岡山県医師会主催第２回乳房超音波医師講習会について

岡山県医師会では、NPO法人日本乳がん検診精度管理中央機構共催で｢岡山県医師会主催第2回

乳房超音波医師講習会｣を下記のとおり開催いたします。受講をご希望の方は別紙申込用紙にてお申込

みください。

**１　日 時**　　　　　　 令和元年１２月２１日（土）～２２日（日）

**２　講習対象者**岡山県及び近隣地域の医師（岡山県内の医師優先）　４８名

**と定員** 試験のみ８名（枠に余裕が出た場合には遠方の医師も可）

**３　会 場**　　　　 岡山県医師会館　（岡山市北区駅元町１９番-２号）

**４　受講料**　　　 受講料　４２，０００円（**税別・**２日間の昼食代を含みます。）

（※交通費・宿泊費用は含みません。）

　　　　　　　　　　　 受講料（試験のみ）　１０，０００円（**税別**）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （※交通費は含みません。）

　　　　　　　　　　　　　　　※　**消費税につきましては、支払い時の税率とさせていただきます。**

**５　申込み期間**　 令和元年９月２０日(金)～　受付中

**６ 申込み方法**　別紙申込用紙に必要事項をご記入の上、**メール**でお申込みください。

**Ｅ－mail：chiiki@po.okayama.med.or.jp**

**7　受講者の条件**

**【講習会】** ① 医師であること

　　　　　　　 　② 乳房超音波の経験があることが必須

　　 　　　　　　　　　③ ご自分で撮影された超音波画像が持参できることが望ましい

**【試験のみ】** ① 精中機構主催･共催あるいはＪＡＢＴＳ主催･共催の２日間の乳房超音波

　　　　　　　　　　　　 講習会の受講経験があること

② 前回の受講あるいは試験から６ヶ月以上経過していることが必要

③ 講習会の手伝い（スタッフ）をして試験会場に居た場合も上記と同様の

扱いとなります

④ 前回の受講あるいは試験から６ヶ月経過していないことが判明した場合

　　　　　　　　　　　 は試験結果が無効となります

⑤ 日本超音波医学会認定超音波専門医（乳腺あるいは総合）である場合

は過去に受講歴がなくても受講可。日本超音波医学会認定超音波専

門医の認定証コピーの提出が必要です。

**８　注意事項 　　 ※** 受講者の決定は**先着順ではなく、受講歴の回数や乳房超音波実施経験回数**

**などの用件を考慮し、選考いたします。**

受講者選考結果は、１１月初旬頃に全員にご連絡いたします。

* 2018年8月開催の講習会より**試験に参考書、メモ等の持ち込みが禁止**になっております。
* 更新の講習会として受講を希望される方は、**事前に「更新目的」である事を必ず申し出てください。**

**岡山県医師会主催第２回乳房超音波医師講習会プログラム**

（プログラムは進行状況によっては多少変更となることがあります）

１２月２１日（土）　午前８時３０分　受付開始

09:00-09:10 開講式とアンケートの説明(10分)

09:10-09:30 乳癌の基礎知識　(20分)

09:30-09:50 検診の意義と精度管理（20分）

09:50-10:35 主な乳腺疾患（45分）

10:35-10:45 休憩

10:45-11:25 超音波の基礎と組織特性（40分）

11:25-12:15 乳房超音波検査法（50分）

12:15-12:50 昼食

12:50-13:20 乳房超音波所見用語（腫瘤）（30分）

13:20-13:50 乳房超音波所見用語（非腫瘤）（30分）

13:50-14:00 休憩

14:00-14:30 要精査基準とカテゴリー判定（30分)

14:30-14:50 乳腺疾患の診断的インターベンションの適応と方法(20分)

14:50-15:05 講師紹介とパソコンの使用方法についての解説（15分）

15:05-15:20 アンケートの記入と休憩・移動（15分）

15:20-16:10 グループ講習①

16:20-17:10 グループ講習②

17:20-18:10 グループ講習③

18:10-18:20 第2日目のオリエンテーション、アンケートの回収

（グループ講習の時間は実際の開始時間によって、多少変更となることがあります）

１２月２２日（日）　受付不要

08:30-09:20 グループ講習④

09:30-10:20 グループ講習⑤

10:30-11:20 グループ講習⑥

11:20-11:50 アンケートの記入と復習

11:50-12:20 昼食　　　　※**試験のみ受験者入室可**

12:20-12:50 画像試験の説明（30分）

12:50-14:35 画像試験（100分+休憩5分）

14:35-15:00 パソコンの回収、休憩（解答の読み込み・返却）

15:00-16:00 画像試験の回答・解説

16:00-16:10 閉講式

グループ講習（グループ講習の時間は実際の開始時間によって、多少変更となることがあります）

|  |  |
| --- | --- |
| １．Hands on：走査法と画像評価 | ４．組織特性に基づいた診断 |
| ２．カテゴリー診断樹に即した診断法（腫瘤） | ５．総合判定 |
| ３．カテゴリー診断樹に即した診断法（非腫瘤） | ６．いろいろな病変の超音波画像・病変を見つけるコツ |

