佐介保連第177号

佐看協第　　 343　号

平成29年12月6日

佐賀県介護保険事業連合会

関係団体各位

　公益社団法人 佐賀県介護保険事業連合会

　会長　　凌　　俊　朗（公印略）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 公益社団法人 佐賀県看護協会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　会長　　内 田　素 子 （公印略）

**医療介護連携推進のための多職種研修会の開催について**

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

　当会の運営につきましては、日頃より格別のご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

　さて、地域包括ケアシステムの実現に向け、地域包括ケアシステムを構築するための医療と介護の一体的な推進が求められています。

このたび、別添開催要領のとおり佐賀県介護保険事業連合会と佐賀県看護協会が共催で多職種連携研修会を開催致します。

ぜひとも、多くの職種の方々の参加をお願い致します。

　研修会参加希望の方は、別紙申込用紙により**2月9（金）**までにＦＡＸにてお申込下さいますようお願い致します。

記

1.開催日時　　　　**平成30年2月24日（土）　13：00～16：00**

2.開催場所　　　　**佐賀県看護協会　2階研修室**

　佐賀市久保田町大字徳万1997-1　TEL0952-68-3299

3.研修内容　　　**「生きる力を支える～口から食べることの支援～」**

　　　　　　　　講演①演題「摂食嚥下障害のメカニズムと摂食嚥下障害の評価」

　　　　　　　　　　講師　燿光ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科

　　　　　　　　　　　　　診療部長　本多 知行 氏

　　　　　　　講演②演題「摂食訓練食」の工夫と摂食訓練の実際

　　　　　　　　　　　　～患者が食べるのを支える工夫とは～

　　　　　　　　　　講師　ナーシングホーム気の里（愛知県豊橋市）

　　　　　　　　　　　　　施設長 　田中 靖代　氏

4.対 象 者　　　　ケアマネジャー、看護師、理学・作業療法士、ヘルパー、ＭＳＷ、

薬剤師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士ほか医療・介護関係者

5.参加費　　　**無料**

公益社団法人佐賀県看護協会：馬場、持丸

佐賀市久保田町大字徳万1997-1

TEL0952-68-3299　FAX0952-68-3603

e-mail ：jyoumu2@saga-nurse.org

**医療介護連携推進のための多職種研修会開催要領**

**生きる力を支える ～口から食べることの支援～**

日　時　 　平成３０年　２月２４日（土）

１３：００～１６：００（受付１２：３０～　）

場　所　 　佐賀県看護協会

目　的　　　　「口から食べる」ことは、生命活動のエネルギー源であり、身体活動や脳活動を活発にさせることのできる最たる生命活動である。更に精神活動や社会活動をより豊かにし、生活意欲を高め、終末まで自己実現に繋げることのできる大変意義深いものである。

　　　　　　　現場の中では様々なスタッフの関わりによって日々の食事援助が実施されており、当事者の希望に応えるための知識とノウハウを学ぶ。

対象者　 　ケアマネジャー、看護師、理学・作業療法士、ヘルパー、ＭＳＷ、

薬剤師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士ほか医療・介護関係者

プログラム

　　　 　 　１３：００　開会挨拶・講師紹介

　　　 　 　１３：００　講演 ①

　　　　 　　　　　　　　　演題　「摂食嚥下障害のメカニズムと摂食嚥下障害の評価」

　　　　　　 　　　　　　　講師　燿光ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療部長　本多 知行 氏

１４：００ 講演 ②

　演題　「摂食訓練食」の工夫と摂食訓練の実際

　　　　　　　　　　　　　　　　　～ 患者が食べるのを支える工夫とは ～

　　　　　　 　　　　　　　講師　ナーシングホーム気の里（愛知県豊橋市）

施設長　　田中 靖代 氏

　　　　 　 １６：００　 終了、アンケート記入

参加費　　無料

申込期限　平成30年2月9日（金）

　　　　　参加人員100名程度（先着順）

申込方法　別紙参加申込書に必要事項を記入し、郵送またはFAXで申し込む。

申込先　　公益社団法人佐賀県看護協会

　　　　　〒849-0201　佐賀市久保田町大字徳万1997-1

<TEL:0952-68-3059>　　FAX:0952-68-3603

担当：馬場、持丸

関係団体用申込書

佐賀県看護協会行き

ＦＡＸ　0952-68-3603

―多職種研修会―

**生きる力を支える ～口から食べることの支援～**（2/24開催）

参加申込書　**2月9日（金）必着**

（この申込書は必要に応じコピーしてください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参　加　者　氏　名（複数可） | | 職　　種（該当に〇） |
|  | | ケアマネジャー　・　看護師　・　薬剤師　・　保健師  理学療法士　・　作業療法士　・　ＭＳＷ　・管理栄養士  歯科衛生士　・　訪問介護員　・　ヘルパー  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | | ケアマネジャー　・　看護師　・　薬剤師　・　保健師  理学療法士　・　作業療法士　・　ＭＳＷ　・管理栄養士  歯科衛生士　・　訪問介護員　・　ヘルパー  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | | ケアマネジャー　・　看護師　・　薬剤師　・　保健師  理学療法士　・　作業療法士　・　ＭＳＷ　・管理栄養士  歯科衛生士　・　訪問介護員　・　ヘルパー  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | | ケアマネジャー　・　看護師　・　薬剤師　・　保健師  理学療法士　・　作業療法士　・　ＭＳＷ　・管理栄養士  歯科衛生士　・　訪問介護員　・　ヘルパー  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 関係団体名  （　該当団体に☑　） | □佐賀県医師会　　□佐賀県歯科医師会　　□佐賀県薬剤師会  □佐賀県看護協会　□佐賀県歯科衛生士会　□佐賀県栄養士会  □佐賀県老人福祉施設協議会　□佐賀県介護老人保健施設協会  □佐賀県社会福祉士会　□佐賀県介護福祉士会　□佐賀県社会福祉協議会  □佐賀県理学療法士会　　□佐賀県作業療法士会　□佐賀県言語聴覚士会  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 申込者  （連絡担当者名） | TEL　　　　　（　　　　） | |