

にいがた摂食嚥下障害サポート研究会会則

(名称)

第1条 本会は、にいがた摂食嚥下障害サポート研究会（以下「本会」という。）と称する。

(目的)

第2条 本会は、新潟県内における摂食嚥下障害への理解促進及び摂食嚥下障害に係る介護関連用品並びに介護サービス産業の質的向上を図ることにより、摂食嚥下障害者のQOLの改善及び関連産業の活性化に寄与することを目的とする。

(事業)

第3条 本会は、前条の目的を達成するため、次の事業を行う。

- (1) セミナーを開催し、摂食嚥下障害に係る啓発活動を行う。
- (2) 食の支援ステーションを設置し、摂食嚥下障害に係る調査及び研究を行う。
- (3) その他、本会の目的を達成するために必要な事業を行う。
- (4) 本項第2号規定の食の支援ステーションの運営にあたって必要な事項は、別紙1に定める。

(事業年度)

第4条 本会の会計年度は、毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終わる。

(会員)

第5条 本会の会員は、ステーション部門を構成する県内会員及び県外会員、学術部門を構成する団体会員及び個人会員の4種とする。

2 各種会員の入会条件及び権利、会費等については別紙2に定める。

(入会)

第6条 本会への加入を希望する者は、様式1による入会申込書を提出し、会長の承認を受けるものとする。なお、個人会員については事後の承認で足りるものとする。

2 本会の会員は、入会申込提出内容に変更のあるときは様式2による変更届出書を提出し、会長の承認を受けるものとする。

(退会)

第7条 退会を希望する者は、様式3による退会届出書を提出し、会長の承認を受けるものとする。

2 請求後3ヶ月以上会費未納の場合は、退会したものとみなす。

(除名)

第8条 会員が次に該当する場合には、総会の議決を経て、会長が除名することができる。

- (1) 本会の会則に違反したとき
- (2) 本会の名誉を傷つけ、又は目的に反する行為をしたとき

(役員等)

第9条 本会に次の役員を置く。

- (1) 会長 1名
- (2) 副会長 2名以内
- (3) 監事 2名以内

- 2 役員は、総会において会員の中から選任する。
- 3 会長は、本会を代表し、会務を総理する。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき又は欠けたときは、会長が予め指定する副会長が、その職務を代行する。
- 5 監事は、会務及び会計を監査する。
- 6 役員任期は2年とし、再任は妨げない。

(アドバイザー)

第10条 本会に、アドバイザーを置くことができる。

- 2 アドバイザーは、本会が行う事業について、専門的な助言を行う。
- 3 アドバイザーは、会長が招へいする。

(総会)

第11条 総会は、会員をもって構成する。

- 2 総会は、次の事項を審議し、決議又は承認する。
 - (1) 事業計画及び収支予算
 - (2) 事業報告及び収支決算
 - (3) 役員を選任
 - (4) 会則の改正
 - (5) その他本会に関する重要な事項
- 3 通常総会は、年1回開催する。また必要に応じ臨時総会を開催できる。
- 4 総会は会長が招集し、総会の議長は会長がこれにあたる。
- 5 総会は会員の2分の1をもって開会し、総会の議決は、出席した会員の過半数の同意をもって決する。賛否同数のときは、議長の決するところによる。
- 6 総会に出席できない会員は、表決を委任することができる。この場合において、本条第5項の規定の適用については、出席したものとみなす。

(事務局)

第12条 本会の事務局は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内に置く。

2 事務局に事務局長を置くものとし、事務局長は、会長が指名する。

(その他)

第13条 この会則に定めるもののほか、本会の運営に必要な事項は、会長が別に定める。

付則

1 この会則は、平成21年6月18日より施行する。

2 事業初年度は、第4条の規定にかかわらず、この会則が施行された日から翌年の3月31日までとする。

3 改正後の会則は、平成22年2月12日から施行し、施行日段階で法人の賛助会員は、平成22年3月31日まで準会員とみなすものとする。

4 改正後の会則は、平成23年4月1日から施行する。

付則

1 改正後の会則は、平成24年4月1日より施行する。

付則

1 改正後の会則は、平成25年4月1日より施行する。

付則

1 改正後の会則は、平成26年4月1日より施行する。

付則

1 改正後の会則は、平成29年5月20日より施行する。

付則

1 改正後の会則は、2019年5月25日より施行する。

付則

1 改正後の会則は、2020年6月30日より施行する。

別紙1

(会則第3条第1項第2号関係)

