

栃歯発第627号  
令和6年1月24日

関係団体長 各位

栃木県歯科医師会  
会長 大野 克夫  
〔公印省略〕

### 令和5年度第2回在宅歯科医療従事者研修会開催（Web併催）について

厳寒の候、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

会務運営等につきまして、平素特段のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、このたび本会では、県内の在宅歯科医療の推進を図ることを目的に国の基金を活用し、標記研修会を下記によりハイブリット方式（会場参加型とWeb参加型の併催）にて開催することといたしました。

つきましては、多くの参加者が得られますよう貴会会員等へのご周知について、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

本研修会にご参加いただける方がおられましたら、会場での参加を希望される場合は、別添の受講申込書により本会事務局宛FAXにてお申込みください。

Webでの参加を希望される場合は、①研修会名 ②参加者氏名 ③所属・勤務先 ④職種 ⑤参加者メールアドレスを記載の上、メール（kensyu@tochigi-da.or.jp 宛）にて、2月19日(月)までに本会事務局までお申込みください。なお、受講料は無料です。

また、研修会の翌日以降よりオンデマンド配信も行いますので、オンデマンド配信をご希望の場合はお申込み時にお申し出ください。

#### 記

1. 日 時 令和6年2月25日（日）午後2時～午後4時

2. 場 所 栃木県歯科医師会館 大会議室（Web会議ツール「Webex」併用）

3. 講 演 「在宅における歯科医療の本領 一食べるを支えるために何をすればよいかー」  
佐川歯科医院 院長 佐川 敬一朗 先生

4. 対象者 歯科医師、歯科衛生士、その他医療従事者など

5. 定 員 会場参加：100名（先着順）／Web参加：定員なし

6. その他の  
・Webにてご参加される場合、2月20日（火）に招待メールを送信いたします。

また、接続テストを2月21日（水）【午前9時～午前10時】に実施いたしますので、是非ご利用ください。なお、オンデマンド配信は研修会開催日の翌日以降を予定しております。

・キャリアメール（ドコモ・au・ソフトバンク）でお申込みいただく場合、迷惑メール設定等により招待メールが届かない可能性がございますので、「@tochigi-da.or.jp」からのメールを受信できるよう予め設定をお願いいたします。

## 在宅における歯科医療の本領 一食べるを支えるために何をすればよいか—

佐川 敬一朗

日本は人生100年時代を迎えようとしている。栄養状態を良好に保ち、楽しみとしての食事を支えることは、健康長寿延伸を実現するために必要不可欠である。食支援のマネジメントを行う上では、多職種協働により、食べるための口腔機能や口腔環境を維持することが重要であり、その中で、歯科はリーダーシップを発揮していくことが求められている。

良好な食事摂取を可能とする口腔環境整備に向けて、歯科治療および口腔機能管理、口腔衛生管理を提供すると共に、多職種共通のテーマである食支援を行うことは地域連携を推進させる鍵になると考える。地域における食支援を推進させるために、適切な食事提供を指導するための口腔機能評価について考えてみたいと思う。

---

### 【講師略歴】

佐川 敬一朗（さがわ けいいちろう）

2011年 日本歯科大学卒業

2016年 日本歯科大学大学院修了

臨床口腔機能学 博士号取得

2021年 佐川歯科医院 院長

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

2012年～2021年3月まで勤務 現 臨床講師

済生会川口総合病院 摂食嚥下チーム専任

鹿沼病院（精神科病院） 非常勤

### 〈所属学会〉

日本老年歯科医学会 認定医

摂食機能療法専門歯科医師（栃木県初）

日本障害者歯科学会 認定医

日本摂食嚥下リハビリテーション学会 認定士

日本臨床栄養代謝学会

日本サルコペニア・フレイル学会

令和5年度第2回在宅歯科医療従事者研修会

受講申込書【会場参加用】

1. 日 時 令和6年2月25日(日) 午後2時～午後4時
2. 場 所 栃木県歯科医師会館2階 大会議室  
栃木県宇都宮市一の沢2-2-5  
電話 028(648)0471
3. 講 演 「在宅における歯科医療の本領  
—食べるを支えるために何をすればよいか—」  
佐川歯科医院 院長 佐川 敬一朗 先生
4. 対象者 歯科医師、歯科衛生士、その他医療従事者など
5. 定員 100名(先着順)
6. 受講料 無料

所 属 名	
職 種	
ご 氏 名	
連絡先 (TEL)	—

※会場参加と併せて別途オンデマンド配信を希望される場合は、  
下記に送付先メールアドレスをご記入ください。

メールアドレス	
---------	--

栃木県歯科医師会事務局 FAX番号 028-648-8149
申込期限 令和6年2月19日(月)まで