

認知症の理解と BPSD ~認知症の理解と周辺症状、介護記録から介護計画立案まで~

認知症とくにアルツハイマー型認知症が世界的に今問題になっています。日本ではすでに認知症の数が 450 万を超えていると発表があり、世界でも 1 億 5 千万人に達していると言われていています。まさに福祉施設における認知症ケアが急務と言えます。特に昨年の改正で総合事業が創設され、その関係性から専門職に課される認知症ケアの重要性がますます増してきています。

このセミナーでは認知症の種類と医学的見解、また認知症の人の心がどのように感じているのかを解説していきます。本人の気持ちを理解した上で BPSD を減少させるにはどうすればよいか考えていき、周辺症状を介護記録にどのように適切に表現していけばよいか、さらに介護計画をどのように組み立てていけばよいか、事例を通じて解説を進めていきます。

これを機に認知症全般の見直しを図ってみませんか。

| | | | |
|------|---|----|-------------------|
| 開講日時 | 【福岡】(第1回) 令和2年2月16日 (第2回) 2月23日 【熊本】(第1回) 令和2年2月22日 (第2回) 2月29日 両日とも 10:30~16:00 | | |
| 講師 | 白石 均 【福岡シティ福祉サービス代表】 | | |
| 会場 | 【熊本】熊本県総合福祉センター【熊本市中央区南千反畑町3-7】 【福岡】石橋文化センター【久留米市野中町1015】 <small>会場は変更する場合があります</small> | | |
| 定員 | 各 15 名 | 時間 | 10 : 30 ~ 16 : 00 |
| 受講料 | 1 回につき 7,000 円 | | |



講師略歴

社会福祉士
福岡シティ福祉サービス代表
社団法人・日本社会福祉士会会員
福岡市介護認定審査会委員

1968年6月20日 岡山県生まれ
近畿大学大学院・産業技術研究科
修了後、大手学習塾にて講師・教
務に携わる。

1998年以降13年間、ケアプラン
センターにて給付管理業務、有料
老人ホーム・デイサービスセンタ
ーにて生活相談業務、介護保険請
求業務に携わる。

2012年5月、福岡シティ福祉サ
ービス設立。介護請求代行・職員
研修を主な業務としている。
業務経験談を交えた講義はレジ
ュメとともに分かりやすいと定
評がある。

【主な実績】

- ・通所介護&リハ
- ・ケアマネジメント(日総研)
以上執筆
- ・職員研修(社協)など

◆受講内容

第1回目

【認知症について】

中核症状と周辺症状

食事・排泄・入浴のケアについて
認知症を抱える家族の心理とケアにつ
いて

エリクソン生涯発達理論と見当識障
害の関係

BPSD と基本的欲求

バリデーションの5つのステージ

【認知症における介護記録】

- ・介護記録の意義・目的
- ・BPSD の説明を聞く家族の思い

第2回目

【介護記録のつづき】

- ・記録の書き方の基本
- ・好ましくない記録の例
- ・BPSD における介護記録例

【周辺症状と介護計画】

- ・介護計画書作成のねらいと重要性に
ついて
- ・介護計画書作成において大切な事
- ・不適切な表現例で学ぶ! 適切な表現
- ・介護計画書記載に入れてほしい表現
について

セミナー内容は前後する場合があります。

●お申込み・お問合せ●

申込フォーム、E-Mail、お電話などでお申し込みください。
ご不明な点がございましたらお気軽にお問い合わせください。

福岡シティ福祉サービス

~(株)東京シティ福祉サービスフランチャイズ加盟店~

〒819-0005 福岡市西区内浜 114-13 カイザー姪浜 201

Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142 E-mail: fukuoka-fukushi@pro.odn.ne.jp



FUKUOKA CITY
WELFARE SERVICE

セミナー受講申込の流れ

申込みフォームに必要事項を入力後送信後、折り返し当事業所より受講のご案内メールを送信いたします。



申し込み後、受講案内メールに従い、開催1週間前前後までに受講料の振込をお願いします。

【受講料振込先】

福岡中央銀行 新室見支店 (フクオカチュウオウギンコウ シンムロミシテン)
普通 1105093
口座名義人 福岡シティ福祉サービス 代表白石均

7,000円 (1回につき)

2回とも参加の場合 14,000円

- *振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。
- *振込の控え(銀行の振込票等)を領収書に代えさせていただきます。
- *お申し込み後、キャンセルされる場合は必ず事前にご連絡願います。



受付完了

受講料振込が完了した時点で正式受講申込となります。



当事業所で受講料入金確認後、開講日1週間までに受講決定通知書等を送付いたします



受講!!

