

## 2012 摂食・嚥下障害がある人への美味しくたのしい調理教室

NPO 法人

フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会

### 1. <趣 旨>

介護・介助する方が、摂食機能の基礎・基本を理解し、調理の工夫、当事者の気持ちを押し量ること等によって、食べること、飲み込むことに困難をもつ方に、美味しく、安全に、たのしい食事が出来るようにすることをこの研修の目的とします。

### 2. <日時・場所>

日 時：2012（平成24）年7月29日（日）

場 所：ウィリング横浜

〒233-0002 横浜市港南区上大岡西 1-6-1 ゆめおおおかオフィスタワー内

Tel：045-847-6666（代表）

（アクセス：京浜急行／市営地下鉄 「上大岡」 駅下車徒歩3分）

### 3. <研修コース>

**A研修（半日コース） 講義のみ 募集人員：40名**

受講料：3,000円（資料代・材料費込）

午前：講義「摂食指導・基礎・基本」 1 OF 介護実習室Ⅱ

講師 日本歯科大学附属病院 口腔リハビリテーション科科长

田村 文誉 歯科医師・准教授

**B研修（1日コース） 講義・調理教室 募集人員：36名**

受講料：4,000円（資料代・材料費込）

午前：講義「摂食指導・基礎・基本」 1 OF 介護実習室Ⅱ

午後：実習「調理教室」 1 OF 調理実習室

講師 神奈川県立養護学校 栄養士他

### 4. <研修対象者> 保護者、ヘルパー、施設職員、教員等

### 5. <参加申し込み> **別紙申込用紙**により、Fax または郵送にてお申し込みください。

**申し込み締め切り：平成24年7月23日事務局必着**

### 6. <その他>

(1) 持参するもの：B研修「調理教室」受講者は、エプロン、三角巾、ハンドタオル、

(2) 研修中の保育をご希望の方は、別紙**保育希望申込書**の提出をお願いします。

## 7. <内 容>

時 間	研修内容、講師等	参加者数	会 場
9:45	オリエンテーション		10F 介護実習室Ⅱ
10:00 ～ 12:00	A:「摂食指導・基礎・基本」 講師：田村文誉 歯科医師・准教授 日本歯科大学附属病院 口腔リハビリテーション科科长 (A 研修のみ終了、アンケート記入)	76名	10F 介護実習室Ⅱ
12:00	休 憩 (13:00 まで)		
13:00 ～ 15:30	B:「調理教室」 講師：神奈川県立特別支援学校 栄養士	36名	10F 調理実習室
～ 16:00	(片付け、アンケート記入)		

## 8. 関係(研修)講座・行事

### (1) 摂食指導Ⅱ・専門研修

月 日：2012(平成24)年10月28日(日)

会 場：ウィリング横浜 9F 901号室研修室

A. 午前10:00～12:00

**専門研修「摂食・嚥下困難をもつ人への対応」**

講師：芳賀デンタルクリニック

院長 芳賀 定 歯科医師

B. 午後13:00～15:30

**専門研修「摂食・嚥下困難に対する理学療法的視点」**

講師：横浜市総合リハビリテーションセンター

永井 志保 理学療法士

(日本摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士)

### (2) イタリアン料理会食会

月 日：2013(平成25)年2月24日(日) 午後1:30～4:00

会 場：ヨコハマグランドインターコンチネンタルホテル

イタリア料理「ラ・ヴェラ」(2F)

会食内容：摂食困難な人への美味しくたのしい配慮食会食とシェフによるレシピ講義

※ 8. の関係行事についてのお申し込み希望者は

フュージョンコムかながわHP (<http://www.kenshikyou.jp/>)

より募集開始のお知らせをいたしますのでご確認ください。

10月28日摂食指導Ⅱについて(9月頃HP上で募集)

2月24日イタリアン料理会食会について(12月頃HP上で募集)

2012 摂食・嚥下障害がある人への美味しくたのしい調理教室 申込書

2012（平成24）年 月 日

下記に必要事項をご記入のうえ、**FAX(0453248985)**もしくは**郵送**にてお申し込み下さい。

氏名		男・女	歳
希望研修コース	<input type="checkbox"/> A 研修 半日コース 講義 (受講料 3,000円) <input type="checkbox"/> B 研修 1日コース 講義・調理実習 (受講料 4,000円)		
勤務先名称 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 高齢			ご希望の受講決定書送付先に○を入れて下さい
勤務先住所	〒		勤務先
自宅住所	〒		自宅
連絡先 ※希望の連絡方法	電話番号 ( ) FAX 番号 ( ) 携帯 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯 ・ <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> E-mail :		
職種等	<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
事前アンケート	<p><input type="checkbox"/> 摂食を介助するに当たって困っていることはありますか。</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 配慮食を作るときに困っていることがありますか。</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 配慮食を作る上で気をつけていることはありますか。</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
保育希望	あり		なし

<申し込み、問い合わせ>：事務局 小清水、松田  
 NPO 法人 フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会  
 〒221-0844 横浜市神奈川区沢渡4番地2 神奈川県社会福祉会館内  
 電話：045-311-8742 Fax：045-324-8985  
 Eメール：[jimukyoku@kenshikyoku.jp](mailto:jimukyoku@kenshikyoku.jp) HP：<http://www.kenshikyoku.jp/>  
 （ホームページを参照してください。）

# 保育希望申込書

2012年 月 日

◇ 保育時間：9：00～17：00まで

◇ 保育料：無料（但し、お子さんの食事、水分、おやつ等をご用意下さい。）

◇ 受講研修名：A 研修 B 研修 （受講コースに○）

保護者名	住 所			連絡先
				自宅電話 携帯
お子さんの名前	性 別	年 齢	愛称（呼び方）	所属（学校や施設など）
	男・女	才		
医療的ケアについて 有る ・ ない 有る方は→			<input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他	
食事について 食事量（多い・普通・少ない）				
主食（普通・おかゆ・おかゆのミキサー・チューブ） 副食（普通・きざみ・ミキサー（荒・細）・チューブ）				
水分の飲み方				
食べられない物・アレルギーなど				
ごはんの食べ方				
その他食事のときに気をつけること				
排泄のようす （紙おむつ・トイレ） 排泄時間 時間に1回				
トイレの意思表示				
ふだんの体温      °C      °C以上の場合は受診が必要      発作 （ 有る・ない ）				
発作がある場合のようす				
発作時の対処法				
主治医連絡先				
具合が悪いときの様子				
好きな遊び				
コミュニケーションのとり方				
<b>歯磨き</b> 自力・半介助・全介助 <b>うがい</b> できる・出来ない・飲み込む <b>洗面</b> 自力・清拭・不可能				
睡眠中の対応（体位変換など）				
服薬の内容、させ方				

※その他、特記事項