

《第9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、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回目の参加も歓迎いたします。定員は10名程度です。

<その他> 日本エイズ学会認定「認定医・指導医」制度ポイント5点 申請予定

<開催日> 平成27年7月19日(日) 11:20~17:30

<研修場所> 広仁会館 中会議室(広島大学霞キャンパス内) 〒734-8551 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。

申込期限：平成27年6月12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。事務処理上、**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9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27年7月19日（日）11:20～17:30

<研修会会場>

広仁会館 中会議室（広島大学霞キャンパス内）

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：東京医科大学病院 臨床検査医学科

村松 崇先生

12:45～13:30 休憩

13:30～15:00 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）

井上 政弥先生（島根大学医学部附属病院 腫瘍・血液内科）

村松 崇先生（東京医科大学病院 臨床検査医学科）

15:00～15:20 グループ発表とディスカッション

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
氏名 (西暦 年 月 日生：男 女)
- 2 住所
電話番号： FAX 番号：
メールアドレス：
- 3 研修事項 第 9 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 27 年 7 月 19 日 (日) 11:20~17:30
- 5 研修希望診療科等

添付書類

参加申込書 (別紙 2)
医師免許証の写し (6 月中旬の参加決定時に提出をお願いします。)

別紙 2

第 9 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	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
		S H 年 月 日	
		S H 年 月 日	
資格免許		S H 年 月 日	
		S H 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H I V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)		