

第49回 九州代謝・栄養研究会

会 期 ◆ 2025年3月1日（土）13：00～17：00

会 場 ◆ 鹿児島県医師会館 大ホール
鹿児島県鹿児島市中央町8-1

当番世話人 ◆ 大脇 哲洋

（鹿児島大学 離島へき地医療人育成センター センター長
/地域医療学分野 教授）

第49回九州代謝・栄養研究会事務局

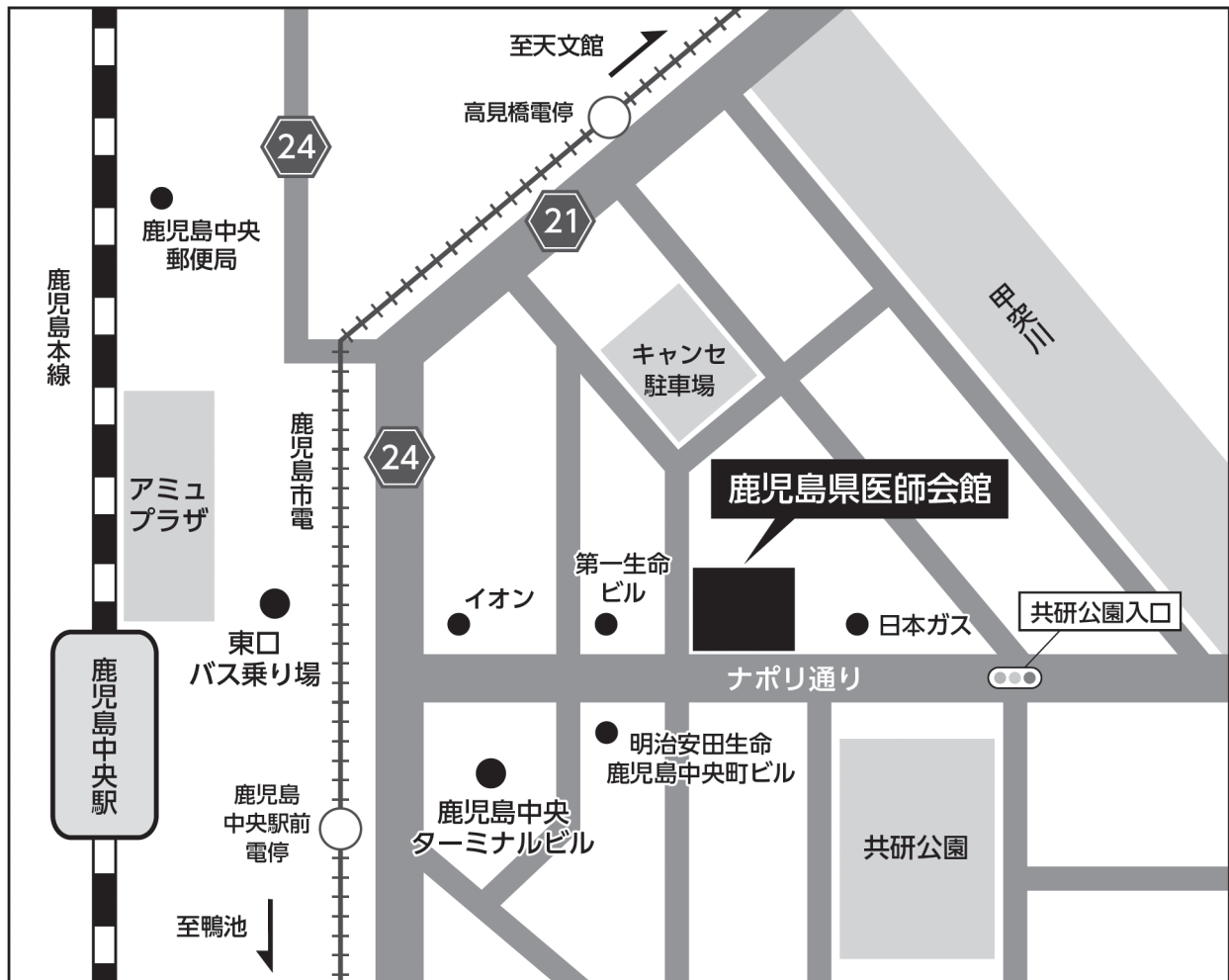
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
地域医療学分野

〒890-8544 鹿児島市桜ヶ丘8丁目35番1号
TEL：099-275-6853

会場へのご案内

■ 鹿児島県医師会館

〒890-0053 鹿児島県鹿児島市中央町 8-1 TEL : 099-254-8121
FAX : 099-254-8129



- 【 飛行機でお越しの方 】 鹿児島空港より
○空港バス<8番乗り場>
市役所前行き(直行便)
「鹿児島中央駅前」下車(約38分) + 徒歩約5分 …… 約43分
※吉野経由は約55分かかりますので、乗車時にご注意ください。
- 【 JRでお越しの方 】 鹿児島中央駅 …… 徒歩約7分
- 【 市電でお越しの方 】 高見橋電停 …… 徒歩約4分
鹿児島中央駅前電停 …… 徒歩約5分
- 【 バスでお越しの方 】 ○市営バス、高速バス
鹿児島中央駅下車 …… 徒歩約5分
- 【 車でお越しの方 】 鹿児島I.C …… 約10分
※駐車スペースはございませんので、
キャンセ駐車場や周辺のパーキング(有料)をご利用ください。

参加者へのご案内

1. ご来場について

- ・会場には駐車場がありません。キャンセ駐車場や周辺の有料駐車場、もしくは公共交通機関をご利用ください。

2. 参加受付についてのご案内

- ・受付は12時00分より、鹿児島県医師会館4Fにて行います。
- ・参加費は、医師・歯科医師2,000円、メディカルスタッフ・その他は1,000円となっております。
当日、会場受付にてお納め下さい。
- ・当日参加証を発行いたしますので、会場では参加証をお付け下さい。
※本研究会抄録集は、WEB抄録集（PDF）となります。

3. 座長の先生へのご案内

- ・受付時に座長であることを教えてください。
- ・担当セッションの開始10分前には、会場内の次座長席にお越し下さい。
- ・進行は座長にお任せしますが、時間厳守をお願い致します。

4. 演者の方へのご案内

発表時間：発表6分、質疑応答2分

発表方法：以下の注意事項をご確認下さい。

- ・発表者は受付の際、演題発表者であることを教えてください。
- ・発表の開始30分前までに「PC受付」にて受付を終え、発表15分前までに次演者席にお越し下さい。
- ・持ち込みされるメディアには、当日発表されるデータのみを入れてください。
- ・データファイル名には、演題番号に続けて氏名を必ず付けて下さい。
例) S I - ① 久留米 太郎
- ・音声の使用はできません。

5. データ持ち込みの際の注意事項（Windowsのみ）

- ①会場にご用意するパソコンはWindows11です。
- ②アプリケーションソフトはMicrosoft PowerPoint 2013・2016・2019です。
- ③フォントは、PowerPointに設定されている標準的なフォントをご使用下さい。
- ④万一に備えて、必ずバックアップデータをお持ち下さい。
- ⑤PowerPointの発表者ツールはパソコンのセッティングの都合上、進行を円滑に進めるために使用できません。
- ⑥Macintoshで作成の場合ならびに、動画をご使用の場合は、ご自身でノートパソコンをご持参下さい。
- ⑦発表データは、会場のパソコンに一旦コピーさせていただきますが、会終了後に事務局にてデータを消去致します。
- ⑧事前にウイルスチェックを必ず行って下さい。なおウイルス感染についての責任は負いかねます。

