

令和7年度 第5回 福島県歯科衛生士会研修会のご案内

「 チーム医療と歯科衛生士の役割

～GLIM 基準でのアセスメント含む～ 」

今回は福島学院大学短期大学部 食物栄養学科 准教授でいらっしゃる田村佳奈美先生を講師にお迎えし、ご講演いただきます。2024 年度診療報酬改定に伴い、リハビリ・栄養・口腔が三位一体となり実践していくことが重要視される中で、歯科衛生士が知っておくべき栄養管理について新しい評価方法を交えながらご講演いただきます。ぜひ一緒に学習してみましょう。皆様のご参加をお待ちしております。

《講演抄録》

近年 NST (Nutrition Support team) や褥瘡チーム、摂食嚥下チームなど病院や施設ではチーム医療が盛んに行われておりチーム医療はさまざまな加算の対象にもなっています。人が口から栄養を摂り続けるためには歯や口腔環境はとても重要です。チーム医療での歯科衛生士の果たす役割や多職種との連携などについて症例等を交えながら、一緒に考えたいと思います。また栄養状態を評価する新たな手法「GLIM 基準」についてもお話ししたいと思います。

福島学院大学短期大学部 食物栄養学科 准教授 田村 佳奈美

- 日 時 : 令和8年3月8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3研修室 ホール A
(〒 964-0904 二本松市郭内 1-196-1 ☎0243-23-8301)
- テーマ : 「チーム医療と歯科衛生士の役割 ～GLIM 基準でのアセスメント含む～」
- 講 師 : 福島学院大学短期大学部 食物栄養学科 准教授 田村佳奈美 先生
- 対 象 : 歯科衛生士、歯科医師、学生、医療従事者等
- 参加費 : 県内会員:1,000 円 県外会員:2,000 円 会員外:5,000 円 学生:無料
(本会のゆうちょ口座へ事前振込 詳細は裏面をご参照ください)
- 定 員 : ZOOM 受講 : 80 名 , 会場受講 : 20 名
- 申込方法 : ZOOM で受講する方も、会場で受講する方も、2月24日(火)(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。
- 取得単位 : A、臨床研修コース b、摂食嚥下機能療法の基本技術
VII-G 栄養サポートチーム(NST)の概念 (1 単位)
C、特定コース b、在宅歯科医療の基礎
V-C 低栄養とその対応 (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、
お申込み時にご確認をお願い致します。

申込〆切：令和8年2月24日(火)
支払期限：令和8年2月26日(木)

● 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

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8年2月24日(火)までに
お申込みください。お申込みの際は、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。

＜県内会員および県外会員の方の記入例＞

福島県歯科衛生士会研修会参加希望

・氏名 福島 桃子
・会員番号 1234567890
・所属支部 福島支部（県外の方は県名）
・電話番号 090-****-****
・住所 （県外の方のみ）
・希望受講方法 ZOOM、会場受講いずれか記載

＜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

・氏名 福島 さくら
・職種 歯科衛生士（学生の方は学生と記載）
・電話番号 080-****-****
・住所 福島市～
・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

② メールでの申込み後、郵便局の青色の払込取扱票にて令和8年2月26日(木)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、本会で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払込取扱票を利用し、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。払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 ゆうちょ銀行 ★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、期日までに各自上記の口座へ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、入金が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、入金確認済のお知らせをいたします。なお、参加申込み、及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、会員外歯科衛生士の方への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110円切手を貼った返信用封筒を同封の上、研修会終了後1週間以内にご郵送にてお申込みください。郵送先は以下の通りです。

〒960-8105 福島県福島市仲間町 6-6 福島県歯科医師会館内
一般社団法人 福島県歯科衛生士会 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 研修後アンケートを実施いたしますので、期日内にアンケートに回答し、返信すること
(アンケートの集計結果につきましては、会誌に掲載する場合がございますので、予めご了承ください。)
- ⑤ 時間厳守(遅刻や早退をした場合は、単位の取得ができなくなります。)

● 資料について

当日使用する資料については、お申込みいただいたメールアドレスにデータを事前に送りますので、各自ダウンロードしてご覧ください。なお会場で受講する場合であっても、当日の資料配布は行いませんので、予めご了承ください。

＜払込取扱票記入例＞

- ・加入者名(名義) 一般社団法人 福島県歯科衛生士会
- ・口座番号 02180-1-8970
- ・通信欄 令和7年度 第5回 研修会参加費 県内会員、県外会員、会員外記入
- ・金額 県内会員 1,000 円 県外会員 2,000円 会員外 5,000円
- ＊ご依頼人の氏名 住所 電話番号もお忘れなくご記入ください。

00		払込取扱票 記入例	
口座記号・番号はお間違えないよう記入してください。			
口座記号	口座番号(右詰めで記入)	金額	千 百 十 万 千 百 十 円
02180-1	8970	(県内会員) ¥1000	
加入者名		料 金	(県外会員) ¥2000
一般社団法人福島県歯科衛生士会			(会員外) ¥5000
通信欄	令和7年度 第5回 研修会参加費 (県内会員、県外会員、会員外)		
住所	〒		
氏名	おなまえ		
TEL	(ご連絡先電話番号)		
ご依頼人欄に、おところ・おなまえをご記入ください。			
これより下部には何も記入しないでください。			

振替払込請求書兼受領証	
口座記号番号	02180-1
加入者名	8970
金額	福島県歯科衛生士会
千 百 十 万 千 百 十 円	
おなまえ	¥1,000
ご依頼人	¥2,000
	¥5,000
料 金	6名 様
(消費税込み)	日 附 印
円	
備考	

● 講師略歴 田村 佳奈美 先生

福島女子短期大学部 食物栄養学科 卒業
福島学院大学短期大学部 食物栄養学科 准教授
管理栄養士 栄養士 発酵食品ソムリエ

【お問合わせ先】 一般社団法人 福島県歯科衛生士会 学術理事 新妻 香

メール fukushimaken.dh@gmail.com

● 広報委員会より、会誌に掲載する研修会についての原稿依頼をお願いする場合がございますので、その際はご協力をお願いいたします。