

平成24年12月17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4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、会員の皆様におかれましては日々栄養管理、栄養サポート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です。

本症例研究分科会は、提示された症例について、病態を理解し、さらに栄養状態を評価したうえで、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開催してきました。これまでに岡山、高知で開催し、大変好評を博してまいりました。今回は、山陰地区の会員の皆様が参加しやすいよう場所を島根県に移し開催いたします。四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4回）プログラム

1. 開催時期 平成25年1月27日(日) 9時50分～17時
2. 会場 松江赤十字病院本館棟6階大会議室
(〒690-0886 島根県松江市母衣町200 TEL(代表):0852-24-2111)
3. 募集定員 40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:市川和子(地区役員)
疾患解説:垣羽寿昭(松江赤十字病院)
渡辺明治

症例提示

- ・糖尿病性腎症・・・乙社あかり(松江赤十字病院)
- ・食道裂孔ヘルニア・・・井上真穂(鳥取赤十字病院)
- ・高次脳機能障害・・・西垣幸奈(三豊市立西香川病院)

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:垣羽寿昭、市川和子

17:00 閉会

<会場案内図>



松江赤十字病院 6階大会議室

松江市母衣町 200 Tel 0852-24-2111 (代表)

7. 交通アクセス:

- ・JR 伯備線、山陰本線 松江駅下車、徒歩 17 分
- ・松江駅から松江市営バス (福祉センター行または宍道湖温泉行、赤十字病院前下車・・1 時間 1 本)
※島根県民会館前下車なら本数多数
- ・自家用車 駐車スペース有 (駐車料金 100 円)

8. その他: 昼食は各自ご用意ください。

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25年1月20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4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"/> 食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害
症例希望(第2希望)	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害

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"/> 食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害
症例希望(第2希望)	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害

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"/> 食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害
症例希望(第2希望)	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害

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