

令和3年度 看護職員認知症対応力向上研修（前期） 募集要項

1 目的

認知症と接する機会が多い看護職員が、入院から退院までのプロセスに沿った必要な基礎知識や、認知症の特徴等に対する実践的な対応力を習得するとともに、同じ医療機関等の看護職員に対し伝達をすることで、医療機関内等での認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制の構築を図ることにより、身体合併症等の適切な対応の充実に資する。

2 主催 山口県

3 実施機関 公益社団法人山口県看護協会

4 開催日時	令和3年 7月17日(土)	} いずれも 9:30~16:30 (受付 8:45~) <u>(9:20 からオリエンテーション実施)</u>
	7月27日(火)	
	8月6日(金)	

(※令和3年度は同じ内容を2回実施予定。2回目は11月~12月実施予定)

5 開催場所 山口県看護研修会館 (山口県防府市大字上右田 2686)

6 受講対象者 山口県内の病院で勤務する指導的役割の看護職員

7 募集定員 50名

(応募者数が定員数を上回る場合は受講者数を調整させていただきます旨ご理解ご了承下さい)

8 研修内容 別添カリキュラム内容 参照 (状況によって途中で中止になる場合もあり)

※一般病院を中心とした認知症の入院患者への対応力向上を目的とするもの

9 受講料 無料

10 申込期間 令和3年5月1日(土) ~ 5月20日(木) (必着)

11 申込方法 別添申込書に必要事項を記入し、郵送にて申込先へ提出する。

※ 申込書は山口県看護協会ホームページ「新着情報」からもダウンロードできます。

12 申込先 公益社団法人山口県看護協会 教育研修係 (上記：開催場所参照)

13 受講決定 受講の可否は決定通知をもって通知 (6月半ば以降郵送予定)

14 修了証書 原則として、全科目・全時間出席をもって修了と認め、その者には県知事名の修了証を交付する。

15 修了者名簿の地域への提示について

地域の認知症医療体制の推進に資するため、健康福祉センター、市町や市町が設置する地域包括支援センターへ修了者名簿を提示することとなる。

16 問い合わせ先：山口県看護協会 教育課教育研修係 (担当：河内山)

電話：0835-24-5853 メール：k-kensyu@y-kango.or.jp

来館者各位

山口県看護研修会館

新型コロナウイルス感染症の拡大防止のための協力依頼

新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、山口県看護研修会館にご来館の際は、以下のことについてご協力をお願いいたします。

来館時の状態によっては入館をお断りする場合がありますので、開催までに下記の内容をご確認いただき、ご対応いただきますようお願いいたします。

記

- 1 所属施設の施設外研修の受講等の方針に従い、研修等の参加を決定してください。
- 2 所属施設内で感染者が発生した場合は、参加について所属施設の上司に相談し、上司より研修担当課に事前に電話で問い合わせをしてください。
- 3 以下の場合、来館を控えていただくようお願いいたします。
 - 1) 来館前2週間～当日までに、山口県外を訪問された場合。
 - 2) 来館前2週間～当日までに、本人及び同居者が感染確定及び濃厚接触者となった場合、または37.5度以上の発熱、咳や鼻水、倦怠感、息苦しさ、臭覚・味覚障害などの症状があった場合。
- 4 来館の際は、本協会ホームページに掲載の「健康チェック表」を印刷し必要事項を記載して、ご持参ください。「健康チェック表」を持参されていない方は、受付で記入していただきます。
- 5 マスクの着用と手洗い、アルコール消毒剤による手指消毒にご協力ください。
- 6 研修会等について
 - 1) 受講者間の距離を確保した座席指定となります。
 - 2) 部屋の扉は、換気のため開放させていただきます。
 - 3) 各自が筆記用具等を持参し、他者との共有を控えてください。
- 7 研修等受講後、14日間以内において感染確定者または濃厚接触者として判断された場合は、本協会に電話で報告してください。
- 8 研修会の参加者に感染者が発生した場合は、当該研修の参加者に連絡を取り、保健所などの聞き取りに協力をお願いする場合があります。また、濃厚接触者となった場合は接触してから2週間を目安とした自宅待機の要請が行われる可能性があります。
- 9 3つの密を避ける等、一人ひとりの自覚ある行動をお願いいたします。

健康チェック表は、山口県看護協会ホームページ 次のところからもダウンロードできます。

山口県看護協会→「新型コロナウイルス感染症対応」→「山口県看護研修会館を利用される皆様へ」

来館時 健康チェック表 体温以下は該当する箇所に をお願いします。

※山口県看護協会に来館される当日に記載してご持参ください。

(R3年1月27日変更)

来館日 令和3年()月()日

氏名	
来館目的	研 修： <input type="checkbox"/>
	会 議： <input type="checkbox"/>
	その他： <input type="checkbox"/>
住所	
所属施設	
連絡先1(緊急連絡先)	
連絡先2	
体温(°C)	(.) °C
2週間以内の感冒症状(本人)	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
2週間以内の感冒症状(同居者)	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
2週間以内の県外訪問	あり <input type="checkbox"/> () 日前 都道府県 () なし <input type="checkbox"/>
所属施設での感染者の発生	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
	ありの場合→電話で参加の可否の問い合わせ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
倦怠感	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
頭痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
咽頭痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
鼻づまり	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
鼻汁	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
痰づまり・痰絡み	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
呼吸苦	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
咳	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
味覚障害	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
臭覚障害	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
下痢	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
腹痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
その他	

個人情報保護に努め他の目的には使用いたしません

*健康チェック表はホームページからダウンロード可能です。