

【ターミナルケア研修会】 2018

～地域で看取りをどう支援していくのか?～の実施について

日頃は、当振興会の業務運営に格別のご指導、ご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

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きます。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。

関係者の方々には、是非受講賜りますようご案内申し上げます。

記

1. 研修の対象者

- (1) 介護支援専門員・主任介護支援専門員

【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】

- (2) 施設系に関わる管理者や介護職の方

- (3) その他介護に携わる方

開催日	内容・講師	時間	場所
2019年 1月22日 (火)	オリエンテーション 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 (3階：第5会議室)
1月29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 (3階：第5会議室)

2. 日程・開催場所 2019年1月22日(火) 1月29日(火)
10時00分～16時00分(9時30分受付開始)
名古屋商工会議所3階：第5会議室

※注意：この研修は2日間で1つの研修です1日は9時30分よりオリエンテーションを行います

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
受講料払込方法は「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. 申込期限 2019年1月17日(木)

<定員に達した場合期限前でも締め切ります>

6. 申込方法 下記「ターミナルケア研修会 参加申込書」に
必要事項をご記入の上でFax・郵送等で、お申込下さい。

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、
FAX等でご連絡します。

8. お問い合わせ先

公益財団法人 愛知県シルバーサービス振興会
〒460-0008 名古屋市中区栄2丁目10番19号 商工会議所ビル8階
<担当>徳村 TEL052-219-2071 Fax052-212-1615

ターミナルケア研修会カリキュラム

開催日	時間	内容	講師
2019年 1月22日 (火)	9:50~	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 多職種の役割について」 ~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 看護部 臨床看護科長 井藤 信江
	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
2019年 1月29日 (火)	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~	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

※都合により講師、テーマ会場が変更になる場合がございますのでお含みおき下さい。

→ FAX 052-212-1615 ←

公益財団法人 愛知県シルバーサービス振興会行 20 年 月 日

ターミナルケア研修会 参加申込書

受講者氏名	愛知県介護支援専門員協会の個人会員は名前の前に○を付けて下さい (生年月日) 西暦 年 月 日		
職種			
事業所名 (受講決定通知書送り先名称)			
事業所所在地 (受講決定通知書送り先住所)	〒 TEL Fax		
事業所区分 (しをお付けください)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <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"/> (看護) 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他 ()		