

令和6年度認知症介護実践研修・実践者研修（第1回） 開催要綱

1 目的

認知症高齢者がその有する能力を発揮し、自立した生活を送るための認知症介護の専門的知識と技術を習得し、介護現場で尊厳を支える質の高いケアをより実践的に展開できることを目的とします。

2 主催 石川県

3 実施機関 社会福祉法人石川県社会福祉協議会

4 期 日 令和6年5月28日（火）～令和6年8月20日（火）

(1) 事前講座(6日間) 令和6年5月28日（火）～30日（木）

6月13日（木）～14日（金）、17日（月）

(2) 自施設実習(4週間) 令和6年6月18日（火）～令和6年8月5日（月）の間、1週間を4回

(3) 総括講座（2日） 令和6年8月19日（月）、8月20日（火）

5 開催方法及び会場

(1) 事前講座 Zoomによるオンライン研修

(2) 施設実習 自施設

(3) 総括講座 Zoomによるオンライン研修

6 費用 2,000円（資料代） ※ お支払い方法は事前振込になります。振込方法は別途お知らせいたします。

7 受講対象

(1) 石川県内の介護保険施設・事業者等（以下「事業所」という。）において認知症介護に携わっている介護職員等であって、認知症介護の経験年数が2年以上の者

(2) カメラ・マイク機能付き（内蔵及び外付けを問わない）パソコン、インターネット環境を準備することができ、Zoomにてオンライン研修であっても受講が可能な者

(3) 研修の全日程に参加できる者 ※ 全日程に参加できないと、修了できません。

8 定 員 54名

9 研修プログラム 別紙「研修プログラム」参照

10 参加申込方法 ※ 下記(1)と(2)で、申込み方法が異なります。

(1) 市町申込み（市町長からの推薦による申込み方法）

本研修の受講により地域密着型サービス事業所の指定基準を満たすとして、市町の長が適当と認めた者。

<申込み要件>

本研修は、地域密着型サービス事業所の指定基準において受講が義務づけられています。

【受講が義務づけられている職種】

認知症対応型通所介護の管理者、小規模多機能型居宅介護の管理者及び計画作成担当者、認知症対応型共同生活介護の管理者及び計画作成担当者（介護予防含む）、看護小規模多機能型居宅介護の管理者及び計画作成担当者

各職種の資格要件は、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」をご確認ください。（指定基準に関して、ご不明な点は市町担当課にお問合せください。）

① 参加申込書（様式1）を市町担当課へ提出し、申込みください。

- ② 石川県社会福祉協議会ホームページの「福祉の研修」内の「研修申し込み」に、必要項目を入力し、申込みください。

上記①②の申込み受付期間は、4月8日(月)～4月15日(月)です。※締切厳守

※ ①の参加申込書(様式1)の提出、②のホームページの入力、共に必要。

※ ①の参加申込書(様式1)は、郵送、持参、またはFAXにてご提出ください。

※ ②の詳細は、「11 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力方法」を参照のこと。

- (2) 事業所申込み(事業所からの直接申込み方法)

上記10(1)の申込み要件以外で、本研修の受講を希望する者。

- ① 参加申込書(様式2)にて、長寿生きがいセンターへ提出し、申込みください。

- ② 石川県社会福祉協議会ホームページの「福祉の研修」内の「研修申し込み」に、必要項目を入力し、申込みください。

上記①②の申込み受付期間は、4月8日(月)～4月15日(月)です。※締切厳守

※ ①の参加申込書(様式2)の提出、②のホームページの入力、共に必要。

※ ①の参加申込書(様式2)は、郵送、持参、またはFAXにてご提出ください。

[長寿生きがいセンターへ持参の場合、受付期間 月～金(祝日を除く)の9:00～17:00に来所してください。]

