平成２９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　福祉総合研修センター

４　期　日　　平成２９年６月１９日（月）～８月４日（金）

○ 事前講座（５日間）：６月１９日（月）～６月２３日（金）

○ 施設実習（４週間）：６月２４日（土）～７月２２日（土）

自施設実習日（４週間）：　6/24(土)～7/22(土)のうちの他施設実習日を除く

他施設実習日（　１日　）：6/29(木) または 6/30(金)のいずれか１日

※ 研修を申込む事業所については、原則他施設実習の受入れをお願いいたします。

○ 総括講座（１日間）：８月４日（金）

※午前または午後のいずれか３時間程度。研修中に案内します。

５　会　場

事前講座：石川県社会福祉会館　４階　大ホール（金沢市本多町3-1-10）

※受講者のための駐車場が全くありませんので、周辺の駐車場を各自で確保いただくか、または公共の交通機関をご利用ください。

施設実習：各所属施設

総括講座：石川県社会福祉会館別館　研修室１（金沢市八田町東1025番地）

※受講者専用の駐車場があります。

６　費　用　　資料代２,０００円　※研修初日の受付で、現金にてお支払いください。

７　受講対象及び参加申込方法

（１）受講対象

・石川県内の介護保険施設・事業所等（以下「施設」という。）に従事する介護職員等であって、認知症介護に関する基本的知識・技術を有し、介護現場経験が２年以上の者。

・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。

（２）参加申込方法　次の①と②で申込み方法が異なります。

① 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。

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。

[受講が義務づけされている職種]

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　※別紙「資料」

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。（不明な点は市町担当課にお問合せください。）

参加申込書（様式１）にて市町担当課へ申込むとともに、石川県社会福祉協議会ホームページの指定コーナーに必要項目を入力してください。[13 参照]

（施設から市町担当課への申込受付期間は４月１７日(月)～４月２６日(水) ※締切厳守）

（市町担当課から長寿生きがいセンターへの申込締切日５月２日（火）※締切厳守）

※FAX、メールでの申込みは不可です。

② 上記７（２）① 以外の者

参加申込書（様式２）に必要事項をご記入のうえ、長寿生きがいセンターへ郵送もしくは来所により申込むとともに、石川県社会福祉協議会ホームページの指定コーナーに必要項目を入力してください。[13 参照]

申込受付期間：５月１２日（金）～５月１７日（水）消印有効

来所によりお持ちいただく場合は、上記期間平日の 9:00～17:00 の間でお願いいたします。

※FAX、メールでの申込みは不可です。

※期間中以外の申込みは受け付けませんのでご注意ください。

８ 定 員 ６０名

９ 研修プログラム（別紙「研修プログラム」参照）

10 受講者の決定

定員の範囲で受講者を決定します。なお、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、次のとおり受講者を決定します。

① 受講が義務付けられている７（２）① の方を優先します。

（ただし、市町長の推薦により申込みがあった場合でも、７(１)の要件に該当しない場合は優先受講の対象とはなりませんので、ご注意ください。）

◆長寿生きがいセンターから市町担当課への受講可否通知を5月9日(火)頃に電子メールにて送信します。(各施設へは、市町担当課より連絡がいきます。)

なお、長寿生きがいセンターから各施設への受講可否通知は、5月11日(木)頃に電子メールにて送信します。受講可否通知に、事前アンケートのダウンロード先を記載しますので、プリントし、記載の上研修初日にご持参ください。※事前アンケートの提出がない場合は、受講資格がないものとします。

送信予定日から2～3日経過しても、通知が届かない場合は長寿生きがいセンターまでお問い合せください。

② 上記①による受講者が決定した後、残りの受講枠については抽選とします。

（１施設から１名とさせていただきますので、上記①により受講が決まった施設については、この受講枠から外させていただきます

なお、抽選は、施設単位とします。）

◆長寿生きがいセンターから各施設へ受講可否通知を5月23日(火)頃に電子メールにて送信します。受講可否通知に、事前アンケートのダウンロード先を記載しますので、プリントし、記載の上研修初日にご持参ください。※事前アンケートの提出がない場合は、受講資格がないものとします。

