



福岡医発第703号(地)

平成30年 6月 4日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会  
会長 松 田 峻一良  
(公 印 省 略)

平成30年度H I V / A I D S 出前研修について

今般、標記について、別添のとおり独立行政法人国立病院機構九州医療センターより福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課を通じて周知方依頼がありました。

本件は、地域格差、医療格差のない診療を目指し、支援体制をとっていくことを目的に、同病院や福岡県内H I V 拠点病院のH I V 担当者が、依頼のあった施設へ出向き教育的研修を行う「出前研修」を計画した旨をお知らせするものです。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

---

小郡三井医師会より

学術担当理事 権藤秀之  
副会長 山下拓郎

30 疾病第 763 号

平成 30 年 5 月 21 日

公益社団法人福岡県医師会長  
公益社団法人福岡県病院協会  
一般社団法人福岡県私設病院協会  
公益社団法人全国自治体病院協議会福岡県支部  
一般社団法人福岡県精神科病院協会  
一般社団法人福岡県歯科医師会

殿

福岡県保健医療介護部長  
(がん感染症疾病対策課感染症対策係)



平成 30 年度 HIV / AIDS 出前研修について

本県の保健医療行政の推進につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

標記について、独立行政法人国立病院機構九州医療センターから別添のとおり通知がありましたのでお知らせします。

つきましては、貴会会員へ周知くださいますようお願いいたします。

(担当)

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課  
感染症対策係 磯野

TEL: 092-643-3268

FAX: 092-643-3331

九医セン管初第 87 号  
平成 30 年 4 月 2 日

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課感染症対策係  
福岡市保健福祉局健康医療部保健予防課  
北九州市保健福祉局保険衛生部保険衛生課

御中

独立行政法人国立病院機構九州医療センター

院長 森田 茂樹

平成 30 年度 HIV/AIDS 出前研修について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃より当院の HIV/AIDS 事業に対し、ご理解ご協力頂きありがとうございます。

さて、地域において適切なエイズ医療を行うためには、拠点病院を含む医療機関との連携に努めることが不可欠だと思われます。また治療の進歩により、慢性疾患として位置づけられるようになった現在、介護福祉施設等との連携も必要となってきました。

つきましては、地域格差、医療格差のない診療を目指し、支援体制をとっていくことを目的に、当院や福岡県内 HIV 拠点病院の HIV 担当者が、依頼のあった施設へ出向き教育的研修を行う「出前研修」を別紙の通り計画致しました。

お忙しいところ恐れ入りますが、当研修につきまして、貴管内の医師会・歯科医師会並びに医療（急性期・回復期・緩和ケア等）機関、介護福祉施設等へご周知頂きたく、何卒宜しく願い申し上げます。

【お問合せ先】

厚生労働行政推進調査事業費補助金エイズ対策研究事業  
「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究」班  
国立病院機構九州医療センター  
AIDS/HIV 総合治療センター 吉用  
福岡市中央区地行浜 1-8-1  
TEL : 092-852-0700 (内線 2501)  
FAX : 092-847-8801



## 平成 30 年度 HIV/AIDS 出前研修のご案内

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私共、九州医療センターは平成 9 年より、九州ブロックの HIV 治療拠点病院として活動しております。ご依頼があれば、地域の医療、介護、福祉施設の皆様に HIV について理解を深めて頂けるよう、出張研修を行います

