

《第 7 回看護師のためのエイズ診療従事者研修アドバンスト・コース募集要項》

＜一般目標＞

中国四国地方のエイズ拠点病院の看護師が、HIV/AIDS 看護に関する知識を深め、適切な看護が行えるようになる。

＜目的＞

1. HIV/AIDS に関する最新の臨床医学に関する理解を深める。
2. 各施設のケアの経験を共有し AIDS 患者に対する看護の知識を深める。
3. 今後の HIV/AIDS 看護を実践する上で、個々の研修生の状況に即した具体的目標を決める。

＜開催日＞

平成 24 年 1 月 21 日(土) 9:20～17:15

＜研修場所＞

広島大学病院 外来棟 2 階会議室

＜プログラム内容＞

研修会プログラム（予定）は以下のとおりです。

時間	内容
9:20～9:45	オリエンテーション 挨拶、自己紹介
9:45～10:45	講義『AIDS 指標疾患の治療と免疫再構築症候群』
10:45～11:45	講義『HIV 感染症拡大を抑える ART（最近の海外研究より）』
11:55～12:40	症例から学ぶ HIV 感染者でよくある STD
12:40～13:40	昼食
13:40～15:50	事例検討
16:00～16:45	ディスカッション『研修を実践に活かすには』
16:45～17:15	研修会感想、修了証授与 研修会終了

<対象者および募集人数>

中国四国ブロックのエイズ治療における拠点病院に勤務し、過去に当院で開催された第1回～第22回までの看護師のためのエイズ診療従事者研修に参加したことのある看護師。もしくはこれに相当する1泊2日以上HIV/AIDS看護に関する研修を受けた拠点病院に勤務する看護師。研修内容を毎年変更しているため、これまでに当院で開催されたアドバンスト・コース受講者も参加は可能。募集人数は25名程度とし、検討事例を提出できる方を優先して参加を決定させていただきます。

<研修費用>

規定に基づき、参加者は研修料1日分1,260円を納入していただきます。教材、配付資料等の費用は研修料に含まれます。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、参加申込みの際に必ずお知らせください。

<申し込み方法>

参加者は研修申請書（別紙2）にHIV/AIDS看護経験記入用紙（別紙3）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。

申込期限：平成23年12月2日（金）必着

（申込者多数の場合は、選考とさせていただきますのでご了承ください。）

<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

担当：藤井 輝久、鍵浦 文子、濱本 京子

TEL&FAX 082-257-5351 E-mail:kyokoko@hiroshima-u.ac.jp（濱本）

別紙 2
様式第 1 号(第 3 条関係)

エイズ診療従事者研修申請書

広島大学病院長 殿

平成 年 月 日

住所
所属医療機関等の長

印

下記の者について、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 (昭和/平成 年 月 日生：男 女)
- 2 住所
電話番号：
メールアドレス：
FAX 番号：
- 3 研修事項
中国四国ブロック
第 7 回看護師のためのエイズ診療従事者研修 アドバンスト・コース
- 4 研修期間
自 平成 24 年 1 月 21 日
至 平成 24 年 1 月 21 日
- 5 研修希望診療科等
エイズ医療対策室

別紙 3

HIV/AIDS 看護経験記入用紙

		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	@ □ 今後メールにて研修会案内や看護の情報提供を希望される方はチェックしてください。		
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	
職 種 (レを記入)	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師		
	<input type="checkbox"/> 看護部長 <input type="checkbox"/> 副看護部長 <input type="checkbox"/> 師長 <input type="checkbox"/> 主任 (副師長) <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他 ()		
勤務領域	(例：血液内科・消化器外科・集中治療部等) ・「第一内科」等の診療科名称ではなく、携わっている診療科の内容等を具体的に記入		
施設内での 担当役割	(例：感染対策委員・院内H I V医療対策チーム・リスクマネージャー等) ・施設内か所属部署内 (例：病棟内) 等を具体的に記入		

裏面への記入もお願いします

看護経験年数	() 年		
HIV/AIDS の看護経験	有 ・ 無 症例経験数 () 例		
過去に受講した HIV/AIDS に関する研修会	研修会名	期間	主催
		S H 年 月 日～月 日	
		S H 年 月 日～月 日	
		S H 年 月 日～月 日	
		S H 年 月 日～月 日	
現在の HIV/AIDS 診療との関わり方			
今回の研修参加における受講動機・学習課題			
検討してみたい事例の有無	有 ・ 無 <small>※ 受講生が看護を振り返って考えたい事例について、グループに分かれて事例検討を行う予定です。 ※ 検討事例を提出できる方を優先して参加決定をさせていただきます。</small>		