

令和5年6月吉日

エイズ診療拠点病院
中核拠点病院
ブロック拠点病院 } 病院長 様

国立病院機構大阪医療センター
院長 松村 泰志
(押 印 省 略)

令和5年度H I V感染症研修会及びH I V医療における
コミュニケーションとチーム医療研修会の開催について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より当センターの運営にご理解賜り誠にありがとうございます。

この度、「令和5年度H I V感染症研修会及びH I V医療におけるコミュニケーションとチーム医療研修会」を別添実施要領により開催することとしましたので、お知らせいたします。

業務御多忙のこととは存じますが、貴院職員のご参加をいただきますようお願い申し上げます。

敬 具

令和5年度H I V感染症研修会及びH I V医療における
コミュニケーションとチーム医療研修会実施要領

1. 開催目的

最新の専門知識・治療技術を習得させ、西日本におけるH I V治療及び感染対策の充実を図ることを目的とし、併せて、H I V医療での援助的コミュニケーションスキルの向上（援助的コミュニケーションスキルの習得、さまざまなセクシュアリティの理解）を図り、チーム医療で生かすことを目的とする。

2. 日時

令和5年10月2日(月) 13:00～17:45 (12:30受付開始)

令和5年10月3日(火) 9:00～16:45 (8:40受付開始)

令和5年10月4日(水) 9:35～17:00 (9:20受付開始)

3. 会場

国立病院機構大阪医療センター緊急災害医療棟2階 研修室及び視聴覚室

【住所】大阪府中央区法円坂2-1-14

【電話】06-6946-1331 (代表)

4. 対象者

国立病院機構、労働者健康安全機構又は西日本のエイズ治療拠点病院(北陸・東海・近畿・中四国・九州ブロック)に勤務する医師・看護師・薬剤師・カウンセラー・MSW等、H I V感染症患者と接している、もしくは接すると思われる職員

5. 参加方法

<H I V感染症研修会>

研修会場(国立病院機構大阪医療センター)での現地参加又はWeb会議システム「Webex」による参加のどちらか希望する方

<H I V医療におけるコミュニケーションとチーム医療研修会>

研修会場(国立病院機構大阪医療センター)での現地参加

6. 定員

H I V感染症研修会: 50名(Web参加は人数制限なし)

H I V医療におけるコミュニケーションとチーム医療研修会: 40名

※ 応募者多数の場合は、優先順位に沿って人数調整させていただく場合があります。

7. 研修内容

別紙プログラムのとおり

8. 申込方法

別紙「参加登録票」に必要事項を入力（記入）の上、メール(FAX)で送付

【送付先】国立病院機構大阪医療センター職員研修部 井尻（イジリ）

メール：ijiri.ayako.ht@mail.hosp.go.jp

FAX：06-6943-6467

【締切日】令和5年8月17日（木）※必着

9. その他

※ HIV感染症研修会については、受講後に修了証を発行いたします。当該研修会は、日本エイズ学会認定医、日本エイズ学会認定看護師の指定研修です。修了証は大切に保管してください。また、薬剤師には、HIV感染症薬物療法認定薬剤師の認定及び更新に必要な受講証を発行いたします。

