

令和3年度 認知症介護基礎研修(南部コース第2回目)実施要領

1. 目的

本研修は、認知症介護施設・事業所の職員等、認知症ケアに携わる者が、その業務を遂行する上で基本となる知識・技術の修得と、それを実践する際の考え方を身に付けることを目的とします。

2. 実施主体および実施機関

実施主体 滋賀県
実施機関 社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会

3. 対象者

認知症高齢者介護に携わる介護職員、および認知症介護実践者研修受講予定の方。または、この研修内容に関心のある職員。

滋賀県では、原則として本研修を修了していることが「認知症介護実践者研修」の受講のための条件となります(地域密着型サービス運営基準にかかる市町からの推薦により認知症実践者研修を受講する場合にはその限りではありません)。

4. 日程および内容

時 間	内 容
9:00～ 9:15	受付
9:15～ 9:20	オリエンテーション
9:20～ 12:20 (途中、適宜休憩有)	① 「研修のねらいと認知症の現状」 講師:滋賀県医療福祉推進課 ② 「認知症の人の理解と対応の基本」 講師:認知症介護指導者
12:20～13:20	昼休憩
13:20～16:30 (途中、適宜休憩有)	「認知症ケアの実践上の留意点」 講師:認知症介護指導者
16:30	修了

※研修終了後、修了証を交付いたします。

5. 開催日および会場

【南部コース】※集合研修で開催します。

コース	開 催 日	会場および定員	申込期限(事務局必着)	
南1	令和3年5月25日(火)	県立長寿社会福祉センター 100名	令和3年4月20日(火)	終了
南2	令和3年7月6日(火)	県立長寿社会福祉センター 100名	令和3年5月31日(月)	募集
南3	令和3年12月7日(火)	県立長寿社会福祉センター 100名	令和3年10月29日(金)	※

※今回は南2を募集します。南3コースのお申込みについては、後日ご案内いたします。

6. 受講料 2,880円

受講決定後、指定する期日までに指定口座に振込みにてお支払いください。なお、恐れ入りますが、振込手数料は各自でご負担いただきますようお願いいたします。

※一度振り込まれた受講料は、受講者側の都合等により受講ができない場合でも、返金出来ませんのでご了承ください。

7. 修了証の交付

本研修は、厚生労働省による認知症介護実践者等養成事業実施要綱に基づき実施しており、定められた時間の履修が必要となります。遅刻者等につきましてはレポート提出をしていただきます。また、30分以上遅刻または早退すると、欠席となりますので、ご承知おきください。

全科目を受講された方には、県より修了証が交付されます。

8. 申込方法

今回は、「南2コース」を募集します。

別紙受講申込書により、滋賀県社会福祉研修センターあてに 5月31日(月)までに郵送で お申込みください。申込書には、一部個人情報を含み、本人自署欄がありますので、FAXでの受付は行いません。

9. 受講の決定

受講の可否については、申込締切り後、2週間以内に「受講決定通知書」または「お断り通知書」をFAXで 通知します。

なお、定員を超える申し込みがある場合は、申込期間内でも募集を終了し、先着順に受講決定を行うことがありますのでホームページにて募集状況をご確認ください。

10. テキスト

受講決定後、研修当日までにテキストを購入していただきます。下記を参考に、各自でご準備ください。

テキスト名： 認知症介護基礎研修標準テキスト(認知症介護研究・研修センター監修)

定 価： 1,100円(税込)

出 版 社： 高齢者医療専門出版 WORLD PLANNING (株式会社 ワールドプランニング)

[参考] インターネットで「認知症介護基礎研修標準テキスト」と検索し、株式会社ワールドプランニングより購入できます。また、お近くの書店でも取り寄せが可能です。

11. 会 場

県立長寿社会福祉センター (草津市笠山7丁目8番138号)

【交通案内】 JR瀬田駅からバスで約15分

帝産バス： 滋賀医大行き(レストタウン・長寿社会経由)

3番のりば 8:00発、8:30発 長寿社会福祉センター下車

12. そ の 他

- ・昼食は各自でご用意ください。
- ・会場敷地内(駐車場を含めた敷地全体)は全面禁煙です。ご協力をお願いいたします。
- ・感染予防策を講じて研修を実施いたします。ご協力をお願いいたします。(別紙参照)

