

実践骨粗鬆症治療における栄養学 【栄養改善委員会企画】

日 時 2026年9月13日(日) 10:30 ~ 12:00

会 場 第2会場 (2F メインホールA)

座 長 上西 一弘 (日本栄養大学栄養学部)、田中 伸哉 (医療法人社団全仁会 東都春日部病院)

単 位 日本骨粗鬆症学会：マネージャー教育研修単位

3-SY29-1

骨粗鬆症栄養改善委員会の総括と今後の課題

田中 伸哉 (東都春日部病院)

2024年発足の栄養改善委員会の歩みを総括。栄養改善マニュアルの作成と学会誌特集 (2025年1号~2026年2号) の経緯を述べ、ほとんどの治療薬のエビデンスがCa・天然型ビタミンDの十分な補充のもとで得られている点を改めて確認する。

3-SY29-2

臨床試験データから考えるカルシウム・ビタミンD摂取量

萩野 浩 (山陰労災病院リハビリテーション科)

国内外の主要試験におけるCa/VD補充量を整理 (海外BP : Ca 500~1500 mg/日・VD 250~500 IU/日、FREEDOM : Ca 1000 mg・VD 400 IU、国内BP : Ca 305~600 mg・VD 200~400 IU)。Ca・VDは薬物治療の効果を支える「必須の支持療法」と位置づける。

3-SY29-3

25(OH)D低下を生じる病態と不足により生じる弊害および補充

津川 尚子 (神戸学院大学栄養学部)

25(OH)DはDBPと結合し半減期約2週間、栄養状態を最もよく反映する指標。脂質吸収障害・肝腎疾患・肥満・原発性副甲状腺機能亢進症などの低下要因と、骨密度・骨折のみならず心血管・免疫・転倒への影響、補充効果と日本での低下傾向を概説する。

3-SY29-4

CKDにおける活性型ビタミンD治療をどう考えるか？

風間 順一郎 (福島県立医科大学医学部腎臓高血圧内科)

VDRAの位置づけの変遷を腎臓内科の視点から論じる。エルデカルシトール等は腸管Ca吸収も亢進させるため、緩衝作用の制限されたCKD、とくにstage 3b~4では高Ca血症を招きやすく「ほぼ禁忌に近い」。一方で基質としての天然型25(OH)D補充の意義は残る。

3-SY29-5

骨粗鬆症治療時のカルシウム摂取における海外動向と現行の要因加算法の問題点

上西 一弘 (日本栄養大学栄養生理学研究室)

米国では閉経後骨粗鬆症にCa 1200 mg/日・VD 20 µg/日が推奨。日本の食事摂取基準 (成人女性650 mg/日) は要因加算法で30歳以上の体内蓄積量を「0」とし骨量減少分が未考慮であり、出納試験法では高齢女性でより高値となる点を問題提起する。