

令和3年4月吉日

事業所各位

一般社団法人 富山県介護福祉士会  
会長 舟田 伸司  
(公印省略)

### 令和3年度認知症介護基礎研修の実施について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素より当会の事業に格別のお引き立てを賜わり、誠にありがとうございます。

さて、富山県介護福祉士会は「認知症介護実践者等養成事業の実施について」(平成18年3月31日付け老発第0331010号厚生労働省老健局長通知)に規定する認知症介護基礎研修の実施指定機関として、令和3年度は年3回の開催を計画しております。

本研修は介護保険施設及び事業所において、認知症介護に携わる者が、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できるようにすることをねらいとし、講義・演習形式により行います。

つきましては、令和2年度認知症介護基礎研修の募集要項を送付し、ご案内いたします。

受講を希望される場合、別添『一般社団法人富山県介護福祉士会 令和3年度認知症介護基礎研修募集要項』に従い、お申込みいただきますようお願いいたします。

なお、本研修は富山県では当会以外に実施いたしませんので、ご注意ください。

〈問合せ先〉

一般社団法人富山県介護福祉士会

〒939-8084

富山市西中野町1丁目1-18

オフィス西中野ビル1階

TEL：076-422-2442 FAX：076-422-0440

令和3年度

# 認知症介護基礎研修 募集要項

この研修は、適切なサービスの提供に関する知識等を修得し、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に対する介護サービスの充実を図ることを目的としています。

※一般社団法人富山県介護福祉士会は、富山県の指定を受け、認知症介護基礎研修を開催いたします。

**【 研修に関する申込み・お問い合わせ 】**

一般社団法人 富山県介護福祉士会

〒939-8084

富山市西中野町1丁目1-18 オフィス西中野ビル1階

TEL 076-422-2442

FAX 076-422-0440

メールアドレス toyama-kaigo@topaz.ocn.ne.jp

ホームページ <http://www.toyama-kaigo.com/>

## 1. 研修目的

認知症の人をケアしていくうえで、認知症に関する基礎的な知識を有していないと、実際のケア現場でとまどうことが多くなる。認知症介護基礎研修は、ケア現場で役立つ認知症に関する最低限の知識・技術と、それを実践する際の考え方を身につけることを1つの目的としている。

また、基本的な知識・技術を身につけたうえで、チームアプローチに参画する一員として基本的なサービス提供を行うことができるようにすることがこの研修の大きな目的である。

## 2. 研修対象者

介護保険施設・事業所に従事する介護職員 等

※医療・福祉関連の資格を持たない介護職員を優先します。

## 3. 募集人員

定員    《第1回》    50名        《第2回》    50名        《第3回》    50名

※各回において定員を超えた場合は、受講人数を1事業所1名に調整させていただきます。

## 4. 受講費用

5,000円（受講生1名あたり）

※受講決定通知とともに受講費用振込みのご案内をいたしますので、期日までに指定口座に振込みをお願いします。

※研修に要する費用のうち、テキスト代、交通費、食費については研修受講者負担とします。

## 5. 使用テキスト

認知症介護基礎研修標準テキスト（株式会社ワールドプランニング）    【定価 1,000円 + 税】

※各自でご準備ください。当日の販売や貸し出しはありません。

※書店等で取り寄せる場合は、2週間程度かかります。

## 6. 研修内容・開催日・会場

### (1) 研修内容

認知症介護に携わる者が、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できるようにすることをねらいとし、講義・演習形式により行います。

(研修科目 別紙1 参照)

### (2) 開催日・会場

#### 《第1回》

令和3年 6月 1日（火） サンシップとやま 602～604 （富山市安住町 5-21）

#### 《第2回》

令和3年 8月 17日（火） 富山県農協会館 801 （富山市新総曲輪 2-21）

#### 《第3回》

令和3年 11月 5日（金） 富山県農協会館 801 （富山市新総曲輪 2-21）

## 7. 申込み期間

### (1) 申込み方法

受講申込書に必要事項を記入の上、富山県介護福祉士会まで必ず郵送にてお申込みください。

### (2) 申込み期間

#### 《第1回》

令和3年 4月16日(金)～令和3年 4月28日(水) [必着]

#### 《第2回》

令和3年 6月4日(金)～令和3年 6月17日(木) [必着]

#### 《第3回》

令和3年 8月27日(金)～令和3年 9月9日(木) [必着]

※定員になり次第締切ります。なお、定員に達した場合は当会ホームページにて告知します。  
また、上記の期間以外の受付はできませんので、申込み期間の厳守をお願いします。

## 8. 受講決定

受講決定の案内は、下記のとおり行います。ただし、定員を超えた場合は受講をお断りすることがあります。その際は、電話にて連絡します。

《第1回》 令和3年 5月10日(月) 以降に発送

《第2回》 令和3年 7月13日(火) 以降に発送

《第3回》 令和3年10月5日(火) 以降に発送

## 9. 修了証の交付について

研修の全課程を修了した方に修了証を交付します。ただし、次の①、②の要件を全て満たす場合とします。

- ① 各講義・各演習時間の9割以上の出席が認められる場合
- ② 研修期間中に提出を指示した書類が全て提出された場合

## 10. 留意事項

- (1) 施設長または管理者から推薦を受けた上で、お申込みください。
- (2) 受講申込書は必ず郵送してください。FAXでの申込みは受けません。
- (3) 受講申込書は記載内容を十分確認の上、提出してください。特に申込者及び法人(事業所)印を忘れないようご注意ください。(記載に不備等がある場合は、受付できないことがあります。)
- (4) 申込み書類に虚偽の記載等があった場合は、受講決定の取り消しまたは、修了証の交付ができないことがあります。また、修了証発行後に虚偽が認められた場合は、修了を取り消します。
- (5) 受講申込み後の受講者の変更は、原則、受けません。
- (6) 1カ所の施設・事業所の受講申込み人数が多数の場合、受講人数を調整させていただくことがあります。
- (7) 受講申込みに係る個人情報については、本研修に係る業務のみに使用し、厳重に管理します。

