**平成 28 年度 産後ケアエキスパート助産師認定講習会フォローアップ研修会のご案内**

**１．研修目的**

①産後ケアに従事するにあたって、産後に多い精神疾患である「産後うつ」の早期発見を目的

として必要な知識や技術を習得する。

②当講習会受講後の産後ケアの実践についての情報交換し、新たなる課題について検討する。

**２．研修日時**　　　平成 29 年 2 月 22 日（水）10：00～15：00

**３．研修場所**　　大阪府助産師会館 研修室 3F（大阪市天王寺区細工谷1丁目1番5号）

**４．研修内容**

　　10：00～12：00　　**妊産婦に寄り添い支援するための「心のケア」**

　　講師：妊産婦心理カウンセリング室　　小川朝子先生

　　13：00～15：00　　**グループワーク　テーマ：産後ケアの実践と課題**

　　　　　　　　　　　　次の6分野の内の一つについて、5～6人毎のグループに分かれ情報交換

　　　　　　　　　　　　した後、今後の課題について話し合い発表する。

　　　　　　　①関係機関との連携　②乳児アセスメント　③授乳指導・乳房ケア

　　　　　　　④カウンセリング・コミュニケーション技術

　　　　　　　⑤精神障害・発達障がいへの対応　⑥災害への対応

**５．対象者**　　　平成27・28年度産後ケアエキスパート助産師認定講習会受講修了者の内、

　　　　　　　　　参加希望者（ただし、定員50名）

**６．受講料**　　　2,160円（税込）

**７．申込期間** 　　 平成29年1月10日（火）～ 29年1月16日（月）まで（当日消印有効）

**８．申込方法** 同封の申込用紙に必要事項を記載の上、事務局へ**郵送**のこと。

 （電話、FAX、メールは不可）

　　　　　　　　　（注）受付日前に到着した申込みは無効です。

　　　　　　　　　　　　受付の初日到着分より定員までとし、定員に達し次第締め切ります。

**（お問い合わせ先）**

　一般社団法人 大阪府助産師会

 〒543-0032 大阪市天王寺区細工谷１－１－５

 ☎ 06－6771－6537

　E-mail：josanshikai-osaka@josansi.org

**平成28年度産後ケアエキスパート助産師認定講習会フォローアップ研修会　申込書**

標記の講習会について、下記のとおり申し込みます。

記

ふりがな

氏 名

住　　所　〒　　　-

連 絡 先 ☎

E-mail

* **項目ごとに該当する番号に○印、または（　）への記入をお願いします。**

**1）あなたについて**（再度お尋ねします）

　　修了証　№（　　　　　　　　）

　　年齢　　：１．20歳代　　２．30歳代　　３．40歳代　　４．50歳代　　　５．60歳代以上

　　主たる勤務形態：１．病院　２．診療所　３．開業（分娩あり）　４．開業（分娩なし）

　　　　　　　　　　５.その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　助産師臨床経験　　（　　　　　　　　）年

**2）以下のどの項目において当講習会で学んだことを活かすことができましたか。(複数回答可)**

　　1.　関係機関との連携

　　2.　乳児アセスメント

　　3.　授乳指導・乳房ケア

　　4.　カウンセリング・コミュニケーション技術

　　5.　精神疾患・発達障がいへの対応

　　6.　災害への対応

　　7.　どれにも活かすことができなかった

　　8.　その他（　　　　　　　　　　　　　）

1. **申込書や研修受講後のアンケート結果について、学会などで発表する場合にはご承諾いただけ**

**ますか。**（個人が特定できる情報は使用いたしません。）

1.　はい

　　2.　いいえ