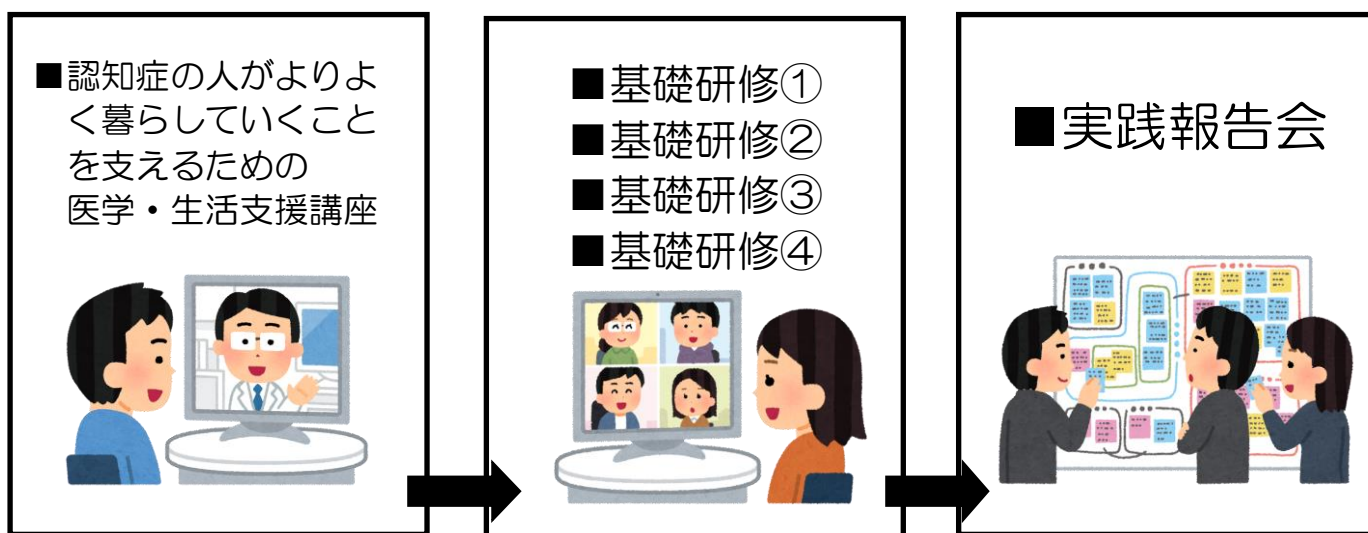


令和3年度 品川福祉カレッジ 認知症ケア専門コース 受講者募集要項

認知症ケアを学び、深める1年にしよう



本研修では、認知症ケアをチームで効果的に行っていくためのツールとして、認知症介護研究・研修東京センターの監修を得て、**センター方式の理念・考え方・帳票**を取り入れています。

※「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」（略称：センター方式）とは…利用者本位の良質な認知症ケアを全国に普及・推進することを目的に厚生労働省が平成12年に設置した全国3か所の「認知症介護研究・研修センター」が中心となり、認知症ケアの研究者と介護現場のケア者が共同研究開発を行ったケアマネジメントシートおよび理念・考え方です。

