

平成31年度 認知症介護実践研修・実践リーダー研修

～新たな認知症介護のリーダーになるために～ 開催要綱

1 目的

高齢者介護実務者及びその指導的立場にある者に対し、実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、施設・事業所において、ケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を有した指導者を養成し、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 令和元年7月8日(月)～10月3日(木)

- (1) 事前講座(9日間) 7月8日(月)～7月12日(金)、7月16日(火)～7月19日(金)
- (2) 施設実習 7月20日(土)～9月7日(土)
 - ① 他施設実習(2日間) 7月22日(月)、8月16日(金)
 - ② 自施設実習(4週間) 7月20日(土)～9月7日(土)の間、1週間を4回
※他施設実習日を除く
- (3) 総括講座(2日間) 10月2日(水)・3日(木)

5 会場

- (1) 事前講座 石川県社会福社会館別館 研修室2・3(金沢市八田町東1025番地)
- (2) 施設実習 指定他施設及び自施設
- (3) 総括講座 石川県社会福社会館別館 研修室2・3(金沢市八田町東1025番地)

6 費用 受講料無料 ただし、実習に係る交通費等の経費は、受講者負担です。

7 受講対象

次の(1)(2)両方の要件に該当する者としてします。

- (1) 石川県内の介護保険施設・事業者等(以下「施設」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5年以上の者

※ 石川県内の介護保険施設・事業者等

- ・介護保険法第8条第24項に規定する介護保険施設
- ・介護保険法第41条に規定する指定居宅サービス事業者
- ・介護保険法第42条の2に規定する指定地域密着型サービス事業者等

- (2) 過去に「痴呆介護実務者研修(基礎課程)又は認知症介護実践研修(実践者研修)」を修了後、1年以上経過している者

8 定員 20名程度

9 研修プログラム (別紙「研修プログラム」参照)

(1) 事前講座 認知症高齢者の介護に関する専門的知識、技術を習得します。

(2) 施設実習

① 他施設実習 他の受講生の施設にて実習を行います。単に見学するだけではなく、リーダーとしての視点で取り組みます。

② 自施設実習 各自の職場又は指導者の施設にて実習を行います。自施設実習では、自ら実習課題を設定して取り組みます。

※ 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。)

(3) 総括講座 各自が事前講座、実習にて取得した知識・技術を実践できるようにします。

10 参加申込方法 ※下記(1)と(2)で、申込み方法が異なります。 ※締切厳守

(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、指定認知症対応型共同生活介護事業所を短期利用させるための要件として受講が義務づけられています。詳しくは市町担当課にお問い合わせください。

① 参加申込書(様式1)にて、市町担当課へ申込みください。

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、必要項目を入力してください。 [15 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力について 参照]

③ 申込み受付期間は、5月7日(火)～5月15日(水)です。

(市町担当課から長寿生きがいセンターへの推薦締切日は、5月22日(水)です。)

※ 上記①の参加申込書(様式1)による市町担当課へ申込み、②のホームページの入力、共に必要。

※ FAX・メールでの申込みは不可。

(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、郵送又は持参で申込みください。(持参の場合は、受付期間の9:00～17:00に来所してください。土曜日曜祝日は休館。)

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、必要項目を入力してください。 [15 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力について 参照]

③ 申込み受付期間は、5月31日(金)～6月4日(火)です。 ※最終日の消印有効。

※ 上記①の参加申込書(様式2)による長寿生きがいセンターへ申込み、②のホームページの入力、共に必要。

※ FAX・メールでの申込みは不可。

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、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。
 - 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、施設単位です。

12 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29日(水)頃、長寿生きがいセンターから市町担当課へ、選考結果通知を電子メールにて送信します。その後、市町担当課から各施設へ連絡していただきます。
 - ② 5月30日(木)頃、長寿生きがいセンターから各施設へ受講選考結果通知を電子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

6月14日(金)頃、長寿生きがいセンターから各施設へ、受講選考結果通知を電子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。

13 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

14 研修に関する留意事項

- (1) 本研修は、平成17年度のカリキュラム内容の見直しにより、「痴呆介護実務者研修 専門課程」から「認知症介護実践研修・実践リーダー研修」へと改称されたものです。
- (2) 〔実習生受入のお願い〕 受講者が決定した施設には実習の受入れをお願いすることもありますので予めご了承ください。
- (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、ご注意ください。
- (4) 申込者におかれましては、実施要綱を必ず受講申込者本人に渡し、受講目的等を確認願います。

15 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力について

10(1)②、(2)②の申込み両方とも、下記手順で必要事項を入力してください。

- (1) 入力可能期間

- ・ 10 (1)②の入力期間 5月7日(火)～5月15日(水)
- ・ 10 (2)②の入力期間 5月31日(金)～6月4日(火)

