

# 平成30年度 北海道デイサービスセンター協議会 認知症介護基礎研修 事業実施要綱兼受講者募集要項

## 1 目的

北海道デイサービスセンター協議会では、北海道・札幌市において認知症介護基礎研修実施実施機関の指定を受け、認知症介護の専門的知識・技術習得機会の推進を目的として下記の研修事業を実施する。

【認知症介護基礎研修】※以下「基礎研修」

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こと目的とする。

2 主催 北海道デイサービスセンター協議会

3 共催 一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会  
北海道老人福祉施設協議会

## 4 研修の名称・課程・期間

認知症介護基礎研修 講義180分・演習180分・1日間

## 5 研修対象者

介護保険施設・事業所等に従事する職員で、従事する介護保険施設・事業所等において所属長等からの推薦を得られる方。

募集に際しては、北海道デイサービスセンター協議会会員・非会員、北海道認知症グループホーム協会会員、老人福祉施設等に郵送の他、本協議会HPにも掲載いたします。

6 定員数 各回50名 ※ 北海道デイサービスセンター協議会及び北海道認知症グループホーム協会の会員を優先し、非会員については先着順とします。

7 研修内容 ※ 詳細は別添カリキュラムをご参照ください。

## 8 研修日程及び研修会場 (道内2会場にて実施)

第1回 函館会場 平成30年 7月 5日(木) 9:00~17:00  
… 北洋ビル [函館市若松町15-7]

第2回 帯広会場 平成31年 2月 7日(木) 9:00~17:00  
… とかち館 [帯広市西7条南6丁目2]

※ 公共交通機関でお越しください。駐車場に関する問合せはお受けできません。

## 9 受講料(当日配布研修資料・標準テキスト代込)及び受講料の支払いについて

道 デ イ 協 ・ 道 老 施 協 会 員	5,000円
北海道認知症グループホーム協会 会 員	7,000円
上 記 非 会 員	10,000円

- ※1 受講決定通知書送付時に、「振込依頼書」を同封しますので、指定期日までに必ず指定口座にお振込ください。当日会場での現金によるお取り扱いはありません。
- ※2 納入後の受講料は原則としてご返金出来ません。また、講義開始以降、受講料はご返金出来ませんのでご了承ください。
  - ◆ 使用する共通教材「認知症介護基礎研修標準テキスト」（株式会社ワールドプランニング1,000円＋税）は、研修当日にお渡しいたします。

## 10 申込方法（郵送のみ）

「注意事項」にご留意の上、次に記載する書類を所属する事業所等の代表者を通じて、申込期間内に、北海道デイサービスセンター協議会事務局へ郵送にて提出してください。

提出書類は別紙「受講申込書」を参照してください。

なお、書類の不備や不足、FAXでの申込は無効とします。

### ○ 申込期間

第1回 函館会場 本要綱到着時点 ～ 平成30年 4月20日（金）16時必着

第2回 北見会場 平成30年10月 1日（月） ～ 11月30日（金）16時必着

※ 会員を優先し、非会員については原則先着順とします。あらかじめご了承ください。

※ 必ず上記の申込期間を厳守してください。また電話での申込予約は受付してません。

※ 受講の可否については、申込締切後2週間以内に「受講決定通知書」を郵送いたします

### ○ 受講の流れ

- ① **受講申込** 「申込期間」参照し、提出書類に押印の上期間内に郵送してください。
- ② **受講決定** 受講要件等の審査をし、申し込み締切り後2週間以内に所属先へ決定通知が送付されます。受講料を指定する期日までに振り込んでください。
  - ※ 会員を優先し、非会員については先着順となります。定員を超える場合は、受講できない場合もございます。
- ③ **研修日程** 決定通知および他施設実習決定通知等書類・出席カード等必要書類を持参し、受講。スケジュールはカリキュラムを参照ください。
- ④ **修了証書** 実践者研修については【実習の結果報告とまとめ】修了後、北海道デイサービスセンター協議会会長名の修了証書の交付を受けることができます。

## 11 注意事項

- ◆ 北海道デイサービスセンター協議会会員及び北海道認知症グループホーム協会会員を優先します。（同事業所より複数名申し込む場合は、申込み書類を複写してください。）
- ◆ 決定した受講者の変更は認めません。
  - ※ 受講当日に途中辞退されますと、修了証書の発行はできません。

