

平成30年度 歯科医療従事者に対する感染対策講習会のご案内

【目的】 患者及び歯科医療従事者への HBV、HCV、HIV 等感染症の感染予防と患者が安心して歯科治療を受けられるよう、地域にて歯科医療従事者に対して講習を行い、院内における感染対策等の徹底を図る。

【主催】 一般社団法人神奈川県歯科医師会（神奈川県委託事業）

【対象】 歯科医療従事者

【内容】 講義：「歯科臨床における感染対策」

（日歯生涯研修事業：研修コード 3301 感染予防と滅菌法、4 単位）

実習（実地研修）：講義を受講する参加者で希望をする者（横浜市立大学附属病院にて）

【講 義：実施地域名・日時・場所・講師】

(1) 横浜市歯科医師会

日時：平成 30 年 10 月 29 日（月） 20:00～21:20

場所：都筑区総合庁舎（横浜市都筑区茅ヶ崎中央 32-1 電話 045-948-2323）

市営地下鉄 センター南駅 徒歩 6 分

アクセス：<http://www.city.yokohama.lg.jp/tsuzuki/kyoutsu/kyoutsu/1chyousya.html>

講師：金子 明寛／神奈川県 HIV 歯科診療体制運営検討委員会委員

東海大学医学部外科学系口腔外科 教授

(2) 藤沢市歯科医師会

日時：平成 30 年 11 月 29 日（木） 18:30～20:30

場所：藤沢市口腔保健センター（藤沢市鵠沼石上 2-10-6 電話 0466-26-3310）

JR 東海道線 藤沢駅 徒歩 15 分

アクセス：<http://www.fda8020.jp/about/koukuhoken/>

講師：筑丸 寛／神奈川県 HIV 歯科診療体制運営検討委員会委員

横浜保土ヶ谷中央病院歯科口腔外科 部長

(3) 厚木歯科医師会

日時：平成 30 年 11 月 29 日（木） 17:00～19:00

場所：レンブラントホテル厚木（厚木市中町 2-13-1 電話 046-221-0001）

小田急線 本厚木駅 徒歩 5 分

アクセス：https://rembrandt-group.com/atsugi/atsugi_info/access_a

講師：武内 博朗／神奈川県 HIV 歯科診療体制運営検討委員会委員

鶴見大学歯学部 臨床教授

【実 習】 定員は 10 名まで、申込みは先着順。下記日程から 1 日受講。

横浜市立大学附属病院（横浜市金沢区福浦 3-9）

- ・ 日程：平成 31 年 2 月 7 日(木)、平成 31 年 2 月 14 日(木)、平成 31 年 2 月 21 日(木)
- ・ 時間：午前 9 時～午後 4 時

注)・上記日程のうち、第 1 希望が一番多い日程に決定致します。第 1 日希望日以外で日程が決定した申込者には、日程確認の御連絡をさせていただきます。

- ・ 実習のみの受講はできません。実習を希望する場合は必ず講義も受講してください。ただし、過去に講習会を受講した方も受講可能ですが、受講年度をお知らせください。講義のみの受講は可です。(実習希望の方も申込方法に従いお申込みください)

【実習内容】

横浜市立大学附属病院の実習（実地研修）

最近の HIV 感染症の診療ではチーム医療での診療が求められています。本実習は当院のチーム医療の現状を実地で見ることによって、HIV 感染症の診療の実際を正しく理解していただくことを目的としています。また、実際の HIV 感染者の歯科診療の見学を通じて歯科における感染対策の実際についての理解も得られるものと思います。

実習プログラム：

1. 中央滅菌室での当院の滅菌サイクルの見学・解説。
2. 歯科・口腔外科外来での感染者歯科診療の見学・解説。
3. 感染症内科医師による HIV 感染症の最新の知見の解説。
4. 薬剤師による「抗 HIV 薬」と「職業上 HIV 曝露後の感染予防」の解説。
5. 看護師による感染者の心理と倫理的対応に関する解説。
6. 医療ソーシャルワーカーによる感染者が置かれた社会的状況の解説。
7. 歯科医師による口腔内症状に関連した最新の知見の解説。

【参加費】 無料

【申込み】 申込書に必要事項をご記入の上、9 月 19 日(水)までに FAX (0120-681-786) でお申込み下さい。なお、実習の申込みは先着順となります。

【備 考】 本講習会は「歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準」（歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修）に該当する講習会となります。

【問合せ】 一般社団法人 神奈川県歯科医師会 事業第一課：今井 TEL045-681-2172

平成30年度 歯科医療従事者に対する感染対策講習会 申込書

* 下記に必要事項をご記入、もしくは○印をお付けください。

氏 名	(ふりがな：)
職 種	歯科医師 歯科衛生士 その他 ()
受講会場	<u>①横浜市／10月29日</u> <u>②藤沢市／11月29日</u> <u>③厚木／11月29日</u> ※受講希望会場を○で囲んで下さい。
医療機関名 (所在地)	(所在地 市・区・町・村)
受講希望	講義のみ 講義と実習 実習のみ(講義受講年度 年)

※実習のみの受講はできません。(過去に講習会を受講した方も受講可能)

実習の受講を希望する場合は、下記の事項（連絡先、実習希望日）も漏れなく記入して下さい。

なお、**実習の申込みは先着順**とさせていただきますので予めご了承ください。

講義のみを受講する場合は下記に記入する必要はありません。

連 絡 先	所在地：〒 名称： TEL： FAX： Eメール：
実習希望日	・第1希望 日程（ 月 日） ・第2希望 日程（ 月 日） ・第3希望 日程（ 月 日） ※希望する日程を選んで記入して下さい（<u>必ず第3希望までご記入をお願いいたします</u>）

(この申込書に記載された事項は当研修会以外の目的には使用いたしません)

【申込先】 一般社団法人神奈川県歯科医師会 FAX  0120-681-786