

平成 29 年度 歯科医療技術者養成事業 受講者の募集について

1. 事業目的

歯科保健医療サービスを受けることが困難な者の口腔の健康の保持を推進させる観点から、その状況に応じた支援を行い、それぞれの状態に応じた知識や技術を有する歯科専門職（歯科医師及び歯科衛生士）を育成することを目的とします。

2. 受講対象者

名古屋市内に在住または在勤し、在宅での訪問診査及び訪問診療を実施中または実施する予定の歯科専門職（歯科医師及び歯科衛生士）

歯科医師、歯科衛生士単独または歯科医師の方は歯科衛生士帯同でもご参加いただけます。

3. 講習コース

- ・ 在宅訪問診療のための全身管理コース（全4回 実習は(A)(B)2班に分けて実施）
- ・ 在宅訪問診療のための摂食嚥下診断コース（全6回）

4. 募集人数

- ・ 在宅訪問診療のための全身管理コース（A） 16名 歯科医師 ・ 歯科衛生士
- ・ 在宅訪問診療のための全身管理コース（B） 16名 歯科医師 ・ 歯科衛生士
- ・ 在宅訪問診療のための摂食嚥下診断コース（C） 10名 歯科医師 ・ 歯科衛生士

5. 講習日程及び会場

日程・開催会場は別紙の通り

6. 受講料

無料

7. 申込方法・期間

別紙申込書により、7月24日～8月22日(月) 名古屋南歯科保健医療センター事務局へFAXで申し込んで下さい。

尚、応募多数の場合には本事業の実習管理委員会において決定し、後日連絡します。

8. その他

各コース全回すべて受講された方を修了者とし、修了者には、名古屋市歯科医師会・名古屋市発行の修了証を交付します。

在宅訪問診療のための全身管理コース日程

	会場	講師	日時 (13:00 ~ 16:00)	内容 (仮称)
第1回	南	宮地先生	平成29年 9月28日(木)	総論Ⅰ
第2回	南	宮地先生	平成29年 10月26日(木)	総論Ⅱ
第3回	南	伊藤先生 水野先生	平成29年 11月30日(木)	小児～高齢者の在宅医療について
第4回A	南	岩崎先生 瓜生先生	平成30年 1月25日(木)	訪問用器材の紹介と実際 救急トレーニング【実習】
第4回B	南	岩崎先生 瓜生先生	平成30年 2月22日(木)	訪問用機材の紹介と実際 救急トレーニング【実習】

講師：宮地 斉 先生 愛知学院大学歯学部 顎顔面外科学 准教授
 伊藤 剛 先生 ごうクリニック 院長
 水野美穂子先生 大同病院 副院長 小児科主任部長
 瓜生 和貴 先生 名古屋歯科保健医療センター 診療副部長 (日本歯科麻酔学会認定医)
 岩崎ひとみ先生 名古屋市在宅歯科医療・介護医療室 非常勤歯科医師
 ニノ倉欣久先生 名古屋市在宅歯科医療・介護医療室 非常勤歯科医師

在宅訪問診療のための摂食嚥下診断コース日程

	会場	講師	日時 (13:00 ~ 16:00)	内容	
C	第1回	南	加藤先生	平成29年 9月21日(木)	摂食嚥下障害・総論
	第2回	北	加藤先生	平成29年 10月19日(木)	摂食嚥下障害の評価・診断
	第3回	北	藤田歯科	平成29年 11月16日(木)	内視鏡嚥下機能評価検査の実施方法【実習】
	第4回	北	藤田歯科	平成30年 1月18日(木)	リハビリテーションに必要な栄養管理・摂食機能療法の効果評価方法
	第5回	北	藤田歯科	平成30年 2月15日(木)	摂食機能療法の実施方法
	第6回	北	加藤先生	平成30年 3月15日(木)	嚥下造影検査【実習】

講師：松尾浩一郎先生 藤田保健衛生大学医学部歯科 教授 (または医局員)
 加藤 友久 先生 医療法人友善会 加藤歯科医院 院長
 日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士、同学会評議員および監事

※ 会場 北 → 名古屋北歯科保健医療センター 名古屋市北区平手町1-1-5 クオリティライフ21 城北内
 南 → 名古屋南歯科保健医療センター 名古屋市南区弥次エ町5-12-1

※ 講師、内容、会場等変更になる場合があります。また、終了時刻も前後する場合があります。

平成 29 年度 歯科医療技術者養成事業 受講申込書

平成 29 年__月__日

一般社団法人 名古屋市歯科医師会
会 長 小 木 曾 公 様

歯科医師 歯科衛生士

申込者氏名 _____

住 所 〒 _____

連絡先 TEL _____ FAX _____

○ 受講を希望するコース（いずれかひとつ選択してください）

① 在宅訪問診療のための全身管理コース（A）（ 9/28 10/26 11/30 1/25 ）

② 在宅訪問診療のための全身管理コース（B）（ 9/28 10/26 11/30 2/22 ）

※ 全身管理コース（A）（B）は、実習を含む第4回目の日程が異なります。

③ 在宅訪問診療のための摂食嚥下診断コース（C）

○ 歯科医師の方へ 歯科衛生士帯同の有無

帯同なし

帯同あり

帯同する歯科衛生士

氏 名 _____

自宅住所 〒 _____

勤務先名称 _____

私は 平成 29 年度 歯科医療技術者養成事業の上記のコースへの受講を希望します。

提出先：名古屋南歯科保健医療センター事務局
FAX（052）825-4340

8月22日（月）必着