

2018(平成 30)年度 広島県認知症介護実践研修(実践者研修) 実施要領

- 1 研修の名称
平成 30 年度広島県認知症介護実践研修（実践者研修）
- 2 研修実施主体
公益社団法人広島県介護福祉士会
(平成 28 年 4 月 15 日付け地包第 45 号で広島県から広島県認知症介護実践研修実施機関の指定)
- 3 目標
施設、在宅に関わらず認知症の原因疾患や容態に応じ、本人やその家族の生活の質の向上を図る技術を習得する。
- 4 実施期日、会場及び定員

回数・会場	実施期日	定員
第 1 回 【広島会場】	講義・演習（5 日間） 平成 30 年 7 月 2 日（月）～ 7 月 6 日（金） 自施設・事業所での職場実習（4 週間） 平成 30 年 7 月 9 日（月）～ 8 月 5 日（日） 職場実習報告会 平成 30 年 8 月 17 日（金）	75 名
第 2 回 【福山会場】	講義・演習（5 日間） 平成 30 年 8 月 20 日（月）～ 8 月 24 日（金） 自施設・事業所での職場実習（4 週間） 平成 30 年 8 月 27 日（月）～ 9 月 23 日（日・祝） 職場実習報告会 平成 30 年 10 月 2 日（火）	60 名
第 3 回 【広島会場】	講義・演習（5 日間） 平成 30 年 9 月 10 日（月）～ 9 月 14 日（金） 自施設・事業所での職場実習（4 週間） 平成 30 年 9 月 17 日（月・祝）～ 10 月 14 日（日） 職場実習報告会 平成 30 年 10 月 24 日（水）	75 名
第 4 回 【福山会場】	講義・演習（5 日間） 平成 30 年 11 月 19 日（月）～ 11 月 23 日（金・祝） 自施設・事業所での職場実習（4 週間） 平成 30 年 11 月 26 日（月）～ 12 月 23 日（日・祝） 職場実習報告会 平成 31 年 1 月 8 日（火）	60 名
第 5 回 【広島会場】	講義・演習（5 日間） 平成 30 年 12 月 10 日（月）～ 12 月 14 日（金） 自施設・事業所での職場実習（4 週間） 平成 30 年 12 月 17 日（月）～ 平成 31 年 1 月 13 日（日） 職場実習報告会 平成 31 年 1 月 22 日（火）	75 名
第 6 回 【福山会場】	講義・演習（5 日間） 平成 31 年 1 月 14 日（月・祝）～ 1 月 18 日（金） 自施設・事業所での職場実習（4 週間） 平成 31 年 1 月 21 日（月）～ 2 月 17 日（日） 職場実習報告会 平成 31 年 2 月 26 日（火）	60 名

【広島会場】 広島県社会福祉会館 講堂（2 階）

〒732-0816 広島市南区比治山本町 12-2

【福山会場】 広島県民文化センターふくやま 文化交流室（地下 1 階）

〒720-8519 福山市東桜町 1-21

【講 師】 広島県認知症介護指導者

5 研修で目指すべき人物像

- (1) 認知症の人の尊厳を尊重し、その権利を介護職の立場で擁護する事ができる。
- (2) 認知症の原因疾患を理解したうえで、最善の介護方法を選択し、実践する事ができる。
- (3) 認知症の人の中核症状を理解し、行動・心理症状（ＢＰＳＤ）の軽減を図るうえでの介護を提供できる。
- (4) 認知症の人の中核症状を理解し、本人の能力を生かした環境調整や介護技術を実践できる。
- (5) 認知症の人の家族を支え、共に支援する事ができる。
- (6) 認知症の人の社会資源を開発、活用したケアができる。
- (7) 認知症に関する最新知識（薬・予防・制度・サービスの動向）を理解し、介護実践場面で実践できる。
- (8) これらの実践事例を解決するためのアセスメント及びケアプランを作成し、実行・評価することができる。

