

# 令和4年度 集合研修の受講にあたって

社会福祉法人 石川県社会福祉協議会

- 1 本会では、新型コロナウイルス感染症発生に伴い、受講者の安全確保を図るため、次の対策を行います。
  - (1) 研修の定員は、会場の収容人員の半分以下の人数とします。そのため、申込者数が定員を超過した場合は、調整させていただきますので、各研修の開催要綱をご覧ください。
  - (2) 受付前に非接触型体温計による検温を実施し、37.5度以上の方は受講不可といたします。
  - (3) 手指用アルコール消毒液を会場出入口に配置いたします。
  - (4) 会場の換気、ドアノブなどの消毒を適宜行います。
  - (5) 受講者間の距離を確保した座席の配置を行います。
  - (6) 職員はマスク着用で対応いたします。
- 2 受講者の皆様へのお願い
  - (1) 受講確定後、次に該当する方は、受講を控えて、速やかに下記事務局へ連絡してください。
    - ・ 発熱（37.5度以上）や風邪症状、倦怠感などがあり体調不良の方
    - ・ 身近に感染された方や感染が疑われる方がいる場合や、所属法人・施設などから受講の自粛を求められている場合など、新型コロナウイルス感染症の影響により受講が難しくなった方
  - (2) 各自でマスクを用意の上、必ず着用してください。マスクをしていない場合は、受講をお断りいたします。（演習時にフェイスシールドの着用などを指示する場合がありますので、受講決定通知などをご覧ください。）
  - (3) こまめな手洗い・うがい・咳エチケット、備え付けの消毒液の使用、休憩時間においても受講者間の距離を取り、会話も出来る限り控えるなどの感染症対策にご協力をお願いいたします。
  - (4) サインペンやマーカーなどの文房具の持参の指示があった場合は、必ず用意してください。
  - (5) 会場では、常時もしくは定期的に換気を行いますので、冷暖房機能の低下が懸念されます。各自、衣類などでの体温調整やこまめな水分補給をお願いいたします。
  - (6) 保健所などより要請があった場合は、必要な情報を提供することがありますので、予めご了承ください。
- 3 その他
  - (1) 県社会福祉会館別館は、敷地内及び周辺での喫煙は禁止されていますので、ご留意ください。

※本書は、令和4年5月25日時点のものであり、今後の状況に応じて随時見直しを行います。

# 令和4年度 認知症介護実践研修・実践者研修 (第3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4年12月5日(月)～令和5年2月28日(火)
  - (1) 事前講座(6日間) 令和4年12月5日(月)、6日(火)、7日(水)、22日(木)  
23日(金) 26日(月)
  - (2) 自施設実習(4週間) 令和4年12月27日(火)～令和5年2月20日(月)の間、1週間を4回
  - (3) 総括講座(2日間) 令和5年2月27日(月)、2月28日(火)
- 5 開催方法及び会場
  - (1) 事前講座・(3) 総括講座  
Zoomによるオンライン研修 ※12月26日(月)は集合研修にて実施予定  
※Web環境とカメラ・マイク機能付きのパソコンが必要です。  
※オンライン研修についてはグループワークがあるので、必ず1人1台の端末とし、  
静かな環境で受講してください。  
【12月26日(月)の会場：  
石川県社会福祉会館別館 研修室1、2・3(金沢市八田町東1025番地)】
  - (2) 施設実習 自施設
- 6 費用 2,000円(資料代)  
※12月26日(集合研修日)の受付の際、現金でお支払いください。
- 7 受講対象 以下の(1)(2)(3)、全ての要件を満たしている者として。
  - (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) カメラ機能付き(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 40名
- 9 研修プログラム 別紙「研修プログラム」参照  
今回の研修は、オンライン形式にて数名のグループによるグループワークを行います。  
ただし、事前講座6日目の12月26日(月)は、集合形式(グループ毎)で行いますので  
社会福祉会館別館(八田町)に集合してください。
- 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。 ※ 下記「申込み要件」参照

## <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】 ※別紙「資料」参照

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。

- 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。
- ③ 申込み受付期間は、9月28日(水)～10月5日(水)です。※締切厳守  
(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、10月12日(水)です。)  
※ 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。  
※ 参加申込書は、郵送、持参、またはメール・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郵送又は持参で申込みください。
- 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。
- ③ 申込み受付期間は、10月24日(月)～10月28日(金)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。  
※ 参加申込書は、郵送、持参、またはメール・FAXにてご提出ください。  
(持参の場合、受付期間 月～金(祝日を除く)の9:00～17:00に長寿生きがいセンターへ来所してください。)  
※ 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

10(1)②、(2)②については、下記(1)～(5)の手順に沿って必要事項を入力してください。

- (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、受講の選考結果やオンライン研修受講時に必要なURL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。