ノートパソコンを持ち込みの際の注意事項（Windows、Macintosh）

- ①バックアップ用データとして、USBフラッシュメモリまたはCD-Rをご持参下さい。
- ②パソコンのACアダプターを必ずご持参下さい。
- ③会場で使用するPCケーブルコネクタの形状はHDMIとなります。この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参下さい。

世話人・幹事会のご案内

2025年3月1日（土） 11:30～12:30

鹿児島県医師会館 中ホール2

なお、世話人・幹事会では昼食を準備しております。

特別講演

座長：大脇 哲洋

(鹿児島大学 離島へき地医療人育成センター / 地域医療学分野)

演題 鹿児島の食材を使った薬膳料理

演者：鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
国際島嶼医療学講座地域医療学分野

網谷 真理恵 先生

研究会プログラム

プログラム

開会の辞 [13:00～13:05]

当番世話人 大脇 哲洋（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
離島へき地医療人育成センター / 地域医療学分野）

セッション 1 NST [13:05～13:40]

座長 山崎 洋一（鹿児島大学学術研究院医歯学域医学系 消化器外科）

S1-1 当院の栄養治療システム改革とティラーメイド治療の成功体験

○追田 瞳、武藤 充、久徳美月、片平みなみ、原口琴衣、能勢絵里香、
吉田有希、諏訪園勇斗、鶴田菜都美、原口侑己、片平尚美、伊地知ひろ子、
脇田 淳、芝原栄作、川津 学、松本正隆、中川原三和子

有馬病院栄養治療推進委員会

S1-2 心不全患者における入院時 CRP/ALB 比と院内予後との関連

○田實裕介¹⁾、有永豊識²⁾、富山成章¹⁾、山田健太郎¹⁾、瀬野浦千世¹⁾、
前山瑞穂¹⁾、越智みき子³⁾、田中美紀³⁾、花田法久⁴⁾

1) 出水総合医療センター 薬剤部 2) 循環器内科 3) 栄養科 4) 外科

S1-3 食道癌 1 次治療の免疫チェックポイント阻害剤併用療法における 予後予測因子としての栄養学的指標の検討

○鶴田祐介¹⁾、佐々木健¹⁾、下之菌将貴¹⁾、松下大輔¹⁾、有上貴明¹⁾、
馬場研二¹⁾、川崎洋太¹⁾、内門泰斗¹⁾²⁾、大脇哲洋¹⁾³⁾、大塚隆生¹⁾

1) 鹿児島大学大学院 消化器外科学 2) 鹿児島大学病院 医療安全部
3) 鹿児島大学大学院 地域医療学

S1-4 集中治療部および高度救命救急センターの NST 活動の変遷

○橋詰直樹¹⁾²⁾、丸山奈津実¹⁾³⁾、東舘成希²⁾、坂本早季²⁾、升井大介²⁾、
中原啓智²⁾、高柳理沙³⁾、池田真由美³⁾、永松あゆ³⁾、石橋生哉⁴⁾、
川口 巧¹⁾⁵⁾、加治 建²⁾

1) 久留米大学病院 栄養治療部 2) 久留米大学医学部外科学講座 小児外科部門
3) 久留米大学病院 栄養部 4) 久留米大学医学部外科学講座 外科
5) 久留米大学医学部 内科学講座 消化器内科部門

セッション 2 在宅・重症例 [13:40～14:15]

座長 橋詰 直樹 (久留米大学医学部 外科学講座小児外科部門)

S2-1 栄養剤の変更で下痢が改善した ALS 患者の一例

○崎山隼人¹⁾、水間喜美子²⁾、指宿りえ³⁾、網谷真理恵²⁾³⁾、大脇哲洋¹⁻³⁾

- 1) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 医療人材連携教育センター
- 2) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 離島へき地医療人育成センター
- 3) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 地域医療学分野

S2-2 重症熱傷患者において早期に経腸栄養を開始し、創傷治癒促進を図った一例

○山口真弓¹⁾⁶⁾、川崎 賢²⁾⁶⁾、黒岩智子²⁾⁶⁾、坂田由美²⁾⁶⁾、
浦方真紀子²⁾⁶⁾、香月美咲²⁾⁶⁾、田竈康洋²⁾⁶⁾、飛田修康³⁾⁶⁾、
本岡千佳³⁾⁶⁾、皆良田貴之⁴⁾⁶⁾、相原秀俊⁵⁾⁶⁾

- 1) 佐賀大学医学部附属病院 栄養治療部
- 2) 看護部
- 3) 薬剤部
- 4) 先進総合機能回復センター
- 5) 総合診療部
- 6) NST 班

S2-3 中毒性表皮壊死症により経口摂取困難の状態から経口摂取に移行した 1 例

○朝留加奈¹⁾、針山睦美¹⁾²⁾、瀬ノ口奈緒¹⁾²⁾、川畑由香¹⁾²⁾、田栗教子¹⁾²⁾、
中村雅之¹⁾、大脇哲洋²⁾

- 1) 鹿児島大学病院 栄養管理部
- 2) NST

S2-4 ダブルストマ管理中に近位空腸切除を余儀なくされ残存遠位空腸を用いた経腸栄養に加えて在宅静脈栄養管理中の Isolated hypoganglionosis の 1 例

大西 峻¹⁾、矢野圭輔¹⁾、武藤 充¹⁾、田畑有弥子¹⁾、祁答院千寛¹⁾、
鶴野雄大¹⁾、村上雅一¹⁾、杉田光士郎¹⁾、春松敏夫²⁾、川野孝文¹⁾、
家入里志¹⁾

- 1) 鹿児島大学 小児外科
- 2) 鹿児島市立病院総合周産母子医療センター 新生児科

休憩 [14:15～14:30]

セッション 3 栄養不良 [14:30～15:05]

座長 山内 健（佐賀県医療センター好生館 小児外科）

S3-1

当院の食事摂取不良患者に対するエネルギー摂取増に向けた提供食の工夫

深見正恵、朝川貴博、松本洋子、長嶋フクエ、小野沙織、浅桐公男、
石井信二、吉田 索

社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院

S3-2

重篤な尾骨部褥瘡に対し栄養管理を含めた多職種連携により改善に至った一例

○三浦奈津美¹⁾、永松あゆ¹⁾、丸山奈津実¹⁾、茅原明日香¹⁾、深水 圭²⁾

1) 久留米大学栄養部 2) 久留米大学医学部内科学講座 腎臓内科部門

S3-3

低栄養による liver autophagy に伴う急性肝障害に対し NST 介入を行った 1 経験例

○針山睦美¹⁾、川畑由香¹⁾、瀬ノ口奈緒¹⁾、深水知英²⁾、村山由香里²⁾、
出口尚寿³⁾、有村愛子³⁾、山崎洋一⁴⁾、大西 峻⁵⁾、田栗教子¹⁾、
中村雅之¹⁾⁶⁾、大脇哲洋⁷⁾

1) 鹿児島大学病院 栄養管理部 2) 薬剤部 3) 糖尿病・内分泌内科 4) 消化器外科
5) 小児外科 6) 神経科・精神科 7) 鹿児島大学院 地域医学分野

S3-4

低亜鉛血症を呈した NST 患者に対する亜鉛投与量と治療効果に関する検討

○仲真美恵¹⁾²⁾、牛島圭太¹⁾³⁾、山内健¹⁾⁴⁾

1) 佐賀県医療センター好生館 NST 2) 佐賀県医療センター好生館薬剤部
3) 佐賀県医療センター好生館栄養管理部 4) 佐賀県医療センター好生館小児外科

セッション 4 カテーテル [15:05 ~ 15:40]

