

令和5年度 第4回 福島県歯科衛生士会研修会のご案内

## 「周術期等口腔機能管理における 歯科衛生士の役割とは」

今回は周術期等口腔機能管理の分野においてご活躍されていらっしゃる、東邦大学医療センター大森病院がんセンターの主任歯科衛生士 久保田玲子先生を講師にお迎えし、ご講演いただきます。多職種連携を考える中で、歯科衛生士に求められている事は何か、どのようなケアを行うことができるのか皆様と一緒に学習したいと思います。多くの方のご参加をお待ちしております。

《講演抄録》 周術期等口腔機能管理は「がん対策基本法」に基づき打ち出された方策で、がん治療などを実施する医師との連携のもと患者の入院前から退院後を含めて歯科が一連の包括的な口腔機能管理を行うものとして2012年4月の診療報酬改定により保険適応となり、現在では10年以上が経過しています。近年の医療では「口腔ケア」の必要性は周知されており、エキスパートと呼ばれる他職種の医療者も散見されるようになりました。今回の研修では、他職種では代わりに行うことが出来ない歯科衛生士ならではの周術期等口腔機能管理について再度振り返って考えてみたいと思います。  
東邦大学医療センター大森病院 がんセンター がん口腔機能管理部 主任歯科衛生士 久保田玲子

- 日 時： 令和6年2月25日(日) 午前10時00分～12時00分 (会場受付 午前9:30～)
- 開催形式： ZOOMを使用したオンラインセミナー、または会場で ZOOM 映像を視聴する  
(申込時に、受講形式をどちらか一方ご選択ください)
- 会 場： 福島県男女共生センター 4階 第2研修室  
〒964-0904 二本松市郭内1-196-1 ☎0243-23-8301
- テー マ： 「周術期等口腔機能管理における歯科衛生士の役割とは」
- 講 師： 東邦大学医療センター大森病院 がんセンター  
がん口腔機能管理部 主任歯科衛生士 久保田 玲子 先生
- 対 象： 歯科衛生士、歯科医師、学生、保健医療従事者等
- 参加費： 会員1,000円 会員外5,000円 学生無料 (郵送局振込取扱票にて事前振込)
- 定 員： ZOOM での受講： 80名 , 会場での受講： 25名
- 申込方法： ZOOM で受講する方も、会場で受講する方も、2月10日(土)(必着)までに  
福島県歯科衛生士会宛に、メールにてお申込みください。  
申込み手順の詳細は裏面をご覧ください。
- 単位取得： C、特定コース b、周術期等の口腔機能管理  
II-C 術前の口腔機能管理の実際と留意点 (1単位)  
II-D 術後患者の歯科治療と口腔機能管理 (1単位)  
※日本歯科衛生士会認定更新生涯研修 2単位 (予定)
- その他： 締切日前であっても定員に達した場合には、締め切らせていただきますので、予めご了承ください。その際には、本会ホームページに掲載いたしますので、申込み時にご確認をお願い致します。

申込〆切：令和6年2月10日(土)  
支払期限：令和6年2月13日(火)

## ● 参加申込みの流れと手順

- ① ZOOM で受講する方も、会場で受講する方も、[fukushimaken.dh@gmail.com](mailto:fukushimaken.dh@gmail.com) のアドレスに メールにて、氏名 会員番号 支部名等の必要事項を記載した上、令和6年2月10日(土)までにお申込みください。お申し込みの際は、迷惑メール設定、受信拒否、指定ドメイン受信設定などの設定内容を確認し、上記アドレスからのメールが受信できる状態にしてください。

<会員の方の記入例>	<会員外の方の記入例>
福島県歯科衛生士会研修会参加希望	福島県歯科衛生士会研修会参加希望
・氏名 福島 桃子	・氏名 福島 さくら
・会員番号 1234567890	・職種 歯科衛生士(学生の方は学生と記載)
・所属支部 福島支部(県外の方は県名)	・電話番号 080-****-****
・電話番号 090-****-****	・住所 福島市～
・住所 (県外の方のみ)	・歯科衛生士免許番号(歯科衛生士の方のみ)
・希望受講方法 ZOOM、会場受講いずれか記載	・希望受講方法 ZOOM、会場受講いずれか記載

- ② メールでの申込み後、郵便局の青色の振込取扱票にて令和6年2月13日(火)までに参加費をお振込みください。ATM から口座番号を直接入力して送金すると、必要事項が確認できませんので、ATM ご利用の場合も、必ず必要事項を記載した振込取扱票を利用し、ご送金ください。なお、振込手数料は各自ご負担お願い致します。また、本会からの領収書の発行はいたしません。振込取扱票の受領証が領収書となります。当日、本人の都合により受講できなかった場合については、返金に応じかねますのでご了承ください。

**\*振込先** ゆうちよ銀行 **\*口座番号** 02180-1-8970 **\*名義** 一般社団法人 福島県歯科衛生士会

《ご注意ください！！》 本会から口座番号のお知らせのメールはいたしませんので、  
申込みメールを送信後に、各自上記の口座まで参加費のお振込みをお願い致します。

- ③ ZOOM での受講を希望し、入金確認され手続きが完了した方には、申込み締め切り後に ZOOM 招待の ID とパスワードをお知らせいたします。会場受講希望の方には、入金確認済のみお知らせをいたします。なお、参加申込み、および入金確認には数日かかりますことを予めご了承ください。

## ● 会員外歯科衛生士受講証明書の発行について

研修会終了後に、会員外の歯科衛生士の方へ受講証明書を発行いたします。返信先の住所、氏名を記載し 84円切手を貼った返信用封筒を同封の上、研修会終了後1週間以内にご郵送でお申込みください。

郵送先は以下の通りです。

〒975-0004 福島県南相馬市原町区旭町1-65 荒川歯科医院内 須釜明子 宛に ご郵送ください。

## ● 日本歯科衛生士会認定単位取得の条件

- ① 参加申込み及び参加費入金が完了していること
- ② ZOOM 設定で、名前をフルネームに変更できていること(ZOOM の場合)
- ③ 研修中は、常時ビデオをオンにしていること(ZOOM の場合)
- ④ 研修後アンケートがありますので、期日内にアンケートに回答し、返信すること

