



口腔ケアと食べること

(摂食嚥下機能)

- 食べることは利用者さんの生活に直結します
- 直接学ぶ機会の少ない口腔ケアについて一緒に学んでみませんか

● 食べることは 生きること ●

噛む力って
どれぐらい
必要なの？

経管栄養の人の
口腔ケアは？

ブラッシング
のやり方は？

ちゃんと飲み込め
ているのかな？

口を空けてもら
えない人のケア
は どうしたい
いんだろう？

義歯は合ってい
る？

<講師紹介>

講師 五島 朋幸 氏(歯科医師)



1965年広島県生まれ。

ふれあい歯科ごとう 代表

新宿食支援研究会 代表

1997年(平成9年) 内科医からの紹介をきっかけに、

介護保険制度開始前より、東京都新宿区を中心に訪問歯科診療に取り組まれる。

2003年(平成15年) ラジオ番組「ドクターごとうの熱血訪問クリニック」パーソナリティーとしても活躍。

- ◆著書◆ 「口腔ケア〇と×」(中央法規出版 共著)、
- 「食べることで生きることー介護予防と口腔ケア」(北隆館 監修・共著)
- 「安全においしく食べるためのガイドブック」(オーラルケア・共著)
- 「ドクターごとうの訪問歯科シリーズ① 愛は自転車に乗って 歯医者とスルメと情熱と」(大隅書店)

日時 平成30年9月12日(水) 13:30~16:30

受講料 6,000円 (消費税込み)

※受講料は指定の口座にお振込いただきます

会場 ウィリング横浜 研修室

定員 50名 お申込は先着順に受付し定員になり次第締切ります

【講習のお申込方法】

- ① **申込書を FAX する** FAX 045-212-0016
 受講申込書に必要な事項をご記入のうえ、FAX してください
- ② **電話をする** 受講申込書を FAX 後に介護労働安定センター神奈川支所にご連絡ください
- ③ **受講料及びテキスト代（購入の場合のみ）を振り込む**
- ④ **受付完了です** 受講料をお振込いただいた時点で「受講申込」が完了となります

～留意事項～

- * 振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。
- * 振込控（銀行の振込票等）をもって領収書にかえさせていただきます。
- * お振込みがない場合は、キャンセル扱いとなります。講習をキャンセルされる場合は必ず事前にご連絡ください。
- * お振込いただいた受講料等は、開講開始日の 14 日前（当該日が土日祝日の場合はその前日）以降は、原則として返金いたしませんので予めご了承ください。
- * 講習が定員に満たない場合等、当センター理由で講習を中止する場合は、電話等でご本人に連絡の上、お振込額を返金いたします。（返金に伴う振込手数料は当センターが負担します）
- ◎ 当センターのプライバシーポリシーに基づき、申込書の内容は、厳重に管理し、ご本人の了解なしに第三者へ提供されることはありません。

受講希望の方は、FAX してください。詳細をお知らせします。

9 月 12 日 口腔ケアと食べること 短期								
事業所名	ワガナ	研修ご担当者名						
住 所 <small>（勤務先・自宅）</small>	〒							
Tel・fax	Tel () fax ()							
	個人でお申込の場合、日中可能な連絡先 ()							
氏名	ワガナ	<table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <td>生年月日 昭和/平成</td> <td>年 月 日</td> <td rowspan="2">取得資格</td> <td rowspan="2"> ・ホームヘルパー（1級・2級・3級） ・介護職員基礎研修終了 ・介護福祉士・介護支援専門員 ・看護師・准看護師 ・その他（ ） </td> </tr> <tr> <td>介護分野の経験年数</td> <td>年</td> </tr> </table>	生年月日 昭和/平成	年 月 日	取得資格	・ホームヘルパー（1級・2級・3級） ・介護職員基礎研修終了 ・介護福祉士・介護支援専門員 ・看護師・准看護師 ・その他（ ）	介護分野の経験年数	年
	生年月日 昭和/平成	年 月 日	取得資格	・ホームヘルパー（1級・2級・3級） ・介護職員基礎研修終了 ・介護福祉士・介護支援専門員 ・看護師・准看護師 ・その他（ ）				
介護分野の経験年数	年							
	(男・女)							
氏名	ワガナ	<table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <td>生年月日 昭和/平成</td> <td>年 月 日</td> <td rowspan="2">取得資格</td> <td rowspan="2"> ・ホームヘルパー（1級・2級・3級） ・介護職員基礎研修終了 ・介護福祉士・介護支援専門員 ・看護師・准看護師 ・その他（ ） </td> </tr> <tr> <td>介護分野の経験年数</td> <td>年</td> </tr> </table>	生年月日 昭和/平成	年 月 日	取得資格	・ホームヘルパー（1級・2級・3級） ・介護職員基礎研修終了 ・介護福祉士・介護支援専門員 ・看護師・准看護師 ・その他（ ）	介護分野の経験年数	年
	生年月日 昭和/平成	年 月 日	取得資格	・ホームヘルパー（1級・2級・3級） ・介護職員基礎研修終了 ・介護福祉士・介護支援専門員 ・看護師・准看護師 ・その他（ ）				
介護分野の経験年数	年							
	(男・女)							

受講動機、質問等ご記入ください

FAX 送信 045-212-0016

FAX 送信後、確認の電話をしてください
 TEL 045-212-0015 (平日 8:30~17:00)

kaigo

※当センターのプライバシーポリシーに基づき申込書等の内容は、厳重に管理し、ご本人の了解なしに第三者へ提供されることはありません。

【お申込み・お問い合わせ】

(公財) 介護労働安定センター神奈川支所
 〒231-0007 横浜市中区弁天通 6-79 港和ビル 8階
 tel 045-212-0015 fax 045-212-0016