

平成30年度 歯科医療関係者感染症予防講習会実施要領

1. 目的

歯科医療従事者に対してエイズや肝炎等の感染症予防等に関する講習を行い、歯科保健医療の安全の確保を図ることを目的とする。

2. 事業の実施主体

厚生労働省の「歯科医療関係者感染症予防講習会実施団体公募要領」に基づき、日本歯科医師会が受託し、当該都道府県歯科医師会の協力のもと実施する。

3. 事業内容

- (1) 受講対象者（歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士等）。
- (2) 講習内容は、エイズや肝炎等の感染症予防等、歯科医療及び歯科衛生の安全を図るために必要とされる事項に関する講義及び実習とする。

4. 開催日・会場・研修テーマ・講師

- ・研修テーマ：歯科診療に必要な感染予防対策の実情

開催日・会場	開催地	講師（所属）
平成30年9月22日（土） 午後3時 秋田県歯科医師会館	秋田県	宮本智行（社会医療法人社団 森山医会 森山記念病院 歯科口腔外科）
平成31年1月27日（日） 午後1時 彩の国すこやかプラザ	埼玉県	野崎剛徳（大阪大学歯学附属病院 口腔総合診療部 准教授）
平成30年10月21日（日） 午前10時 長野バスターミナル会館	長野県	吉岡秀郎（大阪労災病院歯科口腔外科 部長）
平成30年12月2日（日） 午前10時 福井県歯科医師会館	福井県	野崎剛徳（大阪大学歯学附属病院 口腔総合診療部 准教授）
平成30年12月2日（日） 午前10時 山口県歯科医師会館	山口県	宮本智行（社会医療法人社団 森山医会 森山記念病院 歯科口腔外科）
平成30年12月15日（土） 午後3時 福岡県歯科医師会館	福岡県	吉岡秀郎（大阪労災病院歯科口腔外科 部長）

5. 日 程（別紙のとおり）

6. 受講手続（別紙申込書）

受講申込は、各々が開催都道府県歯科医師会宛てに申し込むこと。ただし、応募者多数の場合は会場の収容人数の関係上、申し込みをお断りする場合がある。

7. 受講料

無 料（ただし、受講者の宿泊費、食費、交通費等は受講者の負担とする。）

8. 受講修了証の授与

受講した者に対し、受講修了証を授与する。

9. 受講申込の取消し

受講申込後、何等かの事情で欠席する場合は、順次他の者に受講の機会を与えるので、必ず開催都道府県歯科医師会にその旨連絡をすること。

※院内感染防止対策に関する施設基準について

平成30年度診療報酬改定におきまして、歯科外来診療における基本診療料（初診料、再診料）の引上げに伴い、院内感染防止対策に関する施設基準が設けられ、「院内感染防止対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること」が要件化されました。

本講習会においても、「平成30年度診療報酬改定における基本診療料の施設基準に係る研修」との整合性を図り、要件を満たすよう対応しております。

ついでには、受講修了証に本研修が日本歯科医師会、日本歯科医学会作成「歯科外来診療における院内感染防止マニュアル—エビデンスに基づく対応—」の内容に基づいた研修である旨の記載をいたします。

平成30年度歯科医療関係者感染症予防講習会日程

開催日・会場	時 間	内 容
平成30年9月22日（土） 午後3時 秋田県歯科医師会館 秋田市川尻町字大川反170-102 TEL：018-865-8020 FAX：018-862-9122	15：00～15：05 15：05～17：05	開会行事 講義
平成31年1月27日（日） 午後1時 彩の国すこやかプラザ さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65 TEL:048-829-2323（県歯） FAX:048-829-2376（県歯）	13：00～13：05 13：05～15：05	開会行事 講義
平成30年10月21日（日） 午前10時 長野バスターミナル会館 長野市中御所岡田178-2 TEL：026-222-8020（県歯） FAX：026-222-3060（県歯）	10：00～10：05 10：05～12：05	開会行事 講義
平成30年12月2日（日） 午前10時 福井県歯科医師会館 福井市大願寺3-4-1 TEL:0776-21-5511 FAX:0776-27-5640	10：00～10：05 10：05～12：05	開会行事 講義
平成30年12月2日（日） 午前10時 山口県歯科医師会 山口市吉敷下東1-4-1 TEL:083-928-8020 FAX:083-928-8025	10：00～10：05 10：05～12：05	開会行事 講義
平成30年12月15日（土） 午後3時 福岡県歯科医師会館 福岡市中央区大名1-12-43 TEL:092-771-3531 FAX:092-771-2988	15：00～15：05 15：05～17：05	開会行事 講義

(受講者→開催会場)

歯科医療関係者感染症予防講習会受講申込書 (_____ 会場)

申込日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 都道府県 歯科医師会 御中

平成30年度「歯科医療関係者感染症予防講習会」(_____ 会場)の
受講を申し込みます。

フリガナ 氏 名		
勤務先	診療所名	
	住 所	〒 _____
	TEL	(_____)
	FAX	(_____)
職 種	歯科医師 歯科衛生士 歯科技工士 歯科助手 その他 (_____)	
※該当箇所に○印または必要事項をご記入ください。		

個人情報につきましては、本講習会事業の目的および厚生労働省への報告以外には
使用いたしません。