

日本栄養治療学会北海道支部 第16回支部学術集会

—プログラム・抄録集—

「重症者に対する適切な栄養療法を考える」

会期	2024年8月24日(土)
会場	北海道大学医学部学友会館「フラテ」 札幌市北区北15条西7丁目
支部長	星 智和(医療法人社団 友崇会 かむいクリニック)
大会長	七戸 俊明(北海道大学病院消化器外科II)
大会事務局	北海道大学大学院医学研究院 消化器外科学教室II 〒060-0815 札幌市北区北15条西7丁目 TEL:011-706-7714 2gejimu@med.hokudai.ac.jp
運営事務局	マイス株式会社 札幌市中央区大通東7丁目18-2 TEL:011-280-8008 contact@jспен16.gakkai.me

<https://jспен16.gakkai.me>

大会長挨拶



第16回日本栄養治療学会北海道支部学術集会

大会長 七戸 俊明

北海道大学病院 消化器外科Ⅱ

日本栄養治療学会北海道支部第16回北海道支部学術集会を、北海道大学医学部フラテホールで開催いたします。本会の目的は、日本栄養治療学会北海道支部組織として、臨床栄養に関する研究と知識の交流をはかり、その教育と普及、発展に努め、栄養管理の推進と向上に貢献することにあります。

今回の学術集会では、「重症者に対する適切な栄養療法を考える」をテーマに、教育講演、ランチョンセミナー、シンポジウムを企画し、北海道の栄養療法の発展のためにも皆様に有意義な内容となっております。また、特別講演では、日本栄養治療学会理事長の比企直樹先生にご講演を頂くことになりました。

多くの皆様とお会いできますことを心より楽しみにしております。

ご参加の皆様へのご案内

参加登録について

- ・HP参加登録 (<https://jspen16.gakkai.me/>)より、参加登録を行ってください。
- ・受付期間内に、参加登録および参加費(クレジットカード決済)の支払いを済ませていただいた上で、参加登録完了となりますので、ご注意ください。

【登録期間】

- ・現地参加の方(事前参加登録)

2024年8月2日(金)～2024年8月23日(金)正午まで

※上記日程以降につきましては、当日参加受付となります。

なお、現地で当日参加登録される方につきまして、ランチョンセミナーのお弁当は、数に限りがございますので、ご注意ください。

参加費

参加カテゴリー	事前参加登録参加費	当日参加登録参加費
会 員	3,000円(不課税)	4,000円(不課税)
非 会 員	4,000円(課税・税込)	5,000円(課税・税込)

※学生であっても、現在施設に勤務されている方は会員もしくは非会員として登録してください。

※学生の方は、当日受付のみ対応といたします。(参加費1,000円) 受付で学生証をご提示ください。

お支払方法

【お支払方法】

事前参加登録

- ・事前参加登録は、クレジットカード決済となります。
 - ・参加費の決済をもちまして、完了となります。
- ※クレジットカードをお手元にご用意し、ご登録をお願いいたします。

当日参加登録

- ・当日参加登録は、クレジットカードは使用できませんので、現金をご用意ください。
- ・当日参加登録は、現地参加される方のみとさせていただきます。

キャンセルについて

- ・参加登録後の取り消しキャンセルはお受けできません。
- ・参加費の返金は理由の如何にか変わらずいたしかねます。
- ・二重登録には、十分にご注意ください。

【参加証(領収書付き)】

- ・参加登録後、参加登録サイトよりダウンロードができますので、各自印刷してください。

参加単位について

- ・NST(栄養サポート)専門療法士認定制度の認定・更新の際の単位(JSPEN支部会学術集会参加:5単位)が取得できます。

プログラム抄録集について

- ・今大会は、プログラム抄録集の印刷および発送は致しません。
- ・参加登録及び参加費のお支払いを完了された方へ、開催2日前を目途メール(PDFデータ)にてお送りいたします。

参加方法

- ・現地参加の方は、現地会場 受付までお越しください。
- ・会場にて事前参加登録の方は、お名前を確認し、ネームプレートをお渡しいたします。
- ・当日参加登録の方は、参加申込書に必要事項記載の上、参加費をお支払いください。

ご参加の皆様へのお願い

- ・開催日当日に発熱、咳、鼻汁、咽頭痛、倦怠感、頭痛、味覚・聴覚障害などの体調不良が認められる場合は、ご参加をお控えください。
- ・講演の録画、録音、写真撮影(スクリーンショット)は固くお断りいたします。
- ・学術集会専用の駐車場はありませんので、できる限り公共交通機関をご利用ください。
お車でお越しの際は、近隣の有料駐車場をご利用ください。
- ・会場内では参加証をカードホルダーに入れ、常に着用してください。
- ・携帯電話のご使用は、講演会場外にてお願いいたします。会場内ではマナーモードの設定をお願いいたします。
- ・会場内は禁煙です。喫煙は喫煙所にてお願いいたします。

座長・演者の皆様へのお知らせとお願い

座長および演者へ共通のご案内

1. 一般演題の発表時間は、発表6分、質疑3分、合計9分といたします。
2. シンポジウム等は事前にお伝えしている時間になります。

座長の皆様へ

- ・一般演題の発表は、1演題発表6分、質疑3分、合計9分といたします。
- ・シンポジウム等は事前にお伝えしている時間になります。
- ・進行は時間厳守にご協力ください。
- ・演者紹介の際には、演題番号と発表者氏名のみご紹介ください。質疑時間を確保するため、演題名や発表者のご所属の紹介は不要です。
- ・講演開始後、進行に支障が出た際には、臨機応変なご対応をお願いいたします。

演者の皆様へ

■発表データの受付について

- ・発表データはセッション開始30分前までに「PC受付」にて受付し、ご試写ください。

【PC受付

日 時：8月24日(土)9:00～15:00

場 所：北海道大学医学部学友会館「フラテ」 1F

- ・セッション開始15分前にはスクリーンに向かって左側の「次演者席」へお越し下さい。
- ・当日の発表時に利益相反(COI)についての情報開示をお願いいたします。
- ・発表スライドの最初に、利益相反自己申告に関するスライドを加えてください。

■発表方法について

- ・発表は全てPCによる発表で、スライドによる発表はできませんのでご注意ください。
また、スクリーンは1面投影です。
- ・会場では、演者ご自身で、演題上にある、モニター、マウスを操作していただきます。
※発表者ツールは使用できませんのでご注意ください。
※発表時間の15分前までに、次演者席に着席してお待ちください。

■発表データについて

- ・発表の30分前には、「PC受付」にて、必ず発表データの提出及び試写を行ってください。
- ・データ持ち込みの場合は、オペレーターがデータを受け取り、サーバーにコピーします。
尚、コピーされたデータは研究会終了後、事務局で責任を持って消去いたします。
- ・PC本体をお持ち込みの場合は、発表データ受付にて出力チェック後、ご自身で会場内左手前方のオペレーター席までお持ちください。

