

2024年度

歯科衛生士リカレント教育
キャリアアッププログラム

募 集 要 項

神戸常盤大学
履修証明制度

歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラム募集要項

【キャリアアッププログラムとは】

歯科衛生士リカレント教育キャリアアッププログラム(以下、「本プログラム」という。)は、歯科衛生士としてさらに専門的知識・技能の向上を図りたい方、またはこれから臨床現場に再チャレンジを考えている方に、1年間の大学における学修を通してキャリアアップを支援するプログラムです。

高齢社会の進展、歯科医療の高度化・専門化など歯科医療を取り巻く環境は急速に変化し、歯科衛生士にもより高度な、より専門的な知識と技術が求められるようになってきました。また、活動の場は歯科医院だけでなく、病院や介護施設あるいは在宅訪問など幅広く、さらに臨床現場では他職種との連携も求められます。このような時代のニーズに沿った歯科衛生士業務を遂行するためには、リカレント教育による最新の知識・技術の習得が不可欠です。

本プログラムでは、本学口腔保健学科の学生とともに大学の講義を受講、また特別講義では各コース別の専門的な講義や大学の設備を利用した実践に即した実習をおこないます。見学研修では、本学関連病院のときわ病院等を利用して実践力を養います。

本プログラムは、学校教育法に基づく「履修証明制度」として実施します。単位や学位が授与されるものではありませんが、1年間に60時間以上の各コースカリキュラムを一定の成績で修了すると、学校教育法第105条*に基づき「履修証明書」を神戸常盤大学短期大学部から交付します。

*学校教育法第105条・・・大学は、文部科学大臣の定めるところにより、当該大学の学生以外の者を対象とした特別の課程を編成し、これを修了した者に対し、修了の事実を証する証明書を交付することができる。(制度の概要は6頁参照)

【 履修資格 】

出願時点で歯科衛生士免許証を有する者。または開講時には免許を有する予定の者で、本プログラムを受講することによって、自らのスキルアップを図る意欲のあるもの。

【 定員 】

各コース 若干名

各コースの定員の関係上、定員数を上回った場合は書類選考を行う場合があります。

各コースの出願者が 3 名に満たない場合は開講しません。その場合は、出願者全員にその旨をお知らせします。

【 履修期間・総時間数 】

2024 年 4 月～2025 年 3 月（ 60 時間以上 ）

【 履修コース 】

コース名	内 容
歯周疾患管理コース	歯周疾患管理のスペシャリストを目指します ・歯科衛生過程 ・歯周疾患予防関連機器の操作習得 ・保健行動理論 など
口腔機能管理コース	口腔機能管理のスペシャリストを目指します ・摂食嚥下リハビリテーション ・医療保険・介護保険制度の理解 ・歯科訪問診療の補助 など
歯科医療管理コース	歯科治療中の全身管理や医療安全におけるスペシャリストを目指します ・周術期等口腔機能管理 ・全身疾患の理解 ・院内感染対策 など

※各コースを同時に履修する事は出来ません。

【 交付される履修証明書 】

歯周疾患管理コース … 歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラム
(歯周疾患管理コース) 履修証明書

口腔機能管理コース … 歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラム
(口腔機能管理コース) 履修証明書

歯科医療管理コース … 歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラム
(歯科医療管理コース) 履修証明書

※ 取得した履修証明は、履歴書や名刺に記載することが出来ます。

【カリキュラム】

1. 開講式・オリエンテーション(4 時間)

日 時: 2024 年 4 月 6 日(土) 場 所: 神戸常盤大学

内 容: 開講式、学修の進め方、学内施設の利用方法などの説明 等

※ 集合時間、場所の詳細については、合格発表時に通知します。

※ 時間割等、履修を進めていく上で必要な書類はオリエンテーション時に配布します。

2. 前期・後期授業(12 時間以上)