**第２回岡山県医師会主催乳房超音波医師講習会　講師一覧**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 講師の種類 | 名　　前 | 所　　属 | 所属科 |
| 講師 | 中島　一毅 | 川崎医科大学総合医療センタ－ | 外科 |
| 講師 | 伊波　茂道 | 三宅おおふくクリニック | 乳腺外科 |
| 講師 | 石部　洋一 | 総合病院水島協同病院 | 乳腺外科 |
| 講師 | 白岩　美咲 | 香川県立中央病院 | 乳腺センター |
| 講師 | 藤本　泰久 | 吹田徳洲会病院 | 乳腺外科 |
| 講師 | 中谷　守一 | 南大阪病院　乳腺外科 | 乳腺外科 |
| 講師 | 位藤　俊一 | りんくう総合医療センター | 外科 |
| 技師 | 尾羽根　範員 | 住友病院　診療技術部 | 診療技術部超音波技術科 |
| 技師 | 加奥　節子 | 国立病院機構大阪医療センター | 臨床検査科 |
| 技師 | 中川　美名子 | 岡山県健康づくり財団 |  |
| 技師 | 河田　晶子 | 岡山済生会総合病院 | 超音波センター |
| 技師 | 難波　しのぶ | 倉敷中央病院 | 総合保健管理センター |
| 準講師 | 山本　裕 | 川崎医科大学 | 乳腺甲状腺外科 |
| 準講師 | 小野　由美香 | 川崎医科大学 | 放射線科(核医学診療) |
| 準講師 | 藤本　浩一 | 医療法人　錦病院 |  |
| 準講師 | 溝尾　妙子 | 思誠会　渡辺病院 |  |
| 講師 | 奥野　敏隆 | 西神戸医療センター |  |
| 講師 | 濵田　信一 | 四国中央HP | 健康管理課 |
| 技術要員 | 大島　あみ | 愛知県立大学 | 情報科学部 |

**第２回岡山県医師会主催乳房超音波医師講習会　申込用紙**別　　紙

**申込先：**[**chiiki@po.okayama.med.or.jp**](mailto:chiiki@po.okayama.med.or.jp)

**申込期間：9月20日(金)～**

|  |  |
| --- | --- |
| フ リ ガ ナ  １　氏　　名(※必須) |  |
| ２　生年月日(※必須) | 年　　　　月　　　　日　　　(　　　歳) |
| ３　所　　属(※必須) |  |
| ４　専　　門 (※必須) | 乳腺外科・その他の外科･放射線科・婦人科・健診科  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５　連絡先（勤務先または自宅）  (※必須) | 勤務先　　　　　　　　　自　宅  ※今後の連絡先として案内等を郵送させていただきます。 |
| ６　連絡先住所(※必須) | 〒　　- |
| ７　連絡先電話番号(※必須) |  |
| ８　連絡先ＦＡＸ番号  (※必須) |  |
| ９　メールアドレス(※必須) |  |
| １０　乳房超音波実施経験  (検診) | 過去３年間の超音波検査を行った症例数　　　　　回 |
| １１　乳房超音波判定のみ  経験(検診) | 過去３年間の超音波検査を行った症例数　　　　　回 |
| １２　乳房超音波実施経験  (診療) | 過去３年間の超音波検査を行った症例数　　　　　回 |
| １３　乳房超音波判定のみ  経験(診療) | 過去３年間の超音波検査を行った症例数　　　　　回 |
| １４　自施設の超音波画像を  持参することができる  か　　　　　　(※必須) | できる　　　　　　　　　できない |
| １５　日本超音波医学会の超音波専門医(乳腺･総合)  取得の有無  (※必須) | あ　る　　　　　　　　　　な　し |
| １６　精中機構主催または共  催超音波講習会への受  講歴がある方  ※会場番号あるいは開催年と  開催地  　　　　　　　　　　(※必須) | * 受 講 歴　　　　　　　 　回 * 会場番号 * 開 催 年 * 開 催 地 |
| １７　JABTS主催または共催  超音波講習会への受講  歴がある方  ※会場番号あるいは開催年と  開催地  　　　　　　　　　　(※必須) | * 受 講 歴　　　　　　　 　回 * 会場番号 * 開 催 年 * 開 催 地 |
| １８　備　　考 |  |

* + 記入もれのないよう、ご記入願います。
  + E-mailで申し込みください。 E-mail　chiiki@po.okayama.med.or.jp
  + 試験のみの受講の場合は、備考欄に「**試験のみ受講**」とご記入ください。
  + 試験のみ受講希望の場合、日本超音波医学会認定超音波専門医の認定証コピーを

必ずご提出ください。

* + 更新目的の場合は、備考欄に「**更新目的であること**」とご記入ください。
  + ご不明な点は下記までご連絡ください。

《問い合わせ先》

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　岡山県医師会 地域医療課　小野まゆみ

〒700-0024　岡山市北区駅元町19-2

TEL：086-250-5111　FAX　086-251-6622

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail　[chiiki@po.okayama.med.or.jp](mailto:chiiki@po.okayama.med.or.jp)　（課）

[ono\_m@po.okayama.med.or.jp](mailto:ono_m@po.okayama.med.or.jp)　（個人）