※個人情報を取り扱う業務として、修了認定に係ること、富山県への名簿の提出などがあります。

## 令和3年度認知症介護基礎研修（第3回）

【日 時】 令和3年11月5日（金） 9：20～16：50

【会 場】 富山県農協会館 801号室

【携行品】 筆記用具、認知症介護基礎研修標準テキスト

時間	内容	講師
9：20～9：30	<b>オリエンテーション</b> 「研修の目的と目標」	富山県厚生部 高齢福祉課
9：30～9：50	<b>認知症の人の理解と対応の基本</b> ・ 認知症の人を取り巻く現状	富山県厚生部 高齢福祉課
9：50～12：40	・ 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	指導者養成研修 修了者
12：40～13：40	昼休憩	
13：40～16：50	<b>認知症ケアの実践上の留意点</b> ・ 演習Ⅰ「認知症の人とのコミュニケーション」 ・ 演習Ⅱ「行動の背景を理解したケアの工夫」 ・ 振り返り「自事業所の現状やこれまでのケアの振り返り」	指導者養成研修 修了者

## 〈 認知症介護基礎研修 受講申込書 記入要領 〉

### 1. 設置主体（管理運営主体）について

記載する際は、略式ではなく正式名称を記入してください。

※記載例：社会福祉法人〇〇〇会、株式会社△△△、特定非営利活動法人□□□ 等

### 2. 事業所名欄の「事業者コード」について

「事業者コード」欄には、受講申込者が所属する介護保険施設・事業所等に対応する事業所種類を次の表から選び、そのコード番号を記入してください

#### ○事業者コード

コード	事業所種類	コード	事業所種類
1	介護老人福祉施設	8	通所リハビリテーション
2	介護老人保健施設	9	定期巡回・随時対応訪問介護看護
3	介護療養型医療施設	10	認知症対応型通所介護
4	訪問介護	11	小規模多機能型居宅介護
5	訪問入浴介護	12	認知症対応型共同生活介護
6	訪問看護	13	看護小規模多機能型居宅介護
7	通所介護	14	その他

### 3. 受講申込者職種名欄の「職種コード」、受講申込者役職名欄の「役職コード」について

受講申込者の介護保険施設・事業所等における職種及び役職について、下記の表から選び、そのコード番号を記入してください。（職種を兼務している場合は、職種名欄に全ての職種を記載し、職種コードは主とするものを選択してください。）

#### ○職種コード

コード	職 種	コード	職 種
1	医師	5	介護支援専門員
2	看護職員	6	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
3	介護職員	7	精神保健福祉士
4	生活相談員、支援相談員	8	その他

#### ○役職コード

コード	役 職
1	施設・事業所の管理者（コード3の事業所を除く）
2	その他管理職（看護長・介護長等）
3	施設・事業所のユニット長（フロアーリーダー等）
4	施設・事業所の介護主任
5	上記1～4以外の職場内リーダーとしての役職にある者
6	なし（役職のない者）

### 4. 主な職歴欄は、直近時から3箇所程度記入してください。なお、事業所名は正確に記入してください。

### 5. 所有する介護・医療関係の資格が複数ある場合は併記してください。

※記載する資格の例：介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉士、看護師、准看護師など

令和3年度認知症介護基礎研修受講申込書

受講希望	※いずれかに○をつけてください。(複数選択不可)			
	( ) 第1回	( ) 第2回	( ) 第3回	
フリガナ			昭和	
氏名	印	生年月日	平成	年 月 日
住所	〒			
	携帯番号	自宅電話番号		
フリガナ		事業者 コード(※)		
所属 事業所名			設置主体 (管理運営主体)	
所属事業所 住所及び 連絡先	〒			
	電話番号	FAX番号		
受講予定者 職種名		職種 コード(※)	受講予定者 役職名	役職 コード(※)
申込区分 ※どちらかに ○をつけること	( ) 介護福祉士会会員 (16 ) / ( ) 一般(非会員)			
主な職歴				
期間※今現在所属している事業所から、さかのぼって記入してください。	事業所名	サービス種類	業務内容	
例：平成22年4月～令和3年5月(11年2ヵ月)	例：特別養護老人ホーム〇〇苑	例：特養	例：介護業務	
年 月 ～ 年 月 ( 年 ヵ月)				
年 月 ～ 年 月 ( 年 ヵ月)				
年 月 ～ 年 月 ( 年 ヵ月)				
介護業務実務経験通算 : ( 年 ヵ月)				
所有する介護・医療関係の資格				

上記の者を当該研修受講者として推薦します。

令和3年 月 日

施設・事業所名

印

施設長(又は管理者)氏名

印

※受講申込みに係る個人情報については、本研修のみに使用し、厳重に管理いたします。

## 認知症介護基礎研修 科目一覧

教 科 名	目 的
(1) 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、症状に関する基礎的な知識を学び、認知症ケアの基礎的な技術に関する知識を身につける。
(2) 認知症ケアの実施上の留意点	認知症ケアの実践を行うために必要な方法について、事例演習を通じて、背景や具体的な根拠を把握の上、ケアやコミュニケーションの内容を検討する。自事業所の状況や自身のこれまでのケアを振り返り、認知症の人への対応方法を身につける。