※ ②の詳細は、「11 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力方法」を参照のこと。

11 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力方法

- ① 石川県社会福祉協議会ホームページ(URL: <http://www.isk-shakyo.or.jp/>)の上部メニューから **福祉の研修** をクリックします。
- ② 「研修新着情報」から受講希望の研修名をクリックすると、「検索結果」が画面の下方に表示されます。
- ③ 受講希望の研修であることを確認の上、右欄の **申込** をクリックすると、「研修申し込み」が表示されます。
- ④ 必要事項(※印は必須項目)を入力後、**申込確認画面へ** をクリックし、入力内容を確認の上、**申し込む** をクリックして、申し込み完了です。
- ⑤ 申し込み後、すぐに「受付確認書」がメールで送信されます。
メールが届かない場合は、メールアドレスが正しく入力されていない可能性がありますので、長寿生きがいセンターまでご連絡ください。
なお、「受付確認書」は受講を承認するものではありません。後日、「受講選考結果」がメールで送信されます。

※ メールアドレスは、受講の選考結果など重要な通知に利用しますので、正しく入力してください。
メールアドレスに誤りがあると、最初から申込み入力していただく必要があります。

12 受講者の決定

- (1) 定員の範囲で受講者を決定します。
- (2) 申込者が定員を超えた場合は、1施設1名(優先順位1位の方)とした上で、受講者を決定します。

13 選考結果の通知

(1) 10(1)の申し込み方法による選考結果通知

- ① 5月1日(水)頃、長寿生きがいセンターから市町担当課へ、受講選考結果通知をメールにて送信します。その後、市町担当課から各事業所へ連絡していただきます。
- ② 5月2日(木)頃、長寿生きがいセンターから各事業所へ、受講選考結果通知をメールにて送信します。

(2) 10(2)の申し込み方法による選考結果通知

5月2日(木)頃、長寿生きがいセンターから各事業所へ、受講選考結果通知をメールにて送信します。

※ 送信予定日を2日以上経過しても通知が届かない場合、長寿生きがいセンターまでお問い合わせください。

14 事前レポートの提出 ※ 受講承認後、必須

受講選考結果通知で受講が承認となった方は、5月16日(木)までに、長寿生きがいセンターへ提出してください。提出がない場合は、受講資格がないものとしますので、ご注意ください。事前レポートの様式は、受講選考結果通知に記載します。

15 申込み・問合せ先

石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター 担当：森田
〒920-3104 金沢市八田町東1025番地 石川県社会福祉会館別館
TEL (076) 258-3135 FAX (076) 258-3149

16 オンライン研修について

- (1) 原則、ネットワーク環境は有線が推奨されます。無線Wi-Fi環境を利用する場合は、同じ建物内でも電波状況にムラがあるので、電波状況の良い場所で受講してください。
- (2) グループワークがあるので、必ず集中できる場所・環境で1人1台の端末で受講してください。音声のトラブル防止と講師や他の受講者の声を聴き取りやすくするため、「ヘッドセット又はマイク付きイヤホン」をご使用ください。
- (3) 受講者が長時間に渡って映っていない等、受講確認ができない場合には、欠席扱いとし、修了を認めない場合がありますので、ご注意ください。
- (4) 研修がスムーズに開始できるよう、研修で使用するZoomの操作説明会を5月17日(金)に行います。(30分程度を予定しております)。必ず研修受講予定の方が研修当日と同じ場所・環境、同じパソコンにて参加してください。研修当日に受講者側の理由により接続トラブルが発生し、研修へ参加できなかった場合は、欠席扱いにさせていただきますので、ご了承ください。

17 研修に関する留意事項

- (1) 本研修は、平成17年度カリキュラム内容の見直しにより、「痴呆介護実務者研修基礎課程」から「認知症介護実践研修・実践者研修」へと改称されたもので、「痴呆介護実務者研修基礎課程」の修了者は本研修を修了した者とみなします。
- (2) 施設実習の期間中は、実習の効果を高めるため、実習課題に専念できるようご配慮ください。
※ 施設実習の詳細については、別紙「令和6年度認知症介護実践研修・実践者研修(第1回)の実習について」をご参照ください。
- (3) 修了証書は、後日各事業所へ郵送いたします。研修の目的を十分に理解していると認められない場合、修了証書を交付しないことがあります。