(2) 申し込み入力手順

- ① 石川県社会福祉協議会ホームページ (URL <http://www.isk-shakyo.or.jp/>) のトップ画面にある上部メニューから「福祉の研修」ボタンをクリックします。
- ② 「研修新着情報」の一覧から、受講希望の研修名を選び、クリックします。
- ③ 受講希望の研修名を選択すると、「研修検索」ページに移動します。「研修検索」ページ画面の下方にある「検索結果」に、研修が表示されています。
- ④ 「検索結果」欄の研修の右欄に【要綱】と【申込】ボタンが表示されます。受講希望の研修であることを確認のうえ、【申込】ボタンを選択してください。
- ⑤ 「研修申し込み」画面に移動します。必要事項を入力してください。(※マークは必須項目) 入力後に「申込確認画面へ」をクリックして入力内容を確認し、最後に「申し込む」ボタンをクリックしてください。「受付確認書」メールが届けば、申し込み入力が完了です。

※ 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、最初から申し込み入力していただく必要があります。

※ 受付確認書メールが届かない場合、入力されたメールアドレスが誤っている可能性があります。事務局 (石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター) までご連絡ください。なお、受付確認書メールは、受講が決定したという意味ではありません。

認知症介護実践研修・実践リーダー研修プログラム

日 時		研 修 科 目
7月8日(月) (第1日目)	8:30~8:50	受付
	8:50~9:00	「開講・オリエンテーション」
	9:00~10:00 (60分)	「認知症介護実践リーダーの研修の理解」
	10:00~10:10 (10分)	休憩
	10:10~12:10 (120分)	「認知症の専門的理解」
	12:10~13:10	昼食・休憩
7月9日(火) (第2日目)	13:10~17:10 (240分)	「認知症ケアに関する施策の動向と地域展開」
	8:45~9:00	受付
	9:00~12:00 (180分)	「認知症介護実践リーダーの役割」
	12:00~13:00	昼食・休憩
7月10日(水) (第3日目)	13:00~17:00 (240分)	「チームにおけるケア理念の構築方法」
	8:45~9:00	受付
	9:00~12:00 (180分)	「実践者へのストレスマネジメントの理論と方法」
	12:00~13:00	昼食・休憩
7月11日(木) (第4日目)	13:00~17:00 (240分)	「チームケアのためのケースカンファレンスの技法と実践」
	8:45~9:00	受付
	9:00~12:00 (180分)	「認知症ケアにおけるチームアプローチの基本と実践」
	12:00~13:00	昼食・休憩
7月12日(金) (第5日目)	13:00~17:00 (240分)	「認知症の人の権利擁護の指導」
	8:45~9:00	受付
	9:00~12:10 (180分)	「認知症ケアの指導の基本的視点」 「認知症ケアに関する倫理の指導」
	12:10~13:10	昼食・休憩
7月12日(金) (第5日目)	13:10~17:10 (240分)	「認知症の人への介護技術指導」(食事・入浴・排泄等)

日 時		研 修 科 目
7月16日(火) (第6日目)	8:45~9:00	受付
	9:00~12:00 (180分)	「認知症の人への行動・心理症状(BPSD)への介護技術指導」
	12:00~13:00	昼食・休憩
	13:00~17:00 (240分)	「職場内教育(OJT)の方法の理解と実践Ⅰ」〔運用法〕
7月17日(水) (第7日目)	8:45~9:00	受付
	9:00~12:00 (180分)	「職場内教育(OJT)の方法の理解と実践Ⅱ」(技法)
	12:00~13:00	昼食・休憩
	13:00~17:00 (240分)	「職場内教育(OJT)の方法の理解と実践Ⅱ」(技法)
7月18日(木) (第8日目)	8:45~9:00	受付
	9:00~12:00 (180分)	「家族の理解とその支援」
	12:00~13:00	昼食・休憩
	13:00~17:00 (240分)	「認知症の人へのアセスメントの実践に関する指導」
7月19日(金) (第9日目)	8:45~9:00	受付
	9:00~12:00 (180分)	「自施設実習の課題設定」
	12:00~13:00	昼食・休憩
	13:00~17:00 (240分)	「自施設実習の課題設定」
10月2日(水) (総括講座)	8:45~9:00	受付
	9:00~12:00 (180分)	「実習のまとめ」
	12:00~13:00	昼食・休憩
	13:00~17:00 (240分)	「実習のまとめ」
10月3日(木) (総括講座)	8:45~9:00	受付
	9:00~12:00 (180分)	「実習のまとめ」
	12:00~13:00	昼食・休憩
	13:00~17:00 (240分)	「実習のまとめ」
	17:00~17:30	「閉講・オリエンテーション」

※ 研修プログラム(予定)の内容・時間については、変更する場合があります。

(様式1)

平成31年度 認知症介護実践研修・実践リーダー研修 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	〒		
	施設名	※法人・会社名から記入してください。		
	指定年月日	平成	年	月 日
	事業種別			
	連絡先	Tel	Fax	
	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 ※実践リーダー研修修了者が在籍している場合、「平成31年度認知症介護実践研修・実践リーダー研修における実習生の受け入れについて」を一読し、「他施設実習受入れ確認表」を、事務局へご提出ください。		
受講者	住所	〒		
	ふりがな			
	氏名		年齢	歳
	実践者研修(基礎課程)修了の確認	※該当するものに○を付けて、必要事項を記入して下さい。 ・平成 年度 痴呆介護実務者研修 基礎課程 修了 ・平成 年度 認知症介護実践研修 実践者研修 修了 【修了証書番号 第 号】		
	職名(例:管理者)		資格名(例:介護福祉士等)	
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	採用年月日	昭和・平成	年	月 日
	経験年数		年	ヶ月(過去を含む認知症介護の経験年数)
	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。		
研修申込みの理由	指定認知症対応型共同生活介護事業所の短期利用 ●開設時期:平成 年 月 日(予定) ●開設場所(市町名): ●その他:			