座長 川野 孝文（鹿児島大学学術研究院医歯学域医学系 小児外科学分野）

S4-1 経鼻胃カテーテル先端位置確認システムの使用経験

○尾本 至、金子公一、山口圭司

医療法人あさひ会 金子病院 外科

S4-2 短腸症候群となった CIIP（慢性特発性偽性腸閉塞）患児の栄養管理

○中原啓智、吉田寛樹、倉八朋宏、坂本早季、升井大介、東舘成希、
古賀義法、橋詰直樹、加治 建

久留米大学医学部外科学講座小児外科部門

S4-3 12 年間の当院における胃瘻管理の検討

○染矢恵莉、伊崎智子、千葉史子、皆尺寺悠史

大分県立病院小児外科

S4-4 可変スライド式イントロデューサーを用いた一期的ボタン型胃瘻造設術の経験

○山内 健、亀井一輝、田口匠平

佐賀県医療センター好生館 小児外科

休憩 [15:40 ~ 15:55]

特別講演 [15:55～16:55]

座長 大脇 哲洋（鹿児島大学 離島へき地医療人育成センター / 地域医療学分野）

鹿児島の食材を使った薬膳料理

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 国際島嶼医療学講座地域医療学分野

網谷 真理恵 先生

閉会の辞 [16:55～17:00]

当番世話人 大脇 哲洋（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
離島へき地医療人育成センター / 地域医療学分野）

次期開催施設挨拶 浅桐 公男（社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院 小児外科）

研究会抄録

S1-1 当院の栄養治療システム改革とテイラーメイド治療の成功体験

○追田 瞳、武藤 充、久徳美月、片平みなみ、原口琴衣、能勢絵里香、吉田有希、
諏訪園勇斗、鶴田菜都美、原口侑己、片平尚美、伊地知ひろ子、脇田 淳、芝原栄作、
川津 学、松本正隆、中川原三和子

有馬病院栄養治療推進委員会

【はじめに】当院は南薩地区中核病院として、患者様の健康ならびに栄養状態の向上に積極的に取り組んでいる。今回は、当院の栄養治療システム改革とその実践例について報告する。

【システム改革】入院患者層は9割が65歳以上であり、主に Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) によるスクリーニングを採用した。筋肉量の評価は下腿周囲長を採用し、The Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) 基準でほぼ全例が低栄養と診断されている。

【成功体験症例】II型慢性呼吸不全の98歳女性（MNA-SF 8点、GLIM 基準中等度低栄養）。長期臥床でフレイルを発症し入院した。右上肢の挙上はかならず自助具把持も困難で食事には全介助を要した。分岐鎖アミノ酸や ω 3系脂肪酸含有補助食品を併用し、蛋白質 75g (20%) 脂質 50g (30%) の組成で 25kcal/kg/day の供給を開始した。3か月間でトランスサイレチンは 11.5 → 23.4 mg/dl、握力は 6.0 → 16.9 kg (右) 0.0 → 10.4 kg (左) と著明に改善し、自己摂食と押し車歩行が可能となり脱フレイルを達成した。

【まとめ】適切なチーム栄養支援の重要性を実感した。今後もテイラーメイドな栄養治療を実践し、患者様の笑顔と生きがいを支えていきたい。

S1-2 心不全患者における入院時 CRP/ALB比と院内予後との関連

○田實裕介¹⁾、有永豊識²⁾、富山成章¹⁾、山田健太郎¹⁾、瀬野浦千世¹⁾ 前山瑞穂¹⁾、越智みき子³⁾、
田中美紀³⁾、花田法久⁴⁾

1) 出水総合医療センター 薬剤部 2) 循環器内科 3) 栄養科 4) 外科

【背景・目的】C反応性タンパク (C-reactive protein; 以下、CRP と略) とアルブミン (albumin; 以下、ALB と略) の血中濃度を組み合わせた指標の一つに CRP/ALB 比がある。心不全患者の予後予測において CRP/ALB 比の有用性が報告されているが、本邦における報告はない。そこで本研究では、CRP/ALB 比と心不全患者の院内死亡との関連について検討した。

【対象および方法】2012年4月から2024年3月までに出水総合医療センターに心不全もしくは心不全疑いで入院した患者を対象として後方視的に解析した。

【結果】対象は352例であった。ROC 曲線より算出した院内死亡に対する CRP/ALB 比のカットオフ値は 0.75 であった (感度 53.3%、特異度 83.5%)。CRP/ALB 比 ≥ 0.75 群を高値群 (69例) として、低値群 (283例) との2群に分けた。CRP/ALB 比低値群と比較して、CRP/ALB 比高値群は院内生命予後不良であった (log rank 検定: $p < 0.001$)。多変量解析の結果、CRP/ALB 比 ≥ 0.75 は院内死亡の独立した予後不良因子であった (ハザード比 4.32; 95%信頼区間 1.96 - 9.51; $p = 0.00028$)。

【結論】心不全患者において入院時 CRP/ALB 比は院内生命予後予測に有用である可能性がある。

S1-3

食道癌1次治療の免疫チェックポイント阻害剤併用療法における予後予測因子としての栄養学的指標の検討

○鶴田祐介¹⁾、佐々木健¹⁾、下之菌将貴¹⁾、松下大輔¹⁾、有上貴明¹⁾、馬場研二¹⁾、川崎洋太¹⁾、内門泰斗¹⁾²⁾、大脇哲洋¹⁾³⁾、大塚隆生¹⁾

1) 鹿児島大学大学院 消化器外科学 2) 鹿児島大学病院 医療安全部 3) 鹿児島大学大学院 地域医療学

【背景・目的】切除不能進行・再発食道癌に対する1次治療として免疫チェックポイント阻害剤（IO）併用療法が推奨されている。今回当院でIO併用療法を施行前の栄養学的指標と予後との関係を検討した。

【方法】2018年から2024年に切除不能進行・再発食道癌に対してCDDP+5-FU+Pembrolizumab/Nivolumab（57例）、Ipilimumab+Nivolumab（14例）を投与した71例を対象とした。栄養指標としてBMI、血清Alb値、GPS、PNI、CONUT score、NLR、PLR、CARを測定して生存期間との関係を後方視的に検討した。

【結果】患者背景は年齢中央値70（50-83）歳、男性：女性＝65：6例、切除不能進行：再発＝50：21例。全生存期間（OS）中央値は22.5ヶ月、無増悪生存期間（PFS）中央値は7.6ヶ月であった。OSについてBMI 20以上、血清Alb 3.8mg/dl以上、PNI 40以上、GPS 0、CAR 0.7以下の因子でそれぞれ有意に予後良好であった。PFSについてはBMI 20以上、血清Alb 3.8mg/dl以上、CAR 0.7以下の因子でそれぞれ有意に予後良好であった。

【結論】切除不能進行・再発食道癌に対する1次療法のIO併用療法では特にBMI、血清Alb値、CARが予後予測因子となる可能性がある。

S1-4

集中治療部および高度救命救急センターのNST活動の変遷

○橋詰直樹¹⁾²⁾、丸山奈津実¹⁾³⁾、東舘成希²⁾、坂本早季²⁾、升井大介²⁾、中原啓智²⁾、高柳理沙³⁾、池田真由美³⁾、永松あゆ³⁾、石橋生哉⁴⁾、川口 巧¹⁾⁵⁾、加治 建²⁾

1) 久留米大学病院 栄養治療部 2) 久留米大学医学部外科学講座 小児外科部門
3) 久留米大学病院 栄養部 4) 久留米大学医学部外科学講座 外科
5) 久留米大学医学部 内科学講座 消化器内科部門

