

令和元年度 認知症介護基礎研修

開催要綱 兼 受講者募集要項

主催：一般社団法人北海道介護福祉士会

1 開講目的

我が国は更なる高齢化の進展に伴い、認知症の人は更に増加することが見込まれることから、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう、介護の専門職である介護福祉士は、認知症介護の専門職であることが望まれています。

認知症高齢者等の介護に関する基礎的な知識と実践的な対応を習得することにより認知症高齢者等に対する介護サービスの充実を図ることを目的とします。

本研修は、『北海道認知症介護基礎研修実施機関指定要綱』及び『札幌市認知症介護基礎研修実施機関指定要綱』に基づき、北海道知事と札幌市長の指定を受け実施します。

2 研修の名称・課程

認知症介護基礎研修（講義 180 分・演習 180 分 目的と目標（講義）10 分）

3 研修内容

研修対象者に対して、「カリキュラム」「研修日程表」等に基づき、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得するための研修を実施します。

4 実施日、場所、申込期間及び定員、担当講師

回数・会場	実施日・会場・申込期間	定員
網走地区	実施日：令和元年 9月20日（金）	会 員 15名
	会場：オホーツク・文化交流センター エコーセンター 網走市北2条西3丁目	賛助会員 5名 非会員 30名
	申込期限：令和元年 9月 5日（木）締切	合 計 50名
	北海道認知症介護指導者 株式会社そよかぜ 専務取締役 酒井賢一氏	
十勝地区	実施日：令和元年10月26日（土）	会 員 15名
	会場：帯広コア専門学校 ※必ず上履きをご持参ください 帯広市西11条南41丁目3番5号	賛助会員 5名 非会員 30名
	申込期限：令和元年10月17日（木）締切	合 計 50名
	北海道認知症介護指導者 医療法人社団 博愛会 介護老人保健施設あかしや 地域連携部相談課 課長 濱 功之氏	

5 受講決定

- ・ 当会会員を優先とし、非会員の方は原則先着順と致します。
- ・ 研修対象者であればすべての会場で受講可能とします。
- ・ 受講申込が多数の場合は、1 事業所 1 名とさせていただきます、介護・看護業務の通算経験年数が少ない方を優先することがありますので予めご了承ください。
- ・ 受講の可否については、研修日の 10 日前までに施設・事業所を通じて通知します。

6 研修対象者

北海道内の市町村に所在する下記の施設・事業所等に従事する介護職員等とします。

介護保険施設（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 8 条第 25 項に規定する介護保険施設をいう。）、指定居宅サービス事業者（法第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者をいう。）、指定地域密着型サービス事業者（法第 42 条の 2 第 1 項に規定する指定地域密着型サービス事業者をいう。）、指定介護予防サービス事業者（法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者をいう。）又は指定地域密着型介護予防サービス事業者（法第 54 条の 2 第 1 項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者をいう。）等（以下「介護保険施設・事業者等」という。）が当該事業を行う事業所（以下「介護保険施設・事業所等」という。）に従事する介護職員等とする。

7 研修日程（講義・演習 370 分 ※休憩、昼休憩、修了式除く）

時間	科目	内容
9:00-9:20	受付	
9:20-9:25	開会	研修の流れと説明
9:25-9:30	オリエンテーション	研修の目的と目標
9:30-12:40 (180 分)	認知症の人の理解と対応の基本 (講義)	認知症の人を取り巻く現状 認知症の人を理解するために必要な基礎知識 具体的なケアを提供する時の判断基準となる考え方
休憩除く (10 分間)		休憩 (10 分間) 認知症ケアの基礎的技術に関する知識
12:40-13:40	昼食・休憩	
13:40-16:50 (180 分)	認知症ケアの実践上の留意点 (演習)	認知症の人との基本的なコミュニケーションの方法 不適切なケアの理解と回避方法
休憩除く (10 分間)		休憩 (10 分間) 病態・病状等を理解したケアの選択 行動・心理症状 (BPSD) を理解したケアの選択と工夫 自事業所の状況や自身のこれまでのケアの振り返り
16:50-17:00	修了式	

※講義、演習を途中退席されると修了証書を交付することが出来なくなりますので、ご注意ください。

8 担当講師

本研修の講師は、認知症介護指導者等定められた講師が務めるものとし、「4 実施日、場所、申込期間及び定員、担当講師」の記載の通りとします。

9 受講料

会 員	5, 000円 (受講費・テキスト代含む)
賛助会員	6, 000円 (受講費・テキスト代含む)
非 会 員	8, 000円 (受講費・テキスト代含む)

- ・使用テキスト：認知症介護基礎研修標準テキスト（認知症介護研究・研修センター／監修）は、研修当日配布します。
- ・受講料のお支払いについて 受講決定通知にお振込のご案内を同封いたしますので、期日までに必ず指定口座にお振り込みください。（恐れ入りますが振込手数料はご負担ください。）
- ・当日研修会場での現金によるお取扱いは出来ません。また、当日受付時にお振込みの確認ができない場合は受講できませんので、あらかじめご承知おき下さい。
- ・お振込み後のキャンセルは出来かねますので、納入後の受講料は原則としてご返金出来ません。

