断し、準備を進めてきました。

今回のテーマは「嚥下障害の予後を見据えた栄養管理を模索する」であり、神経疾患患者さんの診療における嚥下摂食・栄養の管理の意義を問い直すきっかけにしたいと思います。またトータルケアに向けた神経疾患診療の在り方に関して、医師のみではなく多職種間で議論する場にしたいと考えており、多職種連携でこそその方向性が見えてくるものと確信しております。今回食を大切にする医師、看護師、リハビリテーションスタッフ、社会福祉関係者など医療従事者の幅広い参加を期待しております。

福岡で皆さんにお会いできることを楽しみにしております。

参加者へのご案内

事前参加登録・参加費決済

- オンラインで事前参加登録および参加費決済をお願いいたします。
  https://square.umin.ac.jp/jsdnnm2023/service.html

【参加費】

	早期登録 7/31（月）まで	通常登録 8/1（火）以降
会　員	5,000 円	5,500 円
非会員	6,000 円	6,500 円

- クレジットカード決済のみとなります。
- 領収書および参加証明書は、手続き完了後の自動送信メールからダウンロード可能です。

現地参加の方へ

- 総合受付でご氏名をお申し出ください。
- 確認後、スタッフが「参加証」および「抄録集」をお渡しいたします。

総合受付場所：　福岡大学病院 福大メディカルホール
受付時間　　：　8 月 26 日（土曜日） 9 時 20 分～15 時

Web 配信視聴の方へ

- 本学術集会はライブ配信を実施いたします（オンデマンド配信はありません）。
- 視聴方法は、事前に参加登録者全員にメールでお知らせいたします。
- 配信は発表者の許諾が得られた講演・演題のみが対象です。

ランチョンセミナー

- ２会場で開催いたします。
- お弁当には限りがございますので予めご了承ください。

企業展示

- 福岡大学病院 福大メディカルホールにて行います。

クローク

- 貴重品のお預かりはできませんので、あらかじめご了承ください。

クローク場所：　福岡大学病院 福大メディカルホール
開設時間：　8 月 26 日（土曜日） 9 時 20 分～18 時

単位認定について

1）日本摂食嚥下リハビリテーション学会単位認定

本大会の参加により、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士更新に必要な単位として10 単位が付与されます。参加証明書または参加証コピーをご利用ください。

さらに、特別講演・教育講演を現地受講または Web 視聴することにより、各 5 単位（両方で10 単位）を取得することができます。取得方法は以下のとおりです。

【特別講演・教育講演の現地受講】

講演会場入口で配布する用紙に必要事項を記載の上、講演終了時にスタッフにご提出ください。各講演開始後は用紙配布を行いません。

【特別講演・教育講演の Web 視聴】

単位を希望する方は、8 月 25 日（金曜日）までに大会事務局あてメールにてご連絡ください。指定セッションの視聴ログをもとに、受講証明書を後日メールにて送付いたします。

2）日本神経学会単位認定

本大会の参加により、日本神経学会神経内科専門医更新時の単位として 1 単位が付与されます。参加証明書または参加証コピーをご利用ください。

3）日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会単位認定　＊IC カードが必要です

本大会の参加により、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会専門医認定更新に必要な単位として0.5 単位が付与されます。総合受付で IC カードの受付を行ってください。

さらに、シンポジウム（2 時間）を現地受講または Web 視聴することにより、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会領域講習 1 単位を取得することができます。

【領域講習（シンポジウム）の現地受講】

学会参加登録の受付を総合受付で済ませた後、領域講習会場へ入退室の時に、IC カードの受付を行ってください。講習開始 5 分以降の受付はできません。

【領域講習（シンポジウム）の Web 視聴】

単位を希望する方は、8 月 25 日（金曜日）までに大会事務局あてメールにて氏名・専門医番号をご連絡ください。指定セッションの視聴ログをもとに、大会事務局にて日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会に単位申請の手続きを行います。

4）日本難病看護学会単位認定

本大会の参加により、日本難病看護学会認定看護師更新に必要な単位として 5 ポイントが付与されます。参加証明書または参加証コピーをご利用ください。

さらに、筆頭演者は 5 ポイント、共同演者は 1 ポイント、座長は 2 ポイントが付与されます。プログラム（抄録集）掲載ページのコピーをご利用ください。

5）日本老年歯科医学会単位認定

本大会の参加により、日本老年歯科医学会認定制度（歯科医師）更新に必要な単位として4 単位が付与されます。なお、歯科衛生士の単位の詳細については、日本歯科衛生士会へお問合せください。

単位を希望する方は、日本老年歯科医学会発行の参加証をお渡しますのでお申し出ください。

「日本神経摂食嚥下・栄養学会」新入会受付

- 「日本神経摂食嚥下・栄養学会」の新規会員登録は下記サイトからお申込みください。
  https://www.jsdnnm.com/process/
- 年会費： 医師・歯科医師 5,000 円、コメディカル・学生 3,000 円、法人 50,000 円

その他

- 本大会ではクールビズを推奨いたします。スタッフもクールビズといたしますので、ご理解のほどよろしくお願いいたします。
- 会場内での大会長の許可なき録音・録画・撮影はご遠慮ください。
- 取材については、大会長の許可を必要としますので事前申込制とさせていただきます。
- 会場内では携帯電話の電源を切るか、マナーモード設定をお願いいたします。
- 会場がある福岡大学病院は敷地内全面禁煙（電子タバコを含む）です。
  受動喫煙をなくすために病院敷地内だけでなく、
  病院敷地入口近辺（車道、歩道、バス停及び駐車場のすべてを含む）
  での喫煙も禁止されています。ご協力をお願いします。

禁煙宣言
NO SMOKING

次回大会のご案内

次　回 ： 第 20 回日本神経摂食嚥下・栄養学会学術集会 豊明大会

開催日 ： 2024 年 8 月 24 日（土）

大会長 ： 渡辺 宏久（藤田医科大学医学部脳神経内科学 教授）
副会長 ： 伊藤 瑞規（藤田医科大学ばんたね病院脳神経内科教授）

会　場 ： 藤田医科大学医学部附属病院（愛知県豊明市）

テーマ ： 「みんなで学ぶ神経疾患の摂食・嚥下・栄養の最前線と未来」

座長・演者の方へのご案内

座長の皆様へ

- 担当されるセッションの開始 10 分前までに会場内の次座長席にご着席ください。
- 時間になりましたら「座長席」にてセッションを開始してください。
- 進行等については座長に一任します。口演・質疑応答時間を厳守し、プログラムの円滑な進行にご協力くださいますようお願いいたします。
- 前のセッションが早く終了した場合は、プログラムに記載されている担当セッションの開始時刻までお待ちください。

演者の皆様へ（口演）

1. 発表時間

- 一般演題口演の発表時間は、発表 6 分、質疑応答 3 分の計 9 分です。
- 指定セッション（教育講演・特別講演・シンポジウム等）は、個別にご案内いたします。

2. 発表方法

- 口演発表は PC プレゼンテーション（1 画面表示）のみとなります。
- PC 受付にて発表データの登録および動作確認をお済ませください。（受付の時間帯は個別にご案内いたします）
- 発表の 10 分前には、各会場内の「次演者席」にて待機してください。

3. PC 受付について（Windows・Macintosh 両方）

PC 受付場所： 福岡大学病院 福大メディカルホール
受付開始時刻： 8 月 26 日（土曜日） 9 時 20 分

- 指定セッション（教育講演・特別講演・シンポジウム等）は、個別にご案内いたします。

4. 発表データについて

●基本仕様

- 発表はデータ（USB メモリ）または PC 持参による PC での発表のみとなります。

※Macintosh で作成の場合は、必ずご自身の PC およびプロジェクターへの映像出力ケーブルをお持ちください。

- プロジェクターの解像度は 1920×1080（フル HD）です。
- 映像サイズは 16：9 です。
- 一般演題のご発表では発表者ツールは使用できません。予め原稿は印刷して持参ください。

1）　USB メモリによりご発表データをお持ち込みいただく場合

- PC の仕様は以下のとおりです。
  OS：Windows10　　アプリケーション：Power Point 2013、2019
- フォントは、Windows10 に標準搭載されているフォントのみ使用可能です。
- 文字化けや文字ずれを避けるためにフォントは OS 標準のものをご使用ください。
- 動画を使用の場合は Windows Media Player で再生可能な動画をご用意ください。
  ※動画ファイルは mp4 形式を推奨します。
- ファイル名は「氏名」（例：福岡太郎）としてください。
- お預かりした発表用データは、学術集会終了後に責任をもって消去いたします。

2）　PC を持参される場合

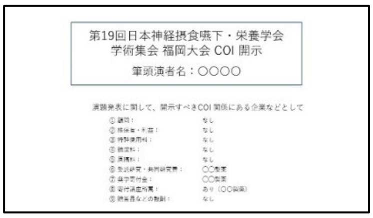
- プロジェクターへの映像出力は HDMI です。
  それ以外の専用端子の PC をお持ち込みの場合は
  映像出力ケーブルをご持参ください。

▲HDMI

- 動画や音声がある場合は PC 受付にて再生できることを必ずご確認ください。
- スクリーンセーバーならびに省電力設定はあらかじめ解除しておいてください。
- 電源ケーブルを必ずご持参ください。
- 何らかのトラブルにより PC が作動しないことがあります。必ずバックアップデータを USB メモリにてご持参ください。バックアップデータは Windows 対応のものに限ります。
- 発表終了後は、速やかに PC をお引き取りください。
- タブレットやスマートフォンによる発表には対応しておりません。

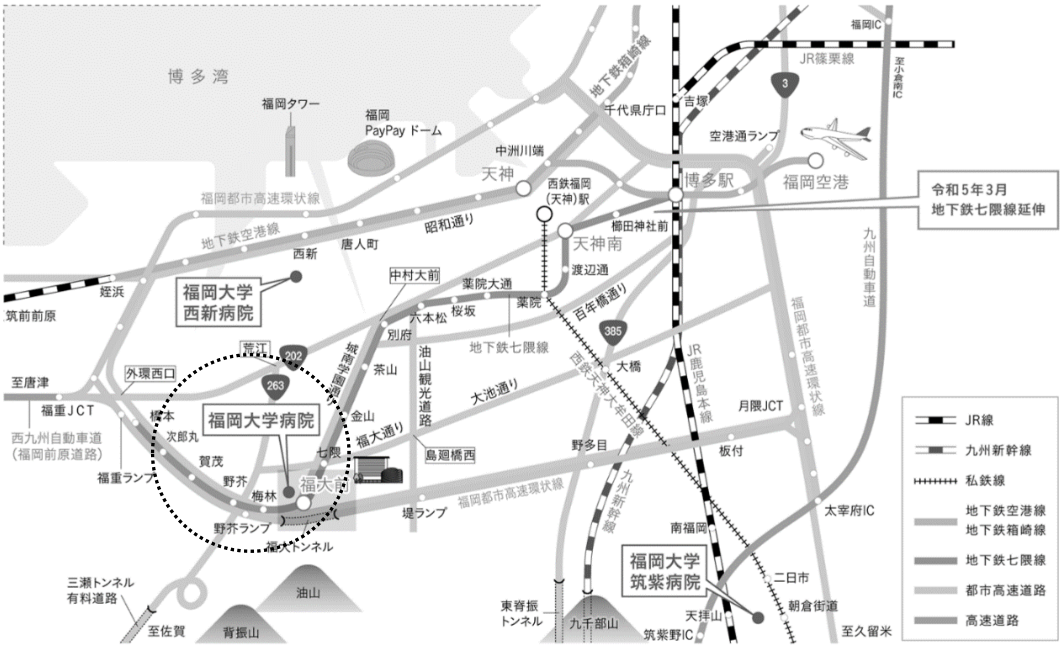
利益相反（COI）の開示について

- 本学術集会で発表・講演を行う場合、筆頭演者および講演者は発表演題に関する利益相反状態の自己申告および開示が必要です。
- COI 表記をタイトルの次、スライド 2 枚目に挿入ください。
- テンプレートは大会ホームページからダウンロードしてください。概要は下記です。



（1）役員・顧問職
（2）株式等による利益
（3）特許権使用料
（4）講演料
（5）原稿料
（6）研究費・助成金などの総額
（7）奨学（奨励）寄付などの総額
（8）企業などが提供する寄付講座
（9）その他研究と無関係な提供旅費、贈答品などの受領
　（A）上記（1）-（3）については、同一営利組織からの受領額が年間 100 万円を超える場合
　（B）上記（4）、（5）については、同一営利組織からの受領額が年間 50 万円を超える場合
　（C）上記（6）、（7）については、同一営利組織からの受領額が年間 200 万円を超える場合
　（D）上記（8）については、金額によらず記載
　（E）上記（9）については、同一営利組織からの受領額が年間 5 万円を超える場合

交通のご案内



≪**地下鉄を利用**≫　福岡市営地下鉄七隈線「福大前」駅　**2 番出口方面**

【福岡空港から】

① 地下鉄**空港線** 福岡空港駅 * → 博多駅（5 分）

　＊全便　博多駅経由です。

② 博多駅で地下鉄**七隈線**に乗り換え * → 福大前駅（20 分）

　＊改札を出ずに約 3 分。乗継距離 150m(うちエスカレータ 20m，動く歩道 60m)

【博多駅から】

地下鉄**七隈線** 博多駅→　福大前駅（20 分）

【天神から】

地下鉄**七隈線** 天神南駅　→　福大前駅（16 分）

≪**バスを利用**≫　西鉄バス「福大病院」バス停で下車

※詳しくは、福岡大学病院ホームページをご覧ください。

[福岡大学病院アクセス]

会場のご案内

A 会場　福岡大学病院 福大メディカルホール

- ■ 講演会場
- ■ 総合受付
- ■ PC 受付
- ■ クローク
- ■ 企業展示コーナー
- ■ 控室
- ■ 大会本部

B 会場　福岡大学病院 新館地下 1 階（多目的室 1・2、談話室）

＊福岡大学病院新館地下1階にあるスターバックス（土日は店休）の右横ドアからお入りください。

≪多目的室1・2≫

- ■ 講演会場

≪談話室≫

- ■ 休憩コーナー・ドリンクコーナー

プログラム

開会式　9:50～10:00　A 会場

開会の辞：副会長　坪井 義夫（福岡大学医学部 脳神経内科学 教授）

教育講演　10:00～10:50　A 会場

EL「ALS 患者さんとのかかわり」

座長：下畑 享良（岐阜大学大学院医学系研究科 脳神経内科学分野 教授）

演者：和泉 唯信（徳島大学大学院医歯薬学研究部 臨床神経科学分野(脳神経内科)教授）

共催：田辺三菱製薬株式会社

※日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士認定資格更新単位セミナー　5 単位

会長講演・副会長講演　11:00～11:50　A 会場

CL「神経筋疾患の摂食嚥下・栄養における多職種連携」

「神経筋疾患の摂食嚥下リハビリテーションと医科歯科連携」

大会長　梅本 丈二（福岡大学病院 摂食嚥下センター長）

「神経変性疾患治療における歯科、栄養士との連携」

副会長　坪井 義夫（福岡大学医学部 脳神経内科学 教授）

ランチョンセミナー1　12:00～12:50　A 会場

LS1「パーキンソン病と関連疾患の嚥下障害と対策
～嚥下造影検査での評価～」

座長：野﨑 園子（関西労災病院 脳神経内科/日本神経摂食嚥下･栄養学会 代表理事）

演者：平野 牧人（近畿大学医学部脳神経内科 臨床教授）

共催：武田薬品工業株式会社

ランチョンセミナー2　12:00～12:50　B 会場

LS2「ハートラインを活用したオンライン栄養指導の実践とポイント
～IOT を活用したオンライン栄養指導と嚥下指導について～」

座長：坪井 義夫　（福岡大学医学部脳神経内科学 教授）

演者：西村 一弘　（公益社団法人東京都栄養士会 会長）

共催：ニプロ株式会社

特別講演　13:10～14:00　A 会場

SL「最期まで食べたい」

座長：清水 俊夫　（東京都立神経病院 副院長）

演者：荻野 美恵子
（国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター・脳神経内科学 教授/
国際医療福祉大学市川病院神経難病センター長）

