

平成29年度 身体拘束ゼロ推進員養成研修 開催案内

1. 目的

身体拘束廃止に関する認識と知識を深め、身体拘束廃止に関する実践的手法を習得することにより、介護現場において身体拘束廃止の取り組みを指導する人材を養成することを目的とします。

2. 受講対象者

大阪府内の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、有料老人ホーム（有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅を含む）の施設長（管理者）、看護主任・介護主任等、施設内で指導的立場にあり、かつ抑制のない高齢者ケアを推進できる方。

3. 日程・場所・研修カリキュラム

	日程・場所	研修内容
	【事前課題】 自施設の身体拘束の実態把握及び身体拘束が行われている場合はその要因を分析	
第1 日 目	【A日程】7月22日（土） 【B日程】9月15日（金） 【C日程】11月6日（月） ※全日程10～17時 大阪社会福祉指導センター 5階 多目的ホール	【講義】 <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の尊厳を支えるケア ・高齢者虐待防止・身体拘束廃止の取り組みや制度 ・看護職と介護職の役割と連携 ・認知症の種類と症状の適切な理解と対応法 【演習】 <ul style="list-style-type: none"> ・施設の現状共有、課題、改善点の明確化 ・施設での取組目標（自施設実践計画の設定）
	【自施設学習（30日間）】 実践計画に基づいた自施設での取り組み	
第2 日 目	【A日程】8月19日（土） 【B日程】10月23日（月） 【C日程】12月22日（金） ※全日程10～17時 大阪社会福祉指導センター 5階 多目的ホール	【講義】 <ul style="list-style-type: none"> ・職員を守る施設のサポート体制と記録の重要性 【演習】 <ul style="list-style-type: none"> ・自施設における取り組み成果の報告 ・取組過程における問題点や解決方法 ・身体拘束廃止のための今後の実施計画設定

※実施時間については予定ですので、当日のプログラムによって開始・終了時間が変更になる場合があります。詳細は、受講決定時にお送りする受講決定通知書でご確認ください。

【会場】：大阪社会福祉指導センター 5階 多目的ホール

大阪市中央区中寺1丁目1-54 【大阪市営地下鉄「谷町六丁目」駅下車徒歩約5分】

4. 受講定員

400名（各日程約130名程度）

5. 受講料 : 無料

6. 申込方法

「受講申込書」に必要事項を記入のうえ、下記申込み先まで 郵送または持参してください。
※FAXでの申込は受付致しません。

申込み先：〒562-0012 箕面市白島三丁目5番50号
(福)大阪府社会福祉事業団 「身体拘束ゼロ推進員養成研修」事務局

締め切り：平成29年6月15日（木） ※必着

7. 受講決定及び通知

受講が決定された方には、「受講決定通知」を、受講していただくことができない場合には、その旨の通知を所属長宛てに送付します。

※6月26日（月）迄に届かない場合は、研修事務局にお問い合わせください。

※申込多数の場合は、大阪府と協議の上、厳正なる抽選を行い受講の可否を決定します。

※期限を過ぎたお申込については受付を致しませんのでご了承ください。

8. 研修の修了及び修了証書

・本研修を修了（修了証書を交付）するためには、本研修カリキュラムを全て受講していただく必要があります。（いずれかの講義又は演習を欠席した場合、事前課題、自施設学習・取組を実施されない場合、修了証書は交付できません）

・修了証書の交付については、研修最終日に手渡しにより交付する予定です。

※15分以上の遅刻または早退の場合は欠席とみなすことがありますので、あらかじめご了承ください。

9. その他

(1) 本研修は、社会福祉法人大阪府社会福祉事業団が、大阪府からの委託を受け、「平成29年度身体拘束ゼロ推進員養成研修業務」に基づいて実施するものです。

(2) 本研修の申込書等に記載された事項は、個人情報の規定に則り適正に管理します。受講者の決定や修了証書の作成等、本研修の円滑な運営、及び大阪府への報告に使用します。

10. 問い合わせ先

社会福祉法人 大阪府社会福祉事業団「身体拘束ゼロ推進員養成研修事務局」

電話：072-724-8167

平成29年度 身体拘束ゼロ推進員養成研修 受講申込書

ふりがな 受講者氏名			性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 <small>※氏名と生年月日は修了証書に記載しますので、楷書で正確にご記入ください</small>			
職種・役職		高齢者福祉関連 業務経験年数	年 月	
取得している 資格等	介護福祉士・社会福祉士・訪問介護員1級・訪問介護員2級 介護支援専門員・看護師・その他 ()			
施設(事業所)名	事務連絡ご担当者名 () メールアドレス ()			
施設種別	特養(地域密着含)・老健・療養・有料・有料に該当するサ高住			
所在地	〒 -			
電話番号		FAX番号		
希望日程	【A日程】・【B日程】・【C日程】・いずれでもよい ※無記入の場合は“いずれでもよい”とみなします ※複数選択された際は、事務局にて日程の決定を行います			
同一施設(事業所)より複数申込の場合の優先順位 ※無記入の場合は、大阪府と協議の上、事務局にて選定します			人中	人目

身体拘束ゼロ推進員養成研修の受講生として上記の者を受講させたく申し込みます。

(法人名)
(施設・事業所名)
(代表者・施設長名)



(推薦理由)

※注意※

- 1 各施設(事業所)において、抑制のない高齢者ケアの推進役となる方を推薦してください。
- 2 申込書は、郵送または持参にて提出してください。
- 3 自施設学習も含めて全日程に参加することができる方(遅刻・早退も不可)を推薦してください。
- 4 受講者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確に書いてください。

本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り適正な管理を行い、平成29年度身体拘束ゼロ推進員養成研修業務以外に使用することは致しません。