

《第6回中国四国地方エイズ診療拠点病院医師のための研修会募集要項》

<一般目標>

エイズ診療拠点病院に勤務する臨床経験10年目前後までの主として内科医が、HIV感染者/AIDS患者の初期診療を行えるようになる。

<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。

<概要>

上記の目標達成のため、少人数での講義、教材の配布、事例検討、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>

ブロック内のエイズ拠点病院に勤務する臨床経験10年目前後までの医師で、10名程度とします。診療科やエイズ診療の経験の有無を問いません。

<開催日> 平成24年9月16日(日) 11:20~17:30 (予定)

<研修場所> 広島大学病院 外来棟2階 会議室

<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。宛名が異なる場合には、参加申込みの際にお知らせください。

<申し込み方法>

参加者は研修申請書(別紙1)に履歴書(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。

広島大学病院勤務医師につきましては、各診療科(部)でとりまとめのうえ、エイズ医療対策室に提出してください。

申込期限：平成24年8月18日(金)

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 082-257-5351
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6回中国四国地方エイズ拠点病院診療医師のための研修会日程表》

<開催日>

平成24年9月16日(日) 11:20-17:30

<研修会会場>

広島大学病院 外来棟2階会議室

- 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、最新の治療」
講師：琉球大学大学院医学研究科 感染症・呼吸器・消化器内科学
准教授 健山 正男先生
- 12:45～13:45 休憩
- 13:45～15:00 ワークショップ 『典型的な日和見疾患の診断・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)
藤井 輝久 (広島大学病院 輸血部/エイズ医療対策室)
村上 雄一先生 (愛媛大学医学部附属病院 第一内科)
高田 昇先生 (広島文化学園大学 看護学部 教授)
- 15:00～15:30 グループ発表とディスカッション
パネラー：健山 正男先生、高田 昇先生
- 15:30～15:40 休憩
- 15:40～17:15 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 6 回中国四国地方エイズ診療拠点病院医師のための研修会
- 4 研修期間 平成 24 年 9 月 16 日(日) 11:20～17:30
- 5 研修希望診療科等

添付書類

履歴書 (HIV/AIDS 臨床経験記入用紙)

別紙2

第6回中国四国地方エイズ診療拠点病院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	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	@		
	<input type="checkbox"/> 参加者名簿にてアドレスを公開してもよい方はチェックしてください。		
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	
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)		