

精神科訪問看護研修会 **基礎編**

- 「精神科訪問看護基本療養費」算定の届出要件を満たす研修会です
- 3日間のプログラムすべてを受講された方には、修了証を発行します
- 受講料（税込価格）～日精看会員21,600円 非会員43,200円
- 専用FAX申込用紙でお申し込みください

①	日時	平成30年6月13日(水)～15日(金) 締め切りました
	会場	一般財団法人仁明会精神衛生研究所(兵庫県西宮市越水町4-31)
②	日時	平成30年7月14日(土)～16日(月) 申込先：三重県支部
	会場	三重県総合文化センターセミナー室C(三重県津市一身田上津部田1234)
③	日時	平成30年8月18日(土)～20日(月) 申込先：東京事務局
	会場	コラッセふくしま(福島県福島市三河南町1-20)
④	日時	平成30年9月15日(土)～17日(月) 申込先：京都研修センター
	会場	京都研修センター (京都府京都市中京区三条通烏丸西入御倉町 85-1KDX烏丸ビル8階)
⑤	日時	平成30年10月18日(木)～20日(土) 申込先：京都研修センター
	会場	一般財団法人仁明会精神衛生研究所(兵庫県西宮市越水町4-31)
⑥	日時	平成30年11月17日(土)～19日(月) 申込先：ネット九州
	会場	ネット九州(福岡県福岡市中央区清川3-14-20福精協会館4階)
⑦	日時	平成31年2月2日(土)～4日(月) 申込先：東京事務局
	会場	東京研修会場(東京都港区港南2-12-33品川キャナルビル7階)
⑧	日時	平成31年2月21日(木)～23日(土) 申込先：京都研修センター
	会場	一般財団法人仁明会精神衛生研究所(兵庫県西宮市越水町4-31)

精神科訪問看護研修会 **基礎編**

プログラム ※①～⑧共通 (プログラムは変更することがありますのでご了承ください)

1 日目

- 9:30～10:25 「精神科訪問看護の動向」
■精神保健医療福祉の動向 ■精神科訪問看護の現状と制度
- 10:25～12:30 「精神科訪問看護の基本姿勢」
■利用者との信頼関係の構築 ■リカバリー・ストレングスの考え方
- 13:30～15:25 「精神疾患の理解」
■統合失調症、気分障害、パーソナリティ障害、アルコール依存、認知症等の症状
- 15:35～17:30 「精神科訪問看護に必要な薬物療法の知識」
■向精神病薬の作用と副作用 ■服薬管理の際の留意点

2 日目

- 9:00～10:00 「精神科訪問看護の実際～日常生活支援」
■QOL向上に向けた援助 等
- 10:00～11:10 「精神科訪問看護の実際～医療継続支援」
■服薬に関する援助 等
- 11:10～12:20 「精神科訪問看護の実際～拒否のある利用者への対応」
■訪問時の不在、拒否への対応 等
- 13:20～14:20 「精神科訪問看護の実際～病状悪化の早期発見・介入」
■病状悪化のアセスメント 等
- 14:20～16:00 「精神科訪問看護の実際～家族支援」
■High EE家族への介入 等
- 16:00～17:00 「精神科訪問看護の実際～多職種連携」
■多職種・多機関との連携 等

3 日目

- 9:00～12:00 「精神科訪問看護における社会資源の活用」
■精神障がい者が利用できる制度、社会資源の理解
- 13:00～16:00 グループディスカッション (事例検討)
- 16:00～17:30 グループディスカッションまとめ

精神科訪問看護研修会

基礎編

FAX申込用紙（申込は3月1日より）

受講会場（①～⑧のいずれかに○をつけてください）およびFAX送信先
*会場ごとに申し込み先が異なりますので、ご注意ください。

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ⑤⑧ 一般財団法人仁明会精神衛生研究所
いずれかに○ → ⑤() ⑧() | * ⇒FAX 075-229-6771
(日精看 京都研修センター) |
| ② 三重県総合文化センター
(平成30年7月14日～16日) | ⇒FAX 0598-20-8051
(日精看 三重県支部) |
| ③ コラッセふくしま
(平成30年8月18日～20日) | ⇒FAX 03-5796-7034
(日精看 東京事務局) |
| ④ 日精看 京都研修センター
(平成30年9月15日～17日) | ⇒FAX 075-229-6771
(日精看 京都研修センター) |
| ⑥ 日精看 ネット九州
(平成30年11月17日～19日) | ⇒FAX 092-791-6561
(日精看 ネット九州) |
| ⑦ 日精看東京研修会場
(平成31年2月2日～4日) | ⇒FAX 03-5796-7034
(日精看 東京事務局) |

お名前（フリガナも）	
会員or非会員 (いずれかにレを)	<input type="checkbox"/> 会員 (No) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中
施設名（病棟・部署も）	
プログラムや郵便振替用紙 の送付先住所	(勤務先 or 自宅) ※どちらかに○を 〒 -
電話番号	
★FAX番号（★必須）	
メールアドレス	
キャンセル待ち	希望する・希望しない (定員数を超過していた場合、キャンセル待ちを希望するか否か、どちらかに○印を)

(お知らせいただいた個人情報を研修会以外の目的で無断使用することは一切ございません)

※お申し込みの結果をFAXでお送りします。定員に達した時点で受付を終了しますので、あらかじめご了承ください

※受講承認後、郵便振替用紙をお送りしますので、指定期日までに受講料をお振込ください

※受講に際し、事例の提出をお願いしています。プログラムと一緒に送付する用紙に事例を記入して提出してください

(事務局記入欄) お申し込みの結果	<input type="checkbox"/> 受講が承認されました	<input type="checkbox"/> キャンセル待ちになりました
	<input type="checkbox"/> 締め切らせていただきました	

お問い合わせ先 日本精神科看護協会事務局 TEL: 03-5796-7033