

令和2年度認知症介護研修（実践者研修） 受講生募集案内（研修のご案内）

1 目的

施設、在宅に拘わらず高齢者介護に従事している実務者を対象に、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対応や技術を研修し、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する。

2 実施主体

学校法人姫路文化学園

3 研修対象者

介護保険施設、指定居宅介護サービス事業所等で介護業務に従事し、認知症の知識に関して介護福祉士等の知識若しくはそれと同等の知識や技術を習得しており、概ね2年以上の介護経験を有する人

4 定員

各回60名 × 3回

5 研修日程

日程（様式第1号別紙1）のとおり

6 場所（会場）

姫路福祉保育専門学校 3号館3階 合同教室 ほか
（〒670-0972 姫路市手柄 1-22-1）

7 修了証書の交付

本研修の全日程を修了された方には修了証書を交付します。

8 受講料等

受講料：30,000円（テキスト代込み：消費税別）

※納入方法は、別途受講決定通知でお知らせします。

9 申込方法

令和2年度認知症介護研修（実践者研修）受講申込書（様式1）を同封のうえ次の宛先に郵送してください。

※申込先：〒670-0972 姫路市手柄 1-22-1

姫路福祉保育専門学校 認知症介護研修担当者 宛

※この研修は、講義・演習6日間と、自施設（事業所）4週間（実20日間）の研修です。

全日程参加できなければ修了証書は発行できません。遅刻・早退も認められませんので、必ず全日程出席できる方のお申込をお願いします。

10 申込期間 ※申込期間前に申込まれた場合は無効となります。

第1回 令和2年6月8日（月）～令和2年7月10日（金）

第2回 令和2年8月6日（木）～令和2年9月11日（金）

第3回 令和2年10月6日（火）～令和2年11月9日（月）

11 受講決定

申込期間中に申込のあった方について、受講資格を確認のうえ、先着順で受講者を決定いたします。

※通知発送予定；第1回：令和2年7月17日（金）

第2回：令和2年9月18日（金）

第3回：令和2年11月16日（月）

12 個人情報の取扱

本研修の申込書等に記載された事項は、個人情報の取扱規程に従って適正に管理し、①本研修の実施、②国、県における業務に関する検討、③公的機関における研修事業調査研究に必要な範囲以外に使用することはありません。

13 その他

- ・ 神戸市に所在する施設・事業所については、神戸市で研修を実施していますので、神戸市主催の研修を受講されますようお願いいたします。
- ・ 研修会場（学校）には、研修受講者用の駐車スペースがありませんので、公共交通機関をご利用ください。自家用自動車をご利用の場合は近隣の有料駐車場を使用していただくことになります。
- ・ JR姫路駅と本校との間、学生の登下校時にスクールバスを運行しています。
学生と同乗のため人数に制限がありますが、乗車希望の方は、申込書のスクールバス乗車希望の有無の欄の有を○で囲んでください。

14 お問い合わせ先

学校法人姫路文化学園 姫路福祉保育専門学校

住所：〒670-0972 姫路市手柄 1-22-1 電話：079-281-0555

FAX：079-281-8555 メール：bunka@himefuku.ac.jp

担当：瀧川（たきがわ）・山田

(様式第1号別紙1)

認知症介護研修事業 実施日程表

研修名 : 認知症介護研修事業

研修の種類 : 実践者研修

実施日	9:15	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
8 / 3 (月)	受付	オリエンテーション	認知症ケアの 基礎的視点と理念 180分 西本直樹 他	休憩	休憩	認知症ケアの 倫理 60分 末道いほ子 他	認知症の人の理解と対応 180分 垣谷光政 他		
8 / 4 (火)		認知症の人の権利擁護 120分 鳥羽由里江 他	認知症の人の 生活環境づくり 120分 長谷川邦子 他	休憩		地域資源の理解と ケアへの活用 120分 三好忠行 他	認知症の人の 家族への支援方法 90分 三好忠行 他		
8 / 18 (火)		認知症の人との コミュニケーションの理解と方法 120分 鳥羽由里江 他	認知症の人への 非薬物的介入 120分 澤中秀敏 他	休憩		認知症の人への介護技術 I (食事・入浴・排泄 等) 180分 西本直樹 他			
8 / 24 (月)		認知症の人への介護技術 II (行動・心理症状) 180分 澤中秀敏 他	休憩		アセスメントとケアの実践の基本 I (事例演習) 240分 藤田梯子 他				
8 / 25 (火)		アセスメントとケアの実践の基本 II (事例演習) 180分 西本直樹 他	休憩		自施設における実習の課題設定 240分 三好忠行 他				
自施設実習(アセスメントとケアの実践)4週間 ※20日以上かつ1日原則7時間以上の出席を必要とする。									
10 / 27 (火)		自施設実習評価 180分 三好忠行 他	修了式 30分						

