

《2020年度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患者の診断と初期診療ができる、または慢性疾患として理解し、非エイズ指標疾患の合併症やプライマリケアの対応ができる。

<具体的な到達目標>

1. HIV感染者の疫学、HIV/AIDSの病態、最新の治療について説明できる。
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. 主要な性行為感染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療法に関して、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. 診断や治療について専門医や地域の医療・介護施設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、患者の非エイズ指標疾患である血友病などの合併症や生活習慣病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>

中国四国地方エイズ拠点病院勤務医及び広島県内の開業医・勤務医・研修医など全ての医師を対象とします。診療科やエイズ診療の経験の有無を問いません。定員は1回につき2～4人です。

<開催日> 第1回：2020年8月24日（月）～25日（火）

第2回：2020年9月28日（月）～29日（火）

*開始時間、終了時間は別紙「研修プログラム」を参照して下さい。

<研修場所> 広島大学病院内

<研修費用> 無料

<その他> 日本エイズ学会認定「認定医・専門医」制度ポイント（予定）

本研修会では新型コロナウイルス感染拡大予防対策として、手指消毒アルコールジェルを会場内に設置、定期的な換気等を行います。参加者におかれましては、マスクの着用をお願いします。（マスクはご用意できませんので、各自ご持参ください。）

<申し込み方法>

参加申込書に必要事項をご記入の上、FAX又は下記の住所に郵送にてお送りください。

申込期限： 第1回目;2020年8月7日（金）

第2回目;2020年9月11日（金） 必着

尚、申込者多数の場合は、事務局で調整させて頂きます。参加のご案内を広島大学病院エイズ医療対策室より各参加者宛に開催日 10日前までにお知らせいたします。**通知が届かない場合はご連絡ください。**

<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：山崎 尚也、藤井 輝久、濱本京子 E-mail: kyokoko@hiroshima-u.ac.jp（事務局：濱本）

2020年度中国四国地方エイズ診療医師のための研修会プログラム(案)

| 午前 | 1日目(月) | 午前 | 2日目(火) |
|-------|-----------------------------------|-------|--|
| | | 9:00 | 演習：HIV検査の勧め方・告知の仕方 公認心理師；喜花伸子、杉本悠貴恵 医師；山崎尚也、井上暢子 |
| | | 11:30 | 外来見学 担当(医師)；齊藤誠司、藤井輝久 |
| | | 12:30 | |
| 午後 | | 午後 | |
| 12:45 | 受付開始 | | |
| 13:15 | 集合・オリエンテーション 担当(医師)；山崎尚也 | | |
| 13:30 | 講義：HIV感染症(診療の現状と最近の話題) 医師；藤井輝久 | 13:30 | 症例検討 医師；山崎尚也、藤井輝久 |
| 14:45 | 講義：薬剤師の役割 薬剤師；石井聡一郎 | 15:15 | 講義：血友病の診療(過去、現在、未来) 医師；山崎尚也 |
| 15:45 | 講義：看護師の役割 看護師；佐々木美希 | 16:00 | ポストテスト 医師；藤井輝久、山崎尚也 |
| 16:15 | 講義：ワーカーの役割 MSW；村上英子、大成杏子 | 16:45 | 外来ケースカンファレンス |
| 17:00 | 講義：PWH/Aの体験談 担当；シゲさん | | |
| 17:30 | 1日目のまとめ | 17:45 | まとめ・終了 |

*集合場所及び控室は、広島大学霞キャンパス内臨床管理棟3階、3F4カンファレンスルームです。1日目の12:00開場です。

*外来ケースカンファレンスは、診療棟1F東カンファレンスルームで行います。

FAX:082-257-5581

広島大学病院輸血部長室
藤井輝久・山崎尚也 宛

参加申込書 (FAX 送信表)

「2020 年度中国四国地方エイズ診療医師のための研修会」

施設名 _____

郵便番号 _____ 住所 _____

電話番号 _____

| | |
|-------------------|-----------------------------------|
| ふりがな 御氏名 | |
| 御所属部署 | |
| 職名 | |
| 御連絡先 (院内) | |
| 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。 |

希望日： 第 1 回目 (8/24-25) 第 2 回目 (9/28-29)

*○をつけて下さい。