■PC本体をご持参の場合

- デスクトップ上のわかりやすい場所に発表スライドを保存しておいてください。
- 動画がある場合は、PC受付での試写確認時に必ずスタッフにお知らせください。
- 電源アダプタを必ずご持参ください。
- 会場機材への接続は、HDMIです。PC本体の出力端子をご確認の上、変換アダプタが必要な場合は、必ずご持参ください。
- スクリーンセーバーや省電力設定は事前に解除しておいてください。
- 起動、ログインパスワードの設定をされている場合は解除しておいてください。解除されていない場合は、パスワードロック時にお呼び出しをする場合がありますのでご了承ください。
- PC本体以外にバックアップ保存されたUSBメモリもご持参ください。
- PC受付にて動作確認後、ご自身で会場内ステージ左袖のオペレーター席までPCをお持ちください。発表終了後、オペレーター席にてご返却いたします。

■ファイル形式及び注意点

1) PCは以下の環境をご用意しております。これら以外のアプリケーションで作成されたデータは、事前にこの環境下で動作することを確認ください。

- OS Windows 11
- アプリケーション Power Point 2021
- 画面サイズ: 16:9にてご用意ください。

2) 文字化けなどを防ぐため、フォントはOS標準のものをご使用ください。

- 日本語: MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝
- 欧文: Century、Century Gothic、Times New Roman、Arial

3) 下記の場合については、各自のノートパソコン・ACアダプタをお持ちください。

また、パスワード設定、スクリーンセーバー、省電力設定はあらかじめ解除しておいてください。

会場での出力はHDMIです。必要に応じて変換アダプターを別途ご用意ください。

その他、お持ちいただいたパソコンについて、会場では技術的な質問にはお答えしかねます。

また、タブレット端末を使用しての発表はできません。

- Macintoshを用いた発表を希望される場合
- 動画再生・音声再生を希望される場合
- 指定フォント以外を使用される場合

プログラム

10:00~10:10 開会の辞

大会長：七戸 俊明（北海道大学病院 消化器外科Ⅱ）

10:10~11:00 教育講演

『重症患者に対する栄養療法のピットフォール～その蛋白制限NGです～』

座長：浅田 友紀（栗山赤十字病院）

演者：七戸 俊明（北海道大学病院 消化器外科Ⅱ）

11:10~11:50 一般演題1 教育・研究1

座長：水谷 一寿（医療法人社団 洞仁会 洞爺温泉病院）
信岡 隆幸（医療法人 東札幌病院）

O1-1：LLL（ESPEN）の勧めと活用方法

菊地 剛史（札幌しらかば台病院 内科・消化器内科）

O1-2：実践的な卒後教育の有用性について～JSPEN2023年度国内施設研修支援制度を通して～

西澤 一步（済生会小樽病院 医療技術部 栄養管理室）

O1-3：当院HCUにおける早期栄養介入患者の現状

星野 裕子（市立室蘭総合病院 NST）

O1-4：栄養カテテルISO 80369-3の導入過程で経験した諸問題

倉内 宣明（札幌徳洲会病院 外科）

12:00~13:00 ランチョンセミナー

『重症患者の栄養療法～ガイドライン2024で何が変わる?』

座長：星 智和（医療法人社団 友崇会 かむいクリニック）

演者：巽 博臣（札幌医科大学 医学部 集中治療医学）

共催：アボットジャパン合同会社

13:30~14:10 一般演題2 教育・研究2

座長：日下部俊朗（医療法人 東札幌病院）
吉田 ゆか（北海道大学病院 栄養管理部）

O2-1：薬剤師と言語聴覚士の情報共有による薬学的介入の必要性検討

鈴木友佳子（社会医療法人社団カレスサッポロ 時計台記念病院 薬剤科）

O2-2：重症高齢患者のエネルギー必要量：間接熱量計と予測式および簡易式の比較

白石沙耶可（札幌医科大学医学部 集中治療医学）

O2-3：若年女性アスリートの健康問題への多科連携の実際

池田 陽子（北海道大学病院 栄養管理部）

O2-4：深い睡眠時間が健常若年成人の食事摂取量と筋肉量に及ぼす影響

佐藤 駿介（北海道医療大学リハビリテーション学部理学療法学科4年）

14：10～14：50 一般演題3 症例報告・その他

座長：渡邊なつき（社会医療法人社団 カレスサッポロ 北光記念病院）
児玉 佳之（こだま在宅内科緩和ケアクリニック）

03-1：ユニットケアにおける個別性の尊重と組織のジレンマの中で、自分で食べたい思いを尊重した1症例
相馬 梨沙（社会医療法人慈恵会 介護医療院・介護老人保健施設セイント・ヴィレッジ 栄養課）

03-2：栄養障害を伴った口底癌放射線治療患者を急性期病院から自宅退院まで歯科が継続的に支援した一例
奥村 拓真（北海道大学 大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室）

03-3：腹部大動脈破裂救命手術後の上部消化管通過障害に対して経口摂取に至るまで長時間を要した1例
倉内 宣明（札幌徳洲会病院 外科）

03-4：～持続可能な食事法開発の試み～MIND食による認知症予防への取り組みについて
熊谷 聡美（北海道大学病院 栄養管理部）

15：00～17：15 共催特別シンポジウム 早期栄養とその管理

シンポジウムⅠ（15：00～16：15）
『多職種でアプローチする早期栄養』

座長：七戸 俊明（北海道大学病院 消化器外科Ⅱ）

SY1：『ICUおよびSCUにおける早期栄養介入管理』
中村 文隆（手稲溪仁会病院 外科）

SY2：『管理栄養士が関わる集中治療室での栄養管理』
藤田 絵里（札幌東徳洲会病院 栄養科）

SY3：『多職種連携での早期栄養介入管理における看護師の役割』
中橋 水穂（旭川赤十字病院 看護部 ICU・CCU）

シンポジウムⅡ（16：15～17：15）
特別講演『～シームレスな栄養連携を目指して～栄養を治療として捉える』

座長：平野 聡（北海道大学大学院医学研究院外科学講座 消化器外科学教室Ⅱ 教授）
演者：比企 直樹（一般社団法人日本栄養治療学会 理事長／
北里大学医学部 上部消化管外科学 主任教授）

共催：株式会社大塚製薬工場・EN大塚製薬株式会社

17：15～17：30 次期大会長挨拶・閉会の辞

大会長：七戸 俊明（北海道大学病院 消化器外科Ⅱ）
次期大会長：浅田 友紀（栗山赤十字病院）

抄 録

教育講演
シンポジウム
一般演題

重症患者に対する栄養療法のピットフォール ～その蛋白制限NGです～

北海道大学病院 消化器外科II

しちのへ としあき
○七戸 俊明

重症患者を対象としたNSTの実践では、蛋白質投与量の設定に苦慮する 경우가多々ある。本講演ではJSPEN・ASPEN・ESPENなどの国内外のガイドラインを紐解き、急性腎不全、急性肝不全などを有する重症患者に対する栄養療法の基本原則とピットフォールを解説する。

基本原則：重症患者の栄養療法ではBUNやアンモニアなどの検査値の正常化を目的としてはならず、臓器障害そのものの改善を目指す。

治療開始時に投与エネルギーと蛋白質の目標量を設定し、同化期に目標量に達するように約1週間かけて漸増させる。投与ルートとして経腸栄養の早期導入（48時間以内）が望ましく、蛋白質の目標量は1.2～2.0g/kg/day とするが、国内外のガイドラインは、特別な組成の栄養剤やアミノ酸製剤の使用を推奨していない。

