

厚生労働省 医療関係者研修費等補助金 災害医療チーム等養成支援事業
「令和2年度災害歯科保健医療チーム養成支援事業」
災害歯科保健医療アドバンス研修会 実施要領（10月15日版）

1. 目的

各地域での災害対応に係る水準を一定程度確保するため、災害時等において、災害歯科保健医療チームが組織的に派遣され、他の医療チームと連携して対応できるよう、歯科チームの体制づくりを行う。

将来的には、歯科医師会や大学・病院関係者を中心に、JDAT（Japan Dental Alliance Team：災害歯科支援チーム）コーディネーターの養成を目指す。その前段階として、災害歯科保健医療体制研修会を前提に、▽全国を7ブロック（地区）に分けて、そのブロックにおいてリードする、▽災害時において地区歯科コーディネーターとして活動する、▽災害時に都道府県を超えてコーディネートするとともに、国レベルとの繋ぎの役割を果たす、▽災害時に向けてブロックごとの連携研修を自発的に運営する、▽事務局機能と支援コーディネーターの双方について学び理解する—ことができる人材の育成を図る。

なお、受講者は、令和2年度災害歯科保健医療体制研修会に演習補助者（または演習補助者の補助）として参加することとする。

また、所属先の属する都道府県歯科医師会を通じて行う伝達講習会、あるいは行政や講師として歯科医師会が主体となって実施する講習会の講師を担うことが望まれる。

2. 主催

公益社団法人 日本歯科医師会

3. 日程

2020年10月18日（日）午前9時30分～午後5時

4. 研修形態

オンライン（ZOOM）

5. 対象者

- ・歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、一般社団法人日本歯科商工協会加盟企業従事者、災害歯科医療業務に従事する可能性のある歯科医師会等の団体の

職員等で、災害時に都道府県（歯科医師会）において災害歯科保健医療活動に従事する者のうち、7地区歯科医師会から推薦された者2名以内及び以下の団体より推薦された者2名以内。

公益社団法人日本歯科医師会、都道府県歯科医師会、日本歯科医学会、一般社団法人日本私立歯科大学協会、国公立大学歯学部長・歯学部附属病院長会議、一般社団法人全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議、日本病院歯科口腔外科協議会、公益社団法人日本歯科衛生士会、公益社団法人日本歯科技工士会、一般社団法人日本歯科商工協会

- ・過去に災害歯科保健医療体制研修会を修了した者も含む。
- ・受講者は令和2年度災害歯科保健医療体制研修会に演習補助者（または演習補助者の補助）として参加する。
- ・グループ編成のバランスを考慮して「団体からの推薦」において適宜調整する場合がある。
- ・見学者は受け入れない。

6. 定員

30名程度 ※5～6名／グループ×5～6グループ

7. 研修内容

講義形式の研修及び計画立案のための演習を行う。演習においては補助者を各グループに配置する。

受講に当たっての注意事項及びプログラムは以下の通り。

<受講に当たっての注意事項>

- ・午前の研修が予定の時刻に終えなかった場合においても、午後の開催時刻は原則として変えずに休憩時間を短縮して行う。
- ・10月14日（水）を目途に研修資料を送信します。受信した際には、確認のために返信してください。
- ・オンライン研修で使用する映像及び音声の全部または一部でも複製や二次利用など、他で使用することは禁止します。また、画面のキャプチャや音声の録音・録画などの保存についても認められません。
- ・ログイン時のID、パスワードは本人のみ使用可能です。他人への貸与や

譲渡は禁止します。

<プログラム>

※司会・進行：中久木 康一

(東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科・顎顔面外科学助教)

| スケジュール | 研修科目 | 講師・コーディネーター |
|---------------------|---|---|
| 9：30～9：35 ※5分 | 開会・挨拶 | 佐藤 保・日本歯科医師会 副会長 |
| 9：35～9：50 ※15分 | 研修の目的とゴール | 中久木 康一・東京医科歯 科大学大学院医歯学総合研 究科・顎顔面外科学助教 |
| 9：50～10：30 ※40分 | 経験した災害支援の中で、助けても らった事務的業務の整理 | 太田秀人・福岡県歯科医師 会 |
| 10：30～11：00 ※30分 | 行政における災害時体制と歯科医療 者のロジスティクスの実際 | 柳澤智仁・全国行政歯科技 術職連絡会 |
| 11：00～12：00 ※60分 | 災害医療ロジスティクス概論 | 和泉邦彦・新潟大学医学部 災害医療教育センター特任 講師 |
| 12：00～13：00 ※60分 | <休憩> | — |
| 13：00～13：15 ※15分 | 現場で必要だった多職種連携のため のノンテクニカルスキル | 太田秀人・福岡県歯科医師 会 |
| 13：15～13：35 ※20分 | クリティカルシンキング概論 | 中久木 康一・東京医科歯 科大学大学院医歯学総合研 究科・顎顔面外科学助教 |
| 13：35～13：55 ※20分 | ファシリテーション概論 | 中久木 康一・東京医科歯 科大学大学院医歯学総合研 究科・顎顔面外科学助教 |
| 13：55～14：50 ※55分 | 【計画立案】 クリティカルシンキングを活用し て課題を整理し活動方針を立てよ う！ | 中久木 康一・東京医科歯 科大学大学院医歯学総合研 究科・顎顔面外科学助教／ 太田秀人・福岡県歯科医師 会／演習補助者 |
| 14：50～15：10 ※20分 | <休憩> | — |

