

各位

(一社) 滋賀県歯科医師会
会長 中村 彰彦

「歯科医師認知症対応力向上研修会」の開催について

初秋の候、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、近年の認知症高齢者の増加に伴い、医療の現場でも認知症に対応した体制づくりが急務となっています。厚生労働省により、平成27年度には医師を対象とする認知症研修事業が開始され、さらに28年度からは、歯科医師を対象とする標記「認知症対応力向上研修会」が全国で開始されて、本会でも平成28年度から毎年開催しております。

今年度も、本研修会を下記の通り開催いたしますので、皆様のご参加をお待ち申し上げます。ご参加を希望される方は別添の参加申込書にて、11月13日(水)までにファックスでお申込みください。

過去に開催した同研修会と基本的に同じ内容ですが、これまでに受講された方の再受講も可能です

記

日時 令和元年12月5日(木) 13:30~17:15

場所 滋賀県歯科医師会 5F講堂 (大津市京町4丁目3-28 TEL077-523-2787)
※公共交通機関にてお越しください。

対象 歯科医師 (* 歯科衛生士等歯科関係者や、その他の医療・介護・行政関係者等も参加可能ですが、修了証は発行されません)

日程 13:30 開会 厚生労働省作成テキストを配布し、県内有識者がパワーポイントで講演します

13:35 I. 「基本知識」編

[講師] 医療法人 恒仁会 近江温泉病院 院長
認知症疾患医療センター長

小山 威夫 (認知症サポート医)

14:35 II. 「かかりつけ歯科医の役割」編

[講師] 一般社団法人滋賀県歯科医師会 常務理事 大西 啓之

16:05 (休憩)

16:15 III. 「連携と制度」編

[講師] 医療法人 恒仁会 近江温泉病院 院長
認知症疾患医療センター長

小山 威夫 (認知症サポート医)

17:15 閉会

※講演内容詳細については裏面をご参照ください。

◆受講された方には県知事名による受講修了証を発行します。また、希望者は滋賀県ホームページに歯科医療機関名等を掲載することができ、県から関係機関に情報周知されます。

◆日歯生涯研修 IC カードをお持ちの方は、当日ご持参ください。

歯科医師認知症対応力向上研修会 カリキュラム

I. 「基本知識」編（60分）

講師 医療法人 恒仁会 近江温泉病院 院長 小山 威夫（認知症サポート医）
認知症疾患医療センター長

【ねらい】 認知症の人や家族を支えるために認知症対応の基礎知識を理解する

【到達目標】 1 認知症の現状および病態やその特徴を理解する
2 認知症診療・ケアの概要とプロセスを理解する

【主な内容】 ・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

II. 「かかりつけ歯科医の役割」編（90分）

講師 一般社団法人滋賀県歯科医師会 常務理事 大西 啓之

【ねらい】 認知症の人への対応と早期発見・早期対応の重要性、歯科診療の継続のための方法を習得する

【到達目標】 1 かかりつけ歯科医の役割を理解する
2 認知症の人（疑いを含む）の認知機能障害によって生じる症状を理解する
3 症状に配慮した歯科診療を行う
4 スタッフ教育および歯科医院全体で患者・家族を支援する

【主な内容】 ・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

III. 「連携と制度」編（60分）

講師 医療法人 恒仁会 近江温泉病院 院長 小山 威夫（認知症サポート医）
認知症疾患医療センター長

【ねらい】 認知症の人を支えるための医療・介護、地域が連携した生活支援の重要性を理解する

【到達目標】 1 認知症の人を地域の連携体制で支える仕組みとかかりつけ歯科医の役割について理解する
2 介護保険制度のサービスについて、本人・家族に説明することができる
3 成年後見制度、高齢者虐待防止法等の権利擁護に関する制度の概要を説明することができる

【主な内容】 ・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

歯科医師認知症対応力向上研修会

< 12月5日（木） 於 滋賀県歯科医師会 >

参加申込書

◎参加者氏名・生年月日及び歯科医師以外の医院スタッフの参加人数をご記入ください。また、万一、開催時間等が変更になった場合の連絡先として、代表連絡先をご記入ください。

氏名	生年月日 ※修了証記載のため必ずご記入ください。
	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日

◆医院スタッフ等の参加： _____ 名

◆代表連絡先 TEL： _____ (担当者： _____)

返信先 (F a x 0 7 7 - 5 2 3 - 2 7 8 8)

締 切： 1 1 月 1 3 日 (水)