また、不用意な蛋白制限は臓器障害からの回復を妨げるだけでなく、創傷治癒遅延、異化亢進による骨格筋分解とサルコペニアの進行、免疫抑制による易感染性などを来し、患者を死に至らしめる危険があることを認識する。

ピットフォール：急性腎不全患者に対してBUN上昇を抑えて透析を回避・離脱することを目的に蛋白制限を行わない。国内外のガイドラインは急性腎不全患者に対する透析回避のための蛋白制限を明確に否定しており、透析導入後はむしろ通常より多量の蛋白質（～2g/kg）を遅滞なく投与すべきとしている。急性肝不全の患者に対する蛋白制限導入の指標は肝性脳症であり高アンモニア血症ではない。血中アンモニア値が正常上限を超えていても肝性脳症がない場合には、肝再生の妨げとなる蛋白制限は行わず、重症患者に対する標準的な栄養療法を実施する。

ICUおよびSCUにおける早期栄養介入管理

手稲溪仁会病院 外科¹⁾、脳外科²⁾、麻酔科³⁾、看護部⁴⁾、薬剤部⁵⁾、リハビリテーション部⁶⁾、栄養部⁷⁾

なかむら ふみたか
○中村 文隆¹⁾、岡田 尚也¹⁾、安食 稔²⁾、横山 健³⁾、五十嵐美沙⁴⁾、
鐵野 麻美⁵⁾、田島 茂樹⁶⁾、佐藤 文哉⁷⁾、入江 翠⁷⁾、菅野未希子⁷⁾、
田中 智美⁷⁾

2020年度診療報酬改訂によりICU（特定集中治療室）における早期栄養介入管理加算が新設された。2022年度より改定され、ICU以外の病棟（SCU、HCC、ERなど）でも算定可能となった。当院では2020年度からICUにて、2022年度からSCUにて早期栄養介入を開始した。救命救急病棟ERでは、算定していない。

ICUは、16床、セミクローズ型、平均在室日数4.1日。

SCUは、15床（平均在室日数11.4日）。

ICUおよびSCUの早期栄養介入管理の実施状況：

ICUでの年度別の早期栄養介入患者人数/入室患者数は、2020年度：471人/929人（50.7%）、2021年度：587/1009人（58.1%）、2022年度：673/1055人（63.7%）、2023年度：519/1061人（48.9%）であった。

SCUでは早期栄養介入患者件数/入室患者数は、2022年度：302/404人（74.7%）、2023年度：392/426人（92.0%）であった。SCUの早期栄養介入のうち48時間以内の経腸/経口栄養による介入割合は2022年度：274/302人（90.7%）、2023年度355/392人（90.5%）と高率であった。

以前より管理栄養士が病棟担当性であり、専門性を各病棟で発揮し、積極的なNST活動も行っていた（2023年度は、5054件のNST加算介入）。SCU/ICUにおいても、管理栄養士がチーム医療として日常的に関わっていた背景があり、スムーズに早期栄養介入が可能であった。

今回、早期栄養介入管理の現状と分析を行い、体制、取り組み、変遷について報告。

管理栄養士が関わる集中治療室での栄養管理

札幌東徳洲会病院 栄養科¹⁾、薬剤部²⁾、臨床工学科³⁾、リハビリテーションセンター⁴⁾、看護部⁵⁾、集中治療センター⁶⁾、札幌医科大学 医学部 集中治療医学⁷⁾

○^{ふじた}藤田 ^{えり}絵里¹⁾、周東珠莉亜¹⁾、伴 萌²⁾、熊坂雄一郎²⁾、白石 佑梨³⁾、
佐藤 祐介⁴⁾、内田 啓子⁵⁾、佐藤 洋祐⁶⁾、升田 好樹⁶⁾、巽 博臣⁷⁾

2020年の診療報酬改定で早期栄養介入管理加算が新設されて以降、管理栄養士が中心となって集中治療室（以下、ICU）の患者に栄養介入を行うことが日常化されつつある。

当院では、医師・看護師のほか、メディカルスタッフとして薬剤師、臨床工学技士がICUに常駐している。管理栄養士は常駐ではないが、専任としてカンファレンス参加や定時のモニタリングを行い、栄養サポートを行っている。2020年にICUに専任の管理栄養士を配置してからは、ICU入室後の栄養開始時間が短縮する効果が生まれている。

当院ICUの特徴として、open ICUで各患者の主治医が異なるため、さまざまなタイミングで医師が訪室し、随時指示が入る。時間帯によっては管理栄養士から主治医へ直接確認・提案できない場合があるため、カルテ上での提案の他、職種間で情報共有を行っておき、主治医とタイミングが合ったスタッフが確認・提案を行っている。早期からの栄養介入の効果を各スタッフが実感しており、職種を問わず栄養への関心が高い。その中で、主治医や各スタッフが必要とする栄養アセスメントやプランを的確に提案していくのが、管理栄養士の業務として重要と考えている。

今後はICUの増床が予定されており、各職種で集中治療領域に対応できるスタッフの育成が急務となっている。栄養士間だけでなく多職種間で知識を共有しながら、より質の高い、患者一人一人に合わせた栄養管理を目指したい。

旭川赤十字病院 看護部 ICU・CCU

なかはし みなほ
○中橋 水穂

近年、重症患者における栄養管理の必要性が重要視されており、特に早期からの経腸栄養は、腸管機能の維持や感染症合併予防など有用性が認識されている。当院ICU・CCU(以下ICU)の入院患者は、重症感染症や呼吸不全、重症心疾患や多発外傷など多岐にわたり、主治医科と共に麻酔科が全身管理を行うことが多く、麻酔科の指示を中心に栄養管理を行っている。

2020年度の診療報酬改定において早期栄養介入管理加算が新設されたが、管理栄養士を含めた多職種での栄養管理の介入は少なかった。そこで、管理栄養士が中心となり算定取得に向け、急ピッチでプロトコルの作成や腸管機能評価とモニタリング方法の検討などの準備を進め、2020年7月より早期栄養介入管理加算の算定を開始した。医師や看護師、管理栄養士が早期から栄養確立に向けて連携することで、スムーズな開始に繋がったと実感している。また、算定開始後は医師への周知や看護師教育、多職種カンファレンスの実施方法の検討などを試行錯誤する中で、看護師は患者の状態観察やアセスメントをするだけでなく、多職種連携における調整役として重要な役割を担っている。