10 お申込方法

募集要項をご確認いただき、別添受講申込書を申込期限までに当会事務局へFAXにてお申込ください。

○申込期限

網走地区（網走市）	令和元年 9月 5日（木）締切
十勝地区（帯広市）	令和元年10月17日（木）締切

※申込期間終了後10日程度で受講の可否について書面（受講決定通知書）を所属する施設・事業所に郵送致します。

※但し、申込者が10名に満たない場合は非開講と致します。非開講の場合は、全額返金致します。

11 修了証書の交付

- ・研修の講義・演習について、全カリキュラムを修了した者を研修修了者として認定し、一般社団法人北海道介護福祉士会より「修了証書」を交付いたします。
- ・当会は研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記載した名簿を作成し管理します。

12 注意事項

- ・遅刻、早退、中抜け、欠席等があった場合はいかなる理由があっても修了証書は発行致しません。
- ・申込書類に不実または錯誤した内容の記載をした場合は、修了を取り消すことがあります。

- ・受講態度が著しく優れない方へは、修了証書が発行出来ない可能性がございます（例：ずっと寝ている、携帯・スマートフォン等を操作している、私語が多い、研修に無関係のことをしている等）。
- ・研修日程や会場等、変更となる可能性がございます。変更があった際には、当協会のホームページ（<http://www.hokkaido-kaigo.jp/>）にてご案内いたしますので、お申込前には必ずホームページをご確認ください。
- ・お申込状況によっては研修を開催しない回も出てくる可能性がございます。
- ・交通手段、宿泊、昼食、飲み物については、各自でご準備ください。会場により駐車場が有料の場合や駐車場が無い場合等ございます。各位あらかじめご確認の上、各自のご対応をお願い致します。
- ・帯広会場は上履きの持参が必要です。

※本研修は、「生涯研修制度」のポイント対象になっております。本会会員は、生涯研修手帳をご持参下さい。なお、本研修のポイント数は、4ポイント（6時間です）

1 3 個人情報の保護

- ・受講申込書に記入された個人情報は、研修の目的のみに利用いたします。
- ・この研修の受講者名簿には、名前、所属及び職名を掲載いたします。

1 4 お申込・お問い合わせ先

一般社団法人 北海道介護福祉士会 事務局
 〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1-10 かでる2・7 4階
 TEL : 011-222-5200 FAX : 011-222-5200
 メールアドレス info@hokkaido-kaigo.jp
 （受付時間 毎週月～木 13時～17時 担当：大久保・小野）

※上記時間以外は留守番電話にメッセージを残してください。

※上記日以外で急ぐ場合、TEL090-1645-9407にお電話下さい。

（但し業務中は電話に出られません。折り返し連絡いたしますので、必ず留守電にメッセージを残して下さい）

以上

【帯広会場：帯広コア専門学校】



【網走会場：エコセンター】



令和元年度 北海道介護福祉士会
認知症介護基礎研修 受講申込書

令和 年 月 日

北海道介護福祉士会 会長 あて

標記について、下記とおり受講を申し込みます。

※下記必要事項にご記入又は○印及び✓をお付けください。

網走地区(網走市)	令和元年 9月20日(金)		申込締切 9月 5日(木)
十勝地区(帯広市)	令和元年10月26日(土)		申込締切10月17日(木)

☞ご希望の会場に○をお書きください。

氏名	フリガナ	性別	
		□男 □女	
住所	〒 -		
生年月日	昭和 平成 年 月 日	歳	参加対象区分 □会員 □賛助会員 □非会員
	※修了証書に記載しますので、氏名と生年月日は正確にご記入下さい。		会員番号
職 種	※「介護職員」等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるようにご記入ください。		
経験年数	介護等の業務の通算経験年数	年	ヶ月
	認知症介護の通算経験年数	年	ヶ月
※上記の通算経験年数は現在の職場だけではなく通算経験年数をご記入してください。			
所有資格	※介護・医療・保健等に関わる所有資格につきましては全てご記入ください。		

※受講決定書は下記事業所へお送りいたしますので、必ずご記入お願いいたします。

法人名			
施設・事業所名			
申込担当者 (役職名)	※「申込担当者」は当会から確認等の必要時に連絡することがありますので、窓口になる方のお名前をご記入ください。		
所在地	〒 -		
電話・FAX	電話	- -	FAX - -

【お申込方法】

・この受講申込書によりFAXで、一般社団法人 北海道介護福祉士会 事務局までお申し込みください。

【FAX 011-222-5200】※送信票は付けずにそのままお送りください。

(事務局担当者:大久保 小野)