

事 務 連 絡
平成23年9月20日

岡山県医師会事務局長 殿
岡山県病院協会事務局長 殿

岡山県保健福祉部医薬安全課長

リウマチ・アレルギー相談員養成研修会の実施について

このことについて、別添のとおり厚生労働省から通知がありましたのでお知らせ
します。

なお、同通知については、県のホームページ（下記アドレス）に掲載しています
ので、申し添えます。

記

<http://www.pref.okayama.jp/hoken/hohuku/tuuchi/top.htm>

「岡山県保健福祉部からの医療安全情報等のお知らせ」

岡山県保健福祉部医薬安全課
特定保健対策班
担当：片山（内線2738）

哭

健疾発0906第1号
平成23年9月6日

各
〔 都道府県
指定都市
中核市
政令市
特別区 〕
衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局
疾病対策課長



リウマチ・アレルギー相談員養成研修会の実施について

疾病対策行政の推進につきましては、日頃より御理解、御協力を頂き感謝申し上げます。

近年、増加傾向にあるリウマチ、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、花粉症などリウマチ・アレルギー疾患の正しい情報の普及を図るため、昨年度に引き続き標記研修会を別紙1の「平成23年度リウマチ・アレルギー相談員養成研修会実施要綱」により実施することとしております。つきましては、研修受講者を選考の上、推薦方よろしくお取り計らい願います。

なお、研修受講者については、別紙2「リウマチ・アレルギー相談員養成研修会受講申込書」に別紙3「リウマチ・アレルギー相談員養成研修会 事前アンケート」を添えて、下記により提出願います。

また、当研修会につきまして御了知頂きますとともに、貴管下医療機関等への御周知を賜りますようお願いいたします。

記

- 1 提出期限 平成23年9月26日（月曜日）までに書類必着
- 2 推薦者数 3名まで
(別紙3により受講推薦順位をおつけください。)
- 3 提出先 〒100-8916
東京都千代田区霞が関1-2-2
厚生労働省健康局疾病対策課アレルギー疾病係

平成23年9月6日

各

都道府県
指定都市
中核市
政令市
特別区

リウマチ・アレルギー対策担当係 御中

厚生労働省健康局疾病対策課
アレルギー疾病係

リウマチ・アレルギー相談員養成研修会の実施について（補足説明）

標記研修会につきまして、下記のとおり補足説明いたします。

○推薦者数について

リウマチの部、アレルギーの部で、それぞれ3名まで応募可能とします。
それぞれ3名推薦頂いた場合、合計で最大6名まで可能となります。

○別紙2（受講申込書）について

用紙がリウマチ部、アレルギーの部に分かれていますのでご記入の際にはご注意ください。

○申込用紙等の電子媒体について

申込用紙等の電子媒体が必要な場合は、メールでご連絡下さい。
頂きましたメールアドレスに返信いたします。

○メールでのご連絡について

メールでご連絡等頂く際には、件名を次のようにして下さい。
【自治体名】リウマチ・アレルギー相談員養成研修会

【 担 当 】

厚生労働省健康局疾病対策課

長 修二

TEL: 03-5253-1111 (内線 2359)

FAX: 03-3593-6223

E-mail: chou-shuuji@mhlw.go.jp

平成23年度リウマチ・アレルギー相談員養成研修会実施要綱

1 目的

リウマチ、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、花粉症、食物アレルギー等何らかの免疫アレルギー疾患を有する患者は、国民の30%以上にも上り、ますます増加傾向にあるとされている。

また、民間療法も含め膨大な情報が氾濫し、患者にとって正しい情報の取捨選択が困難な状況にあること等から、都道府県、保健所設置市及び特別区（以下「都道府県等」という。）の保健関係、福祉関係等従事者並びに貴管下の医療従事者を対象に、これら疾患について必要な知識を修得させ、地域住民への正しい知識の普及啓発を行うための相談体制の確保を図ることを目的とする。

2 実施主体

厚生労働省健康局疾病対策課とする。

3 研修内容

リウマチ・アレルギー相談員養成研修は、リウマチの部及びアレルギーの部から構成され、それぞれ別紙プログラムにより行う。

4 受講対象者

都道府県等の保健関係、福祉関係等従事者並びに貴管下の医療従事者であって、リウマチの部及びアレルギーの部のいずれか又はすべてを受講可能な者とする。

5 受講の申込み等

- (1) 都道府県等は、上記受講対象者としての資格を満たしている者の中から、受講推薦者を決定し、健康局疾病対策課あて相談員養成研修会受講申込書を送付する。
- (2) 健康局疾病対策課は、本実施要綱に基づき受講者を決定し、各都道府県等を通じて通知する。

6 実施期日及び会場

平成23年12月19日（月） アレルギーの部
平成23年12月20日（火） リウマチの部
厚生労働省 共用15・16会議室
〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

