

事 務 連 絡  
令和元年 10 月 19 日

看護代表者 様

公益社団法人香川県看護協会  
会 長 安藤 幸代

令和元年度 在宅医療及び訪問看護推進研修の実施について（依頼）

時下 ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

日ごろは、本会事業活動の推進につきまして、格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、香川県からの委託事業として、在宅医療及び訪問看護の推進を目的に、別添「令和元年度 在宅医療及び訪問看護推進研修事業」を実施することになりました。

つきましては、誠に恐縮とは存じますが、対象者の研修への派遣について、ご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

なお、受講者の推薦については、別紙により下記あて提出をお願いします。推薦をいただいた後、訪問看護ステーションとの日程調整を行い、受講決定を予定していますので、念のため申し添えます。

#### 記

- 1 研修開催日時：令和2年1月6日（月）～ 令和2年3月6日（金）のうち4日間
- 2 研修対象者：病院の医療連携室又は退院支援に関わる看護師で、所属長の推薦がある者  
原則、4日間の参加が可能な者
- 3 募集人員：30名（応募者多数の場合は、参加人数の調整をさせていただきます）
- 4 研修場所：香川県内に設置されている訪問看護ステーション
- 5 研修方法：訪問看護ステーション看護師との同行訪問等による
- 6 受講料：無料
- 7 申込み期限：令和元年 11 月 8 日（金）厳守

申し込み及び問い合わせ先  
公益社団法人香川県看護協会 田中  
TEL 087-864-9070  
FAX 087-864-9071

## 令和元年度 在宅医療及び訪問看護推進研修事業

### 1 目的

人口の高齢化の中で、施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会への支援が今求められている。

また、医療依存度の高い乳幼児も、地域の受け入れ体制が整えば、在宅に移行できる事例も多々あり、家族はもとより医療関係者からも整備が望まれている。

乳幼児の家族を含む住民の60%以上の方が、自宅での療養を望んでいながら、まだまだ入院医療・施設介護が中心となっている現状である。それは、在宅医療や訪問看護等の正しい知識の不足や医療や介護との連携不足も一因として考えられる。

そこで、看護職員を対象に在宅医療や乳幼児医療、訪問看護の実際を体験する機会を提供し、医療や看護の理解を得るとともに、関係者との連携を円滑にすることを目的として事業を実施する。

### 2 実施主体：公益社団法人香川県看護協会

香川県からの委託事業（基金事業）

### 3 事業の対象者：以下に該当する看護師で所属長の推薦がある者

- ①病院の医療連携室又は退院支援に関わる看護師
- ②訪問看護ステーションの看護師
- ③原則、規定日数参加可能な者

### 4 実施方法

- ①病院から訪問看護ステーションへの同行訪問又は訪問看護ステーションから病院医療連携室や緩和ケア・小児病棟等での見学実習とし、推薦書により希望を募る。その際、希望する施設名、参加可能日等を併せて聴取する。
- ②推薦書により、病院及び訪問看護ステーションと調整を行い、実習先・日程等決める。

### 5 募集人数：40名程度（訪問看護ステーションでの研修30名、病院での研修10名）

### 6 事業実施期間：令和2年1月6日（月）～ 令和2年3月6日（金）

### 7 研修会場：香川県内の病院又は訪問看護ステーション

### 8 受講料等

- (1)受講料は無料
- (2)研修するために発生する経費は受講者の負担とするが、病院及び訪問看護ステーションへの謝金は実施主体が負担する。

### 9 申込み期限及び申込み方法

令和元年 11 月 8 日（金）までに、推薦書を下記あて提出する。

【申込・問い合わせ先】公益社団法人 香川県看護協会  
〒769-0102 香川県高松市国分寺町国分 152-4  
TEL：087-864-9070 Fax：087-864-9071

別紙

病院用

令和元年 月 日

公益社団法人 香川県看護協会長 殿

施設名 \_\_\_\_\_

所属長氏名 \_\_\_\_\_

職印

令和元年度 在宅医療及び訪問看護推進研修事業の参加者の推薦について

標記研修について、下記のとおり推薦します。

推薦 順位	職名	ふりがな 氏名	自宅住所 (市・町)	希望する事業所		希望する日程		備 考
				有無	事業所番号	有無	希望する日	
				有 ・ 無	第1 第2	有 ・ 無		
				有 ・ 無	第1 第2	有 ・ 無		
				有 ・ 無	第1 第2	有 ・ 無		
				有 ・ 無	第1 第2	有 ・ 無		

- 【留意事項】
- (1) 候補者が複数の場合は、推薦順位を記載してください。
  - (2) 自宅住所について、事業所の選定時に使用します。自宅から研修に参加の場合は、必ず記入してください。記入がない場合は、病院からの研修参加として調整します。
  - (3) 希望する事業所がある場合は、「有」に○印を入れ、第2希望まで一覧表の番号を記入してください。  
参加者の状況によっては、必ずしも希望に添えないことがあります。  
希望する事業所がない場合は、「無」に○印を入れてください。
  - (4) 希望する日程について、今後の日程調整で参加が可能な場合は、「無」に○印を入れてください。  
希望する日又は、都合が悪い日がある場合は、希望する日の欄にご記入ください。都合が悪い日を記入する際には備考欄にその旨を記入してください。