

沖 歯 発 第 1 2 8 号
令 和 2 年 9 月 9 日

県内各医療機関の長 }
県内各歯科医院の長 } 殿

一般社団法人
沖 縄 県 歯 科 医 師 会
会 長 真 境 名 勉
(公印省略)

令和2年度沖縄県歯科医師認知症対応力向上研修の開催について（ご案内）

平素より本会会務運営に関し御理解と御協力いただき深く感謝申し上げます。

さて、本会では沖縄県からの委託により、下記のとおり「歯科医師認知症対応力向上研修」を実施することとなりました。

当研修は、高齢者が受診する歯科医師に対し、認知症の人本人とその家族を支えるために必要な基本知識や、医療と介護の連携の重要性等を習得するための研修を実施することにより、認知症の疑いのある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた歯科治療・口腔管理を適切に行い、認知症の人への支援体制構築の担い手となることを目的としております。

日頃より高齢者等に接する歯科医師へ、認知症の人への支援体制の構築を担っていただきたく、当研修へ積極的に御参加いただきますようお願い致します。

なお、今年度は新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、受講者の定員を30名（先着順）といたします。また、昨年度までの研修内容に一部追加がございますことを申し添えます。

記

【研修名】 令和2年度沖縄県歯科医師認知症対応力向上研修

【開催日時】 令和2年10月25日（日）13:00～17:30

【会場】 沖縄県口腔保健医療センター 二階 大研修室

【研修内容】 別添募集要項参照

【受講対象】 県内で勤務する歯科医師および歯科医療従事者
※修了証書の発行は歯科医師（初回受講者）のみ

【定員】 30名（先着順）

【申込方法】 裏面申込書に記入の上、FAXまたは郵送にて申込ください

【申込期限】 令和2年10月16日（金）

※過去に受講された方の再受講は可能ですが、修了証は発行されません。

沖縄県歯科医師会事務局 総務課 與那嶺
〒901-1105 南風原町字新川 218-1
tel 098-996-3561 fax 098-996-3562
E-Mail: okisi@okisi.org

令和2年度沖縄県歯科医師認知症対応力向上研修募集要項

1 目的

高齢者が受診する歯科医師に対し、認知症の人本人とその家族を支えるために必要な基本知識や、医療と介護の連携の重要性等を習得するための研修を実施することにより、認知症の疑いのある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた歯科治療・口腔管理を適切に行い、認知症の人への支援体制構築の担い手となることを目的とする。

2 主催

沖縄県（沖縄県歯科医師会へ委託）

3 開催日時及び会場

日時：令和2年10月25日（日）13：00～17：30（受付12：30～）

会場：沖縄県口腔保健医療センター 2階 大研修室

4 研修対象者

県内で勤務（開業を含む）する歯科医師および歯科医療従事者

※ただし、修了証書の発行は歯科医師のみ

5 定員

30名（先着順）

6 受講料

無料（ただし、研修に参加するための旅費等は自己負担）

7 申込方法

別紙申込書にてFAXならびにメール、または郵送により申込期日までに申し込むこと

8 申込期限

令和2年10月16日（金）

9 修了証書の交付等

（1）研修の全課程を受講した歯科医師に対しては、沖縄県知事名の「修了証書」を交付する。

※過去に受講された方の再受講は可能ですが、修了証は発行されません。

（2）県は、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等を記入した名簿を作成し管理する。

（3）県は、認知症の者及びその家族等の受診の利便性に資するため、研修修了者の同意を得た上で、研修修了者のリスト等を作成し、地域包括支援センターへの配布や県のホームページに掲載する。

