

認知症介護基礎研修

平成30年11月10日（土曜日）

会場 周東勤労青少年ホーム

岩国市周東町用田10137-8

1. 趣旨

認知症ケアの現場では、初任者の方や介護関係の資格を取得する前のスタッフが認知症に関する基礎的な知識を学習する機会が少ないまま実際のケアにあたらなければならない現状があります。しかし、認知症の人をケアしていくうえで認知症に関する

基礎的な知識を有していないと実際のケアの場面で戸惑うことが多くなります。

認知症介護基礎研修は、ケア現場で役立つ認知症に関する最低限の知識・技術と、それを実践する際の考え方を身につけることを目的に創設されました。

2. 実施主体



特定非営利活動法人
あいがとさん

2018 山口県認知症介護
基礎研修実施機関

3. 受講対象者

山口県内の介護保険施設・事業所等に
従事する介護職員等

4. 受講料

4,000円（税込）

（認知症介護基礎研修標準テキスト代含む）

5. 申し込み方法

裏面をご覧ください

6. 申し込み期限 10月30日

7. 問い合わせ先



特定非営利活動法人
あいがとさん

岩国市周東町下久原36-1

グループホーム だんけぐーと有延

0827-81-1050 担当：竹中・岡川

研修プログラム

8:30 受付開始

9:00 開講

(1) オリエンテーション

(2) 認知症の人の理解と対応の基本

- ・ 認知症の人を取り巻く現状
- ・ 認知症の定義と原因疾患
- ・ 認知症の中核症状と行動・心理状態の理解
- ・ 認知症ケアにおいて基礎となる理念や考え方
- ・ 認知症ケアの基礎技術

昼休憩 1時間

(3) 認知症ケアの実践上の留意点

- ・ 認知症の人とのコミュニケーション(演習1)
- ・ 行動の背景を理解したケアの工夫(演習2)
- ・ 自事業所の状況や自身のケアの振り返り

(4) 修了式

- ・ 修了者には修了証書を発行します

17:00 終了

認知症介護基礎研修

申込フォーム

申し込み方法

- ①下記申込書に必要事項を記入しFAXにて申込
(郵送での申込みも可・定員になり次第締め切りとなります。)
- ②当法人より受講料振込・当日の案内をFAXでお知らせいたします。
※1週間たっても届かない場合はご連絡下さい。

事業所名	担当者		
住所	〒	TEL	
		FAX	

	受講者 氏名・住所 (修了証書に記載されますので楷書でご記入下さい)	性別	生年月日	
1	受講者氏名 フリガナ	男 ・ 女	昭和	年 月 日
	受講者住所 〒		平成	
2	受講者氏名 フリガナ	男 ・ 女	昭和	年 月 日
	受講者住所 〒		平成	
3	受講者氏名 フリガナ	男 ・ 女	昭和	年 月 日
	受講者住所 〒		平成	



特定非営利活動法人
あいがとさん

人数が多い場合はコピーしてお使いください

FAX 0827-81-1066

TEL 0827 - 81 - 1050