

平成21年度
新潟大学創立60周年記念事業
新潟大学歯学部同窓会セミナーⅢのご案内

「歯科医が行うべき在宅における
摂食・嚥下リハビリテーション」

平成21年度同窓会学術企画第3弾「歯科医が行うべき在宅における摂食・嚥下リハビリテーション」の募集案内をさせていただきます。

近年の超高齢化社会において、口の機能障害が高齢者や寝たきりの障害者などに誤嚥による肺炎の発症や窒息など致命的な結果をもたらすことが明らかとなってきました。同窓生の皆様も、歯科医師の使命と感じ、既に訪問診療、在宅診療に携っている先生、これから始めようとしている先生が多くいらっしゃると思えます。おいしく食べてもらいたいと思ってもその実践の方法がわからない、始めるにあたって、実際の現場から生の声を聞きたいといったご要望にお答えすべく本セミナーを企画致しました。

今回の学術企画では摂食・嚥下リハビリテーション学分野のご協力をいただき、在宅における摂食・嚥下障害の診療に必要な知識、技術の習得を目的とする講義、及び実習を予定しております。講師をしていただく井上誠教授は、平成20年本学摂食・嚥下リハビリテーション学分野教授に就任されて以来、生理学的な見識を基に、精力的にご活躍いただいております。この度、本学同窓生のためにこの様なセミナーを企画していただきました。皆様におかれましては奮ってご参加くださいますようお願い申し上げます。

日 程 平成22年2月7日(日)10時～16時(昼食1時間30分含む)

形 式 講義、実習

会 場 医歯学総合病院(歯系)3階病院大会議室他に実習室使用予定

定 員 20名

参 加 費 20,000円(実習器材、テキスト、昼食代を含みます)

申し込み方法 申し込み用紙に必要事項を御記入の上、新潟大学歯学部同窓会事務局までファックスにて申し込みください。定員を確認後同窓会学術より受講申し込み受付票および受講案内をファックスにて送付致しますので指定の口座にお振り込み下さい。(当日は振込用紙控えをお持ち下さい。確認が取れない場合の証明になります。)
※なお、定員に達した場合、同窓会事務局からの受講申し込み受付票および受講案内のファックスはいたしませんのでご容赦くださいますようお願い申し上げます。

FAX送信先025-229-4166(同窓会事務局)

振り込み先 受講申し込み受付票に指定の口座

締め切り 平成22年1月9日(土)

問い合わせ先 渡邊直子(ohashin@dent.niigata-u.ac.jp)
新潟大学大学院医歯学総合研究科歯科矯正学分野 025-227-2905

※当日の申し込みはできませんのでご注意ください。

※申し込みが定員に達した場合は同窓会学術のホームページにてお知らせいたします。

※自家用車の駐車は医歯学総合病院(医科病院側、歯学部学部玄関前)の駐車場をご利用下さい。

主催：新潟大学歯学部同窓会、新潟大学歯学部

「歯科医が行うべき在宅における 摂食・嚥下リハビリテーション」

日本はますますの高齢化が進み、医療・福祉両面での一刻も早い対応が叫ばれています。歯科臨床においては、高齢者や障害者に対する在宅診療のニーズは高くなってきており、さらにこれらの患者の多くは何らかの摂食・嚥下機能障害を有していることから、単に歯科治療に留まらず、食べる機能の維持・改善に向けたリハビリテーションを行うことも歯科医の責務ではないかと思われれます。

本セミナーでは、摂食・嚥下障害の臨床において日常使われる検査ツールのひとつである喉頭内視鏡を用いて、在宅診療の場で簡単に行える摂食・嚥下障害に対する機能評価とリハビリテーションへの応用に向けた講義と実習を企画しました。さらに、現在多くのメーカーから提供されている介護食や食器食具を実際に試食・試用していただきます。在宅診療や摂食・嚥下リハビリテーションに興味のある先生方には奮ってご参加ください。

日 時：平成22年2月7日（日曜日）

募集人員：20名

場 所：医歯学総合病院（歯系）3階病院大会議室

他に実習室使用予定

受講料：2万円（実習器材、テキスト、昼食代を含みます）

担 当：新潟大学大学院医歯学総合研究科摂食・嚥下リハビリテーション学分野

井上 誠、担当分野医局員

内 容

- ・午前10時から12時 講義
摂食・嚥下機能に関わる神経生理学・神経解剖学
在宅で行う摂食・嚥下リハビリテーション
喉頭内視鏡の取り扱いについて
- ・昼食 午後0時から1時半
介護食の紹介と試食
- ・午後1時半から4時 実習
喉頭内視鏡の使用：相互実習による観察
質疑応答

- ・白衣および筆記用具をお持ちください。

後援 ペンタックス 株式会社クレスク ホリカフーズ株式会社 株式会社コラボ

平成21年度

新潟大学歯学部同窓会セミナーⅢ申込書
「歯科医が行うべき在宅における摂食・嚥下リハビリテーション」

平成 年 月 日

受講者氏名	
出身大学	本学・他（ ）
卒業年または期生	年卒 第 期生
住所	〒 -
電話	市外局番 - -
ファクシミリ	市外局番 - -
E-mail	@

申し込み締め切り 1月9日

※申し込み用紙の項目記入漏れがないようご注意ください。

通信欄：同窓会への要望、今回のセミナーへの質問事項などありましたらご記入ください。

--