

## 令和2年度 第3回

# 『東京都歯科医師認知症対応力向上研修』 ご案内

日本の高齢化は年を追うごとに進み、認知症高齢者の人数も今後、さらに増加していくことが予測されています。令和元年に国の認知症施策推進関係閣僚会議において「認知症施策推進大綱」がとりまとめられ、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくこととしています。

これを受け、東京都歯科医師会は東京都からの委託により、歯科医療機関の窓口や診療室における認知症の方への具体的な対応方法や関係機関との連携等を学ぶ場として、標記研修を開催いたします。皆様、ぜひお申込みください。

日 時

令和3年2月22日(月曜日)

午後6時～午後8時50分(受付開始午後5時30分)

場 所

御茶ノ水ソラシティ 2階「ソラシティホール」

(裏面の地図をご参照ください)

下記の要件に該当する方は、ご来場をお断りいたします。

- ・マスクを着用していない方(本会ではマスクの提供をしておりませんので、あらかじめご用意ください)。
- ・風邪の症状(発熱、咳、くしゃみ、のどの痛みなど)がある方。
- ・だるさ(倦怠感)や息苦しさがある方。
- ・その他、体調に不安がある方。

※こちらは事前申込制となっています。当日のご参加はできませんのでご注意ください。

### < 講演 1 >

## 「認知症の 共生と予防」

### < 講師 >

医療法人社団創福会  
ふくろうクリニック等々力 院長

山 口 潔

### < 講演 2 >

## 「歯科と認知症 —外来診療、訪問診療で 出会う認知症の人と家族—

### < 講師 >

日本歯科大学口腔リハビリテーション  
多摩クリニック 院長

菊 谷 武

対象者

原則として東京都内に勤務(開設を含む)している歯科医師

※歯科衛生士の受講も受け付けておりますが、定員を超過した場合は歯科医師を優先させていただきます。

定 員

140名

受講料

無 料

申込期限

令和3年2月18日(木曜日)

申込方法

裏面の申込書にて、FAXでお申込みください。

- 申込書1枚につき1名様ずつお申込みください。
- お申込みの状況によっては、お断りする場合がございますので、ご了承ください。

お申込み／お問合せ先

東京都歯科医師会 事業第一課 丸山・山下・荒木

電 話

03-3262-1148

FAX

03-3262-4199

主催：公益社団法人 東京都歯科医師会

# 『東京都歯科医師認知症対応力向上研修』参加申込書

開催日時：令和3年2月22日(月曜日) 午後6時～

**FAX 送信先 03-3262-4199**

東京都歯科医師会 事業第一課 丸山・山下・荒木

**申込締切日：令和3年2月18日(木曜日)**

※こちらは事前申込制となっています。当日のご参加はできませんのでご注意ください。

下記の要件に該当する方は、ご来場をお断りいたします。

- ・マスクを着用していない方（本会ではマスクの提供をしておりませんので、あらかじめご用意ください）。
- ・風邪の症状（発熱、咳、くしゃみ、のどの痛みなど）がある方。
- ・だるさ（倦怠感）や息苦しさがある方。 ・その他、体調に不安がある方。

※新型コロナウイルス感染症等の感染状況により、中止となる場合がございますので、本会ホームページまたはお電話にてご確認ください。

|              |   |            |                |
|--------------|---|------------|----------------|
| 歯科医院名        | 所属地区<br>歯科医師会名  |            |                |
| 歯科医院<br>ご住所  | 〒   |            |                |
| 修了証書の<br>送付先 | ※上記歯科医院の住所と異なる場合、ご記入ください。                                       |            |                |
| 歯科医院<br>ご連絡先 | 必ずご記入ください   | 必ずご記入ください  |                |
|              | TEL. _____  | FAX. _____ |                |
| 職種           | 歯科医師 ・ 歯科衛生士 ・ その他（ ）<br>※該当に○をつけてください。その他の場合は（ ）内に職種名をご記入ください。 |            |                |
| フリガナ         |   |            |                |
| 受講希望者名       |   |            |                |
| 性別           | 男 ・ 女<br>※該当に○をつけてください。   | 生年月日       | 昭和<br>平成 年 月 日 |

- 歯科衛生士の受講も受け付けておりますが、定員を超過した場合は歯科医師を優先させていただきます。
- 受講者の調整をさせていただく場合のみ、ご連絡いたします（受験票の事前送付はありません）
- 研修を修了した歯科医師には、修了証書を発行いたします。歯科医師以外の受講者には受講証明書を発行いたします。
- 研修修了者名簿につきましては、必要に応じて各区市町村及び地域包括支援センターへ提供させていただきますので、ご了承の上お申込みください。

## 会場案内

御茶ノ水ソラシティ  
2階「ソラシティホール」  
東京都千代田区神田駿河台 4-6

### アクセス

- JR 中央線・総武線「御茶ノ水」駅 聖橋口から徒歩1分
- 東京メトロ千代田線「新御茶ノ水」駅 B2 出口【直結】
- 東京メトロ丸の内線「御茶ノ水」駅 出口1から徒歩4分
- 都営地下鉄 新宿線「小川町」駅 B3 出口から徒歩6分

※お車でのご来場はご遠慮下さい。

