

平成 30 年度「認知症介護基礎研修」実施要領

第 1 研修の目的

この研修は、**認知症介護に携わる者が、その業務を遂行する上で基礎的な知識・技術とそれを実践する際の考え方を身につけ、チームアプローチに参画する一員として基礎的なサービス提供を行うことが出来るようにすることをねらいとする。**

第 2 研修の対象者(受講要件)

現在、**認知症介護の業務に従事している者**であって、所属する介護保険施設、事業所等の長が受講を認めたものとする。

なお、所属する介護保険施設、事業所等の**所在地が静岡県内**であるものに限る。

第 3 研修の会場、日程、定員等

会場	場 所	日 程	定 員
浜 松	浜松市福祉交流センター 2階大会議室	平成 31 年 2 月 22 日(金)	80 人
静 岡	静岡県総合社会福祉会館 7階 703 会議室	平成 31 年 2 月 28 日(木)	80 人
三 島	三島商工会議所 4階大会議室	平成 31 年 3 月 4 日(月)	80 人

※時間、内容については次ページを参照。

第 4 研修に要する費用

1,100 円 (テキスト、資料代)

※当日、研修の会場の受付で、現金で徴収する。(お釣りの無いように準備すること。)

第 5 受講の申込み

1 郵便

別紙「受講申込書」及び「返信用封筒」を下記へ郵送すること。

※返信用封筒は受講希望者への選考結果の通知に使用する。

受講希望者 1 人につき 1 通、82 円切手貼付、宛先に事業所名・住所・宛名を明記すること。

(宛先) 〒420-0856 静岡市葵区駿府町 1-70 社会福祉法人静岡県社会福祉協議会研修課

(期日) 平成 30 年 12 月 28 日(金) **必着**

※定員に達しない場合には引き続き申し込みを受け付けますので、お問い合わせください。

2 インターネット

静岡県社会福祉協議会の会員事業所のみ、WEB サービスからも申込可能。

第6 受講者の決定

受講申込後、本会から受講申込者に受講決定の可否を通知する。

※平成31年1月10日頃に通知予定。

受講希望者が定員を超える場合は、選考により受講者を決定する。

※受講申込後(決定後)に受講をキャンセルする場合は、必ず速やかに本会まで連絡すること。

第7 研修プログラム・内容

時 間	内 容	講 師 等
9:10～9:25	受付	
9:25～9:30	開 講 式 オリエンテーション	静岡県社会福祉協議会
9:30～9:50	【行政説明】 認知症の人を取り巻く現状	静岡県健康福祉部福祉長寿局 長寿政策課介護予防班
9:50～16:40 ※途中 45分お昼休憩	【講義】 認知症の人の理解と対応の基本(1) 1 認知症の定義と原因疾患 2 認知症の中核症状と行動・心理症状の理解 3 認知症ケアにおいて基礎となる理念や考え方	静岡県認知症介護指導者の会 【浜松】奥山恵理子氏 【静岡】杉森幸恵氏 【三島】和田博之氏
	【講義】 認知症の人の理解と対応の基本(2) 4 認知症ケアの基礎技術 【演習】 認知症ケアの実践上の留意点 1 認知症の人とのコミュニケーション 2 行動の背景を理解したケアの振り返り 3 事業所の現状やこれまでのケアの振り返り	静岡県認知症介護指導者の会 【浜松】川合 朗氏 【静岡】小野 祐氏 【三島】岩間玉紀氏
16:40～16:45	閉 講 式	静岡県社会福祉協議会

第8 修了証書の発行

本研修の全課程を受講した者に修了証書を発行する。

※欠席・遅刻・途中退席者は修了者とならない。

※度重なる居眠り等、受講者としてふさわしくない迷惑行為があり、注意の上改善しない場合は、受講途中でも本会の判断で受講を取り消し、修了を認めないことがある。

第9 修了者名簿の作成

本研修終了後、修了者名簿を静岡県、静岡市及び浜松市の所管課に提出する。

第10 研修に関する問い合わせ先

社会福祉法人静岡県社会福祉協議会 静岡県社会福祉人材センター 研修課 (曾根)

電話番号：054-271-2174

社会福祉法人静岡県社会福祉協議会

平成 30 年度 認知症介護**基礎研修** 受講申込書

平成 年 月 日

法人所在地

〒

法人名

事業書名

公印

所属施設・事業所	事業所名		事業所所在地	〒
	電話番号 FAX 番号	() ()	施設又は介護 サービス種類	
	本研修受講 希望理由			
本研修申込みの 事務担当者名		TEL		

受講希望者①	ふりがな		受講希望 会場	第 1 希望		第 2 希望	
	氏 名						
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	性 別	男・女	職種		
	認知症介護 等業務 経験年数 ①	年 月 (申請日現在)	資 格				
受講希望者②	ふりがな		受講希望 会場	第 1 希望		第 2 希望	
	氏 名						
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	性 別	男・女	職種		
	認知症介護 等業務 経験年数 ②	年 月 (申請日現在)	資 格				

※ 受講希望者 1 名につき、1 枚の返信用封筒 (82 円切手添付) を同封して申し込んでください。

※ 受講希望者が複数の場合は、推薦順位の高い方から記入してください。