

医療分野における未病改善のためのオーラルフレイル対応型指導者育成研修会 実施要領

1. 目 的

高齢者の加齢に伴う機能低下・虚弱（フレイル）の初期の兆候は、歯と口腔の機能低下（オーラルフレイル）から始まり、これを放置すると、要介護や死亡のリスクが高まることが近年明らかになってきている。

病院や高齢者施設で生活している方の多くは、気付かないうちにオーラルフレイルになっていることから、病院において、オーラルフレイル対策（機能面）及び誤嚥性肺炎の防止に有効な口腔内清掃（衛生面）を一体的に対応可能なリーダーを育成し、病院を拠点とした県民の未病改善に寄与する。

※オーラルフレイル：「わずかなむせ」「食べこぼし」「発音がはっきりしない」「嚙めないもの」の増加等のささいな口腔機能の低下から始まる心身の機能低下につながる口腔機能の虚弱な状態

2. 主 催

神奈川県

3. 実施主体

公益社団法人神奈川県歯科医師会（神奈川県委託事業）

4. 日 程

令和5年2月2日（木）

①午前10時～午後12時 または ②午後1時30分～午後3時30分

*内容は同一です。申込みの際にどちらか希望の時間を記入してください。

5. 会 場

神奈川県歯科医師会館 5F 501・502 研修室

（横浜市中区住吉町 6-68 TEL:045-681-2172）

6. 受講対象

- ・病院に勤務する医療従事者（医師、看護師、言語聴覚士、理学療法士等、但し歯科医師、歯科衛生士は対象外）
- ・1病院からの受講者は、1名までとする。
- ・院内において、日常的に口腔ケアを実施しており、院内における口腔ケアの状況を把握している方。
- ・当該研修で学んだ内容を病院のスタッフへ伝達し、指導・支援できる立場の方。
- ・研修当日は新型コロナウイルス感染症陽性者に濃厚接触の疑いがある方や発熱を含め体調が悪い方、研修前確認シートで該当のある方の受講はお断りする場合がございます。

・当研修では、口腔ケアの実践の実習を実施。神奈川県歯科医師会「歯科医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応指針」に則り、マスク、グローブ、フェイスシールドを着用の上で行います。(キャップ、ガウンの準備もあります)パーテーションを受講者の間に設置し、機材はディスプレイのものを使用します。

7. 定員

①・②各24名 *先着順となります。人数が定員に達し次第、受付終了いたします。受講の可否に関しては、別途書面で通知いたします。受講可能な場合は、DVDも同封いたします。

8. 受講料

無料

9. 研修内容

内容	講師
【序論・講義】※DVDで事前配布 神奈川県における未病改善及びオーラルフレイル対策の取組みについて	神奈川県健康医療局保健医療部 健康増進課
【総論・講義】※DVDで事前配布 病院における口腔ケア及びオーラルフレイル対策について	陵北病院副院長 阪口 英夫
【各論・講義】※DVDで事前配布 在宅歯科医療連携室の活用及び訪問診療について	神奈川県歯科医師会地域保健委員会 在宅歯科・医科歯科連携事業部
【各論・講義】※DVDで事前配布 口腔ケアの基本	神奈川県保健福祉事務所
【実習】※研修会当日 口腔ケアの実践	神奈川県歯科医師会地域保健委員会

*実習は参加者同士の相互実習とします。ガウン、フェイスシールド等を着用し、新型コロナウイルスに対する感染防止策を講じた上で細心の注意を払い実施いたします。あらかじめご了承ください。

10. 修了証

研修会修了者には、研修会終了後に修了証を交付する。

11. 申込み

別紙1「医療分野における未病改善のためのオーラルフレイル対応型指導者育成研修会 申込書」により、令和5年1月20日(金)までに、FAX(0120-681-786)にて提出する。

1 2. 持ち物

- ・ 歯ブラシ
- ・ タオル
- ・ 手鏡

1 3. その他

- ・ 新型コロナウイルスの感染予防を考慮した結果、今回は講義部分を収めた DVD を受講者に事前配布し、当日までに視聴の上、実習を行う。
- ・ 事業評価を目的に、研修受講一定期間経過後に受講者に対して、勤務先における研修内容の活用状況及び院内体制の推進状況等についてアンケートを実施する。

1 4. 問合せ

公益社団法人神奈川県歯科医師会 事業第三課 景山
横浜市中区住吉町 6-68

TEL : 045-681-2172 FAX : 0120-681-786 E-Mail : kageyama@dent-kng.or.jp

医療分野における未病改善のためのオーラルフレイル対応型指導者育成研修会 申込書

漏れなくご記入の上、令和5年1月20日(金)までにFAX(0120-681-786)にて申込み下さい

医療機関名					
医療機関住所	〒：				
所属					
(フリガナ) 受講者氏名		職種		役職	
電話番号		E-mail			
希望時間 ①午前10時～午後12時 ②午後1時30分～午後3時30分 (どちらか記入してください)					

●以下のアンケートは、研修参加病院の体制をお伺いするものです。ご協力をお願いいたします。

【アンケート】 当てはまるものに✓して下さい。 {1(1)は数字で回答}

1 貴病院について教えてください。

(1)病床数について

一般病床 () 床)、療養病床 () 床)、精神病床 () 床)、
その他 () () 床)

(2)口腔ケアに携わる職種について(複数選択可)

看護師 准看護師 看護助手 歯科衛生士
 言語聴覚士 理学療法士 管理栄養士・栄養士

(3) あなたが勤務する病棟が次の医療機能に該当する病棟の場合、該当するもの全てにチェックして下さい。

高度急性期 一般急性期 回復期 慢性期 該当なし

2 貴病院で口腔ケアに関して困っていることや当該研修にて学びたい内容がありましたら、記載して下さい。

--

ご協力ありがとうございました。

当該申込書に記載頂いた内容及びアンケートへの回答内容については本会が管理し、事業結果が公表される場合でも、個人(または病院)を明らかにすることはありません。

神奈川県歯科医師会館までのご案内 (神奈川県歯科保健総合センター)

- 印：市営地下鉄出入口
- 印：みなとみらい線出入口