本学口腔保健学科の 1～3 年生の授業を受講します。受講可能な曜日、時間を選択して受講します。開講する授業は「(参考)2023 年度 歯科衛生士リカレント教育キャリアアッププログラム受講可能授業スケジュール」(9 頁)を参照してください。授業内容の詳細についてはホームページを参考にしてください。

3. 特別講義(16 時間)

コース	講義内容(例)
口腔機能管理コース	食生活指導に役立つ栄養摂取の基礎知識
	歯科衛生業務実践の前に歯科衛生士法をもう一度見直そう
	介護保険制度と歯科衛生士の役割
	在宅療養者における口腔健康管理
	発達期の摂食嚥下機能
	有病児の口腔機能管理
	高齢者の摂食嚥下機能
	口腔機能のアセスメントと機能向上
歯周疾患管理コース	歯周治療の流れ
	歯周疾患のリスク因子(喫煙、薬剤など)
	歯科衛生過程に基づく歯周疾患管理の実際
	SOAPIE での業務記録の書き方
	歯周病患者のプレゼンテーション法(認定取得目標)
	歯周病患者の口腔管理
	スケーリングと PMTC(基礎編)
	スケーリングと PMTC(実践編)
歯科医療管理コース	歯科衛生士のための Miofunctional Therapy 入門
	歯科矯正セファロ分析入門
	院内感染予防対策を見直そう
	周術期等口腔機能管理における歯科衛生士の役割
	医療面接の心理学的なスキル
	信頼を得る教育と指導の提供
	障害児・者が来院した際の間診と注意点
	在日外国人が来院した際の心がまえ

◆開講日・担当教員については、オリエンテーション時に提示します。

4. 見学研修(20 時間)

ときわ病院や開業歯科医院など各コースの学修に適した施設で、1月～2月頃の間
2日間の見学研修を実施します。詳細日程については各担当教員と調整の上決定します。

5. 臨地実習

神戸常盤大学歯科診療所で教員の指導のもと実際の診療を実習します。

6. 正課外授業等(8 時間以上)

神戸常盤大学が企画する地域交流センターセミナーや神戸常盤学術フォーラム、ときわ健康フェスタ(※10月に実施予定)等へ参加します。

7. 修了式・成果発表(2 時間)

【 授業時間 】

1 時限	2 時限	3 時限	4 時限	5 時限
9:00～10:30	10:40～12:10	13:00～14:30	14:40～16:10	16:20～17:50

【 修了要件 】

1年間に60時間以上の各コースカリキュラムを一定の成績で修了すること。

【 単位の授与の有無について 】

本課程において単位の授与はありません。

2024年度 キャリアアッププログラム 履修パターン (例)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
開講式・オリエンテーション(2時間)	前期・後期授業 大学にて受講可能な講義を在學生とともに受講 前期・後期合わせて16時間(8講義)以上										修了式・成果発表(2時間)
	特別講義 コース別の特別講義を受講 16時間(8講義)以上 *他のコースの講義を受けることも可能								見学研修 16時間(2日間)		
	臨地実習 神戸常盤大学歯科診療所での臨地実習 *希望があれば実施可能										
	正課外授業 ときわ健康フェスタ・公開講座などに参加 8時間(1日)以上										

◆ 推奨履修パターンは目安であり、オリエンテーション、また履修していく中で各担当教員と相談の上調整可能です。

パターン通りに履修をすると1年間で60時間受講することが可能です。

◆ 仕事をしながらでも1年間に60時間以上受講可能となるように、各担当教員と相談しながら履修内容を決めることが可能です。

【 受 講 料 】

各コース 60,000 円

※ 本学卒業生は、40,000 円とします。

※ 受講料の他に見学研修への交通費等に必要な費用を要する場合があります。

【 Web 説明会 】※説明会に参加しなくても出願は可能です。

開催日時：2024年1月9日(火)～1月31日(水)

