

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

### 実践者コース 開催案内

#### 1. 趣旨

認知症ケア高度化推進事業(以下、「高度化事業」)で開発された「ひもときシート」(詳細は <http://www.dcnet.gr.jp/ひもときねっと>「ひもときシートを使ってみよう!」参照)は、事実状況の集積や分析をするアセスメントとは異なり、事実と根拠に基づいたケアにつなげていくための「思考の整理」を行うものです。全国の認知症介護指導者のご協力をいただきながら、高度化事業のワーキングチーム委員が検討を重ね開発いたしました。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」「分析的な理解」「共感的理解」の考え方を学び、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います。

この研修は「ひもときシート」の意義と使い方を学び、利用者本人の求めるケアを実現できることを目的として開催します。

2. 開催日時 平成 30 年 11 月 13 日(火曜日) 10:00~16:40(受付 9:30~10:00)
3. 開催場所 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 2階 大会議室  
東京都杉並区高井戸西 1-12-1 (最寄駅:京王井の頭線富士見ヶ丘駅)
4. 参加対象者および受講定員 認知症介護業務等に従事している方 90 名
5. 参加費 5,000 円
6. 申込方法 「参加申込書」に必要事項を記入し、10 月 31 日(水曜日)までに FAX でお申し込みください。  
定員になり次第、申し込みを締め切ります。
7. 受講決定 「参加申込書」を受付後、受講決定通知を FAX で送付します。申し込み後、10 日経過しても受講決定通知が届かない場合は、担当者までお問合せください。
8. 参加費の支払い方法 受講決定通知をご覧の上、指定された期日までに参加費をお振込みください。  
振込手数料はご負担くださいますようお願いいたします。

## 9. テキスト

本研修は、『認知症ケアの視点が変わる「ひもときシート」活用ガイドブック』中央法規出版 2,592 円(税込)をテキストとして使用しますので、必ず持参してください。お持ちでなく、研修当日の購入を希望する方は、参加申込書の「テキスト購入希望欄」に冊数をご記入ください。

## 10. プログラム

時間	内容	担当
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について	認知症介護研究・研修東京センター
10:10～11:00	ひもときシートについて	認知症介護指導者
11:00～12:00	ガイドライン・実践者テキストについて	認知症介護指導者
12:00～13:00	昼食・休憩	
13:00～15:30	グループ演習	認知症介護指導者、ファシリテーター
15:30～16:30	意見交換・質疑応答	
16:30～16:40	閉会	

## 11. その他

- 本研修は、認知症ケア専門士単位の認定を申請しています。参加証の発行を希望する方は、研修当日、認知症ケア専門士証を必ずご持参ください。
- 自然災害等やむを得ない事情により研修を中止・延期する場合がありますが、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。

### 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 担当：滝口・中村・寺崎

〒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

送信先 FAX 番号：03-3334-2156

参加申込書（ひもときシート研修 実践者コース）

受講日	平成30年11月13日（火）	受講番号 30-11- （事務局記入欄）	
フリガナ		生年月日	
氏名		S・H 年 月 日	
連絡先 勤務先もしくは 自宅、いずれか をご記入ください	勤務先	名称：	
		〒 ー 都道 府県	
		TEL	FAX
	自宅	〒 ー 都道 府県	
		TEL	FAX
事業種別 （主な種別 1つに○印）	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.地域包括支援センター 13.居宅介護支援事業所 14.小規模多機能型居宅介護事業所 15.その他（ ）		
職種 （主な職種 1つに○印）	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 7.作業療法士 8.その他（ ）		
ひもときシートに関する 研修の受講	ひもときシートに関する研修を受講した回数をご記入ください （ 回）		
テキスト購入	<input type="checkbox"/> 購入を希望する（ 冊） <input type="checkbox"/> 購入を希望しない		
認知症ケア専門士 単位認定	認知症ケア専門士の方のみご記入ください <input type="checkbox"/> 単位認定を希望する <input type="checkbox"/> 単位認定を希望しない		
認知症介護指導者養成 研修の受講	認知症介護指導者の方のみご記入ください （ センター 期）修了		

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利用させていただきます。