

令和2年度愛媛県認知症介護基礎研修の受講者募集について

愛媛県から、標記研修を実施する旨の通知がありましたのでお知らせいたします。

詳細については、愛媛県地域密着型サービス協会及び県ホームページにて募集しておりますのでご確認ください。

愛媛県地域密着型サービス協会

<http://ehime-cms.com/>

愛媛県ホームページ

<http://www.pref.ehime.jp/h20400/kensyu/nintisyoukaigo/2018index.html>

令和2年度 愛媛県認知症介護基礎研修（南予地区開催）募集要項

愛媛県では、認知症介護に必要な基礎的な知識や技術を修得するための研修を実施します。

この研修は、厚生労働省が策定した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」に基づいて平成28年度から実施するものです。

1.目的

認知症介護に携わる方が、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出来るようにすることを目的とします。

2.主催

一般社団法人 愛媛県地域密着型サービス協会（愛媛県認知症介護実践者研修実施機関）

3.開催日および会場

開催日	会場
10月9日（金）	愛媛県歴史文化博物館 第1・第2研修室

愛媛県歴史文化博物館住所：西予市宇和町卯之町4丁目11-2

4.日程・内容

別添カリキュラム参照

5.受講対象者

愛媛県内の介護保険施設・事業所等において介護業務に従事する介護職員等で、認知症介護の基礎的な知識や技術を身につけたい方

※新任（概ね2年未満）の介護職員及び無資格で従事する方等を想定した内容のカリキュラムです。

6.カリキュラム

別紙「認知症介護基礎研修カリキュラム」のとおり

7.講師

愛媛県認知症介護指導者

8.定員

40名

申込者が定員を超える数になった場合は、当協会の理事会で諮り、適正かつ公正に選定を行います。尚、受講決定の通知は、所属長宛に発送致します。

9.受講料

3,000円

別途、受講に際して使用するテキスト代（1,100円）

※交通費・宿泊費等は自己負担です。また、宿泊等が必要な場合は、各自で手配してください。

10.受講料の振込み

受講決定通知に同封します振込口座にお振込みください。

11.申込方法

愛媛県地域密着型サービス協会ホームページ (<http://ehime-cms.com/>) からダウンロードできます。※封筒表面に赤字で、「認知症介護基礎研修申込書在中」と記載してください。

12.申込締切

令和2年9月11日（金）必着

13.受講決定

- (1) 申込締切後、各所属長あて受講決定通知書を郵送いたします。
- (2) 受講をキャンセルされる場合は、必ず令和2年10月2日（金）17：00までに下記事務局あてにご連絡ください。それ以降のキャンセルについては返金できません。またご連絡なく欠席され、受講料を振り込まれていない場合は、無断でのキャンセルとみなし、受講料等をお支払いいただきますので、あらかじめご了承ください。

14.修了証書

本研修を修了された方には、修了証書を交付します。

※カリキュラムのすべてに出席できない場合は、修了証書は交付できません。

15.昼食

各自でご用意ください（ゴミは各自でお持ち帰りください）。

16.新型コロナウイルス感染拡大予防対策について

研修当日は換気を行うなど、集団感染予防対策を実施しますが、受講される方も感染拡大防止のため、下記について遵守の上、受講してください。

- (1) 受講の際は、各自で用意したマスクを必ず着用してください。
- (2) 受講当日、発熱や風症状等、体調不良のある方は参加できません。
※受付時に検温させていただきます。万が一37.5℃以上の熱があった場合は参加をお断りする場合もあります。
- (3) 海外渡航歴を有し、帰国後2週間を経過していない方および、感染拡大地域から来県・帰県し、2週間を経過していない方は参加できません。

17.問い合わせ

〒790-0056 松山市土居田町 23-5 烏谷ビル 2F

一般社団法人 愛媛県地域密着型サービス協会事務局(担当：小玉)

TEL 089-989-2550 / FAX 089-989-2557

Eメール : info@ehime-cms.com / URL <http://ehime-cms.com/>

*お問い合わせ時間：月曜日～金曜日 9：30～17：00（※祝・祭日休）

令和2年度 愛媛県認知症介護基礎研修カリキュラム

期 日	時 間		内 容 等	担 当 講 師	
【東予】 8/7 (金)	9:20~9:45		受 付		
	9:45~9:50	5分	開講式 オリエンテーション	愛媛県地域密着型サービス協会	
	(1) 認知症の人の理解と対応の基本【講義】				
	9:50~10:20	30分	<ul style="list-style-type: none"> 研修の目的と目標 認知症の人を取り巻く現状 	愛媛県長寿介護課	
	10:20~12:20	120分	<ul style="list-style-type: none"> 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 認知症ケアにおいて基礎となる理念や考え方 	上野 睦子 氏 (サブ) 高津 智一 氏	
	12:20~13:05	45分	昼 休 憩		
	13:05~13:45	40分	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの基礎的技術 	上野 睦子 氏 (サブ) 高津 智一 氏	
	(2) 認知症ケアの実践上の留意点【演習】				
	13:45~17:00 ※休憩含む (15分)	180分	<ul style="list-style-type: none"> 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 自事業所の現状やこれまでのケアの振り返り 	高津 智一 氏 (サブ) 上野 睦子 氏	
	17:00~17:10	10分	修了式	愛媛県地域密着型サービス協会	

