

千 高 協 第 2 3 号
平成 2 7 年 6 月 2 6 日

高齢者福祉施設の長 様

一般社団法人千葉県高齢者福祉施設協会
会 長 田 邊 信 行
(公印省略)

平成 2 7 年度認知症介護実践研修（実践者研修）受講者の募集について

時下 ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。
さて、本協会の自主研修事業として標記研修を下記のとおり実施します。
つきましては、別添「募集要領」に基づき受講生を募集いたしますので、所属職員にご周知くださいますようお願いいたします。
なお、研修の全課程を修了された方には、本協会長から修了証書（千葉県知事発行の修了書と同等の効力）が交付されますことを念のため申し添えます。

記

- 1 募集定員 70名（原則として1施設1名とし、受講者多数の場合は選考により決定します。）
- 2 受講対象 通所介護事業所に従事する介護職員
- 3 研修日程 平成27年8月25日（火）から8月28日（金）
- 4 研修会場 千葉商工会議所 12階「研修室A」および14階「第2ホール」
- 5 申込方法 ① 別紙「認知症介護実践研修受講申請書」
② 身分証明書（運転免許証等）の写し
（受講者の顔写真・生年月日が分かるもの）
③ 官製はがき
（返信先【施設等】の郵便番号・住所・氏名を記入したもの）
以上3点を添えて、事務局あて郵送又は持参
- 6 申込締切日 平成27年7月14日（火）必着

【申込み・問い合わせ先】

一般社団法人千葉県高齢者福祉施設協会事務局
〒260-0026 千葉市中央区千葉港4番3号
TEL 043-244-6021 FAX 043-244-6022

一般社団法人千葉県高齢者福祉施設協会
平成27年度 認知症介護実践研修（実践者研修）

募 集 要 領

【目 的】

高齢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な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の介護サービスの充実を図ることを目的とする。

【目 標】

- 1 生活環境を活かした認知症の人の自立支援の展開ができる場とする。
- 2 認知症介護の専門職として、自身の認知症介護の理念を明確にして具体的に自分の言葉として構築できる場とする。
- 3 理念の再確認に基づき、自身の認知症介護の知識と技術の振り返りを行い、その振り返りに基づいて新しい技術の修得に努める。
- 4 理念の再確認に基づき、自己の介護現場において、その新しい認知症介護の知識と技術を実践的に発揮できる力を修得することを目指す。

I 受講対象者

- 1 原則として、千葉県内に所在地を有する通所介護事業所に従事する介護職員で、適当と認められる者
- 2 身体介護に関する基本的知識・技能を有している者で概ね実務経験が2年程度の者

II 募集人数、研修日程及びカリキュラム

- 1 募集人数 70名
1 施設1名を原則とし、受講希望者が多数の場合は、選考により決定します。
- 2 研修日程 平成27年8月25日（火）～8月28日（金）
- 3 カリキュラム 別紙「認知症介護実践研修（実践者研修）カリキュラム」参照

- III 実施主体 一般社団法人千葉県高齢者福祉施設協会
千葉県中央区千葉港4番3号 千葉県社会福祉センター内

IV 受講申込

受講を希望する方は、別紙「認知症介護実践研修受講申請書」に必要事項を記入して、

- ・受講者の写真貼付の身分証明書（運転免許証等）の写し
 - ・返信先（施設等）の郵便番号・住所・氏名を記入した『はがき』
- を同封のうえ、下記の申込先まで郵送又は持参してください。

申込締切日：平成27年7月14日（火）必着
（持参の場合は7月14日（火）午後5時まで）

- V 受講経費 5,000円（実費相当及び材料費）
- VI 研修会場 千葉商工会議所 12階「研修室A」および14階「第2ホール」
（千葉市中央区中央2-5-1）
- VII 修了証書 全課程を修了した方に一般社団法人千葉県高齢者福祉施設協会
会長名の修了証書を交付します。
なお、受講に際し不正行為があった場合、修了証書は無効とします。

【申込み・問い合わせ先】

一般社団法人千葉県高齢者福祉施設協会事務局

〒260-0026 千葉市中央区千葉港4番3号 千葉県社会福祉センター内

TEL：043-244-6021 FAX：043-244-6022

平成27年度認知症介護実践研修（実践者研修）カリキュラム

【1日目】

教科名	ねらい	時間
開講式 研修オリエンテーション	研修カリキュラムの構造が分かる。 研修の目的・目標・内容を理解し、研修に取り組むための心構えを培う。	9:30～10:10 (40分)
事前課題を使用した自己紹介	研修生同士の情報交換とネットワーク作りを形成しグループワークの円滑化を図る。更に、研修前における緊張感やストレス緩和の場を形成できる。	
1. 認知症の基本的理解	認知症を医学面から理解することにより、生活障害としての理解を深める。 認知症の人の医学的・心理的理解から高齢者に及ぼす心と体への変化を知る。更に、認知症介護に必要な生活支援の考え方の素地となる知識を習得する。	10:20～12:30 (130分)
昼食 (12:30～13:30)		
2. 千葉県における認知症対策について	高齢社会の現状から制度を理解し、これからの認知症介護の専門的役割と機能について考えられる。	13:30～14:30 (60分)
3. 私が認知症になったとき〇〇の生活を望む（演習）	認知症の人の立場に置き換え、望ましい関わり方や生活支援の内容について、具体的に考えられる。 現在の認知症の人への関わりを振り返り、自己の関わり傾向性を知る。	14:40～16:50 (130分)
● 一日の振り返り	本日の学びを自己の目標に照らし合わせ、整理し、更に学びたい事柄を具体化できる。	16:50～17:00 (10分)

