

令和6年度 第3回 福島県歯科衛生士会研修会のご案内

「なぜ今、歯科衛生士に摂食嚥下リハビリテーションが求められるのか!？」

～明日からの臨床ですぐ使える知識と(簡易的な)アプローチ～

今回は、朝日大学歯学部の谷口裕重先生を講師にお迎えし、摂食嚥下リハビリテーションについてご講演いただきます。高価な道具を準備することなく、難しい手技にとらわれず、簡易的ですぐ使えるアプローチ法を身につけ、明日からの臨床で役立てられるよう、一緒に学習してみましょ。皆様のご参加をお待ちしております。

《講演抄録》 従来、摂食嚥下障害には必ず原因となる疾患、つまり脳血管疾患や神経筋疾患のような原疾患が存在する、もしくは薬剤に起因すると考えられました。しかし、近年、摂食嚥下障害の病態はより複雑化しており、その対応は多様な知識が要求されています。特に、その傾向が強く、需要が増加している在宅や施設で暮らす高齢者への対応が求められており、その最前線で活躍するのが歯科衛生士と考えます。本研修会では、明日からの臨床ですぐ使える知識と(簡易的な)アプローチを実践に即した形でお伝えしたいと思います。臨床に「摂食嚥下リハ」を導入する、もしくは発展させるために気楽に受講してください。 朝日大学歯学部 摂食嚥下リハビリテーション学分野 教授 谷口裕重

- 日 時： 令和6年9月29日(日) 午前10時00分～12時00分 (会場受付 午前9:30～)
- 開催形式： ZOOMを使用したオンラインセミナー、または会場で ZOOM 映像を視聴する
(申込時に、受講形式をどちらか一方ご選択ください)
- 会 場： 福島県男女共生センター 4階 第4研修室
〒964-0904 二本松市郭内1-196-1 ☎0243-23-8301
- テー マ： 「なぜ今、歯科衛生士に摂食嚥下リハビリテーションが求められるのか!？」
～明日からの臨床ですぐ使える知識と(簡易的な)アプローチ～
- 講 師： 朝日大学歯学部 摂食嚥下リハビリテーション学分野 教授 谷口 裕重 先生
- 対 象： 歯科衛生士、歯科医師、学生、保健医療従事者等
- 参加費： 県内会員、県外会員ともに 1,000円 会員外 5,000円 学生無料
(郵送局振込取扱票にて事前振込)
- 定 員： ZOOM での受講： 80名 , 会場での受講： 20名
- 申込方法： ZOOM で受講する方も、会場で受講する方も、9月16日(月)(必着)までに
福島県歯科衛生士会宛に、メールにてお申込みください。
申込み手順の詳細は裏面をご覧ください。
- 単位取得： A 臨床研修コース b 摂食嚥下機能療法の基本技術
I-E 摂食嚥下リハビリテーションにおける歯科衛生士の役割 (1単位)
III-B 摂食嚥下障害 (1単位)
※日本歯科衛生士会認定更新生涯研修 2単位(予定)
- そ の 他： 締切日前であっても定員に達した場合には、締め切らせていただきますので、予めご了承ください。その際には、本会ホームページに掲載いたしますので、申込み時にご確認をお願い致します。

申込切：令和6年9月16日(月)
支払期限：令和6年9月18日(水)

● 参加申込みの流れと手順

① ZOOM で受講する方も、会場で受講する方も、fukushimaken.dh@gmail.com

のアドレスにメールにて、氏名 会員番号 支部名等の必要事項を記載した上、令和6年9月16日(月)までにお申込みください。お申し込みの際は、迷惑メール設定、受信拒否、指定ドメイン受信設定などの設定内容を確認し、上記アドレスからのメールが受信できる状態に設定してください。

<県内会員および県外会員の方の記入例>

福島県歯科衛生士会研修会参加希望

- ・氏名 福島 桃子
- ・会員番号 1234567890
- ・所属支部 福島支部（県外の方は県名）
- ・電話番号 090-****-****
- ・住所 （県外の方のみ）
- ・希望受講方法 ZOOM、会場受講いずれか記載

<会員外の方の記入例>

福島県歯科衛生士会研修会参加希望

- ・氏名 福島 さくら
- ・職種 歯科衛生士(学生の方は学生と記載)
- ・電話番号 080-****-****
- ・住所 福島市～
- ・歯科衛生士免許番号（歯科衛生士の方のみ）
- ・希望受講方法 ZOOM、会場受講いずれか記載