【背景】当院は外科系集中治療部（SICU）および高度救命救急センターの病棟を持つ特定機能病院であり、以前より各病棟で全科型NSTが依頼を受けた患者に対し栄養管理を行なってきた。昨今、診療報酬改定に伴い早期経腸栄養管理加算が算定され、2022年度からSICU、2023年度から高度救命救急センターにおいて、各病棟にNST専門療法士資格を持つ病棟担当管理栄養士が専任で、病棟回診に同行し栄養管理に従事している。【目的】病棟担当管理栄養士の病棟回診参加体制の開始前後におけるNST活動の変化を明らかにする事を目的にした。【方法】SICUおよび高度救命救急センターでのNST介入数を病棟回診参加体制の開始前後で比較した。【結果】NST介入数において、SICUは介入前2021年度124件、介入後2022年度101件、2023年度86件と計年的に減少していた。高度救命救急センターは介入前2022年度61件、介入後2023年25件と減少していた。【結論】病棟担当管理栄養士が病棟回診に同行する体制を開始したことで、十分な栄養管理ができ、NSTの介入を必要とする患者が減ったと推測された。しかし、NST介入を必要とする複雑な病態に至る患者も存在しており、病棟担当管理栄養士と連携し、病態に関する理解と専門性を持って質の高いサポートを担うことが求められる。

S2-1 栄養剤の変更で下痢が改善したALS患者の一例

○崎山隼人¹⁾、水間喜美子²⁾、指宿りえ³⁾、網谷真理恵²⁾³⁾、大脇哲洋¹⁻³⁾

- 1) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 医療人材連携教育センター
2) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 離島へき地医療人育成センター
3) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 地域医療学分野

【背景】筋萎縮性側索硬化症（以下 ALS）は、特に球麻痺の進行に伴い嚥下機能の低下をきたすため、経腸栄養による栄養管理が必要となることが多い。しかし、経腸栄養剤は下痢を起こすことがあり、患者の QOL 低下や介護者のケア負担につながるため、適切な対応が求められる。【事例】45 歳男性、ALS のため自宅で在宅医療を受けており、妻が主介護者である。もともと、乳製品で下痢をしやすいという既往に加え、経口摂取が困難になるとともに、ラコール NF 配合経腸用半固形剤®を開始したところ下痢が生じるようになった。エネーボ配合経腸用液®に変更したところ、下痢の改善を得た。【考察】本邦で処方可能な経腸栄養剤はいくつかあるが、カロリー、各種栄養成分、浸透圧などそれぞれ特徴が異なる。エネーボは、他の経腸栄養剤と異なり食物繊維とフラクトオリゴ糖を含んでおり、本事例においては食物繊維による便の固形化と、フラクトオリゴ糖がビフィズス菌増殖促進に働いて腸内環境を改善したことが、下痢の改善に働いたと思われる。ALS 患者において、栄養状態は予後を規定する因子の一つであり、適切な栄養マネジメントと経腸栄養剤に関する副作用やトラブルへの適切な対策が重要である。

S2-2 重症熱傷患者において早期に経腸栄養を開始し、創傷治癒促進を図った一例

○山口真弓¹⁾⁶⁾、川崎 賢²⁾⁶⁾、黒岩智子²⁾⁶⁾、坂田由美²⁾⁶⁾、浦方真紀子²⁾⁶⁾、香月美咲²⁾⁶⁾、田籠康洋²⁾⁶⁾、飛田修康³⁾⁶⁾、本岡千佳³⁾⁶⁾、皆良田貴之⁴⁾⁶⁾、相原秀俊⁵⁾⁶⁾

- 1) 佐賀大学医学部附属病院 栄養治療部 2) 看護部 3) 薬剤部 4) 先進総合機能回復センター
5) 総合診療部 6) NST 班

【目的】重症熱傷患者では、急性期から上皮化に至るまで、エネルギー消費量の増大やたんぱく異化亢進を考慮し、またビタミン・ミネラル補給に配慮した栄養管理が重要である。

【症例】7X 歳女性。身長 156.0cm、体重 55.6kg (BMI22.8)。自宅台所で調理中に引火し、全身熱傷（19%）を受傷し、高度救命救急センターに入院となった。入院 2 日の受傷から 24 時間後には経腸栄養が開始となった。

【結果】入院 2 日に必要量：1860～2100kcal (IBW53kg × 35～40kcal/kg)、必要蛋白量：80～106g (1.5～2.0g/kg) と算出した。基礎代謝 + α ：1330kcal (IBW × 25kcal/kg) を早期目標とした。ペプタメン AF 持続 20ml/h が開始された。入院 3 日に 40ml/h (1440kcal、蛋白 91g) へ増量した。入院 6 日にブイクレス 1 本（亜鉛 12mg）を追加した。入院 7 日には、間欠投与ペプタメン AF300ml × 3 回 (1350kcal、蛋白 85g) とした。高 Na 血症、胃壁内気腫、誤嚥性肺炎、痙攣発作の合併症があり、3 日間の絶食管理となった。入院 29 日、NST 班に介入依頼があった。5%ブドウ糖液 500ml、ペプタメン AF300ml × 3 回、ブイクレス 1 本：1540kcal、蛋白 85g 補給であり、栄養量は不足と判断し、オルニユート 3 包（アミノ酸 9g、亜鉛 21mg）レナウエル 3・250ml (400kcal、蛋白 6g) を追加した。入院 40 日に嚥下調整食を開始し、合計：約 2300kcal、蛋白 110g 補給となった。入院 77 日に ALB は 1.0g/dl (入院 7 日) から 2.9 g/dl と改善した。入院 87 日には全身状態は改善し、転院となった。

【結論】早期経腸栄養を開始し、エネルギーおよび蛋白、亜鉛などの補給を行い創傷治癒促進を図った。

S2-3

中毒性表皮壊死症により経口摂取困難の状態から経口摂取に移行した1例

○朝留加奈¹⁾、針山睦美¹⁾²⁾、瀬ノ口奈緒¹⁾²⁾、川畑由香¹⁾²⁾、田栗教子¹⁾²⁾、中村雅之¹⁾、大脇哲洋²⁾

1) 鹿児島大学病院 栄養管理部 2) NST

【背景】中毒性表皮壊死症（TEN）は高熱や全身倦怠感等の症状を伴い、口唇・口腔、眼などを含む全身に紅斑、糜爛が広範囲に出現する重篤な疾患である。コントロール不良の糖尿病や腎不全がある場合には、死亡率が極めて高い。そのため全身状態に応じた栄養補給と、ステロイド治療による高血糖への注意が必要となる。今回栄養状態の改善を図るため NST と共同し、経腸栄養から経口摂取に移行できた症例を報告する。

【症例】60 代女性。II 型呼吸不全で前医入院。誤嚥性肺炎、上気道浮腫診断され気管切開しスピーチカニューレ施行した。糖尿病性腎症あり血液透析を開始。施行 1 ヶ月後から微熱と発赤が出現し、その後全身に水疱が拡大した。TEN 疑いのため全身管理目的に当院へ転院となった。入院時、身長 154cm、体重 69.1kg、BMI 29.1。

【経過】ステロイド療法を開始。7 病日から NST 介入。経腸栄養使用可能であり 600kcal/日から開始、透析中のため水分量や K に注意し病態別経腸栄養剤へ変更。全身状態を見ながら経腸栄養投与量を漸増した。皮膚状態の回復に伴い、経口摂取検討のため 27 病日から ST による直接嚥下訓練開始。食事形態の提案を行い、経腸栄養と併用し経口摂取をすすめた。他職種との情報共有やミールラウンドにより食事時間を調整し、経口摂取量増加に繋がった。43 病日に経腸栄養終了し、44 病日転院となった。

【まとめ】NST・ST と連携し、食事調整したことで経腸栄養から経口栄養へスムーズに移行できた。

S2-4

ダブルストマ管理中に近位空腸切除を余儀なくされ残存遠位空腸を用いた経腸栄養に加えて在宅静脈栄養管理中の Isolated hypoganglionosis の 1 例

