






特集

炎症性腸疾患（IBD）の 治療最前線

炎症性腸疾患（IBD）の治療は近年、画一的な治療から患者一人ひとりの病態や生活背景に応じた個別化医療へと大きく進化しています。従来は症状の改善や炎症の抑制が主な治療目的でしたが、現在では腸粘膜の治療を目指す「内視鏡的寛解（粘膜治療）」や長期的な予後改善を見据えた治療戦略が標準となっています。さらに、生物学的製剤やJAK阻害薬に加えてS1P受容体調節薬の登場により、点滴や自己注射を必要としない経口治療の選択肢も広がり患者のQOL向上にもつながっています。

こうした治療の進歩に伴い、栄養・食事療法の位置づけも変化しています。低栄養やサルコペニアの予防・改善、寛解期の栄養管理、再燃予防を見据えた食事支援など、栄養管理は治療に支える重要な要素となっています。本特集ではIBD診療の最新動向を踏まえながら、専門医師、薬剤師、管理栄養士、さらに米国登録栄養士（RD）の視点から、最新の治療戦略と栄養管理の実践について多角的に解説します。患者のより良い生活を支えるための知識と実践のヒントをお届けします。

CONTENTS

- 10  **総論**
進化する炎症性腸疾患の治療と栄養食事療法
—個別化医療時代における治療戦略と栄養管理—
ナフス株式会社栄養開発室 室長/機能強化型認定栄養ケア・ステーション鈴鹿 代表 **中東真紀**
- 12  **医師**
IBD 診療の新たな治療目標
—長期予後とQOLの改善を見据えた治療戦略—
地域医療機能推進機構四日市羽津医療センター 院長/IBDセンター センター長 **山本隆行**
- 14  **薬剤師**
最新のIBD 治療薬
—投与経路の違いからみる患者支援のポイント—
島根大学医学部附属病院 薬剤部・医学博士 **中村健志**
- 16  **管理栄養士**
**日本におけるIBDの病院食と
栄養指導**
京都大学医学部附属病院 疾患栄養治療部 **福田志津**
- 18  **海外**
海外のIBD 病院食・栄養指導最前線
—米国の最新ガイドラインと大学病院における実践、そして現場のリアル—
株式会社グッテ 代表取締役/米国登録栄養士・公衆衛生学修士 **宮崎拓郎**



nflammatory

owel

isedase

© dizain-stock.adobe.com

進化する炎症性腸疾患の治療と 栄養食事療法

— 個別化医療時代における治療戦略と栄養管理 —

ナフス株式会社栄養開発室 室長
機能強化型認定栄養ケア・ステーション鈴鹿 代表
中東真紀

患者に合わせた治療方針への変化や選択肢の増加により、栄養管理・食事療法の役割も変わりつつある炎症性腸疾患（IBD）。ナフス株式会社栄養開発室長で機能強化型認定栄養ケア・ステーション鈴鹿代表の中東真紀氏が、IBDでの栄養管理の全体像を解説する。

個別化医療時代における 治療戦略と栄養管理

炎症性腸疾患（IBD：Inflammatory Bowel Disease）の治療は、近年、画一的な治療から個別化医療（Precision Medicine）へと大きく変化しています。また、従来の「炎症を抑える」段階からより高いレベルの「内視鏡的寛解（粘膜治癒）」を目指す治療が標準化されています。2025年に承認された中等症〜重症の潰瘍性大腸炎の治療薬オザニモド（ゼボジア®）や、エトラシモド（ベルスピテイ®）などのSIP受容体調節薬により、点滴や自己注射を必要としない治療選択肢が増加しました。

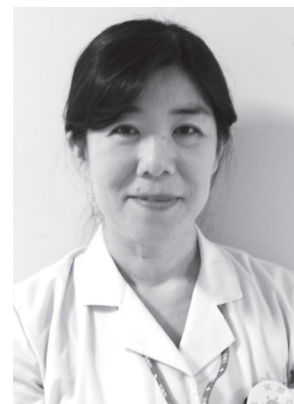
また、血清タンパク質や腸内細菌叢の解析をバイオマーカーとして活用し、患者ごとに最適な薬剤（抗TNF抗体、抗IL-23抗体など）を早期に選定するバイオマーカーによる精密医療への試みも、進んでいます。新世代抗体の登場など、従来の治療で効果不十分だった層（治療の限界、Thera-

peutic Ceiling）を突破するための新薬開発が進行中です。治療の進歩と変化にともない、栄養食事療法も大きく変動しています。

IBDの栄養評価

クローン病（Crohn's Disease：CD）と潰瘍性大腸炎（Ulcerative Colitis：UC）の包括的栄養管理指針については、従来の「一律な制限食」ではなく病態・炎症活動性・消化吸収機能・生活背景・文化的価値観に応じた「個別化栄養管理」を基本とします。病院食は単なる栄養補給ではなく、炎症悪化予防、腸管安静、栄養状態改善、サルコペニア予防、QOLの維持、

社会生活支援などを目的とし、多職種連携のもと継続的に評価・調整を行います（表1）。IBDでは炎症、摂取不足、吸収障害、活動量低下により低栄養・筋量低下が起こりやすいため、サルコペニア・フレイル対策として、栄養評価は体重だけでなく、筋量・筋力・身体機能も見ることが重要です。ESPENはIBD患者の栄養リス



