

# 2024年度（上期） 認知症介護 レベルアップ研修

専門職の方のための講座です

## 学びませんか認知症のこと!!

募集人員  
40名

（医療職・福祉職）  
※6回連続受講  
できる方優先

【日時】 2024年5月～2024年10月

13:15～16:45 ●月1回 合計6回

※8月のみ10:00～16:00

【会場】 ウィルあいち 名古屋市東区上笠杉町1番地

※9月、10月は会場が変更になります。

受講料

家族の会 会員 20,000円（個人・賛助）  
一般 25,000円（会員登録費5,000円含む）  
（「家族の会」非会員の方には会員登録の上、研修資料として家族の会会報「ほ～れほ～れ」を購読して頂きます。）

応募方法

①Web申込の場合  
QRコードを読み込み入力フォームより  
お申込み下さい。

<https://forms.gle/4djYdVhdyecGNC7Q6>



②書面申込の場合

申込書ご記入後にメール、FAX、郵送にてお申込み下さい。

※受講決定の方には、締め切り後1週間以内にご連絡いたします。

全講座を受講された方には、修了証をお渡します。

認知症ケア専門士単位証明各講座3単位（合計18単位）  
主任介護支援専門員単位証明 各講座

## 講義日程

受講日程	講義内容	講師
5月18日(土) 13:15~16:45	オリエンテーション 認知症について グループワーク	恒川 洪
6月15日(土) 13:15~16:45	家族の会の活動(ピクニック)と介護家族への支援 関わり方に困難する介護者アセスメント(シートを活用して)	尾之内 恒川
7月20日(土) 13:15~16:45	傷病手当金・障害年金・育児介護休業法 認知症の人の利用できる医療福祉サービス	松永 恒川
8月17日(土) 10:00~16:00	認知症の人を中心にケアを考える グループワーク	沖田
9月21日(土) 13:15~16:45	高齢者・介護者の遺産相続・遺言の基礎知識 グループワーク	矢野
10月19日(土) 13:15~16:45	認知症の人のリハビリテーション・アクティビティケアと回想法体験 講座まとめ・修了証	伊藤 恒川

キリトリ線

## 体験学習

体験学習として①~②にご参加頂きます。  
各交流会には、別途参加費が必要です。

- ①家族の会『介護者交流会』参加…下記a~eのいずれか1つの交流会を選び1回参加  
【会場】a)名鉄病院(6/1、7/6、8/3、9/7、10/5)  
b)八千代病院(6/11、7/9、8/13、9/10、10/8)  
c)藤田医科大学病院(5/25、6/22、7/27、8/24、9/28)  
d)知多ブロック(東海市しあわせ村)(6/10、7/8、9/9、10/14)  
e)シングル介護者交流会(ウイंकあいち)(6/2、8/4、10/6)
- ②『若年性認知症交流会(元気かい)』サポーター体験研修参加…下記日程より1回参加  
【会場】・東海市しあわせ村(6/8、7/13、9/14、10/12)
- ③認知症介護「認知症フォーラム」参加…2024年9月8日(日)※希望者のみ

## 講師

現場で活躍している  
講師による実践に  
そった講義です。

伊藤 篤史 作業療法士  
沖田 裕子 看護師  
尾之内直美 認知症の人と家族の会 愛知県支部代表  
恒川 千尋 主任ケアマネジャー  
洪 英在 医師  
松永 貞子 社会保険労務士  
矢野 和雄 弁護士  
(講師・講義が変更になることもあります。)

(50音順・敬称略)

# 締切>>>>5月7日(月)必着

申込・問合せ先

主催/ 特定非営利活動法人 HEART TO HEART  
協力/ 公益社団法人 認知症の人と家族の会 愛知県支部 後援/(予定) 日本認知症ケア学会  
〒477-0034 東海市養父町北堀畑58-1  
TEL 0562-36-2353 FAX 0562-33-7102  
E-mail [rara2@ma.medias.ne.jp](mailto:rara2@ma.medias.ne.jp) HP <http://hearttoheart.or.jp/>



出来るだけQRコードかホームページからお申込み下さい。

## 認知症介護 2024年上期レベルアップ研修 申込書

ふりがな		家族の会の	会員・会員ではない
氏名		会員番号 (会報宛名ラベル右下の番号) No.	
年齢	20代・30代・40代・50代・60代・その他	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所(自宅)	〒		

緊急連絡先

連絡先電話番号	(携帯)	/(自宅)
E-mail(パソコン)		

勤務先名	〒		
勤務先住所	〒		
勤務先電話番号	TEL	FAX	
職種(該当に✓)	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 主任ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 介護職(訪問) <input type="checkbox"/> 介護職(施設内勤務) <input type="checkbox"/> その他( )		
認知症ケア専門士単位証明	要・不要	愛知県主任介護支援専門員受講証明書	要・不要

この講座を何で知りましたか 郵送チラシ 事務所にFAXが届いた 当会HP その他  
講座に応募された理由又は目的をお聞かせ下さい。

仕事としての経験を具体的にお聞かせ下さい。 経験年数もご記入下さい。

※現場での経験年数 必須

ご家族を介護した経験がある方は、具体的にお聞かせ下さい。

\*ご記入頂いた内容につきましてはプライバシーを厳守し、当会の講座等案内以外には使用いたしません

FAX:0562-33-7102