食の支援ステーションについて

にいがた摂食嚥下障害サポート研究会は、会則第3条第1項第2号に規定する食の支援ステーションの運営にあたって必要な事項を次のとおり定める。

1. 調査・研究目的

食の支援ステーションに来場する患者等に対し、摂食嚥下障害の程度や原因疾患に応じた製品の適性状況を調査することにより、患者にとって必要な介護用品・介護食などの開発に資すること、及びサービス提供の方法を研究することを目的とする。

2. 設置場所

主たる設置場所を新潟大学医歯学総合病院内に置く。ただし、上記目的に沿う調査・研究活動を行うため必要に応じ、団体会員の所有する事業所、施設等の内に従たる設置場所を置くことができる。

3. 調査・研究員

新潟大学医歯学総合病院内に設置する食の支援ステーション内に調査・研究活動に従事する係員を置く。

4. 調査・研究アイテム

食の支援ステーションでの調査・研究に供するアイテムは、原則として県内会員及び県外会員から提供された様式4に基づき選定する。

5. 食の支援ステーション運営委員会の設置

会長は、食の支援ステーションの円滑な運営を図るため、新潟大学医歯学総合研究科摂食嚥下リハビリテーション学分野の構成員から3名以上を選定した食の支援ステーション運営委員会を設置する。

6. 食の支援ステーション運営委員会の役割

食の支援ステーション運営委員会は、食の支援ステーションの運営に必要な次の事項を協議し決定する。

- (1) 来場者に対する調査項目・期間
- (2) 調査・研究に供するアイテムの選定及び設置期間
- (3) その他、調査・研究に必要な事項

7. 調査・研究の結果報告

- (1) 調査・研究結果は、原則として毎月集計するものとし、その集計結果の内、共通項目は全ての県内会員に報告するが、製品ごとの情報については、申し出があった場合に、県内会員に対し自社製品の情報に限り公開するものとする。ただし、会長が特に必要と認める場合においてはその限りではない。
- (2) 年間調査の集計・分析結果については、広く公表する。

会員規程

1. 各種会員の入会条件、入会金及び年会費を以下に定める。

会員名	入会条件	入会金	年会費	
部門【ステーション】	県内会員	本会の目的に賛同する新潟県内に本社若しくは事業所を有する法人	100,000円	30,000円
	県外会員	本会の目的に賛同する法人	50,000円	20,000円
部門【学術】	団体会員	本会の目的に賛同する団体	なし	1口 10,000円
	個人会員	本会の目的に賛同する個人	なし	3,000円

- ・ 県内会員及び県外会員として新たに入会しようとする者は、上記に掲げる入会金を納める。ただし、会長が特に必要と認めた場合は、これを減免することができる。
- ・ 納付された入会金及び年会費は、原則として返還しない。

2. 各種会員の権利を以下に定める。

部門【ステーション部門】	県内会員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本会が開催する全ての事業への企画の提案等を行うことができる。 ・ 食の支援ステーションでの調査及び研究に供する製品を提供することができる。 ・ 食の支援ステーションで得たアンケート共通項目の集計結果について、毎月報告を受けることができる。 ・ 食の支援ステーションで得たアンケートの自社製品に係る記載について、情報公開を受けることができる。 ・ 本会主催セミナー等において、自社製品の展示、研究成果発表等を行うことができる。
	県外会員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食の支援ステーションでの調査及び研究に供する製品を提供することができる。 ・ 食の支援ステーションで得たアンケート共通項目の集計結果について、報告を受けることができる。 ・ 本会主催セミナー等において、自社製品の展示、研究成果発表等を行うことができる。
部門【学術部門】	団体会員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本会が開催する全ての事業への企画の提案等を行うことができる。 ・ 会員企業からの製品の提供及び食の支援ステーション運営委員会からの運営ノウハウの教示を受け、食の支援ステーションの従たる設置場所を置くことができる。
	個人会員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本会が主催する全てのセミナーに無料で参加することができる。

