

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4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14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

2023年2月19日（日）午前9時30分～午後5時

4. 会場

歯科医師会館 7階701・702会議室

（東京都千代田区九段北4-1-20）

<受講に当たっての注意事項>

- ・当日は、感染予防のため、マスクを着用すること。
- ・入館時に非接触型体温計による検温を実施する（37.5度以上の熱のある方の入場を禁止）。

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3年度まで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、全国行政歯科技術職連絡会、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)
- ・市町村での歯科支援におけるロジスティクス (講師:太田秀人・福岡県歯科医師会)
- ・現場での連携に必要なノンテクニカルスキル (講師:太田秀人・福岡県歯科医師会)

<実施方法>

令和5年1月6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。また、『災害歯科保健医療標準テキスト』を送付する。研修受講者は、テキストベースで予め研修し、事前課題を終えた上で研修会当日に臨む。なお、事前アンケートは令和5年2月3日(金)までに Google Form で回答すること。

また、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
9:30~9:35 ※5分	開会・挨拶	小玉 剛・日本歯科医師会 常務理事
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
10:10~11:10 ※60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／演習補助者
11:10~11:20 ※10分	<休憩>	—

11:20~12:20 ※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
12:20~13:20 ※60分	<休憩>	—
13:20~14:50 ※90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	太田秀人・福岡県歯科医師 会／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／演習補助者
14:50~15:00 ※10分	<休憩>	—
15:00~15:20 ※20分	研修の開催方法	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
15:20~15:30 ※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
15:30~16:20 ※50分	【ディスカッション】 それぞれの地区・組織における研 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／演習補助者
16:20~16:50 ※30分	振り返り・質疑	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／演習補助者
16:50~16:55 ※5分	総評	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、嘉手納 一彦、上田 雅康、是澤 政勝、桑名 良尚、
和田 孝介、平山 輝久、濱崎 慎、後藤 大、門井 謙典、久保田 潤平、

久保山 裕子、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4年12月9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）宛に申し込むこと。

※開催10日前を目途に、受講票を申込書にご記入いただいたメールアドレスに送信するので受講票を印刷の上、当日、持参すること。

※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。

※旅費、滞在費及び宿泊費については自己負担となる。

※当日の昼食を希望する場合は申込用紙にその旨記入すること。

昼食費は日本歯科医師会で負担する。昼食を希望しない場合は、自身で対応すること。

※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）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の対象となる。対象者におかれては、IC カードを持参すること。

また、受講者アンケートを実施する。

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

(別紙1) 令和4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							
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	昼食の手配	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない		
		<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							
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	昼食の手配	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない		
		<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。

(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			