

《第 25 回・第 26 回看護師のためのエイズ診療従事者研修募集要項》

<一般目標>

中国四国地方の診療施設の看護師が、HIV 感染者／エイズ患者の基本的なニーズを知り、よりよいケアを提供できるようになること。

<行動目標>

1. 基礎的な臨床経過と治療について理解し、その概略を分かりやすく述べることができる。
2. 院内感染予防対策の考え方を学び、実行できる。
3. エイズに対する自分自身の感情や価値観に気づくことができる。
4. 医療・看護・心理社会の側面から患者の置かれた立場・背景を理解することができる。
5. チーム医療の一環を担う看護師として、他専門職と協力して行動することができる。

<概要>

上記の目標達成のため、少人数での講義と質疑、相互討論、教材の配布、ビデオ学習、外来診療の見学、患者さんとの対話、まとめの討議等を実施します。詳細はプログラム案をご覧ください。

<対象者および募集人数>

ブロック内のエイズ拠点病院に勤務する看護師で、1回の研修につき10名程度とします。

<開催日> ※申請書（別紙2）に希望する回の日程をご記入下さい。

第25回：平成25年7月31日（水）9:30～8月1日（木）15:15（予定）

第26回：平成25年8月28日（水）9:30～8月29日（木）15:15（予定）

<研修場所> 広仁会館会議室（広島大学霞キャンパス内）

<研修費用>

広島大学規定に基づき、参加者は研修料2日分2,520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みます。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1）に履歴書（別紙2）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。なお、

添付書類のうち(2)健康診断証明書、および(3)所有する免許の写しは、研修参加決定通知後にご提出頂くようご案内いたしますので申込みの際には提出不要です。

申込期限：平成25年6月14日（金）必着（申込者多数の場合は、事務局で調整させていただきます。）

<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 082-257-5581（輸血部長室）E-mail:kyokoko@hiroshima-u.ac.jp（濱本）

研修会プログラム案

【第25回】 2013/7/31(水) 【第26回】2013/8/28(水)

時間	プログラム	会場
9:10	受付開始	広仁会館会議室
9:30	挨拶 オリエンテーション／事務連絡／スタッフ紹介	
10:00	参加者自己紹介	
10:00	レクチャー	
11:20	「HIV/AIDSの基礎知識」	
11:30	エクササイズ	
11:50	自分の価値を位置づける	
11:50	レクチャー	
12:30	「抗HIV薬の服薬援助について」	
12:30	昼食	
13:30	エクササイズ	
14:00	「賛成？反対？」	
14:00	レクチャー	
15:00	「セクシュアリティについて」	
15:15	レクチャー	
16:15	「外来における看護師の役割について」	
16:20	レクチャー	
16:50	「病棟での看護」	
16:50	当事者の体験談	
17:40		

【第25回】 2013/8/1(木) 【第26回】2013/8/29(木)

時間	プログラム	会場
8:15～25	集合	広仁会館会議室
8:30	レクチャー	
9:10	「心理的支援について」	
9:15	レクチャー	血液内科外来
9:55	「HIVと社会生活支援」	
10:00	外来への移動・外来見学・1日目のフィードバック	血液内科外来
12:30	ビデオ・フリーディスカッション	
12:30	昼食	広仁会館会議室
13:30	ロールプレイ	
14:30	参加者感想・アンケートの記入	
14:50	修了証授与	
15:15	終わりの挨拶	

別紙 1
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 (西暦 年 月 日生:男 女)
氏名

2 住所
電話番号: FAX 番号:
メールアドレス:

3 研修事項 中国四国ブロック、看護師のためのエイズ研修

4 研修期間 (研修希望日程にチェック印をつけて下さい。)
 第 25 回 平成 25 年 7 月 31 日(水)・8 月 1 日(木)
 第 26 回 平成 25 年 8 月 28 日(水)・8 月 29 日(木)
 第 25 回・26 回どちらでもよい

5 研修希望診療科等 血液内科

添付書類

(1) 履歴書 (2) 健康診断証明書 (3) 所有する免許証の写し

別紙2

看護師のためのエイズ診療従事者研修 履 歴 書

		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	@		
	<input type="checkbox"/> 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。		
希望する回	<input type="checkbox"/> 第25回【平成25年7月31日(水)・8月1日(木)】 <input type="checkbox"/> 第26回【平成25年8月28日(水)・8月29日(木)】 <input type="checkbox"/> どちらでもよい		
最終学歴	年 月卒業		
職 歴	施 設 名	勤 務 期 間	勤 務 内 容
		S H 年 月から S H 年 月まで	
		S H 年 月から S H 年 月まで	
		S H 年 月から S H 年 月まで	
		S H 年 月から S H 年 月まで	
		S H 年 月から S H 年 月まで	
		S H 年 月から S H 年 月まで	
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	
		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		

裏面への記入もお願いします