※本研修は、上記の通りシリーズの中で「基礎研修」とありますが「認知症介護基礎研修」（実施主体：東京都）ではございませんのでご注意ください。

主催：品川区

実施：品川介護福祉専門学校・品川福祉カレッジ

1. 令和3年度 認知症ケア専門コース 年間開講日程表

(1)対象者 在宅・施設介護サービス従事者

(2)方 法 ZOOMアプリケーションによるオンライン開催
※今後の状況により、対面開催となる可能性もあり

(3)費 用 テキスト代¥2,100

	講座名	定員	実施日時	主な内容	事前準備
1	認知症の人がよりよく暮らしていくことを支えるための医学・生活支援講座	90名	6月15日 (火) 18:30~20:30	<ul style="list-style-type: none"> ■本人のよりよい暮らしを支えるために知っておくべき医学知識 ■生活に及ぼす影響 ■医療関係者とのチームケア 【講師】 和光病院 院長 今井 幸充 先生	特にありません
2	基礎研修①	各回 20名	7月29日 (木) 13:30~17:00	この研修プログラムは集合研修、職場での実践、実践報告アンケートまでの一貫したプログラムです。 <ul style="list-style-type: none"> ■シートの具体的な使い方・活かし方 ■本人本位のケア実現に向けてのケアのヒントやアイデアへの気づきの高め方 ■認知症ケアの基礎視点の獲得とセンター方式の実際活用基礎 ■本人本位のケアのヒントやアイデアへの気づきを高め方 ■BPSDの要因、背景をひもとくためのシートの活用方法 	「今の自分の関わりを見直してみたいと思う認知症の人」を一人決めてください。 ※研修終了後にも続けて関わりを持てる人を選んでください。(研修途中で対象者を代えることは、学習効果が薄くなるため極力避けてください。)
3	基礎研修②		8月31日 (火) 13:30~17:00		
4	基礎研修③		10月1日 (金) 13:30~17:00		
5	基礎研修④		10月25日 (月) 13:30~17:00		
6	実践報告会		20名 ※		

※実践報告会は、年間コース受講者以外の参加も可。事業所の皆様でご参加ください。(募集ちらし11月送付予定)
研修のインストラクター・ファシリテーターは、区内認知症ケア推進員・本コースの修了者など、現場の皆さんです。

2. 修了証について

認知症の人の暮らしを支えるための医学・生活支援講座から基礎研修④まですべての回に出席され、実践報告会へ向けての成果物を提出された方には「品川区福祉部長・品川介護福祉専門学校長名の修了証」が交付されます。

なお、必要な方には、各回ごとに修了証明書を交付いたします。

3. 申し込みについて

(1) 申込方法

申込用紙は年間受講申込書及び申込内容確認書兼仮受講決定通知返信用紙の2枚ございます。申し込み用紙2枚セットにて、事業所単位でまとめてご記入のうえ、本校までFAXしてください。

申込期限 7月13日（火）

(2) 申し込みの流れ

お申し込みをいただいた後、「受講申込書兼仮決定通知書」を本校からFAX返信し、受講の可否をお知らせしますのでご確認ください。その際にテキスト代金振込用の振込番号をお伝えします。振込の際には、ご依頼人名義の前に振込番号をご記入ください。入金の確認後、正式な受講決定通知を送付いたします。

※定員超過した場合は、事業所に連絡し参加人数の調整をお願いすることがあります。

① 2枚分の申込用紙を記入し品川介護福祉専門学校にFAXで送る
(7月13日（火）まで)

②品川介護福祉専門学校から申し込みの確認と振込番号をFAXでお知らせする

③振込番号を依頼人名義の先頭に付けて受講費用を振り込む
(7月14日（水）まで)

④品川介護福祉専門学校から受講決定通知を送付

4. お振込みについて

(1) テキスト代

- ①テキスト代 2,100円(税込)
- ②別添の色付きの振込用紙をよろしければ、ご使用ください。
- ③お振込みの際には、ご依頼人名義の前に振込番号をご記入ください。
- ④支払期限：7月14日(水)
- ⑤一度、お支払いいただいたテキスト代は、原則返金いたしません。

5. 受講方法について(オンライン受講)

今後の状況により変更する可能性はありますが、現時点では、本研修は、**オンライン開催**を予定しています。つきましては、以下について、ご確認いただき、お申し込みくださいますようお願いいたします。

- (1)原則、お一人に対し、一端末(パソコン、タブレット等)ご用意ください。
- (2)通信環境が整った場所での受講をお願いいたします。(wifi推奨)環境が整っていれば、受講場所は問いません。
- (3)オンライン講座実施時の通信料、通信容量は、ご負担ください。
- (4)視聴環境が整わない場合や使用される端末にマイクやカメラが備わっていない場合は、原則、講座当日の1週間前までに本校までお電話でご連絡ください。(TEL:03-5498-6364)
- (5)その他、オンライン受講についてのお願いは、当日資料と共にお知らせいたします。

