

第9回 小児摂食指導講習会（多職種・初級コース）開催のご案内

脳性まひ児の「食べること」への支援

主催：岐阜県嚥下障害研究会

この度、脳性まひを中心とした肢体不自由児（主に幼児・学齢児）の食事に携わる方々（通園施設職員・保育士・指導員、特別支援学校教員、PT・OT・ST等）を対象に、下記のとおり2日間の摂食指導講習会（初級コース）を開催します。なお、講師陣には5年ぶりに日本ボバース研究会公認インストラクターの山川眞千子氏（言語聴覚士）を、その他、全国でご活躍中の先生方をお願いしました。

本講習会で学んだことがきっと明日からの実践に役立つものと確信しています。多くの皆様の受講をお待ちしております。皆様の職場などにて興味のある方々にご紹介いただければ幸いです。

記

<日 時> 平成28年9月3日（土）13:00～17:50（12:00～ 受付）
4日（日） 9:00～15:30（ 8:40～ 受付）

※3日（土）の午前中（9:45～11:30）は、摂食支援の知識・経験の浅い方を対象に「摂食嚥下運動の基礎知識」の任意研修を実施します。ご希望の方はご参加ください。

<会 場> 岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター 2階 多目的ホール（予定）
岐阜市則武1816-1（県立岐阜商業高等学校の東隣り）

<講 師> 日本ボバース研究会 インストラクター 言語聴覚士 山川 眞千子 先生
東京都立北療育医療センター 言語聴覚士 虫明 千恵子 先生
西宮市立こども未来センター 言語聴覚士 濱田 恵里子 先生

<日 程> ※都合により、研修時間・内容の一部変更が生じる場合があります。あらかじめご了承ください。

1日目 9:45 任意研修「摂食嚥下の基礎知識」

内容：摂食嚥下運動に関与する器官の部位と名称／摂食嚥下運動の流れ等
講師：本研究会小児領域研修会 世話人スタッフ

11:30 昼食／休憩

12:45 研修会開始 オリエンテーション

13:00 **講義・演習** VTRによる事例観察／摂食嚥下運動の観察と確認／定型発達概論
／脳性まひ児の食事の問題／評価およびプログラムの立案

17:50 1日目終了

2日目 9:00 開始 **講義** 治療・支援の実際、**実技①** 食事姿勢口腔コントロール与え方等

12:30 昼食／休憩

13:30 **実技②** 身体・姿勢のコントロールを体感する／まとめ

15:00 事務連絡／後片付け

15:30 研修会終了

<参加費> 岐阜県嚥下障害研究会 会員 6,000円 非会員 8,000円

<定 員> 40名（先着順）

*定員になり次第、締切日前でも参加受けは終了とします。

<締切日> 平成28年8月13日（金）必着

<申込み方法>

1) ㊟官製往復はがきにて申し込む場合

官製往復はがきを1枚準備の上、下欄の要領で末尾シールを貼付しご投函ください。

〔往信用はがき〕表面 ⇒ 「宛名シール」をコピーして貼付
裏面 ⇒ 「参加申込みシール」をコピーして貼付／シール内に必要事項を記入
〔返信用はがき〕表面 ⇒ 返信先（あなた）の宛て名を必ず記入
裏面 ⇒ 白紙

㊟ブログから申し込む場合〔検索 ▶ [岐阜県嚙下障害研究会 研修会\(小児領域\)お知らせブログ](#)〕

- ① 「第9回小児摂食指導講習会のお知らせ」記事の左下 **拍手ボタン**をクリック
- ② **名前欄**に 代表者の氏名と「小児摂食指導講習会申込み」を入力、**本文欄**に 代表者のPCメールアドレス（必記！）、勤務先名、連絡先（自宅 or 勤務先）の〒・住所・☎&FAX、参加者全員の 氏名・職種・種別（会員 or 非会員）・参加予定内容を記入
- ③ **プレビュー**ボタンで 記載フォームを確認後、**投稿**ボタンをクリック！（以上にて完了）

2) 締切日以降に「参加申込み受理の通知」を返信いたします。

通知はがき または 通知メールが届いたら、記載文に従い 期日までに指定のゆうちょ銀行の口座に参加費をお振込みください。

※複数連名にて一括納入される場合は、申込み時と同じ代表者ならびに人数で 全員の氏名を通信欄に記入ください。（オンライン振込みの際は、全員の氏(名)をキー入力してください。）

3) 郵便振替の控え（振込み受領証）をもって 参加証とします。

<お願い>

- ・参加費の振込みは通知が到着後、速やかにお願いいたします。
 - ・参加お申込み後のキャンセルは、準備の都合がありますので必ずご連絡下さい。
 - ・ご入金後のキャンセルについては、払戻しはいたしません。あしからずご了承願います。
- なお、代理者の参加は認めますので、その際は事前にご連絡ください。

— お問い合わせ先 —

岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター 児童発達支援センターきらり 担当（田本）まで
〒502-0931 岐阜市則武 1816-1 FAX:058-233-7123（電話での問合せはご遠慮ください！）

【宛名シール】

【参加申込みシール】

〒502-0931

岐阜市則武井一八一六の一
岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター
児童発達支援センターきらり
岐阜県嚙下障害研究会
第9回小児摂食指導講習会 担当者（田本）宛

岐阜県嚙下障害研究会 第9回 小児摂食指導講習会 参加申込み票

*種別・参加予定の欄は いずれかを○でお困みください。

	氏名	職種	種別	参加予定	
				1日目(9/3)	2日目(9/4)
代表			会員 非会員	全日 午前 午後	全日 午前 午後
連名者			会員 非会員	全日 午前 午後	全日 午前 午後
			会員 非会員	全日 午前 午後	全日 午前 午後
			会員 非会員	全日 午前 午後	全日 午前 午後
			会員 非会員	全日 午前 午後	全日 午前 午後

代表者 勤務先 _____ 希望連絡先（勤務先 自宅）

連絡先 〒 _____ 住所 _____

電話番号 _____ (FAX 携帯) _____

Eメール _____

*返信用はがきの表面にも、住所・氏名を忘れずにご記入ください！