

令和4年度 第1回 福島県歯科衛生士会研修会のご案内

「高齢者の摂食嚥下サポートの実践法と 歯科衛生士の関わり～疾患別の特徴と訓練のコツ～」

好評につき第2弾、郡山市の総合南東北病院で言語聴覚士としてご活躍されている、森隆志先生を講師にお迎えし、ご講演いただきます。高齢者の摂食嚥下サポートの実際、多職種連携を必要とする中で、歯科衛生士ができることは何か、より具体的に学んでみましょう。初めて受講する方でも分かりやすい内容になっておりますので、初回受講していない方も、この機会に是非ご参加ください。

《講演抄録》 高齢者の摂食嚥下サポートにおける疾患別の特徴、実臨床の紹介と歯科衛生士の関わりを中心に講義する。嚥下障害の講義を受けても医療者が実践で困惑する事例では、ゴール設定が不十分なケースがある。脳血管疾患の特に急性期では短期的な機能回復の予後予測をし、嚥下リハ、栄養療法のマネジメントを行う必要がある。神経変性疾患では機能低下が進行する可能性があるが、投薬により症状が良くなる場合もあるので特に治療薬の情報に注意して予後予測を行う必要がある。食物を用いない間接的嚥下訓練は、運動療法と感覚刺激、電気刺激、磁気刺激等があるが本講義では特に運動療法について実践法を紹介する。食物を用いる直接的嚥下訓練では、患者の姿勢制御や感覚入力、環境調整について紹介する。

総合南東北病院 口腔外科 森 隆志

- 日 時：令和4年5月22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選ぶ)
- 会 場：福島県男女共生センター 4階 第2研修室
(二本松市郭内1-196-1 ☎0243-23-8301)
- テーマ：「高齢者の摂食嚥下サポートの実践法と歯科衛生士の関わり
～疾患別の特徴と訓練のコツ～」
- 講 師：一般財団法人 脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 口腔外科
摂食嚥下リハビリテーションセンター 主任心得 森 隆志 先生 (言語聴覚士)
- 対 象：歯科衛生士、その他医療従事者 (学生部会員も受講可能)
- 参加費：会員1,000円 会員外5,000円 (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：25名
- 申込方法：ZOOMで受講する方も、会場で受講する方も、5月12日(木)(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、摂食嚥下療法の基本技術
V-A 摂食嚥下障害に対する訓練法(基本訓練、間接訓練) (1単位)
V-B 摂食嚥下障害に対する訓練法(摂食訓練、直接訓練) (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。ZOOMのインストールの仕方、及び操作方法等については、各自ご対応をお願い致します。本会では対応しかねますので、予めご了承ください。

申込〆切：令和4年5月12日(木)
支払期限：令和4年5月16日(月)

● 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4年5月12日(木)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してください。

<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
- ・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 「参加申込みを確認致しました。振込口座番号は**です。」とご返信いたしますので、郵便局の青色の振込取扱票にて令和4年5月16日(月)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、本会で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。

③ ZOOM での受講を希望し、入金が確認され手続きが完了した方には、申込み締め切り後の5月中旬以降に 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、入金確認済のお知らせをいたします。なお、参加申込み、及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84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。

〒960-8105 福島県福島市仲間町6-6 福島県歯科医師会館内
一般社団法人 福島県歯科衛生士会 学術理事 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 研修後アンケートがある場合には、研修会終了日から3日以内にアンケートに回答し、返信すること

● 資料について

当日の資料がある場合には、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 記号*** 番号*** (申込確認時にメールにてお知らせいたします。)
 - ・通信欄 令和4年度 第1回 研修会参加費 会員、会員外か記入
 - ・金額 会員 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 額 ¥1,000	
* 一般社団法人福島県歯科衛生士会		* 料 金		* 領外 ¥5,000	
* 令和・年度 第・回 研修会参加費 (会員 会員外)					
* 福島市... (住所)					
* 福島桃子 (名前)					
* TEL -					
* 日 附 印					
* 振替払込請求書兼受領証		* 口座記号番号		* 口座番号記入	
* 加入者名		* 金額		* 福島県歯科衛生士会	
* 金額		* おなまえ		* (¥1,000 ¥5,000)	
* 依頼人		* 日 附 印		* 福島桃子 様	
* 料 金		* 備 考		* (消費税込)	
* 備 考					

各票の※印欄は、ご依頼人様においてご記入ください。
ご依頼人欄に、おとこ・おなまえをご記入ください。
これより下部には何も記入しないでください。

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。
切り取らないでお出ください。

この受領証は、大切に保管してください。

● 講師略歴 森 隆志 先生

- 1996年 同志社大学 法学部政治学科卒業
- 2002年 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院 言語聴覚科卒業
- 2019年 東北大学大学院 医学系研究科 肢体不自由分野卒業
- 現在 一般財団法人 脳神経疾患研究所 附属総合南東北病院 口腔外科勤務

リハビリテーション栄養指導士 日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士
NST 専門療法士 認定言語聴覚士 (摂食嚥下障害領域)

【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ください。)

TEL:0244-23-3428 (荒川歯科医院内)