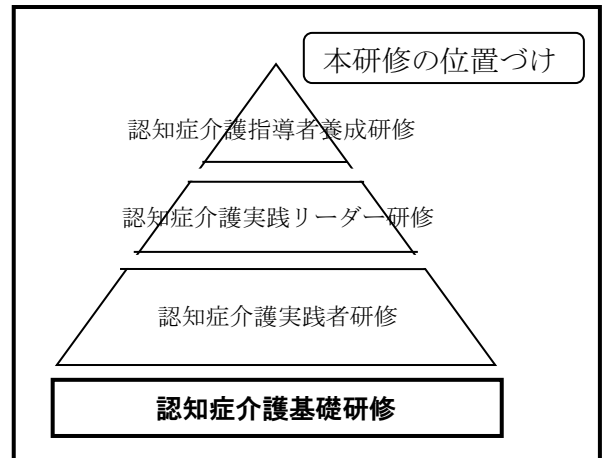


# 令和4年度 岡山県認知症介護基礎研修 募集要項

## (集合型研修)

### 1 目的

認知症介護に携わる者が、認知症の人や家族の視点を重視しながら、本人主体の介護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できるようにすることを目的とします。



### 2 実施主体

岡山県

(社会福祉法人岡山県社会福祉協議会に委託実施)

### 3 研修対象者

・岡山県内（岡山市を除く）の介護保険施設・事業所等において、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者等

※令和3年度介護報酬改定により、介護サービス事業者に、無資格の介護従事者に対し認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることが義務づけられています。

(令和6年3月31日までの間は努力義務)

※義務付けの対象外となる資格等は「別添3」に記載しています。

### 4 研修日程

| 研修形態 | 開催日程（時間は予定）                | 募集人員 |
|------|----------------------------|------|
| 集合型  | 令和4年11月9日（水）<br>9：30～16：55 | 70名  |

・集合型をご希望の場合は「別添1」を必ずご確認ください。

### 5 受講料 1,000円

### 6 テキスト代 1,100円（税込み）

・集合型研修では、『認知症介護基礎研修テキスト』[定価：本体1,000円＋税10%]（発行：株式会社ワールドプランニング）が必要です。

・テキスト代は受講料と合わせて受講案内時（受講日の約1か月前）に同封いたします郵便振替振込用紙により、指定口座までお振込みください。

※なお、既にテキストをお持ちの方は購入不要です。

・テキストの購入の有無については、受講推薦書の「購入を希望」もしくは「不要」のどちらかに○をご記入ください。

### 7 集合型研修会場（予定）

きらめきプラザ（岡山県総合福祉・ボランティア・NPO会館）（岡山市北区南方2丁目13-1）

※きらめきプラザには受講者用の駐車場はございませんので、車でお越しの場合は、近隣の駐車場をご利用ください。

### 8 受講申込み等

①別紙様式1「受講推薦書」に必要事項をご記入の上、下記申込先まで郵送もしくは持参に

てお申し込みください。FAX・メールによる申し込みはできません。

②受講者の決定及び受講決定通知の送付は、岡山県社会福祉協議会が行います。

(8月上旬を予定)

③研修の詳細を記載した受講案内を岡山県社会福祉協議会から通知します。

(10月上旬を予定) 受講日の3週間前になっても文書が届かない場合は、ご連絡ください。

■受講推薦書のダウンロード

[http://fukushiokayama.or.jp/workwelfare/sisethu\\_syokuin/認知症関連研修情報/](http://fukushiokayama.or.jp/workwelfare/sisethu_syokuin/認知症関連研修情報/)

(1) 申込期限 **令和4年7月20日(水)必着**

(2) 提出書類 別紙様式1「受講推薦書」 1部

(3) 申込先

〒700-0807 岡山市北区南方2丁目13-1

きらめきプラザ(岡山県総合福祉・ボランティア・NPO会館)

社会福祉法人岡山県社会福祉協議会 福祉支援部 福祉人材支援班

※封筒に、「認知症介護基礎研修申込書在中」と記入の上、ご提出ください。

## 9 修了証書について

全課程を受講し、修了要件を満たされた方に岡山県知事名の修了証書を交付します。

## 10 その他注意事項

(1) 新型コロナウイルス感染症の拡大状況により、延期・中止する場合がありますのでご了承ください。延期・中止の場合は、郵送にて連絡いたします。

(2) 申込みが予定人員を上回る場合は、無資格の方を優先とします。

(3) 受講決定後に受講を辞退する場合及び受講者に変更が生じた場合は、速やかに岡山県社会福祉協議会へ申し出てください。

(4) 原則として、早退・遅刻及び欠席した場合は、修了証書の交付ができません。

## 11 個人情報の取り扱いについて

申込時にご提出いただいた個人情報は、本研修の運営のみに使用し、それ以外の目的で利用あるいは第三者に提供することはありません。

## 12 問い合わせ先

[受託者]社会福祉法人岡山県社会福祉協議会 福祉支援部 福祉人材支援班 (担当: <sup>すなみ</sup>角南)

〒700-0807 岡山市北区南方2丁目13-1 きらめきプラザ3階

TEL: 086-226-2888 FAX: 086-226-3557

(月～金曜日 午前8時30分～午後5時15分)

[別添1]

