

東北摂食嚥下リハビリテーション研究会 第14回研修会開催要項(プログラム)

開催日:平成 29 年 11 月 12 日(日) 場所:仙台国際センター

テーマ「地域とつなげるチームアプローチ」

(敬称略)

- 9:45～ 開会挨拶 出江 紳一 当会代表幹事・東北大学医学系研究科肢体不自由学分野 医師
- 9:50～10:50 ◆特別講演①(大ホール)
『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』
座長 猪狩 和子 当会常任幹事・東北大学病院障害者歯科治療部 歯科医師
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 歯科医師
- 11:00～12:00 ◆基調講演(大ホール)
『嚥下障害の地域連携の構築』
座長 渡邊 健一 当会幹事・東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科学 医師
演者 藤谷 順子 国立国際医療研究センター病院リハビリテーション科 医師
- 13:00～15:00 ◆分科会
➤ 障害児(者)部門 (会場:萩)
『病院で、施設で、学校で、そして家庭で・・・「食べる」以外にできること』
進行 千木良 あき子 当会幹事・歯科医師
講義・演習 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」
担当 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) 他
意見交換
- 評価・治療スタッフ部門 (会場:橋)
『地域医療・在宅医療における摂食嚥下リハビリテーション』
進行 金成 建太郎 当会幹事・長町病院リハビリテーション科 医師
発表 「在宅で行なう嚥下内視鏡のコツ」
加藤 健吾 当会幹事・東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科学 医師
発表 「地域医療・在宅医療における摂食嚥下リハの現状」
① 仙台市内における連携の例
塩野崎 淳子 むらた日婦外科・WOG クリニック 管理栄養士
② 大崎市内における連携の例
大崎栄養サポート研究会
発表 「宮城県内の摂食嚥下障害に対応可能な病院」
西嶋 一智 宮城県リハビリテーション支援センター 医師
- 看護職・ケアスタッフ部門 (会場:大ホール)
『症例カンファレンス ～食べるを支えるケア～』
進行 根岸 久美子 当会幹事・仙台市医療センター仙台オープン病院 看護師
早川 貴司 当会幹事・福島県立医科大学附属病院 看護師
発表 「ケ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 看護師
発表 「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 看護師
発表 「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 看護師
発表 「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 看護師
アドバイザー 長谷川 賢一 当会幹事・東北文化学園大学リハビリテーション学科 言語聴覚士
アドバイザー 瀬田 拓 当会幹事・みやぎ県南中核病院 医師
- 15:15～16:15 ◆特別講演②(大ホール)
『咀嚼と嚥下のハーモニー』
座長 加藤 健吾 当会幹事・東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科学 医師
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 歯科医師
- 16:15～ 閉会挨拶 長谷川 賢一 当会幹事・東北文化学園大学リハビリテーション学科 言語聴覚士

※特別講演①、基調講演、特別講演②は JSDR 認定士単位セミナー、日本リハビリテーション医学会単位申請中

※内容は変更になる場合があります

<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、お一人づつご記入頂き、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"/> 15 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