

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  
(公印省略)

平成 3 0 年度認知症介護関連研修の実施について

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、本会では、県からの委託を受け、平成 3 0 年度の認知症介護関連研修を下記のとおり実施することになりました。

つきましては、年間の実施日程をご確認いただくと共に、各研修の開催要綱、プログラム及び参加申込書等を、本会ホームページからダウンロードし、内容等をご確認のうえ、受講申込みをお願い致します。

記

1 実施予定の研修

- (1) 認知症介護実践研修・実践者研修 (第 1 回、第 2 回、第 3 回)
- (2) 認知症介護実践研修・実践リーダー研修
- (3) 認知症対応型サービス事業管理者研修 (第 1 回、第 2 回)
- (4) 小規模多機能型サービス等計画担当者研修 (第 1 回、第 2 回)
- (5) 認知症対応型サービス事業開設者研修

※実施日程は、裏面日程表のとおり

2 各開催要綱等をホームページへ掲載する時期

各研修の実施期日の 2・3 カ月前 (適宜確認をお願い致します。)

3 注意事項

認知症介護関連研修の実施案内は、これまで、その都度実施させて頂きましたが、今年度は今回限りです。

裏面の日程表をご確認の上、参加申込等を、よろしくお願い致します。

\* 本会ホームページの閲覧方法 (掲載カ所)

- ①石川県社会福祉協議会のホームページ URL:<http://www.isk-syakyo.or.jp/>
- ②トップページ画面最下部「各課センターからのお知らせ」の「長寿生きがいセンター」を選択
- ③下部の認知症介護関連研修の PDF を確認

【申込・問合せ先】

社会福祉法人石川県社会福祉協議会  
長寿生きがい課 担当：長尾、村上  
〒920-3104 金沢市八田町東 1025 番地  
(石川県社会福祉会館別館)  
TEL076(258)3135 FAX076(258)3149

平成30年度 認知症介護関連研修 年間実施日程表(予定)

| 月  | 実施日                            | 研 修 名  |
|----|--------------------------------|--|
| 4  |                                | 開催なし   |
| 5  |                                | 開催なし   |
| 6  | 18(月)~22日(金)                   | 認知症介護実践研修・実践者研修 第1回 (事前講座)<br>※8月17日(金)…総括講座     |
| 7  | 2日(月)~6日(金)<br>9日(月)~12日(木)    | 認知症介護実践研修・実践リーダー研修 (事前講座)<br>※9月5日(水)・6日(木)…総括講座 |
| 8  |                                |  |
| 9  | 10日(月)~14日(金)                  | 認知症介護実践研修・実践者研修 第2回 (事前講座)<br>※11月9日(金)…総括講座     |
| 10 |                                | 開催なし   |
| 11 | 14日(水)・15日(木)<br>21日(水)・22日(木) | 認知症対応型サービス事業管理者研修 第1回<br>小規模多機能型サービス等計画担当者研修 第1回 |
| 12 | 3日(月)~7日(金)                    | 認知症介護実践研修・実践者研修 第3回 (事前講座)<br>※平成31年2月8日(金)…総括講座 |
| 1  | 23日(水)・24日(木)<br>28日(月)        | 認知症対応型サービス事業管理者研修 第2回<br>認知症対応型サービス事業開設者研修       |
| 2  |                                |  |
| 3  | 19日(火)・20日(水)                  | 小規模多機能型サービス等計画担当者研修 第2回                          |

# 石川県社会福祉会館案内図

(所在地 金沢市本多町3-1-10)