何らかの警報が発令された場合や県から事業の自粛勧告が出された場合、研修を延期または中止せざるを得ない状況となる可能性があります。

このような場合は、下記のホームページの「緊急のお知らせ」をご確認いただくか、お電話にて開催の有無をご確認いただいた上、会場へお越しいただきますようご協力をお願いいたします。

ホームページアドレス(滋賀県社会福祉研修センター) <http://www.shiga-sfk.jp>

申込み・問い合わせ先

〒525-0072

草津市笠山7丁目8-138 長寿社会福祉センター内

TEL 077-567-3927 FAX 077-567-3910

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会

滋賀県社会福祉研修センター

令和3年度 認知症介護基礎研修 受講申込書
【南部コース・2回目 7月6日(火)】

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会長 あて

施設・事業所名
代表者名

事業所印

(ふりがな) 氏名		生年月日		職種	介護職としての 経験年数
()		昭和 ・ 年 月 日 平成			年 月
※ 修了証書に記載されますので、お間違いのないよう お願いいたします。					
所 属	法 人 名				
	事 業 所 名				
事業種別		【該当する所に○をしてください。】 [介護保険] 特養 老健 療養型 介護医療院 通所介護 通所リハ 訪問介護 訪問看護 特定施設 ショートステイ グループホーム 小規模多機能 認知症デイ 看護小規模多機能 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 その他() [介護保険以外] サ高住 医療保険適用病院(病棟)			
所 属 先	住所	(〒)			
	TEL		FAX		

上記、内容に相違ありません。(受講予定者本人が自署してください。)

年 月 日 氏名

※ 申込書に記載された個人情報については本研修以外での使用はしません。

※ 受講決定(可否)については、お申込みいただいた方全員に、通知します。

連絡先はお間違えのないようご記入ください。

※ この申込書は、FAXでは受け付けません。郵送でお申し込みください。

受講申込期限 : 5月31日(月)必着

※定員を超えるお申込みがある場合は、申込期間内でも募集を終了させていただきます。

研修受講時における新型コロナウイルス感染症の 感染予防対策へのご協力のお願い

本会開催の研修では、新型コロナウイルス感染症の感染予防対策の徹底を図りながら実施いたします。つきましては下記内容の徹底にご協力をお願いします。

1. 受講当日朝の検温、健康観察

○研修当日朝に検温と健康観察をお願いします。また、発熱、咳・味覚異常等の症状がみられる場合は研修受講の自粛にご協力をお願いします。

○健康観察は、（別添）「研修受講にあたっての健康観察票」に記入し研修の受付に提出をお願いします。

2. 不織布マスクの着用

○受講に際しては不織布マスクの適正な着用の徹底をお願いします。

3. 会場の換気

○研修時は換気の為、出入口、窓を開放して行いますので、ご自身で衣類調整等を行っていただくようお願いします。

4. 手洗い、手指消毒の徹底

○手指消毒液を設置しますので、こまめな手洗い・手指消毒をお願いします。

5. ソーシャルディスタンス

○受付時、トイレ、休憩時には密にならないよう一定間隔をあげ、適正な距離をとっていただくようお願いします。

6. その他

○物品の共有を避けるため、受付やグループワーク等で使用する際の筆記用具（サインペン、ボールペン等）の持参をお願いします。

研修受講にあたっての健康観察票

研修名： 認知症介護基礎研修

研修日： 令和3年 月 日（ ）

受講No. _____ 氏名 _____

- 研修受講に際して、当日の健康チェックをお願いいたします。
- この健康チェックは、研修の場を介する感染拡大防止目的として実施しております。皆様のご理解とご協力をお願いいたします。
- このため、以下の項目に該当がある場合の出席については、自粛のご協力をお願いいたします。

(1) 本日の朝の体温を記入してください。 (°C)

(2) 症状がある場合は「はい」の欄、無い場合は「いいえ」の欄にチェックをしてください。

質問項目	はい	いいえ	備考
① 咳嗽症状がありますか			
② 鼻汁・鼻閉がありますか			
③ 咽頭痛がありますか			
④ 頭痛がありますか			
⑤ 下痢症状がありますか			
⑥ 味覚異常がありますか			
⑦ 嗅覚異常がありますか			
⑧ 胸痛がありますか			
⑨ 息がしにくい感じがありますか			

この健康観察票は、研修当日に受付で提出をお願いします。