

栃老健協第 17 号
平成 25 年 7 月 29 日

一般社団法人栃木県老人保健施設協会
会員施設の長 様

一般社団法人栃木県老人保健施設協会
会 長 矢尾板 誠一
(公印省略)
一般社団法人栃木県老人保健施設協会
研修委員会 委員長 大谷 紘三
(公印省略)

平成 25 年度第 1 回職員研修会の開催について
時下ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、県内の老健施設職員の資質向上を図るため、標記研修会を下記のとおり開催いたしますので、貴下職員の積極的な参加に御配慮くださいますようお願い申し上げます。

記

- 1 日 時 平成 25 年 9 月 11 日 (水) 9 時 50 分～16 時 00 分
- 2 会 場 とちぎ福祉プラザ 1 階多目的ホールほか
受付場所 ホワイエ (多目的ホール前)
〒320-8508 宇都宮市若草 1-10-6 (地図参照)
- 3 内 容 「事例発表会」及び「グループ別意見交換会」
- 4 日 程
9 時 20 分～ 受付
9 時 50 分～ 開会・あいさつ
10 時 00 分～ 事例発表会(13 事例)
12 時 30 分～ 昼食休憩
13 時 30 分～ グループ別意見交換会 (適時休憩含む)
16 時 00 分 閉会・解散
- 5 対象者 本会の会員施設職員 (従事年数・職種を問わず)
- 6 申込方法
別紙【参加申込書】により下記事務局あて FAX にてお申し込みください。お申込みの締切りは平成 25 年 8 月 16 日 (金) とさせていただきますので御注意ください。

※全ての参加者(共通)

・グループ別意見交換会について

職種に重点を置いたグループを編成しますので、別紙【事前アンケート】の提出がグループ別意見交換会において必要になります。参加される方は必ず御記入いただきまして、【参加申込書】と併せて事務局あて御提出ください。(1 名につき 1 枚の提出となります。)【事前アンケート】が足りない場合はコピー又は本会ホームページよりダウンロードして御対応ください。

- ・昼食（お茶つき700円）を注文される場合について（参加のみの場合は無料です。）

昼食を希望の場合、別紙【参加申込書】の該当箇所に御記入ください。

昼食代は当日受付でお支払ください。（おつりのないようお願いします。キャンセルの場合は9月6日（金）までに事務局へ御連絡ください。9月6日（金）以降の昼食のキャンセルはできませんので、御了承ください。

※事例発表者(発表補助者を含む)

事例発表者（発表補助者）の方は、平成25年6月21日付け栃老健協第14号の事例発表申込書とは別に、本号の別紙【参加申込書】の備考欄にも「発表者」又は「補助者」と御記入ください。

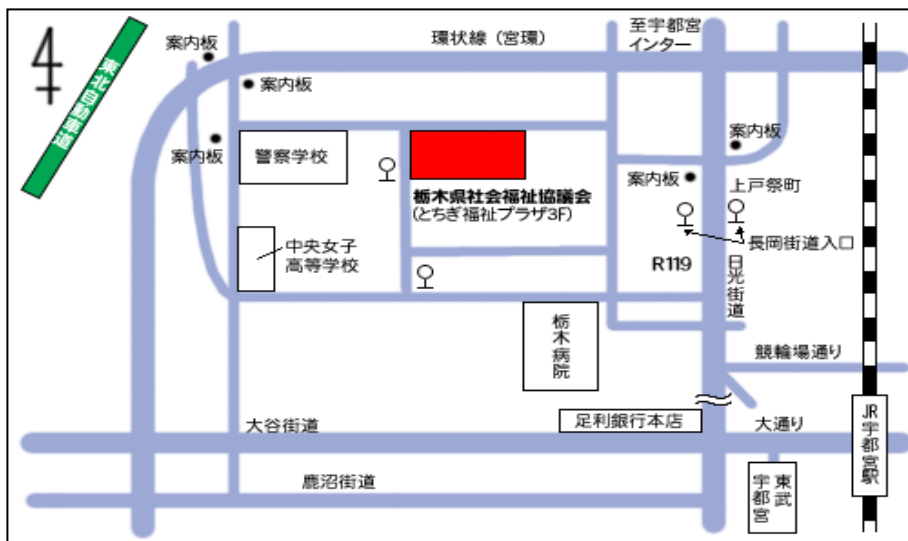
※本会研修委員施設(県南ブロックのみ)

別紙【参加申込書】の備考欄に派遣いただく研修委員及び司会係、記録係について「研修委員」、「司会係」、「記録係」とそれぞれ御記入ください。

7 その他

- ・事例発表会及びグループ別意見交換会の内容につきましては開催日の5日前程度に施設あて資料を送付いたしますので御確認ください。
- ・研修委員会にてグループごとの司会係と記録係を選出させていただきますので予め御了承ください。
- ・駐車場は会場の駐車場を使用できますが混雑することが予想されます。できる限り公共交通機関の利用や車両の乗り合わせ等の御協力をお願いいたします。

【会場地図】



【事務局】

一般社団法人栃木県老人保健施設協会 間宵（マヨイ）
〒320-8508 宇都宮市若草 1-10-6 とちぎ福祉プラザ 3階
電話：028-622-0051 / FAX：028-621-5298
メール：mayoij@tochigikenshakyo.jp

【参加申込書】

一般社団法人栃木県老人保健施設協会事務局(間宵 行き)

FAX 028-621-5298

一般社団法人栃木県老人保健施設協会
平成25年度 第1回職員研修会(9/11)
参加申込書

平成 年 月 日

施設名: _____

氏 名	職種名	屋 食 (別途 700 円) どちらかに「○」を 記載ください。	備 考
		有 無	
		有 無	
		有 無	
		有 無	
		有 無	
		有 無	
		有 無	
		有 無	

※別紙【事前アンケート】も併せて御報告ください。(参加者 1 名につき 1 枚)

※平成 25 年 8 月 16 日(金)締切り

【事前アンケート】

一般社団法人栃木県老人保健施設協会事務局(間宵 行き)
 FAX:028-621-5298

一般社団法人栃木県老人保健施設協会
 平成25年度 第1回職員研修会(9/11)
 事前アンケート

※このアンケートによる報告を基にして『職種』や『提出課題』に重点をおいたグループ編成をいたします。
 (参加者1名につき、1枚提出。必要枚数をコピーして御使用ください。)

施設名				参加者氏名		
職種 (○を付けて下さい)	介護職 支援相談員 作業療法士 その他()	看護職 ケアマネジャー 理学療法士	事務職 管理栄養士 言語聴覚士			
担当部署 (○を付けて下さい)	一般棟 認知症専門棟 通所 その他()	経験年数	年	ヶ月		

「あなたの職種における課題について」グループ内で意見交換したいことを御記入ください。	
① 【あなたが意見交換したいテーマのジャンル(1つを「○」で囲む)】	
・ケア各種(食事・入浴・排泄・移動) ・送迎 ・レクリエーション ・身体拘束 ・転倒防止 ・医療衛生(褥瘡・感染症など) ・利用者及びその家族との関係(在宅復帰を含む) ・リハビリテーション ・認知症 ・ターミナルケア ・職場環境(記録のとり方・他職種連携・職場内研修・会議の進め方など) ・その他 _____	
② 【①で選んだジャンルで、具体的に意見交換したい内容、質問したい内容を記入してください。 (意見交換会における司会者及び記録者の負担軽減のためにも記載内容はできる限り1つのみにしてください。)	

※参加者1名につき、1枚提出。平成25年8月16日(金)締切り