※注意1 会場となる研修 認知症介護実践研修・実践者研修（事前講座）  
（使用する部屋 4階 大ホール）

※注意2 認知症介護実践研修・実践者研修（総括講座）・他の認知症介護関連研修の会場は、  
石川県社会福祉会館別館（金沢市八田町東1025番地）です。

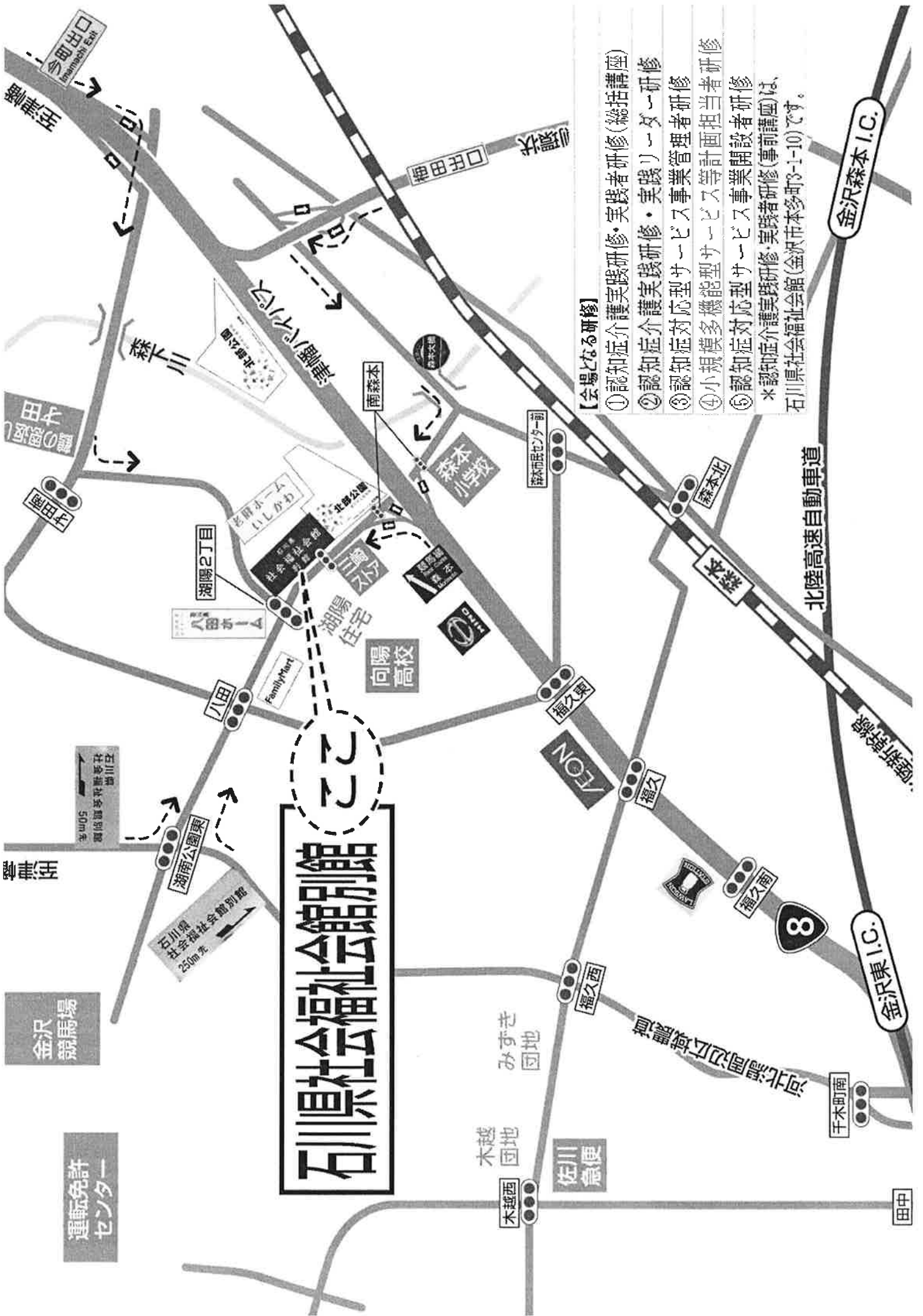
※受講生用の駐車場はありません。

※公共交通機関をご利用いただくか、下記有料駐車場等を各自確保ください。



## 周辺の主な駐車場

| 地図記号 | 駐車場名         | 営業時間       | 料金<br>(曜日・時間帯で変更の可能性あり)  | 収容台数 | 車高制限  | TEL  |
|------|--------------|------------|--|------|-------|--|
| P1   | 石川県石引駐車場     | 24時間       | 最初の1時間…30分毎に¥100<br>1時間毎に…¥100加算                                       | 373台 | 2.1m  | 076-223-2285                                     |
| P2   | 金沢歌劇座有料駐車場   | 24時間       | 最初の1時間…¥250<br>30分毎に…¥150加算  | 76台  | 2.1m  | 076-220-2501                                     |
| P3   | 金沢市役所・美術館駐車場 | 8:30~23:00 | 最初の30分…¥350<br>30分毎に…¥150加算<br>※最初の¥350は、平日不要<br>(ただし、市役所閉所17:45以降は必要) | 295台 | 2.1m  | [市役所側]<br>076-220-2254<br>[美術館側]<br>076-220-2830 |
| P4   | 堅町駐車場        | 24時間       | ①月~金 1時間…¥200<br>30分毎に…¥100加算<br>②土・日・祝 1時間…¥400<br>30分毎に…¥100加算       | 203台 | 2.05m | 076-232-0993                                     |
| P5   | 香林坊地下駐車場     | 7:30~22:30 | 30分毎に…¥200加算   | 893台 | 2.1m  | 076-220-1430                                     |
| P6   | OVALパーキング    | 24時間       | 最初の1時間…¥400<br>30分毎に…¥200加算  | 270台 | 2.2m  | 076-220-8888                                     |
| P7   | 石川県兼六駐車場     | 7:00~22:00 | 最初の1時間…¥350<br>30分毎に…¥150加算  | 450台 | 2.0m  | 076-263-1814                                     |
| P8   | しいのき迎賓館駐車場   | 8:30~23:00 | 最初の30分…¥350(迎賓館内の機械に駐車券を通すと30分無料)<br>30分毎に…¥150円加算                     | 95台  | 2.1m  | 076-261-1111                                     |



