

## 《第9回中国四国地方 HIV 陽性者の歯科診療体制構築のための研究会議 開催要項》

### <目的>

中国四国地方のエイズ治療拠点病院の歯科医療従事者が HIV 陽性者が抱える問題を理解するとともに、拠点病院歯科間あるいは拠点病院歯科と地域歯科医師会との連携による HIV 陽性者の歯科医療体制の構築を目的とします。

### <議題>

中国四国ブロックにおける HIV 陽性者の歯科医療体制構築について

### <対象者>

中国四国地方のエイズ治療拠点病院に勤務する歯科医師および歯科衛生士または看護師で、すでに HIV 陽性者の歯科診療を行っているか、もしくは、これから歯科診療に加わる予定の歯科医師および歯科衛生士または看護師、および各県歯科医師会会長がご推薦される歯科医師 1~2 名

### <開催日時>

平成 30 年 11 月 11 日(日) 10:30~15:50

### <研修場所>

岡山コンベンションセンター（ママカリフォーラム） 407 会議室  
岡山県岡山市北区駅元町 14 番 1 号

### <経費について>

参加者の旅費（日当含む）は広島大学の規定に従い、後日銀行振り込みでお支払いします。参加費・配付資料等は無料です。

### <回答方法>

同封の参加申込書に必要事項をご記入の上、別紙アンケートと一緒に  
FAX(082-257-5581)にてご返信下さい。

回答期限は平成 30 年 10 月 1 日(月)(申込書と別紙アンケート 2 枚一緒に)とします。  
期日厳守でお願い致します。

※申し込み受付後、10 月 26 日(金)迄に個人宛に参加について(旅費案内等)のご案内をお送りします。通知が届かない場合は、申し込み受付が出来ていない場合がございますので、ご連絡ください。

### <問い合わせ先>

〒734-8551 広島市南区霞 1 丁目 2 番 3 号 広島大学病院エイズ医療対策室  
担当：藤井輝久、濱本京子  
Tel, Fax 082-257-5581（輸血部長室）  
E-mail: kyokoko@hiroshima-u.ac.jp（濱本）

## 第9回中国四国地方 HIV 陽性者の歯科診療体制構築のための研究会議

### 《プログラム》

2018年11月11日（日）

岡山コンベンションセンター（ママカリフォーラム）

407 会議室

- 10:00～ 受付開始
- 10:30～10:40 開会の挨拶（広島大学病院 藤井 輝久）
- 10:40～11:50 講演1 「HIV 感染症の基礎と最近の話題」  
講師：国立病院機構九州医療センター  
AIDS/HIV 総合治療センター部長 山本 政弘先生
- 11:50～12:50 昼食休憩（\*お弁当をご用意します）
- 12:50～13:30 講演2 「HIV 歯科診療ネットワークに期待するもの」（仮題）  
講師：厚生労働省 健康局 結核感染症課  
エイズ対策推進室長補佐 原澤 朋史氏
- 13:30～13:40 休憩
- 13:40～15:40 会議（中国四国ブロック HIV 歯科医療連絡協議会と併催）  
話題提供「HIV 感染者に対する歯科医療の現況と将来への期待」  
講師：厚生労働行政推進調査事業費補助金エイズ対策政策研究事業  
「HIV 感染症の医療体制整備に関する研究」研究分担者  
国立病院機構名古屋医療センター 歯科医長  
宇佐美 雄司先生  
議題「中国四国ブロックにおける HIV 陽性者の  
歯科医療体制構築について」  
（司会：広島大学病院 津賀 一弘）
- 15:40～15:50 閉会の挨拶（広島大学病院 津賀 一弘）

**FAX:082-257-5581**

広島大学病院輸血部長室  
藤井輝久・濱本京子 宛

**参加申込書 (FAX 返信用)**

**第9回中国四国地方 HIV 陽性者の歯科診療体制構築のための研究会議**

平成 30 年 11 月 11 日 (日) 10:30~15:50

会場：岡山コンベンションセンター 407 会議室

施設名 \_\_\_\_\_ 参加者数 \_\_\_\_\_ 名

歯科医師 1 名	
ふりがな 氏名	
所属部署	
職名	※旅費支給の際の基準とさせていただきます。職名がある方は必ずご記入ください。
連絡先 (院内)	
メールアドレス	
歯科衛生士 1 名または看護師 1 名	
ふりがな 氏名	
所属部署	
職名	※旅費支給の際の基準とさせていただきます。職名がある方は必ずご記入ください。
連絡先 (院内)	
メールアドレス	

**申込期限：平成 30 年 10 月 1 日 (月) 必着**

※申し込み受付後、10 月 26 日 (金) 迄に個人宛に参加についてのご案内をお送りします。通知が届かない場合はご連絡ください。

別紙アンケート

第9回中国四国地方 HIV 陽性者の歯科診療体制構築のための研究会議  
参加申込時アンケート

施設名 \_\_\_\_\_

HIV 歯科診療において、地域の歯科医院または病院歯科との連携等の活動があれば  
下記にお書きください。

e x. 研修会を開催した。紹介をした。