送信予定日から2～3日経過しても、通知が届かない場合は長寿生きがいセンターまでお問い合せください。

11 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

12　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す。

（2）業務をしながらの実習では効果を得にくいため、実習期間中は実習課題に専念できるようご配慮ください。（他の職員にもご協力願います。）

※実習については、別紙をご参照ください。

（3）研修の目的を十分に理解していると認められない場合は、修了証書を交付しないことがありますので、ご留意ください。

13　石川県社会福祉協議会ホームページ（URL：http://www.isk-shakyo.or.jp）指定コーナーへの入力

7(2)①②とも、下記手順で必要事項を入力してください。（下記期間以外の入力無効）

7（2）①の場合の入力期間…4月17日（月）～4月26日（水）

7（2）②の場合の入力期間…5月12日（金）～5月17日（水）

ホームページからの申込手順

①石川県社会福祉協議会サイト（URL：http://www.isk-shakyo.or.jp/）の上部メニュー「福祉の研修」ボタンをクリックしてください。

②「研修新着情報」の一覧が表示されています。ここには１０件までしか表示されませんが、この他の受付中の研修は右上の「研修新着情報の一覧」をクリックすれば、すべてが表示されます。

③受講希望の研修名をクリックすれば、画面の下方に「検索結果」が表示されます。

④希望の研修であることを確認のうえ、右欄に要綱と申込がありますが、この申込ボタンをクリックすると「研修申し込み」画面に変わります。

⑤必要事項を入力（※マークは必須項目）した後、「申込確認画面へ」で内容を確認し、「申し込む」ボタンをクリックして、申込完了です。

⑥申し込まれた方にはすぐに「受付確認書」がメールで送信されます。もし、このメールが届かない場合に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、ご注意ください。（なお、このメールは受講承認の意味ではありません。）

平成２９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	教科名	形 式
6月19日（月） （１日目）	9:15～9:30	開講・オリエンテーション	
	9:30～13:00	認知症ケアの基本的視点と理念	講義・演習
	13:00～14:00	60分(昼食・休憩)	
	14:00～15:00	認知症ケアの倫理	講義・演習
	15:00～15:10	10分休憩	
	15:10～18:40	認知症の症状の理解（認知症の人の理解と対応）	講義・演習
6月20日（火） （２日目）	9:00～11:00	認知症の人の権利擁護	講義・演習
	11:00～11:10	10分休憩	
	11:10～14:25 (12:10～13:10) (昼食・休憩)	認知症の人の生活環境づくり	講義・演習
	14:25～14:35	10分休憩	
	14:35～16:35	地域資源の理解とケアへの活用	講義・演習
	16:35～16:45	10分休憩	
	16:45～18:15	認知症の人の家族への支援方法	講義・演習
6月21日（水） （３日目）	9:00～14:00 (12:00～13:00) (昼食・休憩)	アセスメントとケアの実践の基本Ⅰ	講義・演習
	14:00～14:10	10分休憩	
	14:10～17:10	アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ（事例演習）	講義・演習
6月22日（木） （４日目）	9:00～11:00	認知症の人とのコミュニケーションの理解と方法	講義・演習
	11:00～11:10	10分休憩	
	11:10～15:10 (12:10～13:10) (昼食・休憩)	暮らしを支えるケアの視点～認知症の人への介護技術Ⅰ～（食事・入浴・排泄等）	講義・演習
	15:10～15:20	10分休憩	
	15:20～18:20	暮らしを支えるケアの視点～認知症の人への介護技術Ⅱ～（行動・心理症状）	講義・演習
6月23日（金） （５日目）	9:00～12:00	共に生活を楽しむための視点（認知症の人への非薬物的介入）	講義・演習
	12:00～13:00	60分(昼食・休憩)	
	13:00～17:00	自施設における実習の課題設定	講義・演習
6月29日（木） または 6月30日（金）	他施設実習 （１日間）	**※【他施設実習】各受講者の実習施設は　６／１９（月）の研修１日目にお知らせいたします。**	実習
6月24日（土） ～ 7月22日（土）	自施設実習 （４週間）		実習
8月４日（金）	9:00～12:00または 13:00～16:00	実践報告 **※午前か午後のいずれかに参加していただきます。研修中にお知らせいたします。**	発表