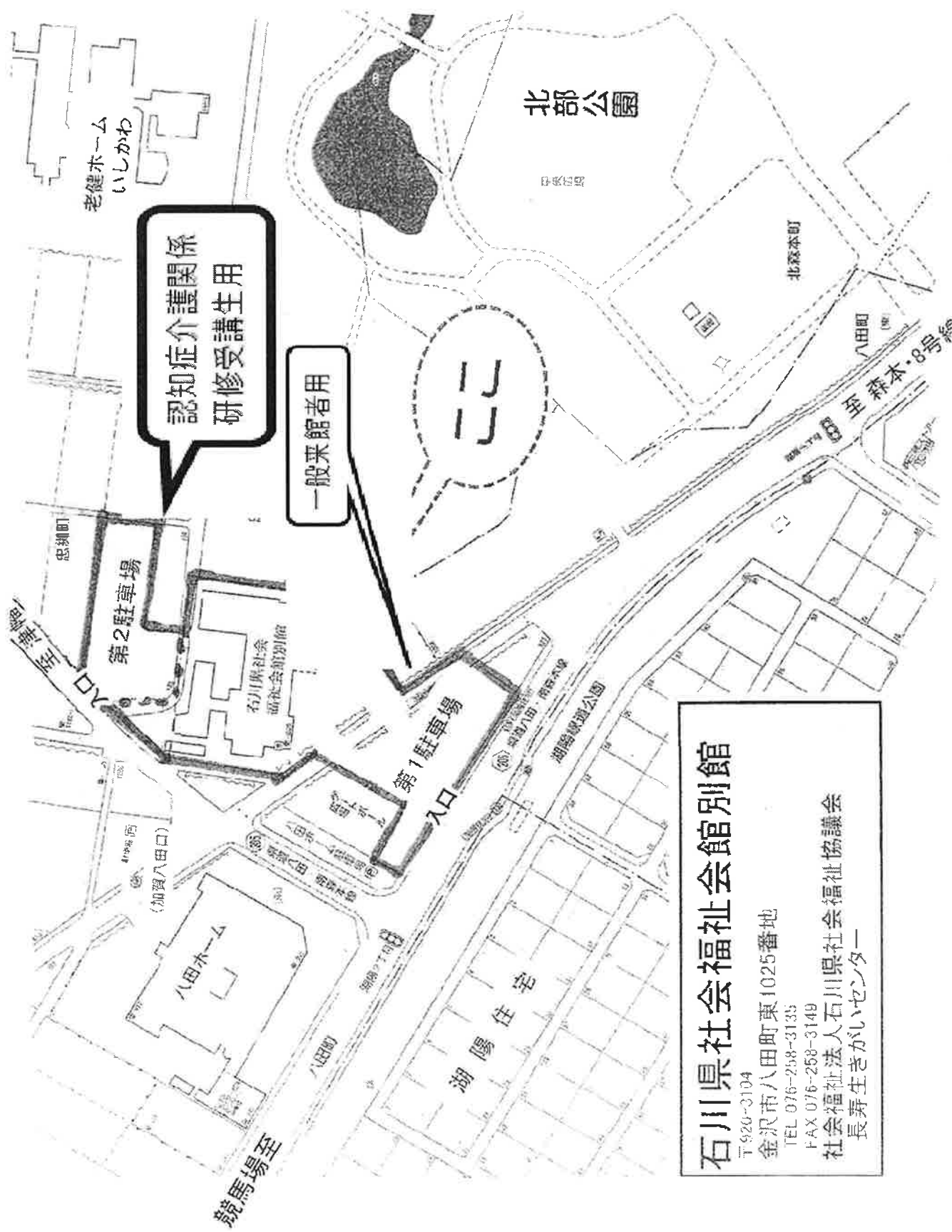
# 石川県福祉会館別館

ここ

### 【会場となる研修】

- ① 認知症介護実践研修・実践者研修(総括講座)
- ② 認知症介護実践研修・実践リーダー研修
- ③ 認知症対応型サービス事業管理者研修
- ④ 小規模多機能型サービス等計画担当者研修
- ⑤ 認知症対応型サービス事業開設者研修

\* 認知症介護実践研修・実践者研修(事前講座)は、石川県福祉会館(金沢市本多町3-1-10)です。



認知症介護関係  
研修受講生用

一般来館者用

**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

# 平成30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 平成30年6月18日（月）～8月17日（金）

(1) 事前講座（5日間） 6月18日（月）～6月22日（金）

(2) 施設実習 6月23日（土）～8月 3日（金）の間

自施設実習日（4週間） 6/23(土)～8/3(金)の間、1週間を4回 ※他施設実習日を除く

他施設実習日（1日） 6/28(木) 又は 6/29(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。

(3) 総括講座（1日） 8月17日（金）

※午前又は午後、いずれか3時間程度。割振りは研修中にご案内します。

## 5 会場

(1) 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。

周辺の駐車場を各自で確保いただくか、又は公共の交通機関をご利用ください。

(2) 施設実習 自施設及び指定他施設

(3) 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 2,000円（資料代） ※6月18日(月)受付の際、現金でお支払いください。

## 7 受講対象

(1) 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。

(2) 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 60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 ※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 ※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。）

受講希望者は、

- ①参加申込書（様式1）にて市町担当課へ申込み下さい。更に、
- ②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] ※FAX、メールでの申込みは、出来ません。
- ③申込受付期間は、4月9日(月)～4月19日(木)です。 ※締切厳守  
(なお、市町担当課から長寿生きがいセンターへの推薦締切日、4月25日(水)※締切厳守)

(2) 上記10(1)以外の者

- ①参加申込書（様式2）にて長寿生きがいセンターへ郵送若しくは来所により申込み下さい。更に、②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] ※FAX、メールでの申込みは不可です。
- ③申込受付期間は、5月8日(火)～5月11日(金)です。消印有効 ※締切厳守
- ④来所によりお持ちいただく場合は、上記期間の9:00～17:00の間でお願いいたします。

※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。

## 11 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、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10(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、10(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2日(水)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7日(月)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5月21日(月)までに郵送又はメールにて提出願います。※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わせください。

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17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5月31日(木)までに郵送又はメールにて提出願います。※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わせください。

## 12 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：長尾  
〒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

### 13 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。

### 14 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9日(月)～4月19日(木)

7(2)②の場合の入力期間…5月8日(火)～5月11日(金)

#### 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30年度認知症介護実践研修・実践者研修（第1回）プログラム

※内容・時間につきましては、変更する場合があります。

| 日時                          | 時間                                      | 教科名   | 形式    |
|-----------------------------|---|---|-------|
| 6月18日(月)<br>(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19日(火)<br>(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<br>(12:10~13:10)<br>(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   |       |
| 6月20日(水)<br>(3日目)           | 9:00~14:00<br>(12:00~13:00)<br>(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21日(木)<br>(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<br>(12:10~13:10)<br>(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22日(金)<br>(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28日(木)<br>または<br>6月29日(金) | 他施設実習<br>(1日間)                          | ※【他施設実習】各受講者の実習施設は 6/18(月)の研修1日目にお知らせいたします。   | 実習    |
| 6月23日(土)<br>～<br>8月3日(金)    | 自施設実習<br>(4週間)                          |   | 実習    |
| 8月17日(金)                    | 9:00~12:30または<br>13:30~17:00            | 実践報告<br>※午前か午後のいずれかに参加していただけます。研修中にお知らせいたします。 | 発表    |

(様式1)