大西 峻¹⁾、矢野圭輔¹⁾、武藤 充¹⁾、田畑有弥子¹⁾、祁答院千寛¹⁾、鶴野雄大¹⁾、村上雅一¹⁾、杉田光士郎¹⁾、春松敏夫²⁾、川野孝文¹⁾、家入里志¹⁾

1) 鹿児島大学 小児外科 2) 鹿児島市立病院総合周産母子医療センター 新生児科

【背景】2001-2010 年の全国調査によると、Isolated hypoganglionosis は小児人口 100 万人当たり 5.4 人という稀少疾患である。Isolated hypoganglionosis は症例毎に病勢が異なり、その治療方針が確立されていない。今回我々は、ダブルストマ管理中に近位空腸切除を余儀なくされ残存遠位空腸での経腸栄養に在宅静脈栄養を併用した管理を行っている Isolated hypoganglionosis の 1 例症例を経験したので報告する。

【症例】症例は 1 歳 4 か月女児。37 週 5 日、3026g で出生し、1 生日に嘔吐、腹部膨満が出現した。注腸造影で microcolon を認めたため緊急手術となったが、腸閉鎖は認めず、Treitz 靱帯から 85cm に caliber change を認めたため、同部位に空腸瘻を造設した。しかしながら、減圧不良が出現したため、当施設に転院となり、生後 1 か月時に 50cm 空腸瘻を再造設した。その後もうっ滞性腸炎の管理に引き続き難渋し、腸瘻再々造設目的で開腹したところ、50cm 空腸瘻の口側腸管は炎症性癒着や虚血・狭窄で連続性が消失し、かつ腸瘻 85cm 以遠の回腸の蠕動を認めなかった。いずれの腸管も切除を余儀なくされ、腸瘻間の遠位 25cm の空腸と十二指腸を端側吻合、回腸末端 5cm と 2 連続式腸瘻を作成した。その後に残存遠位空腸での経腸栄養が可能となり、術後早期に問題となっていた胆汁うっ滞と発育不全も改善したため、1 歳時に在宅静脈栄養併用で自宅退院した。退院後は当施設の難治性腸疾患支援センターの定期外来を毎月受診するために、自家用車で往復 3 時間の移動が必要となっているが、輸液製剤に関しては無菌調剤が可能な地域薬局と連携し、週に 1 回自宅に供給される管理体制を構築している。

【考察及び結論】Isolated hypoganglionosis の腸管管理は 50cm を目安とした高位空腸瘻による十分な減圧と、その後の結腸の利用がガイドラインでは推奨されている。本症例は再造設した 50cm 腸瘻が十分に機能せず、上部空腸の炎症性癒着狭窄を呈した。50cm より口側の腸瘻造設によってうっ滞性腸炎を回避できたかは不明であるが、腸瘻造設部位に関する本邦の報告によれば、本症例は 40cm が適当な造設位置に相当した。Isolated hypoganglionosis の症例で生じる腸炎は数回の炎症でも強い癒着狭窄変化を生じる可能性があり、今後は腸炎の確実な回避策、将来的に利用する肛門側腸管の準備方法や頻度・期間など、より実践的な情報の蓄積が望まれる。

S3-1

当院の食事摂取不良患者に対するエネルギー摂取増に向けた提供食の工夫

深見正恵、朝川貴博、松本洋子、長嶋フクエ、小野沙織、浅桐公男、石井信二、吉田 索

社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院

【背景】入院患者では、食事が提供されている一方で、十分な摂取が確保出来ず、活動性や体重の減少をきたし、回復遅延が懸念される患者が散見される。食事摂取が不十分な一因として、食事量や形態が患者の状態とあっていないことも少なくない。

【目的】食事摂取量の改善のため NST 回診依頼があった患者に対する食事摂取増加への取り組みの在り方を検証した。

【方法】2024 年 10 月に依頼のあった 39 名のうち、食事主体で管理され、その後も食事の工夫によって管理し得た 22 名に対して、初回回診時と回診終了時の血液検査所見、ならびに必要エネルギー推定量に対する充足率の変化を比較した。

【結果】男性 11 名、女性 11 名、平均年齢 76.4 歳、初回回診時の平均 BMI:21.0kg/m²。CONUT 変法スコア 平均 6.6 点であった。必要エネルギー推定量に対する平均充足率 59%、静脈栄養併用患者が 5 名いた。平均サポート期間は 18.5 日、回診終了時のエネルギー充足率は平均 76% へ増加し、静脈栄養併用は 0 名、CONUT 変法スコアは平均 6.0 点となった。

【結論】食事の量や形態、さらに嚥下機能など、個々の食習慣や摂取能を適切に評価した上での食事調整や、ONS 併用によりエネルギー摂取の増加は十分に期待できる。エネルギー摂取の確保は、リハビリ強化や ADL 改善だけでなく回復促進にも寄与し、すみやかな転院・退院調整につながると考えられる。

S3-2

重篤な尾骨部褥瘡に対し栄養管理を含めた多職種連携により改善に至った一例

○三浦奈津美¹⁾、永松あゆ¹⁾、丸山奈津実¹⁾、茅原明日香¹⁾、深水 圭²⁾

1) 久留米大学栄養部 2) 久留米大学医学部内科学講座 腎臓内科部門

【症例】50 代女性。身長 163cm、体重 65.4kg、BMI24.6kg/m²。急性心筋梗塞にて心肺蘇生後、当院へ救急搬送された。

【経過】搬入後、V-A ECMO、Impella 挿入し、体温管理療法を開始し、第 3 病日から経管栄養を開始した。循環動態の変調や鎮静管理にて褥瘡ハイリスク状態であり、エアマットの使用や除圧を実施していたが、第 8 病日尾骨部に褥瘡発生。第 12 病日には脳幹梗塞を認め、四肢麻痺のため体動困難となった。第 19 病日に褥瘡対策チーム支援開始した。第 34 病日、一時心停止となり心拍再開したが、腸管浮腫認めており経管栄養は困難となり静脈栄養管理となった。その後、経管栄養再開したが、持続する下痢や体動困難により褥瘡は悪化し、黒色壊死部は全周囲にポケット形成。ポケット切開施行のためには栄養状態改善が必須であり、第 83 病日に NST 支援開始し、便性状は改善、栄養量の増量（1660kcal/日、たんぱく質 88g/日）も可能となった。第 93 病日、ポケット切開施行し HMB・アミノ酸配合飲料を付加した。言語聴覚士の支援もあり、第 132 病日より経管栄養併用しながら経口摂取開始。病棟担当栄養士が適宜食形態や嗜好の確認を行いながら経口摂取量の増加を図った。第 157 病日に経管栄養は終了し、経口栄養に移行できた。同時期褥瘡は改善傾向を示しサイズは縮小、良性肉芽も形成された。

【結語】NST、褥瘡対策チームなどの多職種連携、各チームの管理栄養士、病棟担当栄養士の栄養士間の連携を図り、各専門的な立場からの支援ができ褥瘡の改善につながった。

S3-3

低栄養によるliver autophagyに伴う急性肝障害に対しNST介入を行った1経験例

○針山睦美¹⁾、川畑由香¹⁾、瀬ノ口奈緒¹⁾、深水知英²⁾、村山由香里²⁾、出口尚寿³⁾、有村愛子³⁾、山崎洋一⁴⁾、大西 峻⁵⁾、田栗教子¹⁾、中村雅之¹⁾⁶⁾、大脇哲洋⁷⁾

1) 鹿児島大学病院 栄養管理部 2) 薬剤部 3) 糖尿病・内分泌内科 4) 消化器外科 5) 小児外科
6) 神経科・精神科 7) 鹿児島大学院 地域医療学分野

【緒言】飢餓状態に陥ると autophagy が誘導され、細胞質成分を分解しアミノ酸を生じ、蛋白合成、糖新生やエネルギーとして利用される。栄養を充分量投与せず、急性肝障害となった liver autophagy 症例に対し NST 介入を行った経験を報告する。

