

オンライン 認知症ケア研修

なぜ、認知症のある人とうまくかかわれないのか？

2021年度の介護報酬改定にともない、認知症への対応力向上に向けた取り組み推進として、無資格者への認知症介護基礎研修受講が義務付けられました。

認知症介護への理解を深めて必要な知識と技能を習得し、認知症の人々の尊厳を守り本人主体の介護を行うためにも、資格の有無を問わず、介護に関わる全てのスタッフの資質の向上と対応力が求められています。



介護スタッフが「よかれ」と思って行ったかかわりが、認知症のある人を不幸にしてしまったり、混乱させてしまったり…といったこともある介護の現場…。「認知症の診断と治療にあたる医師」としてだけではなく、パーソン・センタード・ケアを学び、認知症の人々のその後の支援にも携わっている仙台市の石原哲郎さんを講師に、「認知症の人とともに歩むために必要なこと」について、ワークやディカッションを交えながら一緒に考えていきます。

※認知症ケア専門士単位認定講座（2単位取得できます。登録希望者は下記事務局までお知らせください）

日 時：6月1日（火）午後2時～4時

定 員：40人（申込先着順）

研修方法：Zoomによるオンライン研修

対 象：介護施設・事業所で働く管理者・介護職員、認知症ケア専門士有資格者など

受講料：3,800円+税（税込4,180円）/人 オーネット会員施設2,800円+税（税込3,080円）/人

プログラム：午後2時～2時10分

オープニング、お知らせ

2時10分～4時

講義&グループワーク・ディカッション（途中休憩あり）

講 師：石原哲郎・石原クリニック院長、認知症専門医・神経内科専門医

東北大学助教等を経て現職。パーソン・センタード・ケアの若手第一人者で、認知症ケアマッピング（DCM）上級ユーザー。診療の傍ら、認知症当事者による当事者のための相談窓口「おれんじドア」実行委員としても活躍し、精力的に情報を発信。世界中の認知症当事者と交流している。著書に『なぜ、認知症のある人とうまくかかわれないのか？ 本人の声から学ぶ実践メソッド』（中央法規）など。

お申込み：裏面をご覧ください

主催・問合せ先：介護保険市民オンブズマン機構大阪（通称オーネット） 職員研修実行委員会事務局

〒537-0025 大阪市東成区中道3-2-34

TEL06-6975-5221 FAX06-6975-5223

後 援：日本認知症ケア学会

◆介護保険市民オンブズマン機構大阪（通称：オーネット）

関西を中心に、40か所以上の高齢者施設・事業所で2000年から介護オンブズマン活動を展開しています。「告発型ではなく橋渡し役」をモットーに、専門研修を受けた市民が市民感覚を生かしながら、利用者のお話に耳を傾け施設の人々と対話を重ねながら、施設介護の質向上に努めています。

2005年度から、施設関係者とタイアップして介護職員研修を開催。「市民の視点」も盛り込んだ斬新な内容で、介護業界のニーズに沿ったタイムリーなテーマの研修を数多く実施しています。

申込方法：下記の手順でお願いします

(1) Webでお申し込みの場合

オーネットのホームページ (<https://o-netnp.site/>)から職員研修→申込みの順でクリックし、決済サイトPEATIXからお手続きください

(2) FAXでお申し込みの場合

①下記の「受講申込書」をFAXにて事務局へお送りください

また受講される方のメールアドレスをメールでお送りください

(事務局メールアドレス: o-netnp@train.ocn.ne.jp)



②研修申込ご担当者に「仮受付」のメールまたはFAXをお送りします。受講料をお振込ください

受講料のお振込は下記へお願いいたします

郵便振替	口座記号番号	00940-2-154470
	加入者名	NPO介護保険市民オンブズマン機構大阪



③お振込みを事務局で確認後、研修申込ご担当者に「申込受理」のメールまたはFAXをお送りします。以上でお手続き完了となります

★(1)(2)ともに、後日、受講される方のメールアドレスに、研修のURLを記したご案内やレジュメをお送りしますので、必ずご確認ください

FAXでお申し込みの場合

オーネットFAX番号 06-6975-5223

半角のハイフンです

念のため受講者のメールアドレスを下記へお知らせください
o-netnp@train.ocn.ne.jp

受講申込書 (認知症ケア研修)

受講者氏名・ふりがな		受講者メールアドレス	職種 (該当するものに○を)	経験年数	年齢 (歳未満)
ふりがな			介護職員・生活相談員・介護支援専門員・看護職員・管理者・その他 ()		
ふりがな			介護職員・生活相談員・介護支援専門員・看護職員・管理者・その他 ()		
ふりがな			介護職員・生活相談員・介護支援専門員・看護職員・管理者・その他 ()		
ふりがな			介護職員・生活相談員・介護支援専門員・看護職員・管理者・その他 ()		
勤務先	法人の種類 (○を)	社会福祉法人・株式会社・NPO法人・医療法人・その他 ()			
	法人名	(例 社会福祉法人森ノ宮会の場合、「森ノ宮会」とのみご記入ください)			
	施設の種別 (該当するものに○を)	特養・老健・有料老人ホーム・グループホーム・デイサービスセンター・介護型ケアハウス・サ高住・その他 ()			
	施設名	(例 特別養護老人ホーム森ノ宮ハウスの場合、「森ノ宮ハウス」とのみご記入ください) (施設名ふりがな)			
	電話番号		FAX番号		
	研修申込担当者名		担当者メールアドレス		
個人でお申込みの場合	住所	〒			
	電話番号				