6 受講対象者

次の各号にすべて該当する者とする。

- (1) 広島県の市町（**広島市を除く。**）に所在する介護保険施設、指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定介護予防サービス事業者又は指定地域密着型介護予防サービス事業者等が当該事業を行う事業所に所属している者
 - (2) 原則として、認知症介護に関する基本的知識・技術を習得している者
 - (3) 介護現場経験が2年以上の者で、研修の全日程に参加できる者
 - (4) 自施設実習に、職場内のチームで取り組みが可能な者
- ※痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了者は、実践者研修を修了したものとみなす。

7 受講料

29,000 円（税込，テキスト代含む。）

- ※ 受講料は、受講決定通知書に同封する払込取扱票で指定の振込期日までに、郵便局にて支払うこと。なお、振込手数料は受講者が負担すること。
- ※ 納入された受講料は、原則として返還しない。ただし、受講開始14日前までに受講を辞退した場合は、全額受講料を返還する。なお、返還金は手数料を除いた金額を口座振り込みにより返還する。
- ※ 受講料には、受講者の会場までの交通費及び食費等は含まれない。

8 研修日程

(1) 講義・演習(5日)

9:00	9:15	12:15		13:00	16:00		17:00
一 日 目	認知症の人の理解と対応	昼 休 憩	認知症ケアの基本的視点と理念			認知症ケ アの倫理	
9:00	11:00	13:00	13:45	15:45	16:45	17:00	
二 日 目	認知症の人の権利擁護	認知症の人の 生活環境づくり	昼 休 憩	地域資源の理解とケアへの活用		実習課 題設定 ①	振 り 返 り
9:00	11:00	13:00	13:45	16:45	17:00		
三 日 目	認知症の人とのコミュニ ケーションの理解と方法	認知症の人への 非薬物的介入	昼 休 憩	認知症の人への介護技術Ⅰ（食事・入浴・排泄等）			振 り 返 り
9:00	12:00	12:45	16:45	17:00			
四 日 目	認知症の人への介護技術Ⅱ （行動・心理症状）	昼 休 憩	アセスメントとケアの実践の基本Ⅰ			振 り 返 り	
9:00	12:00	12:45	13:45	16:45	17:00		
五 日 目	アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ （事例演習）	昼 休 憩	認知症の人 の家族への 支援方法	実習課題設定②		振 り 返 り	

(2) 自施設実習（4週間）【所属施設・事業所での実習】

(3) 自施設実習報告会（半日）※午前・午後に分かれて行う

9:30	12:30	12:45	13:15	13:30	16:30
六 目 目	【Aグループ】 自施設実習評価（報告会） 振り返り・修了式	休 憩	【A・Bグループ】 認知症の人の家族 への支援方法② 「家族介護体験講演」	休 憩	【Bグループ】 自施設実習評価（報告会） 振り返り・修了式

※【Aグループ】9:00～受付・課題提出，【Bグループ】12:15～受付・課題提出

9 研修内容

ねらいとカリキュラム参照。

10 テキスト

テキストは当方が準備する。

11 申込み方法等

申込みについては、同一の施設・事業所等から1名とする。

ただし、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の新設、増設等でこの研修の受講修了者がいないなど緊急やむをえない事情のある場合は、2名以上とすることができる。

(1) 介護保険施設等に従事する者

提出書類：認知症介護実践者研修受講申込書（様式1）

提出者：所属の介護保険施設等の代表者

提出先：公益社団法人広島県介護福祉士会

受講申込受付期間：

回数	受講申込受付期間
第1回	平成30年 5月 1日（火）～ 5月 14日（月）
第2回	平成30年 6月 18日（月）～ 7月 2日（月）
第3回	平成30年 7月 23日（月）～ 8月 6日（月）
第4回	平成30年 9月 18日（火）～ 10月 1日（月）
第5回	平成30年 10月 9日（火）～ 10月 22日（月）
第6回	平成30年 11月 26日（月）～ 12月 10日（月）

