

## グループホームケア実践士（シルバー級）研修

### 募 集 要 項

#### 【目 的】

一般職員や中堅職員向けにグループホームにおける生活の質の向上ができるケアを身につける。

#### 【目 標】

1. 初級研修を修了し、基礎的な業務に習熟した職員を対象にケアのスキルアップを目指す。
2. 利用者ニーズの理解、対人援助のあり方、尊厳を支えるケアの実践と地域・家族・関係機関のチームケアのあり方と重要性を学ぶ。
3. 知識・技術の習得とともに、将来のグループホームにおけるリーダー、指導者としての役割を期待できる専門職の育成を目指す。

#### ◇日 時

##### 【講義・演習】

日 程	時 間
第1日目：平成31年 1月 24日（木）	9時30分～17時00分
第2日目：平成31年 1月 25日（金）	9時30分～17時00分
第3日目：平成31年 3月 5日（火）	9時30分～17時20分

※受付は9時10分からとなります。

##### 【実習】

###### ■他事業所見学・・・1日

・平成31年1月28日（月）～2月22日（金）の4週間

※自事業所実習内容等詳細については、「自事業所実習オリエンテーション」（研修2日目）にて説明します。

#### ◇場 所

##### 【講義・演習】

・AP名古屋 名駅（愛知県名古屋市中村区名駅4-10-25 名駅 IMAIビル TEL：052-561-1109

・JR東海道線「名古屋駅」より徒歩5分、名鉄・近鉄戦「名古屋駅」より徒歩2分

1日目：7階M+Nルーム

2日目：6階Pルーム

3日目：7階M+Nルーム

##### 【実習】

###### ■自事業所実習・・・受講者が現在所属している認知症グループホーム事業所

◇受講者要件

以下の要件に該当する方。

- 認知症グループホームでの経験が概ね3～5年

◇定員数 40名※ ※最小催行人数に満たない場合、本研修を中止とさせていただきます。

◇研修内容 研修カリキュラムをご参照下さい。

◇受講料（1名）

会員 8,000円 / 非会員 16,000円

◇申込方法

次に記載する書類を所属する事業所の代表者を通じて、日本GH協事務局へ郵送にて提出して下さい。

- 受講申込書（様式1、様式2-①②）

※申込書類は一式揃えてご送付下さい。書類が揃っていない場合は申込みを無効の旨FAXにて通知し、申込書類は返却いたします。（場合によって、電話通知とさせていただきますことがあります）

◇申込締切

平成31年1月15日（火）必着

※定員となり次第締切りますので、あらかじめご了承下さい。

◇受講者の決定と通知

受講申込書類に基づき受講者を選定し（先着順）、「受講決定通知書」等関係書類を受講申込書到着後郵送します。

※受講者要件に該当しない等の理由により受講をお断りする場合は、FAXにて通知し、申込書類は返却いたします。（場合によって、電話通知とさせていただきますことがあります。）

◇資格認定証の発行について

研修の全課程（講義・演習、自事業所実習）を修了された方には資格認定証を交付します。

資格認定証の交付日につきましては、研修3日目の修了式を予定しております。

※講義・演習において遅刻・早退・欠席があった場合は、資格認定証の発行をいたしません。

◇更新制

資格は更新制（3年）になります。資格取得後、3年以内に日本認知症グループホーム協会主催の研修会、全国大会、支部主催の研修会に一定程度参加する必要があります。

ただし、上位資格を取得した場合にはその時点で更新の取扱いとします。

◇修了者名簿の公表について

資格認定制度研修の普及啓発及び研修修了者、事業者の周知を目的とし、原則として、当協会が作成する機関誌、印刷物等において修了者名簿を公表します。

◇注意事項

- (1) 受講申込みは1事業所あたり5名までとし、会員を優先します。  
(同事業所より複数申込み場合は、申込書類を複写して使用して下さい。)
- (2) F A Xでの申込みは無効とします。
- (3) 申込書類に不実や虚偽の記載が認められた場合は、受講決定の取り消し又は、資格認定証の交付ができない場合がありますので、ご注意下さい。また、資格認定証発行後に虚偽が認められた場合は、修了を取り消します。
- (4) 所属事業所の異動等により、申込書記載事項に変更が生じた場合は、すみやかに書面にて日本GH協までご提出下さい。
- (5) 決定した受講者の変更は認めません。
- (6) 受講決定後、受講を辞退される場合は、必ず日本GH協事務局までF A Xによりご連絡下さい。※書式は問いませんが、法人名・受講者名・理由を必ず記載して下さい。  
受講料は、原則としてお返しできません。  
ただし、研修初日の5日前までであれば受講料の半額をお返しします。  
尚、還付金は銀行振込になります。(手数料は受講者負担)
- (7) 受講申込書類は原則として返却しません。ただし、受講辞退者の書類は返却します。
- (8) 受講申込に係る個人情報については、本研修会に係る業務のみに使用し、厳重に管理いたします。
- (9) 原則的には1クールを通しての受講となります。やむを得ない事情がある場合には1日単位の受講も有効とします。

◇昼食について

各自でお手配下さい。

◇宿泊について

宿泊の斡旋は行いませんので、各自でお手配下さい。

日本認知症グループホーム協会（日本GH協）事務局  
〒160-0015 東京都新宿区大京町 23-3 四谷オーキッドビル 8階  
TEL : 03-5366-2157 / FAX : 03-5366-2158

