

(財)新潟県歯科保健協会主催セミナー

# 実践！口腔機能維持管理加算

H21年4月より、施設サービスとして「口腔機能維持管理加算」が新設されました。

要介護高齢者の口腔機能を維持することは、誤嚥性肺炎の予防はもちろん、口から食べる楽しみやQOL（生活の質）の向上においてもとても大切です。

今回のセミナーでは、加算算定までの実践的な内容について、薄波清美先生からご講義いただきます。皆様のご参加、お待ちしております。

【対象】 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設職員 等

## 【日程・会場】

第1回：平成22年12月 3日（金）上越テクノスクール

第2回：平成22年12月 8日（水）中之島文化センター

第3回：平成22年12月13日（月）新潟テクノスクール

（各会場の地図については裏面参照）



## 【講師】

社会福祉法人松波福祉会よねやまの里（上越市） 歯科衛生士 薄波 清美 先生

## 【研修内容（各会場共通）】

| 時間                   | 内容   |
|----------------------|--|
| 13:00～               | 受付   |
| 13:30～14:10<br>(40分) | 講義<br>「口腔機能維持管理加算の算定について」<br>・口腔機能維持管理加算算定要件<br>・歯科医師、歯科衛生士との連携<br>・施設入所者の口腔内状況<br>・正しい口腔ケア方法とその効果 等 |
| 14:10～14:25<br>(15分) | 休憩   |
| 14:25～15:15<br>(50分) | グループワーク  |
| 15:15～15:45<br>(30分) | 発表   |
| 15:45～16:00<br>(15分) | 質疑応答   |

当日の進行状況により、時間配分等多少変更になる場合がございます。

【定員】 各会場 概ね60名

申込みが定員を超過した場合は参加者の調整を行う場合もございますので、ご了承願います。  
その場合のみ、早急にご通知いたします。

【受講料】 3,000 円（講義資料、パンフレット代等含む） 当日徴収いたします。

## 【申込方法】

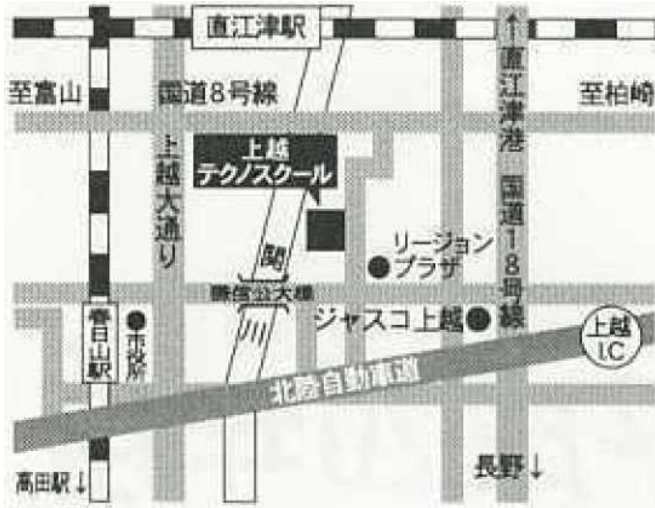
別紙「新潟県歯科保健協会研修会受講申込書」に必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。

