

島 経 協 発 第 5 号
平成 29 年 8 月 3 日

関 係 団 体 各 位

島根県経口摂取支援協議会
議長 井 上 幸 夫
(公 印 省 略)

「平成 29 年度経口摂取支援研修会」について（ご案内）

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

かねてより、本協議会運営には格別のご高配を賜わり厚く御礼申し上げます。

さて、本協議会は平成 21 年 12 月の設立以来、地域住民の経口摂取を支援し、健康維持とQOL向上に寄与するため、多職種連携を進めるうえでの情報共有を目的に例年研修会を開催しており、今年度も別紙開催要領のとおり標記研修会を開催いたします。

つきましては、業務ご多端の折とは存じますが、この研修会を貴団体会員の皆様へご周知いただき、一人でも多くの方にご参加いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

謹白

【 連 絡 先 】

島根県歯科医師会 担当：谷口

〒690-0884 松江市南田町 141-9

電話：0852-24-2725 FAX：0852-31-0198

✉taniguchi@shimane-da.or.jp

平成 29 年度 経口摂取支援研修会開催要領

1. 目的

「島根県経口摂取支援協議会」を広く県下にアピールするとともに、関連各職種が他職種の技能を理解し、現場での連携に活用できる情報を提供する。

2. メインテーマ

「食を支援する病院・在宅の連携」

3. 主催

島根県歯科医師会 島根県経口摂取支援協議会

4. 日時・場所

平成 29 年 11 月 26 日（日）9：50～15：00

東部会場：島根県歯科医師会館（松江市南田町 141-9 TEL 0852-24-2725）

西部会場：島根県歯科医師会西部会館（浜田市久代町 1-8 TEL0855-28-1960）

※テレビ会議システムにてテレビ中継を行います。

5. プログラム

9：50～10：00 開会行事

10：00～12：00 基調講演：「口から食べる幸せをサポートする包括的スキル」

—多職種で繋ごう食べる支援—

講師：NPO 法人 口から食べる幸せを守る会 理事長 小山珠美 先生

12：00～12：10 質疑応答

昼休憩

午後からテーマに沿った内容の事例発表会（※順番は決定ではありません。）

13：00～13：20 ひかわ生協訪問看護ステーション チューリップ 所長 河原瑞恵 先生

（島根県訪問看護ステーション協会）

13：20～13：40 医療法人 医純会 すぎうら医院 管理栄養士 金本由紀子 先生

（島根県栄養士会）

13：40～14：00 居宅介護支援事業所 オレンジロード ケアマネジャー 川上 愛 先生

（島根県介護支援専門員協会）

14：00～14：20 医療法人 壽生会 寿生病院 言語聴覚士加茂昌子 先生

（島根県言語聴覚士会）

14：20～14：40 食支援マニュアルについて島根県歯科医師会より発表

14：40～15：00 質疑応答

※ 企業展示を別室にて 15：15 まで行います。

6. 参加対象

医師、看護師、栄養士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員、
歯科医師、歯科衛生士等および経口摂取支援に関わる医療・福祉・教育など関連全職種

7. 参加費無料

8. 申込方法

申込用紙により、郵送又は FAX、メールにてお申込み下さい。

9. 申込先

一般社団法人 島根県歯科医師会 事務局 担当 谷口

TEL 0852 - 24 - 2725 / FAX 0852 - 31 - 0198 taniguchi@shimane-da.or.jp

10. 申込締切

平成 29 年 11 月 10 日 (金)

11. 東部会場へ車でお越しの場合は「くにびきパーク&ライド (松江市営駐車場)」をご利用下さい。
西部会場は駐車場の都合上、なるべくお乗り合わせの上、ご来館いただきますようお願いいたします。

12. 東部会場では弁当の販売 (お茶付・600 円) がございますので、必要な方は各自で購入してください。
西部会館は各自で飲み物及び昼食をご用意ください。

13. 東部会場では関連業者展示を行いません。

※「日本摂食・嚥下リハビリテーション学会」公認セミナー申請いたしますので、認定単位については当日ご確認ください。

○会場地図

島根県歯科医師会館

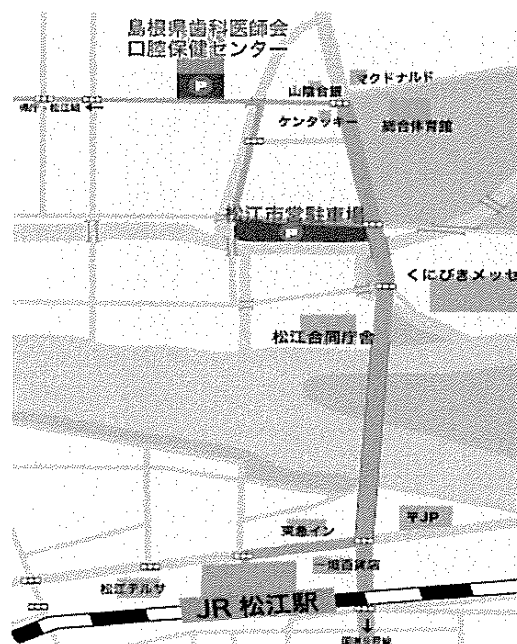
松江市南田町 141-9

電話 0852-24-2725 FAX 0852-31-0198

島根県歯科医師会 西部会館

浜田市久代町 1-8

電話・FAX 0855-28-1960



島根県歯科医師会行き FAX 0852-31-0198

平成 29 年度 経口摂取支援研修会 参加申込書

※申込締切日 平成 29 年 11 月 10 日 (金)

- 参加者については、下記表にご記入下さい。
- お弁当が必要な方の概数把握のために、必要と思われる方は該当欄に☑をお願いします。

所属機関名	職 種	氏 名	連絡先住所/ 電話番号	出席会場 (該当に○)	弁当 ※東部会 場のみ
				東部・西部	
				東部・西部	
				東部・西部	
				東部・西部	
				東部・西部	

〔事前質問等〕

【連絡先】
島根県歯科医師会 (担当：谷口)
電 話 (0852) - 24 - 2725
FAX (0852) - 31 - 0198
E-mail taniguchi@shimane-da.or.jp