

グループホームケア実践士（ゴールド級）研修

募 集 要 項

【目 的】

管理者向けにグループホームを運営する上での総合的な力を身につける。

【目 標】

1. グループホームの運営全般、スーパーバイズ機能を活かした人材育成について、知識、スキルを身に付ける。
2. グループホームの生活支援を通じて、人としての暮らしを深めていく大切さを理解する。
3. グループホームに求められる機能とは何か。今後のあり方について理解し、実践力を身に付ける。
4. 利用者、職員、地域住民が共に歩む姿勢、具体的手立てを身に付ける。

◇日 時

【講義・演習】

日 程	時 間
第1日目：平成31年 2月26日（火）	9時30分～17時00分
第2日目：平成31年 2月27日（水）	9時30分～17時10分
第3日目：平成31年 3月22日（金）	9時30分～17時10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3月4日（月）～ 3月13日（水）期間中に実施すること。

※他事業所見学内容等詳細については、「他事業所見学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】

TKP 仙台西口ビジネスセンター6階 カンファレンスルーム6A
（宮城県仙台市青葉区本町1-5-31 TEL：022-200-2615）

【実習】

■他事業所見学・・・「他事業所見学オリエンテーション」（研修2日目）において指定通知
※他事業所見学事業所は協会が指定いたしますが、同一県内または近隣の県から参加した方々のグループホーム同士内で見学先を決定します。

◇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6～9年

※グループホームを運営されている法人の職員の受講が決定した際には、他事業所見学（1日）における実習生の受入れをしていただくことを条件とさせていただきますので、ご理解・ご協力をお願いします。（別紙「他事業所見学について」参照）

◇定員数 30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。

- ① 受講申込書（様式1、様式3-①②）
- ② 実習引受承諾書（様式2）
- ③ グループホームの案内図（パンフレットでも可）

※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）

◇申込締切

平成31年2月18日（月）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）

◇資格認定証の発行について

研修の全課程（講義・演習、他事業所見学）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。

◇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 上級（ゴールド級）」
研修カリキュラム**

1日目

日時		項目	講師
9:10~9:30		受付	
9:30~9:50	20分	オリエンテーション	日本GH協
9:50~10:30	40分	自事業所報告から見えるグループホームや地域展開	資格認定制度特別委員会 委員 川村 小津江
10:40~12:00	80分	グループホームにおける重度化と看取り	
12:00~13:00	60分	昼食休憩	
13:00~14:10	70分	グループホームにおける危機管理	資格認定制度特別委員会 委員 内海 裕
14:20~15:30	70分	職員のメンタルヘルスとストレスマネジメント	資格認定制度特別委員会 委員 川村 小津江
15:40~16:50	70分	暮らしにこだわり続けるグループホーム	
16:50~17:00	10分	研修評価シートの記入	日本GH協

2日目

日時		項目	講師
9:10~9:30		受付	
9:30~9:50	20分	オリエンテーション	日本GH協
9:50~12:30	160分 (170)	お互いが成長し合うためのスーパービジョン	資格認定制度特別委員会 委員 内海 裕
12:30~13:30	60分	昼食休憩	
13:30~15:00	90分	グループホームに求められる地域貢献	資格認定制度特別委員会 委員 川村 小津江
15:10~16:20	70分 (60)	グループホームのあり方についてのグループワーク	
16:30~17:00	30分	他事業所見学についてのオリエンテーション	
17:00~17:10	10分	研修評価シートの記入	日本GH協

実 習

	期間	内容
他事業所見学	1日	見学実習

3日目

日時		項目	講師
9:10~9:30		受付	
9:30~9:40	10分	オリエンテーション	日本GH協
9:40~12:00	140分	見学報告会	日本GH協
12:00~13:00	60分	昼食休憩	
13:00~14:40 【講義・演習】	100分	質倍增計画に対するスーパーバ イズ	日本GH協
14:50~16:50 【講演】	120分	グループホームの今日的課題	日本GH協
16:50~17:10	20分	修了式	日本GH協

グループホームケア実践士（ゴールド級）研修

◇◇ 他事業所見学について ◇◇

1. 実習期間 平成31年3月4日（月）～ 3月13日（水）期間中のうちの1日
※実習生が決定次第、事業所側の都合を伺いながら調整します。
2. 実習人数 1～2名
3. 実習形式 見学実習
4. 目的
 - ・ 自己の設定した課題に沿った見学を展開することができる。
 - ・ 他の事業所での見学を通して、自己の設定した課題の達成を目指し、その成果を得る。
5. 実習内容
 - ・ 自己の設定した課題に沿った実習を展開する。
 - ・ 外部実習の成果を報告書として記述する。
6. 連絡事項
 - ・ 実習生決定後、担当者宛に「実習の手引き」等関係書類を送付します。
 - ・ グループホームを運営されている法人の職員の受講が決定した際には、他事業所見学における実習生の受入れをしていただくことを条件とさせていただきますので、ご理解・ご協力をお願いします。

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 1 回グループホームケア実践士（ゴールド級）研修の受講を申込みます。

なお、受講申込書（様式 3-①）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 3-①と統一して下さい。

以上

様式 2

※受講を申し込まれる法人には他事業所実習におきまして実習生をお引き受けいただきます。

実 習 引 受 承 諾 書

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

当法人は、平成 30 年度第 1 回グループホームケア実践士（ゴールド級）研修における「他事業所実習」を引き受けることを承諾します。

平成 年 月 日

法人名

代表者名

印

※1つの研修につき受講希望者が1事業所に2名いる場合は、「承諾書」の記入は1枚で結構です。

※実習先はグループホームに限定させていただきますので、同法人内で運営されているグループホームにおいて実習をお引き受け下さいますようお願いいたします。

※実習生の受入れについては、1名～2名を予定しておりますが、調整をした結果、実習をお引き受け頂く必要がないこともありますので、予めご了承下さい。

■実習をお引き受けいただくグループホームについてご記入下さい。

(受講者所属のグループホームまたは所属法人で運営しているグループホーム)

ふりがな 事業所名		
事業所住所	〒		
T E L		F A X	
ふりがな 実習担当者		

■受講申込者

氏 名	所 属

※実習生に実習先を通知する際に必要となりますので、貴事業所の案内図2部を必ず添付して下さい。(パンフレットでも可)

様式3-①

平成30年度第1回グループホームケア実践士（ゴールド級）研修

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)

受講申込書

■様式3-②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2月25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: 3px double black; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 合計 年 月 </div> <p>※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。 ※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3-②

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		
	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3-①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	