共催：株式会社サンウェルズ（PD ハウス）

※日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士認定資格更新単位セミナー　5 単位

シンポジウム　14:10～16:10　A 会場

「神経筋疾患の摂食嚥下障害～各職種から終末期における諸問題について～」

座長：梅本 丈二　（福岡大学病院 摂食嚥下センター長）
藤岡 伸助　（福岡大学医学部脳神経内科学 准教授）

SY-1 「訪問診療における摂食嚥下機能障害の事例紹介」
田代 博史　（村上華林堂病院 在宅療養部長・在宅診療科・脳神経内科医師）

SY-2 「重度嚥下障害を呈する神経筋疾患患者への経口摂取支援」
木村 一喜　（村上華林堂病院 リハビリテーション科 言語聴覚士）

SY-3 「ご飯・食事療法・栄養」
野田 雅子　（福岡大学病院 栄養部 主任栄養士・管理栄養士）

**SY-4 「患者の意思を尊重したケアにおける看護師のジレンマ
～長期療養患者のカンファレンスの重要性～」**
田中 亜由美（国立病院機構大牟田病院 慢性疾患看護専門看護師）

SY-5 「慢性疾患医療と急性期医療、すべて同じ解法で通すのは無理がある」
荒畑 創　（国立病院機構大牟田病院 脳神経内科医長）

※日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会領域講習　1 単位

一般演題(口演) 【演題・演者は次頁】　14:15～17:09　A 会場・B 会場

【演題・演者は次頁】

閉会式　17:15～17:35　A 会場

優秀演題表彰
次期大会長挨拶：　渡辺 宏久　（藤田医科大学 医学部脳神経内科学 教授）
閉会の辞：大会長　梅本 丈二　（福岡大学病院 摂食嚥下センター長）

一般演題 1 【耳鼻咽喉科領域から～手術、治療～】 16:15～17:09 A 会場

座長：二藤 隆春 （国立国際医療研究センター病院
耳鼻咽喉科・頭頸部外科 診療科長／音声・嚥下センター長）

O-01 「誤嚥防止術を行った多系統萎縮症の 1 例」
小西 正訓（中村記念病院 耳鼻咽喉科）

O-02 「段階的な誤嚥防止術を行った脊髄性筋委縮症の 1 例」
内田 真哉（京都第二赤十字病院 耳鼻咽喉科 気管食道外科）

O-03 「咽頭・喉頭の混合性麻痺に対する甲状軟骨形成術 I 型の嚥下改善効果」
西村 衣未（福岡山王病院 耳鼻咽喉科 音声嚥下センター）

O-04 「頸部干渉波電気刺激の治療効果の検討」
山本 陵太（福岡山王病院）

O-05 「耳鼻咽喉科クリニックでの外来嚥下治療」
山野 貴史（福岡歯科大学総合医学講座 耳鼻咽喉科学分野）

O-06 「在宅嚥下診療における神経変性疾患症例の検討」
木村 翔一（福岡大学医学部 耳鼻咽喉科学教室）

一般演題 2 【脳神経内科から～神経変性疾患、脳卒中～】14:15～15:09 B 会場

座長：巨島 文子 （諏訪赤十字病院 リハビリテーション科）

O-07 「脳卒中患者におけるブリッジ嚥下訓練の食道期嚥下障害に対する有効性」
國枝 顕二郎（岐阜大学大学院医学系研究科 脳神経内科学分野）

O-08 「パーキンソン病の嚥下障害に対するサフィナミドとオピカポンの効果」
寒川 真（近畿大学医学部 脳神経内科）

O-09 「パーキンソン病における咳感受性低下に関連する臨床徴候」
冨田 聡（国立病院機構宇多野病院 臨床研究部、脳神経内科）

O-10 「大脳皮質基底核症候群における高度嚥下障害」
磯野 千春（近畿大学医学部 リハビリテーション部）

O-11 「多系統萎縮症における栄養状態と生命予後との関連」
浅野 友梨（東京都立神経病院 脳神経内科）

O-12 「進行性核上性麻痺（PSP）患者における嚥下障害および経口摂取中止の要因」
岩下 由樹（福岡大学病院 摂食嚥下センター）

一般演題 3【歯科、リハビリテーション、NST から】　15:15～16:09　B 会場

座長：吉川 峰加　（広島大学大学院 医系科学研究科 先端歯科補綴学）

O-13　「繰り返す誤嚥性肺炎に対し、健康信念モデルを用いて食行動が変容した PD 症例の一考察」
山本 海帆（社会医療法人寿量会熊本機能病院 総合リハビリテーション部）

O-14　「食品窒息または嚥下性失神が疑われた LCIG を導入したパーキンソン病の 3 症例」
大津 健太郎（福岡大学病院 リハビリテーション部）

O-15　「高齢パーキンソン病患者における COVID-19 に伴う摂食嚥下障害の検討」
岩佐 康行（原土井病院 歯科/摂食・栄養支援部）

O-16　「神経筋疾患専門病院における入院患者の栄養状態実態調査」
荻野 智雄（国立病院機構宇多野病院 リハビリテーション科）

O-17　「下顎骨骨折治療中に誤嚥性肺炎を生じた進行性核上性麻痺（PSP）の 1 例から学ぶこと」
金城 亜紀（公立学校共済組合九州中央病院 摂食嚥下リハビリテーション科）

O-18　「歯科受診を契機に ALS と診断されたが進行が急速であった一例」
加藤 陽子（日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック）

一般演題 4【筋疾患、施設・在宅診療】　16:20～17:05　B 会場

座長：清水 充子　（埼玉県総合リハビリテーションセンター 言語聴覚科）

O-19　「在宅で非侵襲的人工呼吸療法を実施する筋萎縮性側索硬化症患者の栄養摂取状況の変化と、オピオイド使用との関係」
松田 千春（公益財団法人東京都医学総合研究所 難病ケア看護ユニット）

O-20「言語聴覚士を中心とした多職種連携により在宅で経口摂取を継続した二症例」
岡　久美（医療法人財団華林会村上華林堂病院 リハビリテーション科）

O-21　「施設入居者の誤嚥性肺炎に対する地域密着型病院の役割の検討」
木村 一喜（医療法人財団華林会村上華林堂病院 リハビリテーション科）

O-22　「筋強直性ジストロフィー患者の舌圧と咽頭残留について」
肥後 尭志（国立病院機構大牟田病院）

O-23「Duchenne 型筋ジストロフィー患者の経時的体組成分析による日本人男性との比較」
荒畑　創（国立病院機構大牟田病院 脳神経内科）

MEMO

講演抄録

⌘ 教育講演

⌘ 特別講演

⌘ 大会長講演・副会長講演

⌘ シンポジウム

⌘ ランチョンセミナー

教育講演　EL　（A 会場）　10：00〜10：50

ALS 患者さんとのかかわり

和泉　唯信（いずみ　ゆいしん）
徳島大学大学院医歯薬学研究部臨床神経科学分野(脳神経内科) 教授

筋萎縮性側索硬化症（ALS）は上位および下位運動ニューロンの変性によって全身の筋力低下、筋萎縮を生じ構音障害、嚥下障害、呼吸機能低下をきたす。有効な治療法がなく 3〜5 年で死亡することが多い。嚥下障害による低栄養は ALS 患者の経過を悪化させる。嚥下障害が進行すると胃瘻造設などによって経管栄養を行うことが多い。

日本では現在エダラボンとリルゾールの 2 剤が保険収載薬である。毎年新しい治験も実施されているが、根治療法はまだ未開発である。そのため生活の質（QOL）をどのように向上させるか、病状をどのように説明するかも重要になる。

本年 5 月に ALS 診療ガイドライン 2023 が刊行された。本ガイドラインにおいては多職種連携診療や病状説明についても Questions and Answers で取り上げられている。

多職種連携診療については、それを受けた患者は、生存期間延長や生活の質が改善し、さらには肺炎などによる予定外の入院回数が減る可能性がある、とされる。病状説明については、患者本人に行う、患者の気持ちに配慮する、十分な時間をとって病気の全体像を説明する、多職種の専門家から具体的な医療的・社会的ケアについて説明する、患者や家族の理解や受容によっては、繰り返し説明を行ったり段階的に説明を行うことなどが記載されている。

演者は 20 年以上 ALS 診療に携わり多くの患者・家族とかかわってきた。その経験を通して患者の受容は実に多様であることを実感した。また患者の受け止め方、意思決定に家庭状況が大きな影響を与えることも経験した。本講演においては、ALS 患者さんとのかかわりについてガイドラインを解説するとともに、これまでの経験を紹介する。

略歴：
1989 年　北海道大学理学部数学科卒業
1995 年　徳島大学医学部医学科卒業
1995 年　広島大学医学部附属病院第三内科(中村重信教授)研修医
1996 年　翠清会梶川病院脳外科研修医
1996 年　財団法人住友病院神経内科(亀山正邦院長)医員
1998 年　微風会ビハーラ花の里病院神経内科医員
2001 年　広島大学大学院修了
2001 年　徳島大学医学部附属病院神経内科(梶龍兒教授)医員・助手
2004 年　徳島大学医学部感覚情報医学講座神経情報医学分野講師
2011 年　徳島大学病院神経内科臨床教授
2018 年　徳島大学病院神経内科特任講師
2020 年　徳島大学大学院臨床神経科学分野(脳神経内科)教授

専門領域：
老年神経学（特に筋萎縮性側索硬化症と認知症）

所属学会：
日本内科学会(評議員)、日本神経学会(理事,代議員)、日本認知症学会(理事,倫理委員会委員)、日本早期認知症学会(理事)、日本認知症予防学会(評議員)、日本老年医学会(代議員)、日本神経治療学会(評議員)、日本脳卒中学会(代議員)、日本心血管脳卒中学会(学術評議員)、日本神経病理学会(理事,代議員,広報委員会委員長)、日本頭痛学会、日本神経生理学会(代議員)、日本老年精神医学会(評議員)、日本脳神経超音波学会（評議員)、日本パーキンソン病・運動障害疾患学会(評議員)、日本自律神経学会、日本正常圧水頭症学会、日本ニューロリハビリテーション学会、日本ボツリヌス治療学会、日本末梢神経学会(評議員)、日本神経感染症学会(評議員)、日本顔面神経学会(理事)、American Society of Human Genetics

特別講演　SL　　（A 会場）　13：10～14：00

最期まで食べたい

荻野　美恵子（おぎの　みえこ）
国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター・脳神経内科学 教授
国際医療福祉大学市川病院神経難病センター長

最近は ACP もだいぶ広がってきているようで、「延命治療はしないって決めているので、結構です」と医療処置を拒否する人が増えたように思う。そして、医療者も自己決定の名のもとに、その言葉をそのまま受けて、「わかりました。ではやめておきましょう」とすることも多いように思う。しかし、それでよいのだろうか？

意思決定において、本人の意思が尊重されるのは当然であるが、本人による意思決定はその前提となる情報が適切に知らされ、理解されて初めて妥当なものとなる。前提が異なれば考えることも変わりうるからだ。そして多くの方はその医療処置がされたとき、されなかったときに自分の生活が、人生がどのように変わるのかまではわかっていない。なんとなくのイメージで決めているように思う。

私たち医療・介護従事者はプロフェッショナルとしての関わりを求められている。患者自身がどこまで理解して意思決定をしているのか、医療処置のメリット、デメリットの理解が現実に即したものになっているのかを検証し、必要であれば更なる介入（説明）をすべきである。

特に多くの方が「延命治療は結構です」というものの、同時に「最期まで食べたい」とも希望する。私たち神経内科医はしばしば遭遇するが、時間をかけてのリハビリや、パーキンソン病のように投薬調整によって、再び経口摂取が可能になることもある。しかし、回復までに時間がかかる時にはその間の栄養を確保する必要がある。この場合、一時的に経鼻経管や胃瘻などの経管栄養を行うことは、むしろ自分が望む姿に近づけるための手段ともいえる。胃瘻を「延命治療」と説明するのか、経口摂取を可能にするための手段として説明するのかによって、患者の考えは変わってくるだろう。延命治療としての意味合いが強いのかどうかを見極めることもプロフェショナルとして求められることである。病院でしばらく経口摂取していない後で行う嚥下機能検査の所見のみで決めつけないで欲しい。その時点での評価が将来的にも変わらないのかどうかはやってみないとわからない。在宅生活の中で時間をかけて回復する場合もある。協働意思決定を大切にし、「最期まで食べたい」を支える医療であってほしい。

略歴：

1985 年	北里大学医学部卒業
1992 年～1995 年	米国コロンビア大学留学
2000 年	北里大学医学部神経内科学講師
2017 年 4 月	国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター教授・大学院公衆衛生学教授
2020 年 8 月	同医学部脳神経内科学教授・市川病院神経難病センター長兼務

資格等：
神経内科専門医＆指導医、
内科認定医＆指導医、在宅専門医、
プライマリ・ケア認定医、
医学博士(北里大)、
医療政策学修士(東京医科歯科大)、
臨床倫理認定士(上級認定アドバイザー)

会長講演・副会長講演　CL　　（A 会場）　11：00〜11：50

神経筋疾患の摂食嚥下・栄養における多職種連携
〜神経筋疾患の摂食嚥下リハビリテーションと医科歯科連携〜

梅本　丈二（うめもと　じょうじ）
福岡大学病院 摂食嚥下センター長 / 福岡大学病院歯科口腔外科　准教授

福岡大学病院では、脳神経内科と歯科が連携し、2006 年から脳神経内科患者の摂食嚥下リハビリテーションを行ってきた。2019 年 1 月に摂食嚥下センターは開設され、現在 4 年目を迎えている。当センターは院内脳神経内科からの紹介が半数を占め、神経変性疾患患者の嚥下機能を歯科医師や歯科衛生士を含めた多職種で評価、対応を行っている。嚥下機能評価を耳鼻咽喉科医師や歯科医師が、摂食機能療法を言語聴覚士や歯科衛生士が、栄養管理・指導を管理栄養士が、全体の流れを摂食嚥下障害看護認定看護師が統括している。パーキンソン病を中心とした神経筋疾患に歯科が積極的に関わる全国的にも珍しい組織である。また、筋ジストロフィーや筋萎縮性側索硬化症などの筋疾患患者を多く抱える NHO 大牟田病院でも、歯科医師の目線を入れた摂食嚥下リハビリテーションを行っている。

このような医科歯科連携を通して、脳神経内科医と摂食嚥下リハビリテーションが、歯科医師・歯科衛生士と脳神経内科疾患が繋がってきた。神経筋各疾患の VF 映像の分析、舌圧と食形態、舌圧と嚥下圧、舌圧と舌厚みの関係、パーキンソン病のデバイス補助療法と嚥下機能や体重変動、パーキンソン病関連疾患の栄養管理などについて調査を重ねてきた。近年では、管理栄養士も参画し、神経筋疾患の摂食嚥下リハビリテーションに栄養の視点が入るようになっている。その一方で、福大病院のような超急性期病院と NHO 大牟田病院のような長期療養型病院の間、さらに施設入所や在宅療養との間には対応方法に大きな違いがあり、情報交換を行う上で課題を抱えている。