【令和4年度 認知症介護基礎研修 研修カリキュラム（集合型）】  
（募集要項と併せてご確認ください）

令和4年11月9日（水）

| 時 間                   | 教科名                   | 講義内容                 |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| 9:30 ~ 9:40           | オリエンテーション<br>研修の目的と目標 |                      |
| 9:40 ~ 12:45          | 認知症の人の理解と対応の基本        | 認知症の人を取り巻く現状         |
|                       |                       | 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 |
|                       |                       | 認知症ケアの基礎技術           |
| 12:45 ~ 13:35         | （昼食・休憩）               |                      |
| 13:35 ~ 16:45         | 認知症ケアの実践上の留意点         | 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 |
| 16:45 ~ 16:55<br>（予定） | 修了証交付・閉会              |                      |

（※） 集合型研修を受講の方は上記カリキュラムをすべて研修会場で受けていただきます。

1. スケジュール

| スケジュール | 日程         | 注意事項                                 |
|--------|------------|--------------------------------------|
| 申込期限   | 7月20日（水）必着 |                                      |
| 受講決定送付 | 8月上旬ごろ     | 文書にて送付します。                           |
| 受講案内送付 | 10月上旬ごろ    | 受講料・テキスト代を合わせた金額の振込用紙を同封し、文書にて送付します。 |

### [別添3]

#### [基礎研修の義務付けの対象外の資格等]

- ・ 看護師
- ・ 介護福祉士
- ・ 介護支援専門員
- ・ 介護職員初任者研修修了者
- ・ 介護職員基礎研修課程修了者
- ・ 社会福祉士
- ・ 歯科医師
- ・ 理学療法士
- ・ 言語聴覚士
- ・ 管理栄養士
- ・ あん摩マッサージ師
- ・ きゅう師
- ・ 認知症介護実践者研修修了者
- ・ 認知症介護指導者養成研修修了者
- ・ 准看護師
- ・ 介護福祉士
- ・ 実務者研修修了者
- ・ 生活援助従事者研修修了者
- ・ 訪問介護員養成研修一級・二級課程修了者
- ・ 医師
- ・ 薬剤師
- ・ 作業療法士
- ・ 精神保健福祉士
- ・ 栄養士
- ・ はり師
- ・ 認知症介護実践リーダー研修修了者

令和4年 5月 10日

### 令和4年度岡山県認知症介護基礎研修 受講推薦書

岡山県知事 伊原木 隆太 殿

〒 000-XXXX

所在地 ○○市△△◇-XX-□  
 法人名 ○○の会  
 代表者名 会長 岡山 太郎  
 電話番号 000-000-0000  
 メールアドレス ○○@abc.jp  
 担当者 介護 一郎

下記の者に、令和4年度 岡山県認知症介護基礎研修を受講させたいので推薦します。

<希望する受講形態に1~2までの数字を記入してください。希望しないものは空欄としてください。>

|          |       |           |   |
|----------|-------|-----------|---|
| 集合型研修    | 1     | eラーニング型研修 | 2 |
| テキスト購入有無 | 購入を希望 | 不要        |   |

※集合研修を希望する方はテキストの購入の有無について○を記入してください

|                          |                                                                                                                                             |                           |                  |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------|
| 勤務先事業所名                  | ○○デイサービスセンター                                                                                                                                |                           |                  |
| 勤務先所在地                   | 〒 000-XXXX<br>○○市△△ ◇-XX-□<br>TEL 000-000-0000 FAX XXX-XXX-XXXX                                                                             |                           |                  |
| ふりがな<br>受講希望者<br>氏名      | ふくし れいこ<br>福祉 令子                                                                                                                            | 生年月日<br>昭和 5年 4月 1日<br>平成 | 年齢 29 歳 性別 男 ・ 女 |
| 認知症介護<br>経験年数<br>(該当に○印) | ①6か月未満 ②6か月~1年未満 ③1年~2年未満<br>④2~5年未満 ⑤5~10年未満 ⑥10年以上                                                                                        |                           |                  |
| 認知症介護<br>業務従事歴           | 年月日 ~ 年月日                                                                                                                                   | 所属施設・事業所                  | 役職・職種等           |
|                          | 令和元年4月 1日~令和2年3月31日                                                                                                                         | グループホーム□□□                | 介護職              |
|                          | 令和2年4月 1日~現在                                                                                                                                | ○○デイサービスセンター              | 介護職              |
| 別添3の資格<br>等の有無           | あり ・ なし                                                                                                                                     |                           |                  |
| 所有資格<br>(該当に○印)          | ①介護福祉士 ②介護支援専門員 ③介護職員初任者研修修了者 ④介護職員基礎研修修了者<br>⑤介護職員実務者研修修了者 ⑥ホームヘルパー( )級 ⑦看護師 ⑧准看護師 ⑨保健師<br>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<br>⑮その他( ) |                           |                  |
| 研修受講歴                    | 認知症介護実践研修(実践者研修)の受講歴 あり ・ なし                                                                                                                |                           |                  |
| 複数受講希望                   | 1 番目 2 人中 ※同一施設・事業所から複数人申し込む場合は、必ず優先順位をつけてください。                                                                                             |                           |                  |

※虚偽、記載漏れ、誤記等がある場合は、選考の対象となりません。