※ 本研修会は、HIV感染症研修会のみ受講、HIV医療におけるコミュニケーションとチーム医療研修会のみ受講、両研修会を受講のいずれも可能です。

※ 研修会場（国立病院機構大阪医療センター）での現地参加の場合は、健康状態チェックリストを、研修当日に受付に提出ください。

令和5年度 HIV感染症研修会及びHIV医療におけるコミュニケーションとチーム医療研修会プログラム

HIV感染症研修会		HIV医療におけるコミュニケーションとチーム医療研修会	
場所：国立病院機構大阪医療センター 緊急災害医療棟2階 研修室、相談室 またはWeb会議システムによる参加		場所：国立病院機構大阪医療センター 緊急災害医療棟2階 研修室	
第1日 令和5年10月2日(月)		第3日 令和5年10月4日(水)	
受付 12:30-13:00(30分)		受付 9:20-9:35(15分)	
13:00-13:10(10分) 「開会挨拶」 国立病院機構大阪医療センター 院長 松村恭志		9:35-9:45(10分) 「開会挨拶」 研修会説明・諸注意	
研修会説明・諸注意		9:45-10:00(15分) 9:45-10:00(15分) 研修①「話しにくい話題を取り上げて話すには？」 (セクシュアリティと援助的コミュニケーションの基礎知識や具体的工夫、 コラボレーション実践研究所所長 山中 京子 大阪府立大学名誉教授 山中 京子 氏)	
① 13:10-13:55(45分) 「HIV/AIDSの基礎知識と疫学」 国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター特別顧問 白阪球彦		コラボレーション実践研究所所長 山中 京子 氏 大阪府立大学名誉教授 山中 京子 氏 (内容) 陽性者理解の基礎として、セクシュアリティについての基礎知識の確認と なる講義と、援助的コミュニケーションの基礎的技法と「話しにくい話題」を取り 上げて話す際の工夫、そして多職種連携・協働に必要なチームコミュニケーションにつ いての講義	
② 13:55-14:40(45分) 「HIV感染症の診断」 国立病院機構大阪医療センター エイズ先端医療研究部長 渡邊大		休 1:00-1:10(10分)	
休 1:40-1:45(5分)		休 1:20-1:30(10分)	
③ 14:50-15:35(45分) 「抗HIV薬の特長と薬剤師の役割」 国立病院機構大阪医療センター 薬剤部 主任薬剤師 矢倉裕輝		13:00-13:55(55分) 講義②「HIV感染症の最近の話題」U=Uをめぐって」 矢田生活協同組合医療センター管理医師/中村クニツク 松浦 基夫 氏	
④ 15:35-16:20(45分) 「デイスカッション」抗HIV療法の実践」 国立病院機構大阪医療センター エイズ先端医療研究部長 渡邊大 薬剤部 主任薬剤師 矢倉裕輝		(内容) U=Uの意味と指差し確認、確認した上で、U=Uが陽性者や社会にもたらす心 理・社会的影響や、それを臨床現場でどう情報提供していくのかなど、性に関わる 事例を臨床の場でのように扱っていければよいかを考える基礎としての講義	
休 1:40-1:45(5分)		休 1:35-1:40(5分)	
⑤ 16:30-17:00(30分) 「HIV陽性者に対する外科手術」 国立病院機構大阪医療センター 外科 医師 俊山礼志		14:00-16:50(170分) ③ 多職種による事例検討 「セブツクアに困難を抱える事例」 (昨年度までと同じ事例を取り上げます) 司会進行/コメンテーター コロナブレイション実践研究所所長 大阪府立大学名誉教授 山中 京子 氏 事例提示 国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室 牧 寛子 事例への補足説明・コメント 国立病院機構大阪医療センター 看護師 東 政美	
⑥ 17:00-17:45(45分) 「外来・病棟看護と療養支援」 国立病院機構大阪医療センター HIVコーディネーターナース 東政美		(内容) 提示された事例に対し、参加者(医師、看護師、薬剤師、MSW等)は小グ ループで討議・発表しながら、事例への理解を深め、その職種(個人)としての対 応と、チームでの対応について考えていく	
休 1:40-1:45(5分)		休 1:50-1:55(5分)	
「修了証授与」・「閉会挨拶」 国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター長 上平朝子		16:50-17:00(10分) アンケート回答・閉会	

参加登録票

令和5年度 HIV感染症研修会及びHIV医療におけるコミュニケーションとチーム医療研修会

8月17日(木)必着

〒540-0006 大阪市中央区法円坂2-1-14
 国立病院機構大阪医療センター
 TEL:06-6942-1331(代表)
 【送付先】 職員研修部 井尻
 (FAX)06-6943-6467
 (メール) ijiri.ayako.ht@mail.hosp.go.jp

※ 優先順位			
フリガナ			②性別 (男性・女性・回答しない)
① 参加希望者氏名			
③ 生年月日		年 月 日 (歳)	
④ 所属施設名			
④ 所属施設住所		〒	
⑤ 職種			
⑥ 受講を希望する研修会(両方もしくはどちらかにチェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> HIV感染症研修会(R5.10/2&10/3)		
	10/3症例検討 (どちらかにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> Aに参加希望 ・ <input type="checkbox"/> Bに参加希望		
	参加方法 (どちらかにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 現地で受講 ・ <input type="checkbox"/> オンラインで受講		
<input type="checkbox"/> HIV医療におけるコミュニケーションとチーム医療研修会(R5.10/4) ※現地参加のみ			
⑦ メールアドレス			
⑧ HIV感染症患者への対応経験		有り ・ 無し	
⑨ HIV感染症患者の症例経験数		例	
⑩ 所属病院長推薦理由			
		所属病院長名:	(公印不要)
⑪ 事務担当者	所属・職名:		
	氏名(フリガナ):		
	メールアドレス:		
	電話番号:		
以下⑫～⑬につきましては「コミュニケーションとチーム医療研修会」に参加希望の方のみお答えください			
⑫ 過去のコミュニケーションとチーム医療研修会への参加の有無		有り(年度) ・ 無し	
⑬ 日頃の臨床で、コミュニケーションやチーム医療に関して援助に困難を感じるテーマをご記入ください			

※1施設につき2名以上参加される場合は「優先順位」欄に数字をご記入ください(応募者多数の場合は、優先順位に沿って人数調整させていただく場合があります)。
 ※宿泊施設につきましては各自で手配いただくことになります。