6. お問い合わせ先

品川介護福祉専門学校(担当:松谷・酒井)

〒141-0033 品川区西品川1-28-3 品川区立中小企業センター 5階
TEL:03-5498-6364 FAX:03-5498-6367



令和3年度 品川福祉カレッジ 認知症ケア専門コース 年間受講申込書

令和 3 年 月 日

社会福祉法人品川区社会福祉協議会 品川介護福祉専門学校長 様

標記講座について下記のとおり受講申し込みをいたします。

法人・会社名：

施設・事業所名：

施設長・所長名：

事務担当者様名：

(連絡先 TEL

FAX

)

	(ふりがな) 氏 名	現在の職位 ・職務名	現在の職務 に係る経験 年月数	これまでの 介護実務経 験の総年月 数(現在所 属事業所以 外も含む)	福祉・医療系 国家(公的)資格 を取得している方 は記入	受講履歴 (過去に地域型基礎研修・基礎課程・パワーアップ研修受講した方)		
						平成16年度 認知症の人の ためのケアマネジメント推 進事業(モデル地域)に出席 【〇印をつける】	平成17~令和2年度 地域型基礎研修(基礎課程 研修)を修了・受講した方 【修了年度・回を記入、受講・修 了の区別に〇】	平成17~27年度 フォローアップ・ パワーアップ各研修を受講 した方 【受講年度・回を記入】
1			年 月	年 月		平成・令和____年度 第____回 修了 ・ 受講	平成____年度 第____回	
2			年 月	年 月		平成・令和____年度 第____回 修了 ・ 受講	平成____年度 第____回	
3			年 月	年 月		平成・令和____年度 第____回 修了 ・ 受講	平成____年度 第____回	

※「認知症の人がよりよく暮らしていくことを支えるための医学・生活支援講座」のみ受講希望の方は本用紙での申し込みは必要ありません。4月下旬に送付いたしました単
独ちらし(裏面が申込書)を使用して、お申し込みください。

● お申込み方法

事業所単位で、この用紙と「申込内容確認書兼仮決定通知書」合わせて送信しお申し込みください。

● お問い合わせ・送付先

品川介護福祉専門学校 〒141-0033 品川区西品川1-28-3 電話 03-5498-6364

FAX 送信先 5498-6367 (松谷・酒井)

令和3年度 品川福祉カレッジ 認知症ケア専門コース
 申込内容確認書兼仮受講決定通知 返信用紙

法人・会社名 _____ 施設・事業所名 _____
 (ふりがな)
 事務担当者氏名 _____ 担当連絡先 TEL _____ FAX _____

◎申し込みの集計及びテキスト代の総計は以下のとおりです。

太枠内を確認の上ご記入ください ⇒ 事務局へファックス送信 ⇒ 事務局よりファックス返信 ⇒ 振込 (振込番号)

コース名	受講内容別人数内訳		テキスト代合計	テキスト代納入について
	受講人数 (人)	テキスト代		
認知症の人がよりよく暮らしていくことを支えるための医学・生活支援講座・基礎研修①～④ 実践報告会		× 2, 100円	= 円	【テキスト代のお支払い単位】 ※あてはまるものに○ 1. 法人/会社 2. 施設/事業所 3. 個人

※本用紙を福祉カレッジ事務局から返信後、振込番号を使用してテキスト代総計金額をお振込くださいますようお願いいたします。

【事務局返信記入用】

申込内容について、問題なく受け付けいたしました。上記の総計金額を本校指定講座へお振込くださいますようお願いいたします。

再度ご確認くださいませようおねがいたします。
 確認していただく内容 ()

振込番号

【事務局受付印】

FAX 送信先 5 4 9 8 - 6 3 6 7 (松谷・酒井)