

平成30年度感染症予防研修（後期）

～冬に流行する感染症予防対策～

開催要綱

1 目的

感染症は一年を通して誰でも発症する可能性があり、病原体や感染経路も様々です。特に、乳幼児や高齢者、障害者は感染すると重症化する恐れがあり、福祉施設職員は感染症に対する正しい知識を持ち、感染源の特性に応じた予防・対応策を講じる必要があります。

本研修は、発生事例を交えながら、冬季に流行するノロウイルスやインフルエンザウイルス等の感染症の予防対策と対処方法を習得することを目的として開催します。

2 主催

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会

3 開催期日

平成30年10月16日（火）

4 会場

大野城まどかぴあ 大ホール

大野城市曙町2-3-1

5 受講対象者

社会福祉施設・事業所・社会福祉協議会の役職員等

6 定員

600名

定員に達し次第、締め切らせていただきますので、あらかじめ御承知おきください。
定員超過等で受講をお断りする場合は、その旨本会から御連絡します。

7 受講料

3,000円

研修当日に受付でお支払いください。

おつりの無いよう御協力ください。

お支払いいただいた受講料は返金できませんので、御了承ください。

8 日 程

12:30 13:30 16:30

受付	開 会	講 義	閉 会
----	--------	-----	--------

13時20分までに受付を済ませてください。

9 講 義

(1) 講義題 「冬に流行する感染症予防対策」

(2) 内 容

内 容
標準予防策・対処方法 ・ 個人防護具の適切な使用（マスク・ゴム手袋の演習があります） ・ 手指衛生の正しい方法と注意点 ノロウイルス・インフルエンザウイルス ・ 流行事例と対応策 ・ 自身が媒介者・感染源にならないための対策 ・ ノロウイルスを疑う際の吐物の処理 次亜塩素酸ナトリウム溶液を使用した清掃（DVDの視聴があります） 乳幼児がかかりやすい病気 ・ RSウイルス感染症、溶連菌感染症、ロタウイルス性下痢症、 マイコプラズマ肺炎 医療・介護・保育従事者として必要なワクチン・予防接種

(3) 講 師

福岡県済生会大牟田病院 感染対策部 感染管理認定看護師 中村 友美 氏

(4) 講師紹介

中村氏は、2006年から福岡県済生会大牟田病院の循環器・胃腸科混合病棟、総合内科病棟に勤務され、2013年からは専従として感染対策部でお務めです。

現職の傍ら、看護協会や病院、高齢者施設等を対象とした感染予防対策に関する研修の講師としても御活躍されています。

10 申込方法

(1) 別紙「受講申込書」に必要事項を記入の上、下記事務局までFAXか郵送でお申込みください。

(2) FAXの送信エラーにより「受講申込書」が受信できない場合は受講できませんので、FAX送信確認について十分御注意ください。

(3) 締切日

平成30年10月2日（火）必着

11 受講決定について

受講は先着順に決定し、受講できない場合のみ御連絡します。

12 個人情報の取り扱いについて

「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修の運営管理の目的のみに利用させていただきます。

13 事務局（申込先）

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 県民サービス部 研修課 担当 笠野・鳥居
〒816-0804 春日市原町3 - 1 - 7 クローバープラザ 東棟4階
TEL 092 - 584 - 3401 FAX 092 - 584 - 3402

14 天災等の災害による研修の延期等について（ホームページへの掲載について）

- （1）天災等により、研修を延期又は中止する場合は、研修前日の17時までに本会研修課のホームページにその旨を掲載しますので、各自確認をお願いします。
- （2）施設等でのホームページ閲覧ができない方についてのみ、申込書に記載の緊急連絡先に連絡しますので、必ず記入してください。

15 その他

- （1）当日は、主催者による駐車場の確保はできません。研修会場までは、公共交通機関を御利用いただきますようお願いいたします。
- （2）研修会場はホールのため机がありません。筆記ができるよう下敷き等を御持参ください。
- （3）研修会場は、個人の状況に合わせた室内温度調節はできません。温度調節が可能な服装で御参加ください。

福岡県社協 研修課 行 (F A X 0 9 2 - 5 8 4 - 3 4 0 2)

平成 3 0 年度感染症予防研修 (後期)
受講申込書

福岡県社会福祉協議会長 様

施設種別 高齢・障害・児童・保護・保育・社協
(〃 で困ってください。)

施設・事業所名 _____

担当者名 _____

〒 _____

住 所 _____

電話番号 (_____) _____

F A X 番号 (_____) _____

【日程】平成 3 0 年 1 0 月 1 6 日 (火)

No. 県社協 記入欄	ふりがな	職 種
	氏 名	

定員になり次第、締め切らせていただきます。

定員超過等で受講をお断りする場合は、その旨本会から連絡します。

福岡県社協研修課のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先

ホームページを閲覧できない方のみ緊急連絡先をお知らせください。

(_____ - _____)

感染症予防に関する質問等がありましたら、下記欄に簡潔に記入してください。

--