

平成 24 年 4 月 2 日

四国地方エイズ拠点病院  
病院長 殿

厚生労働省エイズ対策研究事業  
HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究  
中国四国ブロック分担研究者 藤井 輝久

「平成 24 年度四国地方エイズ拠点病院コミュニケーションスキル向上のための会議」  
参加者募集のご案内

拝啓 先生には益々御健勝のこととお慶び申し上げます。HIV/AIDS 診療につきましては、平素より格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

厚労省研究班「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究班」では、平成 22 年度より、四国地方のエイズ治療拠点病院に勤務する医療従事者（医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、カウンセラー等）や四国地方のエイズ派遣カウンセラーを対象に、「四国地方エイズ拠点病院コミュニケーションスキル向上のための会議」を開催しております。つきましては、業務多忙の折誠に恐縮ですが、対象者の方には万障お繰り合わせの上、ぜひともご出席いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

開催要項

- 【名称】 「平成 24 年度四国地方エイズ拠点病院コミュニケーションスキル向上のための会議」
- 【日時】 平成 24 年 5 月 26 日（土）午後 13 時 00 分より  
平成 24 年 5 月 27 日（日）午後 12 時 45 分まで
- 【会場】 高知会館 〒780-0870 高知県高知市本町 5-6-42 TEL：088-823-7123
- 【目的】 エイズ拠点病院に勤務する医療従事者のコミュニケーションスキルを向上させ、HIV/AIDS 患者の診療環境を整える。
- 【対象】 HIV 症例経験 5 例以内(未経験者も含む)の四国地方エイズ治療拠点病院に勤務する医療従事者（医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、カウンセラー等）、四国地方のエイズ派遣カウンセラー
- 【旅費】 参加者の旅費（交通費・宿泊費・日当）につきましては、厚生労働省科学研究費から規定額を支給させていただきます。詳しくは参加決定時にご案内致します。

【会議次第】

< 5月26日(土) >

12:30 受付開始

13:00 開会挨拶、オリエンテーション

13:10 基調講演：「簡単に分かるエイズ診療」

講師：南 留美先生（国立病院機構九州医療センター 免疫感染症科 医師）

14:00 基調講演：「制度について」

講師：鍵浦 文子（広島大学病院 エイズ医療対策室 看護師）

14:10 休憩

14:20 症例報告及び討論

15:10 休憩

15:20 ロールプレイのオリエンテーション

16:30 1日目終了・解散

< 5月27日(日) >

9:00 までの会場に集合

9:00 ロールプレイ（1）

10:45 休憩（約15分）

11:00 ロールプレイ（2）

12:45 終了・解散

【参加申込】 締め切りは平成24年4月29日（日）必着までに、別紙会議参加申込書に各施設でまとめてご記入いただき、下記宛にFAXかメールにてお送りください。

※会議参加人数を30名程度としております。誠に勝手ながら応募多数の場合は選考とさせていただきますことをご了承ください。

※参加のご案内は、広島大学病院エイズ医療対策室より各参加者宛にお知らせ致します。5月14日までに通知が届かない場合はご連絡ください。

【連絡先】 広島大学病院エイズ医療対策室 藤井輝久・喜花伸子・鍵浦文子・濱本京子

〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3

Tel & Fax 082-257-5351

E-mail : [kyokoko@hiroshima-u.ac.jp](mailto:kyokoko@hiroshima-u.ac.jp)（濱本）

「平成 24 年度四国地方エイズ拠点病院コミュニケーションスキル向上のための会議」  
平成 24 年 5 月 26 日（土）～27 日（日）高知会館

**参加申込書**

施設名 \_\_\_\_\_ 参加者数 \_\_\_\_\_ 名

ふりがな 御氏名		ふりがな 御氏名	
御所属部署		御所属部署	
御職種		御職種	
職位名・号棒 (医療職○級等)		職位名・号棒 (医療職○級等)	
御連絡先 (院内)		御連絡先 (院内)	
メールアドレス		メールアドレス	
HIV/AIDS 症例経験数	無 ・ 有 (約 例) ※有の方は必ず経験数をお書き下さい。	HIV/AIDS 症例経験数	無 ・ 有 (約 例) ※有の方は必ず経験数をお書き下さい。

ふりがな 御氏名		ふりがな 御氏名	
御所属部署		御所属部署	
御職種		御職種	
職位名・号棒 (医療職○級等)		職位名・号棒 (医療職○級等)	
御連絡先 (院内)		御連絡先 (院内)	
メールアドレス		メールアドレス	
HIV/AIDS 症例経験数	無 ・ 有 (約 例) ※有の方は必ず経験数をお書き下さい。	HIV/AIDS 症例経験数	無 ・ 有 (約 例) ※有の方は必ず経験数をお書き下さい。

◆ 4名以上参加の場合は、こちらの用紙を複写してご使用ください。

【申込み先】 広島大学病院エイズ医療対策室 藤井輝久・喜花伸子・鍵浦文子・濱本京子  
〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3 Tel & Fax 082-257-5351  
E-mail : [kyokoko@hiroshima-u.ac.jp](mailto:kyokoko@hiroshima-u.ac.jp) (濱本)