

「認定看護師さん」などによる



出前研修

2025

北上市内にある特別養護老人ホームなどの介護施設に、日ごろ、入所者のケアで困っていることや医療や介護技術でスキルアップしたいことなど、岩手県看護協会北上支部の協力により、認定看護師さんなどが施設にお伺いし、講義・演習を行います。

令和7年7月17日（木）から 申込みを開始します！

＜申込み方法等＞

○申込対象施設

今年度から(看護)小規模多機能ホームが加わりました！

市内の介護サービス事業所等のうち、特養、老健、ケアハウス、認知症グループホームなど、**入所系施設の職員※**が対象となります。

○研修会場

申し込みのあった事業所に講師が出向きます

○申込時期

開催希望日の2か月前までに申し込み願います

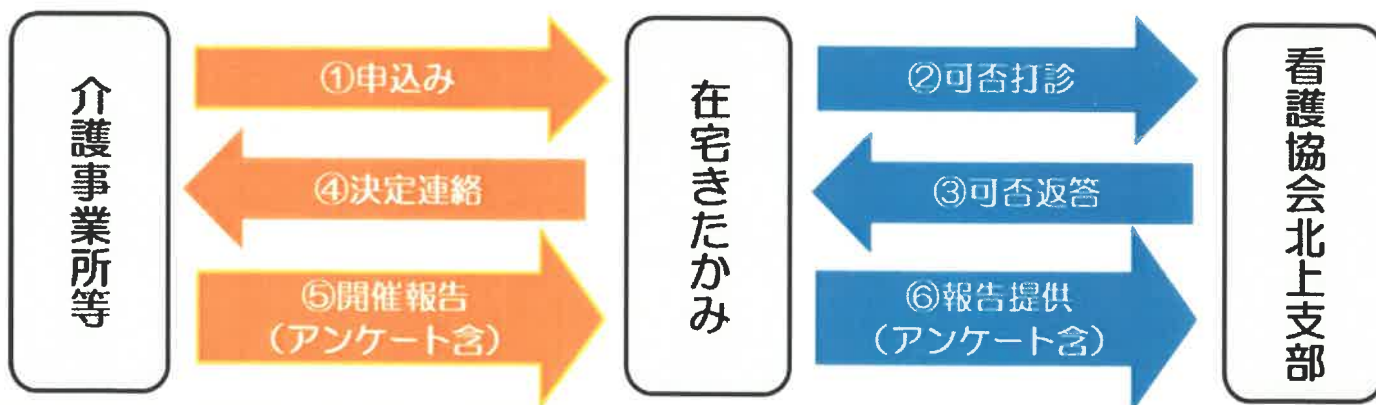
○費用

無料です

※ 対象施設等詳しくは、**実施要領**を御覧ください



＜申込みから決定、開催までの手順＞



◇ 出前研修メニューの中から1つ選び、所定の様式により北上市在宅医療介護連携支援センター（在宅きたかみ）に申し込んでください。必ず**第2希望日**まで記入願います。（持参、郵送、FAX、メール、どれでも可）

出前研修メニュー

番号	研修分野	主な研修内容	時間	研修方法
1	感染管理	・標準予防策、各種感染症対応策 ・防護服の着脱方法等 ・感染症のゾーニング	60分	講義 演習
2	皮膚・排泄ケア	・スキンケアと保湿管理 ・排泄管理、洗浄方法等 ・褥瘡予防、皮膚トラブルの対処	60分	講義 演習
3	摂食・嚥下障害看護	・食事介助の基本、口腔マッサージ等 ・摂食、嚥下障害の特徴 ・誤嚥性肺炎の予防と対策	60分	講義 演習
4	認知症看護	・家族介護者への理解と支援方法 ・不穏時、BPSDへの対応 ・清拭、食事、排泄のケア	60分	講義 演習
5	緩和ケア	・意思決定支援 ・看取りケアで感じたこと、大切なこと ・在宅緩和ケアの実際	60分	講義 演習
6	救急看護	・急変時の初期観察とアセスメント ・一時救命処置と方法 ・意識障害、意識消失時の観察と対応	60分	講義 演習

