

* 認知症介護実践研修(実践者研修・実践リーダー研修)修了(見込)者 フォローアップ研修 *

【9】2021 年度 認知症介護実践研修修了者フォローアップ研修 実施要項(案)

オンライン受講 ※新型コロナウイルス 感染・予防への配慮	認知症ケア専門士単位 (未定)	申込みはネットで簡単	1 日のみの申込も可
------------------------------------	--------------------	------------	------------

本研修では、認知症介護実践研修(実践者研修・実践リーダー研修)を修了(見込を含む)された方を対象として、実践上における自己の振り返りを行うことで、より質の高い認知症ケアを目指していきます。また、更なるやりがいやストレスケアについても考え、フォローアップを図っていきます。

1 内容

本研修では、認知症ケアを行う人の想いや心のケアについて理解を深め、自分自身をはじめとした職員等がより一層働きやすくなるための環境づくりについて取り組んでいきます。具体的には①認知症介護実践研修の振り返り、②より質の高い認知症ケア、③働く上でのより豊かな発想、④ストレスの軽減等について理解を深めていきます。

2 実施主体

兵庫県(研修実施事業者として兵庫県社会福祉事業団へ委託)

3 プログラム

1 日のみの受講も可能です。但し、連続した流れのある内容で構成しているため全日程の受講をおすすめします。新型コロナウイルス対策により、2021 年度は、全てオンラインによる受講とさせていただきます。なお、今後の感染状況により、変更又は中止等になる場合があります。申込者は随時最新 NEWS を確認してください。

日時 【1日目】12月27日(月)・【2日目】1月28日(金)・【3日目】2月22日(火)

受講方法 Zoom を活用したオンライン受講(自職場等、他の受講者に配慮した静かな環境で行ってください。)

事前に研修時の Zoom 活用方法の説明を行います。(詳細は受講決定時にお伝えします。)

1 日目 認知症ケアにおける思いの共有 受付 9:00~9:15

講師:(兵庫県認知症介護指導者)グループホームたんなん 片山 清貴 氏 / 演習補助者:松村 ひろこ 氏・古川 美紀 氏

時間		
1 日目	9:15~10:15	Zoom 活用方法説明会(9:15~)/オリエンテーション(10:00~)
12/27 (月)	10:15~12:15	【講義】認知症介護実践研修の振り返りと私たち専門職に求められていること
	13:00~16:00	【演習】日頃の思いの共有 / 振り返り

2 日目 認知症ケアを行う自分自身をみつめてみよう 受付 9:00~9:15 (Zoom 説明会参加済の方は 10:00~10:15)

講師:(兵庫県認知症介護指導者)小規模多機能型居宅介護「せせらぎ」 古川 美紀 氏 / 演習補助者:松村 ひろこ 氏・片山 清貴 氏

時間			内容
2 日目	9:15~10:15	Zoom 活用方法説明会(9:15~)/オリエンテーション(10:00~)	
1/28 (金)	10:15~12:15	【講義】認知のゆがみの理解(自分自身の思考を知る)	
	13:00~16:00	【演習】自分自身の魅力の再確認 / 振り返り	

3 日目 認知症ケアのさらなる質の向上 受付 9:00~9:15 (Zoom 説明会参加済の方は 10:00~10:15)

講師:(兵庫県認知症介護指導者)スマリソケアライフ株式会社 松村 ひろこ 氏 / 演習補助者:片山 清貴 氏・古川 美紀 氏

時間			内容
3 日目	9:15~10:15	Zoom 活用方法説明会(9:15~)/オリエンテーション(10:00~)	
2/22 (火)	10:15~12:15	【講義】私たちができることを実践の場へ活かす方法	
	13:00~16:00	【演習】魅力をケアに活かす / 振り返り	

※Zoom 活用方法説明会は研修前 1 回のみ出席で結構です。(例:全 3 回受講される場合、1 日目 9:15~、2・3 日目は 10:00~の受講。)

