

一般社団法人 日本造血細胞移植学会主催
平成 27 年度 同種造血細胞移植後フォローアップのための看護師研修会
開催案内

日 時 : 平成 27 年 7 月 23 日 (木) ~ 7 月 25 日 (土)
開始時間 : 23 日午前 10 時 ~ 終了時間 25 日午後 4 時 10 分
会 場 : 名古屋第一赤十字病院 東棟 2 階 内ヶ島講堂
住 所 : 名古屋市中村区道下町 3-35
地 図 : <http://www.nagoya-1st.jrc.or.jp/access/index.html>

※本年度の研修会はこの 1 回のみとなりますのでご注意ください。

受講申請の受付を開始しました。[受講要領](#)をご参照の上、お申込みください。



平成27年度 同種造血細胞移植後フォローアップのための看護師研修プログラム

平成 27年 1月吉日
日本造血細胞移植学会

日本造血細胞移植学会看護部会では、【造血細胞移植を含む血液造血器腫瘍疾患看護にかかわる看護師のクリニカルラダー】を作成すると共に、毎年学会総会などの機会に、看護師に対するセミナーを開催し成長発達に取り組んできております。2012年度の診療報酬で、「造血幹細胞移植後患者指導管理料」が新設され、学会としては同種造血幹細胞移植後患者の外来フォローアップに係る看護師を対象とした研修をこれまでに 4 回行ってきています。今回は、第 5 回目の研修を名古屋で開催いたします。この研修は上記指導管理料算定の施設基準に規定される「移植医療に係る適切な研修」と位置付けております。

また、研修は以下の要綱で行いますが、前回までのご応募の中には、研修の趣旨等をご理解いただけていない施設が見受けられました。この研修は、個人の学習や興味に対して行われるのではなく、同種造血幹細胞移植後患者の外来におけるフォローアップを実践していく看護師を対象として行われるものである事を十分にご理解くださいますようお願い申し上げます。

1. 研修プログラムの目的

- 1) 同種造血幹細胞移植後患者の外来でのフォローアップに継続的に加わり、そのさまざまな病態・問題に対して適切に指導/介入ができる看護師を育成し、移植成績の向上と造血細胞移植患者のQOL向上に貢献する。
- 2) 同種造血幹細胞移植後患者の外来フォローアップに不可欠なチーム医療を医師と共にリードし、その充実を図るとともに、医師の負担軽減にも貢献できる看護師を育成する。

2. 研修プログラムの受講資格

下記の条件を満たす看護師を研修受講対象者とする。

- 1) 「造血細胞移植を含む血液・造血器腫瘍疾患看護にかかわる看護師のクリニカルリーダー」レベルⅢ相当である。クリニカルリーダーレベルⅢとは、「臨床現場で生じている事象に対する自分の働き方がわかり、周囲の状況をマネジメントするとともに、個別性を重視した柔軟な対応（患者教育やスタッフ指導も含む）ができる。リーダーとして活動できる」レベルをいう。詳細は看護部作成の「[造血細胞移植を含む血液・造血器腫瘍疾患看護にかかわる看護師のクリニカルリーダー](#)」を参照のこと（学会HP掲載）。
- 2) 看護師実務経験5年以上かつ造血細胞移植医療に2年以上従事した経験を有する。造血細胞移植医療に従事するとは、入院移植患者管理、移植患者の外来管理（患者あるいはドナーコーディネーターも含む）などをさす。
- 3) 日本造血細胞移植学会員（正会員または一般会員）である。
当該施設の移植責任医師および看護部長による上記要件に関する証明と研修参加申請の署名を得ることとする。
- 4) 施設の基準としては、過去5年間にわたって年間10例程度（小児科の場合は4例程度）の同種造血幹細胞移植を施行していることとする。なお、移植件数に関しては日本造血細胞移植データセンターのデータで照合する。

3. 研修内容（研修プログラム）

研修期間は3日間（実習を除く講義・演習は10時間以上）として、講義とグループ討議による症例検討より構成する。

4. 講師

造血幹細胞移植に係わる十分な経験を有する医師（理事・評議員）、平成27年度看護部会委員、必要時HCTC委員会委員、若干名の外部講師

5. 教材

『同種造血細胞移植フォローアップ看護』（2014年03月発行（南江堂））
※テキスト代は受講料に含まれており、受講決定後、事前に送付いたします。

6. 研修期間、場所

2015年7月23・24・25日の3日間にわたって名古屋第一赤十字病院で開催する。
研修の詳しい時間割に関しては、受講決定とともに配信する。

7. 研修会参加費用

30,000円（講師交通費、会場費、教材費、など）。宿泊、交通費は各自で手配。
研修会の効率的な運営と会場付近の飲食施設の状況を勘案して、3日間の昼食・飲み物（ペットボトル1本）を会場で提供いたします。

受講要領

本研修会の受講を希望される方は、こちらから[受講申請書 \(Word\)](#) をダウンロードいただき、必要事項を明記の上、以下の書類2点（同時に学会への新規入会を申請する方は4点）をEメール、FAXまたは、郵送にてお送りください。締め切りは**6月5日（金）※郵送の場合は必着**とさせていただきます。

