

〈認知症介護研究・研修東京センター主催〉
『ひもときシートを活用した認知症ケアの気づきを学ぶ研修会』
開 催 案 内 (講師養成コース)

1 趣 旨

「ひもときシート」は、認知症の人に対するケアにおいて介護者の思い込みや試行錯誤で迷路に迷い込んでいる状況から脱するために、「評価的理解」「分析的理解」「共感的理解」のステップを踏んで、介護者中心になりがちな思考を本人中心の思考に転換し、課題解決につなげることを目的として開発されました。

今回実施する研修会は、「ひもときシート」に関する研修を受講した方で、「ひもときシート」の考え方・使い方に関する講義を行える能力を身につけることを目的とします。

2 開催日時・場所

【第2回】平成25年12月10日(火)・11日(水) (2日間)

【第3回】平成26年 1月 9日(木)・10日(金) (2日間)

認知症介護研究・研修東京センター

杉並区高井戸西1-12-1 (最寄駅：京王井の頭線富士見ヶ丘駅)

3 参加対象者及び受講定員

次の、①～③ すべての条件を満たす方

- ① 認知症介護実践リーダー研修修了者
- ② これまでに「ひもときシート」に関する研修を受講した経験のある方
- ③ 研修修了後、講師養成コース修了者としてWEB上に氏名及び連絡先を公表することに同意いただける方

受講定員 各回36名

4 参加費 30,000円 (テキスト代含む)

5 申し込み方法と研修受講の流れ

「参加申込書」及び「講師登録承諾書」に必要事項を記入し、第2回 10/15(火)・第3回 11/11(月)までにFAXにてお申し込みください。

*「講師登録承諾書」の原本を研修当日に当センターに提出いただきますので、大切に保管してください。

- ① 受講可能な場合、決定通知および事前課題を送付いたします。事前課題では研修利用に同意の得られる任意の1事例について実際にひもときシートを活用した事例を提出していただきます(詳細は決定通知に添付します)。受講不可の場合はその旨を文書にてご連絡いたします。
- ② 研修受講後、ひもときシートの指導に関する事後課題が出されます。事後課題を提出し、評価を行った上で合格と認められた方に修了証を発行します。
- ③ 本研修の全課程を修了された方は、当センターにおいてひもときシートに関する講師養成コース修了者として登録させていただき当センターのホームページ上で、「講師養成コース修了者氏名」「法人の所在地のある都道府県名」「所属法人名」「所属施設名」を公表します。

6 プログラム

初日

時 間	内 容	講 師 等
9:30～10:00	受 付	
10:00～10:10	開会・オリエンテーション	
10:10～10:40	ひもときシート作成の経緯	認知症介護研究・研修東京センター
10:40～12:00	講義・演習実施のポイント	認知症介護指導者
12:00～13:00	昼食・休憩	
13:00～14:20	講義・演習実施のポイント	認知症介護指導者
14:30～16:40	ファシリテートのポイント	認知症介護指導者
16:40～17:20	ひもときねっとの活用と研修実施の手続き	
17:20	閉 会	

2日目

時 間	内 容	講 師 等
9:30～10:00	受 付	
10:00～10:05	開 会	
10:05～10:10	認知症ケア高度化推進事業 経過報告	認知症介護研究・研修東京センター
10:10～11:30	ひもときシートについて（講義聴講）	認知症介護指導者
11:40～12:30	ガイドライン・実践者テキストについて（講義聴講）	
12:30～13:30	昼食・休憩	
13:30～15:50	グループ演習 ファシリテート実践	認知症介護指導者
15:50～16:30	意見交換・総括	
16:35～17:10	講義・ファシリテートに関するディグリーフィング	認知症介護指導者
17:10～17:20	事後課題と登録について	認知症介護研究・研修東京センター

