

平成 23 年 7 月 22 日

各位

一般社団法人
北海道認知症グループホーム協会
会 長 宮崎 直人
(公印省略)

「センター方式を活用したケアプラン作成研修」開催のご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は、当協会の運営に多大なご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、この度、標記研修会を開催いたします。「センター方式のことがよくわからない」「シートの活用が理解できない」「これまで使ってきたが、更なる的確な視点を身に付けたい」そんな方々に、わかりやすく演習を交えてお伝えします。さらに、ご自身で実践し一月後にまとめの一日を設定しております。

なお、この研修会は、認知症ケア専門士の単位認定を現在申請中です。

ご多忙の折とは存じますが、多数の方々のご参加をお願い申し上げます。

敬具

記

1. 日 時 : 平成23年8月30日(火)、8月31日(水)、10月4日(火)
(裏面のプログラムをご確認ください)
2. 場 所 : 札幌千代田ビル 11階 会議室1～4
札幌市北区北7条西5丁目 TEL: 011-728-1314
3. 研修受講資格 : 介護計画を作成したことのある方
4. 定 員 : 100名(先着順となりますが、申し込み多数の場合は、会員優先とさせていただきます)
受講可能になりました方には研修の1週間前までに「受講決定通知書」にてご連絡いたします。「受講決定通知書」をお持ちでない方は受講できませんので、当日必ずご持参下さい。
5. 参 加 費 : 北海道認知症グループホーム協会 会員 10,000円
北海道認知症グループホーム協会 非会員 20,000円
6. 単位認定 : 認知症ケア専門士単位認定(予定)
7. 申込受付期間 : 平成23年8月2日(火)午前9時～8月4日(木)午後5時迄
(受付期間前のお申込は無効とさせていただきます)
8. 申込方法 : 別紙の参加申込書に必要事項をご記入のうえ、当協会宛に **FAXでお申込み下さい。**
9. 申込先住所 : 北海道認知症グループホーム協会 事務局
〒060-0001 札幌市中央区北1条西7丁目 広井ビル2F
TEL: 011-208-3320 FAX: 011-204-7312

以 上

センター方式を活用したケアプラン作成研修 プログラム

月 日	時 間	科 目
8月30日（火）	12：20	受 付
	12：50	開会・主催者挨拶・オリエンテーション
	13：00	『グループホーム生活支援上のアセスメントの視点と センター方式の活用』 (内30分『センター方式を使つての実践報告』)
	15：30	休憩
	15：40	グループワーク『アセスメントの視点とケアプランの現状』
	17：00	1日目講義終了
8月31日（水）	9：45	開 場
	10：00	グループワーク『現状の報告』
	11：00	『Eシートの展開とその視点』
	12：00	昼食休憩
	13：00	『Eシートからケアプランへ』
	14：00	休憩
	14：10	グループワーク『新たな気づきと今後のケアプラン』
	16：00	2日目講義終了
10月4日（火）	9：45	開 場
	10：00	グループワーク『現場の実践から』
	12：00	昼食休憩
	13：00	『センター方式を活用したケアプランの特徴と課題分析』
	15：00	グループワーク『新たなケアプランの取り組み』
	17：00	閉会式
	17：30	終 了

<講 師>

有限会社ライフアート 代表取締役

グループホーム福寿荘 総合施設長

武 田 純 子 氏

（北海道認知症グループホーム協会 顧問）

<ファシリテーター>

有限会社 エーデルワイス 代表取締役

グループホーム エーデルワイス 総施設長

青 山 由美子 氏

（北海道認知症グループホーム協会 研修部）

<実践報告者>

有限会社介護センターコスモス

グループホームコスモスとまこまい 管理者

深 山 勢都子 氏

（北海道認知症地域コーディネーター養成講座修了者）

※各講義の講義名等は変更となる場合がございますのでご了承ください。

北海道認知症グループホーム協会
センター方式を活用したケアプラン作成研修
(平成23年8月30日・8月31日・10月4日)

参加申込書

※ 受付は平成23年8月2日(火)午前9時～8月4日(木)午後5時です。
それ以前のお申込みは無効とさせていただきます。

(北海道認知症グループホーム協会の)
会員 ・ 賛助会員 ・ 非会員

法人名 _____ 事業所名 _____
〒□□□-□□□□
住 所 _____
電 話 _____ FAX _____
氏 名 _____ ふりがな _____

《必ずあてはまるものに○をし、ご記入もお願いいたします。》

【職 名 (重複可)】 役員等 ・ 管理者 ・ 計画作成担当者 ・ 介護職員

【センター方式を使ったことが】 _____ あ る ・ な い

↓

【センター方式をお使いの年数】 _____ 年くらい

【ケアマネジャーの資格】 _____ あ る ・ な い

【同一事業所で他に参加申込みをした方が】 _____ い る ・ い な い

↓

(他 名)

- ※ 複数名参加申込の事業所は、**コピーして**お使い下さい。(参加申込書1枚に参加申込者1名)
- ※ お名前は正確な字体でご記入ください。
- ※ 受講可能になりました方には後日(研修の1週間前までに)、『受講決定通知書』にてご連絡いたしますので、当日必ずご持参いただき受付にご提示下さい。
- ※ 『受講決定通知書』のない方は、受講できませんので、ご了承下さい。
- ※ 事業所単位で入会されている賛助会員の場合は、登録されている方のみが対象となります。

↑
FAX: 011-204-7312