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  |                             |     |     |
|   | 氏名  | 男・女（ 歳）                     |     |     |
|   | 職名  | 資格名<br>(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 |
|   | 経過年数  | 年 ヶ月（過去を含む経過年数）             |     |     |
|   | 優先順位  | ※同一事業所から複数名申込む場合のみ記入してください。 |     |     |
|   | 1 ※ 該当するものにご記入ください。<br>・認知症対応型共同生活介護事業所名 _____（ユニット数 ____）<br>・小規模多機能型居宅介護事業所名 _____<br>・認知症対応型通所介護事業所名 _____ |                             |     |     |
|   | 2 職名（該当するものに○を付けてください。）<br>管理者（予定） ・ 計画作成担当者（予定）  |                             |     |     |
| 3 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。）<br>① 新規開設予定<br>開設時期：平成____年____月____日<br>開設場所（市町名のみで可）： _____<br>② 管理者（計画作成担当者）の交代<br>交代時期：平成____年____月____日（予定）<br>旧の管理者（計画作成担当者）名： _____ |   |                             |     |     |

上記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

(市町の長)

様

(事業者法人名及び代表者名)

印

(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        |                                |       |
|   | 氏名          | 男・女（ 歳）                        |       |
|   | 職名          | 資格名<br>(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 |
|   | 経過年数        | 年 ヶ月（過去を含む経過年数）                |       |
|   | 優先順位        | ※同一事業所から複数名申込み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。

