

# 令和4年度 全国共通がん医科歯科連携講習会

がん医療に携わる専門的な歯科医療従事者の育成並びに医科歯科連携の体制整備を推進することを目的に、日本歯科医師会から委託を受け「全国共通がん医科歯科連携講習会」を下記のとおり実施しますので、ここにご案内をいたします。

なお、令和2年度より**第2版ナショナルテキスト、第2版講義DVDを活用した講習会**となります。

## [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された方は、本会で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並びに、県歯HPに掲載いたします。

日 時	第1回目 令和4年12月4日(日)午後1時00分～ 第2回目 令和5年2月16日(木)午後3時00分～
場 所	第1回目 二俣川ライフ4階コミュニティサロン(横浜市旭区二俣川1-3-2) 第2回目 足柄上衛生組合2階会議室(南足柄市班目1574番地) ※第1回目、第2回目いずれも会場参加のみとなります。
実施主体	第1回目 一般社団法人横浜市歯科医師会 第2回目 一般社団法人足柄歯科医師会
定 員	第1回目 30名(先着順) 第2回目 30名(先着順)
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)
テキスト	テキストが必要な場合は、国立がん研究センターのホームページからダウンロードが可能です。(本会からの提供はございません) <a href="https://ganjoho.jp/med_pro/med_info/dental/koshukai_text2.html">https://ganjoho.jp/med_pro/med_info/dental/koshukai_text2.html</a>
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。
日歯生涯 研修事業	研修コード3402(全身疾患と歯科診療)、3単位 研修コード2705(嚢胞・腫瘍および類似疾患)、2単位
申 込 み	令和4年11月4日(金)までに右記QRコードか FAX:0120-681-786にて別紙申込書によりお申し込みください。
そ の 他	原則として遅刻・中途退席の場合、欠席扱いとなります。 歯科医師以外の受講も可能ですが、あくまでも傍聴の扱いであり、資格の付与、修了証の発行等はございません。
問合せ先	公益社団法人神奈川県歯科医師会事務局(担当:矢澤) / TEL:045-681-2172



## 講義カリキュラム

内容	講義時間目安
(1) 日歯・国がん連携事業進捗状況と展望について 講師：神奈川県歯科医師会 地域保健委員会スペシャルニーズ診療事業部	10分
(2) がん治療総論 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長	30分
(3) がん手術と口腔健康管理 講師：上野 尚雄／国立がん研究センター中央病院歯科医長	10分
(4) がん薬物療法を受ける患者の口腔健康管理 講師：太田 嘉英／東海大学医学部外科学系口腔外科学領域教授	35分
(5) 頭頸部放射線療法、化学放射線療法の患者への口腔健康管理 講師：上野 尚雄／国立がん研究センター中央病院歯科医長	22分
(6) 薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）の予防と治療 講師：柴原 孝彦／東京歯科大学口腔顎面外科学講座主任教授	21分
(7) がん医療における緩和ケアと口腔健康管理 A. 緩和ケア概論 講師：山本 亮／佐久総合病院佐久医療センター緩和ケア内科部長	20分
B. 療養中のがん患者さんの口腔の症状緩和と口腔健康管理 講師：上野 尚雄／国立がん研究センター中央病院歯科医長	12分
(8) 口腔がんについて 講師：柴原 孝彦／東京歯科大学口腔顎面外科学講座主任教授	21分

※（2）～（8）は、「全国共通がん医科歯科連携講習（第2版DVD）」での講義となります。

令和4年度全国共通がん医科歯科連携講習会  
申込書

漏れなくご記入の上、令和4年11月4日(金)までにFAXにて申込みください。

所属歯科医師会		
医療機関情報		名称
		住所
		電話番号
1	受講者情報	フリガナ
		氏名
		職種
		受講希望日 (どちらかに○)
2	受講者情報	フリガナ
		氏名
		職種
		受講希望日 (どちらかに○)

※注意事項

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〕 公益社団法人神奈川県歯科医師会 FAX  0120-681-786 矢澤宛