申込方法：次の必要事項を記入の上、kyomu@kobe-tokiwa.ac.jp へメールにてお申込ください。件名に「歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラム説明会申込」本文に「氏名(フリガナ)」「電話番号(日中ご連絡がとれる連絡先)」を記載して下さい。本学担当者より説明会詳細をメール返信にてお知らせします。

【 出 願 書 類 】

(1) キャリアアッププログラム願書 1通 (10頁 別添資料参照)

本学所定の用紙に、本人が自筆で記入してください。

(2) 写 真(横3cm×縦4cm) 1枚

上半身、脱帽、正面、無背景で、3ヶ月以内に撮影したもの。

裏面に氏名を記入し、キャリアアッププログラム願書に貼付してください。

(3) 健 康 診 断 書 1通

身長、体重、視力、聴力、胸部レントゲン、尿検査、内科検診、その他疾病および異常等について医師の作成した1年以内のもの。(様式自由)

(4) 住民票記載事項証明書 1通 (10頁 別添資料参照)

本学所定の用紙に記入し、住民票所在役所で証明を受けてください。

外国籍の場合は在留カード(両面)の写し 1通

(5) 歯科衛生士免許証の写し 1通

(4)の氏名との相違がある場合は、本人であることが確認できる証明書(戸籍抄本など)も提出してください。

(6) 返 信 用 封 筒 (定形サイズ) 1枚

694円切手(簡易書留速達分)を貼付し、住所氏名を明記してください。

【 出 願 手 続 き 】

出願書類一式を次の送付先に郵送してください。

送 付 先：〒653-0838 神戸市長田区大谷町2-6-2

神戸常盤大学 教務課 キャリアアッププログラム担当

締 切 日：2024年2月14日(水)必着

【 受講決定通知および受講料納入手続き期限 】

受講決定通知日：2024年3月4日(月) (郵便にて)

受講料納入期限：2024年3月13日(水)

※受講料の納入方法等は、受講決定通知の際にご連絡します。

※期日までに受講料が納入されない場合は、合格を取り消します。

※可否について、電話などによるお問合せには一切応じられません。

【 受講決定後の予定 】

2024年4月6日(土)に本学にてオリエンテーションを行います。

その際、担当教員と履修科目などの相談を行います。

集合時間などについては、受講決定通知時にご連絡します。

【 出願書類および受講料などの取り扱い 】

本学が受理した出願書類、受講料は各プログラムを開講しない場合を除き、原則として返還いたしません。

ただし、受講料納入手続き後受講を辞退する場合は、「受講辞退届・納付金返還請求書」(11頁別添資料)に必要事項を記入し、書留速達郵便で教務課 キャリアアッププログラム担当に郵送してください。(持参不可：2024年3月29日(金)必着)

「入学辞退届・納付金返還請求書」が提出された場合は、受講料から口座振込手数料を差し引いた金額を返還いたします。

【 保険加入 】

万が一の事故に備え、一般社団法人日本看護学校協議会共済会の「Will2」に加入します。

(保険料は本学負担)

実習中などに事故にあわれた場合は教務課 キャリアアッププログラム担当にご相談ください。

【 個人情報の取り扱い 】

出願された方の個人情報については、本学の個人情報保護規程に基づき適正な管理を行い、本プログラム実施に関わる業務、個人を特定できない統計資料の作成以外の目的には使用いたしません。

