

令和元年度 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

- ・ 訪問診療実践コース（全4回）
- ・ 摂食嚥下診断コース（全6回）

* 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

4. 募集人数

- | | | | | |
|-------------|-----|------|---|-------|
| ・ 訪問診療実践コース | 30名 | 歯科医師 | ・ | 歯科衛生士 |
| ・ 摂食嚥下診断コース | 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、6月1日から6月29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。（052-825-4340）

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。

令和元年度 歯科医療技術者養成事業 (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	令和元年 9月 26 日 (木)	総論 開講式
第2回	南	富田健嗣 先生	令和元年10月 24 日 (木)	在宅訪問歯科診療の実際Ⅰ
第3回	南	二ノ倉欣久先生 中塩屋泉 先生	令和元年11月 28 日 (木)	在宅訪問歯科診療の実際Ⅱ 症例検討 訪問機材紹介 (センター治療見学)
第4回	南	良盛典夫 先生 栗木みゆき先生	令和元年 1月 30 日 (木)	在宅訪問歯科診療の実際Ⅲ 症例検討 口腔ケア 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)
 二ノ倉欣久先生 名古屋市在宅歯科医療・介護医療室 非常勤歯科医師
 中塩屋泉先生 名古屋市在宅歯科医療・介護医療室 非常勤歯科衛生士
 良盛典夫先生 ややもり歯科医院院長・岐阜県歯科医師会地域保健担当理事
 栗木みゆき先生 多治見口腔ケアグループはねっと代表

【摂食嚥下診断コース】

	会場	講師	日時 (13:00~16:00)	内容
第1回	北	加藤友久先生	令和元年 9月 19日 (木)	総論 (摂食嚥下障害) 開講式
第2回	北	加藤友久先生	令和元年 10月 17日 (木)	評価・診断 (摂食嚥下障害)
第3回	北	松尾浩一郎先生	令和元年 11月21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	令和2年 1月30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	令和2年 2月 20日 (木)	摂食機能療法の実施方法
第6回	北	加藤友久先生	令和2年 3月 19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。

令和元年度 歯科医療技術者養成事業 受講申込書

令和元年 6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
フリガナ

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 (9/26,10/24,11/28,1/30)
 ② 摂食嚥下診断コース (9/19,10/17,11/21,1/30,2/20,3/19)

* 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

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

フリガナ

氏 名 _____

自宅住所 〒 _____

勤務先名称 _____

私は 令和元年度 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

6月 29日 (土) 必着