

平成30年度がん医科歯科連携事業に係わる研修会のご案内

【目的】 地域における開業歯科医師等が、がん医科歯科連携の実際を学び、地域においてコアとなる人材を養成する。

【主催】 一般社団法人神奈川県歯科医師会（神奈川県補助事業）

【対象】 神奈川県内に勤務する歯科医師 33 名
神奈川県内に勤務する歯科衛生士 33 名
注)・下記1~3の全てを受講できるものに限る。

【内容】 1. オリエンテーション・実習前講義
2. 実習(実地研修)
3. ケースカンファレンス
※化学療法、放射線治療に特化した内容を予定しております。

《1. オリエンテーション・実習前講義》

日時：平成30年 **8月26日(日)** 午後1時～午後5時30分
場所：神奈川県歯科医師会館 501・502 研修室
内容：講義により、がん診療医科歯科連携に必要な知識の獲得を目指す。
講師：①谷口 英喜（済生会横浜市東部病院 周術期支援センター長）
②酒井 リカ（神奈川県立がんセンター 腫瘍内科 部長）
③光永 幸代（神奈川県立がんセンター 歯科口腔外科）

《2. 実習(実地研修)》

期間：平成30年8月30日～同12月6日まで
時間：各協力施設による。(協力施設・日程一覧を参照)
内容：下記協力施設にて、実地研修を実施する。
A. 周術期口腔機能管理の臨床見学
B. 初診患者並びに模擬患者での問診・介入計画立案
C. 病院独自のプログラム
協力施設：①横浜市立大学附属病院（横浜市金沢区福浦3-9）
②神奈川県立がんセンター（横浜市旭区中尾二丁目3-2）
③済生会横浜市東部病院（横浜市鶴見区下末吉3-6-1）
④川崎市立井田病院（川崎市中原区井田2-27-1）
⑤関東労災病院（川崎市中原区木月住吉町1-1）
⑥藤沢市民病院（藤沢市藤沢2-6-1）
⑦海老名総合病院（海老名市河原口1320）
⑧東海大学医学部附属病院（神奈川県伊勢原市下糟屋143）

協力施設・日程一覧

協力施設	日時	人数 (1日あたり)	備考
横浜市立大学附属病院	10月11日(木)10:00~17:00 10月25日(木)10:00~17:00 11月8日(木)10:00~17:00 11月22日(木)10:00~17:00 12月6日(木)10:00~17:00	8名~10名	
神奈川県がんセンター	10月11日(木)13:00~17:00 10月18日(木)13:00~17:00 10月25日(木)13:00~17:00 11月1日(木)13:00~17:00 11月8日(木)13:00~17:00 11月15日(木)13:00~17:00 11月29日(木)13:00~17:00 12月6日(木)13:00~17:00	1名	帯同する歯科衛生士の参加は2名/1日まで可
済生会横浜市東部病院	9月6日(木)10:00~16:00 10月4日(木)10:00~16:00	6名	
川崎市立井田病院	8月30日(木)9:00~17:00 9月6日(木)9:00~17:00 9月27日(木)9:00~17:00 10月25日(木)9:00~17:00	6名	
関東労災病院	9月20日(木)9:00~17:00 9月27日(木)9:00~17:00 10月4日(木)9:00~17:00 10月18日(木)9:00~17:00 10月25日(木)9:00~17:00 11月8日(木)9:00~17:00 11月29日(木)9:00~17:00	6名	
藤沢市民病院	10月10日(水)9:00~16:00	2名~3名	水曜日での開催
海老名総合病院	10月4日(木)9:00~17:00	3~4名	
東海大学医学部附属病院	9月6日(木)10:30~15:30 9月20日(木)10:30~15:30	6名	

注)・申込み後、状況により日程調整のお願いをさせていただく場合がございますので、あらかじめご了承ください。

《3. ケースカンファレンス》

日時：平成 30 年 12 月 9 日(日) 午後 1 時～午後 5 時 30 分

場所：神奈川県歯科医師会館 地下大会議室

内容：実習で受け持った初診患者並びに模擬患者についてプレゼンテーションを行い、他参加者の経験を共有する。

また、グループワークとして、化学療法、放射線治療の模擬患者（情報のみ）に対する口腔管理策定のシミュレーションを行う。

【参加費】 無料

【申込み】 申込書に必要事項をご記入の上、6 月 22 日(金)までに、お申込み下さい。

【修了書】 修了書を交付いたします。

【問合せ】 一般社団法人 神奈川県歯科医師会 事業第一課：今井 TEL045-681-2172

平成30年度がん医科歯科連携事業に係わる研修会 申込書

* 下記に必要事項をご記入下さい。

申込期限：6月22日(金)

氏名(歯科医師)	(ふりがな：)
氏名(歯科衛生士)	(ふりがな：)
連絡先	名称： 所在地：〒 TEL： FAX： Eメール：
実習希望日	・第1希望 ・施設 () ・日程 (月 日) ・第2希望 ・施設 () ・日程 (月 日) ・第3希望 ・施設 () ・日程 (月 日) ・第4希望 ・施設 () ・日程 (月 日) ・第5希望 ・施設 () ・日程 (月 日) ※必ず第5希望までご記入をお願いいたします。

(この申込書に記載された事項は当研修会以外の目的には使用いたしません)

神奈川県歯科医師会館までのご案内 (神奈川県歯科保健総合センター)

- 印：市営地下鉄出入口
- 印：みなとみらい線出入口