認知症介護実践研修・実践者研修の実習について

認知症介護実践研修・実践者研修では、事前講座の後に各自実習に取り組んでいただきます。詳細につきましては、研修の中でもご説明しますが、下記の点にご留意いただいた上でお申し込みをいただくようお願いします。

○実習日

１．自施設実習　６月２４日（土）～７月２２日(土)

２．他施設実習　６月２９日(木)　または　６月３０日（金）いずれかを１日

○実習内容

アセスメントとケアの実践

＜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、その技能を磨くことを目的とします。

＜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。
他施設実習 ↓	自施設以外の施設でケアを見学する。課題について自施設では気付かなかったアプローチの発見を狙う。
中間報告 （７月１２日） ↓	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） ↓	他施設実習、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。

＜注意事項＞

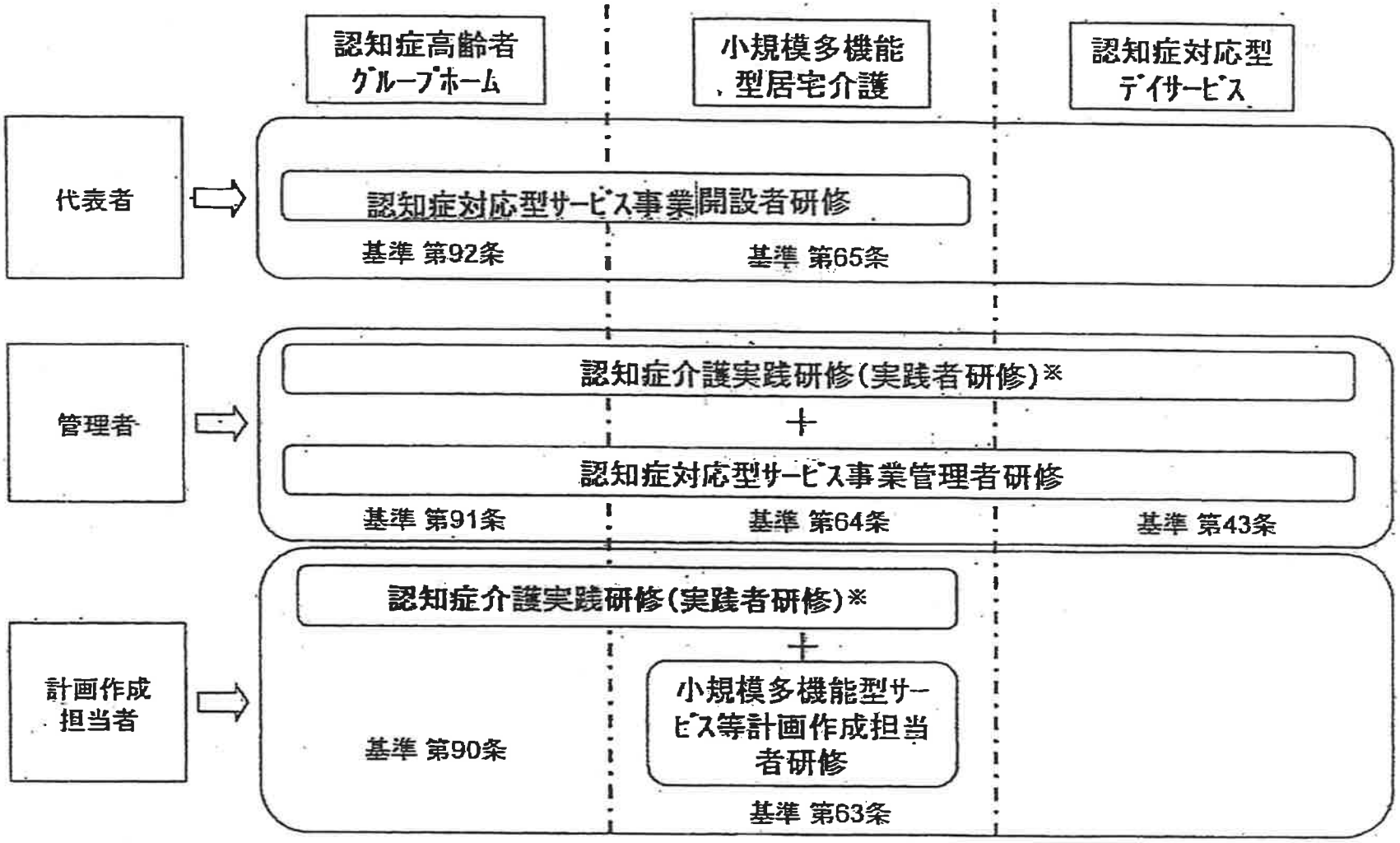
・事前講座の最終日に実習の課題設定を行いますので、実習の対象としたい認知症の利用者を２事例程度受講前に準備しておいてください。その際、事例対象者の基本情報、実践しているケアの内容について、把握して研修に臨んでください。（記録等の資料の持参不要）