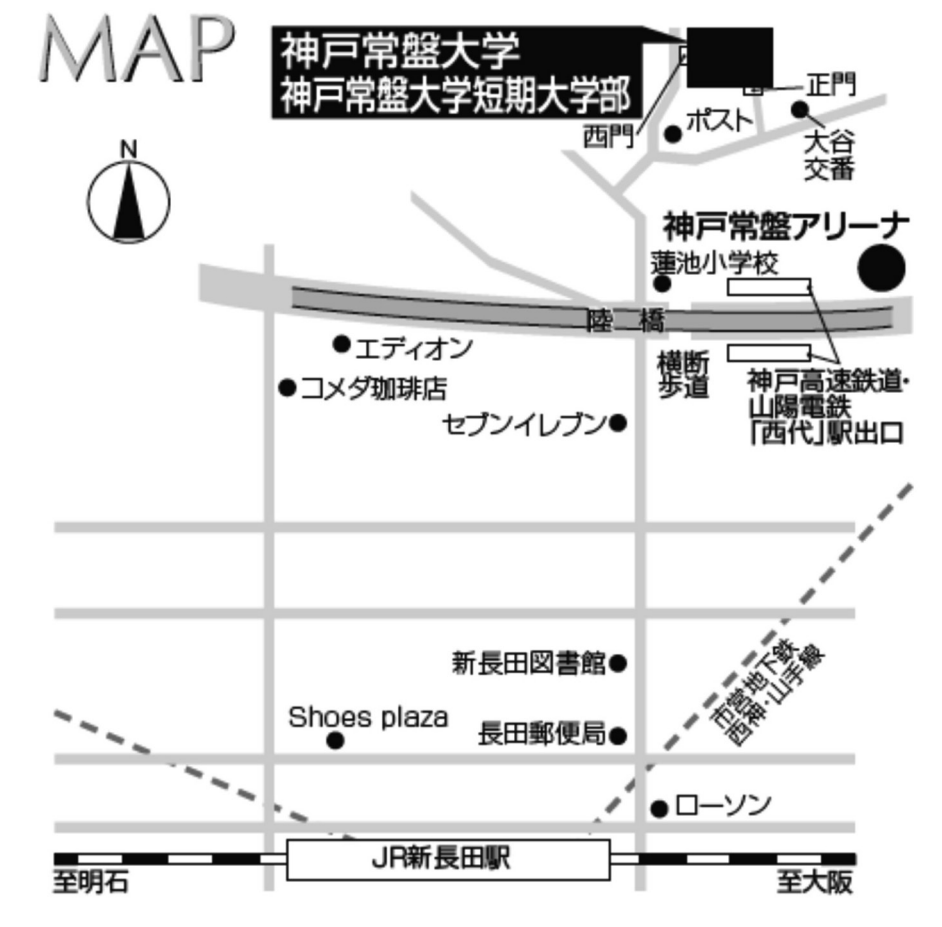
【その他】

- ・ 本プログラムへ受講を許可された者には、「履修証明制度受講生証」をお渡しします。
- ・ 本学からのお知らせについては、本学のポータルシステムおよび学内3階インフォメーションロビーの掲示にて行います。
- ・ 本学のポータルシステムおよび学内のパソコンを利用するためのID、パスワードをオリエンテーション時にお渡しします。
- ・ 図書館、学生食堂などの大学施設は、本学学生と同様に利用できます。
- ・ 途中で受講を辞退される場合は、教務課に連絡のうえ、履修証明制度受講生証をお返してください。
- ・ 学内に駐車場はありません。通学には公共交通機関をご利用ください。
- ・ 学割証の発行は行いません。また、通学定期券は購入できません。

【本学の位置・交通案内】

神戸高速鉄道・山陽電鉄「西代」駅下車 北へ徒歩9分

JR西日本・市営地下鉄「新長田」駅下車 北へ徒歩15分



大学等における履修証明（Certificate）制度の概要

【趣旨】

教育基本法第7条及び学校教育法第83条の規定により、教育研究成果の社会への提供が大学の基本的役割として位置づけられたことや、中教審答申の提言等を踏まえ、平成19年の学校教育法改正により、履修証明の制度上の位置付けを明確化。