算定開始から5年目を迎え、看護師の栄養管理についての意識は向上し、積極的に医師や管理栄養士と連携を図るようになり算定件数は現在増加している。

今回、当院ICUの早期栄養介入管理における多職種連携と看護師の役割について共有する。

札幌しらかば台病院 内科・消化器内科

きくち たけふみ
○菊地 剛史

日本栄養治療学会では、定期的にLLL (Life Long Learning) ライブコースが開催されている。LLLはESPEN (ヨーロッパ臨床栄養代謝学会) が主催する、栄養学に関するセルフトレーニングコースであり、web上でのe-ラーニングを基本とし、重要項目の習得のためにライブコースが設定されている。2024年7月現在41のトピックから構成されており、静脈栄養、経腸栄養など栄養療法の基本はもちろんのこと、糖尿病、肥満といった生活習慣病、癌、リウマチなどの疾患別のトピック、在宅療養、ICUなどの療養環境別のトピックと多彩な内容で構成されている。資料は英語で提供されることから、敷居が高く感じるかもしれないが、無料で利用できるgoogleやDeepLといった翻訳サイトの普及により、資料を翻訳し閲覧することが容易になっている。またコロナ禍以後、ライブコースはZoomによるオンライン形式で実施されており、参加も比較的容易である。日常のNST活動においては対応する診療科目も多岐にわたり、それぞれの疾病の理解を深めるための資料収集に時間を要するが、LLLではワンストップで情報収集することが可能である。今回LLLの概略を説明するとともに、日常のNST活動における利用方法を、個人的な経験を交えて紹介する。

実践的な卒後教育の有用性について ～JSPEN2023年度国内施設研修支援制度を通して～

済生会小樽病院 医療技術部 栄養管理室¹⁾、NST²⁾、医療技術部 薬剤室³⁾、看護部⁴⁾、
医療技術部 リハビリテーション室 作業療法課⁵⁾、診療部 泌尿器科⁶⁾、診療部 整形外科⁷⁾

にしざわ かずほ
○西澤 一步^{1) 2)}、一島妃東美^{1) 2)}、笠井 一憲^{2) 3)}、中山 祐子^{2) 4)}、武田 康弘⁵⁾、
山中 佑香⁵⁾、安達 秀樹^{2) 6)}、織田 崇⁷⁾

【目的】管理栄養士の病棟配置が推進される中、教育の重要性が認識されているが卒後教育に関する調査は限定的で報告が乏しい。この度、当院の管理栄養士がJSPENの助成制度を活用して国内施設研修を経験した。その実践的な卒後教育が病棟栄養管理に影響を与えたかどうかを検証することを目的とした。

【対象と方法】当院回復期病棟入院症例のうち2023年3～5月の症例を研修前群、2024年3～5月の症例を研修後群として、入院中に急性期転科した症例、データ欠損症例、体重減少を目的とした栄養管理症例を除外した80例を対象とした（研修前群46例83.1±10.5歳、研修後群34例80.7±12.5歳）。年齢・性別・身長・体重・血液生化学データ・平均栄養摂取量・認知症既往・FIM得点・MNA-SF・食事調整介入件数・回復期病棟入棟日を起算日とした食事調整初回介入までの日数・転帰を調査した。統計解析として調査項目に応じてt検定、 χ^2 二乗検定を行い $p<0.05$ を統計的に有意とした。

【結果】入棟時と退院時の体重変化率は、研修後群が研修前群と比べて低く、有意差を認めた（研修後群-1.1%、研修前群-3.0%： $p=0.046$ ）。回復期入棟期間の食事調整介入までの日数は研修後群が短かったが有意差は認めなかった（研修後群14.8日、研修前群21.1日）。

【考察】施設研修で学んだことが適切な栄養管理に繋がり体重減少の抑制に寄与した可能性が示唆された。管理栄養士の卒後教育として外部の施設研修を取り入れることも有用と考えられる。

当院HCUにおける早期栄養介入患者の現状

市立室蘭総合病院 NST¹⁾、栄養科²⁾、外科消化器外科³⁾

○星野 裕子^{1) 2)}、関川 由美^{1) 2)}、林 元子^{1) 2)}、早坂ゆかり^{1) 2)}、平岡 彩子^{1) 2)}、
城前有紀乃^{1) 2)}、藤原 礼奈^{1) 2)}、三浦 るみ¹⁾、中田 周作¹⁾、菊池莉緒奈¹⁾、
宇野 智子^{1) 3)}、佐々木 賢一^{1) 3)}

【緒言・目的】重症患者の栄養療法では、早期からの腸管使用が推奨されている。当院では2023年8月よりHCUに専任管理栄養士を配置し、早期栄養介入を開始した。専任管理栄養士として当院HCU入室患者背景、特徴を把握することを目的に検討を行った。

【方法】2023年8～12月に当院HCU入室患者173例の性別、年齢、診療科、栄養経路、経口・経腸栄養開始時期、経口栄養開始時の食種を後ろ向きに調査した。また、症例を提示し、HCU患者の特徴について考察する。

【結果】対象患者は男性89例、女性84例、平均年齢75.9±15.4歳であった。診療科は脳神経外科が76.8%と過半数を占めた。入室後48時間以内の栄養経路は経口+静脈栄養62.4%、静脈栄養33.0%、経腸+静脈栄養4.6%であり、48時間以内に経口もしくは経腸栄養が開始となった患者は67.0%であった。経口摂取開始時の食種は嚥下調整食51.9%、その他(常食、軟食等)48.1%であった。さらに、脳出血により救急搬送された85歳女性について症例検討を行った。第1病日よりST介入、第3病日より経口摂取再開、連日管理栄養士が訪問し、患者・多職種からの聞き取りを継続、病状に合わせた食事提供を行い、第18病日に一般病棟へ転棟するまでに経口摂取が確立された。

【結論】当院HCUでは脳疾患患者が多く、入室後48時間以内に半数以上が経口摂取開始となり、さらに嚥下調整食が必要な患者も認められた。緊急入院のため経口摂取状況等の事前情報が不明な場合もあり、病状も変化する中、喫食時に訪問し多職種と連携することが早期栄養介入に重要であると思われる。

栄養カテーテルISO 80369-3の導入過程で経験した諸問題

札幌徳洲会病院 外科

くらうち のぶあき
○倉内 宣明

【背景】栄養投与ルートの誤接続防止目的でISO80369-3型（以下-3型）カテーテルの導入にあたり、888号コネクタカテーテルが当初2021年11月末に出荷停止とされた。停止は1年の延期を経て解除されたが、最初の通達の影響が大きく残った。【目的】前勤務施設までに経験したコネクタに関する通達変遷の時期の問題を再検討した。【自験例】888号の出荷停止が1年延期になっていた時期に、嘔吐患者への経鼻胃管に-3が用意され、888号型はなくなるとの認識のままだった。自身で888号型である16Frダブルルーメンチューブを器材庫で見つけて挿管し、体外ドレナージに必要なことと在庫の確保を伝えた。888号出荷停止の解除後の昨年にも、既に挿管されていた吐血患者の経鼻胃管が-3であることを発見したがそのままとなった。また、他科の腸閉塞の治療依頼で訪室時に-3が準備されていた。医療安全管理室に院内の実情、栄養投与とドレナージの明確な違いの再周知の必要、誤嚥が病院の過失になりえると伝え、手術室のみ配備の888号セットを他部署にふやす要請をした。演者自身の経験で-3栄養瘻で強嵌合した相談があり、ペアン鉗子ではずしコネクタを破損した。強嵌合と破損、コネクタの液だまり汚染の問題共有が自身を含めて不十分だった。【まとめ】我が国では2000年からの888号コネクタにより誤接続事故はなかったが、国際規格の-3型の導入と888号型の出荷停止で一斉変換を目指したが後の変更通達のインパクトが小さかった。施設によって理解と対応が異なる印象があり、改めて-3のは栄養投与ルートに限ることを銘記したい。