令和6年度認知症介護実践研修・実践者研修（第1回）プログラム

日時	時間	科目	形式
5月28日（火） （1日目） オンライン	8:00～8:50	受付（Zoomに接続）	
	8:50～9:00	開講・オリエンテーション	
	9:00～12:00	「認知症ケアの理念・倫理」（石川県の認知症施策の講義も含む）	講義・演習
	12:00～13:00	60分(昼食・休憩)	
	13:00～17:00	①「生活支援のためのケアの演習1」 QOLを高める活動と評価の観点	講義・演習
5月29日（水） （2日目） オンライン	8:30～8:50	受付（Zoomに接続）	
	9:00～12:00	②「生活支援のためのケアの演習1」 QOLを高める活動と評価の観点	講義・演習
	12:00～13:00	60分(昼食・休憩)	
	13:00～17:00	「権利擁護の視点に基づく支援と意思決定支援」	講義・演習
5月30日（木） （3日目） オンライン	8:30～8:50	受付（Zoomに接続）	
	9:00～10:30	「家族介護者の理解と支援方法」	講義・演習
	10:30～10:40	10分休憩	
	10:40～12:40	「地域資源の理解とケアへの活用」	講義・演習
6月13日（木） （4日目） オンライン	8:30～8:50	受付（Zoomに接続）	
	9:00～10:00	「学習成果と自薦展開の共有」	講義・演習
	10:00～10:10	10分休憩	
	10:10～12:10	①「生活支援のためのケアの演習2」 アセスメントとケアのための実践の基本	講義・演習
	12:10～13:10	60分(昼食・休憩)	
	13:10～17:10	②「生活支援のためのケアの演習2」 アセスメントとケアのための実践の基本	講義・演習
6月14日（金） （5日目） オンライン	8:30～8:50	受付（Zoomに接続）	
	9:00～12:00	②「生活支援のためのケアの演習2」 アセスメントとケアのための実践の基本	講義・演習
	12:00～13:00	60分(昼食・休憩)	
	13:00～14:30	「実習オリエンテーション」	講義
6月17日（月） （6日目） オンライン	8:30～8:50	受付（Zoomに接続）	
	①9:00～10:30	「実習課題の設定」	演習
	②10:40～12:10	「実習課題の設定」	演習
	12:10～13:00	50分(昼食・休憩)	
6月18日（火） ～ 8月5日（月）	自施設実習 （1週間を4回）		実習
	8月19日（月） 8月20日（火） オンライン	9:00～12:30 13:30～17:00 「実践報告」	発表

※6月17日（月）は、①～③のいずれかに参加していただけます。いずれに参加していただくかは、後日お伝えします。

なお、希望時間は選べないので、どの時間帯になっても受講できるようにしておいてください。

「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」に規定される研修について

	認知症対応型 通所介護	認知症対応型 共同生活介護	小規模多機能型 居宅介護	看護小規模多機 能型居宅介護		
代表者		認知症対応型サービス事業開設者研修 基準第92条			基準第65条	基準第173条
管理者	認知症介護実践研修(実践者研修)					
	↓	↓	↓	↓	認知症対応型サービス事業管理者研修 基準第43条	
計画作成 担当者			認知症介護実践研修(実践者研修)			
			↓		小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修 基準第63条	
					基準第171条	

(様式1)

令和6年度 認知症介護実践研修・実践者研修（第1回）参加申込書

項目		申込内容		
所属	介護保険事業所番号	※必ず記入してください。		
	住所	〒		
	事業所名	※法人・会社名から記入してください。		
	事業種別			
	申込担当者名 連絡先	担当者名	Tel	Fax
	受講状況	事業所の介護従事者数	(名)	
		「認知症介護実践研修・実践リーダー研修」修了者の在席状況	在席しています (名) ・ 在席していません	
「認知症介護実践研修・実践者研修（又は「痴呆介護実務者研修・基礎課程」）」修了者の在籍状況		在席しています (名) ・ 在席していません		
受講者	ふりがな			
	氏名			
	職名 (例：管理者)		資格名 (例：介護福祉士)	
	生年月日	S・H	年	月 日
	採用年月日	S・H・R	年	月 日
	経験年数		年	ヶ月 (過去を含む介護職の経験年数)
	優先順位	※同一事業所から複数名申込み場合は必ず記入してください。		
	緊急時の連絡先 (携帯電話等)	※研修日当日、Zoom等に関するトラブルがあった際に使用します。 (Tel)		
	オンライン研修の 受講場所	① 所属事業所 ② 自宅 ③ その他 ()		
	1 将来の職名 (※該当項目に○を付けてください) 管理者 (予定) ・ 計画作成担当者 (予定)			
2 今回申込みの理由 (※該当する番号に○を付けて必要事項を記入してください) ① 新規開設予定 開設時期 令和____年____月____日 開設場所 _____ (※市町名のみで可) ② 管理者 (計画作成担当者) の交代 交代時期 令和____年____月____日 (予定) 旧の管理者 (又は計画作成担当者) 名 _____				