・実習には事業所全体の協力が必要ですので、事前に管理者等から全職員に意識付けをしてください。

・他施設実習では、受講生の事業所に受入れをお願いしていますので、受講の際には原則として、他施設実習の受入れをしてください。（別紙参照）

資料

指定地域密着型サービス指定・運営基準に規定される研修について



※ 研修受講の必須要件。

（様式２）

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	※事務処理上必要ですので必ず記入してください。		
	住所	〒		
	施設名	※法人・会社名から記入してください。		
	事業種別			
	連絡先	Tel		Fax
受講者	住所	〒		
	ふりがな			男・女（　　歳）
	氏名			
	職名		資格名 （例：介護福祉士等）	
	生年月日	S・H　　年　　月　　日		
	採用年月日	S・H　　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ご記入ください。		
所属施設において「認知症介護実践研修・実践者研修」（または「痴呆介護実務者研修・基礎課程」）の受講状況		所属施設の介護従事者数	〔　　〕名	
		修了者の有無	・有り　・無し	※「該当する方に○を付けてください。
		修了者人数	〔　　〕名	※所属施設に修了者が現在何人いるかご記入ください。

上記のとおり申し込みます。

平成　　年　　月　　日

社会福祉法人石川県社会福祉協議会
福祉総合研修センター
所長　坂尻健一様

（事業者法人名及び代表者名）

印

事　務　連　絡
平成２９年４月１４日

各関係法人代表者　様

社会福祉法人石川県社会福祉協議会
福祉総合研修センター　事務局

平成２９年度「認知症介護実践研修・実践者研修（第１回）」
における実習生の受入れについて

本会事業の推進につきましては、日頃よりご支援、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記研修においては、６月29日（木）または6月30日（金）のいずれか１日を各自の職場以外で実習（以下、「他施設実習」という。）を行うこととなっています。

つきましては、下記の受入れ施設の条件等を確認のうえ、別紙「他施設実習（見学実習）受入れについて（確認表）」をＦＡＸにて、５月１７日（水）までに下記事務局あて送信願います。（研修自体の申込みはしない場合でも、実習の受入れ施設として回答いただけます。）

なお、回答にあたっては、受入れをしていただける施設・事業所ごとの回答に御協力ください。

実習生の施設名及び氏名は受入日が決まり次第、５月２４日（水）までに文書でお知らせいたします。受入れ先として見送らせていただく場合は、特に連絡はいたしませんので、ご了承ください。

記

１　受入れ希望人数

２～３名

２　受入れ施設の条件

以下の①～③のすべてに該当する施設・事業所。

①次のうちいずれかのサービスを提供していること。

グループホーム、認知症デイサービス、デイサービス、通所リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設

②受入可能日に認知症介護実践研修・実践リーダー研修の修了者がいること。

③受入可能日に認知症の利用者がいること

【申込・問合先】
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

【記載例】

他施設実習（見学実習）受入れについて（確認表）

受入れ可能日に、修了者がいるか、認知症の利用者がいるか確認してください。

他施設実習の受入れが可能であれば、下記の確認表に記載の上、FAXでご回答ください。

	実習予定日	受講受入れ可能人数	リーダー研修修了者	認知症の利用者
①	平成29年6月29日（木）	2人～　5人	(あり)・なし	(あり)・なし
②	平成29年 6月30日（金）	2人～　3人	(あり)・なし	(あり)・なし

