

平成 30 (2018) 年度日本小児保健協会 小児救急電話相談スキルアップ研修会 (第 1 報)

小児救急電話相談 (#8000) 事業などの小児救急に関する電話相談には、受療行動や家庭での対処法のアドバイスに加え、保護者への安心の提供が求められます。電話相談は、電話を介した相談者と対面しない方法で行う援助であり、相談対応者には特殊なコミュニケーション技術が求められます。

当協会では、小児救急の電話相談の役割の理解と相談技術の向上を目的に研修会を開催しております。

公益社団法人 日本小児保健協会 会長 秋山 千枝子
同 小児救急の社会的サポートに関する検討委員会 委員長 山崎 嘉久

主催：公益社団法人 日本小児保健協会

対象者：小児救急の電話相談に関係する看護師・助産師・保健師・医師など

電話相談の経験は問いません。日本小児保健協会会員以外の方も参加できます。

【基礎コース】

日時：平成 30 (2018) 年 6 月 30 日 (土) 13 時～17 時頃

会場：東京工科大学 蒲田キャンパス 3 号館 10 階 31014 教室 (〒144-8535 東京都大田区西蒲田 5-23-22)

定員：50 名 ※定員になり次第、締め切らせていただきます。

内容：小児救急の電話相談の社会的な意義や相談スキル、受療行動へのアドバイスとともに、相談者に安心を与える電話対応のあり方などの理解を目的とした講義、演習、グループワークなど。

参加費：会員 3,000 円、非会員 6,000 円 ※事前振込となります。振込方法等は受付通知時にご案内いたします。

テキスト：別途研修テキストのご購入が必要です。書籍名『これからの小児救急電話相談ガイドブック』(へるす出版)、定価 2,808 円 (税込)。基礎コース・実践コースに準拠しており、実際の電話相談業務の必須アイテムとしても活用いただけます。

【実践コース (予定)】※2 日間のカリキュラムです。

日時：1 日目 平成 30 (2018) 年 9 月 22 日 (土) 13 時～18 時頃 2 日目 平成 30 年 9 月 23 日 (日) 9 時～16 時頃

会場：国立オリンピック記念青少年総合センター 〒151-0052 東京都渋谷区代々木神園町 3-1 TEL：03-3469-2525

参加資格：基礎コース受講 (過年度に基礎コースを受講された方も、本年度の実践コースにご参加いただけます。)

定員：30 名

内容：自らの電話対応の傾向を理解し、相談者をエンパワーメントする相談技法の向上などを目指すための、SP (模擬相談者) を用いた電話相談実技、グループワークによる討論、講義など

参加費：会員 15,000 円、非会員 30,000 円 ※事前振込となります。振込方法等は受付通知時にご案内いたします。

講習会修了証：実践コース修了者に対して、日本小児保健協会から修了証を交付します。

【講師等】

大西文子 (日本赤十字豊田看護大学看護学部)、小迫幸恵 (山口県立大学看護栄養学部)、小山田恵 (名古屋掖済会病院)、白石裕子 (東京工科大学医療保健学部)、広野優子 (ER・テレフォン・クリニック)、福井聖子 (NPO 法人小児救急医療サポートネットワーク)、細井千晴 (埼玉県立小児医療センター)、委員会委員ほか

【申込み方法】

申込必要事項を記載して、E-メール (jschseminar-tantou@umin.ac.jp) または FAX (03-3868-3092) にてお申し込みください。E-メールのタイトルは「小児救急電話相談研修会申込み」として、①氏名 (フリガナ)、②所属・部署、③職種 (保健師・助産師・看護師・医師・その他 (その他は詳細を記載))、④連絡先〒と住所、⑤電話番号、⑥E-メールアドレス、⑦FAX 番号、⑧会員 (会員番号)・非会員、⑨申込区分：基礎コース、実践コースの別、⑩電話相談事業への従事 (従事中、従事予定、その他 ())、⑪研修参加の動機を記載してください。受け付け後、受付完了通知をお送りいたしますので、受信可能なメールアドレス、FAX 番号を必ずご記載ください。記載がない場合、受付ができない可能性があります。

申込日：平成30年 月 日

日本小児保健協会事務局 宛

(Eメール：jschseminar-tantou@umin.ac.jp / FAX：03-3868-3092)

平成30年度小児救急電話相談スキルアップ研修会 参加申込書

①申込区分：

- 基礎コース (実践コース受講/ 希望する 希望しない 未定)
 実践コースのみ参加希望 (基礎コース履修年度：平成_____年度)
※実践コース受講可否のご連絡は、基礎コース終了後とさせていただきます。

②氏 名： _____ (フリガナ： _____)

③会員登録： 会員 ・ 非会員 (会員の方は会員番号： _____)

④職 種： 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 医師 ・ その他 (_____)

勤務先 _____

部 署 _____

⑤電話相談への従事： 従事中 従事予定 その他 (_____)

電話相談事業等名称 _____ 経験年数 _____ 年

⑥連絡先： 勤務先 ・ 自宅

〒 _____

住所 _____

TEL _____

(必須) E-mail _____ @ _____

F A X _____

※E-mail または FAX により受付通知書を返信いたしますので、必ず記載してください。
記載がない場合、受付が出来ない場合がございます。

※E-mail アドレスをお持ちの方には、E-mail アドレスを優先して返信いたします。

⑦研修参加の動機：

[_____]

【申込方法】

E-mailにて、日本小児保健協会事務局にお申込みください (タイトルを「小児救急電話相談研修会申込み」として
ください)。手続き終了後、事務局より「受付通知書」をお送りいたしますので、受信可能なメールアドレス、FAX
番号を必ずご記載ください。記載がない場合、受付ができない場合がございます。参加費の事前振込方法等は、
受付通知時にご案内いたします。

公益社団法人 日本小児保健協会事務局

セミナー申込 E-mail: jschseminar-tantou@umin.ac.jp FAX: 03-3868-3092