

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課感染症対策係

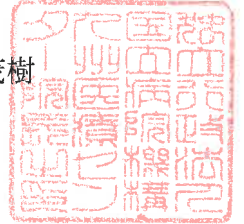
福岡市保健福祉局健康医療部保健予防課

御中

北九州市保健福祉局保険衛生部保険衛生課

独立行政法人国立病院機構九州医療センター

院長 森田 茂樹



令和元年度 HIV/AIDS 出前研修について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃より当院の HIV/AIDS 事業に対し、ご理解ご協力頂きありがとうございます。

さて、地域において適切なエイズ医療を行うためには、拠点病院を含む医療機関との連携に努めることが不可欠だと思われまます。また治療の進歩により、慢性疾患として位置づけられるようになった現在、介護福祉施設等との連携も必要となってきました。

つきましては、地域格差、医療格差のない診療を目指し、支援体制をとっていくことを目的に、当院や福岡県内 HIV 拠点病院の HIV 担当者が、依頼のあった施設へ出向き教育的研修を行う「出前研修」を別紙の通り計画致しました。

お忙しいところ恐れ入りますが、当研修につきまして、貴管内の医師会・歯科医師会並びに医療（急性期・回復期・緩和ケア等）機関、介護福祉施設等へご周知頂きたく、何卒宜しく願い申し上げます。

【お問合せ先】

厚生労働行政推進調査事業費補助金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」班  
国立病院機構九州医療センター  
AIDS/HIV 総合治療センター 吉用  
福岡市中央区地行浜 1-8-1  
TEL : 092-852-0700 (内線 2501)  
FAX : 092-847-8801



## 令和元年度 HIV/AIDS 出前研修のご案内



時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私共、HIV・エイズの治療拠点病院である九州医療センターは、HIV について理解を深めていただけるよう福岡県等の行政と協同で普及啓発に取り組んでいます。特に最近では患者の高齢化に伴い地域での受け入れ促進にむけた啓発教育が喫緊の課題となっております。

そこで九州医療センターでは平成23年より地域の医療・介護福祉施設を対象として HIV/AIDS 出前研修を実施しております。ご希望の方は下記の内容をご覧ください。

### ● 目 的

- HIV 感染症に関する知識や、HIV 感染者へのケアについて理解する
- HIV 感染症に関する知識や感染対策について学び、患者受け入れの不安を軽減する

### ● 研修内容

**研修対象施設**：福岡県内で HIV 患者受け入れ可能・または受け入れを検討している医療機関（歯科含む）、薬局・介護・福祉施設・障がい者施設 ※少人数の研修会でも可

**研修講師**：九州医療センターもしくは福岡県内 HIV 拠点病院の HIV 担当医師・歯科医師・看護師・薬剤師・栄養士・カウンセラー・ソーシャルワーカーから研修内容に適した講師を派遣致します。

**申込方法**：研修を希望する月の前々月までに申込用紙を FAX またはメールにてお送りください。日程は申込時に調整し決定いたします。時間は原則平日 10～17 時までの間でご協力ください。

**研修内容**：HIV/エイズに関すること（講義メニューをご参照下さい。）その他、内容のご希望がございましたら、ご相談下さい。

**回数**：年間 12 回

**その他**：研修後、受講された方へアンケートのご協力をお願いしています。

### ● 講義メニュー

#### (1) 基本内容

- ①HIV 感染者の動向…世界・日本・地域の状況
- ②HIV の医療体制について…診療体制、チーム医療、拠点病院・協力病院の役割
- ③HIV 感染症について…基礎知識、HIV 診療の最新情報、HIV 感染症を疑うコツ、治療、抗 HIV 薬、日和見感染予防、母子感染予防、院内感染対策、針刺し事故対応
- ④HIV 感染症の患者支援について…患者に必要な援助（日常生活教育、服薬支援、心理支援、社会福祉援助、在宅療養支援、地域連携等

#### (2) その他

- ・各施設の専門的分野に合わせて、内容を構成させていただきます。

#### 【お申込み・お問合せ先】

国立病院機構 九州医療センター AIDS/HIV 総合治療センター

〒810-8563 福岡市中央区地行浜 1-8-1 研修担当：首藤 事務担当：吉用

TEL：092-852-0700（内線 2501） FAX:092-847-8801

E-mail：voshimochi.midori.ch@mail.hosp.go.jp



# 令和元年度 HIV/AIDS出前研修 申込書

申込日： 月 日

施設名			
所在地	〒		
研修会場	*上記と異なる場合のみ記入		
研修担当者	ふりがな		
	氏名		
	所属部署		職種・役職
	E-mail (必須)		
	TEL		
	FAX		
希望月・曜日・時間 (日にちは連絡調整)	原則平日10～17時までの間でご協力ください。		
	第1希望	月 日 ( ) 曜日	時 分 ～ 時 分
	第2希望	月 日 ( ) 曜日	時 分 ～ 時 分
	第3希望	月 日 ( ) 曜日	時 分 ～ 時 分
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護職 (ケアワーカー・看護助手・介護福祉士・ヘルパー) <input type="checkbox"/> 相談員 (MSW・PSW等) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
受講人数	約 _____ 名 (予定人数で構いません)		
研修使用機材	1. パソコン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      2. プロジェクター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. スクリーン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※上記機材が無い場合はこちらから持参いたします		
講師用駐車場	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
研修希望理由			
備考	研修に対する希望等ございましたら、ご記入ください。		
当研修を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 福岡県ホームページ <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 他研修会 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
※受講された方には、研修事後アンケートへのご協力をお願いしております (研修の理解度やHIVに対する受け入れ意識を調べるものです)。貴施設における集計結果をご覧になりたい場合は下記へチェックしてください。 <input type="checkbox"/> アンケート結果の送付を希望する			

2019. 4改訂

## ■申込先

国立病院機構九州医療センター AIDS/HIV総合治療センター

〒810-8563 福岡市中央区地行浜1-8-1

研修担当: 首藤 事務担当: 吉用

TEL: 092-852-0700 (内線 2501)

FAX: 092-847-8801

Email: yoshimochi.midori.ch@mail.hosp.go.jp