本大会が、医科歯科連携のみならず、多職種連携や各医療機関、施設や在宅療養に関わるスタッフ間の情報交換の場となり、神経筋疾患の摂食嚥下リハビリテーションや栄養管理が発展することを期待する。

略歴：
1997 年　九州大学歯学部歯学科　卒業
1997 年　九州大学歯学部歯科補綴学第二講座　入局
1999 年　福岡大学医学部歯科口腔外科学講座　助手
2007 年　福岡大学医学部歯科口腔外科学講座　講師
2019 年　福岡大学病院摂食嚥下センター　センター長
2019 年　福岡大学病院歯科口腔外科　准教授（兼務）

資格：
博士（歯学）　日本睡眠学会認定歯科医師
日本老年歯科医学会専門医・指導医
日本有病者歯科医療学会専門医・指導医
日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士

学会活動：
日本老年歯科医学会代議員
日本摂食嚥下リハビリテーション学会評議員
日本神経摂食嚥下・栄養学会理事
日本睡眠学会評議員
福岡摂食嚥下サポート研究会世話人
広域有明摂食嚥下リハビリテーションと
　栄養研究会世話人
福岡北九州睡眠医療研究会世話人
七隈睡眠研究会世話人

会長講演・副会長講演　CL　　（A 会場）　11：00〜11：50

神経筋疾患の摂食嚥下・栄養における多職種連携
〜神経変性疾患治療における歯科、栄養士との連携〜

坪井　義夫（つぼい　よしお）
福岡大学医学部脳神経内科学 教授

パーキンソン病（PD）や筋萎縮性側索硬化症などの神経変性疾患患者は発症早期から体重減少がみられ、機能予後、生命予後に影響を与えることが知られている。体重減少は発症時にすでに出現していることが多く、血中の栄養素にも変化が表れており、疾患の脳病理、特に視床下部病変との関連が示唆されている。早期栄養介入による体重維持療法が好ましいが疾患予後へのエビデンス確立は今後の課題である。サプリメントの一部には抗酸化作用、抗炎症作用、神経保護作用の可能性が指摘されている。地中海式食事療法を受けた PD 患者においては高次脳機能が改善し、タンパク質再分配食、食物繊維、ビタミン C およびカフェインの介入によりレボドパの吸収が改善され、治療反応性向上、運動合併症抑制の効果が示唆されている。神経変性疾患における主要な死因の一つは誤嚥性肺炎である。嚥下障害は早期から認められ、不顕性誤嚥も誤嚥性肺炎の原因となりうるほか、自覚的嚥下障害の時期にはすでに障害が重度であることも多く、早期から経時的な評価が望ましい。評価には嚥下内視鏡検査あるいは嚥下造影検査が不可欠で、食物のあらゆる形態、水分やゼリー、固形物、錠剤などの嚥下の状態を評価できる。

神経変性疾患における栄養評価と食事療法、嚥下機能評価は進行を防止し、生命予後への貢献が期待される。適切な栄養管理は患者のより質の高い生活に重要でありこの目標を多職種連携チームで共有し達成していく必要がある。

略歴：
1986 年 4 月　千葉大学医学部卒業
1986 年 5 月　医師国家試験合格
1986 年 5 月　千葉大学医学部付属病院内科臨床研修医
1987 年 10 月 成田赤十字病院神経内科臨床研修医
1988 年 6 月　成田赤十字病院神経内科医師
1989 年 4 月　千葉大学医学部付属病院神経内科医員
1990 年 4 月　千葉労災病院神経内科医師
1993 年 10 月 松戸市立病院神経内科医長
1996 年 10 月 久留米大学医学部ウイルス学助手
1997 年 4 月　福岡大学病院神経内科・健康管理科助手
2000 年 4 月　Mayo Clinic, Neurology 留学
2003 年 4 月　福岡大学病院神経内科・健康管理科講師
2005 年 4 月　福岡大学神経内科学教室 助教授→准教授
2011 年 10 月 福岡大学神経内科学教室 教授
2015 年 12 月 福岡大学病院 副病院長併任（2019 年 11 月まで）
2023 年 6 月　福岡大学病院 認知症疾患医療センター長併任

専門領域：
神経内科、運動障害学〈Movement Disorders〉(特にパーキンソン病、進行性核上性麻痺)、臨床神経学、神経病理学

所属学会：
日本神経学会(代議員、専門医、指導医)
日本内科学会(認定医)
日本脳卒中学会(専門医、指導医)
日本神経感染症学会(評議員)
日本神経治療学会(評議員)
日本ボツリヌス学会(理事)
American Academy of Neurology
Movement Disorder Society
Movement Disorder Society Japan
American Neurological Association (corresponding fellow)

ランチョンセミナー　LS-1　　（A 会場）　12：00～12：50

パーキンソン病と関連疾患の嚥下障害と対策 ～嚥下造影検査での評価～

平野　牧人（ひらの　まきと）

近畿大学医学部脳神経内科 臨床教授

神経変性疾患における嚥下障害は、誤嚥性肺炎、窒息、栄養障害の原因となり、死因につながる重要な徴候である。例えば、パーキンソン病（PD）の死因は、半数以上が嚥下障害に関連する。死亡しなくても、誤嚥性肺炎は難治であり、長期入院期間を要し、たとえ治癒しても、病前より ADL が悪化することをしばしば経験する。このように重要な徴候であるにもかかわらず、問診やアンケートによるスコア化では、嚥下障害を確実にとらえることは容易ではない。その理由の一つに、PD や関連疾患では、しばしば不顕性誤嚥（むせのない誤嚥）が認められ、家族のみならず患者本人も誤嚥に気づかないことが挙げられる。実際、私たちの研究では PD 患者の約 20％に誤嚥がみられ、その 7 割が不顕性誤嚥であった（J Neurol Sci 2019;404:5)。その原因として、PD では咽喉頭の感覚低下が関連するとされる。また、重要なことは、貼付剤や内服による治療により、所見の改善が見られることである。

嚥下造影(VF)は、透視下で造影剤を嚥下して、口腔・咽頭・食道期の全てを観察でき、ビデオで録画するので後日詳細に解析が可能となる優れた精密検査である。嚥下障害を総合的に診断可能で、誤嚥量も観察できる。一方、耳鼻科にて日常的に行われる嚥下内視鏡では、咽喉頭の表面の状態や実際にカメラで触れる事で感覚障害を確認できるが、口腔内や食道の状況は分からず、軽度の誤嚥は見逃されることがある。

ここでは、VF の正常所見を用いて、嚥下機能を概説後、PD での VF 所見とラサギリンを含む MAOB 阻害薬やその他の治療前後での所見変化を、わかりやすく解説する。また、PD および関連疾患について、ＶＦ動画を供覧する。さらに、嚥下障害対策として行われる、水分のとろみづけと、服薬ゼリーの使い分けなどについても解説する。

略歴：
1990 年　大阪大学医学部卒業
同年　大阪大学第二内科 研修医
1991 年　東京大学神経内科 研究員
1993 年　大阪大学神経内科大学院
1999 年 4 月　米国ノースウェスタン大学(シカゴ)神経内科留学。
Siddique(シディーク)教授の指導下に筋萎縮性側索硬化症の第 2 番目の原因遺伝子 ALS2(アルシン)の同定(Nat Genet 2001)、ALS15(ユビキリン２)の同定(Nature 2011)に従事。
2002 年 4 月　奈良県立医科大学 助手
2003 年 1 月　同　講師
2005 年 4 月　同　助教授／准教授
2010 年 4 月　近畿大学医学部堺病院神経内科 准教授
2013 年 2 月　近畿大学医学部神経内科 准教授兼任
2017 年 4 月　近畿大学医学部神経内科 准教授
難病患者在宅医療支援センター 副センター長
2022 年 4 月　近畿大学医学部脳神経内科 臨床教授　現在に至る

専門：臨床神経遺伝学

学位：医学博士（1998 年）

学会・認定医・専門医：
日本神経学会 代議員･専門医･指導医
日本神経治療学会 評議員
日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士
日本神経摂食嚥下・栄養学会 理事
（第 17 回学術集会大会長）
Movement Disorder Society Japan
（MDSJ）評議員
日本人類遺伝学会
臨床遺伝専門医･指導医
日本脳卒中学会 専門医･指導医
日本内科学会
総合内科専門医･内科指導医
米国神経学会会員

ランチョンセミナー　LS-2　（B 会場）　12：00〜12：50

ハートラインを活用したオンライン栄養指導の実践とポイント　〜IOT を活用したオンライン栄養指導と嚥下指導について〜

西村　一弘（にしむら　かずひろ）
公益社団法人東京都栄養士会 会長

令和 2 年診療報酬改定において情報通信機器を用いた外来栄養食事指導料が 2 回目以降の場合に新設され、令和 4 年診療報酬改定では初回の情報通信機器を用いた外来栄養食事指導料が加わったとともに、診療所における外来栄養食事指導料に外部の管理栄養士（外部の病院や栄養ケア・ステーションの管理栄養士）による外来栄養食事指導料として、外来栄養食事指導料 2 と情報通信機器を用いた外来栄養食事指導料 2 も新設された。

令和 2 年 4 月は COVID-19 感染の拡大がはじまったため国民は一斉に自粛生活となり、外来受診も控える患者が急増した。我々の病院でも外来栄養食事指導のキャンセルが相次いだため、2 回目以降の継続者に新設された情報通信機器を用いた栄養食事指導を説明し、4 月中旬から携帯電話を用いて実施した。電話での指導での困難事例は嚥下食指導であり、食事形態を電話だけで示すことは極めて困難であった。嚥下調整食の指導は対面が基本になるが、ハートラインを活用した指導であれば、情報通信機器を用いた指導も可能になることが示唆された。

令和 3 年東京都の島しょ地域にある人口約 300 人の利島村から、栄養支援の要請が公益社団法人東京都栄養士会に入り、利島村に向かうことになり糖尿病患者の重症化予防や、高齢者のサルコペニアやフレイル予防のための栄養ケア活動を行う際に、嚥下困難者の指導を想定して（ハートラインは画面ではあるが、対面同様に指導ができるため、嚥下調整食の指導に適していると考えた）ハートラインを活用した栄養食事指導を計画した。診療所の医師と利島村役場の保健師と連携して、糖尿病患者 2 名に対するオンライン栄養食事指導を試験的に行い、好評を得ることができた。

令和 5 年 4 月に行われた第 33 回日本医学会総会でも、栄養ケア・ステーションのブースで一般市民を対象に、ハートラインを活用したオンライン栄養相談を実施し好評を得ることができた。

略歴：
1982 年 3 月 学校法人古屋学園二葉栄養専門学校栄養士科卒業
2016 年 3 月 新潟医療福祉大学修士課程修了

1982 年 4 月 株式会社キャフトフードサービス入職
　　　　9 月 社会福祉法人緑風会 緑風荘病院栄養室入職
1991 年 4 月 今成医院非常勤管理栄養士兼務
1996 年 4 月 老人保健施設グリーン・ボイス栄養室主任兼務
2003 年 9 月 東京家政学院大学家政学部管理栄養士専攻非常勤講師兼務
2004 年 4 月 社会福祉法人緑風会 健康推進部主任兼務
2008 年 4 月 石橋クリニック非常勤管理栄養士兼務
2009 年 1 月 国立大学法人お茶の水女子大学非常勤講師兼務
2013 年 9 月 駒沢女子大学非常勤講師兼務
2015 年 4 月 駒沢女子大学人間健康学部健康栄養学科 教授 就任
　社会福祉法人緑風会緑風荘病院 運営顧問 就任　　現在に至る

所属：日本栄養士会常任理事・地域連携事業部長、東京都栄養士会会長、東京都糖尿病医療連携推進委員会委員、東京都健康推進プラン 21 推進委員、日本在宅栄養管理学会理事、日本病態栄養学会評議員、日本糖尿病学会、日本糖尿病妊娠学会、日本小児思春期糖尿病学会評議員、日本老年医学会、日本臨床栄養協会評議員、日本静脈経腸栄養学会、NPO 法人西東京臨床糖尿病研究会理事、実践栄養指導勉強会代表世話人、日本給食経営管理学会、西東京糖尿病運動スキルアップセミナー世話人、多摩 NST 研究会世話人、東京臨床運動療法研究会世話人、日本在宅褥瘡研究会コアメンバー、つぼみの会小児 1 型 DM サマーキャンプ栄養班キャップなど

資格：管理栄養士、病態栄養専門管理栄養士、NST コーディネーター、健康運動指導士、西東京糖尿病療養指導士、ビタミンアドバイザー、日本栄養士会認定災害支援登録管理栄養士、認定在宅訪問管理栄養士など

シンポジウム　SY-1　（A 会場）　14：10〜16：10

【神経筋疾患の摂食嚥下障害
〜各職種から終末期における諸問題について〜】

訪問診療における摂食嚥下機能障害の事例紹介

田代　博史（たしろ　ひろふみ）
村上華林堂病院　在宅療養部長・在宅診療科・脳神経内科

現在の訪問診療は、①救急医療対応型・②病院医療継続型・③緩和ケア対応型の大きく三つに分けられると考えられます。村上華林堂病院の在宅診療科は平成 19 年 4 月に、当院の特徴である神経難病および末期癌の緩和ケア医療を支援するため、病院内に設立されました。このため当院の訪問診療は､現在まで｢緩和ケア対応型｣を主体とした在宅医療を行ってきています。訪問診療においても食に関する悲喜交交は懸案の事項であり、如何にして可能な限り摂食嚥下機能を維持していくかは常に我々を悩ませている課題の一つです。ただ、疾患末期で摂食嚥下機能維持が困難な患者および死期が近い患者を多く抱えている当院の立場からは、生命を永らえるためだけの医療ではない別な取り組みを必要としている事例があるように思われます。

今回は「在宅看取り」あるいは「生命を全うさせる医療」といった視点から、当院で経験した摂食嚥下に関する五つの事例を紹介します。[事例 1]胃瘻造設後の多発性硬化症例、[事例 2]胃瘻を希望されないパーキンソン病例、[事例 3]喉頭食道分離術後の筋萎縮性硬化症例、[事例 4]脳血管障害による仮性球麻痺例、[事例 5]高齢者施設でのパーキンソン病例、の以上です。

紹介した終末期の事例において、生命を永らえるという目的に限れば、おそらくは得られる成果は多くないだろうと思います。しかし、それ以上に御家族や様々な職種の方々と試行錯誤してきたプロセスそのものについては、「納得を確かめ合う言語ゲーム（行岡哲男『医療とは何か』2012 年）」の観点からは大事にしておきたい事象だと考えています。

略歴：
1989 年　宮崎医科大学医学部医学科 卒業
1989 年　宮崎医科大学第三内科 入局
1995 年　九州大学医学部神経病理学教室
1999 年　米国ジョンズ・ホプキンス大学神経内科
2000 年　米国オハイオ州立大学神経科学
2002 年　福岡青洲会病院神経内科
2007 年　村上華林堂病院在宅療養部長・在宅診療科・脳神経内科

