

## 平成 29 年度 CVPPP トレーナーフォローアップ研修募集要項

### 1. 研修目的

CVPPP とは包括的に暴力を予防・防止するプログラムです。このプログラムでは主に精神医療施設の現場で暴力に対し専門的な知識と技術に基づいた対処技術を獲得することを目的としています。フォローアップ研修ではトレーナー養成研修を受講した認定者を対象とし、CVPPP 技術の質の維持及び向上を図ります。また技術の普及により医療環境の向上を図ることを目的としています。

### 2. 研修期間

平成 30 年 3 月 1 日 13 時 00 分～16 時 30 分

平成 30 年 3 月 2 日 8 時 30 分～16 時 30 分

### 3. 応募受付期間

平成 30 年 1 月 15 日～平成 30 年 2 月 9 日 17 時まで

※申し込み先着順（男女比の調整あり）で定員になり次第受付を終了します。

### 4. 研修内容

やまと精神医療センターのインストラクター・トレーナーの指導のもとでブレイクアウェイ・チームテクニクスの技術練習を行います。また自施設研修における課題の共有化を行います。当院より修了証を発行します。

※研修内で手技の確認を行いますので、定期的な研修の参加をお勧めしています。

### 5. 定員 12～20 名程度

※1 施設 1～3 名まで応募が可能です。

### 6. 対象者

医師 保健師 看護師 准看護師 精神保健福祉士 心理療法士 作業療法士 保育士 療養介助員など医療に従事しており、トレーナー資格を取得した方。

※（職種・性別は問わず）腰や肩、関節等に痛みがある方はご遠慮下さい。

※他施設でトレーナー資格を取得された方も申し込み可能です。

### 7. 受講について

#### 1) 受講手続き

別紙申込書にて FAX でお申し込みください。

FAX : 0743-52-8879

## 2)受講許可等の通知について

平成 30 年 2 月 16 日までに受講の可否について決定し、速やかに可否についての通知を勤務先へ郵送いたします。受講の可否を持って宿泊・旅券の手続きを行ってください。

## 3)研修費について

受講費用 1500 円（スポーツ保険代含む）  
受講決定通知書とともに振込先を郵送いたします。

## 4)必要物品

- ①トレーニングウェア
- ②上履き用の運動靴（マットを使用するため底が汚れてないもの）
- ③筆記用具
- ④USB メモリスティック（1 施設 1 本）  
※事前にウイルスチェックをお願いします。1GB 程度の USB をご準備下さい。
- ⑤健康保険証

## 5)昼食について

当院にコンビニはありますが品数は少ないため事前の準備をお勧めします。当院周辺にコンビニ（ローソン サークル K ファミリーマート）があります。

## 6)宿泊

宿泊施設は各自で手配されますようよろしくお願いいたします。参考までに当院近隣のホテルをご紹介します。指定ではありません。

天然温泉 スーパーホテル奈良・大和郡山（当院から車で 20 分）

法隆寺グランドホテル（当院から車で 20 分）

ホテル日航奈良（当院から電車・バス利用で 30 分）

## 7)研修会場・お問い合わせ

〒639-1042 奈良県大和郡山市小泉町 2815 番地

独立行政法人やまと精神医療センター 作業療法棟

※研修 1 日目は 12:30 より受付を開始します。

※交通機関はやまと精神医療センターのホームページをご参照ください。

TEL : 0743-52-3081 FAX : 0743-52-8879

担当：徳岡（庶務係長）

企画担当：山浦（看護師長）

堤（CVPPP インストラクター）

伊藤（CVPPP インストラクター）

## CVPPP トレーナーフォローアップ研修日程表

		午後 13:00～16:30
第1日目		12:30～受付開始  13:00～14:00 導入  14:00～16:30 実技練習 ・ブレイクアウェイ ・チームテクニクス  <div style="text-align: right;">【作業療法棟】</div>
	午前 8:30～12:30	午後 13:30～16:30
第2日目	8:30～11:30 実技練習 ・チームテクニクス  11:30～12:30 ロールプレイ用事例作成  <div style="text-align: right;">【作業療法棟】</div>	13:30～15:20 ロールプレイ  15:20～16:20 振り返り・意見交換  16:20～16:30 修了証授与  <div style="text-align: right;">【作業療法棟】</div>

# CVPPP トレーナーフォローアップ研修 受講申込書

研修期間	平成 30 年 3 月 1 日 (木) ～3 月 2 日 (金)
施設名	
連絡先 (勤務先で結構です)	住所 〒            —  TEL : FAX :
(ふりがな) 氏名  性別 身長	(ふりがな)  男性・女性 c m
生年月日	年        月        日生 (        ) 歳
職種	
職務経験年数	年 (うち精神科経験年数    年)
現在勤務する病棟	一般精神    急性期    老人    重心    薬物 アルコール    医療観察法    その他 (        )
トレーナー資格 取得年月日	平成        年        月 取得 取得施設(        )
練習したい内容・CVPPP を実際に導入した事 例・質問等あれば記載し てください。	