### ●目 的

- HIV 感染症に関する知識や、HIV 感染者へのケアについて理解する
- HIV 感染症に関する知識や感染対策について学び、患者受け入れの不安を軽減する

### ●研修内容

**研修対象施設**：福岡県内で HIV 患者受入れ可能・または受入れを検討している医療機関（歯科含む）、保健所・介護・福祉施設 ※少人数の研修会でも可

**研 修 講 師**：九州医療センターもしくは福岡県内 HIV 拠点病院の HIV 担当医師・歯科医師・看護師・薬剤師・栄養士・カウンセラー・ソーシャルワーカーから研修内容に適した講師を派遣致します

**申 込 方 法**：研修を希望する月の前々月までに下記担当者へご連絡いただき、別添の申込用紙を FAX またはメールにて送信して下さい。日程は申込時に調整し決定いたします

**研 修 内 容**：HIV/エイズに関すること（講義メニュー例をご参照下さい。）その他の内容はご相談下さい

**回 数**： 年間 12 回 （先着順にて決定致します）

**その他**：研修後、受講された方へアンケートのご協力をお願いしています。

### ●講義メニュー例

| 研修テーマ               | 内容                                                                     |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1. HIV 感染者の動向       | 世界・日本・地域の状況                                                            |
| 2. HIV の医療体制について    | 診療体制、チーム医療、拠点病院・協力病院の役割                                                |
| 3. HIV 感染症について      | 基礎知識、HIV 診療の最新情報、HIV 感染症を疑うコツ、治療、抗 HIV 薬、日和見感染予防、母子感染予防、院内感染対策、針刺し事故対応 |
| 4. HIV 感染症の患者支援について | 患者に必要な援助（日常生活教育、服薬支援、心理支援、社会福祉援助、在宅療養支援、地域連携等）                         |
| 5. HIV 感染者の歯科治療について | HIV 感染症と口腔内病変、感染対策                                                     |

【お申込み・お問合せ先】

国立病院機構 九州医療センター AIDS/HIV 総合治療センター  
〒810-8563 福岡市中央区地行浜 1-8-1

研修担当：首藤 事務担当：古用

TEL：092-852-0700（内線 2501）

FAX：092-847-8801

E-mail：midori @kyumed.jp

# 平成30年度 HIV/AIDS出前研修 申込書

|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |   |        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---|--------|-----------|
| 施設名                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |   |        |           |
| 所在地                                                                                                                                                | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                |       |   |        |           |
| 研修会場                                                                                                                                               | * 上記と異なる場合のみ記入                                                                                                                                                                                                                                                   |       |   |        |           |
| 研修担当者                                                                                                                                              | ふりがな<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                                                      |       |   |        |           |
|                                                                                                                                                    | 所属部署                                                                                                                                                                                                                                                             | 職種・役職 |   |        |           |
|                                                                                                                                                    | E-mail                                                                                                                                                                                                                                                           | 必須：   |   |        |           |
|                                                                                                                                                    | TEL                                                                                                                                                                                                                                                              |       |   |        |           |
|                                                                                                                                                    | FAX                                                                                                                                                                                                                                                              |       |   |        |           |
| 希望月・曜日・時間<br>(日にちは連絡調整)                                                                                                                            | 第1希望                                                                                                                                                                                                                                                             | 月     | 日 | ( ) 曜日 | 時 分 ~ 時 分 |
|                                                                                                                                                    | 第2希望                                                                                                                                                                                                                                                             | 月     | 日 | ( ) 曜日 | 時 分 ~ 時 分 |
|                                                                                                                                                    | 第3希望                                                                                                                                                                                                                                                             | 月     | 日 | ( ) 曜日 | 時 分 ~ 時 分 |
| 研修規模                                                                                                                                               | 全職員 / 部門別 (職種： )                                                                                                                                                                                                                                                 |       |   |        |           |
| 受講人数                                                                                                                                               | 約 _____ 名 (予定人数で構いません)                                                                                                                                                                                                                                           |       |   |        |           |
| 希望する<br>内容等<br>(研修案内<br>参考)                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1. HIV感染者の動向<br><input type="checkbox"/> 2. HIVの医療体制について<br><input type="checkbox"/> 3. HIV感染症について<br><input type="checkbox"/> 4. HIV感染症の患者支援について<br><input type="checkbox"/> 5. HIV感染症の歯科治療について<br><input type="checkbox"/> 6. その他 ( ) |       |   |        |           |
| 研修使用<br>機材                                                                                                                                         | 1. パソコン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      2. プロジェクター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>3. スクリーン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>※上記機材が無い場合はこちらから持参いたします                                 |       |   |        |           |
| 講師用<br>駐車場                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                            |       |   |        |           |
| 研修希望<br>理由                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |   |        |           |
| 当研修を知った<br>きっかけ                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 福岡県ホームページ <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 他研修会<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                           |       |   |        |           |
| ※受講された方には、研修事後アンケートへのご協力をお願いしております (研修の理解度やHIVに対する受け入れ意識を調べるものです)。貴施設における集計結果をご覧になりたい場合は下記へチェックしてください。<br><input type="checkbox"/> アンケート結果の送付を希望する |                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |   |        |           |

30.4 改訂

## ■申込先

〒810-8563 福岡市中央区地行浜1-8-1

国立病院機構九州医療センター AIDS/HIV総合治療センター

研修担当：首藤      事務担当：吉用

TEL：092-852-0700 (内線 2501)

FAX：092-847-8801

Email:midori@kyumed.jp