

平成30年6月吉日

正 会 員 各 位

(一社)北海道老人保健施設協議会

会 長 星 野 豊

平成30年度 北海道老人保健施設協議会 職員基礎研修会開催についてのご案内

向夏の候、会員各位におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、標記研修会につきまして、本年度も老健職員の質の向上を目的に、老健施設の理念と役割について改めて認識することから始まり、対人援助の基本について、虐待防止や不適切なケアを考えることから学びにつなげる職員基礎研修会を開催いたしたく、ご案内申し上げます。

つきましては、貴施設職員の皆様のご参加に際しまして、特段のご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

記

開 催 日 : 平成30年8月18日(土)

開 催 場 所 : アートホテル旭川

〒070-0037 旭川市7条通6丁目

TEL : 0166-25-8811(ホテル代表)

ホームページ <http://www.art-asahikawa.com>

研 修 対 象 者 : 正会員施設職員で入職後概ね3年未満程度の新任レベル職員

- ※ 職種は問いませんので多数のご参加をお待ちいたしております。
- ※ 事務職員及び同一法人が運営される併設の介護保険事業所職員の参加もお待ちしております。
- ※ 開催要項につきましては次頁『職員研修会スケジュール』をご参照下さい。

北海道老人保健施設協議会 職員基礎研修会

平成30年8月18日(土)

会場：アートホテル旭川

研修の内容

本研修は、勤務3年未満の施設職員を対象としたもので、介護の現場において利用者と直接向き合う若手の職員等に、事例を通して、絶対に行ってはならない行為である虐待を認識させ、その上で、グループワーク等において日常のケアに潜む「不適切なケア」についても、意識を持たせることを狙いとしています。

介護老人保健施設は、常に利用者主体の質の高い介護サービスの提供を心がけ、地域に開かれた施設として、利用者のニーズにきめ細かく応える施設です。より高度な技術の習得でなく、まずはやってはいけないことを身につけることが、ご利用者・ご家族の皆様が、快適に自分らしい日常生活を送れるよう支援するための第一歩となると考えています。

時間	テーマ	講師
9:30	受付	
10:00	開会挨拶	一般社団法人 北海道老人保健施設協議会 幹事 本村 勝昭
10:10	オリエンテーション	
10:15	【講義】 対人援助の基本(1) ～不適切ケア・虐待事例から学ぶ～	株式会社 そよかぜ 居宅介護支援事業所 そよかぜ 介護支援専門員 武田 直美
12:15	●虐待自己点検チェック：虐待の理解 ●虐待事例から、問題点を考える：在宅の事例・施設事例から ●不適切ケアってなに？：やってはいけない介護とは	
昼食・休憩		
13:00	【グループワーク(演習)】 対人援助の基本(2) ～おもてなしの心をもつことで～	株式会社 そよかぜ 居宅介護支援事業所 そよかぜ 介護支援専門員 武田 直美
16:00	●コミュニケーションをとろう： 共通点をさがす／ここに来た理由は／キャッチボールからの学び ●老健の接遇とは： 挨拶について／「きめこまやか法」について	
16:00	●まとめ	
16:00	閉会	

平成30年度 北海道老人保健施設協議会・職員基礎研修会

「研修会参加費及び申込要領」

◇ 参加費用

参加費:5,500円(昼食代込み)

◇ 参加費用の納入

参加費用につきましては、後日請求書を担当者様宛にご郵送いたしますので、指定された口座へお振込下さい。

◇ 参加申込要領

参加申込は別添申込書に必要事項をご記入の上、メール添付、郵送またはFAXにてお送り下さい。締日厳守にてお願い致します。

申込締日 平成30年7月27日(金)

【申込先】〒003-0809 札幌市白石区菊水9条3丁目1-17

(株) コンベンションワークス

TEL011-827-7745 FAX011-827-7769

◇ 交通機関等について

※直接会場へお越しください。(旭川駅より徒歩約15分)

※ホテル駐車場は、有料です。ご利用者の負担となります。

1時間毎に200円～250円。

FAX 送信先 011-827-7769

返信先メール

info-pop@doroken.jp

(株) コンベンションワークス担当 田畑

申込日 平成 年 月 日

平成30年度 北海道老人保健施設協議会・職員基礎研修会

参加申込書

施設名				市・町・村
	TEL		FAX	
	担当者	E-mail		
参加者氏名	性別	年齢	経験年数	職種 (○印を付けて下さい)
①	男 ・ 女	歳	年 月	医師・看護職・介護職・リハ職・ 相談職・事務職・栄養・ケアマネ
②	男 ・ 女	歳	年 月	医師・看護職・介護職・リハ職・ 相談職・事務職・栄養・ケアマネ
③	男 ・ 女	歳	年 月	医師・看護職・介護職・リハ職・ 相談職・事務職・栄養・ケアマネ
④	男 ・ 女	歳	年 月	医師・看護職・介護職・リハ職・ 相談職・事務職・栄養・ケアマネ
⑤	男 ・ 女	歳	年 月	医師・看護職・介護職・リハ職・ 相談職・事務職・栄養・ケアマネ

【記載方法】

■ 経験年数は、介護老人保健施設の勤務経験年数をご記入下さい。

■ 職種は、主たる職種を下記より選びご記入ください。

医師・看護職・介護職・リハ職・相談職・事務職・栄養・ケアマネ

■ 参加費用

① 出席人数 () 人 × 5,500円 = 参加費 [] 円

参加費合計 [] 円

7月27日(金)までにお申し込み下さい。