【2日目】

教科名	ねらい	時間
1. 認知症の生活支援について学ぶ	認知症の人の様々な生活上の困難さを理解し、環境や周囲の関わりが及ぼす認知症の人への影響を知り生活支援のあり方の重要性を深める。	9:30～12:00 (150分)
昼食 (12:00～13:00)		
2. 認知症の人のケアマネジメントの現状	1の講義をもとに現状における認知症の人へのケアマネジメントのありようを学ぶ。	13:00～15:10 (130分)
3. 認知症の人の意思決定支援と権利擁護	認知症の人の立場を通して、日常生活の中で制限されてしまう個人の意思決定・自由・自己選択を奪われている現状を知る。更に、現状を通して認知症の人の人権を守るために如何に権利を支えていくかについての考え方を深められる。	15:20～16:50 (90分)
● 一日の振り返り	本日の学びを整理できる。 更に、今後学びたいことについて考える機会となる。	16:50～17:00 (10分)

【3日目】

教科名	ねらい	時間
1. 認知症の人の家族の思いを知る	認知症の人の家族の気持ちや立場を理解し、認知症の人と家族の望む安心を守る関わりを考えられる。 更に、認知症を抱える家族内の様々な問題や課題のありようから、解決に向けた関わりの必要性を深める。	9:30~10:30 (60分)
2. 認知症の人の家族の思い (演習)	1の講義から、認知症の人の家族の立場や気持ちの理解を深め、認知症の人の家族への対応や支援についての考え方を学ぶ。	10:40~12:30 (110分)
昼食 (12:30~13:30)		
3. 認知症介護のための環境支援	認知症の人の生活を支えるために、人的環境と住居環境に重点を置き、2つの働きかけの統合が認知症の人の生活機能を高めるための効果的な働きかけであることを理解できる。	13:30~17:00 (210分)
4. 自分たちのケアを見つめ直そう (演習)	3の講義を踏まえ、事例を通して具体的に介護における環境のあり方の理解を深め、環境への関わり方について考えられる。	
● 一日の振り返り	本日の学びを整理できる。更に、今後学んでみたいことについて考える機会となる。	4日目に提出

【4日目】

教科名	ねらい	時間
1. 援助者の位置づけとあり方 (演習)	現状における認知症の人への関わりを「その人のみに対応した、その人のみに通じるケア」へと発展していくための思考のプロセスについて学ぶ。	9:30~12:00 (150分)
昼食 (12:00~13:00)		
1. 援助者の位置づけとあり方 (演習)	事例をもとに自己の関わり傾向性を知り、認知症人への援助関係成立に必要な要素を考えられる。	13:00~14:00 (60分)
2. 演習のまとめ“理念をつくらう” 「こんな介護をしたい」(演習)	研修における学びを整理し、習得した事柄をもとに認知症介護における環境のあり方の理解を深め、これからの介護実践において、実行可能な関わりや取り組みについて行動レベルで表現することができる。	14:10~16:30 (140分)
閉講式 ● 一日の振り返り 成果シート 「この研修で学んだこと」記入	研修の学びや成果を実感できる。 今研修のまとめ 4日間の学びをフィードバックできる。 研修における自己の学びを評価できる。	16:30~17:00 (30分)

一般社団法人 千葉県高齢者福祉施設協会
認知症介護実践研修受講申請書

平成 年 月 日

一般社団法人 千葉県高齢者福祉施設協会会長様

【施設所在地】

【種別】 (養護・特養・軽費) 老人ホーム・デイ
いずれかに○を付すこと

【施設名】

【施設長名】

印

【電話番号】

【FAX 番号】

【施設としての認知症介護実践研修の申込み状況等】

研修区分	申込み状況	受講状況※	受講者数 (累計)
実践者	有 (年度)・無	有 (年度)・無	人
実践リーダー	有 (年度)・無	有 (年度)・無	人

※受講状況は16年度まで実施していた痴呆介護実務者研修基礎課程、専門課程の受講状況を合算して記入すること。

認知症介護実践研修（実践者研修）の受講希望者を次のとおり推薦します。

(フリガナ) 氏名 (生年月日)	性別 ----- 年齢(歳)	職種	身体介護に関する 資格等の有無 (有無に○を付す)※1	身体介護業務の 通算経験年数 ※2	備考
S H (年 月 日)	男女 ----- 歳		有 () 無	年	
	住所				

※1 資格等有の場合、()内に資格の種類(介護福祉士・ホームヘルパー○級・○○研修受講等)を記載する。

※2 経験年数は、当該年度の4月1日現在とし、1年未満は切り捨てとする。