② メールでの申込み後、郵便局の青色の振込取扱票にて令和6年9月18日(水)までに参加費をお振込みください。ATM から口座番号を直接入力して送金すると、必要事項が確認できませんので、ATM ご利用の場合も、必ず必要事項を記載した振込取扱票を利用し、ご送金ください。なお、振込手数料は各自ご負担お願い致します。また、本会からの領収書の発行はいたしません。振込取扱票の受領証が領収書となります。当日、本人の都合により受講できなかった場合については、返金に応じかねますのでご了承ください。

***振込先** ゆうちよ銀行 ***口座番号** 02180-1-8970 ***名義** 一般社団法人 福島県歯科衛生士会

《ご注意ください！！》 本会から口座番号のお知らせのメールはいたしませんので、
申込みメールを送信後に、各自上記の口座まで参加費のお振込みをお願い致します。

③ ZOOM での受講を希望し、入金確認され手続きが完了した方には、申込み締め切り後に ZOOM 招待の ID とパスワードをお知らせいたします。会場受講希望の方には、入金確認済のみお知らせをいたします。なお、参加申込み、および入金確認には数日かかりますことを予めご了承ください。

● 会員外歯科衛生士受講証明書の発行について

研修会終了後に、会員外の歯科衛生士の方へ受講証明書を発行いたします。返信先の住所、氏名を記載し110円切手を貼った返信用封筒を同封の上、研修会終了後1週間以内にご郵送でお申込みください。

郵送先は以下の通りです。

〒975-0004 福島県南相馬市原町区旭町1-65 荒川歯科医院内 須釜明子 宛に ご郵送ください。

● 日本歯科衛生士会認定単位取得の条件

- ① 参加申込み及び参加費入金が完了していること
- ② ZOOM 設定で、名前をフルネームに変更できていること(ZOOM の場合)
- ③ 研修中は、常時ビデオをオンにしていること(ZOOM の場合)
- ④ 研修後アンケートを実施いたしますので、期日内にアンケートに回答し返信すること
(アンケートの集計結果につきましては、会誌に掲載する場合がございますので、予めご了承ください。)

● 資料について

当日の資料につきましては、お申込みいただいたメールアドレスにデータを送りますので、各自ダウンロードしてご覧ください。なお会場で受講する場合でも、当日の資料配布は行いませんので予めご了承ください。

<振込用紙記入例>

- ・加入者名(名義) 一般社団法人 福島県歯科衛生士会
 - ・口座番号 02180-1-8970
 - ・通信欄 令和6年度 第3回 研修会参加費 会員、会員外か記入
 - ・金額 県内会員、県外会員ともに 1,000円 会員外 5,000円
- *ご依頼人の氏名 住所 電話番号もお忘れなくご記入ください

00		払込取扱票 記入例		振替払込請求書兼受領証	
口座記号		口座番号(右詰めで記入)		金額	
* 口座		* 番号 記入		* 領 1,000	
* 料		* 金		* 領外 5,000	
加入者名		* 一般社団法人福島県歯科衛生士会		* 口座番号	
通信欄		* 令和・年度 第・回 研修会参加費 (会員 会員外)		* 金額	
* 住所		* 福島市...		* おなまえ	
* 依頼人		* 福島桃子(名前)		* 依頼人	
* TEL		* TEL		* 料	
ご依頼人欄に、おところ・おなまえをご記入ください。		日 附 印		* 備 考	
これより下部には何も記入しないでください。		この受領証は、大切に保管してください。			

● 講師略歴 谷口 裕重 先生

- 2004年3月 愛知学院大学歯学部 卒業
- 2008年4月 新潟大学歯学総合研究科(口腔生命科学専攻)博士課程 卒業
- 2023年4月 朝日大学歯学部 摂食嚥下リハビリテーション学分野 教授

【お問い合わせ先】 学術理事 ^{すがまあきこ} 須釜明子 (☎月~金 PM5:00 までにお問い合わせ致します。)

TEL:0244-23-3428 (荒川歯科医院内)

✉ fukushimaken.dh@gmail.com

- 広報委員会より、会誌に掲載する研修会についての原稿依頼をお願いする場合がございますので、その際にご協力をお願いいたします。

* 次回の研修会は、12月15日(日)口腔機能低下症について(集合型)予定しております。