

介護職の”困りごと”を8つの視点👁️で見てみたら何かが見えてくるかも？

ひもときシート 研修

認知症の方の行動の背景にあるものは何なのか？それを探らないと認知症ケアは始まりません！ 専門職として、ご利用者の思いをひもといってみませんか！

ひもときシート		受講番号	名前
A 課題の整理 あなた(援助者)が感じている課題 事例にあげた課題に対して、あなた自身が困っていること、負担に感じていることを具体的に書いてください。	1) 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について 考えてみましょう。	2) 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を 考えてみましょう。	3) 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的背景による影響を 考えてみましょう。
D 課題の背景や原因を整理してみよう 思考展開エリアに記入した内容を使って、この課題の背景や原因を本人の立場から考えてみましょう。			
講師：小木曾 恵里子氏 認知症介護研究・研修大府センター 研修指導主幹 ひもときシート講師養成コース修了者			
B 課題の整理 あなた(援助者)が考える対応方法 ①あなたは本人になってほしいです	日時 令和7年8月28日(木) 10:00~16:00		
会場	奈良県社会福祉総合センター5階大会議室 橿原市大久保町320番11 近鉄橿原線畝傍御陵前駅東出口すぐ		
受講料	一般 5,000 円(税込み) ・ 賛助会員 4,500 円(税込み)		
定員	40 名(先着順)		
STEP1 評価的理解 援助者として感じている課題を、まずはあなたの視点で評価します。			
STEP2 分析的理解(思考展開エリア) 根本的な課題解決に向けて、多面的な事実の確認や情報を整理します。			
STEP3 共感的理解 本人の視点から課題の解決を考えられるように、援助者の思考展開を行います。			

受講の流れ

【手順1】「受講を申し込む」ホームページからもしくは受講申込書に下記項目全てご記入(入力)の上、メールまたはFAX 等でお申込みください。FAX の場合は、右記番号あてに本状を FAX してください。(FAX 0742-35-2707)

【手順2】「請求書(振込票付き)」を郵送でお送りいたします。

【注意事項】開催日の2週間前までに請求書が届かない場合は、必ずご連絡ください。

【手順3】「受講料を振込む」請求書に記載の支払期日までに、受講料をお振込みください。お振込をもって受講申込完了となります。

【注意事項】

①振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。

②振込票の控えをもって領収書に代えさせていただきます。

③『受講申込書』による申込だけでは受付完了とはなりません。また、お振込後、受講をキャンセルされる場合は、必ず事前にご連絡ください。なお、お申込者様の都合によるキャンセルの場合は、振込手数料を差し引いてのご返金となります。

④お振込みいただいた受講料は、開催決定(令和7年8月13日)以降は、原則として返金いたしませんので予めご了承ください。

※当センターの都合で開催を中止する場合は、電話等でご本人にご連絡の上、お振込み金額を返金いたします。

(この場合の振込手数料は当センターが負担します)

問い合わせ・申込先

(公財)介護労働安定センター奈良支部 担当：烏谷
 〒630-8115 奈良市大宮町4丁目266-1 三和大宮ビル2F
 TEL 0742-35-2701 / FAX 0742-35-2707

インターネットからの
お申込みはコチラ →



申込日 令和 年 月 日

※受付印

受講申請書

※受付番号

1

FAX

0742-35-2707

※欄は記入しないこと

講習名

認知症ケア ひもときシート研修

(令和7年8月28日)

以下の太線枠をご記入のうえ FAX 願います

受講者氏名	フリガナ	年齢	才
法人名		賛助会員有無 (該当に○印)	会員 ・ 非会員
事業所名		メールアドレス	
住所 (送付先)	〒 注) 受講料請求書兼振込票発送先をご記入ください。		
TEL / FAX	TEL () / FAX ()		
複数回・複数名お申込みの場合【受講料のお振込み方法】(希望に○印) ➡ 一括 ・ 各回			
入金確認及び受講通知書 FAX 送信先(希望先に○印) ➡ 勤務先 担当者 () 様宛 ・ 自宅			
資格取得 (該当するものに☑をつけてください)	福祉・医療分野の経験年数 年 か月 ・ 未経験 介護・福祉・医療分野での取得している資格 ☐初任者研修 ☐実務者研修 ☐介護福祉士 ☐介護支援専門員 ☐看護師 ☐その他 ()		
備考			

◎ご記入いただいた個人情報は、当講座の開催に必要な範囲で使用するほか、当センターの事業のご案内に使用させていただきます。ご提供いただいた個人情報は、当センターの規程に基づき厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

お申込み・問合せ

公益財団法人介護労働安定センター奈良支部

〒630-8115 奈良市大宮町4丁目266-1 三和大宮ビル2F

TEL 0742-35-2701 / FAX 0742-35-2707

担当者 鳥谷