

平成 28 年 9 月 28 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)

平成 28 年度 自主研修シリーズⅡ『アセスメントとケアプラン』
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。

グループホームの計画作成担当者として、ケアマネジメントの基礎、必要な書式とその内容を学び自己のケアマネジメントを振り返ることで課題を明らかにします。またアセスメントの重要性と手法を事例を通して学び、利用者の立場からニーズの捉え方が考えられるようになり、利用者の有する能力に応じ自立した日常生活のためのケアプラン作成を目指します。

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 28 年 11 月 24 日 (木) 12:20 受付 ~ 11 月 25 日 (金)
(詳細は裏面のプログラムをご覧ください)
2. 場 所 : 札幌千代田ビル 11 階 会議室 (札幌市北区北 7 条西 5 丁目 5-3)
3. 研修受講資格 : 計画作成担当者に限らず、スキルアップを目指す方
4. 定 員 : 100 名 (先着順。お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 5,000 円
北海道認知症グループホーム協会 非会員 10,000 円
6. 単位認定 : 認知症ケア専門士単位 3 単位 (予定)
7. 研修内容 : 次頁のプログラムをご覧ください
8. 申込受付期間 : 平成 28 年 10 月 12 日 (水) 9:00 ~ 10 月 14 日 (金) 17:00 迄
(受付期間前のお申込は無効とさせていただきます)
9. お申込方法 : 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**
10. 転・問い合わせ先 : 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 1 番地 広井ビル 3F
TEL: 011-208-3320 FAX: 011-204-7312

以 上

平成28年度 自主研修シリーズⅡ

『アセスメントとケアプラン』

主旨及び目的：グループホームの計画作成担当者として、ケアマネジメントの基礎、必要な書式とその内容を学び自己のケアマネジメントを振り返ることで課題を明らかにします。またアセスメントの重要性と手法を事例を通して学び、利用者の立場からニーズの捉え方が考えられるようになり、利用者の有する能力に応じ自立した日常生活のためのケアプラン作成を目指します。

会 場：札幌千代田ビル 11階 会議室（札幌市北区北7条西5丁目5番3号）

参加費：5,000円（会員）、10,000円（非会員）

11月24日（木）	11月25日（金）
12:20 受付	9:15 開場
12:50 開会・主催者挨拶・オリエンテーション	9:30 『ケアプラン作成のためのアセスメント』
13:00 『ケアプラン実行の流れ』	・アセスメントの理解。
・ケアマネジメントとケアプランの目的・目標。	・アセスメントの方法の理解。
・利用者との出会いからケアプラン作成・実行・評価（ケアマネジメント）の流れを理解する。	・センター方式
・ケアマネジメントの基礎となる必要な書式とその内容を学ぶ。	・ひもときシート
・一つ一つの過程を自己点検しながら自分を振り返り、課題及び解決策を見つける。	12:00 昼食
17:00 1日目講義終了	13:00 『事例演習』
	・グループワークにてシートに従って事例検討を行い、ニーズの抽出とケアプラン作成を行う。
	17:00 閉会式
	17:30 終了

※講義名、時間等は変更となる場合がございますのでご了承ください

【講師】

釜谷 薫 氏

（ 有限会社ライトマインド グループホーム花縁 総合施設長
北海道認知症グループホーム協会 副会長、苫小牧市地域ケア推進会議 委員 等。
認知症介護指導者、看護師、介護支援専門員。 ）

参加申込書

※ 受付は平成28年10月12日(水)午前9時～10月14日(金)午後5時です
受付期間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

(いずれかに○をお付けください)

法人名 _____

事業所名 _____

〒□□□-□□□□

ご住所 _____

電話 _____ FAX _____

お名前	ふりがな	計画作成担当者の業務を (どちらかに○をお付けください)
		している ・ していない
		している ・ していない
		している ・ していない
		している ・ していない
		している ・ していない

※お名前は正確な字体でご記入くださいますようお願いいたします。

※用紙が足りない場合はコピーしてお使いくださいますようお願いいたします。

※ 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ください。

※ 『受講決定通知書』のない方は、受講できませんので、ご了承ください。

※ 事業所単位で入会されている賛助会員の場合は、“担当者”の方のみが会員資格で受講いただけます。



FAX: 011-204-7312