シンポジウム　SY-2　（A 会場）　14：10〜16：10

【神経筋疾患の摂食嚥下障害
〜各職種から終末期における諸問題について〜】

重度嚥下障害を呈する神経筋疾患患者への経口摂取支援

木村　一喜（きむら　かずき）
村上華林堂病院　リハビリテーション科　言語聴覚士

地域密着型病院である当院のリハビリテーション（RH）科は、病初期から看取り期までの神経筋疾患患者に対して入院・外来・通所・訪問 RH の多様な診療体制を整備している。近年、神経筋疾患の嚥下障害への介入は、機能的な RH や客観的な嚥下評価に関する有効性が示されてきている。しかし、嚥下障害が進行した際の対応は、「食事形態や介助方法の調整」および「代替栄養の検討」が各ガイドラインで推奨されているのみである。特に、直接的嚥下訓練においては、患者の病態に応じた対症療法となる現状があり、十分なエビデンスを有していない。患者・家族が嚥下障害の進行時に代替栄養を希望せず、かつ、経口摂取の継続を希望される場合、言語聴覚士（ST）による信頼性のあるアセスメントが重要となる。ST は、客観的な嚥下評価結果を基に経口摂取プランを立案し、患者の経口摂取の継続を支援すると同時に、誤嚥性肺炎の発症リスクを最小限に留める支援方法を他職種と協働で検討する必要がある。そのため、当院では、患者・家族に対して十分な理解と了承を得た上で、嚥下造影検査（VF）による嚥下機能精査を行い、VF 結果を基に患者の嚥下障害に応じたプランの立案と実践をしている。本シンポジウムでは、患者・家族の「最後まで食べたい」を支援する ST の立場として、重度嚥下障害を呈する神経筋疾患患者に対して実施した VF と経口摂取支援を紹介するとともに、他職種連携や在宅支援を通じて見えてくる課題や対策についても検討したい。

略歴：
2008 年　麻生リハビリテーション専門学校卒業
2008 年　医療法人財団　華林会　村上華林堂病院入職
2014 年　Lee Silverman Voice Treatment（LSVT® LOUD）取得
2018 年　リハビリテーション科主任就任　現在に至る

所属学会：
日本パーキンソン病・運動障害疾患学会（MDS-J）　日本神経摂食嚥下・栄養学会（JSDNNM）
日本ディサースリア臨床研究会

その他：
2022 年　第 10 回日本難病医療ネットワーク学会学術集会　優秀賞
「誤嚥性肺炎発症後のパーキンソン病および関連疾患患者に対する嚥下評価・訓練の有効性」
2023 年　第 17 回パーキンソン病運動障害疾患コングレス　優秀賞
「パーキンソン病患者に対する低頻度の呼気トレーニング効果の後方視的検証」

シンポジウム　SY-3　（A 会場）　14：10～16：10

**【神経筋疾患の摂食嚥下障害
　～各職種から終末期における諸問題について～】**

ご飯・食事療法・栄養

野田　雅子（のだ　まさこ）
福岡大学病院　栄養部　主任栄養士・管理栄養士

当院は大学病院のため病気の診断直後、嚥下造影検査後、病状悪化等の時に関わることが多く患者さんやご家族は病状についての受け入れが出来ていないことが多い。食形態(ミキサー食・薄いとろみ)の工夫が必要と判断され栄養指導を行った時「説明はわかりました。いつまでやったら(実行したら)良いですか？今日はまだ良いですよね？外来の帰りにお寿司を食べるのが唯一の楽しみなんです。」の反応がありこのような時は毎回気持ちが沈む。「ご飯を食べること」は楽しみの一つであり食形態の工夫が必要という内容の栄養指導は楽しみを奪うことを意味することとなる。この言葉から状況を理解しようとする気持ちと認めたくない気持ちの両方が見える。その気持ちに寄り添いつつ食形態の工夫の必要性を説明しどうすれば安全に食べることが出来るか繰り返し説明を行っている。ただ 1 回 20～30 分の栄養指導時間だけでは解決出来ないため他職種の連携が必要である。

進行性の疾患の多くは医療者側から見ると今後起こるであろうことは想像できるが患者さんやご家族は思い描けていないことが多い。診断後の早い時期から病状や治療に対する情報を伝えていくことは終末期に判断を迫られる時の心構えとなると思われる。

「今までのご飯が食べられない」と考えるか「こうすれば食べられる」と考えるかでは心持ちが違う。胃瘻に関する問題も栄養摂取の手段＝食形態の工夫の受け止めのステップの一つと位置づけられればと思う。

職歴：
1992 年　福岡大学病院　栄養室　入職

所属学会：
日本病態栄養学会、日本臨床栄養代謝学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、
日本糖尿病学会、日本栄養改善学会

資格・認定：
病態栄養専門管理栄養士、がん病態栄養専門管理栄養士、日本糖尿病療養指導士、福岡糖尿病療養指導士

シンポジウム　SY-4　（A 会場）　14：10〜16：10

**【神経筋疾患の摂食嚥下障害
〜各職種から終末期における諸問題について〜】**

患者の意思を尊重したケアにおける看護師のジレンマ 〜長期療養患者のカンファレンスの重要性〜

田中　亜由美（たなか　あゆみ）
国立病院機構大牟田病院　慢性疾患看護専門看護師

現在、専門看護師として、院内の医師や看護師から相談を受け、神経筋難病を中心に、緩和ケア、意思決定支援、倫理調整を行っている。神経筋難病患者は、治療法が未確立であり、症状が多彩で経過の予測が難しく、苦悩する。そのため、早期からの緩和ケアが必要であり、病状進行の中で、医療処置、療養場所、日常生活方法ひとつひとつに及ぶまで、繰り返し意思決定を必要とする。特に、様々な機能障害に伴い人の援助が必要となり自己コントロール感が低下する中、「食べる」ことは生理的欲求だけでなく、生きる力にもなりうる。また、長期療養患者は、病状が進行し、患者本人が意思疎通困難となること、家族が高齢などの理由で代理決定者が不在となることもある。よって、神経筋難病患者が最期までその人らしく生きることを支えるためには、医療チームで実践するカンファレンスは重要であり、将来の変化に備えたアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）が欠かせないと痛感している。しかし、当院でも、ACP についての患者への普及、医療者の実践力には課題がある。

このような背景があり、患者のそばで支える看護師は、患者の意思を大切にしながらも、様々なジレンマを抱え、ケアを実践している。患者が終末期に至るまでに摂食嚥下困難となる時期が来た時、好きなものを口から食べたい希望、QOL と、窒息や誤嚥のリスクのはざまで葛藤する。終末期には、最期まで口から食べたい患者の意思と安全、何もしないことを望む患者の意思と医療者としての責務、もしくは末梢点滴確保などによる苦痛、患者の真の意思は何か、医療処置を希望しない患者の意思と生きてほしいという家族の希望などのジレンマを抱える。

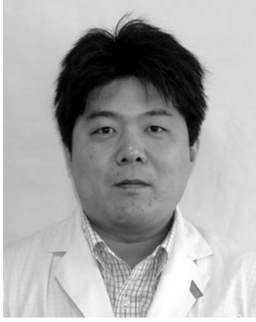
終末期に多職種でカンファレンスを行うことが、患者の意思を尊重した最善のケアを見出し支えること、看護師のジレンマを緩和することにつながると考えており、事例を用いて紹介する。

略歴：
2001 年　兵庫県立看護大学卒業
2001 年　北里大学病院　勤務
2003 年　東京都立神経病院　脳神経内科病棟勤務
2011 年　兵庫県立大学大学院修士課程前期　看護学研究科　慢性疾患看護専門コース修了
2011 年　国立病院機構大牟田病院　脳神経内科病棟勤務
2013 年　慢性疾患看護専門看護師認定　　現在に至る

学会委員会：
日本難病医療ネットワーク学会　教育委員

シンポジウム　SY-5　　（A 会場）　14：10〜16：10

【神経筋疾患の摂食嚥下障害
〜各職種から終末期における諸問題について〜】



慢性疾患医療と急性期医療、すべて同じ解法で通すのは無理がある

荒畑　創（あらはた　はじめ）
国立病院機構大牟田病院　脳神経内科医長

シンポジウム、「神経筋疾患の摂食嚥下障害〜各職種から終末期における諸問題について〜」の中で、慢性疾患医療と急性期医療、すべて同じ解法で通すのは無理がある、というお話をさせていただきます。

私は現在、国立大牟田病院で勤務しております。この施設は主に慢性疾患の患者さんがおります（制度上 7 割以上)。急性期、回復期、慢性期と経過していく患者さんも勿論いますが、生来からの慢性進行性疾患により、徐々に身体機能低下を来している患者さんも多いです。このような患者さんの終末期は厚生労働省の“人生の最期に至る軌跡”にも示されていますが、このような患者さんの摂食嚥下障害への対応はあまり文章化されていません。徐々に進行する摂食嚥下障害は、自覚症状に乏しく、現状からの変更に抵抗感が強いです。

特に当院紹介まで問題無いと言うことで、独自の生活様式を作り、医療・看護上の問題点をあまり指摘されなかった患者さんからは抵抗感が強いです。逆に定期的な病状評価を行い、家族に本人に、常に説明を行い、徐々に理解を頂く経過の患者からは、胃瘻であっても身体上の良い時期に胃瘻を造設し、経口との併用がよりよい在宅の食生活の維持を見ることも多いです。

慢性疾患においては、JSPEN や ASPEN のガイドラインにはない、一時期の経口と胃瘻の併用がよりよい食生活の維持にも役立ちます。もちろん、このような患者さんでも経口の中止は非常に困難です。また利用される施設ごとの能力により今回のお話の詳細部分は変わってきます。大事なことは、病気の変化と同じだけ長い時間をかけて患者と接し、ともに考えることだと思います。

学　歴：　1997 年　長崎大学医学部医学科卒業

免許等：　日本神経学会専門医・指導医
　　　　　日本内科学会認定内科医

職　歴：　長崎大学医学部付属病院
　　　　　田川市立病院
　　　　　長崎原爆病院
　　　　　九州大学医学部付属病院
　　　　　国立療養所筑後病院
　　　　　九州労災病院
　　　　　八木病院
　　　　　独立行政法人国立病院機構大牟田病院　　現在に至る

一般演題抄録

一般演題 1 【耳鼻咽喉科領域から～手術、治療～】 O-01～O-06

O-01 誤嚥防止術を行った多系統萎縮症の 1 例

小西正訓（こにし まさのり）[1)]、黒瀬 誠[2)]、溝渕雅広[3)4)]
1）中村記念病院 耳鼻咽喉科
2）札幌医科大学 耳鼻咽喉科
3）南一条脳内科
4）中村記念病院 脳神経内科

多系統萎縮症は嚥下障がいを来す神経変性疾患の中でも、食道期障がいを合併する割合が高い疾患である。

今回我々は、本疾患の症例に対し、食道からの逆流による誤嚥防止も視野に入れ、誤嚥防止手術を行った。

症例は 60 代女性。X-3 年頃より両上肢の使いにくさが出現し、他院にてパーキンソン病と言われ、投薬を受けたが改善せず、X-2 年 2 月より歩行障がい、8 月より物を持った時の手の震えが出現し、9 月には箸が使えなくなった。10 月に当院脳神経内科を初診し、精査の結果、多系統萎縮症と診断された。

その後も症状の進行あり、施設入所となったが、施設の食事が食べられなくなったとのことで脳神経内科より当科を紹介された。

ご家族の希望にて、短期入院での嚥下リハビリを開始したが、肺炎発症を契機に病状進行し、経管導入となった。主治医を脳神経内科に変更した。

入院 3 ヶ月目より両声帯外転障がい出現した。上気道閉塞による急変予防策として主治医より気管切開を依頼されたが、今後増悪するであろう唾液誤嚥、そして消化管機能障がいによる逆流物の誤嚥も併せて防いでおくことが、今後の QOL を考慮する上でより望ましく、気管切開よりも誤嚥防止術を選択する方が利益が大きいものと考えた。

主治医、ご本人および御家族との協議の上、入院 5 ヶ月目に声門閉鎖術を行った。術後の嚥下造影では、液体やゼリーは咽頭残留なく嚥下可能であった。

以後、呼吸器合併症を生じることなく経過したが、肝腫瘍を発症し、入院 10 ヶ月にて死亡した。

本例では誤嚥防止術を行うことにより、上気道閉塞による急死および口腔期、咽頭期、食道期全体の障がいに起因する誤嚥の両方を防ぐことができ、かつ術後にお楽しみ程度だが経口を再開することができた。

多系統萎縮症の経過の中で外科的気道確保を考慮する際、誤嚥防止術の適応も念頭に置くべきと思われた。

一般演題 1【耳鼻咽喉科領域から～手術、治療～】 O-01～O-06

O-02 段階的な誤嚥防止術を行った脊髄性筋委縮症の 1 例

内田真哉（うちだ まさや）、吉村佳奈子、村上　怜
京都第二赤十字病院　耳鼻咽喉科・気管食道外科

【目的】脊髄性筋萎縮症(SMA)は、脊髄の運動ニューロンの病変により起こる神経原性の筋萎縮症である。本疾患の誤嚥患者に行った段階的な誤嚥防止術について報告する。

【症例】64 歳男性。20 歳代で SMA を発症、40 歳代で車いす自走困難となった。X一 1 年 10 月、誤嚥性肺炎にて一時的に挿管管理となる。抜管後も経口摂食困難のため、経鼻栄養が行われていた。初回手術は X 年 1 月に喉頭蓋管形成術と嚥下機能改善術を合わせて行い、音声機能の温存と嚥下食の摂食が可能となったが、全量摂取が困難なため PEG を増設した。X 年 10 月から徐々に誤嚥が増加するため、X 年 12 月に 2 段階目の手術として声門下喉頭閉鎖術を施行、術後は再び嚥下食の摂食が可能となった。

【結論】進行性神経難病に対して誤嚥防止術を適応する際、音声機能が残存する患者の術式に悩む場合がある。今回、段階的な誤嚥防止術によって、一定期間の音声機能温存が可能であった。

一般演題１【耳鼻咽喉科領域から～手術、治療～】　O-01～O-06

O-03 咽頭・喉頭の混合性麻痺に対する甲状軟骨形成術 I 型の嚥下改善効果

西村衣未（にしむら えみ）[1)]、佐藤伸宏[2)]、赤沢由依[2)]、井口貴史[1)]、
山本陵太[1)]、澤津橋基広[1) 3)]、梅﨑俊郎[1) 3)]
1）福岡山王病院　耳鼻咽喉科・音声嚥下センター
2）福岡山王病院　リハビリテーション科
3）福岡国際医療福祉大学