上記のとおり申し込みます。

令和6年 月 日

(市町の長)

様

(事業者法人名及び代表者名)

(様式2)

令和6年度 認知症介護実践研修・実践者研修（第1回）参加申込書

項目		申込内容		
所属	介護保険事業所番号	※必ず記入してください。		
	住所	〒		
	事業所名	※法人・会社名から記入してください。		
	事業種別			
	申込担当者名 連絡先	担当者名	Tel	Fax
	受講状況	事業所の介護従事者数	(名)	
		「認知症介護実践研修・実践リーダー研修」修了者の在席状況	在席しています (名) ・ 在席していません	
「認知症介護実践研修・実践者研修 (又は「痴呆介護実務者研修・基礎課程)」) 修了者の在籍状況		在席しています (名) ・ 在席していません		
受講者	ふりがな			
	氏名			
	職名 (例：管理者)	資格名 (例：介護福祉士)		
	生年月日	S・H	年	月 日
	採用年月日	S・H・R	年	月 日
	経験年数	年 ヶ月 (過去を含む経験年数)		
	優先順位	※同一事業所から複数名申込む場合は必ず記入してください。		
	緊急時の連絡先 (携帯電話等)	※研修日当日、Zoom等に関するトラブルがあった際に使用します。 (Tel)		
オンライン研修の 受講場所	① 所属事業所 ② 自宅 ③ その他 ()			

上記のとおり申し込みます。

令和6年 月 日

社会福祉法人石川県社会福祉協議会
長寿生きがいセンター 所長 様

(事業者法人名及び代表者名)

令和6年度認知症介護実践研修・実践者研修(第1回)の実習について

認知症介護実践研修・実践者研修において、研修生は下記のとおり事前講座の後に各自実習に取り組んでいただきます。

1 目的

認知症の人が望む生活の実現に向けて、適切なアセスメント及びケアの実践を通して、実践者としての役割の理解を深め、その技能を磨く。

2 実習日

自施設実習 令和6年6月18日(火)～令和6年8月5日(月)の間、1週間を4回

3 実習内容 アセスメントとケアの実践

4 実習の流れと内容

流れ	内容
課題設定 ↓	事前に検討していた事例の中から1事例を選び、アセスメントシートなどを用いて、自施設実習における課題設定を行う。
自施設実習 (2週間) ↓	課題の達成に向けて、ケアを実践する。課題について他の職員にも理解してもらい、事業所全体で取り組む。
中間報告 (7月10日)(水) ↓	長寿生きがいセンターにレポートを提出し、方向性などの確認を講師にしてもらう。
自施設実習 (2週間) ↓	中間報告を踏まえて、方向性の修正等を行ったうえで、課題の達成に向けてケアを実践する。記録等を長寿生きがいセンターに提出する。
総括講座	記録等を元に研修のグループ内で発表を行う。

5 注意事項

- (1) 実習の課題設定は、各自記載し、提出していただきます
- (2) 研修生は、実習の対象としたい認知症の利用者を2事例程度、受講前に準備しておいてください。その際、事例対象者の基本情報、実践しているケアの内容などを把握して研修に臨んでください。(記録等の資料の持参不要)
- (3) 実習には事業所全体の協力が必要です。管理者等から、事前に全職員に意識付けをお願いします。

【申込・問合せ先】

社会福祉法人石川県社会福祉協議会
長寿生きがいセンター 担当：森田
TEL076(258)3135 FAX076(258)3149