



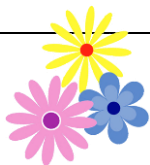
**新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、  
急な中止や日程変更等が生じる場合があります。  
研修前には、ホームページ等で、ご確認をお願い致します。**

## 1) 10月の研修予定 [募集期間：令和3年9月1日(水)～9月20日(月)まで]

研修内容の詳細は、令和3年度教育研修計画の冊子でご確認下さい。(ページ:教育計画冊子のページ)  
いずれも定員数に変更になっています。

開催日時 (定員)	番号	研修テーマ・講師	受講料 (学習段階)
10月1日(金) 9:30～12:30 (90名)	21	<b>10ページ【看護実践力:ケア】</b> <b>新型コロナウイルス感染症を含めた感染対策を 正しく実施するために ～未知から既知へ～</b> NPO 法人 日本感染管理支援協会 理事長 土井 英史 講師：ZOOM で講義、スクリーンを介した会場での受講	会 員 2,000 円 非会員 6,000 円 (Ⅱ・Ⅴ)
		受付 8:45～9:30 テーマ 時間変更	
10月13日(水) 9:30～12:30 (90名)	22	<b>9ページ【看護実践力:ニーズ】</b> <b>ハート先生の「ナースのための心電図教室」</b> 心臓病看護研究会 会長 市田 聡 ※テキストが資料です。 過去のテキストでも代替は可能	会 員 2,000 円 非会員 6,000 円 (Ⅰ～Ⅴ) テキスト代別途要 2,000 程度の予定 (希望者のみ)
		※DVD 研修に変更 スクリーンを介して会場受講	
10月26日(火) 10:00～15:00 (90名)	23	<b>11ページ【看護実践力:意思決定】</b> <b>「人生会議」～アドバンスケアプランニングを支える取り組み～</b> 山口県立総合医療センター がん看護専門看護師 山本知美・内田 恵	会 員 2,000 円 非会員 6,000 円 (Ⅱ～Ⅴ)

※いずれの研修も急な中止や変更が生じる場合があります。その旨ご了承下さい。



## 2) 11月の研修ラインナップ (いずれも定員数に変更になっています)

開催日時	研修	研修名	受講料 (学習段階)
11月11日(木) 10:00～16:00 (90名)	24	<b>やる気スイッチの入るコーチング</b> 有限会社 AE メディカル 代表取締役 野津 浩嗣 今後、時間、方法変更の可能性あり, HP 等で連絡予定	会 員 3,000 円 非会員 9,000 円 (Ⅲ～Ⅴ)
11月27日(土) 10:00～12:30 (90名)	9	<b>ウイルス性肝炎に関する患者・家族指導に必要な知識を学ぼう</b> 済生会山口総合病院 内科部長 日高 勲	会 員 2,000 円 非会員 6,000 円 (Ⅳ・Ⅴ)
11月30日(火) 9:30～12:30 (90名)	25	<b>エコーを看護分野で活用しよう!</b> 講師：ZOOM で講義、スクリーンを介して会場受講	会 員 2,000 円 非会員 6,000 円 (Ⅱ～Ⅴ)
		受付 8:45～9:30	

### 3) 認知症看護関連 研修変更のご連絡 (いずれも「認知症ケア加算」施設基準 対応研修)

新型コロナウイルス感染症の影響により、中止／日程変更とさせて頂いております。

お申込みを頂きました皆様には、ご心配、ご迷惑をおかけして大変申し訳ございません。

何卒ご理解頂きますようよろしくお願いいたします。

診療報酬の  
施設基準です

開催日時 (定員)	研修テーマ
1 回目: <u>日程変更</u> 定員 50 名に変更し、2 回実施 ・9 月 5 日 (日)、6 日 (月) ・9 月 12 日 (日)、13 日 (月)	<b>【日本看護協会受託研修】</b> (認知症ケア加算 <b>施設基準2, 3</b> に対応) <b>認知症高齢者の看護実践に必要な知識(DVD 研修)</b> 受講対象者 : 看護師 (認知症ケア加算の施設基準に準ずる) ※ <u>いずれも同じ研修です。</u> <u>(2 回目) 募集予定時期 : 11 月～</u> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">             いずれも <u>9:30～16:30</u> (2 日間)              状況により変更の可能性あり           </div>
2 回目: <u>定員数変更・日程追加</u> <b>定員 50 名に変更し、2 回実施</b> <b>令和 4 年</b> ・ <u>1 月 14 日 (金)、15 日 (土)</u> ・ <u>1 月 21 日 (金)、22 日 (土)</u>	
<b>【前期】</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">研修中止</span>	<b>【県委託研修】 看護職認知症対応力向上研修 (3 日間)</b> 受講対象者: 山口県内の病院に勤務する指導的役割の看護職員 ※後期研修は実施予定 (状況によっては中止・変更になる場合もあり) <b>募集時期 : 9 月 1 日 (水) ～9 月 25 日 (土) 必着</b> ※ <u>前期申込された施設には、継続申込の FAX をお送り</u> しています。
<b>【後期】</b> 11 月 20 日 (土) 11 月 26 日 (金) 12 月 3 日 (金) 募集定員 (40 名)	

※注) いずれも定員を超過した場合は、人数調整をさせていただき、ご了承ください。

受講をご希望の場合は、2つの研修の特徴を基にご検討下さい。

- 研修の際は、会員証をご提示下さい。
- 感染防止対策として、ご来館の際は、健康チェック表に必要事項を記入し研修前にご提出をお願いします。
- 席は指定となっています。席について対応等ご希望の場合は、前日までにご連絡下さい。
- My 感染防止グッズ持参もお勧めします  
感染防止対策・お互いへの思いやりで安全・有意義な研修にしていましょ

#### 【 研修会参加申し込み方法 】 FAX, メール, 郵送 のいずれか

郵送 : 〒747-0062 防府市上右田 2686  
 山口県看護協会 教育研修係 宛  
 FAX : 0835-24-1230  
 メール : [k-kensyu@y-kango.or.jp](mailto:k-kensyu@y-kango.or.jp)

#### 《メールでお申込みの場合》

次の場所から申込み書式をダウンロード、送信できます

- ① 山口県看護協会ホームページの「看護職の方へ」の中の「研修」をクリック。
- ② 「一般教育研修」をクリックし、「申込用紙」をダウンロード
- ③ 申込用紙に必要事項を記入し保存
- ④ 「送付先一覧」をクリックし、メールアドレスをクリックするとメールフォーム(メールアドレスが入っています)



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

※注)赤字：今回変更された箇所

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 **不織布マスク**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。

以上 山口県看護協会

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 して下さい。

※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

来館日 令和3年 ( ) 月 ( ) 日

氏名	
来館目的	研修、会議、その他：
住所	
所属施設	
連絡先1(緊急連絡先)	
連絡先2	
体温(℃)	( . ) ℃
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"/>
2週間以内の県外訪問(同居者)	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	

研修時は、**不織布マスクの着用**をお願いいたします。

(個人情報保護に努め他の目的には使用いたしません)