

第 58 回講習会「頭頸部がんの治療とリハビリテーション

～手術・補綴を含めた治療と構音・摂食機能のリハビリテーション～のご案内

2018年7月13日

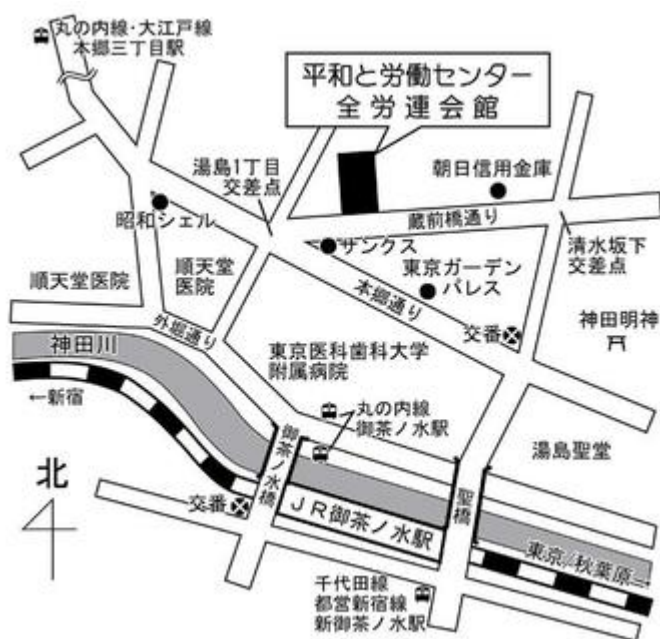
日本コミュニケーション障害学会 学術事業部

口腔・咽頭を含む頭頸部のがんは、構音機能、摂食嚥下機能に直接大きな影響を及ぼします。治療を選択する段階から、がんに対する最大限の治療効果とともに機能の温存あるいは再建について考慮される必要があり、治療後は残存機能を最大限発揮できるようにリハビリテーションを行います。さらには機能を補うための顎義歯や PAP（舌接触補助床）などの補綴も有効な場合があります。手術など治療を担当する医師、補綴を担当する歯科医師、リハビリテーションを担当する ST や看護師などが連携して患者を支えていくことで、「話す」「食べる」という生活上とても大切な機能を取り戻す援助ができる分野と言えます。今回、それぞれの分野のエキスパートの先生方にご講義していただきます。がん治療後のサバイバーも増えている昨今、現在進行形で治療をしている患者に関わる場合だけでなく、頭頸部がん治療後の患者の構音や嚥下の臨床を担当する機会は増えています。今回の講習会は、この分野の治療、補綴、リハビリテーションについて知識を得る貴重な機会になるでしょう。

1. 日時：2018年11月4日（日）10：00～17：00（受付は9：30から）

2. 会場：全労連会館（東京都文京区湯島2-4-4）、2階ホール TEL:03-5842-5610

<http://www.zenrouren-kaikan.jp/kaigi.html#08>



JR 総武線 御茶ノ水駅から徒歩 8 分
東京メトロ丸の内線
御茶ノ水駅から徒歩 7 分
東京メトロ千代田線・都営新宿線
新御茶ノ水駅から徒歩 11 分
東京メトロ丸の内線・都営大江戸線
本郷三丁目駅から徒歩 13 分

*昼食について：会館内に食堂はありません。
会場近くにコンビニがあります。

ホール内でのお弁当のご飲食は可能です。

3. 講師紹介：

小野高裕先生 新潟大学大学院 医歯学総合研究科包括歯科補綴学分野 教授
小山重人先生 東北大学病院 歯科診療部門特殊診療施設顎顔面口腔再建治療部部長
東北大学大学院 歯学研究科・歯学部 歯科学専攻 准教授
西脇恵子先生 日本歯科大学附属病院 言語聴覚士室室長 講師

4. 講習の内容：

10:00～12:00 手術・補綴も含めた治療の実際と院内連携のあり方 小山重人先生
13:00～15:00 咀嚼機能の評価法と舌接触補助床の有効性 小野高裕先生
15:10～16:40 構音障害・摂食嚥下機能障害に対するリハビリテーションの実際
西脇恵子先生
16:40～17:00 質疑応答

*内容やスケジュールに変更がある場合もございます。ご了承ください。

5. 定員：100名（定員を超えた場合は、締め切り前でもお断りすることがあります。）
 6. 参加費：会員 4,000円、非会員 8,000円、学生 3,000円（当日受付で学生証を提示のこと）
10月1日までに学会の入会手続きを行えば、会員料金での参加申し込みができます。

7. 申込締切：2018年10月12日（金）

8. 申込方法：Eメールで申し込んでください。

送付先アドレス：jacdgaku@tune.ocn.ne.jp（講習会申し込み専用アドレス）

◆メールの件名には、「**第58回頭頸部がん**」と入れてください。

◆以下の項目を①～⑥の番号も入れて記入してください。

①氏名（ふりがな）

②会員・非会員・学生のいずれか

（会員の方は会員番号を記入、学生は学校名・学部・学科名を記入）

③所属（学生でお勤めされている方も記入）

④職業（医師、歯科医師、STなど）

⑤連絡先（メールアドレス・電話番号ともに記入）

⑥欠席の場合の資料送付先（〒・自宅または所属先、所属先の場合は部署名も記入）

個人情報に関する連絡と欠席の場合の資料送付等に使い、第三者に開示することはありません。

◆申し込みを受領した旨の返信をしますので、上記アドレスからメールを受け取れるように（迷惑メールに入らないように）設定しておいてください。

メールが使えない方は、下の申込書に記入の上、FAXか郵送でお送りください。

<送り先・問合せ先> 〒185-0021 東京都国分寺市南町3-7-11-202

日本コミュニケーション障害学会 電話/FAX：042-324-7397

E-mail アドレス：jacd@tea.ocn.ne.jp（お問合せ専用アドレス）

9. **参加費の振込**：申し込み後、受講の可否をメールかハガキでお知らせいたします（申し込み後2週間経っても受講可否のお知らせが届かない場合はご連絡ください）。こちらから指定の期日までに、参加費を下記口座にお振込みください。期限内のお振込みが困難だった場合は、学会事務所に一報ください。振込の際、通信欄に1）参加者名、2）講習会名、3）開催年月日を必ずご記入ください。振込まれた参加費は返却いたしません、代理の方の参加は構いません。

<振込先>

郵便振替：口座番号 00120-2-116189

加入者名：日本コミュニケーション障害学会事業部

FAX：042-324-7397（FAXの場合は、申込書を切り取らずにそのまま送信してください）

郵送の場合は、表面の情報保管のために、申込書をコピーしてから切り取ってお使いください。

第58回講習会「頭頸部がんの治療とリハビリテーション」申込書

申込日 2018年 月 日

ふりがな

（該当するところに○をおつけください）。

名前： _____

（会員（No. _____）、非会員、学生）

〒

住所（自宅または所属先）： _____

（自宅・所属先）

所属／学校・学科名： _____

連絡先：TEL _____

FAX _____

（自宅・所属先）

E-mail： _____

職業： _____

注）受講可否のハガキは、原則としてご自宅宛とします。ご都合の悪い方は、その旨明記してください。