

# 「認知症の人の BPSD をどう考えるか？」

専門職の皆さんはそれぞれの立場で認知症ケアに関わっていると存じますが、その中でも避けては通れない BPSD に関して第5回研修会のテーマとして取り上げます。今回の研修のタイトルは「認知症の人の BPSD をどう考えるか」。講師には、東京慈恵会医科大学の品川俊一郎先生をお迎えして、皆様で BPSD について考える機会としたいと考えております。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

日 時：平成29年3月12日（日）9：00～12：10  
 場 所：北星学園大学 C500教室  
 札幌市厚別区大谷地西2丁目3-1  
 （札幌市営地下鉄東西線 大谷地駅 1 番出口より徒歩5分）  
 講 師：品川 俊一郎先生  
 東京慈恵会医科大学 精神医学講座 講師  
 日本認知症ケア学会 代議員



- ◇主 催 北海道認知症ケア研究会
- ◇共 催 北海道介護福祉士会
- ◇後 援 日本認知症ケア学会（予定）
- ◇定 員 100名（先着順）
- ◇参加費 一般・認知症ケア専門士 3,000円 北海道認知症ケア専門士会会員 2,700円
- ◇参加対象・・・どなたでも参加できます。認知症ケア専門士の方は、3単位認定（予定）  
 参加される方は、ご記入後、そのまま送信ください。

**※当研修は、申込みをもちまして参加を受付いたします。受講票等は発行しませんのでご了承ください。**

申込先： 〒049-5821 虻田郡洞爺湖町大原105-3 特養）大原の杜 2016 内 北海道認知症ケア研究会 行徳 宛		<b>FAX：0142-89-3501</b> <b>申込みは 3月9日（木）まで</b> 北海道認知症ケア専門士会 会員区分 （会員の方はチェックを入れて下さい） <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 研修案内に利用可能な項目には <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい ▼			
フリガナ					
氏名					
連絡先 （自宅か所属先 いずれか ご記入下さい）	自宅	住所		<input type="checkbox"/>	
		TEL		/	
		FAX		<input type="checkbox"/>	
		メールアドレス		<input type="checkbox"/>	
	所属先	名称			/
		住所			<input type="checkbox"/>
		TEL		/	
		FAX		<input type="checkbox"/>	
		メールアドレス		<input type="checkbox"/>	

研修企画・運営：北海道認知症ケア研究会 役員  
 代表 大久保 幸積（社会福祉法人幸清会理事長 日本認知症ケア学会総務担当理事・認知症ケア専門士認定委員長）  
 副代表 石川 秀也（北海道医療大学大学院看護福祉学研究科非常勤講師）  
 委員 武田 純子（有限会社ライフアート代表取締役） 西村 敏子（北海道認知症の人を支える家族の会事務局長）  
 吉田 恵（社会福祉法人幸清会教育・研修課長） 行徳 秀和（特別養護老人ホーム大原の杜 2016 施設長）

# キャリアパス支援研修

社会福祉法人幸清会では、北海道より補助金を受けて、福祉・介護サービスに従事する者の資格取得や知識・技術力のレベルアップのための研修を行います。今回は大阪でものわすれクリニックを開設されて約20年。認知症の方そして家族に寄り添った診察をされてこられた松本一生先生をお迎えします。介護・福祉・医療関連に従事する多くの皆さんのスキルアップとなるような研修を目指しています。ご自分の専門性を、より高めて、日頃のケアに活かしたいとお考えの皆様のご参加をお待ちしています。

【開催日時】 平成29年3月12日（日）13：00—15：00

【開催場所】 北星学園大学 C500教室 （札幌市厚別区大谷地西2-3-1）

【参加費】 無料

【申込方法】 下記にご記入の上、3月9日（木）までにお申し込みください。

【プログラム】

テーマ 「認知症ケアに生かせる精神面の医療情報」

【講師】 松本 一生 先生

松本診療所ものわすれクリニック（大阪市）院長

日本認知症ケア学会 理事

【主催】 社会福祉法人幸清会

【事務局】 特別養護老人ホーム大原の杜2016（担当：行徳）

TEL 0142-89-3500・FAX 0142-89-3501

申込内容記入欄 下記にご記入の上、FAXでお申し込みください。

フリガナ		<b>FAX:0142-89-3501</b> 締め切り 3月9日(木)	
お名前			
ご連絡先	自宅 ・ 所属先	TEL	
		FAX	
	〒	所属先名称：	
ご住所			