実習時間数（7時間）	9時30分　～　16時30分
事業所名：	社会福祉法人〇〇　グループホーム△△△
サービスの種類： ※　該当するものに〇をつけてください。	(グループホーム)・認知症デイサービス・デイサービス 通所リハビリテーション・小規模多機能型居宅介護・複合型サービス 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養型医療施設
実習受入担当者： （氏名）：	※リーダー研修修了者を担当者としてください。 担当者名：石川　太郎
所在地： （最寄りの駅・バス停）	金沢市鞍月１丁目１番地 駅：金沢駅　　バス停：県庁前
連絡先：	〔TEL〕　076－〇〇〇－〇〇〇〇 〔FAX〕　076－〇〇〇－〇〇〇〇
受け入れ担当者への事前連絡	(・「事前連絡が必要」)　・「事前連絡は不要」 ※　どちらかに〇をつけてください。

原則、昼休み1時間を含む7時間で、9時30分～16時30分と記載してください。

実習にあたっての注意事項　（実習生への連絡事項等ありましたらご記入ください。）

※　該当するものに〇をつけてください。

〔集合時間・場所　等〕	[　9時30分　]に[　　現地　　]へ集合すること
〔駐車場〕	(・「有り」)　・「無し」
〔服装〕	【例】・動きやすい服装 ※　その他、ふさわしくない服装なども明記して下さい。（ジーンズ等）
〔持参するもの〕 ●昼食	(・「事業所で準備します（代金　500円）」)　・「持参してください」
●その他	【例】 内履き、エプロン、水筒　　など
〔その他連絡事項〕	【例】 ・利用者への接し方 ・各施設での注意点(駐車場が狭いので、乗り合わせてきてほしい　など)

〔返信先〕 石川県社会福祉協議会　長寿生きがいセンター　担当：森田
FAXで返信ください。
FAX　076(258)3149

他施設実習（見学実習）受入れについて（確認表）

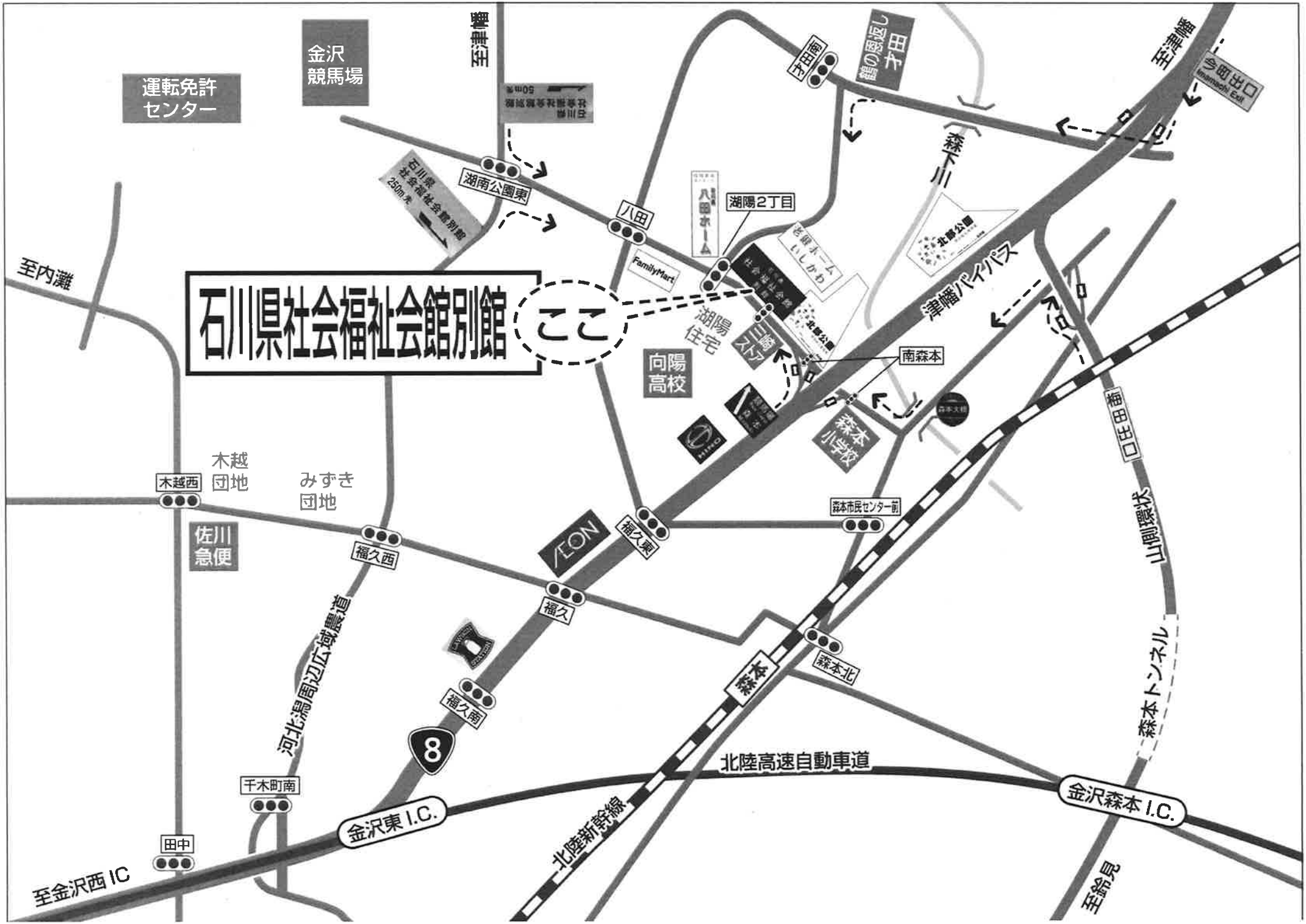
他施設実習の受入れが可能であれば、下記の確認表に記載の上、FAXでご回答ください。

