

令和8年度 北海道ブロックエイズ治療拠点病院（北海道大学病院） HIV/AIDS 出張研修 実施要項

- 目的 : HIV 感染症に関する基礎知識、感染対策、HIV 陽性者へのケア等について情報を提供することにより、各施設における HIV 陽性者の受入れの不安を軽減するとともに、北海道内の HIV 感染症の医療水準の向上及び均てん化を図る。
- 研修対象 : 医療施設…医師、看護師、薬剤師、検査技師、OT/PT、事務担当者、看護助手 等
保健所…保健師 等
介護福祉施設、居宅サービス事業所…ケアマネージャー、ホームヘルパー、ケアワーカー、
生活相談員、支援相談員、サービス担当責任者 等
障害福祉施設、障害福祉サービス事業者…生活支援員、職業指導員、世話人、相談支援専門員、
就労支援員、指導員、サービス管理責任者 等
- 研修方法 : 訪問またはオンラインより選択。
訪問の場合は北海道大学病院から担当者が各施設に出向いて実施。
オンラインの場合は Zoom を利用。
- 研修期間 : 2026 年 5 月～2027 年 2 月（訪問の場合、12 月・1 月・2 月は札幌市及び札幌市近郊のみ実施可能ですが、状況により Zoom での実施をご提案させていただくことがあります。）

- 申込方法 : 申込書に必要事項を記入の上、郵送・FAX・メールで下記受付期間内に送付。
WEB サイト : 北海道 HIV/AIDS 情報 (<http://www.hok-hiv.com/>) の申込フォームからも 受付可能。



	ご希望の研修月	申込受付期間
前期	2026 年 5 月 ～ 9 月	2026 年 2 月 1 日 ～ 7 月末まで
後期	2026 年 10 月 ～ 2027 年 2 月	2026 年 7 月 1 日 ～ 12 月末まで

※研修準備のため、研修希望月の 2か月前までにお申込みください（例：5 月に研修希望の場合、3 月末までに申込み）。申込確認後、担当者より電話にて連絡いたします。

※申込多数の場合はその時点で締め切ります。申込状況を WEB サイトに随時掲載しますのでご参照下さい。

※HIV 陽性者の受け入れ予定があり研修を希望される場合は、受付期間に関わらず対応しますのでご相談ください。

- 研修講師 : 血液内科医師、HIV 担当看護師、薬剤師、カウンセラー（臨床心理士）、ソーシャルワーカーの中から研修内容により選定。

7. 研修内容：HIV/AIDS に関するご質問（下記メニュー例参照。依頼に応じその他の事項も可能）

【研修テーマ】	【内 容】
HIV 陽性者の動向	世界・日本・地域の状況
HIV の医療体制	拠点病院の役割・診療体制・チーム医療
HIV 感染症について	基礎知識、HIV 感染症の診断・治療、合併症の管理
HIV 検査・相談について	HIV 抗体検査時の対応、感染予防行動支援
HIV 感染症の看護について	初診時の対応、日常生活セルフケア支援、二次感染予防、入院中の看護等
抗 HIV 薬と服薬支援について	抗 HIV 薬について、服薬支援の実際 等
HIV と社会資源	HIV に関する社会福祉制度、ケアマネジメント
HIV とカウンセリング	HIV 陽性者の心理状況、HIV カウンセリング
HIV と感染予防	院内感染対策、針刺し損傷時の対応、スタンダードプロトコーション
HIV と妊娠出産	母子感染予防、挙児希望者への対応

8. 研修費用：無料（講演料・旅費・参加費等は一切負担なし）

9. その他：

- 1) 個人での申込みは受けかねます。部署ごとの少人数の研修も可能ですが、ご施設単位での申込みをお願いいたします。
- 2) 研修前と研修後の計 2 回のアンケート調査のご協力をお願いしております。
- 3) 初回申込みのご施設を優先させていただきます。また、令和 7 年度に研修を実施したご施設は令和 8 年度の申込みをお断りしておりますのでご了承ください。

10. 申込・お問い合わせ先：北海道大学病院 HIV 診療支援センター HIV 相談室

〒060-8648 札幌市北区北 14 条西 5 丁目

TEL : 011-706-7025 FAX : 011-706-7625

e-mail : soudan@med.hokudai.ac.jp

北海道ブロックエイズ治療拠点病院（北海道大学病院）

HIV／AIDS 出張研修 《申込書》

ご施設名													
所在地	〒 一												
ご担当者 (連絡窓口)	ふり 氏 名												
	所 属												
	E-Mail												
	TEL(内線)	—	—	()	FAX	—	—						
希望日時	第1希望	年	月	日	()	時	分	～	時	分			
	第2希望	年	月	日	()	時	分	～	時	分			
	第3希望	年	月	日	()	時	分	～	時	分			
研修方法	訪問・オンライン（Zoom）のいずれかに○をつけて下さい												
参加職種 該当の職種全てに ○を付けて下さい	医師・看護師・薬剤師・MSW・カウンセラー・検査技師・OT/PT・看護助手・ケアマネジメント・ホームヘルパー・保健師・事務担当者・その他（ ）												
参加人数	約 名（予想人数で構いませんので、ご記入お願いします）												
テーマ													
ご希望する 内容等	ご希望する下記項目にチェックをお願いします（複数選択可）												
	<input type="checkbox"/> HIV陽性者の動向		<input type="checkbox"/> 世界・日本・地域の状況										
	<input type="checkbox"/> HIVの医療体制		<input type="checkbox"/> 拠点病院の役割・診療体制・チーム医療										
	<input type="checkbox"/> HIV感染症について		<input type="checkbox"/> 基礎知識			<input type="checkbox"/> HIV感染症の診断・治療							
	<input type="checkbox"/> HIV検査・相談について		<input type="checkbox"/> 合併症の管理										
	<input type="checkbox"/> HIV感染症の看護について		<input type="checkbox"/> HIV抗体検査時の対応			<input type="checkbox"/> 感染予防行動支援							
	<input type="checkbox"/> 抗HIV薬と服薬支援について		<input type="checkbox"/> 初診時の対応			<input type="checkbox"/> 日常生活セルフケア支援							
	<input type="checkbox"/> HIVと社会資源		<input type="checkbox"/> 二次感染予防			<input type="checkbox"/> 入院中の看護							
	<input type="checkbox"/> HIVとカウンセリング		<input type="checkbox"/> 抗HIV薬について			<input type="checkbox"/> 服薬支援の実際							
	<input type="checkbox"/> HIVと感染予防		<input type="checkbox"/> HIVに関する社会福祉制度										
	<input type="checkbox"/> HIVと妊娠出産		<input type="checkbox"/> ケアマネジメント										
	その他ご希望がございましたら、できるだけ具体的にご記載をお願いします												
ご施設について ご回答ください	これまでにご施設でHIV陽性者を受け入れたことがありますか										ある	・	ない
	ご施設にはHIV診療やケアのマニュアルがありますか										ある	・	ない
	ご施設には針刺し損傷時の対応マニュアルがありますか										ある	・	ない