薬剤師と言語聴覚士の情報共有による薬学的介入の 必要性検討

社会医療法人社団カレスサッポロ 時計台記念病院 薬剤科¹⁾、言語聴覚科²⁾、診療技術部³⁾

すずき ゆかこ
○鈴木友佳子¹⁾、大野 凌也¹⁾、安田 美月¹⁾、高橋 豊¹⁾、駒澤 怜子²⁾、
高野奈緒美²⁾、小島 伸枝³⁾

I.背景・目的

言語聴覚士(以下、ST)が関わる嚥下障害や高次脳機能障害は服薬障害の誘因となる。当院において、錠剤が原因と思われる窒息疑い事例が発生したことから、薬剤師の嚥下障害患者への関わり方が見直された。今回薬剤師がSTと情報共有し、薬学的介入を行うことの必要性について検討した。

II.方法

2023年4月～9月にSTによる訓練を受けた患者66名(男30/女36、平均年齢76.5歳)のうち、入院時持参薬におけるリク薬剤服用、食事回数と服薬回数のミスマッチの有無、嚥下機能を考慮した調剤工夫の有無について調査した。また、これらの薬学的介入点を有する患者のうち、薬剤師が実際に介入出来ていたか調査した。

III.結果

リク薬剤を1剤以上服用している患者は48名(73%)、食事と服薬の回数にミスマッチが生じていた患者は11名(17%)、嚥下機能を考慮した調剤工夫がされた患者は2名(3%)であった。薬学的介入点を1つ以上有する患者は60名であり、そのうち薬剤師の介入が行われた患者は3名(8.3%)であった。

IV.考察

薬学的介入点を抱えている患者が多くいたにも関わらず、実際に薬剤師が行った介入は少なかった。STから受け取るべき患者情報の多くを薬剤師が入手できていなかった実情があり、このことから薬剤師とSTによる情報共有は必要であると考え。この結果を受け、薬剤師とSTの情報共有システムが構築された。システム導入により、薬剤師とSTの双方が抱える潜在的な服薬障害等の問題も解決できる可能性があると考え。

重症高齢患者のエネルギー必要量：間接熱量計と予測式および簡易式の比較

札幌医科大学医学部 集中治療医学¹⁾、栄養管理センター²⁾

○白石沙耶可²⁾、巽 博臣¹⁾、赤塚 正幸¹⁾、石原 悦菜^{1) 2)}

【背景】重症患者の栄養投与目標量の設定には間接熱量計による測定（以下IC）が推奨されるが、本機器を所持する施設は少なく、予測式（主にH-B式）や簡易式（25kcal/kg）での代用が一般的である。近年、ICU入室4日目以降にICの100%、または予測式で計算された目標量（H-B式：基礎代謝量×活動係数×ストレス係数）の70%のエネルギー量を投与する考えが広まりつつあることから、重症高齢患者3症例について比較検討した。

【症例】3例とも70歳代、症例1は男性、症例2、3は女性であった。BMIはそれぞれ21.2kg/m²、23.4kg/m²、21.9kg/m²であった。それぞれのIC値1240kcal、870kcal、1245kcalに対してH-B式の70%は1129kcal（91%）、911kcal（105%）、1065kcal（86%）、簡易式は1390kcal（112%）、1305kcal（150%）、1475kcal（119%）であった。

【考察】ICとH-B式の70%の値の差は-14~+5%であったのに対し、簡易式は+12~+50%と全症例で過大評価となった。H-B式は体格や年齢、性別が考慮されている一方、簡易式は体重のみのため、BMIが標準範囲の場合は過大評価となりやすいとことが考えられた。

【結語】ICを使用できない場合、高齢重症患者のエネルギー量の設定にはH-B式の70%で代用するのが妥当と考えられた。

北海道大学病院 栄養管理部¹⁾、スポーツ医学診療センター²⁾、婦人科³⁾、消化器内科⁴⁾

○池田 陽子¹⁾、熊谷 聡美¹⁾、後藤 佳子²⁾、小林 範子³⁾、坂本 直哉^{1) 4)}

【緒言】2020年に北海道初の女性アスリート外来が当院に開設され、道内各地から患者が訪れている。アスリートの健康問題ではスポーツによる相対的エネルギー不足(REDs)が知られている。中でも「利用可能エネルギー不足」、「無月経」、「骨粗しょう症」は、女性アスリートの三主徴と呼ばれ、短期的には競技パフォーマンスの低下を引き起こし、さらには生涯に渡り影響する健康問題となり得るため早期介入が重要である。

【目的】利用可能エネルギー不足(LEA)が疑われ無月経を認めた2症例の経験を報告する。

【方法】整形外科が連携調整を担い、運動器や骨の評価とLEAのスクリーニングを実施した。標準体重比85%以下、または1か月以内の体重減少が10%以上を指標とし、LEAによる月経異常や疲労骨折の疑いがある症例を対象とした。詳細な問診、血液検査と骨密度検査から必要性を判断し、栄養評価や指導、婦人科的治療を実施した。

【結果】10代女性アスリート2症例に栄養指導を含む三科連携での介入を1年以上行い、標準体重比と月経の回復が得られた。

【考察】無月経を認めた症例に対し、LEAを積極的に疑い、多科が共同でモニタリングすることで、改善に寄与したと考えられる。

【まとめ】10代の女性アスリートの無月経の回復には、多科連携のもとできるだけ早期より定期的な栄養指導を含む介入を行い、適切な栄養素摂取量を維持する支援が重要である。

深い睡眠時間が健常若年成人の食事摂取量と筋肉量に及ぼす影響

北海道医療大学リハビリテーション学部理学療法学科4年¹⁾、リハビリテーション学部理学療法学科²⁾

○佐藤 駿介¹⁾、織田 柚希¹⁾、梶川 冬衣¹⁾、齋藤 心¹⁾、澤田 篤史²⁾

【背景・目的】

健常者の筋肉量は食事摂取量や身体活動量など複合的な要因の影響を受ける。さらに、自覚的な睡眠の質が食事摂取量や筋肉量と関連することが報告されている。近年、ウェアラブルデバイスによって客観的な睡眠状態の簡便な計測が可能となった。しかし、客観的な睡眠状態に基づく、深い睡眠時間が食事摂取量や筋肉量へ及ぼす影響は未だ明確ではない。そこで、本研究では健常若年者に対し、十分な深い睡眠時間を得ることが食事摂取量や筋肉量に関連しているかを調査した。

【方法】

健常若年成人45名（男性23名、女性22名）に対し、ウェアラブルデバイスを用いて3日間の深い眠りの時間を調査し、若年成人の平均値を基準に2群（良好群、不良群）に分けた。さらに、両群の食事摂取量、骨格筋指数、身体活動量を比較した。

【結果】

良好群は11名、不良群は34名だった。不良群は良好群よりもエネルギー、脂質、糖質を有意に多く摂取していた。一方、たんぱく質摂取量と身体活動量は両群で違いはなかった。また、骨格筋指数と、性別、深い睡眠時間、摂取エネルギー量、身体活動量との関連を重回帰分析で検討した結果、性別と深い睡眠時間が骨格筋指数の有意な予測因子だった。性別、摂取エネルギー量、身体活動量を調整後の両群の骨格筋指数は、良好群7.4kg/m²、不良群6.9kg/m²であり、良好群の骨格筋指数が有意に高かった。