(様式第1号別紙1)

認知症介護研修事業 実施日程表

研修名 : 認知症介護研修事業

研修の種類 : 実践者研修

実施日	9:15	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
10 / 2 (金)	受付	オリエンテーション	認知症ケアの 基礎的視点と理念 180分 西本直樹 他	休憩	認知症ケアの 倫理 60分 末道いほ子 他	認知症の人の理解と対応 180分 垣谷光政 他			
10 / 6 (火)		認知症の人の権利擁護 120分 鳥羽由里江 他	認知症の人の 生活環境づくり 120分 長谷川邦子 他	休憩	地域資源の理解と ケアへの活用 120分 三好忠行 他	認知症の人の 家族への支援方法 90分 三好忠行 他			
10 / 9 (金)		認知症の人との コミュニケーションの理解と方法 120分 鳥羽由里江 他	認知症の人への 非薬物的介入 120分 澤中秀敏 他	休憩	認知症の人への介護技術 I (食事・入浴・排泄 等) 180分 西本直樹 他				
10 / 13 (火)		認知症の人への介護技術 II (行動・心理症状) 180分 澤中秀敏 他	休憩	アセスメントとケアの実践の基本 I (事例演習) 240分 藤田梯子 他					
10 / 20 (火)		アセスメントとケアの実践の基本 II (事例演習) 180分 西本直樹 他	休憩	自施設における実習の課題設定 240分 三好忠行 他					
自施設実習(アセスメントとケアの実践)4週間 ※20日以上かつ1日原則7時間以上の出席を必要とする。									
12 / 22 (火)		自施設実習評価 180分 三好忠行 他	修了式 30分						

(様式第1号別紙1)

認知症介護研修事業 実施日程表

研修名 : 認知症介護研修事業

研修の種類 : 実践者研修

実施日	9:15	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
12 / 1 (火)	受付	オリエンテーション	認知症ケアの 基礎的視点と理念 180分 西本直樹 他	休憩	認知症ケアの 倫理 60分 末道いほ子 他	認知症の人の理解と対応 180分 垣谷光政 他			
12 / 4 (金)		認知症の人の権利擁護 120分 鳥羽由里江 他	認知症の人の 生活環境づくり 120分 長谷川邦子 他	休憩	地域資源の理解と ケアへの活用 120分 三好忠行 他	認知症の人の 家族への支援方法 90分 三好忠行 他			
12 / 7 (月)		認知症の人との コミュニケーションの理解と方法 120分 鳥羽由里江 他	認知症の人への 非薬物的介入 120分 澤中秀敏 他	休憩	認知症の人への介護技術 I (食事・入浴・排泄 等) 180分 西本直樹 他				
12 / 11 (金)		認知症の人への介護技術 II (行動・心理症状) 180分 澤中秀敏 他	休憩	アセスメントとケアの実践の基本 I (事例演習) 240分 藤田梯子 他					
12 / 14 (月)		アセスメントとケアの実践の基本 II (事例演習) 180分 西本直樹 他	休憩	自施設における実習の課題設定 240分 三好忠行 他					
自施設実習(アセスメントとケアの実践)4週間 ※20日以上かつ1日原則7時間以上の出席を必要とする。									
2 / 26 (金)		自施設実習評価 180分 三好忠行 他	修了式 30分						

様式 1

令和 2 年度第 () 回 認知症介護研修 (実践者研修)

受 講 申 込 書

[申込日：令和 2 年 月 日]

ふりがな		年齢	性別	生年月日
氏 名		歳	男 女	昭和 ・ 平成 年 月 日
取得資格 (該当する職種の番号をすべて○で囲んでください。)	1 介護福祉士 2 介護職員初任者研修 3 訪問介護員 (級) 4 介護支援専門員 5 理学療法士 6 作業療法士 7 看護師 8 社会福祉士 9 医療ソーシャルワーカー 10 施設職員 11 生活相談員 12 その他 ()			
介護業務従事年数	年 カ月 (すべての施設・事業所等を通算してください。)			
現勤務先名称		職名	介護職員・ヘルパー等、必ずご記入ください。	
現勤務先住所等	〒 TEL () - FAX () - e-mail :			
勤務先種別	1 老人保健施設 2 特別養護老人ホーム 3 グループホーム 4 デイサービス 5 小規模多機能ホーム 6 その他 ()			
事務担当者氏名		スクールバス乗車希望 (有 ・ 無)		

認知症介護研修 (実践者研修) の受講生として上の者を受講させたく申し込みます。

法人名・施設 (事業所) 名

施設 (事業所) 長名

公印

- ・実習を含めて全日程とも参加できる方をご推薦願います。
- ・受講者の氏名及び生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にお書きください。
- ・勤務先の e-mail は、研修決定など連絡、資料の送信に利用できるものにしてください。