

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3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（2月10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：日本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、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

2022年2月20日（日）午前9時30分～午後5時

## 4. 研修形態

オンライン（ZOOM）

<受講に当たっての注意事項>

- ・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、他での使用は禁止する。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ない。
- ・ログイン時のID、パスワードは本人のみ使用可能。他人への貸与や譲渡は禁止する。

## 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、令和2年度以前に災害歯科保健医療体制研修会を修了し、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、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

- ・ 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。また、研修会の充実化のため、講義部分に係る事前研修を行う。

プログラムは以下の通り。

### 【事前研修】

<科目>

- ・ クリティカルシンキング概論（講師：中久木 康一・東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科救急災害医学分野非常勤講師）
- ・ ファシリテーション概論（講師：中久木 康一・東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科救急災害医学分野非常勤講師）

- ・リスクマネジメントとリスクコミュニケーション概論(講師:中久木 康一・東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科救急災害医学分野非常勤講師)

#### <実施方法>

令和4年1月7日(金)を目途に研修受講者に事前研修資料、事前課題、事前アンケートを送信する。研修受講者は、テキストベースで予め研修し、研修会当日に臨む。また、事前課題及び事前アンケートは2月9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](mailto:chiiki-info@jda.or.jp))宛に送信すること。

なお、事前研修と当日研修を結びつけるため、各科目の講師によるおさらいを含めた講演やディスカッション等を行う。

#### <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救急災害医学分野非常勤講師）

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
9：35～9：55 ※20分	本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救急災害医学分野非常勤講師
9：55～10：10 ※15分	自己紹介（アイスブレイク）	演習補助者
10：10～10：50 ※40分	【ディスカッション】 クリティカルシンキングを活用した課題の整理と活動方針の検討	中久木 康一・東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科救急災害医学分野非常勤講師／太田秀人・福岡県歯科医師会／演習補助者
10：50～11：00 ※10分	<休憩>	—
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	<休憩>	—

※60分		
13:00～13:40 ※40分	市町村での歯科支援におけるロジスティクス	太田秀人・福岡県歯科医師会
13:40～14:00 ※20分	現場での連携に必要なノンテクニカルスキル	太田秀人・福岡県歯科医師会
14:00～14:50 ※50分	【ディスカッション】 市区町村で受援する時のロジスティクスを考える	中久木 康一・東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科救急災害医学分野非常勤講師／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>	—
15:10～15:30 ※20分	オンラインでの研修開催	中久木 康一・東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科救急災害医学分野非常勤講師
15:30～15:40 ※10分	災害歯科研修における連携づくりの働きかけ	中久木 康一・東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科救急災害医学分野非常勤講師
15:40～16:30 ※50分	【ディスカッション】 それぞれの地区・組織におけるオンライン研修の開催／ JDAT と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救急災害医学分野非常勤講師／太田秀人・福岡県歯科医師会／演習補助者
16:30～16:45 ※15分	グループごとの振り返り	演習補助者
16:45～16:55 ※10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>

瀬尾達志、大黒英貴、服部 清、太田秀人、今村陽一郎、是澤政勝、  
桑名良尚、田村光平、和田孝介、平山輝久、本田和枝、後藤 大、  
門井謙典、久保田潤平、下坂桃子

## 8. 受講の申し込み

申込書（別紙1）に必要事項を記入の上、令和3年12月10日（金）までに日本歯科医師会事業部地域保健課（[chiiki-info@jda.or.jp](mailto:chiiki-info@jda.or.jp)）宛に申し込むこと。

※開催日の1週間前に、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、パスワードを送信する。受信した際には、確認のために返信すること。

※予めグループ編成を行うため、当日の受講受け付けは行わない。

※オンラインで受講する場所に制限はないが、インターネットは基本的に有線接続で、最低20Mbps（アップ/ダウン）が確保されることが望ましい。

※通信料や印刷費、器材や場所の確保に係る費用は自己負担となる。

※申し込みの際には顔写真も添付すること（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

修了者には研修会終了後に修了証を郵送で交付する。修了証は携帯できるカード型で顔写真付のものとするので、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](mailto:chiiki-info@jda.or.jp)）まで送信すること。

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ない。

修了者は、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。伝達講習会等の講師、補助、実施、企画を行った際には、別紙2の報告書に必要事項を記入の上、日本歯科医師会事業部地域保健課まで提出のこと。提出が確認された者には別途証明書を交付する。

また、今後、更新研修を予定している。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る。

### 1 1. その他

本研修会は日歯生涯研修事業・参画団体の研修・その他の対象となる。研修会開催後に日歯生涯研修事業の受講登録用 URL および QR コードを受講が確認できた方へメールでお知らせするので、各自で登録すること。

また、受講者アンケートを実施しますので、ご協力をお願いいたします。

### 1 2. 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](mailto:chiiki-info@jda.or.jp)

(別紙1) 令和3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資料等を送信します。	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					
災害歯科保健医療体制研修会修了年度			(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	

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資料等を送信します。	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					
災害歯科保健医療体制研修会修了年度			(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	

※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いたします。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いたしません。

※E システム (日歯生涯研修事業) については、研修会終了後に登録用 URL・QR コードを受講が確認できた方にメール送信いたしますので日本歯科医師会会員の先生におかれましてはご登録をお願いいたします。

(別紙2) 報告書

提出日： 年 月 日

都道府県		報告者所属・氏名	
主催者		講習会等の 名称	
実施日		実施場所	
参加組織 参加職種 参加人数 等			
実施概要			
今後の課題			