※ 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。

※ ホームページでの入力申込みの他、参加申込書の提出も必要です。

## 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(事業所)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。〕
  - 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。

## 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 10月20日(木)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、市町担当課から各事業所へ連絡していただきます。
  - ② 10月21日(金)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  
11月4日(金)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。

## 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、下記の期日までに、郵送又はメールにて提出してください。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、受講選考結果通知メールにダウンロード先を記載します。

- (1) 10(1)にて受講承認された方の事前レポート提出締め切り日 11月4日(金)
- (2) 10(2)にて受講承認された方の事前レポート提出締め切り日 11月18日(金)

## 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 操作説明会について

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11月25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。  
(他の職員にもご協力願います。)
  - ※ 施設実習の詳細については、別紙「令和4年度認知症介護実践研修・実践者研修(第3回)の実習について」をご参照ください。
- (3) 修了証書は、総括講座最終日に交付いたします。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。
- (4) 今回はオンライン研修を受講できるWeb環境に対応できる方を対象としています。受講環境として「有線ケーブル」「Webカメラ内蔵のパソコン(外付け可)」「ヘッドセットまたはマイク付きイヤホン」をご用意ください。
  - ※ 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。
- (5) 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。
- (6) 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
- (7) 今後の新型コロナウイルス等の状況によっては、日程や開催方法等が急遽変更となる可能性がございますので、ご承知おきください。

令和4年度認知症介護実践研修・実践者研修（第3回）プログラム

日時	時間	科目	形式
12月5日（月） （1日目） オンライン	8:00～8:50	受付（Zoomに接続）	
	8:50～	開講・オリエンテーション	
	9:00～9:30	「石川県における認知症施策」	講義
	9:30～12:30	「認知症ケアの基本的視点」	講義・演習
	12:30～13:30	60分(昼食・休憩)	
	13:30～17:00	「認知症になることへの理解」	講義・演習
12月6日（火） （2日目） オンライン	8:30～8:50	受付（Zoomに接続）	
	9:00～12:00	「認知症ケアの倫理と権利擁護」	講義・演習
	12:00～13:00	60分(昼食・休憩)	
	13:00～17:00	「アセスメントとケアの実践の基本Ⅰ」	講義・演習
12月7日（水） （3日目） オンライン	8:30～8:50	受付（Zoomに接続）	
	9:00～12:00	「生活環境づくりと地域資源の理解」	講義・演習
	12:00～13:00	60分(昼食・休憩)	
	13:00～17:00	「アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ」	講義・演習
12月22日（木） （4日目） オンライン	8:30～8:50	受付（Zoomに接続）	
	9:00～12:30	「認知症の人の暮らしを支えるケアを実践するための視点」	講義・演習
	12:30～13:30	60分(昼食・休憩)	
	13:30～15:30	「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
	15:30～15:40	10分休憩	
	15:40～17:10	「家族支援」	講義・演習
12月23日（金） （5日目） オンライン	8:30～8:50	受付（Zoomに接続）	
	9:00～12:00	「共に生活を楽しむための視点」	講義・演習
	12:00～13:00	60分(昼食・休憩)	
	13:00～14:00	「実習オリエンテーション」	講義
	14:00～17:00	「実習課題の設定」	演習
12月26日（月） （6日目） 集合研修	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
	③13:00～14:30	「実習課題の設定」	演習
	④14:40～16:10	「実習課題の設定」	演習
12月27日（火） ～ 2月20日（月）	自施設実習 （1週間を4回）		実習
2月27日（火） 2月28日（水） オンライン	9:00～12:30 13:30～17:00	「実践報告」  ※今後の新型コロナウイルス等の状況によっては、日程変更となる可能性があります。	発表

※12月26日（月）は、①～④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。

(様式1)

令和4年度 認知症介護実践研修・実践者研修 (第3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
	経歴年数		年	ヶ月 (過去を含む介護現場の経歴年数)
	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	※該当する番号に○を付けてください。 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4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4年度 認知症介護実践研修・実践者研修 (第3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 (過去を含む介護現場の経験年数)			
	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	※該当する番号に○を付けてください。 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4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4年度認知症介護実践研修・実践者研修(第3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4年12月27日(火)～令和5年2月20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 (1月24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) ↓	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、事前講座の最終日に行います。
- (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

「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 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	認知症対応型サービス事業開設者研修 基準第65条	認知症対応型サービス事業開設者研修 基準第173条
管理者	認知症介護実践研修(実践者研修) 基準第43条	認知症介護実践研修(実践者研修) 基準第91条	認知症介護実践研修(実践者研修) 基準第64条	認知症介護実践研修(実践者研修) 基準第172条
計画作成 担当者		認知症介護実践研修(実践者研修)	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	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171条