

平成 28 年 5 月 11 日

病院・各医療機関の長
関係機関・施設等の長
リハビリテーション部門の長 } 様

青森圏域地域リハビリテーション広域支援センター
センター長 (青森市民病院長) 遠藤 正章
(公印省略)

平成 28 年度地域リハビリテーション研修会の開催について

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、青森市民病院では、平成 17 年に青森県から青森圏域における地域リハビリテーション広域支援センターの指定を受け、障害を持つ人や高齢者等の様々な状況に応じたリハビリテーションが、適切かつ円滑に提供される体制づくりを支援するための事業を展開して参りました。

この度、当該事業の一環として、別紙開催要領のとおり「摂食嚥下」に関する研修会を開催する運びとなりました。

つきましては、ご多忙中のこととは存じますが、貴院・施設のリハビリテーション従事者及び関係者の方々に、ご参加いただきたくご案内申し上げます。

記

- 1 名称 摂食嚥下教育プログラム
- 2 対象 摂食嚥下障害者に関わり摂食嚥下に関する基礎的な知識を有する方
- 3 内容等 全 5 回のプログラム (可能であれば全日程参加が望ましい)

No	日 時	場 所	内 容
①	6/25 (土)	青森市民病院 3 階 大会議室	13:30~15:00 【講義】嚥下の理解に必要な解剖
			15:10~16:40 【講義】嚥下運動と嚥下障害、医療安全
②	7/23 (土)	青森市民病院 3 階 大会議室	13:30~15:00 【実技】嚥下機能評価法と検査
			15:10~16:40 【実技】嚥下訓練法
③	9/10 (土)	青森市民病院 1 階 機能回復室	13:30~15:00 【講義】嚥下食の特性
			15:10~16:40 【実技】嚥下障害の食事援助方法
④	10/29 (土)	青森市民病院 3 階 大会議室	13:30~15:00 【実技】口腔ケア (基礎)
			15:10~16:40 【実技】口腔ケア (応用)
⑤	11/19 (土)	青森市民病院 3 階 大会議室	グループワーク

5 参加費 無料

6 参加申込 別紙「平成 28 年度地域リハビリテーション研修会参加申込書」にご記入のうえ、平成 28 年 6 月 3 日 (金) までに FAX にてお申込みください。

なお、募集定員は 20 名程度 (※応募者多数の場合は、各施設代表者 1 名) とさせていただきますので、ご了承願います。

【青森圏域地域リハビリテーション広域支援センター事務局】

〒030-0821 青森市勝田一丁目 14-20

青森市民病院 事務局 担当 吉崎

TEL 017-734-2171 (内線 7316)

FAX 017-734-7578

E-mail: yoshizaki_masayuki@city.aomori.aomori.jp

平成 28 年度 地域リハビリテーション研修会 開催要領

- 1 名 称 摂食嚥下教育プログラム
- 2 目 的
 - 誤嚥性肺炎のリスク予防で簡易的な評価が行えるように、必要な摂食嚥下機能評価法を実施できる知識と能力を育成する。
 - 嚥下障害患者の特性を理解し、患者に対する適正な食事提供とケアができる技能を育成する。
 - 業務における摂食嚥下障害支援において他のスタッフへの助言相談を行える能力を育成する。
- 3 対 象 摂食嚥下障害者に関わり摂食嚥下に関する基礎的な知識を有する方
(定員) 20 名程度 ※応募者多数の場合、各施設代表者 1 名とする。
- 4 内 容

	内 容	時間 (h)	担当部局
6 月	【講義】総論、嚥下の理解に必要な解剖	1.5	リハビリテーション科
	【講義】嚥下運動と嚥下障害、医療安全	1.5	
7 月	【実技】嚥下機能評価法と検査	1.5	リハビリテーション科
	【実技】嚥下訓練法	1.5	
9 月	【講義】嚥下食の特性	1.5	栄養管理室 看護局
	【実技】嚥下障害の食事援助法	1.5	
10 月	【実技】口腔ケア (基礎)	1.5	歯科口腔外科
	【実技】口腔ケア (応用)	1.5	
11 月	グループワークによる症例検討	1.5	リハビリテーション科

※詳細な日時は別に定める。

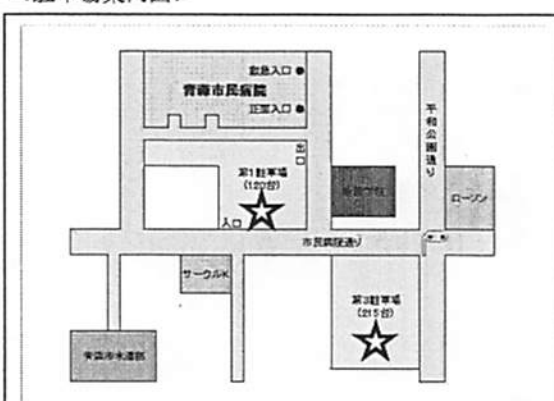
※講師は青森市民病院スタッフとするが、要すれば参加施設等から講師を募る。

- 5 場 所 青森市民病院内 (ほか、利用できる施設があればこの限りではない)

<案内図>



<駐車場案内図>



【住 所】青森市勝田一丁目 14-20 (電話) 017-734-2171

【駐車場】利用料は当院負担とする (会場受付へ駐車券をお持ちください)。

- 6 参加費 無料
- 7 参加申込 別紙「平成 28 年度地域リハビリテーション研修会参加申込書」に記入の上、FAX にて申し込みを行うこととする。
- 8 主 催 青森圏域地域リハビリテーション広域支援センター (青森市民病院)
※青森脳卒中地域連携パス連絡協議会併催

平成 28 年度地域リハビリテーション研修会

「摂食嚥下教育プログラム」

参加申込書

施設・団体名	
ふりがな 申込者名	
所属・職名	
電話番号	
FAX 番号	
メールアドレス	
希望理由 (記載任意：申込多数時の選定 材料とすることがあります)	

6月3日（金）までにお申込みください

送信先	青森市民病院 事務局 吉崎 行き	FAX 番号 017-734-7578
-----	------------------	---------------------