※(未定)各日 10~16 時の全プログラムを受講された場合に限り、認知症ケア専門士の参加証をお渡します。(希望者のみ)

2022 年 3 月末日までに、受講申込書の住所(個人欄に記載のある場合は個人住所)へ受講回分をまとめて送付します。(1 日のみ受講の場合も同様。)

但し、研修においてオンラインにて接続できない時がある場合等は、参加者証をお渡しできないことがあります。

* 認知症介護実践研修(実践者研修・実践リーダー研修)修了(見込)者 フォローアップ研修 *

4 対象者

[定員] 各日 30名(申込は先着順の受付といたします。)※最低5名以上となります。

[対象者] 下記いずれかの研修修了者

- ①認知症介護実践研修(実践リーダー研修)修了者 / ②認知症(痴呆)介護実務者研修(専門課程)修了者
③認知症介護実践研修(実践者研修)修了者 / ④認知症(痴呆)介護実務者研修(基礎課程)修了者
※平成11年以前の痴呆性老人処遇技術研修等を修了の方は、受講要件の可否を研修センターへお問合せください。

5 資料代等

資料代等として全日程の出席で9,000円が必要です。(1日のみの場合 3,000円)

納入方法は申込締切日後、受講決定者に対し別途郵送等にてお知らせ致します。

※資料代等は、『7 申込締切日』に示す期日までに指定された方法でお振込みいただきます。手数料は受講者負担。

※研修で使用する配布資料は原則郵送しますが、後日指定された方法で各自ダウンロードしていただく場合があります。

6 申込締切日

申込日程	申込締切日	資料代等 振込期限
① 1日目のみ 又は ② 1日目を含む日程 のいずれか	11月22日(月)12時 必着	12月13日(月)15時まで
③ 2日目のみ 又は ④ 2・3日目 のいずれか	12月20日(月)12時 必着	1月14日(金)15時まで
⑤ 3日目のみ	1月17日(月)12時 必着	2月8日(火)15時まで

※定員に達した場合、ホームページでお知らせします。定員に満たない場合は延長することがあります。

※資料代等の振込方法については、申込締切日の後、受講決定通知書を発送する際に併せて送ります。

7 申込方法 以下①②のいずれかの方法

- ① 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 研修センターのホームページ
<http://www.hwc.or.jp/kensyuu/?cat=31>
申込フォームに必要事項を入力後送信



- ② 受講申込書(別紙)に必要事項を記入し、下記の宛先に郵送。(FAXは不可)

〒651-2181 神戸市西区曙町 1070

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター
福祉のまちづくり研究所 研修センター 認知症介護研修担当 宛

※②の場合、受講申込書のみ郵送してください。返信用封筒や修了証の写し等は不要です。

8 受講通知方法

受講の可否は申込締切日後、申込者全員に、当研修センターから郵送で通知します。

申込締切日後、10日間以内に連絡のない場合は、以下問合せ先へ確認をお願いします。

先着順のため、福祉のまちづくり研究所ホームページの新着 NEWS にて、受講決定の途中掲載を行う場合があります。都度確認してください。

福祉のまちづくり研究所ホームページアドレス <http://www.hwc.or.jp/kensyuu/>

【最新 NEWS の掲載 例】

『認知症介護実践研修修了者 フォローアップ研修の受講決定について』

〇年〇月〇日時点において、当方にて申込受付済の方は全員受講決定されました。

なお受講決定通知は、申込締切後に当方から郵送にて通知します。

9 新型コロナウイルス感染症対策における変更および中止について

- 3 プログラムで示した通り変更及び中止等となる場合、8. 受講通知方法に示す最新 NEWS へ掲載します。
申込者は随時確認してください。

問合せ先 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター
福祉のまちづくり研究所 研修センター

質問・お問合せ <http://www.hwc.or.jp/kensyuu/form/contact/contact.cgi>

※質問・お問合せは、当方ホームページ『研修部門のお問合せ』からお願いします。



* 認知症介護実践研修(実践者研修・実践リーダー研修)修了(見込)者 フォローアップ研修 *

申込締切りは、受講申込回によって異なりますので確認してください。

ホームページから簡単に申込みいただけます。郵送の場合は本紙に記入後、指定の宛先へ送ってください。

□■□ 新型コロナウイルス感染状況により、変更及び中止する場合があります。ご了承の上お申込みください。□■□

受 講 申 込 書**オンライン受講**

※新型コロナウイルスの感染・予防への配慮

認知症ケア専門士単位:全3日間で9単位
(1日でも3単位) 取得可能!!

