

## 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（経費老人ホーム）
- (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) 養護老人ホーム
- (7) 有料老人ホーム
- (8) 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2時間以内とする。

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、開催希望日の前月の10日までに、認定看護師等による出前研修実施申込書（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実施報告書（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。

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      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・標準予防策について</li> <li>・個人防護服の着脱方法、施設に合わせた感染症に対応するゾーニングについて</li> <li>・様々な感染症対応についての基本的な考え方について</li> </ul>                                                           | 各 60分 | 講義<br>実技 |
| 2  | 皮膚・排泄ケア   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・スキンケアと保湿管理について</li> <li>・排泄の基礎と観察ポイント、洗浄方法とオムツの使い方</li> <li>・褥瘡予防とその対処法</li> <li>・人工肛門部や周辺の出血、皮膚トラブルの対応について</li> <li>・創傷管理について</li> </ul>                       | 各 60分 | 講義<br>実技 |
| 3  | 摂食・嚥下障害看護 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・入所者等の摂食、嚥下障害の特徴について</li> <li>・食事介助の実践について</li> <li>・誤嚥性肺炎の予防とその対策について</li> </ul>                                    | 各 60分 | 講義<br>実技 |
| 4  | 認知症看護     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症ケアの理念、倫理と意思決定支援について</li> <li>・家族介護者への理解と支援方法について</li> <li>・認知症の人の理解とその対応について</li> <li>・入所者の不穏時やBPSD（中核症状）への対応について</li> <li>・認知症入所者の清潔、食事、排泄ケアについて</li> </ul> | 各 60分 | 講義<br>実技 |
| 5  | 緩和ケア      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・看取りケアで感じたことや大切なことについて</li> <li>・在宅緩和ケアの実践について</li> </ul>                                                                  | 各 60分 | 講義<br>実技 |
| 6  | 救急看護      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・急変前の初期観察とアセスメントについて</li> <li>・一時救命処置とその方法、A E Dの使用方法について</li> <li>・意識障害、意識消失時の観察とその対応について</li> </ul>                                                            | 各 60分 | 講義<br>実技 |

別表 2（第 8 関係）

| 看護職種別          | 講師謝金単価<br>(円／1 時間) | 旅費単価<br>(円／1 キロ) | 備考                                                    |
|----------------|--------------------|------------------|-------------------------------------------------------|
| 認定看護師<br>専門看護師 | 8,000円             | 37円              | 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実施申込書

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                    | <u>メニュー番号</u><br>研修分野名：                                  |                                                        |  |
| 日                      時  | 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：<br>所 在 地：<br>電話番号：                             |                                                        |  |
| 受 講 者 数                   | 看 護 職                                                    | 名                                                      |  |
|                           | 介 護 職                                                    | 名                                                      |  |
|                           | そ の 他                                                    | 名（職種：                      ）                           |  |
| ※具体的に研修したい症例等があれば記入してください |                                                          |                                                        |  |
| 連 絡 先                     | 担当者 職・氏名：<br>電 話：                      F A X：<br>e-mail： |                                                        |  |

様

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

認定看護師等による出前研修受託（不受託）通知書

令和    年    月    日付けで申し込みのありました出前研修については、次のとおり決定しましたので通知します。

|                   |                                                                                                                      |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 研修メニュー            | メニュー番号 _____<br>研修分野名：                                                                                               |
| 開催日時              | 令和      年      月      日（    ）      時      分～      時      分                                                           |
| 研修会場              |                                                                                                                      |
| 講師                | 所      属：<br>職・氏名：                                                                                                   |
|                   | 所      属：<br>職・氏名：                                                                                                   |
| 研修プログラム及び研修時の留意点等 |                                                                                                                      |
| 連絡先               | 北上市在宅医療介護連携支援センター    石川・菊池<br>電    話：0197-65-6121      F A X：0197-65-6122<br>e-mail：kyoten-haruki@saiseikai-hp.or.jp |

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報告書

出前研修を終了したので、次のとおり報告します。

|                            |                                                                                                            |                              |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 研修メニュー                     | メニュー番号 _____<br>研修分野名：                                                                                     |                              |
| 日            時             | 令和      年      月      日（    ）      時      分～      時      分                                                 |                              |
| 研 修 会 場                    | 名      称：<br>電話番号：<br>所 在 地：                                                                               |                              |
| 受 講 者 数                    | 看 護 職                                                                                                      | 名                            |
|                            | 介 護 職                                                                                                      | 名                            |
|                            | そ の 他                                                                                                      | 名（職種：                      ） |
| 研 修 内 容 の<br>理 解 度 等       | 研修内容は理解できましたか（当てはまる番号に○印をしてください）<br>1    理解できた                      2    まあまあ理解できた<br>3    理解できなかった（難しかった） |                              |
| ※受講した感想、意見、要望等があれば記入してください |                                                                                                            |                              |
| 連 絡 先                      | 担当者 職・氏名：<br>電 話：                                      F A X：<br>e-mail：                                   |                              |

※ 受講者からのアンケート調査用紙の取りまとめ、提出に御協力をお願いします。