7 研修人員

アレルギーの部及びリウマチの部 各々100名までとする。

8 修了証書

リウマチの部及びアレルギーの部を終了した者に対し、それぞれ修了証書を交付する。

9 経費

- (1) 受講料は無料とする。
- (2) 受講地への旅費、滞在費等は受講者の負担とする。

平成23年度 リウマチ・アレルギー相談員養成研修会プログラム

○1日目 12月19日(月) 「アレルギーの部」

9:50～10:00	開会		
10:00～11:00	アレルギー総論と成人喘息	秋山 一男	(独) 国立病院機構相模原病院長
休憩(10分間)			
11:10～12:30	小児喘息とアトピー性皮膚炎	赤澤 晃	東京都立小児総合医療センターからだの専門診療部アレルギー科医長
休憩(60分間)			
13:30～14:30	花粉症	大久保 公裕	日本医科大学耳鼻咽喉科教授
休憩(10分間)			
14:40～15:40	食物アレルギー	今井 孝成	(独) 国立病院機構相模原病院小児科医師
休憩(10分間)			
15:50～16:20	患者会の立場から	園部 まり子	NPO法人アレルギーを考える母の会代表
休憩(10分間)			
16:30～17:00	自治体からの発表	池永 泉	東京都福祉保健局健康安全部環境保健課
休憩(10分間)			
17:10～17:30	行政より(アレルギー疾患対策の方向性等)	厚生労働省	
17:30～	閉講式		

○2日目 12月20日(火) 「リウマチの部」

9:50～10:00	開会		
10:00～11:00	リウマチ総論	宮坂 信之	東京医科歯科大学膠原病・リウマチ内科教授
休憩(10分間)			
11:15～12:15	内科の立場から	宮坂 信之	東京医科歯科大学膠原病・リウマチ内科教授
休憩(75分間)			
13:30～14:30	患者会の立場から	長谷川 三枝子 (社) リウマチ友の会会長	
休憩(10分間)			
14:45～15:45	厚生科学研究から	山中 寿	東京女子医科大学付属膠原病リウマチ痛風センター 教授
休憩(10分間)			
16:00～17:00	外科の立場から	桃原 茂樹	東京女子医科大学付属膠原病リウマチ痛風センター 教授
休憩(10分間)			
17:10～17:30	行政より(リウマチ対策の方向性等)	厚生労働省	
17:30～	閉会		

平成23年度リウマチ・アレルギー相談員養成研修会受講申込書

(リウマチの部)

都道府県・市・区名： _____

推薦順位 1

氏名		職種
生年月日		昭和 年 月 日生 (歳)
勤務先	所在地	〒 電話： - - FAX： - -
	所属	(課・係まで)
	業務内容	
	E-mail	
緊急連絡先		〒 電話： - - 自宅・その他 ()

推薦順位 2

ふりがな氏名		職種
生年月日		昭和 年 月 日生 (歳)
勤務先	所在地	〒 電話： - - FAX： - -
	所属	(課・係まで)
	業務内容	
	E-mail	
緊急連絡先		〒 電話： - - 自宅・その他 ()

推薦順位 3

ふりがな氏名		職種
生年月日		昭和 年 月 日生 (歳)
勤務先	所在地	〒 電話： - - FAX： - -
	所属	(課・係まで)
	業務内容	
	E-mail	
緊急連絡先		〒 電話： - - 自宅・その他 ()

(別紙2)

平成23年度リウマチ・アレルギー相談員養成研修会受講申込書

(アレルギーの部)

都道府県・市・区名： _____

推薦順位 1

氏名		職種
生年月日		昭和 年 月 日生 (歳)
勤務先	所在地	〒 電話： - - FAX： - -
	所属	(課・係まで)
	業務内容	
	E-mail	
緊急連絡先		〒 電話： - - 自宅・その他 ()

推薦順位 2

ふりがな 氏名		職種
生年月日		昭和 年 月 日生 (歳)
勤務先	所在地	〒 電話： - - FAX： - -
	所属	(課・係まで)
	業務内容	
	E-mail	
緊急連絡先		〒 電話： - - 自宅・その他 ()

推薦順位 3

ふりがな 氏名		職種
生年月日		昭和 年 月 日生 (歳)
勤務先	所在地	〒 電話： - - FAX： - -
	所属	(課・係まで)
	業務内容	
	E-mail	
緊急連絡先		〒 電話： - - 自宅・その他 ()

リウマチ・アレルギー相談員養成研修会 事前アンケート

(特にない場合も、その旨ご記入のうえ提出願います。)

都道府県・市・区名： _____

所 属： _____

氏 名： _____

- 1 リウマチ・アレルギー相談員養成研修を開催するにあたり、受講者の方々が日頃の保健指導上ご不明な点、あるいは今回の研修で習得したい内容、その他ご要望等ございましたら、ご記入下さい。

(例：〇〇(疾患名)で、〇〇が不明である/〇〇についてもっと知りたい)

- 2 貴自治体または貴院において独自に実施している、リウマチ・アレルギー対策事業がございましたら、ご記入下さい。また、過去の相談員養成研修会の成果の活用事例等ございましたら、あわせてご記入下さい。

(例：市民相談会や教室を実施/職員へ伝達講習会を実施 等)

御協力ありがとうございました。