

全国共通がん医科歯科連携講習会開催のご案内

がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成、医科歯科連携を推進するために、日本歯科医師会の「全国共通がん医科歯科連携講習会（ナショナルキット使用）」を下記のとおり実施します。

つきましては、ここにご案内をいたしますので、ご参加いただきますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本講習会は、平成25年度まで実施をしていた「がん患者医科歯科連携講習会」の講習1・2・3の内容の全てを約4時間に収録したDVD視聴方式となっております。

[注]

- ①日歯が定める、がん診療連携登録歯科医の資格を取得できる講習会は、本講習会のみとなります。
- ②本講習会を受講修了した場合は、平成25年度まで実施していた「がん患者医科歯科連携講習1・2・3」の全てを修了した扱いと同等となります。
- ③平成25年度までに「講習1・2・3」の一部を受講修了した会員は、今回の講習会で未受講分を全て受講した扱いになります。この場合、今回の講習を全て受ける必要があり、一部の受講は認められません。
- ④平成26年度から、講習2・3の追加講習は行っておりません。
- ⑤受講修了者で連携登録を希望する際は、がん診療連携登録医の名簿を作成し、国立がん研究センターがん情報サービスHP・県歯HPへ掲載いたします。

記

【日 時】 平成31年1月27日(日) 12時30分～17時00分（終了予定）

【場 所】 茅ヶ崎市地域医療センター2階 講堂（茅ヶ崎市本村5-9-5）

【実施主体】 一般社団法人茅ヶ崎歯科医師会

【内 容】 日歯・国がん連携事業進捗状況と展望について（10分）

講師：神奈川県歯科医師会 地域保健委員会（当日派遣をいたします）

「全国共通がん医科歯科連携講習」（DVD講習）

1. がん治療総説（27分）

講師：若尾文彦（国立がん研究センターがん対策情報センター センター長）

2. がん手術と口腔ケア（13分）

講師：上野尚雄（国立がん研究センター中央病院 歯科医長）

3. がん薬物療法を受ける患者の歯科治療・口腔ケア（53分）

講師：大田洋二郎（前静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科 部長）

4. 頭頸部放射線療法、放射線化学療法の患者への歯科治療・口腔ケア（37分）

講師：上野尚雄（国立がん研究センター中央病院 歯科医長）

5. BMA (Bone Modifying Agents) の使用に関連する顎骨壊死と歯科治療・口腔ケア（21分）

講師：上野尚雄（国立がん研究センター中央病院 歯科医長）

6. がん医療における緩和ケアと歯科治療・口腔ケア（72分）

(1) 緩和ケア概論

講師：三宅 智（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科臨床腫瘍学分野 教授）

(2) コミュニケーション

講師：加藤雅志（国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援研究部長）

(3) がん終末期の患者における口腔ケア

講師：上野尚雄（国立がん研究センター中央病院 歯科医長）

7. がん患者における歯科治療の実際 (12分)

(1) 頭頸部放射線治療後の患者における歯科治療事例

講師：上野尚雄 (国立がん研究センター中央病院 歯科医長)

(2) がん薬物療法中の患者における歯科治療事例

講師：大田洋二郎 (前静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科 部長)


【受講資格】 神奈川県に所在する歯科医療機関の歯科医師

【傍聴】 受講する歯科医師の歯科医療機関に勤務する歯科衛生士 (1名まで受講可)

【受講定員】 50名 (申込みは先着順とさせていただきます)

