**平成30年度　認知症介護基礎研修　実施要領**

**1　研修の目的**

　この研修は、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成18年3月31日老発

第0331010号厚生労働省老健局長通知）に基づき、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を修得するための研修を実施し、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図ることをねらいとする。

**2　研修の対象者**

研修対象者は、介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等であって、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。

（所属する介護保険施設・事業所は、所在地が静岡県内であるものに限る。）

**3　日程及び会場、定員**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会場 | 日程 | 場所 | 定員 |
| 静岡会場 | 5月30日（水） | 静岡県総合社会福祉会館（シズウエル）  　　静岡市葵区駿府町1-70 | 120名 |
| 浜松会場 | 6月18日（月） | 浜松市福祉交流センター  　　浜松市中区成子町140-8 | 50名 |
| 伊東会場 | 7月6日（金） | 伊東市観光会館  　　伊東市和田1-16-1 | 40名 |

* 会場等の詳細は、受講が決定した者にのみ案内します。
* 課程の一部のみの受講は認めません。全課程を修了した者をもって修了者とします。

**4　研修カリキュラム**

|  |  |
| --- | --- |
| 時　　間 | 内　　容 |
| 9：00～ | 受付開始 |
| 9：25～9：30 | 研修の目的と目標（オリエンテーション） |
| 9：30～9：45 | 認知症の人を取り巻く現状 |
| 9：45～16：30  ※途中50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 |
| **【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 |
| 16：40～16：45 | **修了式** |

**6　研修に要する費用**

**受講料：無料**

**研修の受講に当たり必要となるテキスト・資料代1,100円を当日徴収します。**

**7　受講申込み**

受講申込書にご記入のうえ、郵送ください。

送付先：〒420-0856　静岡市葵区駿府町1-70　静岡県総合社会福祉会館4階

　　　　　　　一般社団法人　静岡県介護福祉士会

**8　募集期限**

静岡会場　　5月7日（月）

浜松会場　　5月18日（金）

伊東会場　　5月31日（木）

**9　受講者の決定**

申込者が定員を超える場合は、公正な選考を行い受講者を決定します。

なお、申込者全員に選考結果を通知します。

**10　修了証の発行**

本研修の全課程を受講した者に修了証を交付します。

**11　その他**

**認知症介護実践研修（実践者研修）を修了されている方は、受講の必要はありません。**

　【お問い合わせ先】

一般社団法人静岡県介護福祉士会事務局　担当　谷口

〒420-0856　静岡市葵区駿府町1－70

　　　　　　　　　　　　　静岡県総合社会福祉会館4階

TEL 054－253－0818　ＦＡＸ 054－253－0829

ｅ-mail : [shizukai@cy.tnc.ne.jp](mailto:shizukai@cy.tnc.ne.jp)

**平成30年度　認知症介護基礎研修　受講申込書**

平成　　　年　　　月　　　日

一般社団法人静岡県介護福祉士会　行

所在地

法人名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　　講　　希　　望　　者 | ふりがな |  | | | | | | |
| 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 | 年　　　　　月  （申請日現在） | | | | | | |
| 受講希望  会　　場 | * 伊東会場　　　　□　静岡会場　　　　□　浜松会場 | | | | | | |
| 所属施設・事業所 | 事業所名 |  | | | | | | |
| 事業所  所在地 | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 | | |  | | |
| 本研修受講希望に係る特記事項※ |  | | | | | | |
| 本研修申込  事務担当者氏名 | | TEL | | | | | | |

* 申込者多数のときは、選考となります。