FAX 025(283)4746 TEL 025(283)0525

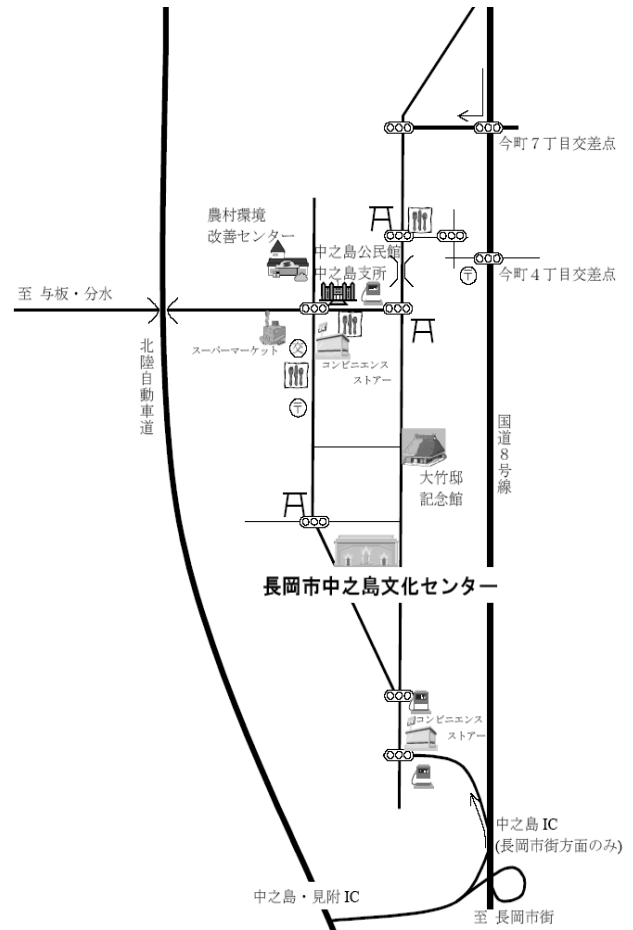
# ～ 会 場 案 内 ～

(各会場駐車場はございますが、駐車可能台数に限りがございます。ご了承のうえお越しく下さい。)

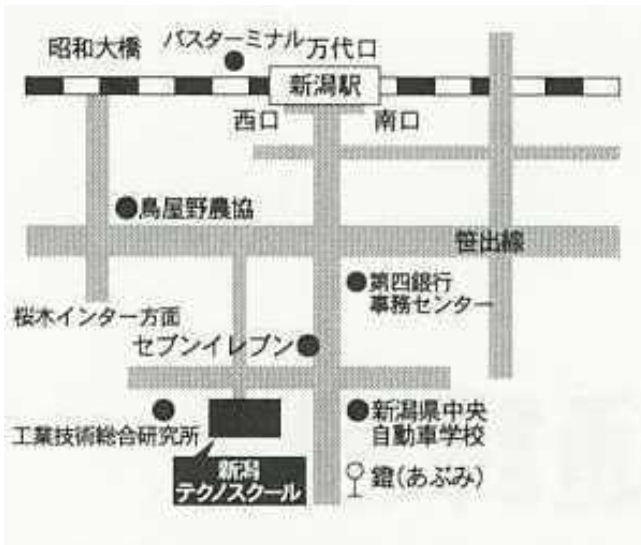
**上越会場：上越テクノスクール**  
 上越市大字藤野新田333-2    025-545-2190



**中越会場：中之島文化センター**  
 長岡市中之島3807-3    0258-66-1310



**下越会場：新潟テクノスクール**  
 新潟市中央区鏡西1-11-2    025-247-7361



## (財)新潟県歯科保健協会主催セミナー 受講申込書

### ～ セミナー日程 ～

|   |                         |  |
|---|-------------------------|--|
| 実践！口腔機能維持管理加算<br>時間：13:00～16:00(受講料：3,000円)                   | 平成22年12月 3日(金)上越テクノスクール |  |
|   | 平成22年12月 8日(水)中之島文化センター |  |
|   | 平成22年12月13日(月)新潟テクノスクール |  |
| デイケア・デイサービスで取り組む！<br>口腔機能向上サービス<br>時間：13:00～16:30(受講料：4,500円) | 平成23年1月14日(金)上越テクノスクール  |  |
|   | 平成23年1月18日(火)新潟テクノスクール  |  |
|   | 平成23年1月21日(金)中之島文化センター  |  |

研修日程のうち、受講を希望されるものにお付けください。(研修会の詳細については別紙参照。)

#### 研修会グループワーク時のグループ分けの参考とするため、以下の質問にお答えください

- あなたの事業所では、利用者に対し口腔ケアを行っていますか？ はい(1日 回) ・ いいえ
- あなた自身は、施設での口腔ケアに携わっていますか？ はい ・ いいえ
- あなたの施設では、1年に1回以上歯科健診を行っていますか？ はい ・ いいえ
- あなたの施設では、今までに歯科医師や歯科衛生士を講師とした研修会や勉強会を開催したことがありますか？ はい ・ いいえ
- 現在お困りのことなどがあればご記入ください。

[ ]

|       |                        |
|-------|------------------------|
| 氏名    |                        |
| 職種    |                        |
| 所属    | 施設名：<br>〒 -<br>TEL FAX |
| 領収証宛名 | 空欄の場合は受講者氏名とさせていただきます。 |

研修会申込の際にいただく個人情報は、本研修会の目的以外には使用いたしません。