

ずっと元気に
過ごしたいわ

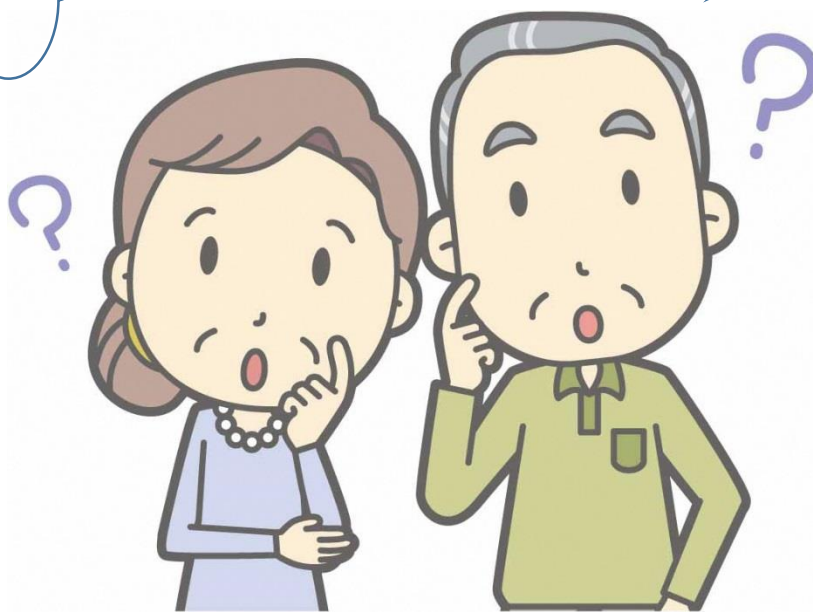
最近、飲み
込むときにむ
せるなあ

お口の衰え
って、どんな
チェック？

誤嚥性肺炎っ
て予防できる
のかしら？

歯磨きの仕方
も自信がない
のよね

健康長寿にな
りたいなあ

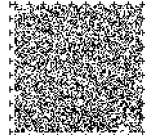


地域の皆さんと一緒に出張講座を受講して、
そんな疑問を解消してみませんか？
地域の皆さんで健康長寿を目指しましょう！

【 問合せ先 】 久留米市健康福祉部長寿支援課

〒830-8520 久留米市城南町15-3

電話：0942-30-9207 ・ FAX：0942-36-6845



口の元気アップ出張講座



高齢者団体に
歯科衛生士を派遣

歯と口のケアは元気の秘訣！！
お口を元気にして、健康長寿をめざしてみませんか！？

口全体の働き（口腔機能）を保つことは、全身の健康を守ることに繋がります。この講座では、口全体の働きや「誤嚥（ごえん）性肺炎※」のこと、またその予防のための歯磨きのコツや口の運動などを学びます。

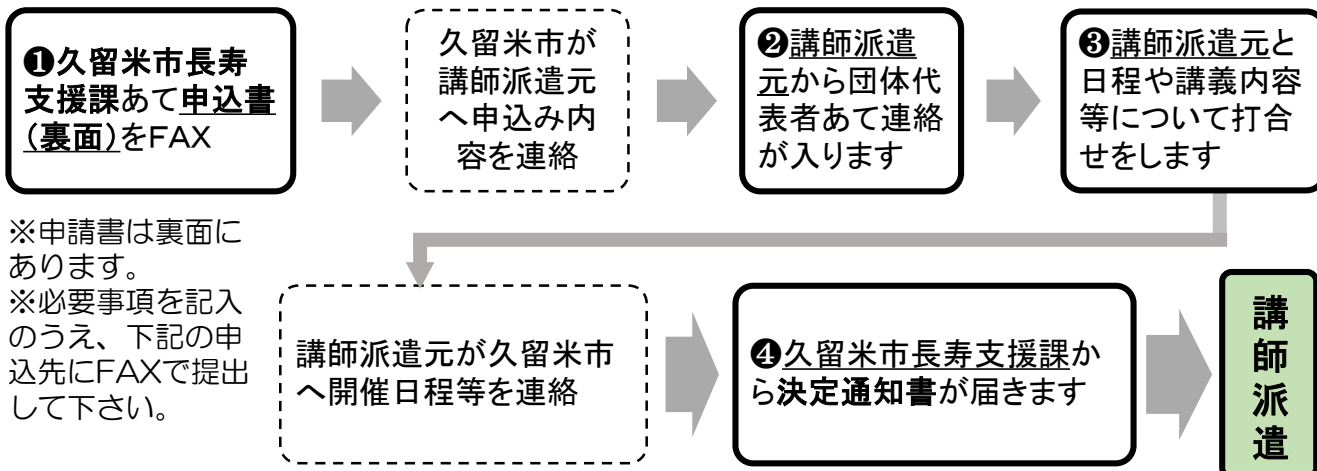
※「誤嚥性肺炎」は、飲み込む力が衰えたことで、細菌がだ液や飲食物といっしょに肺に流れ込んでおきる肺炎です。「誤嚥性肺炎」は令和元年の死因の第6位になっています。