10 新型コロナウイルス感染症対策について

（1）受講の際はマスクの着用、手洗いうがいの徹底にご協力ください。

（2）研修当日に発熱やせき等の体調不良がある場合は受講を控えていただくようお願いいたします。

（3）県内の感染者の状況により、研修を中止する場合があります。中止の際は、1週間程度前に受講者あてに通知いたします。

（4）受講当日は、**別添の健康状態申告書を提出**していただくようお願いいたします。

●研修内容

時間	内容	講師等
12:30～13:00	受付	
13:00～13:05	オリエンテーション	
13:05～13:55 【50分】	I 基本知識 <ul style="list-style-type: none"> ・認知症施策の現状 ・認知症の原因疾患の特徴と症例 ・画像診断やアセスメントの概要 ・認知症治療薬や薬効の概要 	【認知症サポート医】 社会医療法人 葦の会 オリブ山病院 精神科医師 崎原尚子 氏
13:55～14:00	質疑応答	
14:00～14:05	休憩（5分間）	
14:05～15:35 【90分】	II かかりつけ歯科医の役割 <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ歯科医（歯科医療機関）の役割 ・歯科診療において注意すべき認知症への気づきのポイント ・認知症の人の歯科診療を円滑に進めるための視点 ・歯科診療所で起こる行動・心理症状（BPSD）に対する対応 ・治療計画と対応方法の立案 ・歯科医療機関の管理者の役割 	【沖縄県歯科医師会】 たから歯科 副院長 新城美由紀 氏
15:35～15:40	質疑応答	
15:40～15:50	休憩（10分間）	
15:50～17:20 【90分】	III 制度・連携等 <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム、介護保険制度 ・サービス担当者会議でのかかりつけ歯科医の役割 ・ケアマネジャーとの連携 ・認知症ケアパス、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等の仕組み ・若年性認知症の現状と支援の制度 ・成年後見制度、高齢者虐待の現状 	【沖縄県高齢者福祉介護課】 【那覇市地域包括支援センター】 医療法人守礼の会 介護支援センターあまね 主任介護支援専門員 金城 昌美 氏 沖縄県高齢者福祉介護課 当真 嗣貴 氏
17:20～17:30	質疑応答 アンケート記入	

●その他

本研修は日本歯科医師会生涯研修として算定される

●申込先・問い合わせ先

沖縄県歯科医師会事務局 総務課 與那嶺
 〒901-1105 南風原町字新川 218-1
 tel 098-996-3561 fax 098-996-3562
 Mail : okisi@okisi.org

(別紙)

宛先: 沖縄県歯科医師会事務局 FAX : 098-996-3562 mail : okisi@okisi.org 〒901-1105 南風原町字新川218番地1 (FAX送信票は不要です)

令和2年度沖縄県歯科医師認知症対応力向上研修申込書

開催日時: 令和2年10月25日(日)13:00~17:30

研修会場: 沖縄県口腔保健医療センター2階 大研修室

勤務・所属先				
所在地	〒			
電話番号				
FAX番号				
受講者氏名	氏名	生年月日	修了者リストへの掲載	過去の受講歴
生年月日※ 及び			同意 ・ 拒否	有 ・ 無
修了者リストへの 掲載同意			同意 ・ 拒否	有 ・ 無
※修了証書交付の際に 使用します			同意 ・ 拒否	有 ・ 無
受講者氏名 (歯科医師以外)				

※下記の期日までにFAX、メール、または郵送にてお申し込み下さい。
※過去に受講された方の再受講は可能ですが、修了証は発行されません。

申込締切: 令和2年10月16日(金)

令和2年 月 日

健康状態申告書			
①氏名			
②お住まいの市町村			
③所属医療機関			
④緊急連絡先			
⑤メールアドレス			
⑥体温		⑦風邪症状	あり・なし
⑧14日以内の発熱・感冒症状での受診や服薬			あり・なし
⑨感染が拡大している地域や国への14日以内の訪問歴			あり・なし
<p>※1 収集した個人情報は、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人の同意がある場合を除き、他に利用及び提供することはしません。</p> <p>2 参加者に感染者が出た場合における保健所の聞き取り調査への協力をお願いいたします。</p> <p>3 濃厚接触者となった場合は、14日間を目安に自宅待機をお願いすることがあります。</p>			

子ども生活福祉部 高齢者福祉介護課