(2) 地域密着型サービス事業所等に従事する者

提出書類：認知症介護実践者研修受講申込書（様式1）

提出者：所属の地域密着型サービス事業所等の代表者

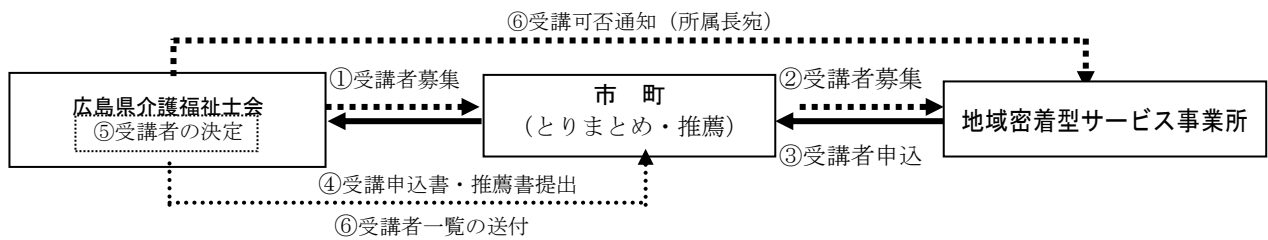
提出先：当該事業所が所在する市町の介護保険担当課

受講申込受付期間及び市町への提出期限：

回数	受講申込受付期間	市町への提出期限
第1回	平成30年 5月 1日（火）～ 5月 14日（月）	平成30年 5月 14日（月）
第2回	平成30年 6月 18日（月）～ 7月 2日（月）	平成30年 7月 2日（月）
第3回	平成30年 7月 23日（月）～ 8月 6日（月）	平成30年 8月 6日（月）
第4回	平成30年 9月 18日（火）～ 10月 1日（月）	平成30年 10月 1日（月）
第5回	平成30年 10月 9日（火）～ 10月 22日（月）	平成30年 10月 22日（月）
第6回	平成30年 11月 26日（月）～ 12月 10日（月）	平成30年 12月 10日（月）

(3) その他

- ・地域密着型サービス事業所等に従事する者のうち、市町が特に受講が必要と認める者については、市町の長は、(様式 1) を提出した受講希望者について審査の上、推薦書(様式 2 及び様式 2 別紙)により推薦すること。なお、被推薦者が多数の場合、受講の必要性等により選考する。
- ・各市町は(様式 3)に取りまとめの上、公益社団法人広島県介護福祉士会に受講申込書を提出する。



各市町から公益社団法人社団法人広島県介護福祉士会への提出期限：

回数	提出期限
第 1 回	平成 30 年 5 月 21 日 (月)
第 2 回	平成 30 年 7 月 9 日 (月)
第 3 回	平成 30 年 8 月 13 日 (月)
第 4 回	平成 30 年 10 月 9 日 (火)
第 5 回	平成 30 年 10 月 29 日 (月)
第 6 回	平成 30 年 12 月 17 日 (月)

12 受講決定

受講申込が多数の場合は、**未受講施設を優先する**。11(1)及び(2)でそれぞれ選考基準等により決定し、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。