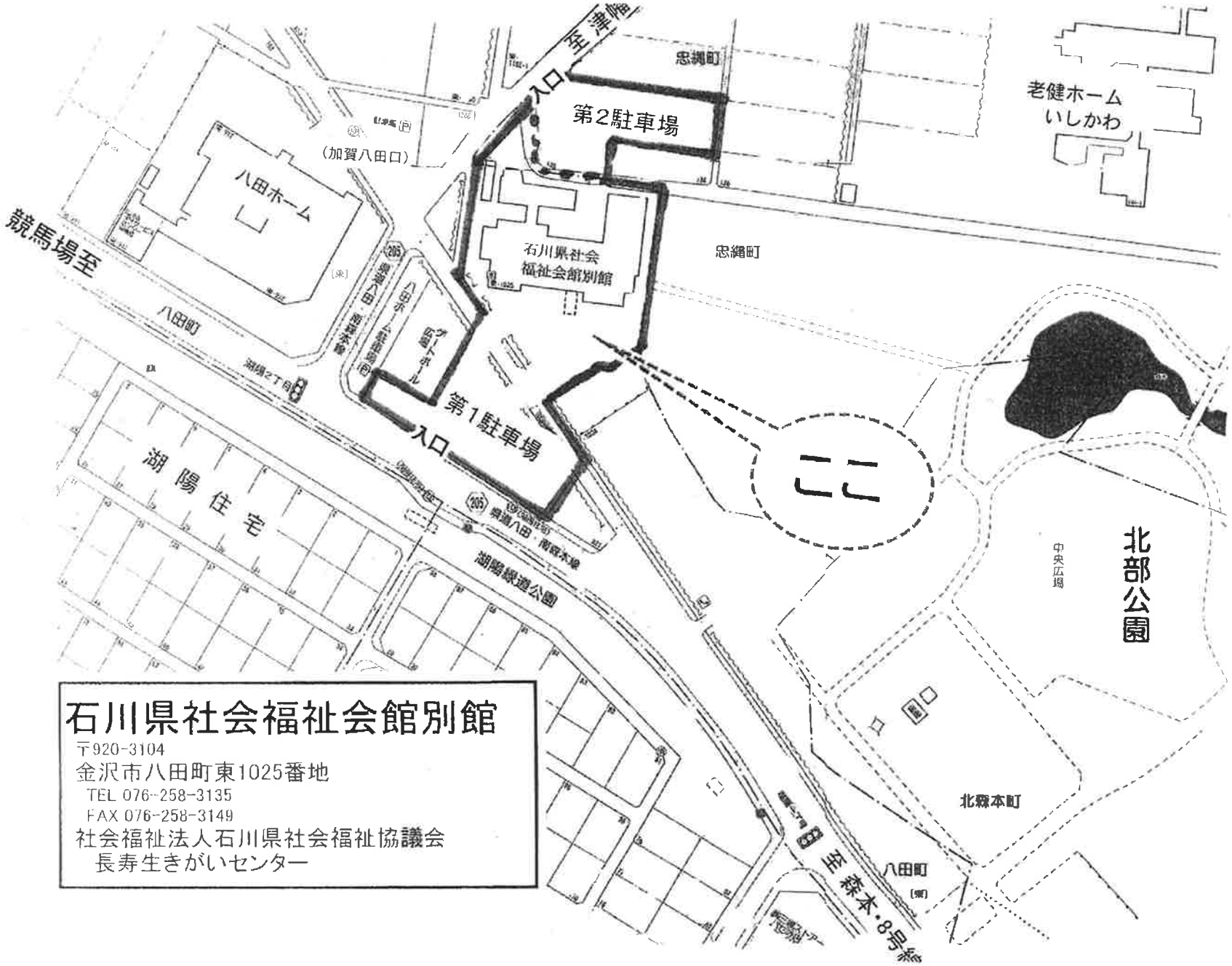
	実習予定日	受講受入れ可能人数	リーダー研修終了者	認知症の利用者
①	平成29年6月29日（木）	人 ～ 人	あり ・ なし	あり ・ なし
②	平成29年6月30日（金）	人 ～ 人	あり ・ なし	あり ・ なし