- ◇ 研修内容の詳細は実施要領を御覧ください。
- ◇ 時間は標準的な目安です。別途ご相談に応じます。
- ◇ メニュー以外で研修したい分野がある場合は、ご相談に応じます。

お申し込み・お問い合わせは…

〒024-8506

北上市九年橋三丁目15-33 北上済生会病院内

北上市在宅医療介護連携支援センター

(在宅きたかみ)

電話：0197-65-6121 (ダイヤルイン)

FAX：0197-65-6122

e-mail：kyoten-haruki@saiseikai-hp.or.jp

HP：http://www.zaitaku-kitakami.com/

実施要領、申込書は
ホームページからダ
ウンロードできます



認定看護師等による出前研修実施要領

(目的)

第1 この研修は、市内にある介護保険法及び老人福祉法で定める介護サービス事業所又はサービス付高齢者向け住宅及び有料老人ホーム（以下、「介護事業所等」という。）に従事する看護及び介護職員の資質向上を図るとともに、介護現場における医療的ケアの課題等を把握し、更なる医療と介護の連携推進に資することを目的とする。

(対象)

第2 出前研修を申込みできるものは、市内で介護事業所等を運営する法人とし、受講者は主に看護又は介護に従事する、以下の入所系の介護事業所等に従事する職員とする。

- (1) 特別養護老人ホーム（地域密着型含む）
- (2) 介護老人保健施設
- (3) ケアハウス（軽費老人ホーム）
- (4) ショートステイ（短期入所生活介護）専用事業所
- (5) 認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）
- (6) 小規模多機能ホーム（小規模多機能型居宅介護）
- (7) 看護小規模多機能ホーム（看護小規模多機能型居宅介護）
- (8) 養護老人ホーム
- (9) 有料老人ホーム
- (10) サービス付き高齢者向け住宅

(講師及び研修内容)

第3 出前研修の講師は、認定看護師、専門看護師及び専門分野に熟練した看護技術及び知識を有する看護師とする。

2 出前研修のメニューは、別表1のとおりとする。

3 出前研修のメニュー以外の研修分野に関する相談があった場合は、その都度、岩手県看護協会北上支部（以下、「看護協会」という。）と北上市在宅医療介護連携支援センター（以下、「在宅きたかみ」という。）の双方でメニューの追加等について検討する。

(時間及び場所)

第4 1つの出前研修の受講時間は、原則60分以内とする。

2 開催場所は、原則申込者側の介護事業所等の施設内とする。

(申込み)

第5 出前研修を受講しようとする介護事業所等は、開催希望日の2か月前までに、認定看護師等による出前研修受講申込書（様式第1号）を在宅きたかみに提出しなければならない。

(受託の決定)

第6 在宅きたかみは、第5の規定による申込みがあったときは、看護協会と調整の上、受託の可否を決定し、認定看護師等による出前研修受託（不受託）通知書（様式第2号）により、申込者に通知するものとする。

(報告書の提出)

第7 申込者は、出前研修が終了したときは、認定看護師等による出前研修受講報告書（様式第3号）を在宅きたかみに提出しなければならない。

(出前研修の講師料等)

第8 出前研修の講師料、交通費及び出前研修に係る消耗品等の実費経費は、在宅きたかみが負担し、申込者は無料とする。

2 出前研修の講師料及び交通費の単価は別表2のとおりとする。

(所管等)

第9 出前研修に関する総括及び受付事務等は在宅きたかみが行い、講師派遣に係る連絡調整は看護協会が行う。

(補則)