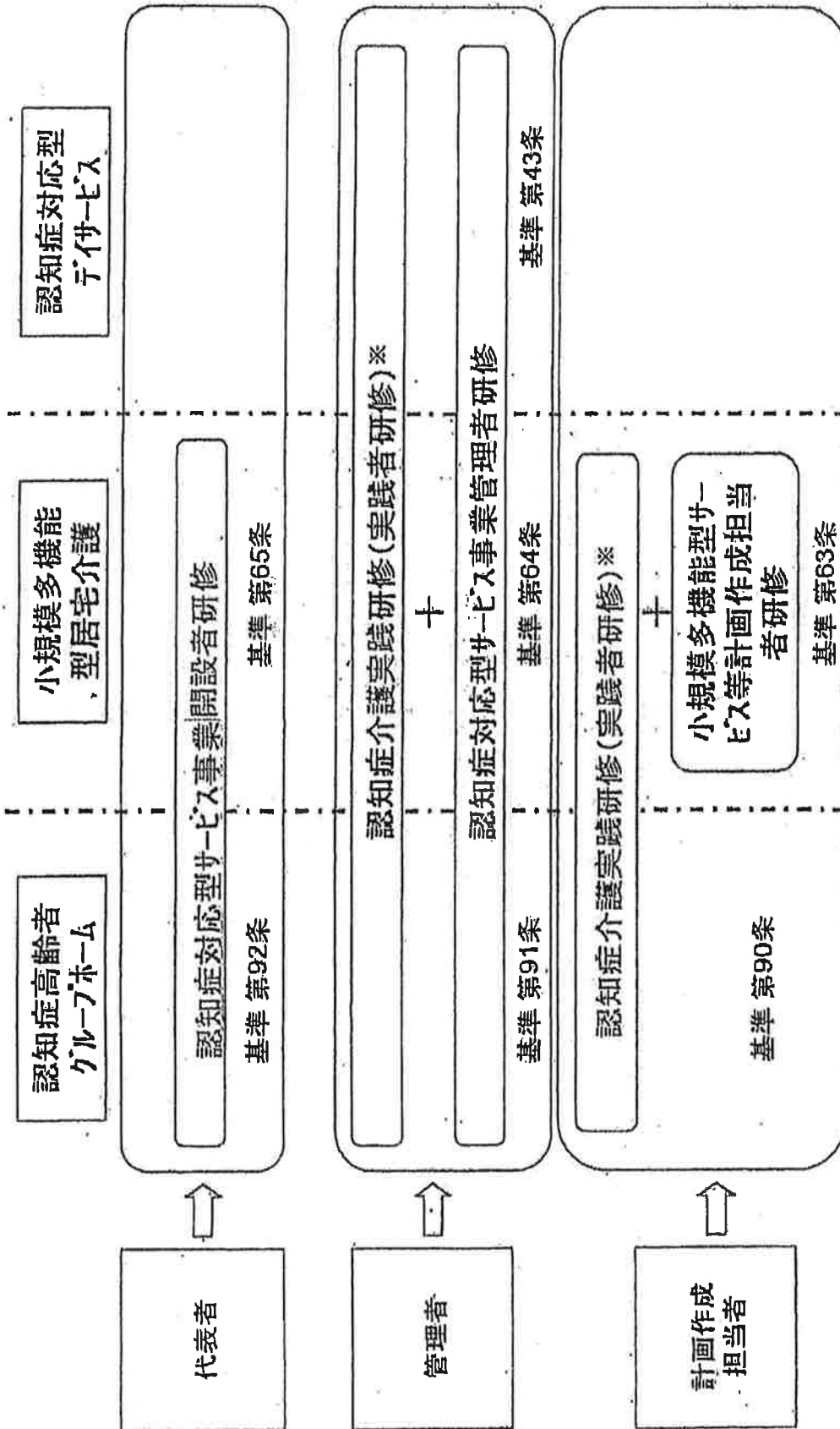
平成 年 月 日

社会福祉法人石川県社会福祉協議会  
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)

印

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。

## 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。

詳細については、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。

### 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、その技能を磨くことを目的とします。

### 2 実習日

- (1) 自施設実習 平成30年6月23日(土)～8月3日(金)
- (2) 他施設実習 平成30年6月28日(木)又は6月29日(金)、いずれか1日

### 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<br>↓            | 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<br>(2週間)<br>↓  | 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<br>↓           | 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<br>(7月12日)<br>↓ | 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<br>(2週間)<br>↓  | 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)

事務連絡  
平成30年4月6日

各関係法人代表者 へ

社会福祉法人石川県社会福祉協議会

**平成30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28日（木）又は6月29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11日（金）までに下記事務局へ送信願います。（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18日（金）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：長尾

TEL076(258)3135 FAX076(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な際、記載の上、**FAX**でご回答お願い致します。

| 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30年6月28日（木）  | 人～人  | あり・なし     | あり・なし   |
| ② 平成30年6月29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：<br>※ 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<br>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<br>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：<br><br>（氏名）：  | ※リーダー研修修了者を担当者としてください。<br>担当者名：_____   |           |         |
| 所在地：<br><br>（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」<br>※ 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。）  |  |           |         |
| [集合時間・場所 等]<br><br>[駐車場]<br><br>[服装]<br><br>[持参するもの]<br>●昼食<br>●その他<br><br>[その他連絡事項] | ※ 該当するものに○をつけてください。<br>[ 時 分 ]に[ ]へ集合すること<br><br>・「有り」　　・「無し」<br><br>・「事業所で準備します(代金 円)」　　・「持参してください」 |           |         |

