

認知症介護基礎研修 事業実施要綱兼受講者募集要項

1. 開講目的

認知症の方がその有する能力に応じて自立した生活を営む事が出来るよう、認知症介護に携わる者が、その業務を遂行する上で基礎的な認知症の知識・技術とそれを実践する際の考え方を身につけ、チームアプローチに参画する一員として基礎的なサービス提供を行うことができるようにする

2. 研修の名称・課程

認知症介護基礎研修（講義 200 分・演習 210 分）

3. 実施場所

北農健保会館 芭蕉の間

住所 札幌市中央区北 4 条西 7 丁目 ☎ 011-261-3270

4. 研修期間

1 日間・410 分

5. 受講対象者

介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等

6. 受講に要する費用

北海道老人保健施設協議会の会員及び会員の同一法人事業所の関連施設とし先着順とする

北海道老人保健施設協議会の会員で定数が満たないと判断される場合は、非会員の受講も認める

7. 参加費用

会員施設 : 5,000 円 (受講費・テキスト代含む)

※ 会員施設と同法人関連事業所も含みます

非会員施設 : 7,000 円 (受講費・テキスト代含む)

8. 使用するテキスト名

認知症介護基礎研修標準テキスト (ワールドプランニング出版)

9. 研修日程

平成 29 年 6 月 16 日（金） 詳細は別紙研修日程のとおり

10. 募集案内の方法等

1) 定員数 50 名

2) 申込締日 平成 29 年 5 月 31 日（水）必着

3) 申込先

株式会社コンベンションワークス（担当 田畑）

住所 〒003-0809 札幌市白石区菊水 9 条 3 丁目 1-17

電話番号 011-827-7745 FAX 011-827-7769

4) 参加申込要領

参加申込は別添申込書に必要事項をご記入の上、メール添付、郵送又は FAX にてお送り下さい

5) 受講決定及び受講費用の納入

参加費用につきましては、申込〆切後にご請求書をお送りしますので、6 月 14 日（木）までに所定の口座へお振込下さい。

※当日、会場にてのお支払いは受付いたしませんのでご了承下さい。

6) 修了証書交付

一般社団法人北海道老人保健施設協議会（北海道・札幌市実施機関指定団体）は、研修の講義、演習について、全カリキュラムを終了した者を、研修修了者として認定し、修了証書を交付致します

7) 研修時にご持参いただくもの

筆記用具（テキスト「認知症介護基礎研修標準テキスト」は当日配布します）

8) 駐車場・アクセスについて

ホームページをご参照ください。駐車場は、研修での優待などはございません。

<http://www.hokunoukenpo.or.jp/kaikan/access.html>

9) 受講者募集要項について

一般社団法人北海道老人保健施設協議会ホームページにも掲載しております。

ホームページご参照ください

<http://doroken.jp/>

10) 募集案内の方法

本研修の募集は当法人ホームページに募集要項を掲載する他、文書により会員施設へ通知する

11) 問い合わせについて

063-0004 札幌市西区山の手 4 条 5 丁目 3-1

医療法人耕仁会 介護老人保健施設 セージュ山の手

担当 事務長 岡田 和博

TEL 011-614-2111 FAX 011-614-8444 E-mail seiju.ym@cup.ocn.ne.jp

《 平成 29 年度 認知症介護基礎研修 研修日程 6 月 16 日開催 》

時 間	内 容	講 師
9 : 00	受付開始	
9 : 15～9 : 20	開 会 挨拶 : 一般社団法人 北海道老人保健施設協議会 会 長 星野 豊	
9 : 20～ 9 : 30	オリエンテーション (研修の目的と目標)	太田 晶 (認知症介護指導者)
9 : 30～10 : 00	1. 認知症の人の理解と対応の基本 (1) 認知症の人を取り巻く現状	太田 晶
10 : 00～11 : 00	(2) 認知症の人を理解するために必要な基礎的知識	太田 晶
11 : 00～11 : 10	休 憩	
11 : 10～11 : 50	(3) 具体的なケアを提供する時の判断基準となる考え方	太田 晶
11 : 50～12 : 50	(4) 認知症ケアの基礎的技術に関する知識	太田 晶
12 : 50～13 : 50	昼 休 憩	
13 : 50～14 : 50	2. 認知症ケアの実践上の留意点 (1) 認知症の人との基本的なコミュニケーションの方法	南 洋子 (認知症介護指導者)
14 : 50～15 : 20	(2) 不適切なケアの理解と回避方法	南 洋子
15 : 20～15 : 30	休 憩	
15 : 30～16 : 15	(3) 病態・症状等を理解したケアの選択	南 洋子
16 : 15～17 : 00	(4) 行動・心理症状 (BPSD) を理解したケアの選択と工夫	南 洋子
17 : 00～17 : 30	(5) 自事業所の状況や自身のこれまでのケアの振り返り	南 洋子
17 : 30～17 : 40	修了式	

平成 29 年度認知症介護基礎研修受講申込書

平成 年 月 日

一般社団法人北海道老人保健施設協議会

会長 星 野 豊 様

施設所在地

〒

施設の名称及び代表者の職氏名

⑩

次の者に標記研修を受講させたいので、申し込みます。

フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
自宅住所			
受講者連絡先	自宅・携帯 — —		
職種(資格) (該当する番号 をすべてに○)	1・医師 2・保健師 3・栄養士 4・看護師 5・准看護師 6・理学療法士 7・作業療法士 8・言語聴覚士 9・社会福祉士 10・介護福祉士 11・精神保健福祉士 12・介護支援専門員 13・その他 ()		
連絡担当者	担当者	電話番号	— —

- ※ ① 記入漏れがあった場合は受付できない場合があります。
② 申込書に不実や虚偽の記載が認められた場合は、受講決定の取消又は修了証書の交付が出来ません。また、修了証書発行後に虚偽が認められた場合には、修了を取り消す場合があります。
③ 受講態度が悪い(顕著な意欲低下・受講拒否等) 場合には受講を中断する場合があります。

【個人情報の取扱いについて】

- ① この受講申込書に記載された個人情報は、研修の目的のみに使用します。
② 上記個人情報のうち氏名・生年月日・所属・自宅住所・個人電話番号については、修了者名簿として北海道又は札幌市へ報告を致します。
③ この受講申込書は、研修終了後に一定の保存期間を経た後、適正な方法で廃棄します。