

## 《2023 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。なお、定員(2 名)に満たない場合は、中止とさせていただきます。

<開催日> 第 1 回：2023 年 8 月 21 日（月）～22 日（火）

第 2 回：2023 年 9 月 25 日（月）～26 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> 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、手指消毒ジェルを会場内に設置、距離の確保、定期的な換気等を行います。マスクはご用意できません。各自ご持参いただくようお願い申し上げます。

### <申し込み方法>

参加申込書に必要事項をご記入の上、FAX 又は下記メールアドレスにファイル添付でお送りください。

申込期限： 第 1 回目：2023 年 8 月 4 日（金）

第 2 回目：2023 年 9 月 8 日（金） 必着

開催日 10 日前までに、申込者本人のメールアドレスに開催通知をさせていただきます。なお、申込者多数の場合は、事務局で調整させていただき、受講者を決定します。**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)

2023年度 研修プログラム(案)

午前	1日目(月)	午前	2日目(火)
		8:30 9:00	控え室開場 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
		11:30 12:30	外来見学 担当(医師)；齊藤誠司、藤井輝久
午後		午後	
12:30	開場・受付開始		
13:20	集合・オリエンテーション 担当(医師)；山崎尚也	13:30	演習：症例検討 担当(医師)；山崎尚也、藤井輝久
13:40	講義：HIV感染症(診療の現状と最近の話題) 医師；藤井輝久		
14:45	講義：薬剤師の役割 薬剤師；石井聡一郎	15:00	講義：血友病の診療(薬害の歴史を踏まえて) 医師；藤井輝久
15:45	講義：看護師の役割 看護師；後藤志保	15:30	演習：ポストテスト 担当(医師)；山崎尚也、藤井輝久
16:15	講義：ワーカーの役割 MSW；重信英子	16:15	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	17:00	まとめ・終了

\*集合場所及び控え室は、広島大学霞キャンパス内臨床管理棟2階カンファレンスルーム201です。なお、8月22日のみ(2日目)臨床管理棟1階カンファレンスルーム101になります。

\*外来ケースカンファレンスは、診療棟2階西カンファレンスルームで行います。

.....

FAX:082-257-5581  
E-mail: kyokoko@hiroshima-u.ac.jp  
広島大学病院輸血部長室宛

参加申込書 (FAX 送信表)

「2023 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 \_\_\_\_\_

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 (8/21-22) 第 2 回目 (9/25-26) どちらでも可 \_\_\_\_\_

\*○をつけて下さい。