【考察】

若年健常成人では深い睡眠時間が食事摂取量や筋肉量と関連し、他の要因に関わらず筋肉量は深い睡眠時間の影響を受ける可能性が示唆された。

03-1

ユニットケアにおける個別性の尊重と組織のジレンマの中で、自分で食べたい思いを尊重した1症例

社会医療法人慈恵会 介護医療院・介護老人保健施設セイント・ヴィレッジ 栄養課¹⁾、
看護・介護部²⁾、リハビリテーション部³⁾、内科⁴⁾、
社会医療法人慈恵会 聖ヶ丘病院 リハビリテーション科⁵⁾

○相馬 梨沙¹⁾、南 智仁²⁾、樋口 恵美²⁾、桜庭 美希²⁾、佐々木亜月³⁾、
高木 宏³⁾、大井 豪一⁴⁾、濱 雄祐⁵⁾

【緒言】当施設は、伊達市大滝地区から市内への移転を機に多床室の介護老人保健施設・介護医療院から、個室・ユニット型へ移行した。新しい環境とユニットケアに対して職員全員が手探りの中、全身状態が低下した入所者に対し多職種で支援したので報告する。【症例】84歳・男性。びまん性大細胞B細胞リンパ腫（未治療）・糖尿病・血管性認知症。入所時は嚥下機能RSST2回/30秒、MWST4で普通食を摂取可能だったが、入所7ヶ月頃より嚥下機能の低下と急激な体重減少を認めた。【経過】入所7ヶ月目、水分での誤嚥があり薄いとろみ追加する。入所9ヶ月目、食事形態を嚥下調整食（学会分類2021）コード3へ変更する。入所12ヶ月目、食事中の強いムセ込み頻繁となり体重も急激に減少した為嚥下調整食コード1jへ変更しONS追加する。自力摂取はペースが速く窒息、誤嚥のリスク高いが、人員配置上常時見守りは困難であり、ご家族と今後の方向性を検討する。安全面から全介助による摂取も検討したが、看護師と管理栄養士による食事内容の調整と、STと介護士が食事動作の指導を繰り返し行う事で自分で食べたい思いを支援した。入所13ヶ月目、ムセ込みが減少し安定して自力摂取が可能となり、体重減少も改善した。【まとめ】自力摂取を支援したい思いと、夜勤帯は職員が少ないという組織の都合によるジレンマが生じたが、日々変化する状態について話し合いを重ね情報共有した事で、ご本人の思いを尊重し経過良好になったと考える。

栄養障害を伴った口底癌放射線治療患者を急性期病院から自宅退院まで歯科が継続的に支援した一例

北海道大学 大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室¹⁾、北海道大学病院 NST²⁾、こやま歯科診療室³⁾、北海道大学病院 看護部⁴⁾、北海道大学病院 栄養管理部⁵⁾

○奥村 拓真^{1) 2) 3)}、渡邊 裕^{1) 2)}、坂本 直哉²⁾、七戸 俊明²⁾、熊谷 聡美^{2) 5)}、赤澤美樹子^{2) 4)}、山崎 裕¹⁾

【緒言】

口腔癌の術後は、口腔咽頭の器質的な欠損により摂食嚥下機能が低下することや化学療法・放射線治療による口腔咽頭内の粘膜炎や有害事象が生じることによって、栄養障害を引き起こす。そのため摂食嚥下障害に対する対応や口腔咽頭内の有害事象に対して術前から継続的に支援を行うことは、QOLや生命予後の改善のため重要である。今回栄養障害を生じた口腔癌患者に対して急性期から慢性期に至るまで歯科が経口摂取の支援を行い、自宅退院に至った一例を経験したので報告する。

【症例】

64歳の女性。既往歴はアルコール性肝障害、COPD、胸部大動脈瘤。口内炎を主訴に近医内科を受診し、X年9月に当院口腔内科を紹介受診し、口底癌と診断された。重度の肝機能低下を認めため、放射線治療単独での治療を行うこととなった。治療に際し妨げとなる予後不良歯を抜歯後、当科にて義歯を作製することとなった。X年11月入院時の検査値はBMI：14.1kg/m²、ALB：2.9g/dl、TP：5.8g/dl、CRP：0.18であった。入院後に義歯を装着し、最初にペースト食からやわらか食に食上げすることを目的に支援を行った。その後、食思不振にてX+1年1月にNSTの介入が開始され、X+1年3月経口摂取が改善したことから、リハビリ目的に転院となった。転院時の検査値はBMI：14.9kg/m²、ALB：2.9g/dl、TP：6.1g/dl、CRP：0.15であった。転院後も歯科訪問診療で、口腔衛生管理、含嗽薬の使用や栄養補助食品の推奨など経口摂取の支援を継続した。X+1年3月リハビリテーションが終了し、経口摂取量も安定したことから自宅退院となった。その後も歯科訪問診療で、口腔衛生管理や経口摂取の支援を継続している。

【考察】

本症例では急性期病院での口底癌治療中から回復期病院、自宅まで一貫して歯科が関わり、口腔衛生状態や摂食嚥下機能を踏まえた経口摂取の支援を行うことで栄養状態を維持できたと考える。今後も栄養状態の変化や口腔癌の再発転移等に留意して診療を継続していく予定である。

腹部大動脈破裂救命手術後の上部消化管通過障害に対して経口摂取に至るまで長時間を要した1例

札幌徳洲会病院 外科¹⁾、札幌孝仁会記念病院 消化器外科²⁾、消化器内科³⁾、
札幌禎心会病院 消化器外科⁴⁾、札幌孝仁会病院 心臓血管外科⁵⁾

○倉内 ^{くろうち}宣明¹⁾、小林 ^{のぶあき}裕明²⁾、後藤 学³⁾、蔵谷 大輔⁴⁾、伊藤 寿朗⁵⁾

【緒言】腹部大動脈瘤破裂でショックバイタル下の救命手術後の十二指腸通過障害に対して、経腸栄養に難渋し3ヶ月以上の経過で食事可能、自宅退院となった症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性を大動脈瘤破裂の緊急手術で救命、集中治療で状態が安定し、内服を始めたが腹部膨満になった。CTで胃拡張を認め、十二指腸通過障害の治療を始めた。+13日にW-EDチューブを挿入したが先端が空腸起始部を十分に越えず、胃内でたわみ口側に抜けた。再施行しても同様だった。造影剤の通過所見とCT像から通過障害の主因は血液や滲出液の貯留と炎症性変化と考え経時的な軽快を期待した。飲水と内服を再開したが+24日頃から腹部膨満と嘔気が生じ、+35日に開腹したが小腸の自由度がなく胃空腸吻合が出来ず、やむを得ず胃瘻と空腸瘻を造設した。+42日から空腸への経腸栄養を開始したが容易に腹部膨満感が生じ、中断も必要で増量できなかった。+65日から栄養剤1袋のみだが安定して投与できるようになり、+79日から重湯流動食を開始、2～3日毎にアップができ、+93日に米飯小盛、低残渣の主・副菜、+101日に自宅退院した。【考察とまとめ】最終手段としていた胃空腸吻合バイパス術が不可能だったこと、消化管蠕動運動の回復遷延や敏感な腹部膨満感など想定外が多かった。今後、W-EDチューブは先端開口型でガイドワイヤー先導操作可能なものが望ましく、また、腹部膨満対策に高圧酸素療法あるいは完全消化態栄養剤など多くの選択肢を持つ必要も考えられた。

