

「自殺未遂者ケア研修(一般救急版)」

自殺未遂者への対応にお困りになられたことはありませんか？

本研修は、初期対応から継続的な支援まで、臨床現場で役立つ自殺未遂者ケアのポイントを、日本臨床救急医学会が厚生労働省と共に作成したガイドラインに沿って体系的に学んでいただくと共に、モデル症例によるワークショップを通じケアのあり方を実践的に修得していただく内容です。講師とファシリテータは、自殺未遂者のケアを実践している専門家・専門職が務めます。奮ってご参加のほどお願い申し上げます。

- 主催：厚生労働省
- 共催：一般社団法人 日本臨床救急医学会
- 参加費：無料(定員50名)
- 対象者：救急医療に従事する医師、看護師、その他コメディカルスタッフなど
- 会場・開催日：
 - 【東京会場】 平成27年1月25日(日) 9:50~16:45
人事労務会館3階 大会議室 〒141-0032 東京都品川区大崎 2-4-3
 - 【広島会場】 平成27年2月15日(日) 9:50~16:45
RCC文化センター7階 7-12会議室 〒730-0015 広島市中区橋本町 5-11
 - 【新潟会場】 平成27年3月15日(日) 9:50~16:45
駅前オフィス貸会議室7階 大会議室 〒950-0087 新潟県新潟市中央区東大通 1-1-1 第五マルカビル7階

●プログラム

9:30	開場	司会 三宅康史
9:50~10:00	事前アンケート	
10:00~10:10	開会挨拶	
10:10~10:25	講義1	「国の自殺対策」
10:25~10:45	講義2	「自殺未遂者対策の必要性とケア・モデル」
10:45~11:05	講義3	「地域自殺対策」
11:05~11:35	自殺未遂者ケア・ガイドラインとワークショップの説明	
11:35~12:35	昼 休 み	
12:35~16:05	ワークショップ、成果物発表とディスカッション(途中休憩2回あり)	
16:05~16:25	講義4	「自死遺族への対応と支援」
16:25~16:35	事後アンケート	
16:35~16:45	閉会挨拶	

※ワークショップはモデル症例について救急医療施設における自殺未遂者への対応をグループで討議します。都合によりプログラム内容が一部変更になる場合がありますので、予めご了承ください。

●申込み 【申込み締切日 東京会場:1月24日 広島会場:1月30日 新潟会場:2月10日】

メールでの
お申込み

下記アドレスに裏面の申込書記載事項とともに、お申込みください。
メールアドレス : misuicare2014@forumone.co.jp

FAXでの
お申込み

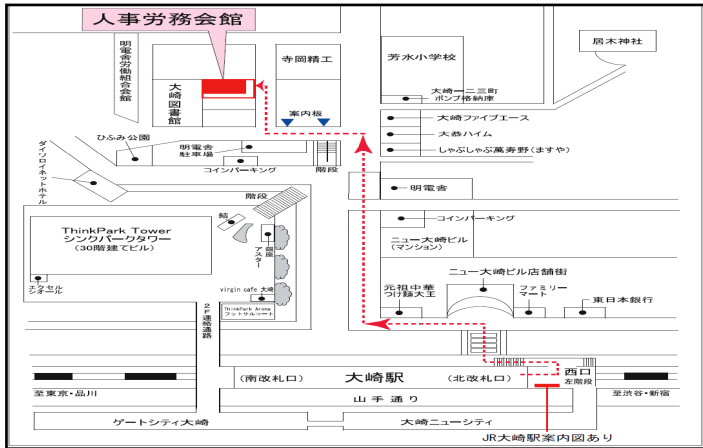
裏面の申込書に必要事項を記入の上、お申込みください。
Fax : 050-3730-4610 「自殺未遂者ケア研修参加受付係」

●問合せ

自殺未遂者ケア
研修参加受付係

自殺未遂者ケア研修事務局 (株)フォーラムワン内
電話 : 03-6454-2478 Fax : 050-3730-4610
対応時間 : 午前9時~午後6時(土日・祝日を除く 平成27年3月31日迄)

【会場アクセス】



【東京会場】人事労務会館 3階研修室

JR山手線・埼京線・湘南新宿ライン、りんかい線「大崎駅」
北改札口西出口より徒歩3分

〒141-0032
東京都品川区大崎2-4-3
TEL:03-5434-2266
FAX:03-5434-2166



【広島会場】RCC文化センター 7階7-12研修室

JR広島駅 南口より徒歩約10分
広島銀山町電停より徒歩約5分

〒730-0015
広島市中区橋本町 5-11
TEL:082-222-2277
FAX:082-222-2244



【新潟会場】駅前オフィス貸会議室 7階大会議室

JR新潟駅 万代口から徒歩1分

〒950-0087 新潟県新潟市中央区東大通1-1-1
第五マルカビル7階
TEL:025-365-1525

TO : 自殺未遂者ケア研修参加受付係 メール: misuicare2014@forumone.co.jp Fax:050-3730-4610

平成26年度自殺未遂者ケア研修(一般救急版)参加申込書

申込日: 年 月 日

参加会場一箇所にレ印	<input type="checkbox"/> 東京 1月25日	<input type="checkbox"/> 広島 2月15日	<input type="checkbox"/> 新潟 3月15日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
フリガナ				職 種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> PSW
氏名					<input type="checkbox"/> MSW	<input type="checkbox"/> 臨床心理士	
					<input type="checkbox"/> その他 ()		
勤務先名 所属科				救急医療の 経験年数	年		
参加証の 送付先住所	〒 — —			参加証 送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先		
メールアドレス				@			
電話番号	— —		FAX番号	— —			

※上記すべてを記入の上、メールまたはFAXでお申込みください。