

平成23年12月13日

日本病態栄養学会  
会員各位

日本病態栄養学会症例検討分科会  
中国・四国地区代表世話人 渡辺明治  
〃 河原和枝

### 日本病態栄養学会症例研究分科会（中国・四国地区第3回）開催のご案内

師走の候、皆様方におかれましてはますます御健勝のこととお喜び申し上げます。  
平素は格別のご厚誼にあずかり、厚く御礼申し上げます。

さて、昨今栄養ケアの重要性が認知され、会員の皆様も栄養管理、栄養サポートチームなどの業務に精進されていることと思います。栄養ケアの実践力をつけるためには、講義形式の研修会より、実際に考え、ディスカッションする研修会の方が有効と考えられています。

本症例研究会は、提示された症例の栄養状態を評価し、必要栄養量の補給についてどのように判断し、また、どのように対応するかのプロセスをディスカッションすることにより、臨床での栄養ケアのスキルアップを図り、かつ、有用な栄養ケアの共有化により病態栄養学の発展に寄与することを目的として過去2回岡山で開催し、大変好評でございました。今回は、四国の会員の皆様が参加しやすいよう場所を高知県に移し開催いたします。中国地区の方には多少遠方になりますが、皆様お誘い合わせの上、多数ご参加くださいますようお願い申し上げます。

### 記

#### 日本病態栄養学会症例研究分科会（中国・四国地区第3回）プログラム

1. 開催時期 平成24年2月5日(日) 9時50分～17時
  2. 会場 高知学園短期大学5号館530教室  
(〒780-0955 高知県高知市旭天神町 292-26 TEL: 088-840-1121 (代表))
  3. 募集定員 50名
  4. 参加費 会員 4,000円・学生会員 1,500円・非会員 6,000円 (全国共通)
  5. 取得単位 病態栄養専門師更新研修 2単位  
糖尿病療養指導士認定更新 (1群) 研修単位 2単位
  6. プログラム
    - 9:50～10:00 開会の挨拶 渡辺明治 (地区担当世話人)
    - 10:00～10:10 研究会スケジュールについて 河原和枝 (地区担当世話人)
    - 10:10～11:30 座長: 坂本八千代 (地区役員)  
疾患解説: 松木道裕 (川崎医大)  
渡辺明治
- 症例提示
- ・糖尿病性腎症・・・安原みずほ (松江赤十字病院)
  - ・消化器がん術前・・・大橋直子 (高知医療センター)
  - ・拒食症・・・ 隅田有公子 (愛媛大学医学部附属病院)
  - ・褥瘡・・・ 則久郁子 (香川: 篠原記念病院)

症例提示のスタイルは統一した様式を用いる。

11：30～14：00 グループワーク（休憩時間含む）

情報収集・栄養状態の評価・栄養管理目標・栄養管理計画・栄養食事療法の効果指標などについて各グループで検討する。症例提示者は各グループから質問があればアドバイスする。（各グループにパソコン1台用意、あらかじめパソコンの中に評価様式、管理目標記入様式等を入れておく）

14：00～17：00 ワークショップー治療効果アップを目標とした栄養管理ー  
グループワークによるケーススタディの共有と論点整理  
各グループ／1症例：1名

座長：松木道裕・坂本八千代

17:00 閉会

## <会場案内図>



### 住所

〒780-0955 高知市旭天神町292-26

### 交通のご案内

- ・高知自動車道「伊野IC」より車で約15分
- ・JR四国・旭駅（土讃線）より約0.7km
- ・土佐電鉄（路面電車）旭駅前電停より約1km
- ・高知龍馬空港より、はりまや橋
- ・JR高知駅までは空港連絡バスで約30分

高知学園短期大学 5号館 530号教室

高知県高知市旭天神町 292-26 Tel 088-840-1121（代表）

7. 交通アクセス：

- ・JR 四国 土讃線 「旭駅」下車、徒歩 10 分
- ・自家用車 駐車スペース有

問合せ先：川崎医科大学附属病院栄養部 河原和枝

TEL:086-464-1172

E-mail:kazueka@mw.kawasaki-m.ac.jp

平成 年 月 日

日本病態栄養学会症例研究分科会  
中国四国地区代表世話人 河原和枝 行  
(FAX: 086-464-1172)  
E-mail:kazueka@mw.kawasaki-m.ac.jp

(申し込み締切:平成24年1月31日)

## 参加申込書

日本病態栄養学会症例研究分科会(中四国地区第3回)に参加します。

会員区分	<input type="checkbox"/> 日本病態栄養学会会員 <input type="checkbox"/> 日本病態栄養学会非会員
氏名	
フリガナ	
勤務先	
勤務先住所	
連絡先電話番号	
症例希望(第1希望)	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 拒食症 <input type="checkbox"/> 消化器癌 <input type="checkbox"/> 褥瘡
症例希望(第2希望)	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 拒食症 <input type="checkbox"/> 消化器癌 <input type="checkbox"/> 褥瘡

会員区分	<input type="checkbox"/> 日本病態栄養学会会員 <input type="checkbox"/> 日本病態栄養学会非会員
氏名	
フリガナ	
症例希望(第1希望)	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 拒食症 <input type="checkbox"/> 消化器癌 <input type="checkbox"/> 褥瘡
症例希望(第2希望)	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 拒食症 <input type="checkbox"/> 消化器癌 <input type="checkbox"/> 褥瘡

会員区分	<input type="checkbox"/> 日本病態栄養学会会員 <input type="checkbox"/> 日本病態栄養学会非会員
氏名	
フリガナ	
症例希望(第1希望)	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 拒食症 <input type="checkbox"/> 消化器癌 <input type="checkbox"/> 褥瘡
症例希望(第2希望)	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 拒食症 <input type="checkbox"/> 消化器癌 <input type="checkbox"/> 褥瘡

各項目すべてご記入ください。□には✓を入れてください。同一施設なら3名まで1枚の用紙で申込可