〔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 長尾

FAXで回答下さい。FAX番号 076(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の際、記載の上、**FAX**でご回答お願い致します。

| 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30年6月28日（木）                        | 2人～5人  | <input checked="" type="radio"/> あり・なし | <input checked="" type="radio"/> あり・なし |
| ② 平成30年6月29日（金）                        | 2人～3人  | <input checked="" type="radio"/> あり・なし | <input checked="" type="radio"/> 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：<br>※ 該当するものに○をつけてください。        | <input checked="" type="radio"/> グループホーム・認知症デイサービス・デイサービス<br>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<br>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：<br>（氏名）：                      | ※リーダー研修修了者を担当者としてください。<br>担当者名：石川 太郎   |  |  |
| 所在地：<br>（最寄りの駅・バス停）                    | 金沢市鞍月1丁目1番地<br>駅：金沢駅 バス停：県庁前   |  |  |
| 連絡先：                                   | [TEL] 076-000-0000<br>[FAX] 076-000-0000   |  |  |
| 受け入れ担当者への事前連絡                          | <input checked="" type="radio"/> 「事前連絡が必要」 <input type="radio"/> 「事前連絡は不要」<br>※ 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。） |  |  |  |
| 〔集合時間・場所 等〕                            | [ 9時30分 ]に[ 現地 ]へ集合すること<br>※ 該当するものに○をつけてください。   |  |  |
| 〔駐車場〕                                  | <input checked="" type="radio"/> 「有り」 <input type="radio"/> 「無し」   |  |  |
| 〔服装〕                                   | 【例】動きやすい服装<br>※ 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〕                               | <input checked="" type="radio"/> 「事業所で準備します(代金 500円)」 <input type="radio"/> 「持参してください」<br>●昼食<br>●その他【例】内履き、エプロン、水筒 など       |  |  |
| 〔その他連絡事項〕                              | 【例】<br>・利用者への接し方<br>・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)   |  |  |

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。

〔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 長尾

**FAXで回答下さい。FAX番号 076(258)3149**