

# “食べる楽しみ”に寄り添う食事支援

～利用者の生きる力につなげるために～

オンラインOK、  
会場参加OK!

施設で暮らす高齢者にとって、食事は一番の楽しみ。日々の献立を通して、季節を感じたり故郷を思い出したりすることも少なくありません。

「おいしかったわ」と利用者から喜んでいただきたい「食事」ですが、職員には、誤嚥・誤飲がないか、ヒヤヒヤしながらのけっこう緊張を強いられる時間でもあります。

介護保険市民オンブズマン機構大阪が、大阪市内の特養施設長を中心に、2018年度に施設長を対象に実施したアンケート調査でも、「課題だ」と感じている最大の介護業務が「食事介助」でした。



食べることを楽しみ、高齢者の生きる力につなげるために、「口から食べる」ことの大切さと嚥下の仕組み、そして食事時の姿勢の工夫や口腔ケアについて、実技も交えながら考えてみませんか？

Zoomによるオンラインまたは会場での参加が可能な「ハイブリッド型」の職員研修です！

日 時：9月7日（火） 14時～16時15分

開催方法：会場とZoomによるオンラインのハイブリッド型

会 場：ドーンセンター 大会議室【会場参加の場合】

大阪府中央区大手前 1-3-49 大阪メトロ谷町線・京阪本線「天満橋駅」下車、①番出口より東へ徒歩5分

定 員：60名 ※会場参加30名（申込先着順）、オンライン参加30名（9月1日締切）

対 象：介護施設・事業所で働く方々

受講料：3,500円+税（税込3,850円）/人 オーネット会員施設2,500円+税（税込2,750円）/人

プログラム：14時～14時15分 オープニング、研修案内、講師紹介

14時15分～16時10分 講義&ワーク、質疑応答

16時10分～16時15分 アンケートご提出後、終了

講 師：平尾由香子・大阪府済生会中津病院摂食嚥下障害看護認定看護師

身体的には経口摂取が可能にもかかわらず胃ろう造設に至った患者のケースに遭遇し、摂食嚥下障害看護認定看護師をめざす。2012年に同資格を取得。産休・育休を経て現在は回復期リハビリテーション病棟でカンファレンスや各人に応じた嚥下訓練等に当たっている。

お申込み：裏面をご覧ください

主催・問合せ先：介護保険市民オンブズマン機構大阪（通称オーネット） 職員研修実行委員会事務局

〒537-0025 大阪市東成区中道 3-2-34

TEL06-6975-5221 FAX06-6975-5223

後援・助成：公益財団法人日本社会福祉弘済会

## ◆介護保険市民オンブズマン機構大阪（通称：オーネット）

関西を中心に、40か所以上の高齢者施設・事業所で2000年から介護オンブズマン活動を展開しています。「告発型ではなく橋渡し役」をモットーに、専門研修を受けた市民が市民感覚を生かしながら、利用者の話に耳を傾け施設の人々と対話を重ねながら、施設介護の質向上に努めています。

2005年度から、施設関係者とタイアップして介護職員研修を開催。「市民の視点」も盛り込んだ斬新な内容で、介護業界のニーズに沿ったタイムリーなテーマの研修を数多く実施しています。

**申込方法：下記の手順でお願いします**

**(1) Webでお申し込みの場合**

- ①こちらのQRコードまたは  
 Oーネットのホームページ  
[\(https://o-netnpo.site/\)](https://o-netnpo.site/)  
 から職員研修→申込みの順で、  
 必要事項を入力し、送信してください



**(2) FAXでお申し込みの場合**

- ①下記の「受講申込書」をFAXにて  
 事務局へお送りください  
 また受講される方のメルアドをメールで  
 お送りください（事務局メールアドレス：  
[o-netnpo@train.ocn.ne.jp](mailto:o-netnpo@train.ocn.ne.jp)）

- ②研修申込ご担当者に「仮受付」のメールまたはFAXをお送りします。受講料をお振込ください  
受講料のお振込は下記へお願いいたします

郵便振替	口座記号番号	00940-2-154470
	加入者名	NPO介護保険市民オンブズマン機構大阪

- ③お振込みを事務局で確認後、研修申込ご担当者に「申込受理」のメールまたはFAX（会場参加の方は地図添付）をお送りします。以上でお手続き完了となります  
 ④オンライン参加の方は、後日、受講される方のメルアドに、研修のURLとレジュメをお送りいたします。会場参加の方は、研修当日、レジュメをお渡しいたします。

**FAXでお申し込みの場合**

**OーネットFAX番号 06-6975-5223**

**受講申込書（食事支援研修）**

半角のハイフンです

念のため受講者の方のメルアドを下記へお知らせください  
[o-netnpo@train.ocn.ne.jp](mailto:o-netnpo@train.ocn.ne.jp)

参加方法 <small>どちらかに○を</small>	受講者氏名・ふりがな	受講者メールアドレス <small>(オンライン参加の場合のみ記入)</small>	職種 <small>(該当するものに○を)</small>	経験 年数	年齢 <small>(註明)</small>
オンライン 会場	ふりがな		介護職員・生活相談員・介護支援専門員・看護職員・管理者・その他（ ）		
オンライン 会場	ふりがな		介護職員・生活相談員・介護支援専門員・看護職員・管理者・その他（ ）		
オンライン 会場	ふりがな		介護職員・生活相談員・介護支援専門員・看護職員・管理者・その他（ ）		
勤務先	法人の種類（○を）	社会福祉法人・株式会社・NPO法人・医療法人・その他（ ）			
	法人名	（例 社会福祉法人森ノ宮会の場合、「森ノ宮会」とのみご記入ください）			
	施設の種別 <small>(該当するものに○を)</small>	特養・老健・有料老人ホーム・グループホーム・デイサービスセンター・介護型ケアハウス・サ高住・その他（ ）			
	施設名	（例 特別養護老人ホーム森ノ宮ハウスの場合、「森ノ宮ハウス」とのみご記入ください）  （施設名ふりがな）			
	電話番号		FAX番号		
	研修申込担当者名		担当者メルアド		
個人でお申込み の場合	住所	〒			
	電話番号				