

東北摂食嚥下リハビリテーション研究会 第14回 研修会 『地域とつなげるチームアプローチ』

開催日 2017年11月12日(日) 9:45~16:30 会場 仙台国際センター
登録料(事前登録) 医療・介護スタッフ4,000円 学生2,000円 昼食弁当1,000円(希望者のみ)

特別講演 ①

9:50~10:50

「大学附属摂食嚥下専門クリニックにおける 小児の摂食指導の取り組みと地域連携」

演者 田村 文誉

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

基調講演

11:00~12:00

「嚥下障害の地域連携の構築」

演者 藤谷 順子

国立国際医療研究センターリハビリテーション科

分科会 13:00~15:00

障害児(者)部門

『病院で、施設で、学校で

そして家庭で・・・

「食べる」以外に出来ること』

千木良 あき子 歯科医師

- ①過敏についての基本的考え方と脱感作
- ②姿勢保持の基本的考え方
- ③筋訓練法の基本 ④食具の選び方

<演習講師>

後藤 申江(歯科医師) 田代 早織(歯科衛生士) 松田 由紀子(理学療法士)
大塚 由香(言語聴覚士) 熊谷 美緒(言語聴覚士) 橋浦 樹里(作業療法士)

評価・治療スタッフ部門

『地域医療における

摂食嚥下リハビリテーション』

金成 建太郎

長町病院リハビリテーション科

- ①「在宅で行う嚥下内視鏡のコツ」
加藤 健吾 東北大学病院
- ②「地域医療・在宅医療における
摂食嚥下リハの現状」
・仙台市内における連携の例
・大崎市内における連携の例
- ③「宮城県内の摂食嚥下障害者に
対応可能な病院」

看護職・ケアスタッフ部門

『食べるを支えるケア』

症例カンファレンス

- ①「ケアミックスだからこそ悩む
経口摂取をどうするか」
丹藤 淳 青森慈恵会病院
- ②「認知症高齢者の
経口摂取継続へ向けた食支援」
大下 恵 岩手県立千厩病院
- ③「不顕性誤嚥で食べ続ける選択と
退院支援」
高橋恵美子 石巻赤十字病院
- ④「摂食嚥下障害を呈する
高齢者への退院調整」
佐々木幸恵 いわき共立病院

特別講演 ②

15:15~16:15

「咀嚼と嚥下のハーモニー」

演者 井上 誠

新潟大学医歯学総合研究科口腔生命科学・摂食環境制御学

※ 受講希望の方は、事前にお申込みください ※

申込最終受付日：平成29年10月27日(金)

※詳細につきましては下記ホームページ イベント・セミナー情報ページをご覧ください

<http://www.reha.med.tohoku.ac.jp/>

主催 東北摂食嚥下リハビリテーション研究会

東北大学大学院医学系研究科肢体不自由学分野 内

<お申し込み方法について> ※FAXでご送付ください

① 登録料のお振込 *郵便局備付けの払込取扱票でお申込みください。



振込先口座 (郵便局)

加入者名: 東北摂食嚥下リハビリテーション研究会

口座番号: 02230-7-61928 (右詰めで記入)

②登録申込書に郵便局振込日と振込額を記載の上、FAX送信

FAX: 022-388-8039 ※研修会用専用FAX

申込締切: 10月27日 (金)

(お申込に関してのお問合せ先) 株式会社小田島アクティ (担当: 大場)

E-mail: kumiko_oba@odashima-acty.co.jp

切り取らず送信

11月12日(日)開催 東北摂食嚥下リハビリテーション研究会 第14回研修会
登録申込書

東北摂食嚥下リハビリテーション研究会事務局(代)行

★お振込金額をご確認ください (○をご記入ください)

昼食ご希望の方 (一般)	5,000 円		昼食ご不要の方 (一般)	4,000 円	
〃 (学生)	3,000 円		〃 (学生)	2,000 円	

★振込日・振込額 (受付作業上必要)

月	日	円	名分
---	---	---	----

<複数名様でお申込の場合>

ご入金は一括でお振込頂いて構いません。

「受付完了書」を各々郵送させていただきますので、受講希望者は本用紙コピーの上、お一人ずつご記入頂き、まとめてFAXご送付ください。

★受講希望者 ※受付番号を送付いたしますので、楷書ではっきりとお書きください

ご芳名	※フリガナ		職 種	
			<input type="checkbox"/> 1 医師 <input type="checkbox"/> 2 歯科医師 <input type="checkbox"/> 3 看護師(職) <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 5 作業療法士 <input type="checkbox"/> 6 理学療法士 <input type="checkbox"/> 7 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 8 栄養士 <input type="checkbox"/> 9 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 10 薬剤師 <input type="checkbox"/> 11 調理師 <input type="checkbox"/> 12 教諭 <input type="checkbox"/> 13 技師 <input type="checkbox"/> 14 介護職 <input type="checkbox"/> 15 保育士 <input type="checkbox"/> 16 学生 <input type="checkbox"/> 16 その他 ()	
ご勤務先	ご勤務先名			
	ご住所	〒		
	T E L	()	—	F A X () —
E-mail		*ご昼食*	要 ・ 不要	

※送付先が上記と異なる場合は、下記欄にご記入ください

ご送付先	ご送付先名			
	ご住所	〒		
	T E L	()	—	F A X () —

※お預かりしました個人情報につきましては、登録業務及び集計のみに使用いたします。個人情報を参加者様の同意なしに第三者に開示、提供することはございません。また、研修会終了後は責任をもって廃棄いたします