

2025 年度 CVPPP ステップアップ研修会開催要項

【研修目的】

本研修は、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、Person-centered なケアの在り方を探求し、包括的にケアするための知識と技術を学ぶことを目的としています。日本こころの安全とケア学会が定める CVPPP トレーナーを養成・認定することを目的としています。

(日本こころの安全とケア学会 包括的暴力防止プログラム研修規定より抜粋)

【研修場所】

地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター 会場：サントホール（中棟 4F）
〒700-0915 岡山市北区鹿田本町 3-16)

【研修期間】

日付：2025 年 10 月 30 日(木)・10 月 31 日(金)
11 月 27 日(木)・11 月 28 日(金) の 4 日間
時間：9 時 00 分 ～ 17 時 00 分 (受付 8 時 30 分～)

【研修内容】

- ・身体介入演習（ブレイクアウェイ・チームテクニクス）での説明
- ・ロールプレイ作成・演習
- ・グループワーク演習

【募集定員】

2 名程度 ※各施設 1 名

【受講資格】

CVPPP トレーナー・インストラクター認定証書が発行された者

【受講申請手続き】

下記の申込フォーマットに必要事項を入力しお申し込みください。

申込期限：令和 7 年 8 月 29 日(金)(厳守)

※定員となり次第、締め切らせていただきます。申込期限前に締め切らせていただく場合は、当ホームページにてご案内させていただきます。

※キャンセル(受講者変更含む)の場合は、8 月末日までに事務担当者にご連絡くだ

さい。

【受講決定通知について】

受講決定者には「受講決定通知書」を勤務先のご本人様宛にご郵送いたします。

※受講決定通知書を持って、宿泊・旅券の手続きを行ってください。

【研修参加費】

・研修費用： 5,000 円(4 日間)

(資料代及びスポーツ保険加入費、ステップアップ研修参加証明証書発行料含む)

※研修日初日、受付時に現金にてお支払いをお願いいたします。(釣銭の準備はございません)

※お支払い後の返金は致しかねますので、予めご了承ください。

【持ち物等】

1. 健康保険証(原本)
2. 筆記用具
3. CVPPP トレーニングマニュアル
4. タオル、トレーニングウェア上下(体を動かすため胸元の開いた服装はご遠慮ください)
5. 上履き用運動靴(マットを使用するため底が汚れていないもの)
6. USB メモリスティック(1 施設 1 本)
※容量は 1GB 以上で、必ず新品のものをご用意ください。
7. 弁当(院内には食堂がありませんので、各自でご用意ください)
8. 飲み物

【受講修了書】

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)研修規定に基づき研修参加証明書を授与いたします。

【その他】

下記のことにご同意の上、ご応募ください。

- 1) 本研修は受講者同士、腕を持つなど、身体が触れ合う事が多い研修です。基本的には同性での組み合わせを行います。やむを得ず異性との組み合わせになる場合がありますので、ご理解いただきますよう、よろしくお願いいたします。
- 2) 肩や腰に持病がある方や、心疾患などがある方の応募は控えていただくようよろしくお願いいたします。肩や腕、腰などを動かす実技演習が多くありますので持病が悪化し、

以後の演習に支障をきたす可能性があります。

3) 本研修は、暴力という問題を扱います。そのため、被暴力体験がある方が再体験することでストレス反応が現れる可能性があります。

4) CVPPP に関連した研修会への参加状況を把握するために、こころの安全とケア学会におけるトレーナー・インストラクター名簿に、①所属施設名、②氏名、③性別などの個人情報が登録されることとなります。

※個人情報保護につきましては十分に留意し当該研修に関する時のみの使用に限りま
す。ただし本プログラムの品質の向上のための研究、また実態調査の目的での調査など
本プログラムの管理上の目的で調査等をさせていただくことがあります

※第三者への情報提供は一切行いません。

※登録後、いつでも登録を取り消しすることが出来ます。

プライバシー等の理由により、CVPPP トレーナー・インストラクター名簿への登録を希
望されない方はお申し出ください。

6) 日本こころの安全とケア学会ホームページに記載されている包括的暴力防止プログ
ラム研修規定をお読みください。

(https://www.jascmh.com/wp-content/uploads/pdf003_1.pdf)

【会場までのアクセス】

当ホームページのアクセスマップをご確認ください。

なお、駐車場スペースの関係上、自家用車でのご来場はご遠慮ください。

【お問い合わせ先】

〒700-0915 岡山県岡山市北区鹿田本町 3-16

地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター

TEL: 086-225-3821 (代表)

CVPPP 研修事務担当: 槇野 (まきの) E-mail: t-makino@popmc.jp

岡山県精神科医療センター

CVPPP 研修担当者

受講申込書

研修日：令和7年10月30日(木)、10月31日(金)

11月27日(木)、11月28日(金) 9:00~17:00

勤務先 (正式名称で入力)	
勤務先住所 ※受講決定通知郵送先	〒 所属部署：
連絡先(自宅住所)	〒 ー 県 市 TEL： E-mail：
ふりがな 氏 名	(ふりがな) ※認定証書登録に必要となるので簡略化せずにご記入ください
生年月日	S ・ H 年 月 日 (歳)
職 種 該当の職種へ○をつけてください。	医師 保健師 看護師 准看護師 精神保健福祉士 作業療法士 公認心理師 薬剤師 その他 ()
性 別	男性 ・ 女性
身長	c m
経験年数	年
精神科での経験年数	年
現在勤務する病棟 (急性期・慢性期・認知症 等)	

資格取得年月日	○トレーナー 平成・令和 年 月 ○インストラクター 平成・令和 年 月
受講参加の動機	以下①～③から1つ選択してください。 ☐ 受講者とともに学び直したい ☐ Iグループを担当しながら受講者への指導技術を高めたい ☐ 全体を見渡ししながら受講者への指導技術を高めたい 困っていること、解決したいことなど