これにより、各大学等（大学、大学院、短期大学、高等専門学校、専門学校）における社会人等に対する多様なニーズに応じた体系的な教育、学習機会の提供を促進。

【制度の概要】

以下の要件を満たす履修証明プログラムを大学等が提供できることとした。

- 対象者：社会人（当該大学の学生等の履修を排除するものではない）
- 内容：大学等の教育・研究資源を活かし一定の教育計画の下に編成された、体系的な知識・技術等の習得を目指した教育プログラム
- 期間：目的・内容に応じ、総時間数60時間以上で各大学において設定
- 証明書：プログラムの修了者には、各大学等により、学校教育法の規定に基づくプログラムであること及びその名称等を示した履修証明書を交付
- 質保証：プログラムの内容等を公表するとともに、各大学等においてその質を保証するための仕組みを確保

* 学生を対象とした学位プログラムとは異なり、単位や学位が授与されるものではない。

（出典文部科学省ホームページ一部改変）

2023年度 歯科衛生士リカレント教育キャリアアッププログラム 受講可能授業スケジュール

授 業 科 目	授業形態	授業回数 (回)	曜日	時限	時間数 (時間) *2	担当講師
人 体 の 構 造 と 機 能	講義	15	月	1.2	4	八木孝和
プ レ ゼ ン テ ー シ ョ ン 技 法	演習	15	月	1or2	2	室崎友輔/谷口英明
薬 理 学	講義	15	月	1	2	森谷徳文
公 衆 衛 生 学	講義	15	月	2	2	山城圭介
医 療 英 語	講義	15	月	3or4	2	宮澤絢子
口 腔 の 構 造 と 機 能	講義	15	火	1.2	4	八木孝和
口 腔 衛 生 学	講義	15	火	2	2	山城圭介/西保亜希
歯 科 衛 生 論 I *1	講義	8	火	3	2	吉田幸恵/江崎ひろみ/村田良子
口 腔 健 康 支 援 総 論 *2	講義	8	水	2	2	福田昌代
病 理 学	講義	15	木	1	2	森谷徳文
口 腔 外 科 学 ・ 歯 科 麻 酔 学	講義	15	木	2	2	森谷徳文
歯 科 補 綴 学 *1	講義	8	木	3	2	山城圭介
歯 科 保 存 学	講義	15	木	4	2	山城圭介
栄 養 指 導 *2	講義	8	木	3	2	吉田幸恵/西保亜希
歯 科 衛 生 士 論 II *1	講義	8	金	1	2	江崎ひろみ/浅枝麻夢可
歯 科 診 療 補 助 論 *2	講義	8	金	2	2	上原弘美/江崎ひろみ
前期合計		198			36	
医 療 安 全 *2	講義	8	月	3	2	上原弘美
災 害 時 の 歯 科 衛 生 士 の 働 き	演習	15	月	3or4	2	高橋由希子
歯 科 臨 床 検 査 総 論 *2	講義	8	月	4	2	上原弘美/澤村暢/浦みどり
歯 科 予 防 処 置 論	講義	15	火	2	2	高橋由希子/破魔幸枝
生 化 学 ・ 栄 養 学	講義	15	火	3	2	森谷徳文/西保亜希
歯 科 理 工 学 *1	講義	8	火	4	2	森谷徳文
全 身 の 健 康 と 口 腔 科 学 *2	講義	8	火	4	2	八木孝和/吉田幸恵
ワ ー ク キ ャ リ ア プ ラ ン ニ ン グ *2	講義	8	火	1	2	八木孝和/破魔幸枝
子 ど も の 歯 科 学 *2	講義	8	火	2	2	八木孝和/中村美紀
歯 科 医 療 と 法 律 ・ 制 度 *1	講義	8	火	2	2	山城圭介/吉田幸恵/高橋千鶴
ポ ラ ン テ イ ア 論 *2	講義	8	水	1	2	室崎友輔
社 会 福 祉 概 論 *2	講義	8	水	2	2	室崎友輔
子 ど も 学 *2	講義	8	水	3	2	中村美紀/中西利恵/水村容子
口 腔 健 康 支 援 各 論	講義	15	木	3	2	福田昌代
微 生 物 学 ・ 免 疫 学	講義	15	木	4	2	山城圭介/西保亜希
医 療 英 語 II	講義	15	木	1or2	2	山城圭介/森谷徳文
子 ど も の 心 理 学 *2	講義	8	金	1	2	破魔幸枝/柳原利佳子
子 ど も の 食 と 栄 養 *2	講義	8	金	2	2	江崎ひろみ/吉田幸恵/西保亜希
歯 科 矯 正 学 *2	講義	8	金	3	2	八木孝和
医 療 面 接 *2	講義	8	金	4	2	江崎ひろみ/破魔幸枝
後期合計		202			40	

