

大福研発第160号
令和元年7月12日

各 位

大分県社会福祉介護研修センター
所長 伊東 敏秀
(公 印 省 略)

令和元年度「社会福祉施設等看護担当職員研修会」の開催について（通知）

時下 ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

本研修センター事業の推進につきましては、平素よりご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、上記研修会を別添要綱により開催しますので、職員の参加について、ご配慮賜りますようお願いいたします。

社会福祉研修部 担当：佐藤
TEL:097-552-6888 FAX:097-552-6868
E-mail:t-sato@okk.or.jp

令和元年度 社会福祉施設等看護担当職員研修会 開催要綱

- 1 目的 施設における感染（症）対策は、現代社会においては当然の事とされ、社会的責務も問われる時代のなか、施設に従事する看護職・介護職等が連携して、組織全体の感染に対する意識向上、感染対策スキル向上を図る必要がある。そのため、生活の場である施設内の感染対策について、今一度基礎から学び、自施設での活用について知識、技術の習得を図る。
- 2 主催 大分県社会福祉介護研修センター
- 3 開催期日 令和元年 9月17日（火） 9：55～16：00
- 4 会場 大分県社会福祉介護研修センター
〒870-0161 大分市明野東3丁目4番1号
TEL(097)552-6888 FAX(097)552-6868
- 5 対象者 社会福祉施設等（保育所を除く）の看護担当職員及び、施設等利用者に対し直接または間接的に支援している職員
- 6 定員 100名
※先着順で定員になり次第、募集を終了しますのでご了承ください。
定員に達した場合は、当センターのホームページにてお知らせします。
- 7 資料代 1人 1,000円
※当日、現金でお支払いください。おつりの出ないようご準備願います。
- 8 参加申込 (1) 別紙「受講申込書」により令和元年8月30日（金）までに、当センターあて**FAX**でお申し込みください。
(2) 受講決定者については、受講申込書が届いてから1週間以内に、受講申込書に「受講決定」と押印して**FAX**にて返送します。これにより受講決定通知に代えさせていただきます。また、定員を超過した場合等受講をお断りする際も「受講不可」と押印して**FAX**で返送します。
(3) 受講申込書を提出後、10日間経過しても「受講決定」または「受講不可」と押印し受講申込書が返送されない場合は、当センターまでご連絡ください。
(4) 事前連絡がなく欠席の場合は、原則として資料代1,000円を徴収させていただきますので、予めご了承ください。

9 研修日程

【令和元年9月17日（火）】

時間	研修内容	ねらい
9:20 9:55	受付 開会・オリエンテーション	
10:00 16:00	講義・演習 「感染対策の基礎と応用」 ～目に見えないから厄介な感染（症）対策～ 大分赤十字病院 看護師長 感染症管理認定看護師 鎌田 善子 氏	感染対策の基礎・高齢者に多い感染症の特徴を理解し、施設内における感染対策予防ができる。また施設ごとに実施している感染対策の情報共有をすることで、自施設の感染対策を見直す機会とする。

※1 12:00～13:00は昼食・休憩を予定しています。

※2 カリキュラムの内容・構成等は変更する場合があります。

- 10 その他
- (1) 昼食は各自でご用意願います。なお、研修当日は会場で業者の方が弁当（500円）の予約を受付けますので、ご希望の方はお申込みください。
 - (2) 研修会場周辺の坂道や信号機のない交差点において交通事故が多発していますので、交差点での一旦停止や左右の安全確認を徹底して下さい。
 - (3) 研修会場は空調管理に努めていますが、体感温度には個人差がありますので、できるだけ温度調整のできる服装でお越しください。
 - (4) 自然災害により、研修の開催が困難であると判断したときは、急遽、日程変更等の対応をとる場合があります。その際は、当センターのホームページ等によりお知らせします。

社会福祉研修部 担当：佐藤

〒870-0161 大分市明野東3丁目4番1号

TEL (097) 552-6888 / FAX (097) 552-6868

別紙 FAX送信票

※本票のみFAX送信してください（別途送信票等は不要です）

大分県社会福祉介護研修センター 社会福祉研修部 行き
FAX：(097) 552-6868

介護研修センター押印欄

締切：令和元年8月30日（金）【必着】

令和元年度
社会福祉施設等看護担当職員研修会
受講申込書

No	ふりがな 氏名	職名	福祉現場の通算経験年数
1			
2			
3			
4			

※経験年数については、これまで福祉の現場に勤務した通算期間を記入してください。

上記のとおり提出します。

大分県社会福祉介護研修センター所長 殿

令和元年 月 日

法人名
施設種別
施設名

担当者名

電話番号

FAX番号