【目的】頭頸部の悪性腫瘍や脳梗塞、末梢性高位迷走神経麻痺などで、Collet-Sicard 症候群や Wallenberg 症候群などに代表される咽頭収縮筋、喉頭筋の混合性麻痺を生じることがある。このような咽頭、喉頭の複合的な麻痺に伴う嚥下障害や嗄声に対し、甲状軟骨形成術 I 型(以下 TP 1)や声帯内脂肪注入術を実施すると、音声のみならず嚥下機能の改善をも得られることが少なくない。
【方法】今回、当科にて 2017 年 7 月 5 日から 2023 年 1 月 16 日までに TP 1 を施行した咽頭筋麻痺を伴う喉頭運動麻痺を呈する 17 例について、術前術後の嚥下機能の変化をビデオ透視下嚥下造影検査などを用い後方視的に検討した。TP1 には声帯内自家脂肪注入術も含まれる。
【結果】TP 1 のみで摂食状況が改善したのは 17 例中 10 例であった。もともと嚥下障害の訴えのない症例が 4 例含まれていた。二期的に輪状咽頭筋切断術、咽頭形成術までを要したのは 4 例であり、全例で摂食状況の改善を得た。ビデオ透視下嚥下造影検査では、咽頭クリアランスは 0～3 の 4 段階評価とし 5 例で明らかな改善を認めた。一方で喉頭挙上遅延時間(LEDT)に有意な変化を認めなかった。
【考察】咽頭収縮筋による嚥下圧形成において、喉頭麻痺が合併していると嚥下圧が喉頭腔へ逃げ、咽頭クリアランス障害を来すと考えられる。声門閉鎖が TP 1 により改善したことで、咽頭腔に適切に嚥下圧をかけることができ、嚥下の改善につながったと考えられる。一方で輪状咽頭筋切断術、咽頭形成術までを必要とした例においては、声門の閉鎖不全の改善による効果のみでは代償されない嚥下圧形成の障害や輪状咽頭筋の弛緩不全などの病態を合併していると考えられた。咽頭、喉頭の混合性麻痺を呈する症例においては、適切な手術適応、術式選択のために、staged operation と嚥下障害の病態把握が重要である。

一般演題 1【耳鼻咽喉科領域から～手術、治療～】　O-01～O-06

O-04 頸部干渉波電気刺激の治療効果の検討

山本陵太（やまもと りょうた)、加藤明子、澤津橋基広、梅﨑俊郎
福岡山王病院

【目的】頸部への干渉波電気刺激（interferential current stimulation; IFC）は、咽喉頭への感覚刺激を目的とした経皮的電気刺激のひとつである。そのような IFC 刺激が咽喉頭感覚刺激として脳幹のニューロンネットワークまで効果が及んでいることは動物実験でも確認されている。また、臨床研究では脳血管障害、パーキンソン病を含む嚥下障害患者において、即時的あるいは短期的に咽頭期嚥下の惹起性を改善する効果が示されている。しかし、IFC 治療の内容や評価方法には若干のばらつきがあり、一貫した治療効果は示されていない。今回我々は、標準化された IFC 治療プロトコルのもとで、IFC 治療の効果を検討した。
【方法】初診時の嚥下機能検査にて嚥下反射惹起遅延または咽頭クリアランス低下を認める患者に対して、まずは IFC 刺激装置を装着しない状態で嚥下造影検査（VF）を施行した。その後 IFC 刺激装置を装着して、刺激電流の強度を認知域値の 1.5 倍に設定し 5 分間刺激した。刺激を継続したままもう一度 VF を施行した。
【結果】20 症例にて結果の検討を行った。咽頭期嚥下の惹起性の指標である LEDT（Laryngeal Elevation Delay Time）は有意な改善を示した。咽頭クリアランスの指標である PRSRS(Pharyngeal Residue Severity Rating Scale)が若干改善している症例も多かった。尚、刺激後にこれらのパラメータが悪化した症例や有害事象を生じた症例は皆無であった。
【結論】IFC 刺激により末梢神経からの入力が加算され中枢への入力が底上げされることで、活性化時間の延長が改善され、LEDT は短縮した。また咽頭クリアランスの若干の改善については、嚥下全体のシークエンスが健全化したためと考えられた。現在は多施設共同研究を計画中であり、さらに症例数を増やした解析を今後行う予定である。

一般演題１【耳鼻咽喉科領域から～手術、治療～】 O-01～O-06

O-05 耳鼻咽喉科クリニックでの外来嚥下治療

山野貴史（やまの たかふみ）[1)]、大森史隆[2)]、中村あゆみ[3)]、福与和正[3)]
１）福岡歯科大学総合医学講座　耳鼻咽喉科学分野
２）福岡歯科大学医科歯科病院　耳鼻咽喉科
３）フクヨ耳鼻咽喉科

【目的】嚥下障害に対するリハビリテーションの報告は急性期病院や回復期リハビリテーション病院等、入院中の対応に関するものは多数あるが、耳鼻咽喉科クリニックを含めた外来通院での対応の報告は少ない。フクヨ耳鼻咽喉科では軽症例を中心に対応しており、その現状について報告する。
【方法】摂食・嚥下専門外来を受診した 56 例（男性 37 例、女性 19 例）平均年齢 77 歳とした。毎週木曜日が摂食・嚥下専門外来日であり、耳鼻咽喉科医が嚥下機能評価を、言語聴覚士がリハビリテーションを担当した。対象は、意思疎通が可能であり、なおかつ外来通院が可能な程度に ADL が保たれている例とした。嚥下機能評価は全例嚥下内視鏡で行い、必要があれは嚥下造影検査での評価を追加した。
【結果】初回と最終回を比較すると、嚥下内視鏡検査の項目では、咳反射・声門閉鎖反射の惹起性、嚥下反射の惹起性、着色水による咽頭クリアランスは変化がなかったが、喉頭蓋谷・梨状陥凹の唾液貯留は減少していた。さらに最大舌圧についても上昇しており、咽頭期嚥下を反映する嚥下内視鏡スコアと、咽頭期と口腔期嚥下を反映する最大舌圧ともに改善を認めた。嚥下造影検査を施行したものは 15 例であり、適応の判断としては、1．嚥下内視鏡検査で評価が困難。2．送り込みや口腔保持など口腔期の障害が疑われる。3．通過障害や逆流など食道期の障害が疑われる。4．経口摂取の継続の困難が予想される例であり、2 例にそれぞれ口腔期の障害、2 例に食道期の障害、8 例に誤嚥を認め、嚥下造影検査による評価も重要であった。
【結論】耳鼻咽喉科クリニックでの嚥下診療は、治療としても有用であり経口摂取の継続の維持や嚥下機能改善の効果が期待できることが示唆された。ただし、胃瘻造設例などの重症例に関しては耳鼻咽喉科クリニックのみでの対応は困難であり、訪問診療や介護との連携が必要である。

一般演題 1【耳鼻咽喉科領域から～手術、治療～】　　O-01～O-06

O-06 在宅嚥下診療における神経変性疾患症例の検討

木村翔一（きむら しょういち）
福岡大学医学部　耳鼻咽喉科学教室
すずらん会たろうクリニック非常勤

2019 年 1 月から 2022 年 12 月までの 4 年間で、当院（すずらん会たろうクリニック= 強化型在宅支援診療所）を利用したパーキンソン病患者および筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者のうち嚥下機能評価依頼があった 16 例について当院の嚥下内視鏡検査の流れと合わせて報告する。

パーキンソン病患者は 14 例であり、女性 10 名男性 4 名、平均 84 歳（61-92 歳）、介護度は要介護 2 から 5 であった。「評価希望の所在」は、本人が希望し嚥下機能評価を行ったのが 2 例(14.3%)、本人以外（ご家族、施設スタッフ、ケアマネージャー、主治医）からの依頼が 12 例(85.7%)であった。「相談内容」は、誤嚥症状の精査、経管栄養中のお楽しみ程度の経口摂取の可否、肺炎治療後の嚥下機能評価などであった。

また、ALS 患者の中で嚥下機能評価依頼があったのは 2 例であった。

症例 1 は気管切開後、人工呼吸器管理、胃瘻栄養であり、本人の強い希望があり嚥下機能評価を行なった。

症例 2 は、呼吸は正常、胃瘻栄養であったが、気管切開術をするか否かも方針が定まっていない状況で当院訪問診療を利用することとなり、神経内科医、精神科医、耳鼻咽喉科医で介入を行なった症例である。

一般演題 2 【脳神経内科から～神経変性疾患、脳卒中～】　O-07～O-12

O-07 脳卒中患者におけるブリッジ嚥下訓練の食道期嚥下障害に対する有効性

國枝顕二郎（くにえだ けんじろう）[1)2)]、青山　圭[3)]、大野友久[4)]、重松　孝[2)]、和田恵美子[3)]、下畑享良[1)]、藤島一郎[2)]
1）岐阜大学大学院医学系研究科　脳神経内科学分野
2）浜松市リハビリテーション病院　リハビリテーション科
3）近森リハビリテーション病院　リハビリテーション科
4）浜松市リハビリテーション病院　歯科

【目的】我々は、腰の下にクッションを入れて抗重力位としたブリッジ姿勢で嚥下すると（ブリッジ嚥下）、食道は強く収縮し、下部食道括約筋（lower esophageal sphincter, LES）圧は上昇することを報告した。更に一定期間ブリッジ嚥下を行うと、胃食道逆流（gastroesophageal reflux disease, GERD）の自覚症状を改善させうることが分かった。本検討の目的は、GERD の症状を有し、嚥下造影検査(videofluoroscopic examination of swallowing, VF)で食道内残留を有する脳卒中患者において、一定期間のブリッジ嚥下訓練により GERD 症状および食道内残留が改善するかどうかを検討することである。

【方法】対象は、回復期リハビリテーション病棟に入院中の脳卒中患者 6 例（女性 5 例、平均年齢 74.0 ± 17.2)。ブリッジ嚥下訓練として、唾液の空嚥下を 1 日 10 回、4 週間行った。ブリッジ嚥下訓練の前後で、GERD の自覚症状の質問紙である Symptoms for Frequency Scale of GERD（FSSG)、および VF における食道内残留を前後で比較した。食道内残留は 3 段階の残留スケールを用いた。

【結果】ブリッジ嚥下訓練後に FSSG スコアは全例で改善し、4 例ではブリッジ嚥下訓練後に食道内残留は改善した。全症例で有害事象は見られなかった。

【結論】ブリッジ嚥下訓練は、脳卒中患者における GERD 症状および食道内残留を改善させる可能性がある。ブリッジ嚥下訓練は簡便かつ安全に実施できる。ブリッジ嚥下訓練の有効性について更なる検討が必要である。

一般演題 2【脳神経内科から～神経変性疾患、脳卒中～】　　O-07～O-12

O-08 パーキンソン病の嚥下障害に対するサフィナミドとオピカポンの効果

寒川　真（さむかわ まこと）[1)]、平野牧人[1)]、磯野千春[2)]、永井義隆[1)]
1）近畿大学医学部　脳神経内科
2）近畿大学医学部　リハビリテーション部

【目的】パーキンソン病（PD）において嚥下障害は誤嚥性肺炎など生命予後に直結する症状である。嚥下障害に対して経皮吸収ロチゴチンが効果的で、嚥下において continuous dopaminergic stimulation（CDS）が重要であることが示唆されている（J Neurol Sci 2019）。一方、ロチゴチンは有害事象として突発性睡眠をきたすことがあり、自動車運転を行う患者では処方が難しい。サフィナミド（Sfd）やオピカポン（OPN）はこのような副作用が少なく、CDS 促進作用から嚥下障害に対して効果的と期待されるが、十分な検討はされていない。
【方法】対象は Sfd（n=13）あるいは OPN（n=10）で加療されている PD 患者 23 例（男 6 例/女 17 例）。後方視オープンラベル評価者盲検研究で、治療薬開始前と開始約 3 ヶ月後に嚥下造影検査（VF）で嚥下機能を評価した。VF 所見は日本摂食嚥下リハビリテーション学会（JSDR）の評価方法（口腔期スコア、咽頭スコア、合計点）、国際尺度である Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS)、口腔通過時間(OTT)、咽頭通過時間(PTT)で評価した。各薬剤での評価に加えて、両群間比較も行った。
【結果】Sfd 群では口腔期、合計スコアおよび PTT、OTT で、OPN 群では DOSS のみで有意な改善を認めた（$p<0.05$,Wilcoxon 符号付順位和検定)。両群比較では OPN 群に比して Sfd 群で口腔期と合計スコアで有意差を認めた($p<0.05$,Mann-Whitney U)。
【結論】中枢で効果を発揮する Sfd と末梢での OPN において、嚥下への影響は異なっていた。しかし、OPN 群の方でレボドパ等価用量が高値であったことから、同群で PD 病態が進行していたため効果が現れにくかった可能性も考えられる。

一般演題 2【脳神経内科から～神経変性疾患、脳卒中～】　O-07～O-12

O-09 パーキンソン病における咳感受性低下に関連する臨床徴候

冨田　聡（とみた さとし)、大江田知子、森　裕子、高坂雅之、朴　貴瑛、石原稔也、野元翔平、澤田秀幸、
国立病院機構宇多野病院 臨床研究部、脳神経内科

【目的】我々は先行研究において、パーキンソン病(PD)における咳感受性低下は、誤嚥性肺炎発症を予測する注目すべき非運動症状であることを明らかにした。咳感受性低下は患者自身が自覚し得ない症状であり、クエン酸咳テストなどの検査で初めて検出できるが、通常の臨床場面で検査を行うことは難しいのが現状である。今回我々は、PD 咳感受性低下に関連する臨床徴候を明らかにするために横断研究を行った。
【方法】2015～2017 年に国立病院機構宇多野病院脳神経内科に通院中の PD 患者 129 例に対し、クエン酸咳テストを施行した。クエン酸咳テストは Wakasugi らの報告に準じて施行した。クエン酸溶解生理食塩水を低濃度より 1 分間吸入させて咳が 5 回以上みられた際のクエン酸濃度を咳感受性閾値 C5(%)とした。先行研究結果から、C5>1.0%を咳感受性低下例とした。評価項目として、年齢、性、喫煙歴、PD 罹病期間、Hoehn-Yahr 重症度分類、UPDRS Part III、MMSE、DAT-SPECT 検査 SBR 値、Levodopa Equivalent Dose、アマンタジン内服の有無、流涎・湿性嗄声・むせの既往の有無について収集した。解析 1：咳感受性非低下群、低下群の 2 群間において、上記評価項目の差について検討した（t 検定およびカイ 2 乗検定)。解析 2：解析 1 において差が見られた項目において、咳感受性低下に対するオッズ比を求めた（多変量ロジティック分析)。
【結果】PD 咳感受性低下群(n=50)は、非低下群(n=79)と比べ有意に男性が多く(p<0.001)、喫煙歴、流涎および湿性嗄声を高頻度に認めた(それぞれ p=0.009, p<0.001, p<0.001)。咳感受性低下との関連が最も強いと考えられた臨床徴候は、湿性嗄声ありであった(オッズ比 3.0(95%CI: 1.1-8.1), p=0.03)。
【結論】流涎及び湿性嗄声の有無に注目することで、PD 咳感受性低下を同定しやすくなると考えられた。

一般演題 2【脳神経内科から～神経変性疾患、脳卒中～】　O-07～O-12

O-10 大脳皮質基底核症候群における高度嚥下障害

磯野千春（いその ちはる）[1)]、平野牧人[2)]、寒川　真[2)]、東本有司[3)]、永井義隆[2)]
1）近畿大学医学部　リハビリテーション部
2）近畿大学医学部　脳神経内科
3）近畿大学医学部　リハビリテーション医学