【症例】26 歳男性。ジストニア、症候性てんかん、嚥下障害のため経管栄養中、AST58、ALT95 と軽度上昇のため経管栄養減量後、さらに AST2012、ALT1466 と上昇した。精査・加療目的に当院転院となった。転院後 520kcal、蛋白 30g にて静脈栄養を開始。入院 4 日目に NST 介入となった。身長 156cm、体重 25.9kg、SF1.1、AF1.1、BEE1020kcal、TEE1234kcal、目標 1200kcal とした。リフィーディング症候群に注意しながら入院 6 日目に 5ml/h (120kcal) から経管栄養開始し、肝酵素の推移を確認しながら漸増した。入院 15 日目に 25ml/h (600kcal) まで増量し、肝酵素上昇がないことを確認し、入院 18 日目に 200kcal × 3 の間欠投与へ移行し 400kcal × 3 まで増量出来た。

【結語】liver autophagy では、十分な栄養投与が必要である。第 46 回の本研究会での発表症例の経験を基に、肝酵素観察下に、経管栄養を少量の持続投与から開始し、その後間欠投与にて目標カロリーを投与することが出来た。

S3-4

低亜鉛血症を呈したNST患者に対する亜鉛投与量と治療効果に関する検討

○仲真美恵¹⁾²⁾、牛島圭太¹⁾³⁾、山内 健¹⁾⁴⁾

1) 佐賀県医療センター好生館 NST 2) 佐賀県医療センター好生館薬剤部
3) 佐賀県医療センター好生館栄養管理部 4) 佐賀県医療センター好生館小児外科

【目的】当院 NST では食欲低下、皮膚粘膜障害などを有する患者に対し、血清亜鉛値の測定及び低亜鉛血症に対する亜鉛製剤の投与を推奨している。また、血清銅値の同時測定も推奨している。今回、低亜鉛血症を呈した NST 介入患者に対する亜鉛投与量と治療効果に関する検討を行った。

【方法】2020 年 4 月～2024 年 3 月に NST が介入した入院患者 69 例のうち、介入時に血清亜鉛値が低値で、亜鉛製剤を投与し血清亜鉛値を 2 回以上測定した患者 22 例を解析対象として、治療効果と治療後の血清亜鉛、銅値について調査した。血清亜鉛値は 80μg/dL 未満、血清銅値は 68μg/dL 未満を低値とした。

【結果】22 例の年齢の中央値は 77.5 歳 (16 歳～93 歳)、介入時の血清亜鉛値は平均 46.8 ± 15.2μg/dL であり、亜鉛製剤 (25mg : 5 例、34mg : 5 例、50mg : 11 例、150mg : 1 例) が投与された。投与期間は平均 56.5 日間 (5 日～210 日) であり、血清亜鉛値は 18 例 (82%) で投与開始後に基準値まで上昇した。上昇するまでの期間は 10 日以内 : 2 例、11～20 日 : 6 例、21～30 日 : 3 例、31～40 日 : 4 例、61 日以上 : 3 例で基準値に改善するまでの期間と投与量、年齢との関連は明らかではなかった。血清銅値が測定された 17 例では、3 例で血清銅値の低下を認め、28μg/dL と高度に低下した 1 例は 180 日以上長期投与例であった。

【結語】低血症亜鉛に対する亜鉛製剤の有効性は高いが、基準値に改善するまでの期間は症例により様々であり、適切な投与量や投与期間は不明であった。また、長期の亜鉛補充時には血清銅値の評価が必須と思われた。

S4-1 経鼻胃カテーテル先端位置確認システムの使用経験

○尾本 至、金子公一、山口圭司

医療法人あさひ会 金子病院 外科

【背景、目的】 経鼻胃カテーテルの留置手技はベッドサイドで施行可能で、経鼻胃カテーテル先端位置確認は、胃泡音確認、胃内容物吸引、X線撮影で行われる。意識障害や嚥下障害を有する症例では咳嗽反射が減弱または消失し、気管内への誤挿入や、それに伴う経腸栄養剤の気管内注入のリスクが生じる。このため、カテーテル先端位置をX線撮影により必ず確認することが推奨される。しかし、直ちにX線撮影ができない場面も存在し、その場合は代替手段が必要となる。タムガイド[®] (Neuroceuticals Inc. 東京、日本) は、経鼻胃カテーテル先端位置を確認するためのシステムであり光源とファイバーで構成されている。このシステムでは、透過性の高い赤色発光ダイオードがファイバー先端から光を放射し、体表を透過することでカテーテルの位置を確認可能である。今回タムガイド[®] システムの使用経験について報告する。

【方法、結果】 2024年2月から4月に、タムガイド[®] システムで経鼻胃カテーテル挿入した10例。タムガイド[®] システム透過光、X線撮影、胃内容物吸引、胃泡音で先端確認施行した。10例中7例でタムガイド[®] システム透過光は確認可能であった。全例でその他の確認方法で胃内確認できた。

【結語】 今回、経鼻胃カテーテル先端確認法としてタムガイド[®] システムを使用する機会を得たので若干の文献的考察を加えて報告する。

S4-2 短腸症候群となったCIIP (慢性特発性偽性腸閉塞) 患児の栄養管理

○中原啓智、吉田寛樹、倉八朋宏、坂本早季、升井大介、東舘成希、古賀義法、橋詰直樹、
加治 建

久留米大学医学部外科学講座小児外科部門

症例は14歳の男児。染色体異常、強膜化角膜、先天性難聴等の多発奇形がある。生後6ヶ月頃に慢性特発性偽性腸閉塞症 (CIIP) と診断され、拡張した小腸を伴う回盲部切除、胃瘻・小腸チューブ瘻造設の姑息手術が行われた。

10歳時、小腸チューブ瘻を中心に900度の小腸捻転による絞扼性腸閉塞を来し、緊急手術で壊死腸管を切除して残存小腸が25cmとなった。腸管減圧目的でBishop-Koop型結腸瘻を造設した。EN単独での栄養管理は困難で、プロビアクカテーテルを留置し在宅中心静脈栄養 (HPN) を導入して、自宅退院が可能になった。

現在は1日あたりEN 300kcal、PN 820kcalとし、夜間だけTPNを行うことで、日中や学校での自由度を確保している。1か月間隔で約1週間の定期入院を行い、脂肪乳剤とセレン製剤の投与を行っている。CRBSIの予防目的で、定期入院時に単回の予防的エタノールロック療法を導入している。

現行管理を開始して約4年が経過し、10歳時に17kgだった体重は、14歳時点で36kgまで増加が得られた。当初の血清セレン値は4.2 $\mu\text{g/dL}$ であり、セレン製剤の投与開始後も、血清セレン値は入院直前の測定で5.1～5.7 $\mu\text{g/dL}$ で推移していたが、セレン製剤含有栄養補助食品の摂取を開始したところ、6.9 $\mu\text{g/dL}$ まで改善を認めた。またこれまでにカテーテル関連感染症 (CRBSI) が6回発生し、プロビアクカテーテルの入れ替えを3回要している。

今後も患児と家族のQOLを考慮しながら、長期的に持続可能な栄養管理を行なっていく必要がある。

S4-3

12年間の当院における胃瘻管理の検討

○染矢恵莉、伊崎智子、千葉史子、皆尺寺悠史

大分県立病院小児外科

【背景・目的】 小児経腸栄養の経路として胃瘻が頻用されるが、その造設方法やデバイス選択は施設の方針により多岐にわたる。

【方法】 2012年01月～2024年12月に当科で胃瘻造設を行った患者について、原因疾患、造設方法、胃瘻使用開始日、デバイスの種類、合併症について後方視的に検討を行った。

