

平成 30 年 7 月 吉日

中国四国地方 エイズ治療拠点病院
ソーシャルワーカー 殿

厚生労働省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
中国四国ブロック分担研究者 藤井輝久
公益社団法人日本医療社会福祉協会 会長 早坂由美子

「第 14 回 HIV/AIDS ソーシャルワーカー・看護師ネットワーク会議、研修会」
出席者募集について

謹啓

時下 ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。HIV/AIDS 診療につきましては、平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、例年開催しております HIV 感染症患者を支援するソーシャルワーカーのためのネットワーク会議・研修会を下記の通り開催いたします。今年度は HIV 陽性者の就労支援と血友病薬害被害者の更なる支援に的を絞り、中四国エイズ拠点病院の看護師も交えた会議と地域で就労支援に携わっている方々にも参加を促し各機関の情報を交換できる研修会にしたいと思っております。

初日はエイズ拠点病院ソーシャルワーカーと看護師の合同ネットワーク会議と、厚労省エイズ対策政策研究事業「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究」班（班長 名古屋医療センター横幕能行先生）による血友病薬害被害者支援をテーマにした会議となります。翌日の研修会では、公益社団法人日本医療社会福祉協会との共催で HIV の基礎研修から就労支援まで、医療従事者と地域支援者が意見交換しながら互いに現状を理解する内容となっております。現在地域社会資源を利用する事で、HIV 陽性者の就労および生活が格段に豊かになるシステムが各市町村には存在しています。自己決定に基づく選択ができる環境を作るには、医療従事者の情報量そして支援力が大きく左右します。研修会で学んだことを参加者が貴院に持ち帰り、具体的な対応ができるような幅広い研修内容となっております。

この会議・研修会に参加していただくことでソーシャルワーカー、看護師が有機的に連携し、各地域の相談支援体制作りの一翼を担っていただくことに繋がることを願っております。ぜひ貴院看護師と共にご参加ご検討ください。

敬白

記

- [期日] 平成 30 年 10 月 6 日（土）・7 日（日）（7 日の研修へは看護師は任意参加）
- [会場] 10/6（土） 広島オフィスセンター 広島県広島市南区東荒神町 3-35 5 階 G 会議室
10/7（日） 広仁会館^{こうじん} 2 階 大会議室：広島市南区霞 1-2-3 （*広島大学病院構内）
- [共催] 厚生労働省エイズ対策政策研究事業 医療体制の整備に関する研究班
公益社団法人 日本医療社会福祉協会
- [日程] 次頁記載

—第 14 回 HIV/AIDS ソーシャルワーカー・看護師ネットワーク会議、研修会 日程表—

10月6日（土） *会議：拠点病院参加者のみ

- 12:30 受付
- 13:00 HIV/AIDS ソーシャルワーカー・看護師ネットワーク会議（拠点病院参加者のみ）
事前アンケートを基に各施設の現状報告
- 14:00 情報共有&今後に向けて
- 14:50 休憩
- 15:00 エイズ対策政策研究事業 医療体制の整備に関する研究班（拠点病院参加者のみ）
血友病薬害エイズ被害者支援担当者会議
- 17:00 終了

10月7日（日） *研修会：拠点病院参加者および地域支援者

- 8:30 受付
- 9:00 開会挨拶：藤井 輝久（広島大学病院 エイズ医療対策室長）
- 9:05 講義①『HIV 感染症の基礎知識・最新情報』
(60分) ◆講師：藤井 輝久（広島大学病院 エイズ医療対策室長）
- 10:05 グループワーク【1】：自己紹介、意見交換
(20分)
- 10:25 休憩
- 10:30 講義②『HIV 陽性者の就労支援（仮題）』
(60分) ◆講師：岡本 学（国立病院機構大阪医療センター 医療ソーシャルワーカー）
- 11:30 グループワーク【2】：意見交換
(15分)
- 11:45 講義③『血友病薬害被害の歴史と就労（仮題）』
(30分) ◆講師：M 氏（大阪 HIV 薬害訴訟原告団 理事）
- 12:15 昼食休憩 <各自ご持参ください>
(60分)
- 13:15 グループワーク【3】
(55分) 『当事者と就労受入れ側の体験から多職種で連携のあり方を考える』
 - ◆当事者：S 氏
 - ◆支援者：坂本 夏子（株式会社 ベターワールド 代表取締役）
- 14:10 グループ検討「私にできる事をみつける」
(35分)
- 14:45 グループ発表
- 15:15 まとめ
- 15:30 研修会終了

※ 当日都合によりプログラムを変更する場合がございます。ご了承ください。

[研修費] 無料

[旅費] 支給いたします。別紙の「旅費について」をご確認ください。
※旅行行程に変更がある場合は、前日までに必ず事務局までご連絡ください。
※会議参加者は10/6（土）後泊分の宿泊費は支給いたします。
※貴施設の都合上旅費支給に支障が出る際はご相談ください。

