

平成30年度 広島県認知症介護基礎研修実施要領

- 1 趣 旨 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できるようになることを目的とする。
- 2 主 催 広島県
- 3 実施主体 公益社団法人広島県介護福祉士会（広島県委託実施）
- 4 実施日、会場、申込期間及び定員

回数・会場	実施日・会場・申込期間	定員
第1回 【福山会場①】	実施日 平成31年1月31日(木) 10時00分～17時30分	75名
	会場 福山市市民参画センター 5階会議室1 福山市本町1-35	
	申込期間 平成30年12月10日(月)～平成31年1月7日(月)	
第2回 【広島会場】	実施日 平成31年2月1日(金) 9時30分～17時00分	50名
	会場 広島県社会福祉会館 会議室1・2 広島市南区比治山本町12-2	
	申込期間 平成30年12月10日(月)～平成31年1月7日(月)	
第3回 【呉会場】	実施日 平成31年2月6日(水) 9時30分～17時00分	75名
	会場 広まちづくりセンター 5階大会議室 呉市広古新開2-1-3	
	申込期間 平成30年12月10日(月)～平成31年1月7日(月)	
第4回 【廿日市会場】	実施日 平成31年2月18日(月) 10時00分～17時30分	50名
	会場 廿日市市総合健康福祉センター(あいプラザ) 健康指導室 廿日市市新宮1-13-1	
	申込期間 平成30年12月10日(月)～平成31年1月21日(月)	
第5回 【尾道会場】	実施日 平成31年2月28日(木) 9時30分～17時00分	75名
	会場 ベイタウン尾道組合会館 2階会議室 尾道市東尾道4-4	
	申込期間 平成30年12月10日(月)～平成31年1月21日(月)	
第6回 【東広島会場】	実施日 平成31年3月5日(火) 9時30分～17時00分	75名
	会場 東広島市市民文化センター アザレアホール 東広島市西条西本町28-6	
	申込期間 平成30年12月10日(月)～平成31年1月21日(月)	
第7回 【三次会場】	実施日 平成31年3月8日(金) 9時30分～17時00分	75名
	会場 みよしまちづくりセンター ペペらホール 三次市十日市西6-10-45	
	申込期間 平成30年12月10日(月)～平成31年2月4日(月)	
第8回 【福山会場②】	実施日 平成31年3月11日(月) 10時00分～17時30分	75名
	会場 福山市市民参画センター 5階会議室1 福山市本町1-35	
	申込期間 平成30年12月10日(月)～平成31年2月4日(月)	

5 受講対象者

県内の市町（広島市を除く。）に所在する施設・事業所等に従事する介護職員等とする。
※受講対象者であればすべての会場で受講可能とする。

6 受講料 無料

7 研修日程

広島・呉・尾道・東広島・三次	福山・廿日市	内容
9:30～9:40	10:00～10:10	オリエンテーション
9:40～9:50	10:10～10:20	研修の目的と目標
9:50～10:10	10:20～10:40	認知症の人を取り巻く現状
10:10～12:00	10:40～12:30	認知症の人の理解と対応の基本 ・ 認知症の定義と原因疾患 ・ 認知症の中核症状と行動・心理症状の理解 ・ 認知症のケアにおいて基礎となる理念や考え方
12:00～12:50	12:30～13:20	昼休憩
12:50～13:40	13:20～14:10	認知症の人の理解と対応の基本 ・ 認知症ケアの基礎技術
13:40～16:40	14:10～17:10	認知症ケアの実践上の留意点 ・ 認知症の人とのコミュニケーション ・ 行動の背景を理解したケアの工夫 ・ 自事業所の状況や自身のこれまでのケアの振り返り
16:40～17:00	17:10～17:30	修了式

8 講師 広島県認知症介護指導者

9 申込み方法等

- (1) 提出書類：認知症介護基礎研修受講申込書(様式1)
- (2) 提出者：所属の介護保険施設・地域密着型サービス事業所等の代表者
- (3) 提出先：当該事業所が所在する市町の介護保険担当課
- (4) その他：各市町は(様式2)に取りまとめの上、広島県介護福祉士会に受講申込書を提出する。

◎各市町から広島県介護福祉士会への提出期限

回数・会場	提出期限
第1回～第3回	平成31年1月14日(月)
第4回～第6回	平成31年1月28日(月)
第7回～第8回	平成31年2月12日(火)

10 受講決定

受講申込が多数の場合は、1事業所1名とし、介護・看護業務の通算経験年数が少ない者を優先する。
受講の可否については、研修日の2週間前までに、所属長宛に通知する。

11 修了証書の交付

すべての課程を修了した者に対し、修了証書を交付する。

12 個人情報の保護

- ・ 受講申込書に記入された個人情報は、研修の目的のみに利用する。
- ・ この研修の受講者名簿には、名前、所属及び職名を掲載する。
- ・ 受講申込書は、研修終了後に適切な方法で廃棄する。

13 問合せ先

公益社団法人広島県介護福祉士会 事務局

〒732-0816 広島市南区比治山本町12-2 TEL(082)254-3016 FAX(082)254-3017

(様式1)

基礎研修

平成30年度 広島県認知症介護基礎研修受講申込書

申込者 法人の主たる事務所の所在地
〒

法人の名称及び代表者の職氏名

希望する回・会場	第 回	会場	申込日 平成 年 月 日			
フリガナ			男 ・ 女	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
受講希望者氏名						
職種(資格) (該当する番号に すべて○をして ください)	1 医師 2 保健師 3 助産師 4 看護師 5 准看護師 6 理学療法士 7 作業療法士 8 社会福祉士 9 介護福祉士 10 言語聴覚士 11 精神保健福祉士 12 介護支援専門員(ケアマネジャー) 13 訪問介護員(ホームヘルパー) 14 その他()					
介護・看護業務 の通算経験年数	年	月	内:認知症介護の 通算経験年数	年	月	
【注意】現職場だけではなく通算経験年数となります。必ず受講者本人にご確認のうえ記入してください。						
役職名						
所属 先 事業 所 等	種別 (該当する番 号に○をして ください)	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所 5 通所介護事業所 6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム 8 小規模多機能型居宅介護 9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護 11 地域密着型介護老人福祉施設 12 その他()				
	名称					
	【注意】必ず現在の所属先を記入してください。所属先が異なる場合は受講できない場合があります。					
	住所	〒				
連絡先	電話番号		FAX			
施設設置者 (法人の名称)				担当者		

- ※ 1) 記入漏れがあった場合は受付できない場合があります。
 2) 役職名は施設(法人)における役職名を記入してください。

役職名の記入例: 施設長・事務長・介護主任・チームリーダー・サービス提供責任者・計画
 作成担当者・ケアマネジャー・介護職員・相談員・指導員・栄養士など

【個人情報の保護について】

- この受講申込書に記載された個人情報は、研修の目的のみに使用します。
 なお、この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。
- この受講申込書は、研修終了後、適正な方法で廃棄します。

【申込書の提出先】

・介護保険施設等に従事する者 ⇒ **事業所が所在する市町の介護保険担当課**
 ・地域密着型サービス事業所に従事する者