

社会福祉法人幸清会

「認知症介護基礎研修」募集要項

1. 目的

認知症介護従事者が、その業務を遂行する上で必要な基礎的な知識・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ことを目的とする。

また、本研修を情報交換、ネットワークづくりの場とすることも研修のねらいとする。

2. 主催

社会福祉法人 幸清会（北海道ならびに札幌市実施機関指定団体）

3. 研修日時

第1回	平成28年	7月22日（金曜日）	9：00～16：40
第2回	平成28年	8月25日（木曜日）	9：00～16：40
第3回	平成28年10月	28日（金曜日）	9：00～16：40
第4回	平成28年12月	20日（火曜日）	9：00～16：40
第5回	平成29年	1月18日（水曜日）	9：00～16：40

4. 研修会場

地域密着型特別養護老人ホーム 財田の杜 2階研修室

住所：虻田郡洞爺湖町川東80-16 電話番号：0142-82-4710

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. 定員数

各回 30名

7. 受講費用

6,000円（テキスト代1,080円を含む）

食事代 朝食：500円 昼食：550円 夕食：600円

宿泊代 1泊2,500円（個室は3,000円）

8. 受講のお申込について

別添「受講申込書」に必要事項をご記入の上、郵送、FAX、メール添付、いずれかの方法でお申込みください。申込み締切は、各開催日の10日前です。（締切日が過ぎた場合はご相談ください）

9. 受講の決定と受講料のお支払いについて

- 受講の決定は、原則お申込み順となります。定員枠を超える場合は、受講できない場合がありますのでご了承ください。
- 受講決定のご連絡は、参加申込み受付後、**受講票**をお申込みいただいた方法で返信します。
- 受講票に記載されている受講料等の金額を研修前の所定の期日までに下記口座へお振込みください。

【お振込先】

金融機関名 北海道銀行 洞爺支店

口座種別・番号 普通 ・ 0574419

口座名義 しゃかいふくしほうじんこうせいかい けんしゅうじぎょう りじちよう おおくぼ ゆきつむ
社会福祉法人幸清会 研修事業 理事長 大久保 幸積

10. 修了証書の交付について

研修の全カリキュラムを終了した者に対し、修了証書を交付いたします。

お問合せ・お申込み

社会福祉法人 幸清会 （担当：吉田）

〒049-5721 北海道虻田郡洞爺湖町洞爺湖温泉190番地3

TEL 0142-82-3325 FAX 0142-82-3125

E-mail koseikai-kensyujigyou@koseikai-wel.or.jp

<http://www.koseikai-wel.or.jp>

平成28年度 社会福祉法人認知症介護基礎研修 研修プログラム

研修項目	時間数	時間	研修内容	日程・講師等				
				第1回 7月22日	第2回 8月25日	第3回 10月28日	第4回 12月20日	第5回 1月18日
オリエンテーション	10分	9:00～ 9:10	研修の目的と目標					
認知症の人の理解と 対応の基本 (講義)	180分 休憩除く	9:10～ 9:30	認知症の人を取り巻く現状	社福)幸清会 理事長 大久保 幸積 認知症介護指導者	GH)福寿荘 総合施設長 武田 純子 認知症介護指導者	認知症介護指導者 調整中	社福)幸清会 教育・研修課長 吉田 恵 認知症介護指導者	有)グッドライフ 代表取締役 宮崎 直人 認知症介護指導者
		9:30～10:30	認知症の人を理解するために必要な基礎知識					
		10:30～10:40	休憩					
		10:40～11:20	具体的なケアを提供する時の判断基準となる考え方					
		11:20～12:20	認知症ケアの基礎的技術に関する知識					
昼休憩	60分	12:20～13:20	昼 休 憩					
認知症ケアの実践上 の留意点 (演習)	180分 休憩除く	13:20～14:20	認知症の人との基本的なコミュニケーションの方法	認知症介護指導者 調整中	社福)幸清会 教育・研修課長 吉田 恵 認知症介護指導者	社福)幸清会 理事長 大久保 幸積 認知症介護指導者	GH)福寿荘 総合施設長 武田 純子 認知症介護指導者	NPO 社会福祉振興会 理事長 加藤 和也 認知症介護指導者
		14:20～14:50	不適切なケアの理解と回避方法					
		14:50～15:00	休憩					
		15:00～15:30	病態・症状等を理解したケアの選択					
		15:30～16:00	行動・心理症状(BPSD)を理解したケアの選択と工夫					
		16:00～16:30	自事業所の状況や自身のこれまでのケアの振り返り					
修了式	10分	16:30～16:40	修了証書交付	実施機関の長				

FAX申込先 0142-82-3125

メール申込先 koseikai-kensyujigyou@koseikai-wel.or.jp

社会福祉法人 幸清会
平成28年度 認知症介護基礎研修受講申込書

申込日：平成 年 月 日

	第1回	平成28年 7月22日(金)	定員30名	7月12日締切
	第2回	平成28年 8月25日(木)	定員30名	8月15日締切
	第3回	平成28年10月28日(金)	定員30名	10月18日締切
	第4回	平成28年12月20日(火)	定員30名	12月10日締切
	第5回	平成29年 1月18日(水)	定員30名	1月 8日締切

※希望回に○印をご記入下さい。

法人名			
施設・事業所名			
所在地	〒		
TEL	-	FAX	-
ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
職名		経験年数	年 ヶ月
主な資格			
↓下欄、研修会昼食、宿泊、宿泊中の食事について✓を入れてください↓			
昼食(弁当)	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要	宿泊	<input type="checkbox"/> 前泊 <input type="checkbox"/> 当日泊 <input type="checkbox"/> 不要
食事	<input type="checkbox"/> 前日夕食 <input type="checkbox"/> 当日朝食 <input type="checkbox"/> 当日夕食 <input type="checkbox"/> 研修翌日朝食		

※記載漏れや誤りのないよう、ご記入をお願いします。

別に担当者を指定する場合は、下記にご記入ください。

住所	〒	連絡先事業所名		
電話		FAX	職名/担当者	
メールアドレス				

【お問合せ先】 社会福祉法人 幸清会 (担当 吉田)

〒049-5721 北海道虻田郡洞爺湖町洞爺湖温泉 190番地3 <http://www.koseikai-wel.or.jp>

TEL:0142-82-3325 FAX:0142-82-3125 E-mail: koseikai-kensyujigyou@koseikai-wel.or.jp