## 12 申込み先 問合せ先

### 【北海道デイサービスセンター協議会事務局】

社会福祉法人北海道社会福祉協議会 施設経営支援部 施設福祉課（担当 加藤）

〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1番地 かでる2.7 3階

TEL 011-241-3766 FAX 011-280-3162

# 平成30年度認知症介護基礎研修カリキュラム

北海道デイサービスセンター協議会

科目	目的	内容	時間数
(1) 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、症状に関する基礎的な知識を学び、認知症ケアの基礎的な技術に関する知識を身につける。	・認知症の人を取り巻く現状	180分
		・認知症の人を理解するために必要な基礎的知識	
		・具体的なケアを提供する時の判断基準となる考え方	
		・認知症ケアの基礎的技術に関する知識	
(2) 認知症ケアの実践上の留意点 (演習)	認知症ケアの実践を行うために必要な方法について、事例演習を通じて、背景や具体的な根拠を把握の上、ケアやコミュニケーションの内容を検討する。自事業所の状況や自身のこれまでのケアを振り返り、認知症の人への対応方法を身につける。	・認知症の人との基本的なコミュニケーションの方法	180分
		・不適切なケアの理解と回避方法	
		・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	
		・自事業所の現状や自身のこれまでのケアの振り返り	

平成30年度北海道デイサービスセンター協議会 認知症介護基礎研修日程表

時間	科目	内容	目的	講師等	
				函館会場 [平成30年7月5日(木)]	帯広会場 [平成31年2月7日(木)]
09:00 ～ 09:25	受付				
09:25 ～ 09:30	開会	研修の流れと説明		事務局	事務局
09:30 ～ 09:40	オリエンテーション	研修の目的と目標			
09:40 ～ 10:00	認知症の人の理解と対応の基本 (講義180分)	認知症の人を取り巻く現状	認知症の人を取り巻く現状、症状に関する基礎的な知識を学び、認知症ケアの基礎的な技術に関する知識を身につける。	認知症介護指導者	認知症介護指導者
10:00 ～ 10:45		認知症の人を理解するために必要な基礎的知識			
10:45 ～ 11:30		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(10分)			
11:40 ～ 12:50		認知症ケアの基礎的技術に関する知識			
		昼食休憩(60分)			
13:50 ～ 14:26	認知症ケアの実践上の留意点 (演習180分)	認知症の人との基本的なコミュニケーションの方法	認知症ケアの実践を行うために必要な方法について、事例演習を通じて、背景や具体的な根拠を把握の上、ケアやコミュニケーションの内容を検討する。自事業所の状況や自身のこれまでのケアを振り返り認知症の人への対応方法を身につける。	認知症介護指導者	認知症介護指導者
14:26 ～ 15:02		不適切なケアの理解と回避方法			
		休憩(10分)			
15:12 ～ 15:48		病態・病状等を理解したケアの選択			
15:48 ～ 16:24		行動・心理症状(BPSD)を理解したケアの選択と工夫			
16:24 ～ 17:00		自事業所の現状や自身のこれまでのケアの振り返り			
17:00 ～ 17:10		修了式			

※修了式を欠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。

北海道デイサービスセンター協議会平成30年度認知症介護基礎研修

第 回 会場 受講申込書

平成 年 月 日

北海道デイサービスセンター協議会 会長 あて

法 人 名  
 法人代表者氏名  
 施 設 名  
 施 設 長 名

公印

標記について下記の通り、研修受講を申し込みます。また、下記は記載のとおりであることを証明します。

◎必要事項ご記入のうえ☑か○をつけてください。

会員	<input type="checkbox"/> 北海道デイサービスセンター協議会 <input type="checkbox"/> 北海道老人福祉施設協議会	<input type="checkbox"/> 北海道認知症グループホーム協会
非会員	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問介護・看護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅事業所 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

受講理由					
ふりがな		男	職種		
氏名		女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
法人名 会社名		施設・事業所 住所	〒		
施設 事業所名		TEL			
		FAX			
主な職歴	期 間	通算期間	事業所名	事業種別	職務内容
	年 月～年 月	年 ヶ月			
	年 月～年 月	年 ヶ月			
	年 月～研修受講日	年 ヶ月			
○認知症介護業務に従事した年数及び職歴をご記入下さい。					
<b>合 計</b> 年                      ヶ月 (研修受講日まで)					
主な資格 複数可	①なし ② 介護支援専門員 ③ 介護福祉士 ④ 社会福祉士 ⑤ 精神保健福祉士 ⑥ 保健師 ⑦ 看護師 ⑧ 准看護師 ⑧ 訪問介護員 ⑨ ホームヘルパー ⑩ 理学療法士 ⑪ 作業療法士 ⑫ 言語聴覚士 ⑬ その他 ( )				