

気づきを築こう!!

実践に学ぶ「ユニットケア研修」

特養・老健・医療施設ユニットケア

研究会では、このたび、全国4ヶ所で「実践に学ぶユニットケア・ステップアップ研修」を開催いたします。

ユニットケアに日々取り組んでいる実践者の方々が、日ごろ悩んでいることや、嬉しかったできごと、ユニットケアに対する思いなど、同じユニットケアに取り組む仲間と語り合い、考え合いながら、ユニットケアに対する思いを共有し、学び合う場としてこの機会を活用していただけたらと考えております。みなさまの参加を心よりお待ちしております。

■主催: 特養・老健・医療施設ユニットケア研究会
〈代表: 武田和典(きのこ老人保健施設副施設長)〉

事務局/全国コミュニティライフサポートセンター
〒981-0954 宮城県仙台市青葉区川平 5-3-18-207
TEL : 022-719-9240 FAX : 022-719-9251
E-mail : unit @clc-iapan.com

携帯電話からもセミナー情報を見ることができます。

◆◆ ユニットケア研修 スケジュール ◆◆

- 期日・会場 各会場80人(先着順)
- ◇東京会場 9月20日(木) 月島区民館 (東京都中央区月島 2-8-1)
 - ◇名古屋会場 9月28日(金) ウィルあいち (名古屋市東区上野杉町1番地)
 - ◇大阪会場 9月27日(木) クオレ大阪中央 (大阪市天王寺区上汐 5-6-25)
 - ◇福岡会場 9月21日(金) 福岡県トラック総合会館 (福岡市博多区博多駅東 1-18-8)
- プログラム (各会場共通)
- 13:00~13:10 開会
 - 13:10~14:10 実践事例をひもとく
特養・老健・医療施設ユニットケア研究会代表 武田和典
 - 14:10~14:20 休憩
 - 14:20~16:50 グループディスカッション
具体的な実践事例を題材に、自分たちの問題点を討議します。
(環境・食事・排泄・入浴・ターミナルケア・職員育成等々)
 - 17:30~19:30 交流懇親会
- 受講料
- 一般参加者 3,000円
 - ユニットケア交流会員 ①施設・団体会員の方は2人まで無料でご参加いただけます。
なお、2人以上の参加の場合は、お一人につき2,000円となります。
②個人会員の方はご本人様のみ無料でのご参加となります。
- 交流懇親会参加費 4,000円 ※懇親会はすべての参加者が有料となります。

■参加申し込みの方法

- ①一般参加者の場合：下記の参加申込書に必要事項をご記入のうえ、郵送、またはFAXのいずれかでお申し込みください。
- ②ユニットケア交流会員の場合（施設・団体会員で、3人目以降の方も含まれます）：
下記の参加申込書に必要事項、会員番号をご記入のうえ、郵送、またはFAXのいずれかでお申し込みください（会員番号の記載がない場合は、一般参加者の扱いとなりますので、ご注意ください）。
- ③同時に、受講料と、交流懇親会に参加希望の方は懇親会費も併せて、下記郵便局の口座にお振り込み願います（ユニットケア交流会員で、受講料が無料の方は、懇親会費のみお振り込みください）。

＜郵便振替＞ 加入者名：ユニットケア研究会
記号番号：02240-2-66039

※通信欄に必ず、「ユニットケア研修・〇〇会場」と会場名までご記入ください。

- ④参加費の振込みを確認次第、参加票をお送りいたします。当日は、その参加票をご持参のうえ、受付を行なってください。

☆☆ 特養・老健・医療施設ユニットケア交流会員とは ☆☆

ユニットケアに携わる実践者同士がユニットケアの実践内容を語り合い、私たちの国の高齢者福祉の質を、自分たちの現場から少しずつ高めていこうという会員交流のネットワークです。

【特典】

- 1. 高齢者ケアをとりまく最新情報「研究会にゆーす」を毎週木曜日（月4回）に発行します。
- 2. 「特養・老健・医療施設ユニットケア研究会」主催の「ユニットケア研修」および「会員の集い」に無料でご参加いただけます。
- 3. 「特養・老健・医療施設ユニットケア研究会」主催のセミナー参加費の割引が受けられます。
- 4. 「特養・老健・医療施設ユニットケア研究会のページ」の掲載書「Juntos（特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター／CLC 発行）」が送付されます（年6回）。

◆◆ 実践に学ぶ「ユニットケア研修」参加申込書 ◆◆ FAX:022-719-9251 ※FAX番号はお間違えのないようお願いいたします。

参加希望会場	<input type="checkbox"/> 東京会場：9月20日（木） <input type="checkbox"/> 名古屋会場：9月28日（金） <input type="checkbox"/> 大阪会場：9月27日（木） <input type="checkbox"/> 福岡会場：9月21日（金）			
参加者氏名	①	②	③	④
所属				介護保険事業者番号 ※介護保険事業者のみ記入 _____
住所	〒 _____			
TEL	() _____	FAX	() _____	
交流会員	交流会員の方は必ず会員番号を記入ください（未記入の場合は、一般参加者の扱いとなります） NO. _____			①施設・団体会員の方は2人まで無料で参加いただけます。 2人以上の参加の場合は、お一人につき2,000円の参加費となります。 ②個人会員の方はご本人様のみ無料でご参加いただけます。
交流懇親会 （一人4,000円）	<input type="checkbox"/> 参加する _____ 人 金額： _____ 円 <input type="checkbox"/> 参加しない			
セミナー案内はE-mail（パソコン版）での配信も行っております。案内をご希望の方は、アドレスをお教えください。 <input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> E-mail： _____ @ _____				