

全日病発第191号
平成28年9月7日

各 位

公益社団法人 全日本病院協会
会 長 西 澤 寛 俊
人 間 ド ッ ク 委 員 会
委員長 西 昂

「平成28年度 特定保健指導アドバンスト研修」開催のご案内

拝啓 時下ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

平素は、本会事業活動につきまして、ご理解・ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

平成20年4月より、高齢者医療確保法に基づき、特定健康診査・特定保健指導の制度が施行されました。

当協会では、特定健診後の特定保健指導の確実かつ効果的な実施にむけて、これまで数回にわたり特定保健指導に関する研修を実施し、特定保健指導実施者としての知識を身につけた人材を育成して参りました。

これまでの研修は、厚生労働省の研修プログラムに沿った内容で、講義を主として行ってまいりましたが、研修の際に実施したアンケート調査では、特定保健指導のシミュレーション（演習学習）の要望が極めて多くあり、これらの要望を受け、シミュレーション(演習学習)を中心とした、より実践的な特定保健指導の場면을想定した上級コース「特定保健指導アドバンスト研修」を企画いたしました。

皆様におかれましては、是非ともご参加いただきたくご案内申し上げます。

敬具

公益社団法人 全日本病院協会(担当:小室、向井)
〒101-8378 東京都千代田区猿楽町 2-8-8 住友不動産猿楽町ビル 7F
TEL 03-5283-7441 FAX 03-5283-7444

平成28年度「特定保健指導アドバンス研修」実施要領

1. 主 催
全日本病院協会

2. 開催日及び会場

- ・平成28年11月12日（土）
- ・リロの会議室「飯田橋」 別紙1 会場のご案内参照

3. プログラム（予定）

講 義	12:30	14:30	講義・特定保健指導のデモンストレーション
初回面接	14:40	15:35	初回面接ロールプレイング・振り返り
継続面接①	15:45	16:25	継続面接(1ヵ月後)ロールプレイング・振り返り
継続面接②	16:35	17:15	継続面接(3ヵ月後)ロールプレイング・振り返り
評価面接	17:25	18:05	評価面接ロールプレイング・振り返り
講 評	18:15	19:05	代表者発表・講評・事務連絡

4. 受講要件

- ①医師・保健師・管理栄養士
- ②当協会主催の「特定保健指導専門研修（食生活改善指導担当者研修）」（30時間）を受講修了した、看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士

※他団体（日本人間ドック学会等）主催の上記②と同等研修受講修了者の参加も可能です。

5. 参加料（税込）

会員病院 16,200円 / 非会員病院 21,600円
（受講料、資料代を含む。）

6. 定 員

40名（先着順とさせていただきます。）

7. 申込方法

- ・別紙2申込用紙に必要事項をご記入のうえFAXにてお申込ください。
- ・参加申込書受理後、参加費振込案内をFAXでご送付いたします。
- ・送付された案内をご確認のうえ、参加費を指定期日迄にお振込みください。
※定員を超えている場合には事務局よりご連絡いたします。

8. 締切日

平成28年10月28日（金）（定員に達し次第、締切となります）

9. その他

- ・宿泊・交通等につきましては各自ご手配願います。
- ・参加申込の際にお送りいただいた個人情報、適切に処理し、本研修の目的以外には使用いたしません。
- ・当研修受講者には、受講修了証を発行いたします。

会場のご案内

会場：リロの会議室「飯田橋」
〒162-0824
東京都新宿区揚場町 2-14 新陽ビル 4F
TEL：03-5227-8822



交通手段

- ・ JR 中央線、総武線「飯田橋」駅 徒歩 4 分
- ・ 有楽町線、南北線、東西線「飯田橋」駅 徒歩 3 分
- ・ 大江戸線「飯田橋」 徒歩 5 分

特定保健指導アドバンスト研修 11月12日 参加申込書

- 下記事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。
- 複数名お申し込みの場合は、当用紙をコピーのうえお申し込みください。

FAX 03-5283-7444

施設名	※正式名称でご記入ください。		
住所	(〒 _____) 都・道 府・県		
TEL		FAX	
参加者	職種 (いずれかに○)	医師・保健師・管理栄養士 ※食生活改善指導担当者研修(30時間)を受講修了した者 看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師 助産師・准看護師・歯科衛生士	
	ふりがな		
	氏名		
保健指導経験についてご記入ください。 約 _____ 年	特定保健指導経験(当てはまるものにチェック) <input type="checkbox"/> 動機付支援あり <input type="checkbox"/> 積極的支援あり <input type="checkbox"/> なし		

- 事務局にて申込用紙を受付後、【参加費振込案内】をFAXにてご送付させていただきます。なお、申込用紙をFAX送信後、3日たっても(土日祝除く)返信がない場合は以下の事務局までご連絡ください。

【問合先】 公益社団法人 全日本病院協会(担当:小室、向井)

〒101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル7F
TEL: 03-5283-7441 FAX: 03-5283-7444
(受付時間: 平日9:30~17:30 土日祝を除く)