

公益社団法人日本介護福祉士会
平成 26 年度 認知症専門研修開催要綱

1. 趣旨

介護福祉士の専門性を基盤として、認知症の人に対する生活支援の介護サービスの充実を図るために、本研修を実施するものとする。

2. 開催日時

第 1 回：平成 26 年 9 月 20 日（土）10：00 から

平成 26 年 9 月 21 日（日）17：00 まで

第 2 回：平成 26 年 10 月 11 日（土）10：00 から

平成 26 年 10 月 12 日（日）17：00 まで

※第 3 回以降は受講決定通知送付の際にお知らせいたします。

3. 会場

日本介護福祉士会 2 階会議室

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-22-13 西勘虎ノ門ビル 2 階

TEL：03-3507-0784

4. 研修時間

合計 300 時間 ① 講義及び演習 140 時間 ② 自職場実習 160 時間

※やむを得ない事情により欠席した場合、3 年以内に全科目を修了するものとする。

5. 受講要件

以下の 3 項目全てを満たしている者。

① 介護福祉士資格取得後 5 年以上の実務経験を有する者。

（実務経験は介護の業務とし、介護支援専門員、相談員等の業務は含まない。）

② 現に介護施設、認知症グループホーム、訪問介護事業所等で日常的に認知症ケアを実践している者。

③ 生涯研修制度に位置付けている「ファーストステップ研修」を修了している者又は生涯研修制度に位置付ける研修を 150 時間以上（100 ポイント以上）修了している者。

6. 受講定員

30 名（受講者の決定に際しては、日本介護福祉士会会員を優先させていただきます。）

7. 参加費用（資料代を含む）

・日本介護福祉士会会員 95,000 円

・その他 180,000 円

8. 修了者の到達目標

- ① 認知症の人の尊厳を十分に理解し、尊厳を支える具体的な介護ができる。
- ② 介護過程の展開を適切に行うことができる。
(ニーズ把握、介護計画作成、実施、評価)
- ③ 自職場で部下や後輩に認知症とそのケアについて説明できる。
- ④ 自職場の認知症の人の介護についての課題を解決できる。

9. 研修内容

科目	主な内容
本研修を受講にあたって (オリエンテーション科目)	①研修のねらい、進め方 ②グループワーク方法論 等
認知症の人の生活の理解	①生活とは何か ②認知症が及ぼす生活への影響 等
認知症の人の共感的理解	①認知症の本質と生きる意味の理解 ②同じ人として出会うために ③その人らしさについて 等
認知症の人の医学的理解	①認知症を引き起こす疾病について ②認知症の中核症状、周辺症状 ③BPSD 等
認知症の人の介護の基本、原則	①認知症介護の現状 ②認知症の人の尊厳と倫理 ③認知症の進行と状態に応じた具体的な介護 等
認知症の人の心理的理解とコミュニケーション	①認知症の人とのコミュニケーションとは ②様々なコミュニケーション技術 等
サポートネットワーク	①介護保険制度と認知症の人の支援 ②認知症の人の社会的・地域的支援体制 ③医療・福祉との連携 等
介護過程の展開	①介護過程の意義と目的 ②生活に視点を置いたアセスメント 等
職員への教育方法	①職員教育の理論と実際 ②チームケアの理論 等
事例検討	①事例検討の方法 ②事例検討のまとめ方 ③事例検討の活用方法 等

※講師要請の都合により一部プログラムの変更がある場合がございます。

10. 修了認定について

日本介護福祉士会において、①研修修了後の認定試験、②自職場実習終了後のレポート（テーマは後日提示）によって修了認定を行い、修了者には日本介護福祉士会会長より認定証を発行する。

11. 申込方法

別紙申込用紙に必要事項をご記入のうえ、平成26年8月29日（金）までに都道府県介護福祉士会あてにFAXにてお申し込み下さい。

日本介護福祉士会にて受講者決定後ご自宅あてに受講決定通知及び参加費用振込用紙を送付いたします。

12. お問い合わせ

公益社団法人日本介護福祉士会 事務局（担当：神田）

TEL：03-3507-0784

FAX：03-3507-8810

MAIL：webmaster@jaccw.or.jp

認知症専門研修 受講申込書

申込日 月 日

ふりがな		会員番号	
氏名		男・女	昭和 平成 年 月 日生
通知送付先住所 〒			TEL
			FAX
勤務先名称			
職種		役職	
介護福祉士取得後の 実務経験年数		年	介護職としての 通算経験年数 年
メールアドレス (携帯は不可)		現在認知症の人の ケアに携わっている	はい・いいえ
ファーストステップ研修		修了・受講中・未受講	
生涯研修制度に位置づける研修を150時間以上 修了(生涯研修制度ポイント100以上所有)		有・無	
認知症に関する 過去に修了した研修名			
受講動機(特に認知症介護に関して)			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

都道府県介護福祉士会記入欄

--

※ 記入漏れのないようご記入下さい。

※ お申し込みは各都道府県介護福祉士会までお願いいたします。

公益社団法人日本介護福祉士会事務局 東京都港区虎ノ門 1-22-13 西勘虎ノ門ビル 3階
TEL 03-3507-0784 FAX 03-3507-8810 E-mail webmaster@jaccw.or.jp