【目的】大脳皮質基底核症候群 （CBS）はパーキンソン症候群を示す神経変性疾患である。嚥下障害は比較的軽症とされ、重症例や経年変化に関する報告はほとんどない。今回、我々は嚥下造影検査（VF）を用いて CBS の嚥下機能を調査し、進行や重症度について先行研究と比較検討した。
【対象と方法】対象は臨床症状より CBS と診断された 6 例（男 3／女 3、VF 時平均年齢 81±4 歳、平均罹病期間 4±3.2 年）とした。初発症状は上肢の使いにくさ 2 例、言葉の出にくさと体幹の傾き、歩行障害、物忘れが各 1 例であった。全例に嚥下困難感はなかった。VF の評価方法は日本摂食嚥下リハビリテーション学会の評価尺度(口腔期 3 項目、咽頭期 4 項目、合計スコア)を用いて得点化した（3：正常、2：軽度異常、1：異常）。国際尺度の Dysphagia outcome severity scale（DOSS）、Penetration-aspiration scale（PAS)でも評価した。
【結果】5 例が口腔期障害を呈し、口唇閉鎖不全、舌運動の障害、咽頭への送り込み障害を認めた。咽頭期障害は軽度 3 例、重度 3 例で、咽頭収縮の低下、喉頭挙上の減弱、喉頭蓋の反転不良、咽頭残留、喉頭侵入、誤嚥を認めた。不顕性誤嚥を認めた 1 例は VF 後に誤嚥性肺炎を発症し、胃瘻を造設した。経過中に摂食動作が困難になり胃瘻を必要とした例もあった。
【結論】M.Grunho ら（2015）は CBS24 人（平均年齢 66.7±1 歳、平均罹病期間 3.9±2 年）の嚥歯科、リハビリテーション、NST からは一様ではなく、病初期から経時的な評価や観察が重要である。

一般演題 2【脳神経内科から～神経変性疾患、脳卒中～】 O-07～O-12

O-11 多系統萎縮症における栄養状態と生命予後との関連

浅野友梨（あさの ゆり）、清水俊夫、飛澤晋介、木田耕太、林健太郎、高橋一司
東京都立神経病院　脳神経内科

【背景】多系統萎縮症（MSA）患者において、血液の好中球分画増多、C-reactive protein高値、低アルブミン血症といった高炎症状態と栄養状態不良は、死亡率増加との関連が指摘されている（Shin, JH, et al. NPJ Parkinsons Dis. 2022）。
【目的】一施設の連続MSA症例において、栄養状態と生命予後の関連性を明らかにする。
【方法】2010年1月から2021年10月までに当院に入院した、MDS MSA criteria（2022）でclinically establishedまたはclinically probable MSA患者218例を対象とした。性別、発症年齢、診断時運動機能（Unified Multiple System Atrophy Rating Scale Part Ⅳ）、body mass index（BMI）、血清アルブミン値とリンパ球数から算出されるprognostic nutritional index（PNI）、診断時の起立性低血圧の有無の情報をカルテから抽出した。診断時BMIと経管栄養導入時または最終入院時のBMIよりBMI変化率を算出した。エンドポイントを死亡または気管切開とし、log-rank testとCox proportional hazard modelにより、生命予後に関わる因子を検討した。
【結果】発症から死亡または気管切開までの期間は平均5.8年（SD2.6年）、診断から死亡または気管切開までの期間は平均2.5年（SD2.0年）であった。Log-rank testでは、診断時血清アルブミン中央値（4.2 g/dl）、診断時PNI 中央値（48.4）、診断後BMI変化率中央値（1.32/年）、診断時の起立性低血圧の有無で、診断後生存期間に有意差があった（p<0.05）。診断時PNI低値、診断後BMI低下は、発症後生存期間でも有意差があった（p=0.036, 0.022）。発症年齢、性別、診断時運動機能、MSA-P/Cサブタイプで調整したCox proportional hazard modelで、診断時PNI（Hazard ratio; HR 2.302, 95%信頼区間（CI）1.148-4.616）、診断後BMI変化率（HR 2.277, 95%CI 1.213-4.273）は、診断後生命予後の有意な因子だった。
【結論】MSA 患者で、PNI を用いて評価した診断時の栄養状態不良と診断後の体重減少は、診断後生命予後と関連していた。低アルブミン血症、リンパ球数減少、体重減少の予防や改善は、生命予後改善に寄与する可能性がある。

一般演題２【脳神経内科から～神経変性疾患、脳卒中～】　　　O-07～O-12

O-12 進行性核上性麻痺（PSP）患者における嚥下障害および経口摂取中止の要因

岩下由樹（いわした　ゆき）[1)]、梅本丈二[1)]、坪井義夫[2)]、藤岡伸助[2)]、道津友里子[1)]、尾池麻未[1)]、荒畑　創[3)]

１）福岡大学病院　摂食嚥下センター
２）福岡大学病院　脳神経内科
３）国立病院機構大牟田病院　脳神経内科

【目的】進行性核上性麻痺（PSP）の進行過程を分析し、経口摂取の中止につながる要因を明らかにする。

【方法】2009 年から 2023 年にかけて福岡大学病院と NHO 大牟田病院に入院した 56 名の PSP 患者（男性 35 名、女性 21 名）を対象にした。診療録に基づき、基本的属性、体軸性固縮と認知症を含む臨床的特徴、食事形態、嚥下造影検査（VF）の結果、経鼻胃管への移行と胃瘻手術のタイミングに関する情報を抽出した。VF 映像から、誤嚥と頸部後屈の有無を評価した。

【結果】発症時、診断時、最終フォローアップ時の平均年齢、および病期の平均期間は、それぞれ 67.6±6.4 歳、71.6±5.8 歳、75.4±5.6 歳、64.6±42.8 か月であった。診断時に認知機能低下を認めたもの、体軸性固縮を認めたものはいずれも 45 名（80.3%）であった。24 人（42.9%）が経口摂取を続ける一方で、32 人が経管栄養を受け、そのうち 16 人（50.0%）が胃瘻造設術を受けていた。診断時の認知症の有無により、発症から経管栄養に移行するまでの期間には有意差があった（$p<0.01$）。また、初回 VFSS 時の誤嚥の有無により、初回 VF から経管栄養に移行するまでの期間に有意差があった（$p<0.01$）。さらに、診断時の体軸性固縮の有無により、診断時および初回 VF から経管栄養に移行するまでの期間にも有意差があった（いずれも $p<0.05$）。なお、体軸性固縮と頸部後屈との間には有意な関連性があった（$p<0.01$）。

【結論】PSP における認知症、体軸性固縮、および頸部後屈は、嚥下障害の進行を悪化させ、経口摂取を中止させる最も高いリスク要因であった。早期に嚥下障害の進行に関連するこれらの要因を確認することにより、患者の肺炎予防と栄養管理の改善に貢献できると考えられた。

一般演題 3【歯科、リハビリテーション、NST から】　　O-13～O-18

O-13 繰り返す誤嚥性肺炎に対し、健康信念モデルを用いて食行動が変容したPD症例の一考察

山本海帆（やまもと みほ）[1)]、竹谷剛生[1)]、井上理恵子[1)]、湯浅唯香[1)]、
田上加奈子[1)]、橋本　光[1)]、郷　雄大[1)]、大橋妙子[1)]、田中聖代美[2)]、宮本詩子[3)]
1）社会医療法人寿量会熊本機能病院　総合リハビリテーション部
2）社会医療法人寿量会熊本機能病院　栄養部
3）社会医療法人寿量会熊本機能病院　脳神経内科

【症例】70 歳代男性。10 年前にパーキンソン病（以下 PD）と診断され、2 年前からオフ時間の延長あり、内服調整と身体機能維持の為のリハビリ目的で入院。移動は独歩、FIM は 118 点。VF 検査で著明な咽頭残留と誤嚥を認め、DSS4。誤嚥性肺炎のリスクを説明するが、本人の強い希望で常食を提供。入院中に誤嚥性肺炎を発症し、食形態の変更や食べ方等の代償を提案したが受け入れは不良で、1 ヶ月後に退院。その後も常食を摂取し、誤嚥性肺炎を再発し、再入院となる。
【介入】嚥下機能の維持を目的としたリハビリに加えて、嚥下障害の理解と食行動の変容へ働きかけが必要と考え、健康行動理論の一つである健康信念モデルを用いて介入を行った。まず、誤嚥性肺炎を繰り返す可能性があるという罹患性、その結果生命に関わる危険が伴うという重大性について説明を行い、嚥下障害への理解を深めた。そして、誤嚥を回避する為に食形態や食べ方等の食行動の変容を促した。嚥下食の味や飲み込み易さを体感して貰い、不味い・準備が大変等といったデメリットの軽減に努めた。また、実際の生活を想定し、嚥下食の調理、既製品の購入、外食を体験しながら、取り組み易さや食事を継続できる楽しさ、健康維持などをメリットとして捉えられるよう指導した。
【結果】嚥下機能に大きな変化は無かったものの嚥下障害への理解は深まり、適切な食形態や食べ方を選択されるようになり、誤嚥性肺炎を発症せずに過ごすことができている。
【考察】堤(2007)は PD の摂食・嚥下障害に対するリハビリにおいて、重症度に対応した残存機能を活用する代償的アプローチの必要性を述べている。しかし、食事は本人のライフスタイルを反映しており、食行動の変容は容易ではない。今回、健康信念モデルを用い、心理面や食生活にアプローチしたことで、食行動に変容がみられた。認知機能や身体機能が良好である本症例の能力を最大限に活かし、QOL を維持することができたと考える。

一般演題 3【歯科、リハビリテーション、NST から】　　　　O-13～O-18

O-14 食品窒息または嚥下性失神が疑われたLCIGを導入したパーキンソン病の 3 症例

大津健太郎（おおつ けんたろう）[1)]、井手　拓 [1)]、尾池麻未 [2)] 、岩下由樹 [2)]、
道津友里子 [2)]、藤岡伸助 [3)]、梅本丈二 [2)] 、坪井義夫 [3)]
1）福岡大学病院　リハビリテーション部
2）福岡大学病院　摂食嚥下センター
3）福岡大学病院　脳神経内科

【はじめに】VF 検査で食形態を調整したにもかかわらず食品窒息が疑われたパーキンソン病（PD）3 症例を経験した。3 例ともレボドパカルビドパ経腸療法（LCIG)導入しており、その共通点について考察した。

【症例】①78 歳、女性、PD 診断 25 年、LCIG 導入 6 年。食後のチアノーゼで緊急搬送された。VF 検査にて食道停滞を認めたが、刻み食は摂取可能と評価した。しかし、入院中食後に血圧低下やチアノーゼを認め、救急処置を行った。②80 歳、男性、PD 診断 15 年、LCIG 導入 6 年。肺炎加療のため入院した。食事中チアノーゼが出現し、VF 検査にて食道停滞を認めたが、五分粥食（学会分類４）は摂取可能と評価した。しかし、その後も食事中にチアノーゼを認め、吸引処置を行った。③79 歳、女性、PD 診断 12 年、LCIG 導入 3 年。他院入院中に窒息のエピソードあり、食事中の血圧低下も認め、側臥位でミキサー食との指導で退院した。当院の VF 検査にて食道停滞を認めたが、刻みトロミ食（学会分類 2-2）は摂取可能と評価した。しかし当院に入院後、刻みトロミ食摂取中にチアノーゼを認め、吸引処置を行った。なお 3 例とも Tilt 試験などで起立性低血圧を指摘された。

【考察】先行研究では進行期 PD 患者において食道バルーン拡張に伴い、迷走神経反射が誘発されたことが報告されている。今回の PD3 症例はいずれも起立性低血圧の症状を有し、VF 検査で食道停滞を指摘された。VF 中に嚥下時の血圧降下は認められなかったが、食道停滞の増加に伴い食道が拡張し、迷走神経反射が誘発された可能性も示唆される。

【結語】進行期 PD で起立性低血圧を有し、VF 検査で食道停滞を認めた患者は嚥下性低血圧について配慮する必要がある。VF 検査に加え、食事前後の血圧測定を行い、ST や Ns など食事場面に関わるスタッフが嚥下性低血圧の可能性を考慮して対応する必要がある。

一般演題 3【歯科、リハビリテーション、NST から】　　O-13〜O-18

O-15 高齢パーキンソン病患者における COVID-19 に伴う摂食嚥下障害の検討

岩佐康行（いわさ やすゆき）
原土井病院　歯科/摂食・栄養支援部

【目的】当院はケアミックス病院であるが、高齢で介護が必要な COVID-19 患者の受け入れを行ってきた。高齢者では、COVID-19 に伴い経口摂取が困難となるケースをしばしば経験する。そこ今回、COVID-19 加療後に摂食嚥下リハビリテーション（嚥下リハ）介入したパーキンソン病患者について検討を行った。
【方法】調査期間は 2020 年 8 月から 2023 年 3 月とした。対象は、COVID-19 の加療または加療後のリハビリテーションを目的に当院に入院し、その後嚥下リハ介入となったパーキンソン病患者とした。カルテより後方視的に、入院時の年齢、性別、Hoehn-Yahr 重症度分類（Yahr)、要介護度、Functional Independence Measure (FIM)、Body Mass Index (BMI)、Controlling Nutritional Status (CONUT)、入院中の体重変化率、嚥下リハ介入時と終了時の Functional Oral Intake Scale (FOIS)、および転帰について調査した。
【結果】対象者は 9 名（男性 5 名、女性 4 名）で、年齢は中央値 80［79-82］歳と高齢であった。Yahr を確認できたのは 1 名（Yahr 5）のみであったが、要介護度 3 [3-4] および FIM 平均（運動 13.8±2.33、認知 10.1±8.33、合計 23.9±9.03）から、Yahr 4 または 5 の者が多いと考えられた。BMI 平均は 17.46±3.17 kg/㎡ で、17.0 kg/㎡ 以下のるい痩が 4 名、また CONUT で中等度・高度の異常が 4 名存在したことから、低栄養のリスクは高いと考えられた。実際にその後体重が大きく減少（-10.2 ± 9.99 %）しているが、ほとんどの症例で積極的な人工栄養は選択されなかった。FOIS は Level 1 から 5 に改善した 2 名、および Level 2 で維持された 1 名を除いて、6 名が Level 1 で終了した。この 6 名は胃瘻栄養を希望されず、1 名は経鼻胃管栄養で紹介元に転院、もう 1 名は看取り目的で施設に退院、他の 4 名は当院で看取りとなった。
【結論】今回、COVID-19 が嚥下機能に及ぼした影響は不明である。しかし、高齢で日常生活自立度の低いパーキンソン病患者が嚥下不良となった場合、COVID-19 以外の要因も影響するために経口摂取の再獲得は難しいと考えられた。なお、パーキンソン病患者の病状に応じた薬剤の調整や、栄養管理の方法については検討の余地がある。

一般演題 3【歯科、リハビリテーション、NST から】　　O-13～O-18

O-16 神経筋疾患専門病院における入院患者の栄養状態実態調査

荻野智雄（おぎの ともお）[1) 2)]、冨田 聡[5)]、朴 貴瑛[1) 5)]、中嶋 渚[1) 3)]、
中島玲泉[1) 4)]、内藤由子[1) 4)]、田原将行[2) 5)]、大江田知子[1) 5)]

1）国立病院機構宇多野病院 NST
2）国立病院機構宇多野病院 リハビリテーション科
3）国立病院機構宇多野病院 看護部
4）国立病院機構宇多野病院 栄養管理室
5）国立病院機構宇多野病院 脳神経内科・臨床研究部