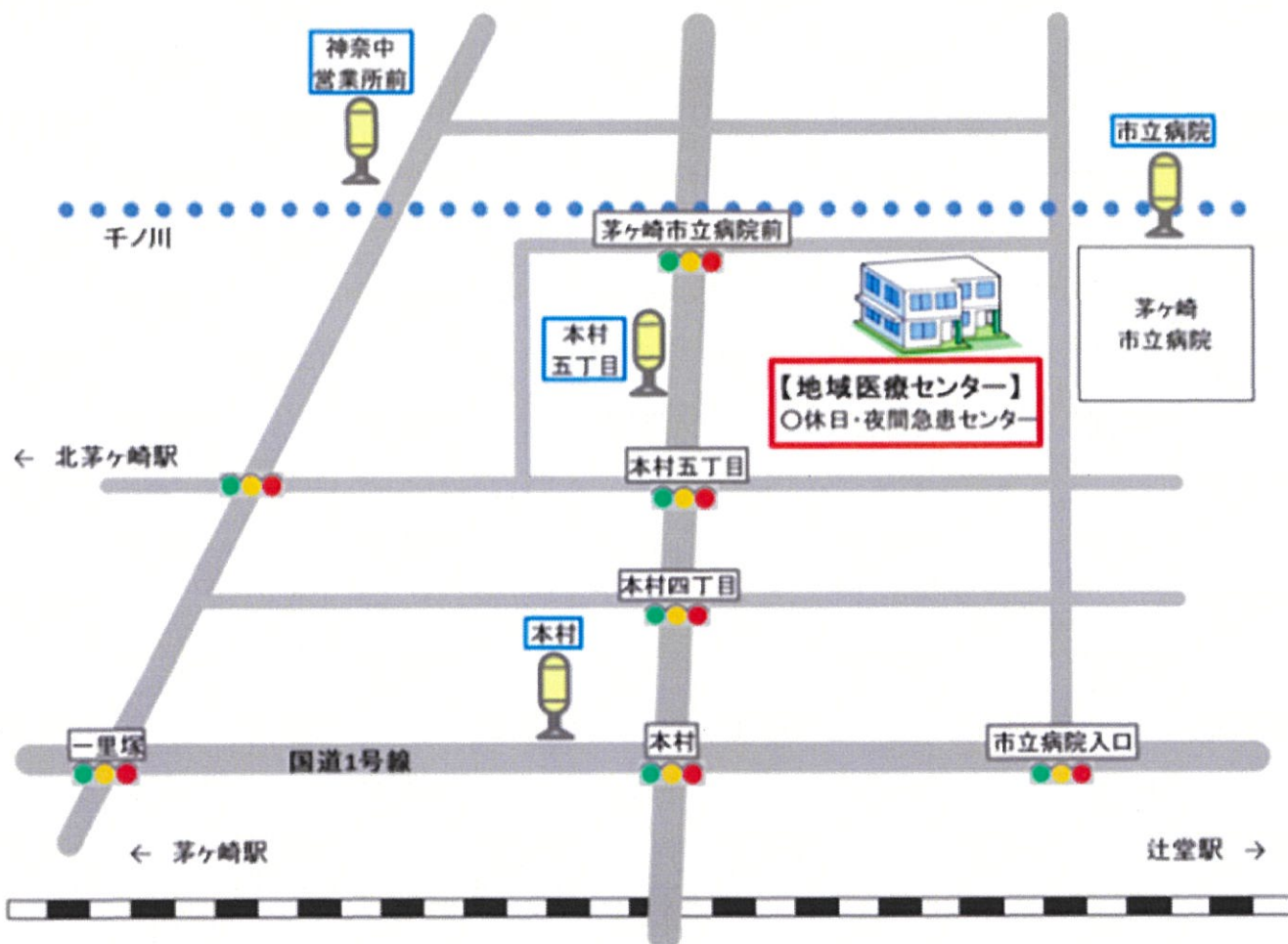
【日歯生涯研修事業】 研修コード 3402 (全身疾患と歯科診療)、単位9

【修了証】 受講した本県所在の歯科医師には修了証を交付します。

【申し込み】 別紙申込書に必要事項を記入の上、**12月20日(木)まで**に (FAX  0120-681-786) でお申し込みください。

【問い合わせ先】 一般社団法人神奈川県歯科医師会事務局 (担当：今井) / TEL:045-681-2172

会場図



※茅ヶ崎市地域医療センターの駐車場は休日急患用の駐車場となっておりますので、車でご来場の際には、外部有料駐車場をご利用ください。

全国共通がん医科歯科連携講習会

(申込書)

所属地域歯科医師会		県歯会員の 場合は○
参加会員氏名 (ふりがな)	(ふりがな)	
新規受講・再受講 (どちらかに○)	・新規受講 ・再 受 講	
診療所名称		
診療所電話番号		
参加勤務歯科医師名 (ふりがな)	(ふりがな)	県歯会員の 場合は○
新規受講・再受講 (どちらかに○)	・新規受講 ・再 受 講	
参加勤務歯科衛生士名 (ふりがな)	(ふりがな)	

※氏名は、**楷書で正確に**記入してください。

※確認事項

【受講資格】 神奈川県に所在する歯科医療機関の歯科医師

【傍 聴】 受講する歯科医師の歯科医療機関に勤務する歯科衛生士 (**1名まで受講可**)

〔送信先〕 一般社団法人神奈川県歯科医師会 FAX  0120-681-786 今井宛