

令和4年度 福岡県認知症介護実践者研修 開催要綱

目的 高齢者介護実務者及びその指導的立場にある者に対し、認知症高齢者の介護に関する実践的研修を実施すること、また、認知症介護を提供する事業所を管理する立場にある者等に対し、適切なサービスの提供に関する知識等を修得させるための研修を実施することにより、認知症介護技術の向上を図り、認知症介護の専門職員を養成し、もって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目的とします。

実施主体 公益社団法人 福岡県介護福祉士会（福岡県指定実施法人）

日程 令和4年8月26日～令和4年11月29日（5日間）
※10月14日～11月25日は受講者所属事業所での実習期間です。業務を通しての実習になりますので、勤務日（実習日）の確保をお願いします。

会場 クローバープラザ 501研修室（春日市原町3丁目1番地7）

受講料 30,000円（テキスト代含む）

※社会情勢等(感染症拡大防止対応等)を鑑み、日程、使用会場の定員等が変更になる可能性があります。あらかじめご了承ください。

定員 40名程度
 ※定員超過の場合は選考させていただく場合があります、予めご了承ください。

受講対象 本研修は初任者向けの研修ではありません。受講対象は裏面の別表をご確認ください。
なお、福岡県内（北九州市および福岡市を除く。）に所在する介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等であって、別表（裏面）に定める基準に従います。

締め切り 令和4年7月25日（月）必着

振込先 受講が決定した方には後日当会より受講決定通知書と受講料請求書を送付致します。
 ＊振込金は欠席などの事由が生じても返還いたしません。

受講申込 研修申込用紙（裏面）をご使用ください。
 必要事項を記入の上、郵送にてお申込ください。

申込先 〒812-0013 福岡市博多区博多駅東1-1-16-2F
 公益社団法人福岡県介護福祉士会 事業部（担当：松尾）
 TEL 092-474-7015 FAX 092-436-5234

その他 ※自施設実習を含みますので、所属事業所の事前承諾を得ておいてください。
 ※全ての科目を終了しなければ修了証書を発行することはできません。
 ※受講者が10名以下の場合は中止致します。
 ※受講申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ利用させていただきます。

【研修日程表】

月日（曜日）	研修時間	時間数（分）	教科名
8月26日（金）	9：30～12：30	180分	認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援
	13：15～18：15	300分	生活支援のためのケアの演習1
9月2日（金）	9：30～10：30	60分	QOLを高める活動と評価の観点
	10：40～12：10	90分	家族介護者の理解と支援方法
	12：55～14：25	90分	権利擁護の視点に基づく支援
	14：35～16：35	120分	地域資源の理解とケアへの活用
9月29日（木）	16：45～17：45	60分	学習成果の実践展開と共有
	9：30～13：30	240分	生活支援のためのケアの演習2（行動・心理症状）
	14：15～16：15	120分	アセスメントとケアの実践の基本①
10月13日（木）	9：30～12：30	180分	アセスメントとケアの実践の基本②
	13：15～17：15	240分	職場実習の課題設定
10月14日（金） ～11月25日（金）	4週間程度		職場実習（アセスメントとケアの実践）
11月29日（火）	9：30～10：00	30分	職場実習提出資料確認
	10：00～13：00	180分	職場実習評価

※所属事業所での実習を含みます。所属長等への事前確認や配属先の了承、事例使用許可等は各自で手配願います。
 ※研修日のお昼休みは45分間設定です。
 ※教科により事前・事後課題が設定されています。
 ※終了時間が遅くなる日があります、職場や家庭の調整等は各自でお願いします。

【別表】

※研修対象は以下の通りです。

研修名	事業主体
認知症介護実践研修	研修対象者は、原則として認知症介護基礎研修を修了した者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であり、身体介護に関する基本的知識・技術を修得している者であって、 <u>介護保険施設・事業者等</u> において、認知症高齢者の介護に従事した現場経験が2年以上の者とする。
※介護保険施設・事業者等とは 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・指定地域密着型介護予防サービス事業者のことをいいます。	

切り取り線

令和4年度 福岡県認知症介護実践者研修 申込用紙

公益社団法人 福岡県介護福祉士会

申込書記入日 令和4年 月 日

ふりがな				生 年 月 日	
氏 名				昭和 ・ 平成 (いずれかに○) 年 月 日	
所 属 等	※受講決定通知書は所属事業所へ送付します。				
法人名					
法人所在地					
事業所名					
事業種別	特養 老健 介護療養 グループホーム 通所事業所 認知症デイ 小規模多機能型居宅介護 看護小規模 特定施設 訪問介護 その他 ()				
所在地	〒				
所属長名					印
連絡先	電話番号		担当者		
メール アドレス	※ 添付ファイル (Excel・Word・PDF等) が見られるアドレスをご記入ください。 数字やアルファベットは区別がつくようにお願いします。				
職 種	認知症高齢者の介護現場に従事した経験年数	年 ヶ月	保持資格・修了研修等		
連絡事項等					

※受講申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ利用させていただきます。 R4. 6HP