【結果】 対象症例は63例であり、造設時年齢は日齢1～22歳まで多岐に及び、中央値は3.0歳であった。原因疾患は低酸素性脳症後遺症36例（57%）で最多であった。術式は経皮的内視鏡的胃瘻造設術（以下PEG）31例（48%）、腹腔鏡下胃瘻造設術（以下Lap-G）20例（31%）であった。対象期間の前半にPEG症例が多く、後半はLap-Gが多い傾向にあった。造設時のデバイス選択はバンパー型24例（38%）、バルーン型39例（62%）であり、バルーン型での導入は期間後半に多い傾向であった。またバンパー型で導入した症例のうち25%が現在はバルーン型に移行していた。胃瘻使用開始日の平均は最短1日、最長10日であった。造設時合併症として出血、胃排泄遅延が多く、発生率は全体20%、術式別ではLap-Gで2例/20例（10%）と少なくデバイス別では差を認めなかった。

【考察】 12年間に於いて腹腔鏡導入やスタッフ交代により術式やデバイス選択に変化を認めた。デバイスにより合併症発生率に有意差は認めないことから、術式選択において、患者の手術歴や原疾患、体型を考慮し選択するべきである。

S4-4

可変スライド式イントロデューサーを用いた一期的ボタン型胃瘻造設術の経験

○山内 健、亀井一輝、田口匠平

佐賀県医療センター好生館 小児外科

【はじめに】 当科では重症心身障害児・者（重症児者）に全麻下にイントロデューサー法を用いたPEGや腹腔鏡補助下PEG（LA-PEG）によりチューブ式胃瘻を造設してきたが、2023年4月より可変スライド式イントロデューサー（AVANOS）を用いた一期的ボタン型胃瘻の造設を開始した。今回、その経験について報告する。

【対象と方法】 2023年4月から2024年12月までに施行した胃瘻造設術13例のうち9例で本法を行った。対象の年齢、性別、原疾患、術式および手術時間、使用した器具、術中および術後の合併症について検討した。

【結果】 対象の年齢の中央値は43歳（1～64歳、小児例4例）、男：女＝5：4、基礎疾患は、脳性麻痺4例、てんかん2例、熱中症後遺症、経口忌避、原因不明の知的障害等であった。術前の造影検査にて術式を決定し、PEGは3例（すべて小児）、LA-PEGは6例に行った。全例で鮎田式胃壁固定具を用いて、平均手術時間はPEG 30 ± 7分、LA-PEG 77 ± 24分とこれまでと同様であった。術中に評価した皮膚より胃粘膜までの距離より1cm以上長いボタンを選択し、胃瘻ボタンのシャフト長は中央値3.0cm（2～4.5cm）であった。8例で一期的に胃瘻ボタン（16Fr 7例、14Fr 1例）を留置したが、腹壁が厚い1例（成人）にはチューブ式胃瘻（14Fr）を造設した。術中や術後早期に大きな合併症はなく、術後6日目（3～8日）に退院（転院）した。

【結語】 重症児者における可変スライド式イントロデューサーを用いたPEG、LA-PEGによる一期的な胃瘻ボタン留置は、安全に実施可能と思われた。ただしチューブ型胃瘻カテーテルの準備は必要である。

特別講演

鹿児島県の食材を使った薬膳料理

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 国際島嶼医療学講座地域医療学分野

網谷 真理恵

略歴：

2006 年 鹿児島大学医学部医学科卒業
2008 年 鹿児島大学医学部・歯学部附属病院医員（心身医療科）
2011 年 がん研有明病院 漢方サポート科
2012 年 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科医歯学教育開発センター 助教
2014 年 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科離島へき地医療人育成センター 特任助教
2017 年 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科地域医療学分野 講師
2022 年 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科地域医療学分野 准教授
現在に至る

抄録：

鹿児島県の豊富な自然環境は、多様な地域食材を提供している。薬膳は東洋医学の考え方にに基づき、食材の性質と五行理論を活用して体質を整え、健康を増進する食事療法である。食材それぞれに「温」「熱」「涼」「寒」の性質があり、体内の「気」「血」「水」のバランスを調整することで、季節や個人の体調に合わせた食事が推奨されている。このアプローチは自分自身の体質や体調の変化に気づきに向け、食材への関心を高めることから健康増進としても効果が期待され、体調を自然に整える手助けをする一助となる。

私たちは東洋医学的理論と薬膳を用いて、旬の食材を取り入れることで体調を整えると同時に、地域の食文化を活性化するプロジェクト「健康まちづくりプロジェクト」を推進し、鹿児島の地域食材を活用した薬膳メニューを開発している。このプロジェクトを通して、地元産業の振興と健康増進および広い視野をもった人材の育成が同時に期待できると考えている。

本講演では、「医食同源」という伝統的な理念に基づき、特に、薬膳と食養生のアプローチを用いて、鹿児島県の地域食材を活用した季節の食事の重要性とその効果に焦点を当ててお話しする。具体的な薬膳メニューの例を挙げ、それぞれの食材が持つ栄養価と、季節に応じた食材の選び方、それがどのような漢方学的な体質と関係があるかを述べる。

薬膳を取り入れた食生活の普及により、地産地消の促進および多くの地域で健康増進と地域活性化を図ることができることを期待します。

九州代謝・栄養研究会会則

第1条（名称）

本会は九州代謝・栄養研究会と称する。

第2条（目的）

本会は代謝・栄養に関する基礎的・臨床的研究の発展、知識の交流、臨床応用の進歩をはかることを目的とする。

第3条（事務局）

本会の事務局は当分の間、久留米大学 小児外科医局内におく。

第4条（事業）

1. 本会は年1回以上の研究会を開催する。
2. その他、本会の目的を達成するために必要な事業を行なう。

第5条（会員）

本会の会員は、本会の目的に賛同し、所定の会費を納入した者とする。

1. 本会の会員は、次のものより構成される。

医療施設会員

医療施設会員(A)：世話人が代表者である医療施設

医療施設会員(B)：その他の医療施設

個人会員（医師及びその他のコメディカルの研究者など）

第6条（入会）

本会に入会を希望するものは会費を添え、本会の事務局に届け出て世話人、幹事会の議を得るものとする。

第7条（退会）

本会より退会する場合は、速やかに事務局に文書で通知するものとする。会費を2年間連続滞納したときは退会とみなす。その場合は既納の会費は還付しない。

第8条（役員）

本会に次の役員をおく。

代表世話人：1名

当番世話人：1名

世話人：若干名

幹事：若干名

常任幹事：6名（うち事務局1名）

監事：2名

第9条（代表世話人）

世話人は互選により代表世話人を選任する。代表世話人は本会の業務を統括し、本会を代表する。世話人・幹事会を召集しその議長となる。代表世話人に事故あるときは当番世話人がその職務を代行する。

第10条（当番世話人）

当番世話人は、その年度の研究会の会長となり、研究会を主宰する。

第11条（監事）

監事は本会の会計および業務の施行を監査する。

第12条（世話人）

世話人は幹事と共に世話人・幹事会を組織し、次期当番世話人及び役員の選出、新入会員の承認、収支決算ならびに予算などのほか本会の運営、維持に必要な重要事項を審議決定する。

