

令和6年度(2024 年度) 包括的暴力防止プログラム(CVPPP)ステップアップ研修

1 研修目的

主に、精神科医療領域の現場やその他退院を支援する施設などにおいて、Pearson-centered なケアのあり方を探求し、包括的にケアするための知識と技術の伝達方法の習得と CVPPP トレーナー養成研修の運営方法について学ぶことができることを目指している。

2 研修場所

熊本県立こころの医療センター(管理サービス棟 2F 会議室)

3 研修期間

- ・ 令和7年(2025年)1月31日(金)、2月1日(土)、2月8日(土)、2月9日(日)
計 4日間

4 研修内容

- ・ 身体介入(ブレイクアウェイ・チームテクニクス)での説明
- ・ グループワーク演習 (別紙「研修日程・内容」をご覧ください)

5 定員

3人程度(希望者多数の場合は、主催者側で調整させていただきます)

6 受講対象

日本こころの安全とケア学会で包括的暴力防止プログラム(CVPPP)のトレーナー・インストラクターに認定されている方

7 申込み方法

参加申込書の必要事項に御入力の上、メールに添付してお送りください。

メールアドレス:bsomukeiei@pref.kumamoto.lg.jp

8 受講申込書の提出期限

令和6年(2024年)10月15日(火)必着

9 受講可否の通知について

受講決定者には、令和6年(2024年)10月末までに「受講決定通知」を申込みアドレスにメールで送付します。

10 包括的暴力防止プログラム研修参加証明書について

既定のプログラムを修了された方には、包括的暴力防止プログラム(CVPPP)研修規程に基づき研修参加証明書を授与いたします。

11 研修参加費

5,000 円(登録料、参加証明書発行手数料、スポーツ保険、資料代等を含む)
令和6年(2024年)11月15日(金)までに、お振込みください。

12 研修受講上の留意事項

・受付等

受付時間:8:30 ~ 9:00

開講式:9:00(時間厳守)

・各自用意するもの

健康保険証、筆記用具、トレーニングウェア、運動靴(体育館シューズ)、

水分(お茶・スポーツドリンク)、昼食、

テキスト「CVPPPトレーニングマニュアル」中央法規出版

※テキストをお持ちでない方は、事前に購入をお願いします。

・当院は、敷地内禁煙です。

・研修期間に個人の都合で受講を中止した場合は、受講料の返金はありません。

13 研修についての問合せ、申込先

熊本県立こころの医療センター CVPPP研修担当: 池田

住 所:〒861-4154 熊本市南区富合町平原391

電 話:096-357-2151 FAX:096-357-2185

メール:bsomukeiei@pref.kumamoto.lg.jp

(案2-②)

令和6年度包括的暴力防止プログラムステップアップ研修日程表

月/日	時間	内 容
第1日目 1/31(金) 8:50~17:00 (8:30~受付)	8:30 8:50 9:00	受付開始 開講式・オリエンテーション 講義:『包括的暴力防止プログラム』
	午後	ブレイクアウェイ指導 チームテクニクス指導 ① エスコート インストラクターとの意見交換、1日の振り返り
第2日目 2/1(土) 9:00~17:00	午前	ブレイクアウェイ指導 チームテクニクス指導 ② 基本姿勢 ③ 立位でのサポート演習
	午後	チームテクニクス指導 ④ 腹臥位でのサポート演習 インストラクターとの意見交換、1日の振り返り
第3日目 2/8(土) 9:00~17:00	午前	ブレイクアウェイ指導 チームテクニクス指導 ⑤ 仰臥位のサポート演習
	午後	チームテクニクス指導 ⑥ 立位から腹臥位へのサポート ⑦ 腹臥位から仰臥位へのサポート ⑧ 座位でのサポート演習 ⑨ スタッフが交代してサポートを継続する方法 ⑩ 仰臥位からの移動のサポート インストラクターとの意見交換、1日の振り返り
第4日目 2/9(日) 9:00~17:00	午前	ロールプレイ演習
	午後	「包括的暴力防止プログラム」のまとめ グループディスカッション 修了証書授与

*スケジュールは進行状況によって変更する場合があります

*適宜、休憩が入ります

令和6年度包括的暴力防止プログラム(CVPPP)

ステップアップ研修受講申込書

研修期間	令和7年1月31日(金)2月1日(土)、2月8日(土)、2月9日(日)
所属施設名(正式名)	※認定証書発行の際に必要となるので簡略化せずご記入下さい
所属施設連絡先	住所 〒 _____ TEL:..... FAX:..... E-mail:.....
氏名 学会会員番号	(ふりがな) _____ _____番 ※非会員の方は空白のまま提出してください。 入会を希望される方は、学会 HP・研修会場インストラクターへお問い合わせください。
生年月日	西暦 年 月 日生 ()歳
職種(役職)	
経験年数	年 (精神科経験年数 年)
資格取得場所・年月	トレーナー ・ インストラクター 取得場所() 取得年月(年 月)
現在勤務する病棟	一般精神 ・ 急性期 ・ 老人 ・ 重心 ・ アディクション 思春期 ・ 医療観察法 ・ その他()
身体介入動画 DVD 購入希望 (税込み 500 円)	希望する ・ 希望しない * 研修参加費には含まれていません。研修時に徴収します。
フォローアップ研修 参加の目的・動機	