| | | |
|---------------------|--|-------------------------------------|
| 15:10～15:40 ※30分 | リスクマネジメントとリスクコミュニケーション概論 | 中久木 康一・東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科・顎顔面外科学助教 |
| 15:40～15:50 ※10分 | 災害歯科研修における連携づくりの事例 | 中久木 康一・東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科・顎顔面外科学助教 |
| 15:50～16:40 ※50分 | 【ディスカッション】 それぞれの地区・組織における、多職種との連携における課題 | 中久木 康一・東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科・顎顔面外科学助教 |
| 16:40～16:55 ※15分 | 質疑 | 小玉 剛・日本歯科医師会 常務理事 |
| 16:55～17:00 ※5分 | 事務連絡・閉会 | 小玉 剛・日本歯科医師会 常務理事 |

<演習補助者>

大黒 英貴・岩手県歯科医師会
 瀬尾 達志・愛媛県歯科医師会
 太田 秀人・福岡県歯科医師会
 後藤 大・宮崎県歯科医師会
 門井 謙典・兵庫医科大学歯科口腔外科学講座
 久保田潤平・九州歯科大学老年障害者歯科学分野
 本田 和枝・全国行政歯科技術職連絡会
 久保山裕子・日本歯科衛生士会
 下坂 桃子・九州歯科大学附属病院

8. 受講の申し込み

申込書（別紙1）に必要事項を記入の上、9月30日（水）までに日本歯科医師会事業部地域保健課（chiiki-info@jda.or.jp）宛に申し込んでください。

※申し込み完了後、連絡先の確認のため、申込書にご記入いただいたメールアドレスにログイン時のID、パスワードを送信します。

※予めグループ編成を行うため、当日の受講受け付けは行いません。

※オンラインで受講する場所に制限はありません。ただし、旅費、滞在費及び宿泊費については自己負担となりますので、ご了承ください。

※申し込みの際には顔写真も添付してください（詳細は下記「10. 修了

証の交付等」を参照ください)。

9. 受講料

無料

10. 修了証の交付等

受講者には、令和2年度災害歯科保健医療体制研修会に演習補助者（または演習補助者の補助）として参加していただきます。参加された令和2年度災害歯科保健医療体制研修会の終了後、修了証を交付します。

修了証は携帯できるカード型で顔写真付のものとししますので、受講申し込みと同時に顔写真を日本歯科医師会事業部地域保健課 (chiiki-info@jda.or.jp) まで送信してください。

なお、修了証は全日程全科目を受講した場合のみ交付し、5分以上の不在は認めません。

また、今後、更新研修を予定しています。所定の期間内に更新研修を受けていただくことにより、研修修了者リストへの登録が継続されます。

11. その他

本研修会は日歯生涯研修事業・参画団体の研修・その他の対象となります。受講登録は日本歯科医師会が代行します。

12. 問い合わせ先

公益社団法人日本歯科医師会 事業部地域保健課

東京都千代田区九段北4-1-20

TEL : 03-3262-9211

FAX : 03-3262-9885

Mail : chiiki-info@jda.or.jp

(別紙1) 令和2年度災害歯科保健医療アドバンス研修会 受講申込書

<受講申込書をご記入いただく際の注意事項を下記に記しております。ご参照ください。また、「□」の箇所はいずれかにチェック (☑) してください>

| | | | | | | |
|--------------------------------------|---|----|---------------------|---|-----|----|
| 職種 | | | ご所属先 | | | |
| 受講申込者 ※ご記入いただいたメールアドレスに受講票を送信します。 | フリガナ | | | | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | ローマ字 | | | | | |
| | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 性別 |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | TEL | | | | FAX | |
| Mail | | | | | | |
| 受講・修了した研修名及び年度 | 研修名 _____ 修了年度 (西暦) _____ 年度 | | | | | |
| 研修修了者リストとしての所属団体・都道府県・氏名・職種のホームページ公開 | <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない | | 日歯生涯研修 ID 6桁 () | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|---|----|---------------------|---|-----|----|
| 職種 | | | ご所属先 | | | |
| 受講申込者 ※ご記入いただいたメールアドレスに受講票を送信します。 | フリガナ | | | | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | ローマ字 | | | | | |
| | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 性別 |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | TEL | | | | FAX | |
| Mail | | | | | | |
| 受講・修了した研修名及び年度 | 研修名 _____ 修了年度 (西暦) _____ 年度 | | | | | |
| 研修修了者リストとしての所属団体・都道府県・氏名・職種のホームページ公開 | <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない | | 日歯生涯研修 ID 6桁 () | | | |

※これまでに災害歯科保健医療体制研修を修了している場合や、日本歯科医師会が全国7地区において行ってきた災害歯科コーディネーター研修を修了している場合、他の災害研修を受講・修了している場合は、直近の研修名及び受講・修了した年度を一つご記入ください。

※申込書に記載して頂きました個人情報、本研修会で使用する他、研修を修了された際のリストへの登録に使用致します。その目的のみにおいて、他団体に連絡先を提供する可能性があります、それ以外の目的には使用致しません。

※オンライン開催のため、日歯生涯研修 ID (6桁) をお持ちの方はご記入ください。