*1*2 前期及び後期の前半期間(*1)、又は後半期間(*2)に開講する科目です。

*3 1コマ(90分授業)を「2時間」と換算します。履修する時間数の参考にしてください。

別添資料

- ◆ 2024年度歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラム願書
- ◆ 2024年度 歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラム願書
(記入例)
- ◆ 証明願 (住民票記載事項証明書)
- ◆ 2024年度 歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラム
受講辞退届・納付金返還請求書
- ◆ 2024年度 歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラム
受講辞退届・納付金返還請求書 (記入例)

2024年度 歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラム願書

フリガナ			性別	男	写真貼付欄 (枠内に貼付のこと)
氏名				女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日				出願前3ヶ月以内に 上半身、脱帽、正面、 無背景で撮影した横3cm、 縦4cmのもので、裏面に 氏名を記入すること。
現住所	(〒 -)	都道府県	市郡	区	
連絡先	自宅 ()				
	携帯 ()				
	メールアドレス @				
学歴 (高校卒業から)					
歯科衛生士免許証 取得年月日	年 月 日 取得				
職歴					
履修希望コース (該当する項目 いずれか1つに○印)	歯周疾患管理コース				
	口腔機能管理コース				
	歯科医療管理コース				
受講料 (該当する項目 いずれか1つに○印)	60,000円/コース				
	40,000円/コース (本学卒業生)				
志望理由					

上記により、2024年度 神戸常盤大学 歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラムに出願いたします。

令和 年 月 日

氏名

(自署)

2024年度 歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラム

記入例

フリガナ	トキワ	ハナコ	性別	男	写真貼付欄 (枠内に貼付のこと) 出願前3ヶ月以内に 上半身、脱帽、正面、 無背景で撮影した横3cm、 縦4cmのもので、裏面に 氏名を記入すること。
氏名	常盤	花子		女	
生年月日	昭和・平成〇〇年〇月〇日				
現住所	(〒653-0838) 兵庫県(県)神戸市(市)郡長田区				
	大谷町2-6-2 大谷マンション3号棟 302号室				
連絡先	自宅 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇				
	携帯 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇				
	メールアドレス 〇〇〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇〇〇.jp				
学歴 (高校卒業から)	平成〇〇年3月 〇〇〇〇高校 普通科 卒業				
	平成〇〇年4月 〇〇〇〇大学 〇〇学部〇〇〇学科 入学				
	平成〇〇年3月 〇〇〇〇大学 〇〇学部〇〇〇学科 卒業				
歯科衛生士免許証 取得年月日	平成〇〇年〇月〇日 取得				
職歴	平成〇〇年〇月 〇〇〇〇病院 入職				
	平成〇〇年〇月 〇〇〇〇病院 退職				
	平成〇〇年〇月 〇〇〇〇会社 入社 現在に至る				
履修希望コース (該当する項目 いずれか1つに○印)	歯周疾患管理コース		○		
	口腔機能管理コース				
	歯科医療管理コース				
受講料 (該当する項目 いずれか1つに○印)	60,000円/コース		○		
	40,000円/コース (本学卒業生)				
志望理由	私は、・・・・・・・・				

