

平成 30 年度 第 2 回

精神科訪問看護基本療養費算定要件研修会（ご案内）

- ◆日 時 平成 31 年 2 月 8 日（金）～10 日（日） 定員：180 名
- ◆会 場 OMM ビル 1 階グラン （大阪市中央区大手前 1 - 7 - 3 1）
- ◆参加費 会員 20,000 円（大阪府訪問看護ステーション協会） 非会員：40,000 円
- ◆対象者 訪問看護ステーション管理者・従事者、精神科訪問看護・精神科看護に従事する方
- ◆主催 一般社団法人大阪府訪問看護ステーション協会
- ◆後援 一般社団法人日本精神科看護協会 大阪支部
- ◆受付期間 平成 30 年 12 月 6 日（木）～平成 31 年 1 月 7 日（月）
- ◆その他
  - ・昼食は各自でご持参ください。
  - ・開会前にオリエンテーションを実施します。9 時 15 分までにお越しください。
  - ・保健師、看護師、作業療法士の有資格者は、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）（Ⅳ）算定要件となる修了証を発行します。また、准看護師の有資格者には、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）（Ⅳ）算定要件となる 修了証を発行します。
  - ・本研修は、厚生労働省から 20 時間以上の受講が義務付けられています。
  - その為、遅刻や欠席、早退された場合は修了証をお渡しできませんのでご注意ください。

《プログラム》

日にち	時間	内容	講師
2/8(金) 7 時間	9:30～ 11:30	精神科訪問看護の実際①（日常生活の援助、利用者との信頼関係構築、対人関係の援助）	大阪精神医療センター みどりの森棟 看護師 田中 幸代 氏
	12:20～ 17:30	精神科訪問看護の実際②（症状悪化の早期発見・危機介入・医療継続の支援）	大阪精神医療センター在宅医療室 副看護師長 浅野 佳子 氏
2/9 (土) 7 時間	9:30～ 15:20 (昼休憩含)	保健・医療サービス提供システムと多職種との連携	社会医療法人北斗会さわ病院 医療福祉相談室 係長 杉本 聡 氏 医療福祉相談室 主任 中島 憲行 氏
	15:30～ 17:30	精神訪問看護の制度・関係する法の概要・理解	日本精神科看護協会会長 岩手医科大学 看護学部地 域包括ケア講座 教授 末安 民生 氏
2/10(日) 6 時間 10 分	9:30～ 11:30	精神障がい者の理解・精神疾患における薬物療法	社会医療法人北斗会さわ病院 理事長 澤 温 氏
	12:20～ 16:40	事例検討 ～グループワーク および全体発表～	岩手医科大学 看護学部 地域包括ケア講座 教授 末安 民生 氏 (特医) 三上会東香里病院 田中 英治朗 氏 (医) 小憩会 ACT-ひふみ 加藤 由香 氏 大阪精神医療センター 矢野 美也 氏

問い合わせ：一般社団法人大阪府訪問看護ステーション協会 担当：雨師・高澤・色川

〒542-0012 大阪市中央区谷町 6 丁目 4-8 新空堀ビル 205 号 [TEL:06-6767-3800](tel:06-6767-3800)

一般社団法人大阪府訪問看護ステーション協会

平成30年度 第2回 精神科訪問看護基本療養費算定要件研修申込書

<input type="checkbox"/> 大阪府訪問看護ステーション協会会員 会員NO. _____ ( ) ブロック			<input type="checkbox"/> 非会員
所有資格	所有資格に○をつけてください 1、看護師 2、保健師 3、作業療法士 4、准看護師 5、理学療法士 6、言語聴覚士 7、その他 ( )	主たる免許実務経験 年 月	訪問看護従事期間 年 月
ふりがな		年 月	性別
氏名		歳	男・女
設置主体 (法人名)			
ふりがな			
施設名			
施設住所	〒 _____		
電話番号	TEL ( )	FAX ( )	
※書類送付先：原則として施設住所へ送付します。			
優先順位	各施設で複数人が申し込まれる場合は必ず優先順位をつけてください。	( )位/( )名中	
経費	<input type="checkbox"/> 全額自己負担 <input type="checkbox"/> 一部自己負担 <input type="checkbox"/> 全額施設負担 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
受講動機	該当する番号に○をつけてください。 1. 研修内容(または講師)に関心・興味がある    6. 他施設の人との情報交換 2. 専門的な知識・技術の習得    7. 自分自身のキャリアアップ 3. 現状の問題・課題達成    8. 上司の勧め 4. 役割としての能力開発    9. その他 5. 人材育成・スタッフ指導・学生指導等    ( )		

※記入上の注意

- 各欄の該当するところに✓印または○印をつけてください。
- 申込書は参加者本人が記入し、下記事務局あて FAX にてお申込みください。
- 受付完了者には受講決定通知書を郵送いたします。

※個人情報の取り扱い

本研修申し込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。

**FAX 返信先** (大阪府訪問看護ステーション協会 事務局) : 06-6767-3801