

## 《第35回・第36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、患者さんとの対話、看護演習、教材の配布、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>

HIV 看護に興味のある看護師。診療科や HIV 看護の経験は問いません。1 回の研修につき 20 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 35 回：平成 30 年 6 月 7 日（木）11:00～ 6 月 8 日（金）15:30（予定）

第 36 回：平成 30 年 7 月 26 日（木）11:00～ 7 月 27 日（金）15:30（予定）

### <研修場所>

第 35 回：広島大学病院 臨床管理棟 3F 3・4 会議室

第 36 回：広島大学病院 同上

### <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 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。**添付書類のうち(2)所有する看護師等免許の写しは、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 30 年 5 月 11 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：エイズ医療対策室 藤井輝久、丸山栄子、濱本京子

Tel ,Fax 082-257-5351 E-mail: emaru@hiroshima-u.ac.jp（丸山）

## 研修会プログラム

【第35回】2018/6/7(木) 【第36回】2018/7/26(木)

時間	プログラム	会場
10:40	受付開始	第35・36回：臨床管理棟3 F 3・4会議室
11:00	挨拶 オリエンテーション／事務連絡／スタッフ紹介	
11:20	参加者自己紹介	
11:20	レクチャー	
12:20	「HIV/AIDSの基礎知識」	
12:20	レクチャー	
13:00	「抗HIV療法について」	
13:00	昼食	
14:00	レクチャー	
14:40	「社会資源の活用について」	
14:40	レクチャー	
15:20	「性の多様性」	
15:20	休憩	
15:30	レクチャー	
16:00	「HIV疾患と歯科」	
16:00	レクチャー	
16:40	「HIV/AIDS患者の背景」	
16:40	患者との交流	
17:20		
17:20	研修の振り返り	
17:40		

【第35回】2018/6/8(金) 【第36回】2018/7/27(金)

時間	プログラム	会場
8:15	集合	第35・36回：臨床管理棟3F 3・4会議室
8:30	レクチャー	
9:10	「HIV陽性者の心理的支援」	
9:10	HIV陽性者の看護	
10:30		
10:30	看護演習	
12:00	「初診時間診」	
12:00	昼食	
13:00	チーム診療の実際	
15:00	「ケースカンファレンス」	
15:00	参加者感想/ アンケートの記入	
15:20		
15:20	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30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35回 平成30年6月7日(木)・6月8日(金)  
 第36回 平成30年7月26日(木)・7月27日(金)  
 第35回・36回どちらでもよい

5 研修希望診療科等 エイズ医療対策室

添付書類

(1) 履歴書 (2)所有する看護師等免許証の写し

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35回【平成30年6月7日(木)・6月8日(金)】 <input type="checkbox"/> 第36回【平成30年7月26日(木)・7月27日(金)】 <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
		SH 年 月から SH 年 月まで	
		SH 年 月から SH 年 月まで	
		SH 年 月から SH 年 月まで	
		SH 年 月から SH 年 月まで	
		SH 年 月から SH 年 月まで	
資格免許	名称(種別)	取得年月日	資格・免許番号
		SH 年 月 日	
		SH 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

