

オンライン・会場参加 OK！
ハイブリッド型研修です！！

2021 年度

介護職が知っておきたい医療知識

～ “基本のキ” と “あるある事例” ～

介護が必要な高齢者の多くはさまざまな疾患を抱えています。しかし、意思疎通が難しかったり、自覚症状がなかったり、症状がわかりにくかったり…で、気づきが遅れることも少なくありません。

介護職員はふだん利用者との関わりが最も多いだけに、日頃から利用者の様子を観察し“いつもとは違う”状態に気づくこと、そしてそれを、速やかに、かつ的確に、看護職員や医師に伝え、共有することが望まれます。

いざという時に慌てないために——。この研修では、高齢者に多い疾患の特徴や観察のポイントをおさえ、介護力の向上につなげます。また転倒・嘔吐など施設でよくある事例を通し、介護職としてどう対応するかを考えます。



日 時：8月10日（火） 13時30分～16時

開催方法：会場とZoomによるオンラインのハイブリッド型

会 場：介護保険市民オンブズマン機構大阪会議室【会場参加の場合】

大阪市東成区中道3-2-34 地下鉄・JR「森ノ宮駅」または「玉造駅」から徒歩7分

定 員：50名 ※会場参加10名（申込先着順）、オンライン参加40名（8月3日締切）

対 象：介護施設・事業所で働く管理者・介護職員・看護職員・生活相談員など

受講料：3,600円+税（税込3,960円）/人 オーネット会員施設2,600円+税（税込2,860円）/人

プログラム：13時30分～13時35分 オープニング、お知らせ

13時35分～15時5分 高齢者に多い症状・疾患の特徴 ～利用者から学ぶ“基本のキ”
佐瀬美恵子・桃山学院大学非常勤講師、保健師

保健所保健師として勤務後、甲南女子大学看護リハビリテーション学部等で老年看護学を担当。現在は高齢者ケアを中心に自治体主催の講演会等でも講師を務める。

15時5分～15時15分 休憩

15時15分～15時55分 高齢者施設の“あるある”から考えてみよう！

石川友代・ナーシングホーム智鳥看護課長

病院勤務を経て、同施設のデイサービスや特養で高齢者看護に従事。介護職員との連携を密に、利用者の生活の質向上に取り組んでいる。

15時55分～16時

まとめ、アンケート記入、終了

お申込み：裏面をご覧ください

主催・問合せ先：介護保険市民オンブズマン機構大阪（通称オーネット） 職員研修実行委員会事務局

〒537-0025 大阪市東成区中道3-2-34

TEL06-6975-5221 FAX06-6975-5223

◆介護保険市民オンブズマン機構大阪（通称：オーネット）

関西を中心に、40か所以上の高齢者施設・事業所で2000年から介護オンブズマン活動を展開しています。「告発型ではなく橋渡し役」をモットーに、専門研修を受けた市民が市民感覚を生かしながら、利用者の話に耳を傾け施設の人々と対話を重ねながら、施設介護の質向上に努めています。

2005年度から、施設関係者とタイアップして介護職員研修も開催。「市民の視点」も盛り込んだ斬新な内容で、介護業界のニーズに沿ったタイムリーなテーマの研修を数多く実施しています。

申込方法：下記の手順でお願いします

(1) Webでお申し込みの場合

- ①こちらのQRコードまたは
 Oーネットのホームページ
[\(https://o-netnp.site/\)](https://o-netnp.site/)
 から職員研修→申込みの順で、
 必要事項を入力し、送信してください



(2) FAXでお申し込みの場合

- ①下記の「受講申込書」をFAXにて
 事務局へお送りください
 また受講される方のメルアドをメールで
 お送りください（事務局メールアドレス：
o-netnp@train.ocn.ne.jp）



- ②研修申込ご担当者に「仮受付」のメールまたはFAXをお送りします。受講料をお振込ください
受講料のお振込は下記へお願いいたします

郵便振替	口座記号番号	00940-2-154470
	加入者名	NPO介護保険市民オンブズマン機構大阪



- ③お振込みを事務局で確認後、研修申込ご担当者に「申込受理」のメールまたはFAX（会場参加の方は地図添付）をお送りします。以上でお手続き完了となります
- ④オンライン参加の方は、後日、受講される方のメルアドに、研修のURLとレジュメをお送りいたします。会場参加の方は、研修当日、レジュメをお渡しいたします。

FAXでお申し込みの場合

OーネットFAX番号 06-6975-5223

受講申込書（医療知識）

半角のハイフンです

念のため受講者の方のメルアドを下記へお知らせください
o-netnp@train.ocn.ne.jp

参加方法 どちらかに○を	受講者氏名・ふりがな	受講者メールアドレス (オンライン参加の場合のみ記入)	職種 (該当するものに○を)	経験 年数	年齢 (※初め)
オンライン 会場	ふりがな		介護職員・生活相談員・介護支援専門員・看護 職員・管理者・その他（ ）		
オンライン 会場	ふりがな		介護職員・生活相談員・介護支援専門員・看護 職員・管理者・その他（ ）		
オンライン 会場	ふりがな		介護職員・生活相談員・介護支援専門員・看護 職員・管理者・その他（ ）		
勤務先	法人の種類（○を）	社会福祉法人・株式会社・NPO法人・医療法人・その他（ ）			
	法人名	（例 社会福祉法人森ノ宮会の場合、「森ノ宮会」とのみご記入ください）			
	施設の種別 (該当するものに○を)	特養・老健・有料老人ホーム・グループホーム・デイサービスセンター・介護型ケアハウス・ サ高住・その他（ ）			
	施設名	（例 特別養護老人ホーム森ノ宮ハウスの場合、「森ノ宮ハウス」とのみご記入ください） (施設名ふりがな)			
	電話番号		FAX番号		
	研修申込担当者名		担当者メルアド		
個人でお申込み の場合	住所	〒			
	電話番号				