[申込] 今年度の研修会は公益社団法人日本医療社会福祉協会との共催となります。当研修会への出席申込と共に、日本医療社会福祉協会「2018年度人権擁護とソーシャルワーク研修会（広島）」としての受講申込みも兼ねさせていただきます。お手数ではございますが、専用の受講申込書も併せてご記入ください。

参加希望者は、『出席申込用紙』と『銀行口座振込依頼書』と『2018年度人権擁護とソーシャルワーク研修会（広島）受講申込書』に必要事項をご記入の上、下記広島大学病院エイズ医療対策室までご提出ください。

※尚、10/7（日）の研修会に不参加の看護師は、日本医療社会福祉協会「2018年度人権擁護とソーシャルワーク研修会（広島）」受講申込書の記入の必要はありません。

ご提出は、平成30年8月10日（金）必着です。

参加人数のご相談は下記問い合わせ先の村上までお願いいたします。

尚、参加決定のご案内は、個人宛てに8月31日（金）迄にお知らせいたします。

通知が届かない場合はご連絡ください。

以上

お問い合わせ先：広島大学病院 エイズ医療対策室（担当 村上、濱本）

〒734-8551 広島県広島市南区霞 1-2-3 TEL&FAX：082-257-5351

E-mail：eiko@hiroshima-u.ac.jp（村上）

FAX：082-257-5351

広島大学病院 エイズ医療対策室 宛

別紙1

旅費について

本会議は、厚生労働省エイズ対策研究事業の一環として開催しており、費用は全て事務委任をしている広島大学経理部にて広島大学の規程に基づき処理された後、厚生労働省科学研究費からお支払いすることになっております。そのため、旅費のお支払いの手続きにいくつか書類をご提出頂くこととなります。下記をご一読の上、必要書類などのご準備をお願い致します。また、旅費のお支払は、会議終了後、下記提出書類がすべて整いましたら、ご指定の銀行口座にお振込みいたしますので、暫くの間お立替くださいますようお願い申し上げます。

※ 旅費としてお支払い出来るもの

往路の交通費・復路の交通費・宿泊費 (10/6 日分)・日当 (2 日分)

地域内（出発地と広島市内）における交通費は、日当により充当されます。

広島市内、呉市内の拠点病院の参加者の宿泊費は該当となりません。

※ 提出必要書類について

① 銀行口座振込依頼書（参加申込書と共に平成 30 年 8 月 10 日（金）必着）

※これまでに広島大学にご提出くださっている方は、変更の場合のみご提出ください。

※住所はご自宅のご住所をお書きください。

※右上に一箇所押印が必要ですので、お忘れのないようお願いいたします。

② 会議後、交通費に関する証拠書類の提出をお願いします。

- 高速バスや高速フェリーをご利用の場合は往復分の切符（現物かコピー）または領収書

- 宿泊のパックをご利用の場合はパック旅行代金の領収書とパック旅行のパフレットまたはパック旅行の明細表（コピー可）

※JR・新幹線をご利用の方は証拠書類の提出は不要です。

③ 会議後、宿泊費に関する証拠書類の提出をお願いします。

- 宿泊証明書または宿泊領収書

※宿泊が必要な方は、ご自身で宿泊施設のご予約をお願いいたします。

3連休の込み合う時期となっております。お早目のご予約をお願いいたします。

また、研修会当日は旅費手続きの書類への押印が必要となりますので、ご印鑑を必ずご持参頂きますようお願い致します。何かご不明な点などございましたら、下記濱本までご連絡ください。何卒よろしくお願い申し上げます。

【旅費に関するお問い合わせ先】

広島大学病院エイズ医療対策室 濱本 京子

〒734-8551 広島県広島市南区霞 1-2-3

TEL&FAX：082-257-5581（輸血部長室）

E-mail：kyokoko@hiroshima-u.ac.jp

**第 14 回 HIV/AIDS ソーシャルワーカー・看護師ネットワーク会議、研修会
出席申込用紙（平成 30 年 10 月 6 日／7 日）**

所属機関名			
所属機関住所	〒 —		
勤務先電話番号	() — 【 直通 ・ 内線 () 】		
ふりがな 名前	所属部署名		
	携帯電話	— —	
勤務先での勤務 年数	年	HIV 経験症例数 (内、薬害 HIV 数)	名 (名)
E-mail	@		
参加の有無	会議：10/6（土） 参加 ・ 不参加		研修会：10/7（日） 参加 ・ 不参加
意見交換会 （懇親会）参加 の有無	10/6（土）会議終了後、18 時半頃から会場近くで意見交換会（懇親会）を行う予定です。会費は 4000 円程度を予定しています。今後の連携、相談先との交流を深める機会になると思います。ご参加お待ちしております。 参加 ・ 不参加		
別紙 1「旅費について」をご一読の上、下記旅行行程についてお知らせください。 ※ 旅行行程が後日変更となる場合は、前日までに必ず事務局までご連絡をよろしく申し上げます。			
宿泊の有無	あり（10/6） ・ なし * 日程的に宿泊が必要な方には費用をご用意します。 <u>* ご自身で宿泊施設のご予約をお願いします。</u>		
利用交通機関	JR ・ 高速バス ・ 高速フェリー ・ その他（ ） * 複数の場合は、該当するところに全て○をお願いします。		
出発地について	基本は所属施設の最寄り駅を出発地とさせていただきますが、自宅が会場に近い場合はご自宅を出発地とさせていただきます。		
この会議、研修会へ期待することなど、ご自由にお書きください。			