**日本GH協資格認定制度「グループホームケア実践士 中級（シルバー級）」  
研修カリキュラム**

**1日目**

日時		項目
9:10～9:30		受付
9:30～9:50	20分	オリエンテーション
9:50～10:30 【演習】	40分	私のグループホーム自慢
10:40～11:50 【講義・演習】	70分	生活の質の向上に向けた事例発表 ～私の宝の事例～
11:50～12:50	60分	昼食休憩
12:50～14:50 【講義・演習】	120分	生活の質の向上に向けた事例検討 ～私のがんばっている事例～
15:00～16:50 【講義・演習】	110分	生活の質の向上に向けた意見交換 ～楽しい時間をともに過ごしましょう～
16:50～17:00	10分	研修評価シートの記入

**2日目**

日時		項目
9:10～9:30		受付
9:30～9:50	20分	オリエンテーション
9:50～11:10 【講義・演習】	80分	QOLの向上を目指して ～個別支援・自立支援～
11:20～12:00 【講義・演習】	40分	地域連携
12:00～13:00	60分	昼食休憩
13:00～13:50 【講義・演習】	50分	家族支援
14:00～15:00 【講義・演習】	60分	安全管理 ～リスクマネジメント・苦情対応～
15:10～16:10 【講義・演習】	60分	意思決定支援・権利擁護
16:20～16:50 【講義】	20分	自事業所実習オリエンテーション
16:50～17:00	10分	研修評価シートの記入

## 実 習

	期間	内容
自事業所実習	1日	職場実習

## 3日目

日時		項目
9:10~9:30		受付
9:30~9:40	10分	オリエンテーション
9:40~12:20	160分	自事業所実習報告会
12:20~13:20	60分	昼食休憩
13:20~14:50 【講義・演習】	90分	自事業所実習報告に関するグループワーク
15:00~17:00 【講演】	120分	グループホーム実践講演会
17:00~17:20	20分	修了式

## 受講申込書

平成 年 月 日

公益社団法人  
日本認知症グループホーム協会  
会長 河崎 茂子 殿

(法人名)

(住所)

(法人代表者)

印

下記の職員について、平成 30 年度第 2 回グループホームケア実践士（シルバー級）研修の受講を申込みます。

なお、受講申込書（様式 2 - ①）の主な職歴及び認知症介護の経験年数については、記載のとおりであることを証明します。

### 記

職員氏名	所属事業所名	職 名
		様式 2 - ①と統一して下さい。

以上

様式2-①

平成30年度第2回グループホームケア実践士（シルバー級）研修

受講申込書

受講希望者  
証明写真貼付

4.0×3.0

(写真の裏に事業所と氏名記入)

■様式2-②記載の注意事項を必ずご一読の上、下記に必要な事項を記入もれがないようご記入ください。

ふりがな		受講者性別	男 ・ 女
受講者氏名		受講者生年月日	昭和 年 月 日
受講者住所	〒	受講者TEL	
法人名		介護保険事業所番号	
事業所名		開設年月日(注記2)	
事業所所在地(注記2)	〒	TEL	
		FAX	
職名(注記1)	様式1と統一して下さい	会員区分	・正会員 ・準会員(団体) ・準会員(個人) ・非会員
主な職歴	期 間	勤 務 先 (法人名及び事業所名) ※病院の場合は科名・病棟名も記入	職務内容
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
<p>*認知症グループホームの経験年数(平成31年1月23日現在)                  ※過去に勤務した事業所における経験年数も含め、記入して下さい。                  ※認知症グループホーム以外の勤務は含めません。</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px auto; width: fit-content;">                     合計 年 月                 </div> <p><b>※職歴および認知症グループホームの経験年数において虚偽の記載が認められた場合は、申込みを無効とします。また、修了証書発行後に虚偽が発覚した場合は、修了を取り消します。</b>                  ※場合によっては、前職にさかのぼって在籍実態について確認をとらせていただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。</p>			

様式 2-②

主な資格	取得年月日	免 許 ・ 資 格 ※介護支援専門員は取得日とは別に最終更新年月日も記入
	年 月	
	年 月	
	年 月	
受講理由		
備 考		

【注意事項】

- ・ 申込書類に記載された個人情報は、受講者の決定、受講者の名簿及び修了書の作成など、研修事業の円滑な運営のために使用いたします。受講申込みにあたっては、個人情報の利用について必ず受講希望者本人の同意を得て下さい。
- ・ 写真は、必ず証明写真を添付下さい。(コピー、デジタルカメラ、スナップ写真は認めません。)
- ※証明写真の裏に事業所名と受講者氏名を記入して下さい。
- ・ 記入もれ等書類不備があった場合は、申込みが無効となる場合がありますのでご留意下さい。

【様式 2-①における注記について】

- 注記 1 管理者・計画作成担当者・介護従事者等、職務内容がわかるように記載して下さい。
- 注記 2 「事業所名」及び「事業所所在地」、「介護保険事業者番号」の欄には、必ず受講者の所属している事業所についての情報をご記入下さい。なお、管理部門担当者など、別に連絡先を指定する場合のみ、下記にご記入下さい。

住 所	〒	連絡先 名 称	
TEL		FAX	担当者