

平成 30 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

- ・ 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）
- ・ 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） 20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） 20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） 12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9日から7月28日（土）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。

平成 30 年度 医療歯科技術者養成事業 (講師・日程)

訪問診療実践コース

	会場	講師	日時 (13:00~16:00)	内 容
第1回	南	杉本太造先生	平成30年 9月27日 (木)	総論 開講式
第2回	南	富田健嗣先生	平成30年10月25日 (木)	在宅訪問歯科診療の実際 I
第3回	南	山田正弘先生	平成30年11月29日 (木)	在宅訪問歯科診療の実際 II (偶発症)
第4回 A	南	穂坂一夫先生	平成31年 1月24日 (木)	総括【実習】訪問用機材の紹介 閉講式
第4回 B	南	穂坂一夫先生	平成31年 2月28日 (木)	総括【実習】訪問用機材の紹介 閉講式

講師：杉本太造先生 愛知学院大学歯学部 寄附講座専任准教授

富田健嗣先生 開業医 (名古屋市歯科医師会会員 東区)

山田正弘先生 愛知学院大学歯学部 麻酔学講座准教授

穂坂一夫先生 名古屋歯科保健医療センター 診療部長

摂食嚥下診断コース

	会場	講師	日時 (13:00~16:00)	内 容
第1回	南	加藤友久先生	平成30年 9月20日 (木)	総論 (摂食嚥下障害) 開講式
第2回	北	加藤友久先生	平成30年10月18日 (木)	評価・診断 (摂食嚥下障害)
第3回	北	松尾浩一郎先生	平成30年11月22日 (木)	内視鏡嚥下機能評価検査の実施方法【実習】
第4回	北	松尾浩一郎先生	平成31年 1月24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	松尾浩一郎先生	平成31年 2月21日 (木)	摂食機能療法の実施方法
第6回	北	加藤友久先生	平成31年 3月28日 (木)	嚥下造影検査【実習】 閉講式

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 30 年度 歯科医療技術者養成事業 受講申込書

平成 30 年 7 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

* 摂食嚥下診断コースは、歯科衛生士単独でのお申込みは受け付けておりません

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 訪問診療実践コース（A） （ 9/27,10/25,11/29,1/24 ）
 ② 訪問診療実践コース（B） （ 9/27,10/25,11/29,2/28 ）
 ③ 摂食嚥下診断コース（C） （ 9/20,10/18,11/22,1/24,2/21,3/28 ）

○ 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 30 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
AIX（052）825-4340

7月 28日（土）必着