実習時間数（7時間）	9時30分 ～ 16時30分
事業所名：	
サービスの種類： ※ 該当するものに○をつけてください。	グループホーム ・ 認知症デイサービス ・ デイサービス 通所リハビリテーション ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ 複合型サービス 特別養護老人ホーム ・ 介護老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設
実習受入担当者： （氏名）：	※リーダー研修修了者を担当者としてください。 担当者名：
所在地： （最寄りの駅・バス停）	
連絡先：	〔TEL〕
	〔FAX〕
受け入れ担当者への事前連絡	・「事前連絡が必要」 ・「事前連絡は不要」 ※ どちらかに○をつけてください。

実習にあたっての注意事項	（実習生への連絡事項等ありましたらご記入ください。）
	※ 該当するものに○をつけてください。
〔集合時間・場所 等〕	[時 分]に[ ]へ集合すること
〔駐車場〕	・「有り」 ・「無し」
〔服装〕	
〔持参するもの〕 ●昼食 ●その他	・「事業所で準備します（代金 円）」 ・「持参してください」
〔その他連絡事項〕	

〔返信先〕 石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター 担当：森田
FAXで返信ください。
FAX 076（258）3149


石川県社会福祉会館別館
ここ
運転免許センター
金沢競馬場
至津幡
石川県社会福祉会館別館 250m先
石川県社会福祉会館別館 50m先
湖南公園東
八田
湖陽2丁目
八田ホーム
FamilyMart
湖陽住宅
三幸ストア
向陽高校
老健ホームいしかわ
北都公園
南森本
森本小学校
森本文化
森下川
八田橋
八田橋の跨線橋
今町出口
Imamachi Exit
津幡バイパス
八田口
山側環状
森本トンネル
至内灘
木越西
木越団地
みずき団地
佐川急便
福久西
福久
福久東
福久南
AEON
森本市民センター前
森本北
森本
河北潟周辺広域農道
8
千木町南
田中
金沢東I.C.
北陸新幹線
北陸高速自動車道
金沢森本I.C.
至金沢西IC
至鶴見



石川県社会福祉会館別館

〒920-3104
金沢市八田町東1025番地
TEL 076-258-3135
FAX 076-258-3149
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