上記のとおり申し込みます。

令和元年 月 日

(市町の長)

様

(事業者法人名及び代表者名)

印

(様式2)

平成31年度 認知症介護実践研修・実践リーダー研修 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	〒			
	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		
	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 ※実践リーダー研修修了者が在籍している場合、「平成31年度認知症介護実践研修・実践リーダー研修における実習生の受け入れについて」を一読し、「他施設実習受け入れ確認表」を、事務局へご提出ください。			
受講者	住所	〒			
	ふりがな		年齢	歳	
	氏名				
	実践者研修(基礎課程)修了の確認	※該当するものに○を付けて、必要事項を記入して下さい。 ・平成 年度 痴呆介護実務者研修 基礎課程 修了 ・平成 年度 認知症介護実践研修 実践者研修 修了 【修了証書番号 第 号】			
	職名(例:管理者)		資格名(例:介護福祉士等)		
	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	採用年月日	昭和・平成	年	月	日
	経過年数		年	ヶ月	(過去を含む認知症介護の経過年数)
優先順位	※同一事業所から複数名申込みの場合のみ記入してください。				

上記のとおり申し込みます。

令和元年 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

各受講者所属長 様

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

平成31年度認知症介護実践研修・実践リーダー研修における
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、7月20日（土）から9月7日（土）の間に、施設実習を行うことになっております。

つきましては、下記のとおり他施設実習における実習生受け入れをお願いいたしたく、受け入れが可能な施設は、下記の受入れ施設の条件等を確認頂いた上、別紙「他施設実習受入れ確認表」を、7月1日（月）までにFAXにて報告をお願い致します。

なお、実習生の施設名及び氏名は、受入日が決まり次第、文書でお知らせいたします。

記

1 実習生の受入をお願いしたい日

令和元年7月22日（月）及び8月16日（金）の2日間

2 受入れ希望人数

2～3人

3 参考（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、看護小規模多機能型居宅介護、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、介護医療院

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。

【事務局】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、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内）

TEL 076 (258) 3135 / FAX 076 (258) 3149

他施設実習受入れ確認表

平成31 認知症介護実践研修・実践リーダー研修

項目	記載内容
事業所名	
サービスの種類 (※該当するものに○)	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・看護小規模多機能型居宅介護・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・介護医療院
実践リーダー研修 修了者名	(※実践リーダー研修の修了者が、実習担当者になってくださるようお願い致します。)
実習時間数(7時間)	9時30分～16時30分
所在地 (最寄りの駅・バス停)	(駅名 駅・バス停名 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 ・ 不要 (※受講者から担当者へ事前に電話連絡が必要な場合は○、不要なら×)
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〕 〔駐車場〕 〔服装〕 〔持参するもの〕 ●昼食 ●その他 〔その他連絡事項〕	[時 分]に、[]へ集合すること あり ・ なし ※ どちらかに○をつけてください。 事業所で準備します(代金 円) ・ 持参してください

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
7月22日(月)・8月16日(金)	人	います ・ いません	います・いません

〔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

他施設実習受入れ確認表 〈平成31認知症介護実践研修・実践リーダー研修〉

項目	記載内容
事業所名	社会福祉法人●● グループホーム△△
サービスの種類 (※該当するものに○)	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・看護小規模多機能型居宅介護・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・介護医療院
実践リーダー研修 修了者名	石川 太郎 (※実践リーダー研修の修了者が、実習担当者になってくださるようお願い致します。)
実習時間数(7時間)	9時30分 ~ 16時30分
所在地 (最寄りの駅・バス停)	金沢市鞍月1丁目1番地 (駅名 金沢駅・バス停名 県庁前バス停)
連絡先	[TEL] 076-000-0000 [FAX] 076-000-0000
受け入れ担当者への 事前連絡	事前連絡が <input checked="" type="radio"/> 必要 <input type="radio"/> 不要 (※受講者から担当者へ事前に電話連絡が必要な場合は○、不要なら×)
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
〔駐車場〕	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし ※どちらかに○をつけてください。
〔服装〕	動きやすい服装 ※ふさわしくない服装なども明記して下さい。(ジーンズ不可 等)
〔持参するもの〕	●昼食 <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 ●その他 内履き、エプロン、水筒 等
〔その他連絡事項〕	・利用者への接し方について ・各施設での注意点

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。

実習予定日に、リーダー研修修了者がいるか、認知症の利用者がいるか、確認してください。

実習予定日	受入れ可能人数	リーダー研修修了者	認知症の利用者
7月22日(月)・8月16日(金)	2～5人	<input checked="" type="radio"/> います <input type="radio"/> いません	<input checked="" type="radio"/> います <input type="radio"/> いません

〔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