令和2年度 愛媛県認知症介護基礎研修カリキュラム

期 日	時 間		内 容 等	担 当 講 師	
【南予】 10/9 (金)	9:20～9:45		受 付		
	9:45～9:50	5分	開講式 オリエンテーション	愛媛県地域密着型 サービス協会	
	(1) 認知症の人の理解と対応の基本【講義】				
	9:50～10:20	30分	<ul style="list-style-type: none"> ・研修の目的と目標 ・認知症の人を取り巻く現状 	愛媛県長寿介護課	
	10:20～12:20	120分	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・認知症ケアにおいて基礎となる理念や考え方 	黒田 慧史 氏 (サブ) 二宮 浩 氏	
	12:20～13:05	45分	昼 休 憩		
	13:05～13:45	40分	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアの基礎的技術 	黒田 慧史 氏 (サブ) 二宮 浩 氏	
	(2) 認知症ケアの実践上の留意点【演習】				
	13:45～17:00 ※休憩含む (15分)	180分	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・自事業所の現状やこれまでのケアの振り返り 	二宮 浩 氏 (サブ) 黒田 慧史 氏	
	17:00～17:10	10分	修了式	愛媛県地域密着型 サービス協会	

令和2年度 愛媛県認知症介護基礎研修カリキュラム

期 日	時 間		内 容 等	担 当 講 師
【中予】 12/18 (金)	9:20～9:45		受 付	
	9:45～9:50	5分	開講式 オリエンテーション	愛媛県地域密着型 サービス協会
	(1) 認知症の人の理解と対応の基本【講義】			
	9:50～10:20	30分	<ul style="list-style-type: none"> ・研修の目的と目標 ・認知症の人を取り巻く現状 	愛媛県長寿介護課
	10:20～12:20	120分	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・認知症ケアにおいて基礎となる理念や考え方 	乗松 雄希 氏 (サブ) 伊藤 浩明 氏
	12:20～13:05	45分	昼 休 憩	
	13:05～13:45	40分	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアの基礎的技術 	乗松 雄希 氏 (サブ) 伊藤 浩明 氏
	(2) 認知症ケアの実践上の留意点【演習】			
	13:45～17:00 ※休憩含む (15分)	180分	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・自事業所の現状やこれまでのケアの振り返り 	伊藤 浩明 氏 (サブ) 乗松 雄希 氏
	17:00～17:10	10分	修了式	愛媛県地域密着型 サービス協会

基

令和2年度 愛媛県認知症介護基礎研修受講申込書

令和2年 月 日

参加地区（必須） ○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 東予地区：令和2年 8 月 7日(金) <input type="checkbox"/> 南予地区：令和2年 10 月 9日(金) <input type="checkbox"/> 中予地区：令和2年 12 月 18日(金)				
フリガナ					
受講希望者氏名		性別	男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日	
※受講希望者氏名と生年月日は修了証書に記載しますので、正確にお書き下さい。					
所属する施設・事業所について	勤務先		従事期間		
			年 月 日～現在（ 年 ヶ月）		
	勤務先住所				
	〒				
サービスの種類	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. 小規模多機能型居宅介護 5. 訪問介護 6. 通所介護 7. 認知症対応型通所介護 8. 認知症対応型共同生活介護 9. 特定施設入居者生活介護 10. 訪問看護 11. 通所リハビリテーション 12. 短期入所生活介護 13. 短期入所療養介護 14. その他（ ）				
職種・役職	1. 管理者・施設長 2. 主任・リーダー 3. 副主任・副リーダー 4. サービス提供責任者 5. 計画作成担当者 6. 介護支援専門員 7. 介護職員・ケアワーカー 8. 看護職 9. ソーシャルワーカー 10. その他（ ）				
介護職経験年数 （通算）	1. 6ヶ月未満 2. 6ヶ月～1年未満 3. 1～2年未満 4. 2～5年未満 5. 5～10年未満 6. 10年以上				
保有資格 （該当するもの全てに○をつけてください。）	1. 介護福祉士 2. 訪問介護 3. ホームヘルパー 4. 介護支援専門員 5. 介護職員初任者研修 6. 医師 7. 看護師 8. 准看護師 9. 保健師 10. 社会福祉士 11. 理学療法士 12. 作業療法士 13. 言語聴覚士 14. 精神保健福祉士 15. その他（ ） 16. 保有資格無			実践者研修 の受講歴	有・無
基礎研修テキスト （必須） ○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 注文します。1冊1,100円 <input type="checkbox"/> 注文しません※基礎研修テキストがある場合等は、注文の必要なし。				

● 事務連絡先（受講票等送付先） ●

事業所名	
事業所所在地	〒
連絡先 TEL	
連絡先 FAX	
連絡担当者氏名	

※本申込書は郵送にてお送り下さい。