

一般社団法人 日本造血細胞移植学会主催
平成30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 : 第1回 平成30年5月31日(木)～6月2日(土)
第2回 平成30年10月4日(木)～10月6日(土)
※1日目開始時間 午前10時、3日目終了時間 午後4時30分
会場 : 第1回 国立がん研究センター中央病院
第2回 トラストシティ カンファレンス・新大阪3F Room 1+2

平成30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 開催について



平成30年 3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、看護師の成長と看護の質の向上に取り組んできております。2012年度の診療報酬改定で、「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開催しています。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。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。

尚、今年度は、2回の開催（2回目は1回目の録画講義の再生）となります。受講日は学会にて決定させていただきます。どちらの日程となっても参加可能となりますよう事前に調整をお願いします。受講の可否と受講日は4月中にご案内します。また、受講資格の施設（診療科）要件は、造血細胞移植施設認定基準と同じ条件に変更となっています。

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および審査にあたって勘案される施設基準

2-1. 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ラダー」レベルⅢ相当である。クリニカルラダーレベル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ラダー](#)」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）であり、年会費を完納している。なお、受講申請時に学会員でない場合は、受講決定後、2週間以内に入会手続きを行うこととする（事前の入会または受講申請と同時入会も可能）。また、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受講申請の署名を得ることとする。

2-2. 受講資格の審査にあたっては、所属診療科の移植件数を勘案する。

前年12か月に同種造血幹細胞移植6例を施行していること。ただし、小児科の場合は少なくとも造血幹細胞移植を3例、または前年までの3年の間に同種造血幹細胞移植を5例実施していること。なお、移植件数に関してはTRUMP data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29学会年度看護部会委員、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。

※そのほか、参考書籍として、「造血細胞移植ガイドライン 第4巻」（2017年発刊：医薬ジャーナル社）を推奨いたします（配布はありませんので、必要時各自でご用意ください）。

6. 研修期間、場所、募集定員

第1回は、平成30年5月31日（木）～ 6月2日（土）を国立がん研究センター中央病院で開催する。第2回は平成30年10月4日（木）～10月6日（土）を大阪市トラスシティ カンファレンス・新大阪3F で開催する。

受講日と研修の詳しい時間割に関しては、受講決定後に配信する。

募集定員：各150名程度

8. 受講費

受講料25,000円（1回目・2回目同じ。講師交通費、会場費、教材費など）

*1回目は会場内飲食禁止のため、昼食の提供はありません。

*2回目は昼食・飲み物を提供します。講義は1回目の講義の録画映像再生です。

※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、2回目の研修会は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。

※宿泊、交通費は各自で手配をお願いします。

受講申請方法

<受講申請書・締め切り>

別紙、[受講申請書 \(Word\)](#) に必要事項を明記し、Eメール、FAXまたは、郵送にて次ページ記載の「お問い合わせ・受講申請書送付先」までお送りください。

締め切り：4月20日（金）※ 郵送の場合は必着

申請書受領後、学会事務局より受領通知のメールをお送りいたします。提出後1週間（郵送の場合10日間程度）を過ぎてもメールが届かない場合は、念のためお問合せください。

<ご留意事項>

- ・受講申請に際しては、前述「2-1」「2-2」の看護師および施設（診療科）の受講要件を十分にご確認ください。
- ・締め切り後、ご提出いただいた申請書を基に受講資格を確認、審査いたします。受講の可否と受講日は4月中にご案内いたしますので、予めご了解ください。
- ・会場の収容人数に限りがあるため、同一施設で複数名の受講申請がある場合は人数を限らせていただく場合がございます。予めご了承ください。
- ・受講決定の通知は、Eメールにてお送りいたします。申請書には、正確に、大きな文字で、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）をご記載いただけますようお願い申し上げます。
- ・受講申請時に学会員でない方については、受講決定後、2週間以内に入会のお手続きをしていただきます（本学会HP「[入会申込](#)」ご参照）。入会手続きがされない場合は、受講いただけませんのでご注意ください。事前のご入会、受講申請と同時にご入会いただくことも、もちろん可能ですのでご検討いただけると幸いです。

<受講費 振込方法>

受講費：25,000円（1回目食事提供なし、2回目錄画再生のため）

受講決定後、2週間以内に下記の振込口座まで参加費のお振込みをお願いいたします。

年会費お振込口座とは異なりますので、ご注意ください。

【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

振込みにあたっては、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。

<お問い合わせ・受講申請書送付先>

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「看護師研修会受講申請書」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30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】

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 (担当診療科)		職名	
E-mail ※携帯不可			TEL
			FAX
※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。			
看護師実務年数	年	造血細胞移植医療に関する実務年数のうち、入院病棟での勤務年数	年
造血細胞移植医療に関する実務年数	年	造血細胞移植医療に関する実務年数のうち、造血細胞移植専門外来での勤務年数	年
以下に現在の業務内容を簡単にご記入ください			
研修受講日 希望 ※1	<input type="checkbox"/> 第1回目のみを希望 <input type="checkbox"/> 第2回目のみを希望 <input type="checkbox"/> どちらでも受講可能	グループ討議（症例検討・研修3日目）の対象領域	<input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 小児
入会状況 ※2	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員	会員番号	

※1 受講日は学会にて最終決定いたします。ご希望に添えない場合がありますが予めご了承ください。
※2 受講に当たっては年会費を完納している必要がございます。なお、受講申請時に非会員の方については、受講決定後に2週間以内にご入会手続きをしていただきます。

実績年数の証明および受講申請

_____氏が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30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」への参加を申請いたします。

署名日： 年 月 日

施設名：

移植責任医師名： 印

看護部長名： 印