- ❖ 受講申請書（別紙）
- ❖ 参加費・払込受領証（複写）

以下の書類につきましては、同時に学会への新規入会を申請する方のみご提出ください。
なお、本研修を受講するためには学会員である必要がございます。

- ❖ 入会申込書 ※学会HP「[入会申込](#)」のページをご参照の上、申込書をダウンロードください
- ❖ 年会費・払込受領証（複写）

上記書類が全て確認できましたら、申請をお受けいたします。なお、募集締め切り後、ご提出いただいた申請書を基に受講資格の有無を確認、審査させていただきますので、正式に受講が決定するまでは少しお時間をいただくこととなります。お待たせしてしまい恐縮ですが、何卒ご了承いただきますようお願い申し上げます。また、正式に受講が決定されましたら、Eメールにて受講番号等のお知らせをいたします。このため申請書には、**正確に、大き目の文字で、添付ファイルを受信できるメールアドレス（パソコンのメールアドレスなど）**をご記載いただけると幸いに存じます。

<参加費 振込方法>

参加費は、30,000円です。

下記の振込口座に参加費の振込みをお願いいたします。
振込みにあたりましては、お名前を必ずお書き添えください。（振込手数料はご負担をお願いいたします。） 払込受領証（原本）は、受領書として保管をお願いいたします。

| | |
|-------|-----------------------|
| 【振込先】 | りそな銀行 名古屋駅前 支店 店番：721 |
| | 預金種目：普通 口座番号：1904912 |
| | 名義：一般社団法人日本造血細胞移植学会 |

問い合わせならびに受講申請書送り先:

一般社団法人日本造血細胞移植学会 事務局

❖ 郵送の場合：必ず「研修会受講申請書」在中と記載ください。

〒461-0047 名古屋市東区大幸南 1-1-20 名古屋大学医学部内

Tel : 052-719-1824 Fax : 052-719-1828

E-mail : jshct_office@jshct.com <http://www.jshct.com>

(別紙)

一般社団法人日本造血細胞移植学会

平成27年度 同種造血細胞移植後フォローアップのための看護師研修会

受講申請書

1. 氏名・所属施設等

| | | | |
|-------|-------|--------|--------|
| 氏名 | | (フリガナ) | |
| 生年月 | 昭和 平成 | 年 | 月 年齢 歳 |
| 性別 | 男性 | 女性 | |
| 所属施設名 | | | |
| 所属部署 | | | |
| 職名 | | | |

2. 連絡先

| | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-------|--|
| メール アドレス ※携帯不可 | ※見やすく大きな字で記載してください。また携帯アドレスは不可です。 | | |
| TEL番号 | | FAX番号 | |

3. 看護師経験について

| | |
|----------------|---|
| 看護師実務年数 | 年 |
| 造血細胞医療に関する実務年数 | 年 |
| 【内容】入院病棟勤務 | 年 |
| 造血細胞移植専門外来 | 年 |

4. 現在の業務内容を簡単にご記入ください

| |
|--|
| |
|--|

5. 入会・年会費納入状況について（該当する方に○を付けてください）

| | |
|------------------|------------------------------------|
| 入会状況 | ・今回の研修のために入会（申請中含む） ・以前より入会済み |
| 年会費（平成27年度分）納入状況 | ・納入済み ・未納 → [納入予定日] 日 |
| | ※新規入会の方は入会申込時の年会費納入について回答してください。 |

実績年数の証明と参加申請

_____氏は当施設において研修参加の前提となる実務経験を有していることを証明し、氏の平成27年度造血細胞移植後フォローアップのための看護師研修会への参加を申請いたします。

署名日時： 年 月 日

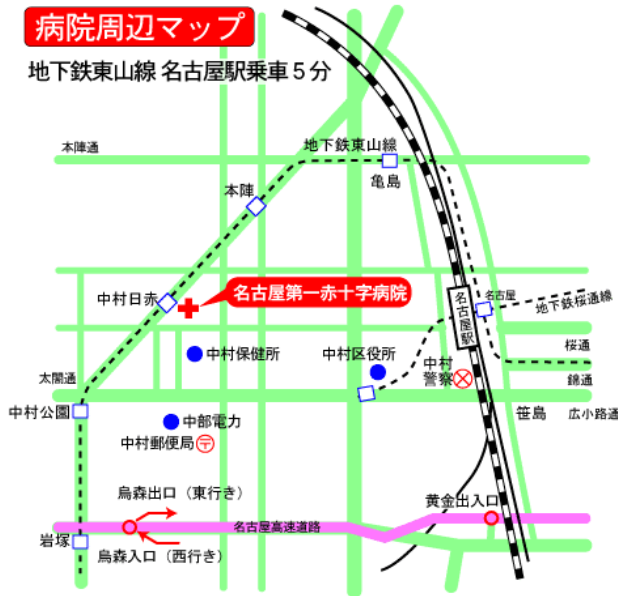
施設名 : _____

移植責任医師名（自著） : _____ 印

看護部長 （自著） : _____ 印

名古屋第一赤十字病院へのアクセスマップ

名古屋市中村区道下町 3-35



市営地下鉄中村日赤駅より地下道で病院へ直結しています。

案内表示に従い、**東棟2階 内ヶ島講堂**へ

駐車料金は自己負担となりますのでご了承ください。

(8時間駐車、約 1600 円)



外来棟2Fから東棟2Fにはお移り頂けません