【背景と目的】低栄養は生命予後不良と強くリンクする。当院では NST 介入依頼に個別に対応しているが、依頼のない入院患者にも低栄養がみられる。NST 委員会では、低栄養のリスクが高い患者を積極的に見出し、未然に予防するしくみ作りが必要と考えた。その第一歩として、どの程度の低栄養患者がいるか、臨床的背景とともに調査した。
【対象と方法】X 年 Y 月 Z 日を観察日とし、同日入院中の全患者について、原疾患、年齢、性別、Body Mass Index(BMI)、血清アルブミン値(ALB)、必要エネルギー量に対する充足率、Food Intake LEVEL Scale(FILS)、障害高齢者の日常生活自立度、誤嚥性肺炎の既往等を後方視的に収集した。データ収集は主に各病棟の NST リンクナースが行った。
【結果】対象は 245 例、女性 53.9%、年齢 67±21 歳(平均±SD)、原疾患は脳変性疾患(49.8%)が最多であり、低栄養患者(ALB＜3.5g/dL)は全体の 37.1%を占めた。低栄養群と非低栄養群を比較すると、低栄養群において年齢が有意に高く、寝たきり(日常生活自立度ランク B および C)、代替栄養(FILS6 以下)、誤嚥性肺炎既往の患者割合が有意に高かった。一方、性別、原疾患(脳変性 vs.その他)、BMI、エネルギー充足率(低栄養群 97%、非低栄養群 102%)には差を認めなかった。
【考察】本研究で入院患者の 4 割近くが低栄養状態であることが判明したが、低栄養群においても代替栄養の使用により計算上のエネルギー充足率はほぼ満たされていた。低栄養の背景としては、加齢および疾患進行そのものの影響が大きく、特に誤嚥性肺炎などをきっかけに低栄養に陥りやすいと推測された。

一般演題 3【歯科、リハビリテーション、NST から】　O-13～O-18

O-17 下顎骨骨折治療中に誤嚥性肺炎を生じた進行性核上性麻痺（PSP）の 1 例から学ぶこと

金城亜紀（きんじょう あき）
公立学校共済組合九州中央病院　摂食嚥下リハビリテーション科

【症例】70 歳代女性。当院脳神経内科にて大脳皮質基底核変性症（CBD）疑いとして経過観察されていた。認知機能低下や易転倒性の増悪、食事中のムセなどがあったが自宅生活していた。X 年 3 月転倒し、左下顎関節突起骨折の診断で当院歯科口腔外科に入院した。顎間固定による保存的治療開始後、流動食摂取時の著しいムセなどがみられ第 4 病日当科紹介された。頸部後屈、動作緩慢、発語不良、開眼不良を認め、嚥下反射の遅延など嚥下障害も明らかだった。誤嚥リスクが懸念されたため顎間固定継続の適否や期間短縮、栄養法を再検討するよう主治医に提案した。
【経過】経管栄養に変更されたが、栄養剤逆流により誤嚥性肺炎を併発した。第 16 病日嚥下造影検査を行った。食塊形成不能、舌による咽頭への移送不良、喉頭蓋谷や梨状陥凹の残留、喉頭侵入、誤嚥などを認めた。喀出は不良だった。
【介入】嚥下障害などの症状が短期間に進行した可能性が高く、当院脳神経内科主治医に再診を依頼した。嚥下障害に加え①頸部後屈、②垂直性核上性眼球運動障害、③体幹優位の筋強剛、④中脳被蓋の萎縮が認められたことから進行性核上性麻痺（PSP）の最終診断となった。同年 4 月下旬、将来的に胃瘻造設の方針で経管栄養のままリハビリ転院した。
【結論】PSP の死因で最も多いのは肺炎であり、早期に嚥下障害の合併を診断することが望ましいとされる。一方、発症初期から易転倒性があるため、本症例のように口腔顔面領域の外傷に対する治療の機会が多いことが考えられる。顎骨骨折の治療における顎間固定による開口制限は、下顎運動の制限により生理的な嚥下運動が阻害されるため、特に嚥下障害が併存する場合は誤嚥リスクが増大する。本症例は嚥下障害の特徴が PSP 診断の一助となった。また、PSP における口腔顔面領域の外傷の場合、疾患特性を理解した上で治療法や栄養法を慎重に選択することが重要と考えられた。

一般演題 3【歯科、リハビリテーション、NST から】　O-13～O-18

O-18 歯科受診を契機に ALS と診断されたが進行が急速であった一例

加藤陽子（かとう ようこ）[1)]、菊谷 武[1)]、尾関麻衣子[1)]、木田耕太[2)]、清水俊夫[2)]
1）日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック
2）東京都立神経病院 脳神経内科

【緒言】筋萎縮性側索硬化症（ALS）の球麻痺型では病初期に構音障害や嚥下障害をきたすことがある。歯科受診を契機に ALS が診断され、歯科的介入、栄養療法を行うも、急激な進行の末、死に至った症例を通じて考察する。

【症例】80 代、男性。約 1 年前からしゃべりにくいことを主訴に来院した。開鼻声を聴取し、会話明瞭度は 3 であった。既往歴は高血圧とアレルギーであった。Barthel Index：100 点、BMI：23.6、MNA-SF：13 点であった。舌の筋萎縮を認め、舌圧は 7.7kPa、ODK /ka/ は 1.4 回/秒であった。常食を摂取していたが咬合支持はなく、嚥下造影検査にて咽頭収縮力の低下を認め摂食・嚥下能力グレード 7 と評価した。下位運動ニューロン徴候、既往歴や全身状態と乖離する著しい口腔機能低下および摂食嚥下機能の低下を認めたことから、ALS の可能性を考慮し、即日、脳神経内科に紹介した。

【経過と介入】紹介先での原疾患の検索と並行して保存困難歯の抜歯、PAP を兼ねた義歯作製、管理栄養士による栄養指導を行った。介入 2 ヵ月目の検査入院を経て ALS と診断されたが、その後食欲不振および脱水で再入院し、咬合採得後に通院が途絶えた。体重減少が著しく、介入 3 ヵ月目に胃瘻造設したが、呼吸筋の麻痺が急速に進行し、NPPV を装着するも、介入 5 ヵ月後に死亡した。初診時 67.3kg あった体重は 40kg 台になっていた。

【結論】本症例では、予後を見据えて可及的速やかに歯科的対応および摂食嚥下機能への対応を図るも、進行が非常に急速で、ALS の球麻痺型への対応の困難さが浮き彫りとなった。ALS では、高齢期発症や球麻痺型発症、体重減少が生命予後不良につながるとされる。本症例ではこれらの因子が重複したことが早期の死亡に繋がったと考えられた。

一般演題 4【筋疾患、施設・在宅診療】　O-19～O-23

O-19 在宅で非侵襲的人工呼吸療法を実施する筋萎縮性側索硬化症患者の栄養摂取状況の変化と、オピオイド使用との関係

松田千春[1)]（まつだ ちはる）、森島　亮[2)]、中山優季[1)]、原口道子[1)]、板垣ゆみ[1)]、
池田　桂[2)]、奥山典子[3)]、清水俊夫[2)]

1）公益財団法人東京都医学総合研究所　難病ケア看護ユニット
2）東京都立神経病院　脳神経内科
3）東京都立神経病院　患者・地域サポートセンター

【目的】在宅で非侵襲的人工呼吸療法（NIV）を実施する筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者の栄養摂取量および体重の変化と、オピオイド使用との関係を明らかにする。
【方法】2022 年 1 月～12 月に神経専門病院の在宅調整部門で支援した NIV 使用中 ALS 患者 25 例（男 15 例、女 10 例）を対象とした。診療録から後方視的に調査し、オピオイドの使用の有無で 2 群に分け比較した。
【結果】発症時年齢 64.4±10.8 歳（平均±SD）、NIV 開始から調査年初回評価までの期間 27.8±17.9 月、NIV 終日使用 12 例、オピオイド使用は 15 例、気管切開下人工呼吸移行 2 例、死亡 8 例であった。体格指数(BMI)は、病前 22.9 kg/m^2、診断時 21.6、経管栄養時 20.1、NIV 導入時 20.0、調査年初回評価時 19.4、調査年最終評価時 18.5 で、栄養摂取量は、経管栄養開始時 1,548 kcal/日、調査年初回 1,213、調査年最終 1,195 であった。12 例が調査 1 年内で食形態や栄養摂取量を変更し、うち 7 例が嘔気や誤嚥、終末期対応として栄養摂取量を減量していた。オピオイド使用の有無の比較では、診断時 BMI はオピオイド使用群 21.1kg/m^2、非使用群 22.3、経管栄養開始時 19.4、21.1、NIV 導入時 19.4、20.9、調査年初回 18.9、20.1、調査年終了 17.4、20.4 であり、オピオイド使用者で一貫して低値であった。栄養摂取量も、経管栄養開始時 1,490kcal/日、1,635、調査年初回 1,108、1,371、調査年終了時 1,088、1,355 であった。
【結論】ALS/NIV の栄養管理について、オピオイド使用例では BMI、栄養摂取量が低値な傾向にあった。病初期から栄養状態が悪い患者では、NIV 期に苦痛緩和が必要となる可能性があり、病初期からの栄養管理が重要である。

一般演題 4【筋疾患、施設・在宅診療】　　O-19～O-23

O-20 言語聴覚士を中心とした多職種連携により在宅で経口摂取を継続した二症例

岡　久美（おか くみ）[1)]、木村一喜[1)]、齋藤正直[1)]、御厨星怜奈[1)]、池永志織[1)]、北野晃祐[1)]、山田　猛[2)]、菊池仁志[2)]、
1）医療法人財団華林会村上華林堂病院　リハビリテーション科
2）医療法人財団華林会村上華林堂病院　脳神経内科

【はじめに】重症度が高い嚥下障害を有するパーキンソン病及び関連疾患（PD）患者の在宅における経口摂取は、客観的な評価結果を基にしたリスク管理や多職種連携による支援体制の構築が求められる。今回、嚥下障害を呈した PD 患者 2 例は、嚥下造影検査（VF）後に訪問リハビリテーション（訪リハ）や多職種連携により、嚥下障害に応じた経口摂取が在宅で継続できたため報告する。
【症例紹介】PD 患者 2 例は、発症から 10 年経過している Yahr V の 80 代男性であった。VF の目的は、症例 1 が気管切開・胃瘻造設後の経口摂取方法の検討、症例 2 が食形態や摂取方法による誤嚥リスクの把握であった。
【VF 結果】VF 結果は、症例 1 が送り込み不良、嚥下反射惹起遅延、咽頭残留を認め、代償効果が乏しかったが、トロミ水であれば楽しみ程度の摂取の検討が可能であった。症例 2 は、食塊形成、送り込み不良、咽頭残留が多量であったが、食形態と摂取方法の変更により誤嚥リスクが軽減した。
【経過】VF 後は、両例の訪問事業所に対して現状の嚥下機能、経口摂取方法と注意点、誤嚥リスクを情報提供し、退院後の訪リハで間接・直接的嚥下訓練を週 1 回 40 分実施した。また、経口摂取状況は、訪問事業所やキーパーソンとの連絡を適宜行う中で、希望を踏まえた食事指導やリスク管理を視覚化し、経口摂取継続に向けた連携に努めた。介入の結果、症例 1 が御家族と食事の場を共有しながら楽しみレベルの経口摂取を、症例 2 が施設とキーパーソンの協力の下で誤嚥兆候の増悪なく経口摂取を継続した。
【考察】VF 後、訪リハと多職種による経口摂取支援を実施した両例は、口腔嚥下機能に応じた経口摂取を目標とする在宅で継続できた。今回においては、ST が客観的な嚥下評価結果を基にキーパーソンを含めたチームによるリスク管理と、入院から在宅までシームレスな経口摂取の支援体制を構築できたためと考える。

一般演題 4 【筋疾患、施設・在宅診療】 O-19～O-23

O-21 施設入居者の誤嚥性肺炎に対する地域密着型病院の役割の検討

木村一喜（きむら かずき）[1)]、岡　久美[1)]、齋藤正直[1)]、御厨星怜奈[1)]、池永志織[1)]、北野晃祐[1)]、山田　猛[2)]、菊池仁志[2)]、小金丸誠[3)]

1）医療法人財団華林会村上華林堂病院　リハビリテーション科
2）医療法人財団華林会村上華林堂病院　脳神経内科
3）社会福祉法人さわら福祉会特別養護老人ホームマナハウス

【はじめに】地域密着型病院である当院には、嚥下障害の対応に難渋している近隣施設から誤嚥性肺炎で入院する入居者が多い。そのため、施設入居者の誤嚥性肺炎は、当院と施設が協同で対策を立案し、嚥下障害の予後を見据えた連携により予防を図る必要がある。今回は、嚥下障害により誤嚥性肺炎を繰り返している特別養護老人ホームマナハウスの症例に対して、嚥下造影検査（ＶＦ）を基に実施した経口摂取支援と施設連携の取り組みを報告する。
【症例紹介】症例は、発症時期が不明の多発陳旧性梗塞・出血（右側橋、両側基底核・視床）や脳萎縮（前頭葉、島、頭頂葉）により嚥下障害と全失語を呈した 88 歳男性である。入院前は、誤嚥兆候がある中で本人希望により軟飯軟菜食を摂取していた。Ｘ日に誤嚥性肺炎で当院へ入院となり、著明な口腔汚染や嚥下惹起性の低下により慢性的な唾液誤嚥が生じ、約 10 回/日の吸引が必要であった。
【結果】Ｘ日より言語聴覚士（ＳＴ）による間接的嚥下訓練とソフト食の経口摂取を開始し、口腔汚染の軽減と嚥下惹起性の賦活が図れたＸ＋11 日にＶＦを施行した。ＶＦは、喉頭蓋谷と梨状陥凹に残留を認め、形態向上に伴い残留量が増加したが、完全側臥位で誤嚥を認めなかった。ＶＦ後は、残留が少なかったソフト食の経口摂取を継続した。退院前は、吸引回数が３回/日に減少、施設へ介助方法やリスク管理を指導し、Ｘ＋28 日に退院した。退院後は、ＳＴが指導内容の遂行状況と経過を定期訪問で確認し、Ｘ＋196 日となる現在まで肺炎の再燃なく経口摂取を継続した。
【考察】誤嚥性肺炎を繰り返していた症例は、ＶＦと施設連携により嚥下障害に応じた経口摂取を継続できた。地域密着型病院である当院は、ＶＦによる客観的な評価結果を基に施設との連携体制を構築する役割を担うことで、近隣施設入居者の誤嚥性肺炎の予防と嚥下障害の予後を見据えた対応が実現できると考える。

一般演題 4【筋疾患、施設・在宅診療】 O-19～O-23

O-22 筋強直性ジストロフィー患者の舌圧と咽頭残留について

肥後尭志（ひご たかゆき）[1)]、阿部素子[1)]、荒畑　創[1)]、梅本丈二[1) 2)]
1）国立病院機構　大牟田病院
2）福岡大学病院　摂食嚥下センター

【目的】筋強直性ジストロフィー（MyD）患者の舌圧が嚥下咽頭期に与える影響を明らかにするため、舌圧と嚥下造影検査（VF）での咽頭残留量を検討した。
【方法】対象は 2020 年 4 月から 2023 年 3 月までに当院で VF を行った MyD 患者 28 名（男女 20：8、平均年齢 44.4 歳）の延べ 45 件。咽頭残留は日本摂食嚥下リハビリテーション学会の VF 評価法に基づいて、残留なし、少量残留、多量残留の 3 群に分類して比較した。舌圧は JMS と IOPI の舌圧測定器にて各 3 回ずつ測定し、平均値を求めた。
【結果】ゼリーにおける残留量別 JMS 平均値は、残留なし群 22.3、少量残留群 15.3、多量残留群 8.0kPa であった。残留なし群と少量残留群の間、少量残留群と多量残留群の間に有意差が認められた（p=0.001、p=0.039）。ゼリーにおける残留量別 IOPI 平均値は、残留なし群 29.2、少量残留群 21.0、多量残留群 10.0kPa であった。残留なし群と少量残留群の間、少量残留群と多量残留群の間に有意差が認められた（p=0.004、p=0.004）。また、全粥では残留なし群と少量残留群の間（JMS, p=0.001; IOPI, p=0.005）、パンでも少量残留群と多量残留群の間に有意差（JMS, p=0.031; IOPI, p=0.049）が認められた。各多量残留群の JMS 値と IOPI 値は、それぞれゼリー多量群 8.0 と 10.0、全粥多量群 14.1 と 18.2、パン多量群 16.1 と 21.5kPa であった。JMS のゼリー多量群とパン多量群の間（p=0.024）、IOPI のゼリー多量群と全粥多量群の間（p=0.021）、IOPI のゼリー多量群とパン多量群の間（p=0.003）に有意差が認められた。
【結論】舌圧と咽頭残留量に相関関係が認められ、輪状咽頭筋の開大不全を舌運動で代償していることが示唆された。また IOPI と JMS 値の差は、舌尖部と舌背部での舌圧の差を反映していることが考えられた。