様式 1

(会則第 6 条第 1 項関係)

年 月 日

にいがた摂食嚥下障害サポート研究会 入会申込書

にいがた摂食嚥下障害サポート研究会事務局 行き

(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

E-mail:oral-reha@dent.niigata-u.ac.jp FAX:025 - 227 - 2998)

下記のとおり、にいがた摂食嚥下障害サポート研究会に入会します。

記

会員種別

*いずれかを○で囲んでください。

*団体会員及び個人会員でお申し込みの方は、申込口数をご記入ください。

【ステーション部門】 ・ 県内会員 ・ 県外会員

【学術部門】 ・ 団体会員 (口) ・ 個人会員

企業・団体名	
部署・役職	
(フリガナ：必須) 氏 名	()
職 種 (個人のみ 該当を○で囲む)	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、言語聴覚士、 作業療法士、理学療法士、栄養士、介護職員、 その他 ()
請求書等送付先 住 所	〒 (自宅・勤務先)
電 話 番 号	
FAX 番 号	
E - m a i l	※必須/携帯不可
自由意見欄 (今後の活動に参考に致しますので、研究会への期待等ご意見のご記入願います。)	

※ご記入いただいた情報は、会員様への情報提供、会費の集金以外の目的には使用しません。

にいがた摂食嚥下障害サポート研究会 変更届

にいがた摂食嚥下障害サポート研究会事務局 行き

(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

E-mail:oral-reha@dent.niigata-u.ac.jp FAX:025 - 227 - 2998)

下記のとおり、にいがた摂食嚥下障害サポート研究会の会員登録内容を変更します。

記

*ご登録内容をご記入ください。

会員種別	
企業・団体名	
部署・役職	
氏名 (フリガナ)	()

*変更部分のみ、変更後の内容をご記入ください。

会員種別	【ステーション部門】 県内会員 ・ 県外会員 【学術部門】 団体会員 (口) ・ 個人会員 *いずれかを○で囲んでください。 *団体会員、個人会員でお申し込みの方は、申込口数をご記入ください。
企業・団体名	
部署・役職	
氏名 (フリガナ)	()
職 種 (個人のみ 該当を○で囲む)	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、言語聴覚士、 作業療法士、理学療法士、栄養士、介護職員、 その他 ()
請求書等送付先 住 所	〒 () (自宅・勤務先)
電 話 番 号	
FAX 番 号	
E - m a i l	※必須/携帯不可

※ご記入いただいた情報は、会員様への情報提供、会費の集金以外の目的には使用しません。

様式 3

(会則第 7 条第 1 項関係)

年 月 日

にいがた摂食嚥下障害サポート研究会 退会届

にいがた摂食嚥下障害サポート研究会事務局 行き

(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)

E-mail:oral-reha@dent.niigata-u.ac.jp FAX:025 - 227 - 2998)

下記のとおり、にいがた摂食嚥下障害サポート研究会からの退会を届け出ます。

記

*ご登録内容をご記入ください。

会員種別	
企業・団体名	
部署・役職	
氏 名	

*退会の理由をご記入ください。

--

様式4

食の支援ステーション調査・研究アイテムリスト

食の支援ステーション運営委員会 行

(FAX 025-227-2998)

年 月 日

企業・団体名			
住所	〒		
担当者名			
電話			
FAX			
E-mail			
製品リスト	製品名	製品概要	調査・研究のねらい
使用に必要な 設備など			
その他要望等			

パンフレットなどの資料を添付してください

【食の支援ステーション運営委員会】

新潟大学大学院医歯学総合研究科摂食環境制御学講座

摂食嚥下リハビリテーション学分野

〒951-8514 新潟市中央区学校町通2番町5274

TEL : 025-227-2999 FAX : 025-227-2998