

平成29年度 看護職員研修 開催要領

- 【目的】** 社会福祉施設における看護職員に求められる役割や専門性を認識し、利用者主体のケアに必要な知識や技術、課題について専門的に学ぶことを目的とします。
- 【目標】** ①社会福祉施設の看護師としての役割を理解する
 ②看護師としての専門性を生かした利用者及び家族との関係性の構築に役立てる
 ③より良いケアに向けた多職種連携を進めるコーディネートの視点と方法を習得する
- 【主催】** 兵庫県社会福祉協議会 社会福祉研修所
- 【後援(予定)】** 兵庫県看護協会
- 【日時】** 平成29年10月11日(水) 10:20~17:00
- 【会場】** 兵庫県社会福祉研修所 地階 大研修室 (裏面・会場案内図参照)
- 【受講対象】** 職員配置基準に看護職員の配置が義務付けられている兵庫県内の社会福祉施設に勤務する看護職員

【日程表】 ※午後から、「高齢コース」、「障害コース」に分かれます。

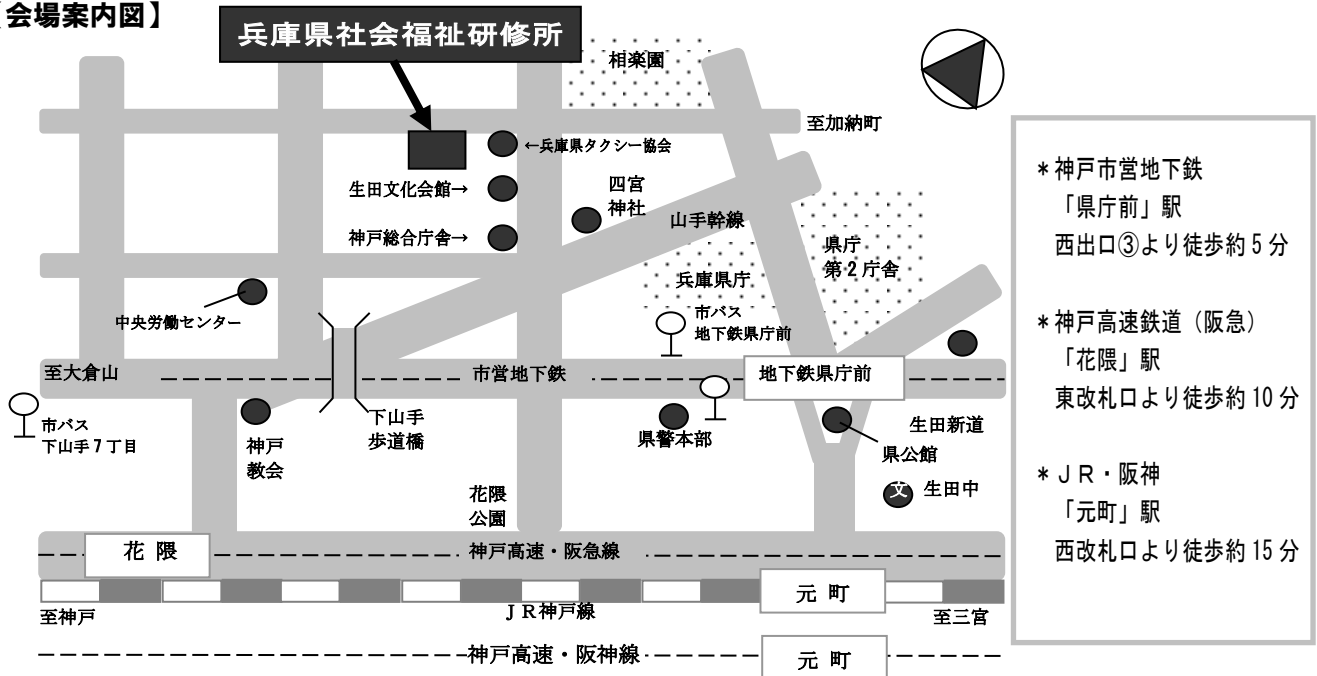
日時	研修科目	研修内容
10:20	開講／オリエンテーション	
10:30 ～ 12:30	【講義】 「社会福祉施設における看護師の役割とは」 兵庫県看護協会 専務理事 小田 美紀子 氏	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療現場との違いから見る看護職員の役割 ・ 社会福祉施設における感染予防と対策 ・ 他職種連携と協力関係の構築 ・ 利用者・家族理解と信頼関係の構築
	昼食休憩	
13:30 ～ 17:00	【講義・演習】 高齢コース 「認知症高齢者の理解と看護」 兵庫県立姫路循環器病センター 老人看護専門看護師 玉田 田夜子 氏 障害コース 「健康管理と障害特性」 にこにこハウス医療福祉センター 療育部長 山口 みゆき氏	高齢コース <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症高齢者の心理、行動の理解とケア ・ ターミナルケアと緩和ケア 障害コース <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の健康管理と生活支援 ・ 障害特性と場面別支援アプローチ ・ 医師との連携
17:00	閉講／アンケート記入	

