

各位

北海道抑制廃止研究会
会長 梅津 光香

第28回 北海道抑制廃止研究会の開催について

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

北海道抑制廃止研究会の活動につきまして、日頃より格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。当研究会は、身体拘束ゼロの実現を目指し活動を重ね、本年度で25年目を迎えました。

今年度のテーマは、「ことばが支える尊厳 ～ 認知症を理解し、スピーチロックのない関わりへ」です。認知症を有する方へのケアにおいて、日常の何気ない“ことば”は、本人の尊厳や安心感に大きな影響を与えます。一方で、忙しさや不安から無意識に生じるスピーチロックは、身体拘束と同様に、その人らしさを損なう要因となり得ます。今年度の研究会では、認知症の理解を深めるとともに、スピーチロックをなくすために、医療・介護現場がどのような視点を持ち、どのような関わりを実践していけるのかを共に考える機会にしたいと考えております。

つきましては、多くの皆様にご周知いただくとともに、ぜひご参加くださいますようお願い申し上げます。

記

1. 日 時 : 2026年6月13日(土) 13時30分～15時30分
 2. 開催方法 : WEB開催(Web会議システム Zoomを使用します)
 3. 内 容 : 別紙のとおり
 4. 対 象 者 : 看護師、准看護師、リハビリテーションスタッフ、介護福祉士、ケアワーカー
抑制廃止に関心をもち、携わっている担当者 等
 5. 申込方法 : 別紙申込書をFAXでお送りください。
申し込み締め切り： 5月15日(金) 厳守
 6. 参加費 : 1,500円(銀行振り込み)
 - *当研究会はインボイス制度に対応しておりませんのでご了承下さい。
 - *事務局に提出いただいた参加申し込み書に記載の参加者全員分の金額を同封の振込用紙にてお支払い下さい。(例：〇〇病院 〇名分と記載)
振込手数料は各自のご負担でお願いいたします。
なお、領収書は金融機関発行の受領証にて領収書とさせていただきます。
お振込み後にキャンセルされた場合、参加費の返金はできませんのであらかじめ御了承下さい。
 - *お振込み確認後、Zoomの招待ID.PWを郵送にてご案内致しますので、研究会開催日の1週間前までにはお振込みをお願いいたします。
- 参加費振込先 : ゆうちょ銀行 【店名】279(ニナナキュウ) 【店番】279
【預金種目】当座預金 【口座番号】02740-5-103577
【口座名】北海道抑制廃止研究会
7. 問合せ先 : 北海道抑制廃止研究会
<連絡先> 医療法人溪仁会 定山溪病院 看護部
TEL 011-598-3323/FAX 011-598-2079

担当 : 大高・高國

2026年3月15日

各位

北海道抑制廃止研究会
会長 梅津 光香

第28回北海道抑制廃止研究会プログラム

- 日時 : 2026年6月13日(土) 13時30分～15時30分
- 開催方法 : WEB開催
- 対象者 : 看護師・准看護師、リハビリテーションスタッフ
介護福祉士・ケアワーカー
抑制廃止に関心をもち、携わっている担当者 等
- テーマ : 「ことばが支える尊厳 ～ 認知症を理解し、スピーチロックのない関わりへ」

5. プログラム

時間	内容	
13:30～13:35	オリエンテーション	北海道抑制廃止研究会 幹事 大高 麻紀子
13:35～13:40	開会の挨拶	北海道抑制廃止研究会 会長 梅津 光香
13:40～14:20	「認知症のある方と関わるうえで知っておきたいこと」 医療法人溪仁会 定山溪病院 認知症看護認定看護師 田屋 香	
14:20～15:00	「抑制廃止に向けた だて病院の取り組み」 医療法人交雄会 交雄会だて病院 外来師長 藤井菊乃 介護医療院うみかぜ 看護師長 藤浦弥生	
15:00～15:25	ディスカッション・質疑応答 医療法人溪仁会 定山溪病院 リハビリテーション部部長代理 南部 浩志	
15:25～15:30	閉会の挨拶	北海道抑制廃止研究会 監事 依本 正恵

F A X : 0 1 1 - 5 9 8 - 2 0 7 9

第 2 8 回 北海道抑制廃止研究会 参加申込書

1. 施設名 *正式名称でお願いいたします。 *個人の方は記入不要です。

2. 施設住所 *個人の方は郵送先住所をご記入ください。

*後日 Z o o m の招待 I D . P W を郵送しますので、はっきりとご記入ください。

(〒 -)

3. 電 話 - - F A X - -

*電話番号は日中連絡が取れる番号を記入してください。

4. 代表者名

*個人の方はお名前をご記入ください。(5. 参加者名欄も記入してください)

*後日 Z o o m の招待 I D . P W を代表者さま宛てに郵送しますので必ずご記入ください。

5. 参加者名

*お名前ははっきりとご記入ください。

*職種記入例：看護師・准看護師・理学療法士・介護福祉士・介護職員・生活相談員・事務職員

氏 名	職 種	氏 名	職 種

*氏名欄が不足の場合はコピーをしてご使用ください。

締 切 : 2 0 2 6 年 5 月 1 5 日 (金) (厳 守)