

第1回 摂食嚥下リハビリテーション研修講座 初級コース

近年の高齢化の進展に伴う社会ニーズの変化から、摂食嚥下リハビリテーションへの関心が大きくなってきております。これまで、鹿児島摂食嚥下リハビリテーション研究会をはじめ、各種団体による研修会等が盛んに行われるようになってきておりますが、摂食嚥下リハビリテーションの基礎的事項について、系統だった学びの場を求める声が聞かれるようになってまいりました。

このため、今年度(平成29年度)から、摂食嚥下リハビリテーションの基礎的知識と技術の修得と向上を図るために、『摂食嚥下リハビリテーション研修講座 初級コース』を開設する運びとなりました。つきましては、ご参加について下記のとおりご案内申し上げます。

目的: 摂食嚥下リハビリテーションに関連する医療・福祉関係職種の基礎的知識・技術レベルの向上

主催: 鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面補綴学分野,
リハビリテーション医学分野

共催: 鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 地域連携高齢者歯科医療学センター後 援:
鹿児島県歯科医師会, 鹿児島大学歯学部同窓会

実施機関: 鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面補綴学分野

実施会場: 鹿児島大学 歯学部講義・実習棟 4F 第3講義室
(鹿児島大学桜ヶ丘キャンパス 歯科診療棟後ろ)

〒890-8544 鹿児島市桜ヶ丘 8 丁目 35 番 1 号 TEL:099-275-5111(代表)日

程: 2017年9月20日～11月8日

19時30分～21時

受講資格: 摂食嚥下リハビリテーションに従事、あるいは関心のある職種

(医師, 歯科医師, 看護師, 歯科衛生士, 管理栄養士, 言語聴覚士, 理学療法士, 作業療法士, 介護福祉士, 介護支援専門員等, 福祉・医療関係者)(定員 100 名)

受講費: 6,630 円

お申し込み: 申込期間 6月5日～8月21日

別紙申込用紙, あるいは鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面補綴学分野 HP (次ページ参照)から申込書ダウンロードし, 必要事項を明記の上, 次ページ送付先まで郵送ください。参加決定後に振込用紙を郵送いたしますので, 所定の口座にお振込みください。開催日の

10 日前までに連絡がない場合は下記にお問合わせください。

講義内容

- ① 9/20 摂食嚥下リハビリテーション総論 下堂 蘭 恵 先生
(鹿児島大学)
- ② 9/27 摂食嚥下障害とその評価 西 恭宏 先生
(鹿児島大学)
- ③ 10/4 摂食嚥下リハビリテーションの実際 池上 敏幸 先生
(菊野病院)
- ④ 10/11 脳血管疾患, 神経・筋疾患と摂食嚥下障害 宮田 隆司 先生
(鹿児島大学)
- ⑤ 10/18 摂食嚥下リハビリテーションの取り組み 後藤 雄一 先生 (鹿児島大学) 橋
口 真紀子 先生
(鹿児島大学) 貞村 淳一郎 先生
(鹿児島市開業)
- ⑥ 10/25 栄養の考え方と嚥下調整食 油田 幸子 先生
(鹿児島厚生連病院)
- ⑦ 11/1 食環境・ポジショニング 米田 恵美 先生
(鹿児島県作業療法士協会)
- ⑧ 11/8 リスク管理と現場での実際1 看護から 鈴木 真由美 先生
(鹿児島大学) リスク管理と現場での実際2 胃瘻, 歯科的装置 吉村 卓也
先生
(鹿児島大学)

申込み受領について:

申込み受領について, ご明記のメールアドレスに返信いたします。8 月 22 日までに連絡が無い場合は, 下記問い合わせ先にご連絡ください。

※配布物の準備の都合上, お申し込み後のキャンセルは 9 月 6 日までをお願いいたします。

鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面補綴学分野 ホームページ

<http://w3.hal.kagoshima-u.ac.jp/dental/prostho2/index.htm> 申込み書と会場地図はこちらから

《送付先・お問い合わせ先》鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面補綴学分
野 担当：田中，西
〒890-8544 鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1
TEL: 099-275-6222 Fax099-275-6228
Email: hotetu02@d1.dent.kagoshima-u.ac.jp (分野技能補佐員: 田中)

鹿児島大学公開講座

第 1 回 摂食嚥下リハビリテーション研修講座 初級コース

参加申込書

お申し込み日 H29年 月 日

氏名:

E-mail (必ずご記入ください)

(*一部の携帯電話アドレスの場合、メール送信できないことがあります。

パソコンからのメールや添付ファイル閲覧可能なメールアドレスをご記入ください) 申込み受領について、上記のメールアドレスに返信いたします。8月22日までに連絡が無い場合は、下記問い合わせ先にご連絡ください。

職種: 勤務先:

勤務先の連絡:

Tel:

Fax: 住所: 〒

受講費の振込用紙を、上記の住所に郵送いたしますので、所定の口座にお振り込みください。

記載された内容に関しては、個人情報保護法に基づき個人情報の適正な保護を行います。

《送付先・お問い合わせ先》鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面補綴学分
野 担当: 田中, 西
〒890-8544 鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1
TEL: 099-275-6222 Fax099-275-6228
Email: hotetu02@d1.dent.kagoshima-u.ac.jp (分野技能補佐員: 田中)