一般演題 4【筋疾患、施設・在宅診療】　　O-19～O-23

O-23 Duchenne型筋ジストロフィー患者の経時的体組成分析による日本人男性との比較

荒畑　創（あらはた はじめ）、渡邉暁博、栄　信孝、本田裕之、河野祐治、山本明史、笹ケ迫直一

国立病院機構大牟田病院　脳神経内科

【目的】デュシェンヌ型筋ジストロフィー(以下 DMD)は徐々に体重減少、骨格筋量の低下が臨床的にみられる。しかし筋量低下やその量についての客観的検討は乏しい。今回、体組成分析(InBodyM10, DSM-BIA 法)を用い、体脂肪量、骨格筋量等を測定、DMD 患者の筋量の年齢推移について検討した。
【方法】通院/入院中の DMD 患者(2014 年～2022 年)において、InBodyS10 を用いて体組成分析測定を行った結果を後方視的に収集した。この際に入力された身長等のデータも同時に収集した。日本人男性体重の data は政府統計の e-Stat を参照した。
【結果】収集期間内の延べデータは 356 名分、平均年齢 20.2±6.7 歳(10 歳未満 15 名、10 歳台 188 名、20 歳台 121 名、30 歳以降 32 名)。各群のプロフィールは、10 歳未満：体重 26.5±5.2kg, 体脂肪量 9.5±4.8kg, 骨格筋量 7.6±1.7kg, 上肢筋肉量 0.9±0.5kg, 下肢筋肉量 3.0±1.5kg。10 歳前半：体重 39.6±10.8kg, 体脂肪量 17.2±7.5kg, 骨格筋量 10.6±3.8kg, 上肢筋肉量 1.2±0.8kg, 下肢筋肉量 5.9±6.3kg。10 歳後半：体重 44.9±12.3kg, 体脂肪量 20.8±9.9kg, 骨格筋量 11.6±3.0kg, 上肢筋肉量 1.5±0.8kg, 下肢筋肉量 6.9±3.7kg。20 歳前半：体重 41.6±9.6kg, 体脂肪量 19.4±8.2kg, 骨格筋量 10.5±2.2kg, 上肢筋肉量 1.1±0.6kg,下肢筋肉量 6.0±2.5kg。20 歳後半：体重 32.6±7.9kg, 体脂肪量 13.6±6.3kg, 骨格筋量 8.7±2.8kg, 上肢筋肉量 1.1±1.2kg, 下肢筋肉量 5.2±3.5kg。30 歳以降：体重 24.1±10.8kg, 体脂肪量 15.2±7.4kg, 骨格筋量 8.4±3.1kg, 上肢筋肉量 0.8±0.9kg, 下肢筋肉量 4.0±2.8kg であった。
【考察】日本人男性の体重は 23 歳がピークである。今回の検索では､DMD 患者の体重は 10 代後半に入り減少する方が多かった。今までは不明であったこの際の骨格筋量の変化については今回の検索で、DMD の体重のピークである 10 代後半に体脂肪量、骨格筋量、上肢筋肉量、下肢筋肉量全てが増加から減少に転じていた。上肢及び下肢の機能低下は臨床的には差があり、本疾患では一般的にまず 10 代前半に下肢筋力低下に伴う歩行機能を喪失する。しかし今回、骨格筋量は上肢下肢が同時に減少に転じていることは驚きであった。今後この減少のプロフィールを検討することが、早期の栄養管理と適切な運動療法、遺伝修飾療法により骨格筋量の改善がより適切且つタイムラグ無く実施できることにつなげたいと考える。

MEMO

日本神経摂食嚥下・栄養学会　会則

第１章　総則

（名称）
第１条　当会は２０１９年１０月１９日　日本神経筋疾患摂食嚥下・栄養研究会より移行し、名称は日本神経摂食嚥下・栄養学会　、英文では The Japanese Society of Deglutition and Nutrition in NeuroMuscular disorders と表記する。
第２条　その略称名を 神経嚥下学会または JSDNNM とする。
（事務局）
第３条　当会は、主たる事務局を鳥取県鳥取市に置く。
（公示方法）
第４条　当会の公告は、当学会ホームページ及び当学会の発行する機関誌に掲載する。

第２章　目的及び事業

（目的）
第５条　当会は、摂食、嚥下、栄養に関する診療、教育、研究の進歩向上を通じて、国民の健康の維持、増進を図り、社会に貢献することを目的とする。
（事業）
第６条　当会は、前条の目的を達成するために、次の事業を行う。
（１）学術大会、学術講演会の開催
（２）学会誌等の刊行
（３）会員及び一般市民に対する教育と啓蒙活動
（４）関連学術団体との連携と協力
（５）その他当会の目的達成に必要な事業

第３章　会員

（会員の種類）
第７条　当会の会員は次の通りである。
（１）正会員　医師、歯科医師、看護師、言語聴覚士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、栄養士、薬剤師及び研究者で当会の目的に賛同する者
（２）名誉会員　当会の運営に貢献した役員経験者で、理事会が推薦し、総会の承認を得た者
（３）学生会員　医師・歯科医師免許を有しない医系学部の学生及び医師・歯科医師免許を有しない大学院生で、当会の目的に賛同する者
（４）賛助会員　当会の目的に賛同し、当会の主催する事業への積極的な参加と支援を行う団体又は個人
（会員の権利）
第８条　正会員と名誉会員は学術講演会に参加し、発表する資格と、総会に参加する資格を有し、学会誌を閲覧し、これに投稿する権利を有する。
（入会）
第９条　当会に正会員、学生会員として入会を希望する者は、入会申込書に住所、氏名、所属名等を明記して、学会事務局の申込み、代表理事の承認を受けなければならない。
２　賛助会員を希望する団体又は個人は所定の申込書により学会事務局あて申込み、理事会の承認を受けなければならない。

（会費）
第１０条　会員は、別に決める会費を納めなければならない。ただし、名誉会員、学生会員は、会費の納入を要しない。
２　既納の会費は、いかなる事由があっても、これを返納しない。
（退会）
第１１条　会員は、退会届を提出して、任意に退会することが出来る。
２　会員が、以下に該当するときは、退会した者と見なす。
（１）本人が死亡したとき
（２）会費を３年以上滞納し、督促に応じないとき
（会員資格の停止、喪失等）
第１２条　会員が、次の各号のいずれかに該当するときは、理事会の決議により、注意、資格停止等の処分を行うことが出来る。ただし、除名については、総会の決議によりこれを行う。
（１）本会の目的に反して本会の運営を妨げる行為があったとき
（２）本会の名誉を損なう行為のあったとき
２　会員を除名するときは、代議員現在数の３分の２以上の賛成をもって行う。

第４章　代議員

（代議員の設置）
第１３条　当会は、代議員を若干名置く。
（選任）
第１４条　代議員は、理事会で推薦、又は会員内選挙で選任され、総会（代議員会）で承認される。
（職務）
第１５条　代議員は、総会を組織し、この会則に定める事項を審議議決する。
（任期）
第１６条　代議員の任期は、選定後２年内の最終の事業年度に関する定時総会の終結の時までとし、再任を妨げない。
（報酬）
第１７条　代議員は、無報酬とする。

第５章　役員

（種類及び定数）
第１８条　当会に次の役員を置く。
２　代表理事　１名
３　副代表理事　１名
４　理事　　若干名
５　監事　２名以内
（選任）
第１９条　理事及び監事は、総会において選任する。
２　代表理事は、理事会の決議によって選定する。
３　理事は代議員より選出する。
４　監事は会員より選任する。
（職務）
第２０条　代表理事は、当会を代表する。代表理事に事故あるとき又は欠席のときは、副代表理事が職務を代行する。
２　理事は、理事会を構成し、当会の業務を執行する。
３　監事は、当会の業務並びに財産及び会計の状況を監査する。

（任期）
第２１条　理事及び監事の任期は、選定後２年内の最終の事業年度に関する定時総会の終結の時までとし、再任を妨げない。ただし補欠として選任された理事の任期は、前任者の任期の残存期間と同一とする。
（報酬）
第２２条　役員は、無報酬とする。

第６章　会議

（理事会）
第２３条　理事会は、毎年１回以上開催する。
２　理事会は、代表理事が招集する。ただし代表理事に支障あるときは、副代表理事がそれを代行する。
３　理事会の議長は、代表理事とする。ただし代表理事に支障あるときは、副代表理事がそれを代行する。
４　理事会は、理事の過半数の出席がなければ会議を開くことは出来ない。ただし他の理事を代理人として表決を委任した者、WEB で出席した者は、出席者と見なす。
５　理事会の議事は、出席理事の過半数をもって決する。ただしあらかじめ通知された事項について書面（メール）でもって表決することができる。
６　理事会では、総会の議決した事項の執行に関する事項及びその他総会の議決を要しない業務の執行に関し、議決する。
７　理事会の議事について議事録を作成しなくてはならない。
（総会）
第２４条　総会は代議員をもって構成し、年１回開催する。ただし、必要があるときは臨時に開催できるものとする。
２　総会では次の事項を議決する。
（１）役員の選任と解任
（２）会則の変更
（３）各事業年度の事業報告及び決算
（４）会員の資格停止、除名等
（５）解散及び残余財産の処分
（６）理事会において総会に付議された事項
３　総会は、代表理事が招集する。
４　総会の議事は、代議員現在数の過半数が出席し、出席した代議員の過半数をもって決する。ただし他の代議員を代理人として表決を委任した者、WEB で参加した者は、出席者と見なす。
５　議決権は代議員１名につき１個とする。
６　総会の議長は、学術大会の大会長とする。ただし大会長に支障あるときは、代表理事がそれを代行する。
７　総会の議事について、議事録を作成しなければならない。

第７章　学術大会

（学術大会）
第２５条　当会は毎年、学術大会を開催する。
２　前項によるものの他、あらかじめ理事会の議決を経たときは、研究会等を開催することが出来る。
（学術大会大会長）
第２６条　学術大会には、大会長、次期大会長を置く。
２　大会長は、学術大会を主宰する。
３　大会長、次期大会長は、理事会の決議により代議員の中から選任する。
４　学術大会の参加費は大会長が決める。

第８章　委員会

（委員会）
第２７条　当会は必要に応じて各種の委員会を置くことが出来る。
２　委員会の設置及び廃止は理事会で決定する。

第９章　事務局

（事務局及び職員）
第２８条　当会の事務処理のため、事務局及び必要な職員を置く。
２　職員は代表理事が任免する。
３　職員は有給とする。

第１０章　会計

（会計）
第２９条　当会の事業計画及び収支予算については、毎事業年度の開始の日の前日までに代表理事が作成し、理事会の議決を経て、総会の承認を得るものとする。
２　前項の規定にかかわらず、やむを得ない理由により予算が成立しないときは、予算成立の日まで前年度の予算に準じ収入及び支出をすることができる。
３　前項の収入及び支出は、新たに成立した予算の収入及び支出とみなす。
（事業報告及び決算）
第３０条　代表理事は毎事業年度の終了後１ヶ月以内に事業報告書、収支決算書を作成し、監査を経て総会の承認を得なければならない。
（事業年度）
第３１条　当会の事業年度は、毎年１０月１日に始まり、翌年９月３０日までの年１期とする。

第１１章　会則の変更、解散等

（会則変更）
第３２条　この会則は、総会において、代議員出席者の３分の２以上の賛成により変更することができる。
（解散）
第３３条　当会は、総会において、代議員現在数の３分の２以上の賛成により解散することができる。

第１２章　補足

第３５条　この会則の施行についての細則は、理事会、総会の議決を経て別に定める。

附則
この会則は、２０２０年９月４日から施行する。

≪ 編 集 後 記 ≫

今回の大会は、福岡大学病院摂食嚥下センター長である梅本が大会長となり、そして福岡大学医学部脳神経内科学講座所属である坪井と藤岡が、それぞれ副会長と事務局長を務めることになりました。

本大会の開催が決定した 2021 年末の時点では、まだ新型コロナウイルス感染症の終息が見えず、状勢に応じた様々な開催様式を想定しながら、準備を進めてまいりました。大会運営に不慣れな私どもでしたが、過去の大会長の先生方から多くの資料とご助言を賜り、さらに、演者・座長の先生方、協賛・後援の方々から多大なお力添えにより、今回のテーマ「嚥下障害の予後を見据えた栄養管理を模索する」にふさわしい充実したプログラムを作り上げることができました。

神経疾患における嚥下と栄養についての最新知見を学ぶことができる、貴重な機会です。福岡で、もしくは Web 配信を通して皆様にお会いできることを心より楽しみにしています。

2023 年 8 月 1 日

福岡大会事務局
事務局長　　藤岡　伸助（福岡大学医学部脳神経内科学准教授）
事務担当　　菖蒲　真代（福岡大学医学部教育技術職員）

ホームページ制作およびポスターデザイン担当：友永　裕梨佳

博多湾に臨む福岡 PayPay ドーム・福岡タワー周辺をロゴマークにしました。

共催団体・協賛企業・後援団体一覧

第 19 回日本神経摂食嚥下・栄養学会学術集会 福岡大会の開催にあたり、下記のみなさまから多大なるご支援を賜りました。ここに深甚なる感謝の意を表します。

第 19 回学術集会 福岡大会
大会長　梅本　丈二
副会長　坪井　義夫

共　催

一般社団法人 日本老年歯科医学会 福岡支部

協　賛

アッヴィ合同会社
エーザイ株式会社
医療法人北愛会 合馬内科クリニック
株式会社大塚製薬工場
小野薬品工業株式会社
おばた内科クリニック
きたじま歯科クリニック
きむら内科・脳神経クリニック
協和キリン株式会社
株式会社サンウェルズ
株式会社ジェイ・エム・エス
住友ファーマ株式会社
武田薬品工業株式会社
田辺三菱製薬株式会社
ニプロ株式会社
パラマウントベッド株式会社
ひらせ歯科医院
株式会社フードケア
福原内科・脳神経内科クリニック
医療法人財団華林会 村上華林堂病院
株式会社モリタ

■ドリンク等提供
株式会社伊藤園
大塚製薬株式会社
住友ファーマ株式会社
ネスレ日本株式会社

後　援

【職能団体】

公益社団法人 日本医師会
公益社団法人 日本栄養士会
一般社団法人 日本言語聴覚士協会
公益社団法人 福岡県医師会
公益社団法人 福岡県看護協会
公益社団法人 福岡県歯科医師会
一般社団法人 福岡市医師会
一般社団法人 福岡市歯科医師会

【学会】

一般社団法人 日本神経学会
一般社団法人 日本摂食嚥下リハビリテーション学会
一般社団法人 日本老年歯科医学会

（50 音順・敬称略　2023 年 8 月 1 日現在）