13 修了認定

5 日間の講義・演習をすべて受講し、4 週間の自施設・事業所での実習を行い、適正な実習課題レポートを作成し、報告会の参加をもって、全課程の修了を認定する。

14 修了証書の交付

修了を認定された者に対し、公益社団法人広島県介護福祉士会が修了証書を交付する。

15 個人情報の保護

- ・受講申込書に掲載された個人情報は、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。

16 受講にあたっての注意事項

【広島会場】

- ・広島県社会福祉会館の駐車場は利用できないため、公共交通機関又は近隣の有料駐車場を利用すること。

【福山会場】

- ・公共交通機関又は近隣の有料駐車場を利用すること。

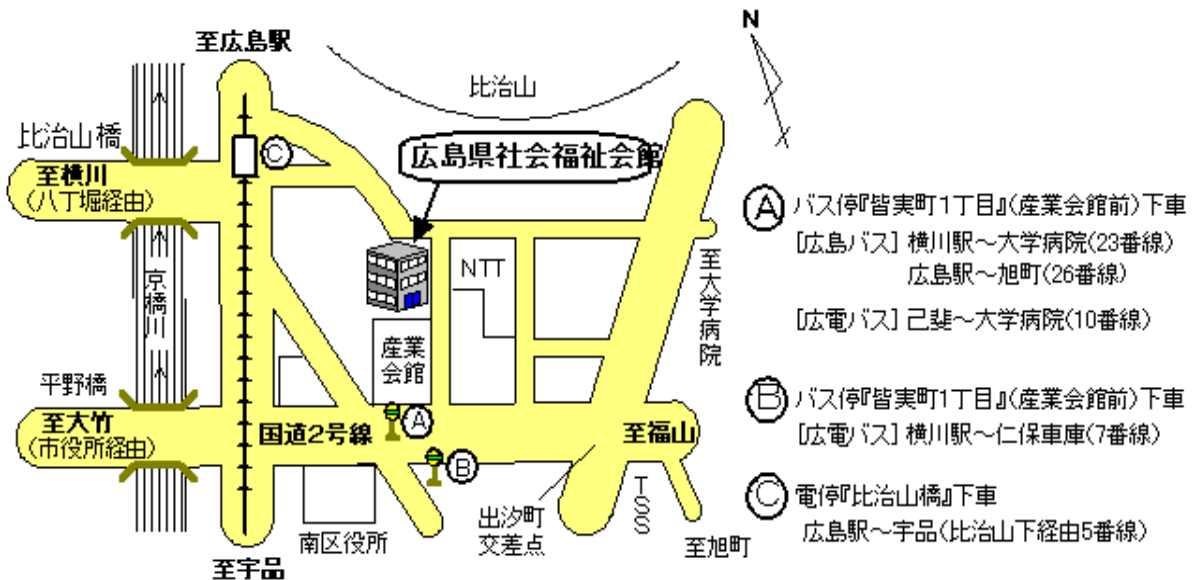
17 問 合 先

公益社団法人広島県介護福祉士会 事務局

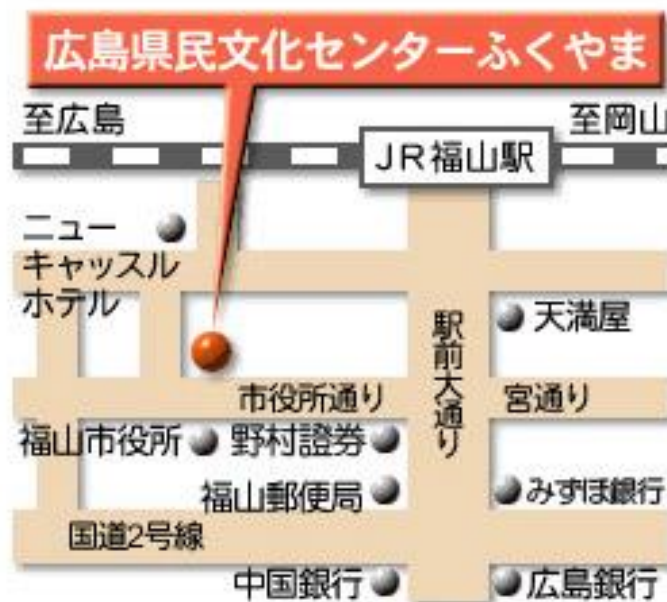
〒732-0816 広島市南区比治山本町 12-2 TEL(082)254-3016 FAX(082)254-3017

会場案内図

●広島会場（広島県社会福祉会館）



●福山会場（広島県民文化センターふくやま）



(様式1)

平成30年度 広島県認知症介護実践研修(実践者研修)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

受講希望する回	第 回	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					
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 () 15 なし				
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。					
認知症介護基礎研修(※2) 該当する番号に○をしてください		1 未受講 ・ 2 受講済			
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。				
	役職 (※3)				
	住 所	〒			
	連絡先	電話番号		F A X	
法人名				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) 認知症介護基礎研修について

平成28年度より、認知症介護の基礎的な知識や技術を習得するために新たに創設された研修です。
本研修の受講要件ではありません。

(3) 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】

(1) 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。

(2) 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** (F A X 不可)

⇒ 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

○ **地域密着型サービス事業所に従事する者**

⇒ 事業所が所在する市町の介護保険担当課