

令和元年度
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	令和元年7月22日～令和元年11月19日（7日間） ※9月21日～11月12日のうち4週間は受講生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）4週間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
定 員	80名（先着順）
受講対象	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	令和元年7月2日（火）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・黒木） 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、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
7月22日（月）	9：30 ～ 12：30	180	認知症ケアの基本的視点と理念
	13：15 ～ 14：15	60	認知症ケアの倫理
	14：25 ～ 17：25	180	認知症の人の理解と対応
8月5日（月）	9：30 ～ 11：00	90	認知症の人の家族への支援方法
	11：10 ～ 13：55	120	認知症の人の権利擁護
	14：05 ～ 16：05	120	認知症の人の生活環境づくり
	16：15 ～ 18：15	120	地域資源の理解とケアへの活用
8月19日（月）	9：30 ～ 11：30	120	認知症の人とのコミュニケーションの理解と方法
	11：40 ～ 14：25	120	認知症の人への非薬物的介入
	14：35 ～ 17：35	180	認知症の人への介護技術Ⅰ（食事・排泄・入浴）
9月3日（火）	9：30 ～ 12：30	180	認知症の人への介護技術Ⅱ（行動・心理）
	13：15 ～ 17：15	240	アセスメントとケアの実践の基本Ⅰ
9月20日（金）	9：30 ～ 12：30	180	アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ（事例演習）
	13：15 ～ 17：15	240	自施設における実習の課題設定
9月21日（土）～ 11月12日（火）	4週間程度		自施設実習
10月17日（木）	9:30～16:30		中間報告会
11月19日（火）	9：30 ～ 12：30	180	自施設実習評価
	13：15 ～ 15：15	120	研修のまとめ

※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下承、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。

【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

令和元年度 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 令和元年 月 日					
ふりがな					
氏 名					
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女		
所属等	法人名：				
	法人所在地：				
受講決定等送付先	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				
	事業所連絡先 電話番号 担当者：				
※受講決定通知書等の送付先について、上記以外を希望の場合にご記入ください 所在地：〒 担当者					
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	保持資格等	
連絡事項等					