～持続可能な食事法開発の試み～ MIND食による認知症予防への取り組みについて

北海道大学病院 栄養管理部¹⁾、消化器内科²⁾

くまがい さとみ

○熊谷 聡美¹⁾、吉田 ゆか¹⁾、池田 陽子¹⁾、坂田 優希¹⁾、加藤 ちえ¹⁾、
中元 源大¹⁾、宮本 来美¹⁾、坂本 直哉²⁾、

【目的】

我が国では高齢化とともに、認知症の患者は増加し続けている。食事は認知症リスクの1つとされている。本発表は、当院で開設する遺伝子検査で認知症リスクを知り、自身での行動変容と疾患予防に取り組むことを目指すパーソナルヘルスセンター開設の一環として、認知症リスク予防が見込まれるマインド食（MIND食）の普及を試みたので報告する。

【方法】

MIND食は、米国で開発された脳の保護に特化した食事パターンで地中海式食とDASH食に加えて過去の認知症研究の知見から、10種類の推奨食材と5種類の減量を推奨する食品から構成される。推奨食材の頻度が多いほど、認知症リスクが低下する可能性が示唆されている。今回MIND食の紹介のため院内で試作、試食会を繰り返したランチボックスの開発、市内の商業施設で販売、セミナーを実施した。また、今後セミナーへの参加企業と協力し、患者給食や学内イベントでの販売を計画している。

【結果】

商業施設での販売は成功し、完売した。セミナー後には参加企業から新たにMIND食を導入する提案が出された。また、メディアでの紹介により、一般市民と企業への普及啓発が推進した。認知症リスクの低減への食事パターンの寄与については、今後臨床研究を予定している。

世 話 人 一 覧

支 部 長	星 智和	かむいクリニック
副 支 部 長	七戸 俊明	北海道大学病院
代 議 員	笠師久美子	北海道医療大学
代 議 員	日下部俊朗	医療法人 東札幌病院
代 議 員	児玉 佳之	医療法人社団佳生会 こだま在宅内科緩和ケアクリニック
代 議 員	巽 博臣	札幌医科大学
代 議 員	中村 文隆	手稲溪仁会病院
代 議 員	信岡 隆幸	医療法人 東札幌病院
代 議 員	早坂 敬明	北海道医療大学
代 議 員	藤本 篤士	医療法人溪仁会 札幌西円山病院
代 議 員	水谷 一寿	医療法人社団 洞仁会 洞爺温泉病院
代 議 員	目黒 英二	函館厚生院 ななえ新病院
代 議 員	渡邊なつき	社会医療法人社団 カレスサッポロ 北光記念病院
学術評議員	秋山 有史	札幌医科大学
学術評議員	浅田 友紀	栗山赤十字病院
学術評議員	稲葉 久子	社会医療法人医仁会 中村記念病院
学術評議員	入江 翠	手稲溪仁会病院
学術評議員	近江 令司	総合病院釧路赤十字病院
学術評議員	大橋 伸英	札幌医科大学
学術評議員	岡田 晋吾	医)守一会 北美原クリニック
学術評議員	岡本 智子	札幌保健医療大学
学術評議員	岸 宗佑	イムス札幌消化器中央総合病院
学術評議員	佐々木賢一	市立室蘭総合病院
学術評議員	澤田 篤史	北海道医療大学
学術評議員	相馬 梨沙	社会医療法人 慈恵会
学術評議員	土田 茂	土田病院
学術評議員	長岡 康裕	医療法人 東札幌病院
学術評議員	長瀬 まり	日本赤十字社 旭川赤十字病院
学術評議員	中村 誠志	札幌禎心会病院
学術評議員	西谷 淳	社会福祉法人北海道社会事業協会岩内病院
学術評議員	福田 健吾	医療法人 扶恵会 釧路中央病院
学術評議員	松田 和也	札幌共立五輪橋病院
学術評議員	三輪 孝士	名寄市立大学
学術評議員	山口 浩司	内科・消化器内科Kクリニック
学術評議員	横井 由梨	おびひろ清流歯科クリニック

(五十音順、敬称略)

一般社団法人日本栄養治療学会 支部規則

(目的)

第1条 この規則は、一般社団法人 日本栄養治療学会(以下、「本法人」という。)定款 第3条の目的を達成するため、地域の栄養療法および臨床栄養代謝学の普及発展とともに会員の増加と会員の地域における活動の支援に貢献することを目的とする。

(設置)

第2条 支部は理事会の決議により設置される。

2 本法人に、次の支部(区域)を置く。

- (1) 北海道支部:北海道
- (2) 東北支部:青森県、岩手県、秋田県、宮城県、山形県、福島県
- (3) 関東甲信越支部:茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、新潟県
- (4) 首都圏支部:東京都、神奈川県、山梨県
- (5) 中部支部:富山県、石川県、福井県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
- (6) 近畿支部:京都府、奈良県、大阪府、和歌山県、滋賀県、兵庫県
- (7) 中国四国支部:鳥取県、島根県、山口県、広島県、岡山県、香川県、愛媛県、徳島県、高知県
- (8) 九州支部:福岡県、熊本県、長崎県、大分県、佐賀県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

(支部の区域)

第3条 本法人の支部名称及び支部区域は、理事会の決議を経て変更することができる。

(支部事務局)

第4条 各支部を運営するため支部事務局を置く。支部の経理および事務は、支部事務局が行う。

(支部会員)

第5条 本法人の会員(以下、「会員」という。)は、会員名簿における所属先の所在地の支部に属するものとする。所属先がない場合には、自宅の所在地とする。

(支部長および副支部長)

第6条 本法人の支部には、支部長を置き、必要に応じて副支部長を置くことができる。

2 支部長は支部を代表し、支部を統括する。

3 支部長を補佐し、支部長に事故あるときは、副支部長がその職務を代理し、支部長が欠員のときは、その職務を行う。

4 支部長および副支部長は世話人会にて選出され、理事会決議を経て理事長が任命する。

一般社団法人日本栄養治療学会 支部規則

- 5 支部長および副支部長の任期は、1期2年とし2期までとする。
- 6 任期中の支部長または副支部長に事故等があるときは、世話人会は速やかに後任の支部長または副支部長を選出し、その任期は前任者の残任期間とする。
- 7 後任の支部長または副支部長の任期満了後に再度同役職に選出された時には、その時点から1期2年とし2期まで就任を認める。

(名誉会長、名誉会員、特別会員)

第7条 本法人定款施行細則第2章に示す名誉会長、名誉会員、特別会員は、支部においても同じ称号を受けることができる。

- 2 名誉会長、名誉会員及び特別会員は、世話人会に出席することができる。

(支部の組織と運営)

