

令和6年1月11日

関係者各位

公益社団法人大阪介護老人保健施設協会

認知症リハビリ研修の開催について（ご案内）

平素は、当協会の運営に格別のご支援、ご協力を賜り誠にありがとうございます。

さて、標記につきまして、認知症の方に対するリハビリ、特に、リハビリ職としての認知症の方への関わり方、ADLのアップや維持、効果的なケアを実践・推進していくための現場の職員を育成したく、下記の研修を開催することとなりましたので、貴施設のリハビリリーダー層の方のご参加をお願い致します。

記

1. 日 時 令和6年2月14日（水）13：30～17：00
2. 場 所 ホテルアウヰーナ大阪 3階 葛城
近鉄上本町駅徒歩3分・地下鉄谷町9丁目駅徒歩8分
3. 内 容 13：00～ 受付開始
13：30～ 開会挨拶・オリエンテーション
13：40～ 「認知症の行動・心理症状（BPSD）軽減に向けたリハビリテーションとケア」
講師 医療法人徳洲会 老健八尾徳洲苑 機能訓練室
理学療法士・呼吸療法認定士・認知症介護指導者 土井 敏之
15：00～ グループ討議
「認知症リハビリのリーダーとしての
マネジメントや課題について」
15：45～ 課題についてのディスカッション
（各グループから上げられた課題やテーマについて）
パネリスト
大老協研修部長 老健大阪緑ヶ丘 医師 小出純子
医療法人徳洲会 老健八尾徳洲苑 機能訓練室 副室長 水島 知絵
同 係長 理学療法士 土井 敏之
16：50～ 閉会挨拶
4. 対象者 リハビリ職等の中堅職員
5. 定 員 1施設1名 60名
6. 参加費 3,000円
7. お願い ①携帯電話は、電源をOFFまたはマナーモードで鞆の中に入れておいてください。
②記録のため、講義中の写真撮影・録音をさせていただきますが、受講者による写真撮影・録音はご遠慮ください。
③感染症対策として、検温、手洗い、うがい、マスク着用等の自己管理のうえ、咳や発熱等の症状がある場合には参加できません。
8. 問合せ 公益社団法人大阪介護老人保健施設協会事務局 木場（こば）・佐々木
TEL 06-6774-7601 FAX 06-6774-7651

大阪介護老人保健施設協会事務局 行

(FAX 06-6774-7651)

認知症リハビリ研修の参加申込書

令和6年 月 日

| | |
|-------|--|
| 施設名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |

| | |
|--|--------------------------|
| フリガナ | |
| 参加者氏名 | |
| 年齢 | 20歳代・30歳代・40歳代・50歳代・60歳代 |
| 職種 | |
| 経験(老健)年数 | 年 月 |
| 勤務先・部署等 | |
| 自施設の課題 (必須) | ① ② ③ |
| 認知症リハビリ研 修に関するご質問 などあればご記入 下さい。 | |

※ 申込書に記載された個人情報については、個人情報保護関係法令を遵守し、本研修の実施事務以外には使用いたしません。

※ 参加申込みは、参加者の必要事項記載の上、1月31日(水)までにご回答下さい。

※ **本研修は、申込みと同時に受講決定となります。**

ただし、受講申込者が多数の場合は、受講できない旨ご連絡いたします。