都合により、セミナーを開催中止・もしくは延期する場合があります。各参加者個人にご連絡(お電話・メール)させていただきます。その際は各個人単位で対応させていただきます。

なお、受講料は事前振込を原則としておりますが、当日現金払いにてお支払いをご希望の方は必ず事前にご連絡をお願いいたします。

●お問い合わせ先●



福岡シティ福祉サービス ~(株)東京シティ福祉サービス FC 加盟店~

〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姪浜 201

Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142

FAX 送信先
092-883-1142 または
050-2025-6063

セミナー受講申込書【個人用】



| | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---------------------------------------|------------------------------|----|--------|
| 講座名 | 認知症の理解と BPSD ~認知症の理解と周辺症状、介護記録から介護計画立案まで~ | | | | | |
| セミナー期日 希望日に✓を入れて ください | 【福岡】 | <input type="checkbox"/> (第1回目) 令和2年2月16日 | <input type="checkbox"/> (第2回目) 2月23日 | 時間 10:30~ 16:00 | | |
| | 【熊本】 | <input type="checkbox"/> (第1回目) 令和2年2月22日 | <input type="checkbox"/> (第2回目) 2月29日 | | | |
| フリガナ | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日生 | 性別 | 男 女 |
| | *セミナー終了後にお渡しする受講証明書に記載の為、ご記入願います。 | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | () | 携帯番号 | () | | | |
| Fax 番号 | | | | | | |
| E-Mail | @ *ご連絡は可能な限りメールで優先的に行いますのでできるだけご記入をお願いします。 | | | | | |
| 勤務先名 | | | | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | | | |
| 勤務先電話番号 | () | | | | | |
| 勤務先 FAX 番号 | () | 通知等送付先 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | | |
| 介護系取得資格 | <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (1・2級) <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 介護系勤務年数 | | 年 | | | | |

*受講者の個人情報(氏名、住所、電話番号等)は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に講座受講の際の本人確認の範囲で利用いたします。

受講申込用紙にご記入後、Faxにてお申し込みください。



●お問い合わせ先●

福岡シティ福祉サービス 〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姪浜 201

Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142

FAX 送信先
092-883-1142 または
050-2025-6063

セミナー受講申込書【団体用】



送信方向

| | | | | | | |
|------------|--|----|------|--|-----------------------------|------------------------------|
| 講座名 | 認知症の理解と BPSD ~認知症の理解と周辺症状、介護記録から介護計画立案まで~ | | | | | |
| セミナー期日 | 【福岡】 ①令和2年2月16日 ②2月23日 【熊本】 ③令和2年2月22日 ④2月29日 *下記参加希望日に該当する番号に✓を入れてください。 | | | | セミナー 時間 | 10:30 ~16:00 |
| 参加者 | 参加希望日 | 氏名 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 勤務 年数 |
| | ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| | ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| | ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| | ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| | ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| 事業所名 | | | | | | |
| 事業所住所 | 〒 | | | | | |
| フリガナ | | | | | | |
| 担当者氏名 | | | | | | |
| 事業所電話番号 | () | | | | | |
| 事業所 FAX 番号 | () | | | 通知等送付先 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 勤務先 |
| 事業所 E-Mail | @ *ご連絡は可能な限りメールで優先的に行いますのでできるだけご記入をお願いします。 | | | | | |

*受講者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認の範囲で利用いたします。

通知書送付先でご自宅を選択の場合、別紙に送付先住所をお書きください。受講申込用紙にご記入後、Faxにてお申し込みください



FUKUOKA CITY
WELFARE SERVICE

福岡シティ福祉サービス 〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姪浜 201

Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142

通知書等送付先住所（自宅住所）

| | | |
|-------|---|----|
| 参加者氏名 | | |
| 送付先住所 | 〒 | |
| Tel | | 携帯 |

| | | |
|-------|---|----|
| 参加者氏名 | | |
| 送付先住所 | 〒 | |
| Tel | | 携帯 |

| | | |
|-------|---|----|
| 参加者氏名 | | |
| 送付先住所 | 〒 | |
| Tel | | 携帯 |

| | | |
|-------|---|----|
| 参加者氏名 | | |
| 送付先住所 | 〒 | |
| Tel | | 携帯 |

| | | |
|-------|---|----|
| 参加者氏名 | | |
| 送付先住所 | 〒 | |
| Tel | | 携帯 |

送付先に自宅を選択の場合、記入していただき、セミナー受講申込書と一緒に FAX 送信してください