第10 この要領に定めるもののほか、出前研修の実施に関し必要な事項は、在宅きたかみと看護協会の双方で協議し、在宅きたかみが別に定める。

附 則

この要領は、令和4年9月30日から施行する。

この要領は、令和5年5月15日から施行する。

この要領は、令和5年10月6日から施行する。

この要領は、令和6年8月2日から施行する。

この要領は、令和7年6月24日から施行する。

別表 1（第 3 関係）

番号	研修分野	研修内容	所要時間	研修方法
1	感染管理	・標準予防策について ・个人防护服の着脱方法、施設に合わせた感染症に対応するゾーニングについて ・様々な感染症対応についての基本的な考え方について	60分	講義 演習
2	皮膚・排泄ケア	・スキンケアと保湿管理について ・排泄の基礎と観察ポイント、洗浄方法とオムツの使い方 ・褥瘡予防とその対処法 ・人工肛門部や周辺出血、皮膚トラブルの対応について ・創傷管理について	60分	講義 演習
3	摂食・嚥下障害看護	・食事介助の基本、食べる時の姿勢、食前の口腔マッサージ、窒息について ・入所者等の摂食、嚥下障害の特徴について ・食事介助の実践について ・誤嚥性肺炎の予防とその対策について	60分	講義 演習
4	認知症看護	・認知症ケアの理念、倫理と意思決定支援について ・家族介護者への理解と支援方法について ・認知症の人の理解とその対応について ・入所者の不穏時やBPSD（中核症状）への対応について ・認知症入所者の清潔、食事、排泄ケアについて	60分	講義 演習
5	緩和ケア	・看取り時の家族、利用者への意思決定支援の行い方について ・看取りケアで感じたことや大切なことについて ・在宅緩和ケアの実践について	60分	講義 演習
6	救急看護	・急変前の初期観察とアセスメントについて ・一時救命処置とその方法、AEDの使用方法について ・意識障害、意識消失時の観察とその対応について	60分	講義 演習

別表 2（第 8 関係）

看護職種別	講師謝金単価 (円／1 時間)	旅費単価 (円／1 キロ)	備考
認定看護師 専門看護師	8,000円	37円	講師謝金は、30分を超えるごとに各単価の半額を追加支給する。 旅費単価は自家用車を利用した場合とし、公共交通機関（JR、路線バス）を利用した場合は、その実費を支給する。
看護師	4,000円		

北上市在宅医療介護連携支援センター

センター長 柴 内 一 夫 様

施設名称

所在地

代表者の
職・氏名

認定看護師等による出前研修受講申込書

出前研修を開催したいので、次のとおり申し込みます。

研修メニュー	メニュー番号 _____ 研修分野名：	
日 時 ※必ず第2希望 まで記入願いま す。	第1希望	年 月 日（ ） 時 分～ 時 分
	第2希望	年 月 日（ ） 時 分～ 時 分
研 修 会 場	名 称： 所 在 地： 電話番号：	
受 講 者 数	看 護 職	名
	介 護 職	名
	そ の 他	名（職種： ）
※特に学びたいスキルや苦 労している症 例等を記入し てください		
連 絡 先	担当者 職・氏名： 電 話： e-mail： F A X：	

令和7年7月25日

北上市在宅医療介護連携支援センター

センター長 柴 内 一 夫 様

施設名称 特別養護老人ホーム ○○○園

所在地 北上市○○町○○番○○号

代表者の
職・氏名 施設長 ○○○○

認定看護師等による出前研修申込書

出前研修を開催したいので、次のとおり申し込みます。

研修メニュー	メニュー番号 3 研修分野名：摂食・嚥下障害看護	
日 時 ※必ず第2希望 まで記入願いま す。	第1希望	令和7年9月30日(火) 14時00分～15時00分
	第2希望	令和7年10月7日(火) 14時00分～15時00分
研 修 会 場	名 称：特別養護老人ホーム ○○○園 所 在 地：北上市○○町○○番○○号 電話番号：65-0000	
受 講 者 数	看護職	2 名
	介護職	8 名
	その他	2 名（職種：相談員、管理栄養士・・・）
※特に学びたい スキルや苦労し ている症例等を 詳しく記入して ください	・誤嚥性肺炎を発症するリスクの高い入所者が多く、その予防策と発症時の初期対応について学びたい。 ・口腔ケアや嚥下体操の仕方について詳しく学びたい。 ・車いすでの食事介助の際の姿勢を保つ方法を学びたい。	
連 絡 先	担当者 職・氏名：○○介護主任 ○○○○ 電 話：65-0000 FAX：65-0001 e-mail：tokuyou@gmail.com	