【諸注意】

- 本研修は、研修の全課程への出席と事前課題・事後課題の提出と評価をもって修了となります。事前課題については、受講決定時にご案内します。事後課題については研修受講時にご説明します。
- 講師養成コース修了者として登録した後は、WEB上で氏名・所属法人等を公表しますので、WEBを参照した方から「ひもときシート」に関する講師依頼を受ける可能性があります。なお、当センターでは、WEB上で上記の情報を公表する以外に講師の斡旋・仲介は行いません。
- 本研修会は認知症ケア学会の単位認定を申請しておりますが、受講証明を発行するにあたっては認知症ケア専門士証が必ず必要になりますので忘れず研修にご持参ください。
- 自然災害等、やむを得ない事情により研修を中止・延期にすることがありますが、当センターによる交通費・宿泊費等の負担は致しかねますのでご了承ください。
- 宿泊施設の斡旋は行っておりません。各自で手配してください。

●受講をご希望の方は、下記の受講申込書にご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。

送信先 FAX 番号： 03-3334-2156

ひもとき講師養成コース 参加申込書

受講希望日 ※研修プログラムは 各日とも同内容です。	*いずれかに☑をつけてください <input type="checkbox"/> 12月10日(火)・11日(水) <input type="checkbox"/> 1月9日(木)・10日(金)	受講番号 25— —
----------------------------------	---	---------------

参加者氏名	(フリガナ)	生年月日
		S・H 年 月 日生
連絡先 ※勤務先又は自宅を 選択の上ご記入 下さい。	1. 勤務先 2. 自宅 (○をご記入下さい)	
	勤務先名称 (1.の方のみ記入)	
	〒	都道府県
	TEL:	FAX:
E-mail(希望者のみ記入)		
勤務先事業種別 (主な事業1つに○を 付ける)	1. 訪問介護 2. 訪問看護 3. 通所介護 4. 通所リハ 5. 病院・診療所 6. 養護老人ホーム 7. 有料老人ホーム 8. 軽費老人ホーム 9. 老健 10. 特養 11. グループホーム 12. その他 ()	
職種 (主な職業1つに○を 付ける)	1. 施設長・管理者等の統括職 2. ケアマネジャー・計画作成担当 3. 看護職 4. 介護職 5. 生活相談員 6. 理学療法士・作業療法士 7. その他 ()	
ひもときシートに関する 研修の受講経験	<input type="checkbox"/> 有 (研修会名:) <input type="checkbox"/> 無	
受講経験	1. リーダー研修 (旧専門課程含) 2. 認知症介護指導者養成研修 (センター 期)	
認知症ケア専門士の 単位認定	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※認知症ケア専門士の方のみ回答	

(1) 研修申込書に記載された事項については、参加者名簿管理及び当事業に関する情報提供やアンケートの
お願いに限り利用させていただくことがあります。

(2) 当センターのホームページ (<http://www.dcnet.gr.jp>) にも研修情報が掲載されています。

(3) 締め切り：第2回10月15日(火)

第3回11月11日(月)

※但し定員になり次第締め切ります。受講が決定した方には受講決定通知を送付いたします。

《申し込み・問い合わせ先》

認知症介護研究・研修東京センター 研修部：中村・涌井・谷

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1-12-1

TEL:03-6743-2165 / FAX:03-3334-2156

E-mail: shidousya-kensyu@dcnet.gr.jp

●受講をご希望の方は、受講申込書に加え以下の講師登録承諾書にご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。原本は研修当日にご提出いただきますので忘れずにご持参ください。

送信先 FAX 番号： 03-3334-2156

登録承諾書

社会福祉法人浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
センター長 本間昭 殿

以下の受講者がひもときシートを活用した認知症ケアの気づきを学ぶ研修会（講師養成コース）を修了した後に、ひもときシートに関する研修の講師として以下の「受講者氏名」「法人の所在地のある都道府県名」「所属法人名」「所属施設名」を登録し、WEB上で公表すること、公表後、受講者がWEBを参照した方から講師依頼を受ける可能性があることを理解した上で、講師としての登録を承諾します。

受講者氏名	
法人の所在地のある 都道府県名	
所属法人名	
所属施設名	

平成25年 月 日

法人名	
施設名	
管理者職位	
管理者氏名	印