- 【定員】** 100名 (先着順)
 ＊申込状況によっては、1施設当たりの参加人数を制限させていただくことがあります。
 ＊申込多数の場合は、定員に達し次第、受講募集を締め切ることがあります。
- 【受講料】** 4,100円
- 【申込方法】** 別紙の受講申込書に必要事項をご記入のうえ、原則郵送によりお申込みください。
 やむを得ずFAXでお申し込みされる場合は、必ず送信確認のお電話をお願いします。
- 【申込締切】** 平成29年9月20日(水) 必着
- 【受講決定】** 受講の可否は、申込者本人に受講決定通知にてお知らせします。
 ＊受講料は、受講決定通知に同封する払込取扱票により期限までに郵便局でお支払い願います。

【キャンセルについて】

- *平成29年10月4日（水）までにキャンセルされる場合は、受講料を返金します。
- *平成29年10月5日（木）以降にキャンセルの場合は、受講料を返金いたしません。研修資料の送付をもって代えさせていただきます。

【会場案内図】



【申込み・問合せ先】

兵庫県社会福祉協議会 社会福祉研修所 研修第1部（担当：塩谷・荻田）
〒650-0004 神戸市中央区中山手通6-1-30

TEL：078-367-3001 / FAX：078-367-4522

URL：<http://www.hyogo-f-kensyu.jp/>

※ホームページから、現在募集している研修事業の開催要領等のダウンロードができますので、ご活用ください。
ホームページを介してのお申込みはできませんので、ご了承ください。

平成29年 月 日

平成29年度 看護職員研修
受講申込書

兵庫県社会福祉協議会
社会福祉研修所長 様

事業所名 _____

所属長名 _____ ㊟

下記のとおり申し込みます。 推薦順位 位 / 人 (申込数) (平成29年9月1日現在)

ふりがな		性別	年齢層
氏名		1. 男 2. 女	歳代
ふりがな		ふりがな	
法人名		勤務先 事業所名	
勤務先 所在地	〒	TEL : FAX :	
所属種別	(例：特別養護老人ホーム、障害者支援施設 等)		
希望 コース	高齢コース	障害コース	
看護職員と しての経験 年数 (通算)	年 月	社会福祉施設にお ける看護職員 としての経験年数	年 月
保健福祉 関係資格 取得状況	1. 看護師 2. 准看護師 3. 保健師 4. 助産師 5. 介護支援専門員 6. 社会福祉士 7. 介護福祉士 8. その他 ()		
事業所内の 看護職員数	正規職員 () 名 内→ 看護師 () 名・准看護師 () 名 非正規職員 () 名 内→ 看護師 () 名・准看護師 () 名		
備考			

《ご記入に際しての注意事項》

*該当する事項に記入または番号に○をつけてください。

*事前アンケート(裏面)にご記入の上、申込書とともに送付ください。

*推薦順位は1事業所で2名以上お申込みの場合のみご記入ください。なお、2名以上お申込みの場合は、申込書をコピーいただき、1人につき1枚ご記入ください。

【個人情報保護法
に基づく取り扱い】

- (1) 「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修業務の運営以外の目的に使用することはない、また、その管理については、兵庫県社会福祉協議会「個人情報保護規程」に基づき適正に行い、無断で第三者に提供することはありません。
- (2) 演習等での活用及び受講者相互の情報交換、交流を円滑に行うことを目的として、氏名、所属名(事業所名)を記載した「受講者名簿」を作成し、当日受講者に配付します。

申込締切：平成29年9月20日(水)

平成29年度 看護職員研修 事前アンケート

所属名 ()

氏名 ()

研修の事前課題として、受講希望者は開催要領を熟読の上、次の設問にお答えいただき、受講申込書とともにご送付ください（このアンケートは、コピー（1部）のうえ受講者がお持ちください）。

<事前アンケートの目的>

- ① 受講者の研修参加目的を明確にする。
- ② 受講者の問題意識にあわせた研修運営をおこなう。
- ③ 受講者、派遣法人が受講後、研修効果を確認するための資料とする。

設問1 研修では、事例を活用した演習を実施します。検討したい事例テーマとその理由を簡潔にご記入ください。

(検討したい事例テーマ) 例：徘徊する認知症高齢者へのかかわり、てんかん発作時の対応等

(事例テーマを挙げた理由・特に何を学びたいか)

設問2 当研修の受講にあたって、あなた自身が研修を通じて学びたいことは何ですか。下欄に簡潔にご記入ください。

(自身が学びたいこと)

-
-
-
-
-

☆ アンケートの記載内容は、本研修以外には一切使用いたしません。