ク評価と個別栄養介入を重視しています¹⁾。

クローン病・潰瘍性大腸炎の 栄養管理

クローン病の小腸病変による吸収障害や狭窄、瘻孔、短腸症候群の場合には、高たんぱく質・高エネルギーと微量栄養素の補充が必要で、欠乏しやすい栄養素であるビタミンB12や鉄、亜鉛、マグネシウム、葉酸、脂溶性ビタミンのモニタリングが重要です。また、経腸栄養療法を上手に利用します。

潰瘍性大腸炎は、腹部痛、下痢、血便、脱水、貧血などの症状があるため、水分補正や鉄補充、低刺激食、体重維持などの栄養管理が必要です。寛解期には過度の制限は避け、通常食に移行します。

病期別栄養基準について

1. 寛解期

IBDの寛解期では、過度な食

表1 栄養管理の基本方針 (栄養評価は入院時および定期的に評価する)

項目	評価内容
身体評価	BMI、体重変化率、骨格筋量、握力、浮腫
血液検査	Alb、CRP、Hb、Fe、VB12、葉酸、Zn、VD
消化器症状	下痢回数、腹痛、血便、狭窄症状、食欲、嘔気、膨満感
栄養リスク	低栄養、サルコペニア、脱水、微量栄養素欠乏

表2 寛解期の食事

地中海食の特徴	寛解期に控えたい食事
<ul style="list-style-type: none"> 新鮮な野菜や果物 全粒穀物 オリーブオイル 新鮮な魚介類 ナッツ類 発酵食品 	<ul style="list-style-type: none"> 加工食品 (過度の摂取) 高脂肪食 (過剰な揚げ物摂取) 砂糖飲料の過剰摂取 アルコール 牛肉や豚肉の過剰摂取

表3 栄養基準の目安

栄養素	活動期 (中等度～重症)	寛解期
エネルギー (kcal)	30～35 kcal/kg/day	25～35 kcal/kg/day
たんぱく質 (g)	1.2～1.5 g/kg/day	1.0～1.5 g/kg/day
脂質 (g)	総エネルギーの20～25%	総エネルギーの20～30%
食物繊維 (g)	制限する	耐容範囲内で摂取
水分 (ml)	脱水補正重視する	30～35 mL/kg/day

※ESPEN Guideline 2023 (Clinical Nutrition 42:352-379) 参照

表4 狭窄・閉塞リスク時の栄養管理

禁忌・制限	推奨の食事	緊急時
<ul style="list-style-type: none"> 繊維質 こんにゃく きのこ類 ナッツ類 海藻類 繊維の多い肉 	<ul style="list-style-type: none"> ポタージュ ペースト食 五分粥 半固形栄養剤 経腸栄養 	<ul style="list-style-type: none"> 絶食 静脈栄養

表5 病院食の区分 (例)

食種	適応	病院食対応食
IBD 常食	寛解期	脂質異常症
IBD 消化調整食	軽症活動期	消化性潰瘍
IBD 低残渣食	中等症活動期	消化管術後食 A
IBD 狭窄対応食	狭窄あり	消化管術後食 B
IBD MUSHY SOFT DIET	高度狭窄・術後	経腸栄養 A
IBD 経腸栄養食	重症例	経腸栄養 B

【参考文献】

1) Bischoff et al. ESPEN Guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. Clin Nutr. 2023; 42 (3): 251-442.

事制限を避けて、栄養バランスと腸内環境改善を重視します。推奨される食事のパターンは、地中海食を基本とした食材を利用します。表2を参考に、退院時の栄養食事指導にご利用ください。脂質の量よりは質を目指して、炎症を抑える効果のある魚を中心にMCTオイルやオリーブオイルを利用します。1日の栄養基準量はESPENのガイドラインを参照して活動期と寛解期に分けて表3に記しました。食形態は、常食や軟菜食、消化調整食になります。

2. 活動期 (中等症～重症)
活動期では、炎症抑制と腸管負担軽減を優先します。食事は「低残渣・低食物繊維食」とし、生野菜や海藻類、きのこ類、種実類、繊維の多い果物を制限します。また、高脂肪食を制限して消化吸収状態に応じて脂質量を調整します。乳糖不耐症疑い時には、乳製品を制限します。また、活動期だけではなく、腸管狭窄時や腹痛、術後にも適応した「Mushy Soft Diet (ムーシーソフト食)」を利用します。Mushy Soft Dietは、柔

らかくてつぶしやすい、消化しやすく腸管刺激が少ない食事です。
3. 腸管狭窄・腸管閉塞リスク時は、絶食・輸液療法ですが、食事が開始された後は、経管栄養とMushy Soft Dietを併用し、表4の食品に気を付けながら食事量や形態をアップしていきます。病期別栄養基準は、できるだけ簡素化して給食経営管理に支障のないように気を付けます。表5で脂質異常食や術後食などと比較し

て、統一化を図るようにしましょう。
IBDの包括的ケアに向けて
IBDの包括的な治療のためには、多職種連携で退院後も継続的な栄養支援を行います。患者さんの再燃時対応教育や外食、食事不安軽減、過度の食制限の是正、就業支援などが必要です。難病相談支援センターや患者会と協力体制を構築しておくことが良いでしょう。
現在のIBDの栄養療法は「禁止食品」を増やす医療ではなく、「安全に食べ続けられる方法」を支える医療への転換が重要です。IBD患者に対する病院の栄養管理は、炎症制御だけでなく、栄養状態や心理面、社会生活、QOLを包括的に支援することが重要になります。近い将来には個別化医療の進展とともに、AIとバイオマーカーによる治療予測、患者報告アウトカム(PRO: Patient-Reported Outcome)、精密栄養管理を組み合わせた包括的IBDケアがさらに重要になるでしょう。