上記により、2024年度 神戸常盤大学 歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラムに出願いたします。

令和〇〇年〇月〇日

常盤 花子 (自署)

記 入 要 領

- 1 黒ボールペンを用い、楷書ではっきり丁寧に記入すること。
フリクションボールペン（消えるボールペン）は使用不可。
- 2 該当する不動文字は○で囲むこと。
- 3 現住所欄は、都道府県名から番地までと、マンション・アパート名○○棟○○号室まで正確に記入すること。
- 4 連絡先は、自宅か携帯どちらかは日中連絡が取れる連絡先を記入すること。
- 5 受講料欄は、募集要項に記載のとおり該当する受講料のいずれか1項目に○をすること。
- 6 志望理由欄は、本プログラムの該当するコースを履修する志望理由等を具体的に記入すること。

証 明 願
(住民票記載事項証明書)

フリガナ 氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女
現住所	(〒 -)		

市区町村長 殿

上記の事項は、住民票の記載事項と相違ないことを証明願います。

令和 年 月 日

住 所

申請者

氏 名

印

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

市区町村長

印

2024年度 歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラム
受講辞退届 ・ 納付金返還請求書

令和 年 月 日

神戸常盤大学 学長 殿

住 所

氏 名 (自署)

連絡先

出願していましたが下記の履修コースを辞退しますので届出いたします。

それに伴い納入済みの受講料について、口座振込手数料を差し引いた金額を下記の金融機関口座に返還
くださるよう請求いたします。

コース名	歯周疾患管理コース・口腔機能管理コース・歯科医療管理コース
履修年度	年度
受講料 振込年月日	令和 年 月 日 振込
受講料 振込金額	円
辞 退 理 由	

振込先情報記入欄

金融機関名	銀 行	本 店							
	金 庫	支 店							
	組 合	出張所							
預金種別	普通・当座	口座番号							
フリガナ									
口座名義									

<記載注意事項>

- 黒ボールペンを使用してください。
- 該当する不動文字は○で囲んでください。
- 辞退理由は必ず記入してください。
- 口座番号、口座名義、フリガナはお持ちの通帳を確認のうえ正確に記入して下さい。
- 記載された個人情報は、本学からの振込に利用し、本学が管理するもので目的外に利用することはありません。

2024年度 歯科衛生士リカレント教育 キャリアアッププログラム
受講辞退届 ・ 納付金返還請求書

記入例

令和〇〇年〇月〇日

神戸常盤大学 学長 殿

住所 神戸市長田区大谷町2-6-2

氏名 常盤 花子

連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

出願していました下記の履修コースを辞退しますので届出いたします。

それに伴い納入済みの受講料について、口座振込手数料を差し引いた金額を下記の金融機関口座に返還
くださるよう請求いたします。

コース名	歯周疾患管理コース・口腔機能管理コース・歯科医療管理コース・チャレンジコース
履修年度	〇〇年度
受講料 振込年月日	令和〇〇年〇月〇日 振込
受講料 振込金額	60,000円
辞退理由	心身の故障により、受講することが困難となったため。

振込先情報記入欄

金融機関名	三井住友銀行	銀行	金庫	組合	本店	支店	出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇
フリガナ	トキワハナコ							
口座名義	常盤 花子							

<記載注意事項>

- 黒ボールペンを使用してください。
- 該当する不動文字は○で囲んでください。
- 辞退理由は必ず記入してください。
- 口座番号、口座名義、フリガナはお持ちの通帳を確認のうえ正確に記入して下さい。
- 記載された個人情報は、本学からの振込に利用し、本学が管理するもので目的外に利用することはありません。

お問い合わせ先

神戸常盤大学

事務局 教務課 キャリアアッププログラム担当

〒653-0838 神戸市長田区大谷町2-6-2

TEL: 078-611-1828

FAX: 078-643-4361

E-mail: kyomu@kobe-tokiwa.ac.jp