

《第 10 回中国四国地方エイズ診療医師のための研修会募集要項》

<一般目標>

エイズ診療の経験がない、あるいは少ない医師が、HIV 感染者/AIDS 患者の初期診療ができる、または慢性化した病態を評価し、合併症や性行為感染症のプライマリケアの対応ができる。

<具体的な到達目標>

1. 日本における HIV 感染者の疫学、HIV/AIDS の病態を説明できる。
2. 受診患者の病歴や身体所見から HIV 感染症を疑い必要な検査を勧めることができる。
3. 主要な合併症とエイズ指標疾患の症状、診断、治療について説明できる。
4. 抗 HIV 療法を始める前に、治療の適応、抗 HIV 薬の種類、作用機序、副作用、薬剤耐性を説明できる。
5. 初回治療のレジメン選択など治療について専門医と連携することができる。
6. 看護師・薬剤師・臨床心理士・社会福祉士などの役割を理解し、チーム医療を実践できる。
7. 慢性疾患としての HIV 感染者の病態や問題を把握し、抗 HIV 療法継続中の患者の合併症や性行為感染症のプライマリケアの対応ができる。

<概要>

上記の目標達成のため、少人数での講義、教材の配布、グループ学習、質疑と相互討論、ロールプレイ等を実施します。

<対象者および募集人数>

中四国地方のエイズ拠点病院に勤務する医師または拠点病院以外でもエイズ診療に興味のある医師(初期研修医、後期研修医、各診療科医師及び診療医)を対象とします。診療科やエイズ診療の経験の有無を問いません。また 2 回目以降の参加も歓迎いたします。定員は 10 名程度です。

<開催日> 平成 28 年 9 月 18 日(日) 11:20~17:30

<研修場所> 広島大学病院 臨床管理棟 3 階 大会議室(〒734-8551 広島県広島市南区霞 1-2-3)

<研修費用>

規定に基づき、参加者は研修料 1 日分 2,625 円を納入していただきます。教材、配付資料等は無料です。交通費・宿泊費・日当等は派遣側の負担といたします。

<支払方法>

参加決定後、請求書をお送りいたしますので、請求書記載の支払期日までにお振り込み下さい。請求書の宛名は参加決定者ご本人様のお名前と所属施設名とさせていただきます。宛名や送付先が異なる場合には、参加申込みの際に必ずお知らせください。

<申し込み方法>

参加者は研修申請書(別紙 1)に参加申込書(別紙 2)を添付し、広島大学病院長あてに所属長から各県庁の担当部局を通して提出してください。尚、添付書類のうち医師免許証の写しは、研修参加決定通知後にご提出頂くようご案内いたしますので申込みの際には提出不要です。

※広島大学病院の方は、直接エイズ医療対策室にご提出ください。

申込期限：平成 28 年 8 月 5 日(金) 必着

申込者多数の場合は、事務局で調整させていただきます。
事務処理の上、恐れ入りますが**期日厳守**でお願いします。

<問い合わせ先>

〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3 広島大学病院エイズ医療対策室 Tel.Fax 082-257-5581
担当：齊藤 誠司、藤井 輝久、濱本 京子 E-mail: kyokoko@hiroshima-u.ac.jp (事務局：濱本)

《第10回中国四国地方エイズ診療医師のための研修会日程表》

<開催日>

平成28年9月18日（日）11:20～17:30

<研修会会場>

広島大学病院 臨床管理棟3階 大会議室

11:20～11:30 開会の挨拶（広島大学病院 エイズ医療対策室長 藤井 輝久）

11:30～12:45 講演①「HIV感染症の基礎知識、最近の話題」

講師：南奈良総合医療センター 感染症内科 宇野 健司先生

12:45～13:30 休憩

13:30～15:00 ワークショップ

『エイズ診療で遭遇する日和見疾患、性行為感染症の診断と治療』

PBL（Problem Based Learning）形式によるグループ学習

チューター：齊藤 誠司（広島大学病院 輸血部）

山崎 尚也（広島大学病院 輸血部）

横田 和久先生（広島市民病院 総合診療部）

宇野 健司先生（南奈良総合医療センター 感染症内科）

15:00～15:20 グループ発表とディスカッション

コメンテーター：藤井 輝久（広島大学病院 輸血部／エイズ医療対策）

高田 昇先生（中国電力病院 臨床検査科）

宇野 健司先生（南奈良総合医療センター 感染症内科）

15:20～15:30 休憩

15:30～17:15 講義＋ロールプレイ「検査の勧め方と告知の仕方」

講師：広島文教女子大学 心理学科 臨床心理士 松高 由佳先生

17:15～17:30 閉会の挨拶、修了証授与

<備考>

別紙 1

様式第 1 号(第 3 条関係)

エイズ診療従事者研修申請書

平成 年 月 日

広島大学病院長 殿

住所

所属医療機関等の長

印

当機関所属の下記の医師について、貴院において研修させたいので申請いたします。

記

- 1 ふりがな (西暦 年 月 日生:男 女)
氏名
- 2 住所
電話番号: FAX 番号:
メールアドレス:
- 3 研修事項 第 10 回中国四国地方エイズ診療医師のための研修会
- 4 研修期間 平成 28 年 9 月 18 日 (日) 11:20~17:30
- 5 研修希望診療科等 エイズ医療対策室

添付書類

参加申込書 (別紙 2)
医師免許証の写し (8 月中旬の参加決定時に提出をお願いします。)

別紙2

第10回中国四国地方エイズ診療医師のための研修会参加申込書

		平成 年 月 日現在	
ふりがな 氏 名		年齢 歳	性別 男・女
施設名		実務経験 ※医師免許取得後	年
施設住所	〒 —		
施設連絡先	TEL		
自宅住所	〒 —		
自宅連絡先	TEL		
メールアドレス	@		
最終学歴	年 月卒業		
資格免許	名称（種別）	取得年月日	資格・免許番号
		SH 年 月 日	
		SH 年 月 日	
		SH 年 月 日	
専門領域	(例：血液内科・消化器外科・集中治療部等)		
施設内での 担当役割	(例：感染対策委員・院内HIV医療チーム・リスクマネージャー等)		
臨床経験	HIV/AIDS 症例経験数 () 例		
備考	(例：ご意見，ご要望があればお書き下さい)		