

平成29年度 看取り・フィジカルアセスメント研修 開催案内

1. 目的

看取り・フィジカルアセスメントに関する認識と知識を深め、実践的手法を習得することにより、介護現場において看取り・フィジカルアセスメントを実践でき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】 自施設における看取りの現状について	
第1日目	【A日程】8月18日（金） 【B日程】9月20日（水） 【C日程】12月1日（金） ※全日程13～17時 【A・B日程】 大阪社会福祉指導センター 5階 多目的ホール 【C日程】 大阪府社会福祉会館 5階 501会議室
【自施設学習（2～3週間程度）】 自施設におけるチームアプローチの現状について	
第2日目	【A日程】9月7日（木） 【B日程】10月16日（月） 【C日程】12月25日（月） ※全日程10～17時 【A・B日程】 大阪社会福祉指導センター 5階 多目的ホール 【C日程】 大阪府社会福祉会館 5階 501会議室

※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】：（A・B日程）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番54号 【大阪市営地下鉄「谷町六丁目」駅下車徒歩約5分】
 （C日程）大阪府社会福祉会館 5階 501会議室

大阪市中央区谷町7丁目4番15号【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 「看取り・フィジカルアセスメント研修」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。

※7月20日（木）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年度看取り・フィジカルアセスメント研修業務」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「看取り・フィジカルアセスメント研修」事務局

電話：072-724-8167

平成29年度 看取り・フィジカルアセスメント研修 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 ※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		
職種・役職	高齢者福祉関連業務経験年数	年 月	
	受講者の看取り経験の有無	有・無 ※有の場合 件	
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 ※介護保険施設の場合、施設（事業所）での看取り介護加算⇒ <u>有・無</u>		
所在地	〒 ー		
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

看取り・フィジカルアセスメント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 申込書は、郵送または持参にて提出してください。
- 2 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。
- 3 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年度看取り・フィジカルアセスメント研修業務以外に使用することは致しません。