

平成 29年11月吉日

各 位

〔主 催〕公益財団法人 愛知県シルバーサービス振興会

ターミナルケア研修会の実施について

～地域で看取りをどう支援していくのか？～

超高齢化の進展に伴って、まさに多死社会を迎えようとしています。

こうした現状のなか、まさに地域包括ケアシステムの構築が急がれております。

看取りの場は、病院から在宅（自宅、サービス付高齢者住宅等）、施設へと移行しています。

私たち専門職は、様々な場面で利用者の「死」に直面する機会が増えています。

本人、家族が納得できる最期を迎える事が出来るために何が出来るのか？

今回の研修では、シンポジウムによる各専門職からの課題や対応のについての提言、在宅医の立場から生活の場における医療の講義・事例検討を通じて、ターミナルにおけるチームケアの重要性を学んでいきます。

是非ご参加賜りますようご案内申し上げます。

1. 対象者
介護支援専門員等、高齢者介護サービス関係者
2. 日程・場所

◇カリキュラムは裏面をご参照下さい。

開催日	内 容	時 間	場 所
1月9日（火）	おしなげまつ シンポジウム・演習 〔退院連携における他職種役割について〕 〔現場の課題の共有、お互いの立場の理解〕	9:50～16:00	名古屋商工会議所 （5階：A・B・C会議室）
1月30日（火）	講義・演習 〔講義と事例を通してチームケアを考える〕	10:00～16:00	名古屋商工会議所 （5階：A・B・C会議室）

※ 場所については、申込書の会場のご案内を参照下さい。

3. 募集定員 100名（定員になり次第締め切ります）
4. 受講料 10,300円（但し：愛知県介護支援専門員協会の会員は8,300円）
なお、払込方法は「受講票」とともに「受講決定のお知らせと受講料払込のお願い」にて別途ご案内します。
5. 申込方法 別添の「ターミナルケア研修会申込書」で当会宛にFAX又は郵送でお申込み下さい。
6. 申込期限 平成29年12月22日（金）＜期限厳守＞
定員になり次第締め切ります。

7. 申込可否の連絡

- ◆受講可能な方は「受講決定のお知らせと受講料払込のお願い」《郵送・メール便・Fax等》でお知らせします。
- ◆定員オーバーなどで受講できない方には、電話Fax等でご連絡します。

8. その他

【本研修は主任介護支援専門員更新研修受講要件・個別要件②に該当する研修です】

9. 会場

【名古屋商工会議所】 5階 A・B・C会議室

名古屋市中区栄二丁目10番19号

〔地下鉄〕 東山・鶴舞線「伏見」(5番出口) 徒歩5分

《お問合せ先》

(公財)愛知県シルバーサービス振興会

<担当> 林・徳村

<電話> 052-219-2071

(平成29年度)

ターミナルケア研修会カリキュラム

開催日	時間	テーマ	講師
1月9日(火) 5F A・B・C会議室	9:30 ~ 9:50	受付 (9:50より オリエンテーション 事務局)	
	10:00~13:00	シンポジウム テーマ「退院連携における多職種役割について」 ～ターミナルケースを通して～ ・各専門職の立場からターミナルケースにおける連携 についての課題と対応について	(座長) 認定ケアマネジャー 主任介護支援専門員 磯村 直美 (シンポジスト) ・愛知県がんセンター 愛知病院 緩和ケア部長 橋本 淳 ・(医)財団愛泉館 訪問看護ステーション えまい 所長 鈴木 功子 ・認定ケアマネジャー 主任介護支援専門員 小藤あけみ ・藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 地域医療連携センター退院支援室 臨床看護科長 井藤 信江
	12:00~13:00	[昼食休憩]	
	14:00~16:00	グループディスカッション テーマ「現場の課題の共有、お互いの立場の理解」 ～具体的な連携方法～	(ファシリテーター) 認定ケアマネジャー 主任介護支援専門員 認定看護師 その他
1月30日(火) 5F A・B・C会議室	10:00~12:00	講義 テーマ「ターミナルケアにおける多職種連携について」 ～生活の場における医療とは～	みどり訪問クリニック 院長 姜 琪鎬
	12:00~13:00	[昼食休憩]	
	13:00~16:00	事例検討会 「末期がんのケースを通して、チームケアを考える」 グループワーク	(ファシリテーター) 認定ケアマネジャー 主任介護支援専門員 認定看護師 その他

※都合により講師、テーマが変更になる場合がございますのでお含みおき下さい

ターミナルケア研修会参加申込書

平成 年 月

<申込期限:12月22日(金)>

→ FAX 052-212-1615 ←

受講者氏名 (愛知県介護支援専門員協会員 は氏名頭部に○をつける)	(生年月日)西暦 年 月 日
職 種	
事業所名	
事業所所在地 郵便番号・電話番号・Faxを 必ず明記してください	〒 <TEL> <FAX>
事業所区分 (レをお付けください)	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウスなど) <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他()