歯ブラシ
プレゼント！



● 対象団体	久留米市在住で概ね65歳以上の高齢者の団体
● 利用回数	1団体につき年間1回まで、先着40団体まで
● 講座参加者数	概ね10名から20名程度
● 利用料	無料（ただし、会場の確保・使用料等は利用団体負担）
● 開催時間	平日の午前9時30分～午後4時30分までの間の90分程度 （60分を希望される団体は相談してください）
● その他	裏面の「新型コロナウイルス感染症に気を付けて、口の元気アップ出張講座を受講するための留意事項」を守って取り組んでいただく必要があります。

● 申込の流れ 申込期限：開催日の **約4週間前** まで



※申請書は裏面にあります。
※必要事項を記入のうえ、下記の申込先にFAXで提出して下さい。





※天候や、新型コロナウイルス感染拡大予防のため、講師派遣を中止する場合がありますのでご了承ください。

申込先・申し込みに関するお問合せ






久留米市健康福祉部長寿支援課 電話：0942-30-9207 FAX：0942-36-6845

新型コロナウイルス感染症に気を付けて、 口の元気アップ出張講座を受講するための留意事項

～申込団体の運営者、リーダーの皆さんにお願いしたい事～

- 参加者の体温や体調の確認を行い、参加者名簿（連絡先含む）を作成し、記録してください
注：発熱などが認められる場合には、参加を断りましょう
- 複数の人が触れる手すり、ドアノブ、テーブル、椅子などは適宜、塩素系漂白剤（次亜塩素酸ナトリウム0.05%）やアルコールなどで消毒をお願いします
- 「毎日体温を計測をする」「症状がなくてもマスクを着用する」「水と石けんで丁寧な手洗いを
する」ように呼びかけをお願いします   
- 当日の手洗い、もしくは手指消毒の徹底をお願いします
- マイクが準備できる場合はマイクの準備をお願いします
- 講師と参加者、参加者同士の間隔を2m空ける、頻回な換気をお願いします 
- 活動終了時の体調確認と手洗いをする呼びかけをお願いします
- 受講時には、参加者皆さんに各自筆記用具の持参するようお声掛けをお願いします

～参加される皆さんに守っていただきたい事～

- 毎日、体温を計測し、体調を確認しましょう 
- 体調の悪いときは休みましょう
- 症状がなくてもマスクの着用しましょう 
- こまめに、水と石けんで丁寧な手洗い、もしくは手指消毒を心がけましょう 
- 頻回に換気をしましょう 
- お互いの距離は、お互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上空けましょう
- 会話をする際は、正面に立たないように気を付けましょう 

できるだけ2m(最低1m)

新しい生活様式で感染拡大防止



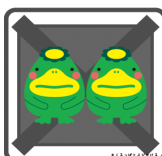
外出控え



密集回避



密接回避



密閉回避



換気



咳エチケット



手洗い

【申込先】久留米市健康福祉部長寿支援課

〒830-8520 久留米市城南町15-3 電話:0942-30-9207・FAX:0942-36-6845

対象者:久留米市在住で概ね65歳以上の高齢者の団体

申込条件

(以下の場合、申込できません)

- ①政治活動、宗教活動、営利目的の活動としてみなされるもの。
- ②苦情や陳情を目的とする場合や、それと思われるもの。
- ③当講座の目的に反すると思われるもの。
- ④介護事業所、社会福祉法人、医療法人、NPO法人等の法人・事業所が主催となって開催されるもの。

令和3年度 久留米市地域介護予防活動支援事業

「口の元気アップ出張講座」申込書兼同意書

令和 年 月 日

久留米市長 様

(申込者) 住 所
 団体名
 代表者
 電 話

次のとおり講師の派遣を申し込みます。

また、地域での介護予防推進のため、記載内容を久留米市地域包括支援センターおよび久留米市社会福祉協議会へ情報提供することに同意します。

団体について	団体等名称			
	団体登録者数	_____人	活動頻度	年 _____回 ・ 月 _____回 週 _____回 (いずれか1つ記入)
	主な活動内容	主な活動内容を1つに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。 <input type="checkbox"/> 体操(運動) <input type="checkbox"/> 会食 <input type="checkbox"/> 認知症予防 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input type="checkbox"/> その他()		
	その他	団体名、主な活動、活動場所の有無を公表することに同意しますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
希望日時	令和 _____年 _____月 _____日 ()	開始時間:	_____時 _____分 ~	終了時間: _____時 _____分
開催場所	名称			
	所在地		電話	
参加予定人数	_____人 ※会場の広さと人と人の間隔(2m)を踏まえてご記入ください。			
備考				

- ※ 開催日時等をご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。
- ※ 特定の講師を指名することはできません。
- ※ 取り扱う個人情報は、本事業に関係すること以外の目的では使用しません。

事務処理欄	受付		業者FAX		団体通知	
-------	----	--	-------	--	------	--

キリトリ