申込期限：平成 30 年 8 月 10 日（金）必着

※銀行口座振込依頼書と日本医療社会福祉協会用参加申込書も一緒にご提出ください。

※申込み受付後、8 月 31 日（金）迄に参加についてのご案内をお送りします。通知が届かない場合はご連絡ください。

銀行口座振込依頼書 (新規・変更)
兼 業者登録依頼書

広島大学出納担当職 殿
財務・総務室経理グループリーダー

所 属		種 別	<input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 契約・非常勤職員 <input type="checkbox"/> 非常勤講師 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 業者
広 大 I D (業者コード)			広島大学の職員は職員番号、広島大学の学生は学生番号を記入して下さい。その他の方は記入不要です。
フリガナ	下記に押印お願い致します		
氏名又は法人名 (債主名)	印		
住 所	郵便番号		↓ご自宅のご住所をお書き下さい。
	都道府県名	都・道・府・県	
	市区町村番 地区等		
	建物名等 部屋番号等		
電話番号			
F A X 番号			
電子メールでの 振込通知要否	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	E-mail アドレス	※振込通知希望の場合のみご記入下さい。携帯電話への送信はできません。

※ 本学担当者記入欄 (R/3必要項目)

仕入先勘定グループ	/H00 教職員 /H01 一般業者 /H10 公共料金 /H40 外国送金業者 /H50 その他 /H60 国等 /H70 科研 /H90 代人 /HAH 学生A~H /HJZ 学生J~Z /HZA 学生ZA~ZK
業者区分	/01 定員内 /02 非常勤 /03 非常勤講師 /04 貸金職員 /05 国等 /06 代人 /07 業者(大企業) /08 業者(中小企業) /09 市町村 /10 学生 /99 その他
支払条件	/0001振込
支払方法	/ T銀行口座振込

広島大学から私に支払われる経費等は、下記銀行口座に振り込んでください。

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 商工中金 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農林中金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 漁協
支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支店
金融機関コード	※通帳をご確認のうえ、金融機関コードの記入もお願いいたします。
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通預金 (0 1) <input type="checkbox"/> 当座預金 (0 2) <input type="checkbox"/> その他 ()
口座番号	(右詰め)
口座 名義	カ ナ 漢 字

- (注)
- 振込先は債主名義(本人の場合は本人名義、法人の場合は法人名義)の預金口座を原則とします。
 - 氏名又は法人名義には、必ずフリガナをお願いします。
 - ゆうちょ銀行を希望される場合は、必ず、振込用の店名・預金種目・口座番号をご記入下さい。
 - この依頼書に記載された個人情報は、銀行振込に関する必要な手続き及び源泉徴収票作成(謝金振込の場合のみ)を行う目的で利用するものであり、この目的以外で利用又は提供することはありません。

取扱部局名	医療対策室	経理グループ
取扱担当者名	濱本	
内線番号	5581	

第14回 HIV/AIDS ソーシャルワーカー研修会
2018年度人権擁護とソーシャルワーク研修【広島会場】合同研修会受講申込書

会員資格 (該当に✓印)	<input type="checkbox"/> 日本医療社会福祉協会正会員 (会員番号:)		<input type="checkbox"/> 日本医療社会福祉協会賛助会員(個人・団体) (会員番号:)		
	<input type="checkbox"/> 非会員		<input type="checkbox"/> 日本医療社会福祉協会会員手続き中		
ふりがな		性 別	男 女	年 齢	歳
氏 名					
所属機関名		部 署 名			
TEL	- -	FAX		- -	
所属機関種別 (該当に✓印)	<input type="checkbox"/> 特定機能病院 <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 地域医療支援病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 社会復帰施設 <input type="checkbox"/> 精神科病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリテーション病院 <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 就労移行支援事業所 <input type="checkbox"/> 障害者就業・生活支援センター <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型事業所 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型事業所 <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> その他(具体的に)				
メールアドレス	@				
HIV 診療拠点病院	1. 拠点病院である 2. 拠点病院ではない				
HIV 陽性者 支援経験	1. 有 2. 無 ※経験がある方は内容をご記入ください。 ()				
HIV 関係研修への参加	1. 有 2. 無				
職 種					
受講動機					
到達目標					
備考					