

会 員 各 位

静岡県歯科医師会会長 大 松 高
同 理事（地域保健担当） 松 田 美代子
（公印省略）

第4回高齢者歯科医療講習会のお知らせ

平素は、本会事業運営につきまして格別なるご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、高齢者の方は何かしらの全身疾患に罹患している方が多く、多種多様の薬剤を服用しています。全身疾患に罹患している高齢者の歯科診療、もしくは歯科訪問診療を行う際にどのような事に注意をすれば良いかご講演していただく予定です。

今年度の開催は講師をお招きし、本会会館での通常開催となります。新型コロナウイルス感染予防対策を実施してご参加下さい。

参加ご希望の方は、申込書（別紙）により期日までに本会事務局宛FAXまたはEメールにてお申込み下さい。

記

1. 日 時 令和5年1月22日（日）10：00～12：10（受付9：40～）
2. 開催方法 県歯会館5F「501大会議室」
3. 講 演 「高齢者歯科医療に必要な全身疾患と常用薬の知識」
伊藤正樹 先生（医療法人徳洲会名古屋徳洲会総合病院 歯科口腔外科主任部長）
4. 対 象 会員歯科医師及びそのスタッフ、多職種、行政等
5. 定 員 70名（1診療所3名迄）
6. 申込締切 令和5年1月13日（金）※締切前に定員に達した場合は申込を制限する場合があります

※生涯研修 IC カードをお持ちください。

※本講習会は「在宅療養支援歯科診療所（歯援診）の施設基準に係る研修会」ではありませんのでご注意ください。

※新型コロナウイルス感染予防対策のため、県歯会館での受講希望者には、受付での検温、マスクの着用、手指消毒をお願いしています。また、会場内換気の他、受講定員を制限させていただきますのでご了承ください。なお、今後の状況によって開催中止の場合もあります。重ねてご了承ください。

お願い

県歯会館は駐車場が手狭なため、お車でのお越しはご遠慮下さい。

（会館東側の静岡市静岡歯科医師会、近隣店舗には駐車しないで下さい）

（裏面に続く）

【講師紹介】



氏 名 伊藤正樹 (いとう まさき)
資 格 医学博士 (岐阜大学医博甲第 199 号)
外国人歯科医師に対する臨床修練指導歯科医 (厚生大臣認定第 245 号)
日本口腔外科学会指導医・口腔外科専門医
日本老年歯科医学会指導医・老年歯科専門医
日本障害者歯科学会指導医・認定医
日本歯科麻酔学会認定医
学会役職 (現職)
日本口腔インプラント学会代議員、日本口腔ケア学会代議員
日本有病者歯科医療学会代議員、日本障害者歯科学会代議員

【今回のテーマ】

講演「高齢者歯科医療に必要な全身疾患と常用薬の知識」

当院で抜歯手術を受けた患者さんを集計したところ 65 歳未満の約半数 (47%) は全身的合併症がなかったのに対して、65 歳以上の高齢者の 70% が循環器疾患を合併しており、他の全身的合併症を含めると 94% に何らかの全身疾患がありました。

高齢者に対して安全で適切な歯科医療を提供するために全身疾患に対する理解が欠かせません。今回は患者さんの常用薬に着目して歯科医師に必要な項目を整理します。最近、内科医が処方することが多くなった DOAC (直接経口抗凝固薬) や骨粗鬆症治療薬の最新情報も提供いたします。

略 歴

1983 年 3 月 愛知学院大学歯学部歯学科卒業
1983 年 4 月 愛知学院大学歯学部専攻生 (麻酔学講座)
1984 年 4 月 静岡済生会総合病院 歯科口腔外科 医員 1985 年 3 月まで
1988-89 年度 ロータリー財団奨学生として連合王国王立アレクサンドラ女王病院に留学
1989 年 8 月 岐阜大学大学院医学研究科博士課程外科系専攻修了
1989 年 9 月 福井医科大学医学部 文部教官助手 (歯科口腔外科学講座)
1991 年 4 月 藤枝市立総合病院歯科口腔外科 医長 1997 年 3 月まで
1997 年 4 月 愛知学院大学歯学部 講師 (口腔外科学第一講座)
2003 年 9 月 愛知学院大学歯学部 講師 (小児歯科学講座)
2011 年 1 月 名古屋市歯科医師会 名古屋歯科医療センター 診療部長 (障がい者歯科)
2014 年 4 月 社会医療法人宏潤会 大同病院歯科口腔外科 主任部長
2018 年 4 月 名古屋徳洲会総合病院歯科口腔外科 主任部長 現在に至る

「第4回高齢者歯科医療講習会」参加申込書（1/13 締切）

期日/令和5年1月22日（日）10:00～ 場所/県歯会館 5F「501 大会議室」

所属郡市区歯科医師会 (または勤務先名称)	氏 名	職 種 (○を付けて下さい)
		歯科医師 ・ 歯科助手 ・ 他 () 歯科衛生士
		歯科医師 ・ 歯科助手 ・ 他 () 歯科衛生士
		歯科医師 ・ 歯科助手 ・ 他 () 歯科衛生士
事前質問がありましたら ご記入下さい <small>(本講習会内容に関連するものに限る)</small>		
連 絡 先	診 療 所 名 称	電 話 番 号

※新型コロナウイルス感染拡大等により、連絡する場合がございますので必ず連絡先（電話番号）をご記入ください。