

令和5年1月吉日

様

スリーA 増田方式研究所  
所長 増田 未知子

## 『認知症介護予防研修会』開催について

ご連絡いただきましてありがとうございました。

詳細資料と申込書を送付させていただきます。よろしくお願い申し上げます。

全国から参加なさる皆様の予防活動として、また介護サービス事業者の重度化食  
い止めも含めて、できる限りお役に立つ内容にしたいと願っております。

インストラクターの資格認定をご希望の方が多くいらっしゃいますので、認定書  
を出させていただきます。インストラクター資格がありますと、サロンの運営、開  
設ができやすくなります。ご希望の方は申し込んでくださいませ。

2日間の短期集中型ですが内容が濃く素晴らしい研修会です。

よろしくお願い申し上げます。

### 記

主テーマ 『認知症発病予防・介護事業者の認知症重度化予防のための展開』

研修の  
ポイント (1)初期認知症段階で、地域における認知症予防対策を理解する。  
(認知症の一次予防・二次予防)  
(2)認知症のステージ別対応、予防的判定・評価方法を理解する。  
(3)認知症者とのかかわり方として「優しさのシャワー」を理解する。  
(4)種目の実技などの実習を行うことで、予防教室・介護サービスで  
の展開を可能にする。

日 時 令和5年7月4日(火)～7月5日(水) 2日間

会 場 静岡市駿河区馬淵1丁目17番1号 ☎054-250-8107  
静岡県女性総合センター『あざれあ』4階 第1研修室

## 第31回 『認知症予防・認知症重度化予防のための展開』

### プログラム

スリーA

| 日             | 時間    | 研修内容                                     | 講師                             |
|---------------|-------|--|--------------------------------|
| 7月4日<br>(火曜日) | 09:15 | 受付                                       | スリーA<br>増田末知子<br><br>(17:00終了) |
|               | 09:30 | 開講式                                      |                                |
|               | 09:45 | 脳活性化訓練の成果<br>認知症予防とは<br>ステージ別の対応         |                                |
|               | 12:00 | (休憩 昼食)                                  |                                |
|               | 12:50 | 神経心理テストの方法                               |                                |
|               | 14:20 | (休憩)                                     |                                |
|               | 14:30 | スリーA方式の関わり<br>『優しさのシャワー』とは               |                                |
|               | 16:00 | 報告会                                      |                                |
| 16:50         | 報告会終了 |  |                                |
| 7月5日<br>(水曜日) | 09:00 | 受付                                       | スリーA<br>増田末知子<br><br>(16:45終了) |
|               | 09:20 | (課題分析) (時間取れば)<br>予防デイサービスの展開<br>教室運営の実際 |                                |
|               | 12:00 | (休憩 昼食)                                  |                                |
|               | 12:50 | 脳リハビリの展開                                 |                                |
|               | 14:50 | 脳リハビリの実技                                 |                                |
|               | 16:20 | 質疑応答                                     |                                |
|               | 16:40 | 閉校式                                      |                                |

\*日程が2日間のため、内容をつめてありますことをご承知くださいませ。

\*スケジュールが、入れ替わる可能性がありますことをご承知ください。

\*研修内容を統一するため、講師は限定してあります。

\*コロナ感染予防のため、飲食を伴う懇親会を中止し報告会を行います。

\*参加希望者が**20名以下**の場合。または**コロナ感染拡大時**は中止いたします。

## 実施要項

スリーA

- 1.受講資格 ①認知症予防に興味を持っている方  
②以前受講した方で、2回目の受講をなさりたい方（受講料半額です）
- 2.受講人数 40名 **先着順で締め切り**にさせていただきます。
- 3.受講申込 **受講申込書Ⅰ・Ⅱ**（別紙）を**Fax送付して下さい**  
（TEL.054-268-5521 **Fax 054-268-5528**）  
〒421-0105 静岡市駿河区宇津ノ谷22-3 スリーA 増田末知子
- 4.申込締切 **令和5年 6月15日（木）**
- 5.受講決定 **受講決定通知**いたします。
- 6.受講料等 受講料 25,000円 資料代 2,500円  
弁当（2食）1,400円  
インストラクター認定書 10,000円  
◆2回目受講の方＝受講料 12,500円 資料代 2,500円
- 7.送金方法 **6月に入りましたら送金願います。**（中止の可能性あるため）  
公費分と自費分を別々に振り込み可能です。  
振込先  

|                                       |
|---------------------------------------|
| 静岡銀行 丸子支店 普通預金 0149230<br>スリーA マスダマチコ |
|---------------------------------------|

  
（振込み時、必ず**スリーA**を記入してください。振込みできません）
  - ・領収書は**銀行の振り込み明細書**でかえさせていただきますが、どうしても領収書を必要な方は、**申込書1に記入**をしてください。
  - ・研修前1週間以内に参加取り消しをなさる時は理由の如何を問わず返金致しません。
- 8.報告会 コロナ感染予防のため懇親会は中止して、**時間内の報告会**と致します。
- 9.その他
  - ①昼食 弁当を申し込まれない方は、各自ご用意ください。
  - ②服装 2日目は実技がありますので、**スラックス**の方が良いです。  
その折、靴を脱ぎますから、**ソックス持参**なさった方が良いと思います
  - ③駐車場 館内駐車スペース少ないため、自家用車の方は事前に連絡下さい（**先着順**）

|        |      |              |             |
|--------|------|--------------|-------------|
| ご氏名    | ふりがな | 資格           |             |
| 施設名・部署 |      | 職名           |             |
| 施設住所   | 〒    |              |             |
| 施設電話   | ☎    | Fax          |             |
| 自宅住所   | 〒    | 電話又は<br>携帯No |             |
| 受講回数   | 初回   | 2回目          | (○をつけてください) |

**インストラクター申込** ○を記入 (10,000円)

|  |        |  |         |
|--|--------|--|---------|
|  | 申し込みます |  | 申し込みません |
|--|--------|--|---------|

**昼食申込**

|  |                |  |                |    |
|--|----------------|--|----------------|----|
|  | 8日 (火)<br>650円 |  | 9日 (水)<br>750円 | 合計 |
|--|----------------|--|----------------|----|

**送金合計** (★に記入し、送金合計も記入して下さい。)

|             | 初回受講者    | 2回目受講者   |
|-------------|----------|----------|
| 受講料 (消費税含む) | 25,000 円 | 12,500 円 |
| 資料代         | 2,500 円  | 2,500 円  |
| インストラクター    | ★ 円      |          |
| 昼食代         | ★ 円      | ★ 円      |
| 送金合計        | ★ 円      | ★ 円      |

◆領収書は、銀行の振込み明細書で替えさせていただきますが、どうしても領収書が必要な方は下記にご記入ください。

|        |  |    |  |
|--------|--|----|--|
| 領収書宛先名 |  |    |  |
| 金額     |  | 明細 |  |

|   |       |        |       |
|---|-------|--------|-------|
| 氏名  |       | 施設名    |       |
| 研修会でもっとも <b>知りたい点</b> を記入してください。  |       |        |       |
| 該当する項目に○印を付けてください   |       |        |       |
| 認知症予防リハビリを現在  | 行っている | 行っていない |       |
| 認知症予防ネットと契約   | している  | 以前していた | していない |
| 認知症に関して、 <b>日頃感じている想い</b> を述べてください。<br>疾患・症状・家族の問題・対策・介護保険 その他どのような点でもよろしいです。 |       |        |       |