研修名		【9】 認知症介護実践研修修了者フォローアップ研修			
受講申込回		3日間全て		1日目 12月27日(月)	2日目 1月28日(金)
右の内該当する箇所に○印を付ける					
ふりがな	生 年 月 日			年 齢	性 別
氏 名	昭 和 平 成	年 月 日		歳	男・女
法 人 名 (会社名等)					個人として申込を希望される方のみ 以下住所と連絡先を記入してください。
事 業 所 名					住所:
事業所住所	〒 —				
事業所連絡先	TEL: _____ FAX: _____ E-MAIL (必須): _____ @ _____ ※受講決定された場合、E-MAIL は研修受講 ID の送付等に使用する大切なものです。 正確に記入してください。(研修時にも使用することがあります。以降の変更不可。)				連絡先(TEL):
勤務先事業所種別 ※いずれかに○印を付けてください。(複数ある場合は主な種別を1つ選び番号を右に記入)					
①特別養護老人ホーム ②介護老人保健施設 ③グループホーム ④小規模多機能型生活介護事業所 ⑤認知症対応型デイサービス		⑥デイサービス ⑦居宅介護支援事業所 ⑧看護小規模型居宅介護事業所 ⑨特定施設(有料老人ホーム等) ⑩その他()		事業所種別番号 ⑩は左の()にも記入	
資格 ※いずれかに○印を付けてください。					
①医師 ②看護師 ③社会福祉士 ④介護福祉士 ⑤介護員養成研修修了※ ⑥介護支援専門員 ⑦その他()					資 格 番 号 ⑦は左の()にも記入
※⑤介護員養成研修修了は訪問介護員養成研修1級及び2級課程・介護職員基礎研修・介護職員初任者研修・実務者研修の総称とします。					
受講要件 ※該当する修了した研修に○印を付け、必要事項を記載してください。 実践リーダー研修修了者は実践リーダー研修のみ、実践者研修修了者は実践者研修のみをご記入ください。					
平成 令和	年度	第 回	研修名(該当するものを下から1つ選び番号を右に記入) ①認知症介護実践研修(実践リーダー研修) ③認知症介護実践研修(実践者研修) ②認知症(痴呆)介護実務者研修(専門課程) ④認知症(痴呆)介護実務者研修(基礎課程)		研 修 名 番 号
実施主体(該当するものを下から1つ選び番号を右に記入) ①兵庫県(総合リハ:神戸玉津) ②兵庫県(西播磨総合リハ) ③神戸市 ④兵庫県内の学校名等 () ⑤その他の県・市等 ※他府県からの申込も可能です。 (県)					実施主体番号 ④⑤は左の()にも記入
認知症ケア専門士参加証の受講証明 ※いずれかに○印を付けてください。					
必要 (必要を選ばれた方は、参加証を用意させていただきます。) ・ 不要 ※参加証は上記住所へ受講回分をまとめて郵送します。【2022年3月末までに送付予定】					
あなたが日々行っている認知症ケアにおいて悩んでいることや、やりがいを感じていること等、自由に記入してください。 (本記入内容につきましては、受講者の皆さまへ公開し共有させていただきます。)					

* 申込書に記載された個人情報は、研修事業以外の目的には使用しません。研修の参考及び案内等に活用させていただきます。

* オンライン受講は、常時ネット接続・対応するパソコン・タブレット等の環境が必要です。

* 記載内容に虚偽があった場合、研修を受講できません。また記載漏れのないように留意の上、申込んでください。