第8条 支部の事業を推進するために、各支部に世話人会を置く。また、支部長は、必要に応じて代表世話人を指名し、代表世話人会を置くことができる。

- 2 世話人は、定款施行細則第6章と第8章に示す代議員と学術評議員をもって構成する。
- 3 世話人の任期は2年とし再任を妨げない。ただし、世話人が前項に定める代議員または学術評議員の資格を失ったときは、その時点で世話人としての任期は満了となる。
- 4 支部長は、世話人会に会計担当を置くものとし、必要に応じて書記を置くことができる。会計担当および書記は、いずれも世話人であることを要する。
- 5 世話人会の決議は、世話人の過半数が出席し、出席した世話人の過半数をもって行う。ただし、世話人は、委任状をもって代理人により世話人会に出席し、議決権を行使することができる。支部長が世話人会の目的である事項について提案をした場合において、当該提案につき世話人の過半数が書面または電磁的記録により同意の意思表示をしたときは、当該提案を可決する旨の世話人会の決議があったものとみなす。
- 6 支部学術集会時に世話人会を開催する場合は、支部学術集会が会場費を負担する。
- 7 支部長、副支部長および世話人は満66歳に達した後の3月31日をもって退任する。
- 8 この規則に定める事項のほか、支部の管理・運営は本法人の理事会で定める方針に基づいて各支部が行う。

(支部会計年度)

第9条 支部の会計年度は、本法人の会計年度に準ずるものとする。

一般社団法人日本栄養治療学会 支部規則

(支部活動補助金)

第10条 支部活動の支援のため、学会本部より予算承認された金額を支部学術集会準備金や事業費として支給する。支部学術集会や事業の参加費を除き、支部会活動を目的とした会費等の徴収は禁ずる。

(報告)

第11条 支部長は、次の書類を指定された期日までに、学会本部へ提出しなければならない。

(1) 次年度の事業計画書および予算案(支部運営および事業、支部学術集会)

【提出期日:10月末日】

(2) 本年度の事業報告書および支部会計報告(支部運営および事業)

【提出期日:12月末日】

(3) 本年度の支部学術集会会計報告書

【提出期日:本年度の支部会計報告提出期日もしくは終了後3ヶ月以内】

(監査)

第12条 支部運営および事業に関する以下の書類の監査手続きは支部統括委員会が行う。

(1) 事業報告書および支部会計報告書

(2) 支部学術集会会計報告書

(支部学術集会)

第13条 各支部は支部学術集会を年1回以内の開催とする。

2 支部学術集会の運営は別途定める支部学術集会運営細則に従い開催する。

3 本法人の事務局に会員として登録したものは、参加費を納入することで支部学術集会に参加・発表を行うことができる。非会員も、参加費を納入することで支部学術集会に参加・発表を行うことができるが、非会員の発表には共同演者に会員を含むものとする。

4 支部学術集会収支については、原則、収入の範囲内で費用支出を行うこととし、収支均衡に努めなければならない。

5 支部学術集会の経費精算は、支部長・支部会計担当が内容を確認したうえで、支部会計報告提出期日もしくは終了後3ヶ月以内に支部統括委員会へ提出する。

6 支部統括委員会は提出される収支報告・会計証憑が適正な会計処理がなされているか確認した上で、理事会に報告する。必要な場合には、公認会計士の確認を経るものとする。

7 提出された証憑書類等の管理は本法人で7年間行う。

一般社団法人日本栄養治療学会 支部規則

(各支部の事業について)

第14条 各支部は事業責任者を支部長とし、事業計画書および予算案を理事会に提出し、承認を得て、事業を企画・運営することができる。2 事業収支については、原則、収入の範囲内で費用支出を行うこととし、収支均衡に努めなければならない。3 事業の経費精算は、支部長・支部会計担当が内容を確認した上で、事業会計報告提出期日もしくは終了後3ヶ月以内に支部統括委員会へ提出する。

4 支部統括委員会は提出される収支報告・会計証憑が適正な会計処理がなされているか確認した上で、理事会に報告する。必要な場合には、公認会計士の確認を経るものとする。

(規則の変更)

第15条 本規則は、理事会の議決を経て、理事長がこれを定める。

附則

1. 本規則は、2020年3月27日に制定、直ちに施行する。

2. 第6条における支部長、第7条2項における世話人の任期は、原則として2019年12月末日をもって終了とする。新支部制度の新支部長、新世話人については、2020年3月27日の理事会にて選任し、2020年1月1日からの委嘱とする。また、2020年の各選任手続きは移行期として、順次進めることとする。

3. 第8条の支部会計年度は、いずれの支部会も2019年11月末をもって一旦終了する。新支部会計については2019年12月1日より新年度として開始する。ただし、支部決算を円滑に行う体制が整うまで経過措置として当面の間本法人の決算日の1ヶ月前に決算を行うのを妨げないものとする。

4. 2020年度会計より合同決算へ移行する。2019年度決算については、移行スケジュールとして2019年11月末日の時点で支部会計を締め本法人へ提出するものとする。

5. 第2条の支部設置区分については、2020年12月より実施・実行とする。2020年11月末日までは移行期間として、下記の支部で対応する。

(1) 北海道支部(北海道)

(2) 東北支部(青森、岩手、秋田、宮城、山形、福島)

(3) 関東甲信越支部(栃木、群馬、埼玉、茨城、千葉、新潟、長野、山梨)

(4) 首都圏支部(東京、神奈川)

(5) 中部支部(静岡、愛知、三重、岐阜、富山、石川、福井)

(6) 近畿支部(京都、奈良、大阪、和歌山、滋賀、兵庫)

(7) 中国四国支部(鳥取、島根、山口、広島、岡山、香川、愛媛、徳島、高知)

(8) 九州支部(福岡、熊本、長崎、大分、佐賀、宮崎、鹿児島、沖縄)

6. 前項5の移行期間での支部区分における2020年の旧支部区分での支部学術集会の開催については、自主的な中止を除き、旧支部区分での開催を認める。

一般社団法人日本栄養治療学会 支部規則

7. 第8条2項における世話人会の構成は、本規則施行後2020年11月30日まで暫定期間を設ける。正会員資格にある世話人で継続就任を希望するものは、上記期日までに代議員もしくは学術評議員への就任を必要とする。8. 本規則は、2021年1月25日に改訂、施行する。

9. 本規則は、2022年3月24日に改訂、施行する。

10. 本規則は、2023年5月8日に改訂、本法人の「日本栄養治療学会」への名称変更に係る定款変更が施行されることを条件として、当該定款変更の施行日より施行する。

謝 辞

本学術集会の開催にあたりまして、下記企業より多大なるご支援を賜りました。
ここに謹んで御礼申し上げます。

日本栄養治療学会 第16回北海道支部学術集会
大会長 七戸 俊明
日本栄養治療学会北海道支部
支部長 星 智和

【共催セミナー】

アボットジャパン合同会社
株式会社大塚製薬工場

【広 告】

EAファーマ株式会社
株式会社ツムラ
株式会社ムトウ
ミヤリサン製薬株式会社

【企業展示】

株式会社インボディ・ジャパン
ニュートリー株式会社
ニプロ株式会社
ネスレ日本株式会社
株式会社長谷川綿行
株式会社明治

【協賛】

NPO法人北海道外科支援機構