

令和7年度 認知症介護基礎研修受講者募集のお知らせ

介護サービス事業者において、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることが義務付けられています。グループワークを含む集合研修を開催いたしますので、受講者を募集いたします。

1. 対象

県内に所在する介護保険施設・事業所等において、直接介護に従事する、又は従事を予定する介護職員等で、医療・福祉関係の資格を有さない者等。
※有資格者でも受講は可能です。

2. 研修実施機関・研修内容・受講料

研修実施機関

社会福祉法人 ましき苑 特別養護老人ホーム花へんろ

研修内容

別紙 参照

受講料

3,000 円 （受講が決定しましたら、振込先をご案内させていただきます。）

3. 申し込み

申込用紙はこちらからダウンロード可能です。 <https://mashiki.jp/hana/>
後日、熊本県のHPにも掲載予定です。

申込先（郵送またはFAXにてお申込み下さい）

社会福祉法人ましき苑 特別養護老人ホーム花へんろ

〒861-2233 熊本県上益城郡益城町惣領 1670

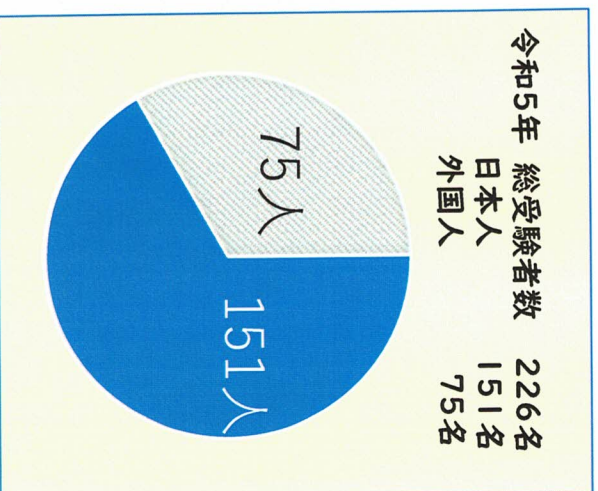
電話 096-287-8706 FAX 096-287-8707

担当：松永・堀・遠藤



認知症基礎研修の集合による利点

- ・令和3年度からeラーニングによる認知症介護基礎研修の開始
- ・**熊本県は令和5年より認知症基礎研修の集合研修を認可**
- ・無資格者対象で特に外国人介護者には、丁寧にわかりやすい説明、内容、言葉等の工夫により、認知症の基本的な知識・技術の理解を深めるようグループワークと外国人に合った資料の作成
- ・地域性を考慮した会場設定



アンケートの意見(外国人の方の一部)

- ・きょうはわからないことをたくさんしれましたのでたのしかったです。
- ・せんせいがおしえてくれたときは、ゆっくりおしえられたのでよかったです。
- ・よくべんきようになりました。ありがとうございました。
- ・にほんごがおもしろいからです、ワークシートにかくようにかんがえるのはじかんがあまりなかったです。
- ・かいごふくししをうけてみたいです。
- ・今日はべんきようしてにんちしようのこのためにもっとわかりますから、いまよりもっとかんばります。
- ・あしたからもっときをつけてゲストのきもちとあんしんをかんがえてみたいです。
- ・りようしやさまのにんちしようとわたしたちきもちはおなじだからなにをするまえもりようしやさまのしあわせします。
- ・いままでできなかったことはいまからゲストさんのきもちをかんがえてやさしくかいじします。

1) 研修内容

	講義(10 時～12 時)	演習(13 時～16 時)
科目名	認知症の人の理解と対応の基本	認知症ケアの実践上の留意点
演習内容	①認知症の人を取り巻く現状 ②認知症の人を理解するために必要な基礎的知識 ③具体的なケアを提供する時の判断基準となる考え方 ④認知症ケアの基礎的技術に関する知識	①認知症の人との基本的なコミュニケーションの方法 ②不適切なケアの理解と回避方法 ③病態・症状等を理解したケアの選択 ④行動・心理症状(BPSD)を理解したケアの選択と工夫 ⑤自事業所の状況や自身のこれまでの振り返り
目的	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付ける。	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。

※9 時 30 分から受付開始です

2) 研修日程・会場・申込み締め切り

第1回	令和7年6月5日(木)	益城町	特別養護老人ホーム	花へんろ	締め切り	5月20日
第2回	令和7年8月7日(木)	菊池市	特別養護老人ホーム	つまごめ荘	締め切り	7月20日
第3回	令和7年10月2日(木)	益城町	特別養護老人ホーム	花へんろ	締め切り	9月20日
第4回	令和7年12月4日(木)	益城町	特別養護老人ホーム	花へんろ	締め切り	11月20日

※各回、25名程度を想定しています。

受講が決定しましたら、「受講決定通知」をFAXもしくは郵送させていただきます。



認知症介護基礎研修受講申込書（第 回）

令和 年 月 日

（指定機関の長） 様

※ 修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと丁寧に記載してください。
（「高」→「高」、「眞」→「真」など簡略字を記載した場合、修了証は簡略字で発行します。）

1 法人について

法 人 名	
法 人 所 在 地	
代 表 者	

2 受講申込事業所について

介 護 保 険 事 業 所 番 号			
ふ り が な			
事 業 所 名			
所 在 地	〒		
施 設 長 名			
連 絡 先	TEL		FAX
担 当 者 氏 名 ※担当者が受講希望者である場合 にも記入してください。			担当連 絡先
事 業 種 別 (該当するものを○で囲んで下さい。)	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・訪問介護・ 通所介護・訪問看護・その他（ ）		

3 受講希望者について

フリガナ		生年月日	
氏 名		西 暦	年 月 生
受講希望回	第 回 研修		
本人携帯番号	※研修前や研修期間中に事務局から直接受講者へ御連絡させていただく場合がございます。		