認知症ケア研修

認知症の人が笑顔になる瞬間を見つけよう‼

＜2023＞認知症の人の“やすらぎ”をつくる仲間づくり

認知症が進行すると、本人の思いが伝わらず、介護現場の人々も対応に苦慮することが少なくありません。

重度の認知症の人の気持ちは、何をもって「わかる」「理解する」と言えるのか…。「心が触れ合う」とはどういうことなのか…。そうしたことを自問自答し、迷い、試行錯誤しながら、職員の皆さんは認知症の人たちと日々接しておられることと思います。

この研修では、講師自らが収集したデータも示しながら、認知機能とその人の心の関係に焦点を当て、「日頃の暮らしの中で介護する私たちが気をつけること」「認知症の人が自信と誇りを取り戻す声かけ」などについて、ご講義いただきます。

グループディスカッションも交え、「私たちも一緒に“笑顔で行う”環境づくり」についても考えていきます。

受講後、すぐに実践したくなる！　そんな珠玉の研修です！！

※認知症ケア専門士単位認定講座です（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：11月18日（土）午後２時～４時15分
開催方法：オンライン（zoom）
定　　員：オンライン（zoom）40人
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/人　　※Ｏ－ネット会員施設 2,500 円/人
お申込み：裏面をご覧ください
申込締切：11 月14 日（火）

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10分　　講義＆ディカッション（途中休憩あり）
４時10分～４時15分　　まとめ、終了

講　　師：片山禎夫・片山内科クリニック院長、認知症学会専門医・指導医、神経内科専門医・指導医
広島大学医学部卒業、アルツハイマー病の研究で同大大学院博士課程を修了し、長年、認知症医療に携わる。2015年に倉敷でクリニックを開設。認知症での来院者数は毎月 400人に上る。認知症の専門家として全国での講演多数。NHKや同Eテレなどにも出演。

主催・問合せ先：介護保険市民オンブズマン機構大阪（通称Ｏ－ネット）　職員研修実行委員会事務局
〒530-0041 大阪市北区天神橋 3-9-27 ＰＬＰ会館３Ｆ
ＴＥＬ06－6949－8192 ＦＡＸ06－6949－9296

後　　援：日本認知症ケア学会

【お申込み方法】

下記の手順でお願いします

（１）Ｗｅｂでお申し込みの場合

①右のQRコードまたはＯ
ーネットのホームページ
（https://o-netnpo.site）から
職員研修⇒申込の順で、必要事項を入力し、
送信してください。

（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ルアドをメールで
お送りください（事務局メールアドレス：
o-netnpo@train.ocn.ne.jp）

②Ｏーネット事務局から、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。

④受講される方のメルアドに、研修前にＵＲＬとレジュメをお送りします。

ＦＡＸでお申し込みの場合

Ｏーネットｆａｘ番号　06－6949－9296

半角のハイフォンです

念のため受講者の方のメルアドを下記へお知らせください
o-netnpo@train.ocn.ne.jp

受講申込書（認知症ケア）

参加方法	受講者氏名・ふりがな	受講者メールアドレス	職種　（該当するものに〇を）	経験年数	年齢（数字のみ）
オンライン	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〈　　〉		
オンライン	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〈　　〉		
オンライン	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	法人の種別（〇を）	社会福祉法人・株式会社・ＮＰＯ法人・医療法人・その他（　　）		
	法人名	※法人格は不要です。法人名のみご記入下さい。例「森ノ宮会」など		
	施設の種別（該当するものに〇を）	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	※施設の種別は上記記載のため不要です。施設名のみご記入ください。例「oo苑」など （施設名ふりがな）		
	電話番号		ＦＡＸ番号	
	研修申込担当者名		担当者メルアド	
個人でお申込みの場合	住所	〒		