第13条（常任幹事）

常任幹事は世話人・幹事会にて幹事の中から選出され、常任幹事会を組織する。代表世話人は常任幹事会を召集し、会務が円滑に行われるように勤める。

第14条（幹事）

幹事は各施設の世話人によって推薦され、世話人・幹事会にて承認をうける。

世話人・幹事会を構成し、会務の執行に当たる。

第15条（名誉会員）

世話人・幹事会の推薦により名誉会員をおくことができる。

第16条（経費）

本会の経費は会費をもってこれに当てる。

第17条（会則の変更）

本会の会則の変更は世話人・幹事会の議を経て行なう。

九州代謝・栄養研究会会則 施行細則

第一章 選任規定

第1条（役員）

役員は世話人・幹事会にて推薦されて承認される。

第2条（名誉会員）

次の各号のいずれかに該当する者は名誉会員の称号を受ける。

1. 代表世話人、研究会会長の経験者。
2. 世話人、幹事の経験者で、本研究会に特別の功労があり、世話人・幹事会の決議を経て推薦された者。

第二章 任期

第3条（役員）

1. 代表世話人の任期は2年とし、引き続いての再任はこれを妨げない。
2. 当番世話人の任期は1年とし、研究会終了の翌日から当番世話人が開く研究会終了日までとする。
3. 監事の任期は2年とする。引き続いての再任は2期を限度とする。
4. 常任幹事の任期は3年とする。引き続いての再任はこれを妨げない。

第4条（世話人、幹事資格の喪失）

世話人、幹事は以下の場合その資格を失う。

1. 本人がその意志を表明したとき
2. 原則として退職または満65才以上とする。

第三章 会議・集会

第5条（世話人・幹事会）

世話人・幹事会は、年1回以上開催する。議長は代表世話人とする。ただし、当番世話人に依頼することができる。

第6条（常任幹事会）

代表世話人は必要に応じて常任幹事会を開催する。

議長は代表世話人とする。

第7条（議決）

世話人・幹事会の議決は出席者の過半数をもって決する。

第8条（議事録）

議事録は常任幹事または事務局幹事が作成し、事務局がこれを管理する。

第9条（議事報告）

世話人・幹事会議の要領は会員に報告する。

第10条（会議への出席）

名誉会員は世話人・幹事会で意見を述べることができる。

第四章 会計

第11条（会費）

本学会の会費は次の通りとする。

1. 施設会員（A） 年額 20,000 円
2. 施設会員（B） 年額 5,000 円
3. 個人会員 年額 2,000 円

第12条（会費免除）

名誉会員は会費の納入を要しない。

第13条（事業計画、収支、決算、予算）

本会の事業計画およびそれに伴う収支、決算、予算は、世話人・幹事会の承認を受けなければならない。

第14条（会計年度）

本会の会計年度は毎年1月1日に始まり12月31日に終わる。

第五章 改正

第15条（改正）

本会則および施行細則は、世話人・幹事会の承認を得なければ変更することはできない。

付則1. この会則は1988年12月10日から施行する。

付則2. 当番世話人への援助金は100,000円とし、事務局はこれを援助する。

援助金は会費をもってこれに当てる。尚、援助は1992年5月30日より実施する。

付則3. 当番世話人への援助金は第20回研究会から200,000円とし、事務局はこれを援助する。

付則4. 当番世話人への援助金は第26回研究会から300,000円とし、事務局はこれを援助する。

付則5. 当番世話人への援助金は第27回研究会から400,000円とし、事務局はこれを援助する。

付則6. この会則および施行細則の変更は2001年3月31日から施行する。

付則7. この会則および施行細則の変更は2005年3月12日から施行する。

付則8. 当番世話人への援助金は第31回研究会から500,000円とし、事務局はこれを援助する。

付則9. 発表者は施設会員AもしくはBに属するか、個人会員に限る。

付則10. 本研究会への参加によって、JSPEN認定資格であるNST専門療法士認定に必要なクレジットを5単位取得することが可能である。

付則11. 任期満了前に各施設の代表者を退任された世話人の年会費に関しては、個人会費(年額2,000円)扱いとする。

付則12. この会則および施行細則の変更は2013年3月9日から施行する。

付則13. この会則および施行細則の変更は2015年3月7日から施行する。

付則14. 付則10の取得単位が、5単位から2単位に変更。

(日本静脈経腸栄養学会の会則変更に伴う。2015年2月11日付)

付則15. この会則および施行細則の変更は2016年3月12日から施行する。

付則16. 当番世話人への援助金は第45回研究会から700,000円とし、事務局はこれを援助する。

付則17. この会則および施行細則の変更は2020年2月1日から施行する。

付記 事務局の所在地

久留米大学医学部外科学講座小児外科部門内

〒830-0011 福岡県久留米市旭町67番地

TEL:0942-31-7631

FAX:0942-31-7705

Email: kyushu_taishaiyou@med.kurume-u.ac.jp

URL: <http://www.med.kurume-u.ac.jp/med/pedisurg/ksmn/>

協賛企業一覧 (五十音順)

展 示 協 賛

株式会社大塚製薬工場

テルモ株式会社鹿児島支店

ニュートリー株式会社

ミヤリサン製薬株式会社

森永乳業クリニコ株式会社

プログラム広告協賛

アボットジャパン合同会社

株式会社ツムラ

ミヤリサン製薬株式会社

ドリンク協賛

ネスレ日本株式会社ネスレヘルスサイエンスカンパニー

生菌製剤
ミヤBM[®]細粒
MIYA-BM[®] FINE GRANULES

生菌製剤
ミヤBM[®]錠
MIYA-BM[®] TABLETS

酪酸菌(宮入菌)製剤

効能・効果、用法・用量、使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

薬価基準収載



生薬には、
個性がある。

漢方製剤にとって「良質」とは何か。その答えのひとつが「均質」である、とツムラは考えます。自然由来がゆえに、ひとつひとつに個性がある生薬。漢方製剤にとって、その成分のばらつきを抑え、一定に保つことが「良質」である。そう考える私たちは、栽培から製造にいたるすべてのプロセスで、自然由来の成分のばらつきを抑える技術を追求。これからもあるべき「ツムラ品質」を進化させ続けます。現代を生きる人々の健やかな毎日のために。自然と健康を科学する、漢方のツムラです。

良質。均質。ツムラ品質。



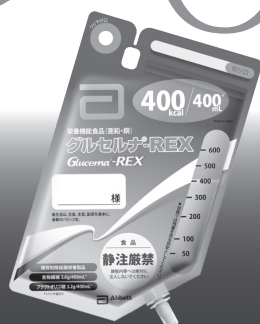
株式会社ツムラ <https://www.tsumura.co.jp/> 資料請求・お問合せは、お客様相談窓口まで。

医療関係者の皆様 tel.0120-329-970 患者様・一般のお客様 tel.0120-329-930 受付時間 9:00~17:30 (土・日・祝日は除く)

2021年4月制作 (国)



糖質制限、消化器症状に配慮 経管栄養時の期待に応える栄養製品



すぐにつなげる
Ready-to-Hang
400mL RTHバッグ



ハサミ不要。
開封性にすぐれた
200mL アルミパウチ

栄養機能食品 (亜鉛・銅)

グルセルナ®-REX

食生活は、主食、主菜、副菜を基本に、食事のバランスを。

- 亜鉛は、味覚を正常に保つのに必要であるとともに、皮膚や粘膜の健康維持を助け、たんぱく質・核酸の代謝に関与して、健康の維持に役立つ栄養素です。
- 銅は、赤血球の形成を助けるとともに、多くの体内酵素の正常な働きと骨の形成を助ける栄養素です。

[お問い合わせ・資料請求先]

お客様相談室 フリーダイヤル **0120-964-930**

発売元 **アボットジャパン合同会社**
東京都港区三田三丁目5番27号

JP.2023.36714.GLU.1

2023年4月作成

第49回九州代謝・栄養研究会

当番世話人：大脇 哲洋

鹿児島大学 離島へき地医療人育成センター
/地域医療学分野

発行日：2025年2月19日

事務局：鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
地域医療学分野

〒890-8544 鹿児島市桜ヶ丘8丁目35番1号
TEL：099-275-6853

制作：株式会社西日本企画サービス
