

# 平成29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 福祉総合研修センター

4 期日 平成29年7月3日(月)～9月7日(木)までの間で27日間実施

・事前講座 (9日間) 7月3日(月)～7月7日(金)、7月10日(月)～7月13日(木)

・実習 7月14日(金)～8月25日(金)

〔	他施設実習 (2日間)	7月14日(金)、8月2日(水)
	自施設実習	7月14日(金)～8月25日(金)

・総括講座 (2日間) 9月6日(水)・7日(木)

5 会場

事前講座・総括講座：石川県社会福祉会館別館 研修室2・3 (金沢市八田町東1025番地)

実習：各実習施設

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

7 参加対象及び参加申込み方法

(1) 受講対象 次の①②両方の要件に該当する者とします。

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

(2) 受講区分・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。

参加申込書（様式1）にて市町担当課へ申込みとともに、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な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締切日 5月26日(金) ※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31日(水) ※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）に必要な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みとともに、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な項目を入力してください。[13 参照]

**申込受付期間：6月5日(月)～6月8日(木) 消印有効**

来所によりお申込み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。

※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 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) 実習：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なくリーダーとしての視点で取り組みます。

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 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6月1日(木)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、6月2(金)頃に電子メールにて送信します。

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6月12日(月)頃に電子メールにて送信します。

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。

**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願います。
- (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。

**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…5月17日(水)～5月26日(金)

7(2) ②の場合の入力期間…6月5日(月)～6月8日(木)

## 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・実践リーダー研修」

■ 研修プログラム（予定）内容・時間につきましては、変更する場合があります。

時間	研修科目
7月3日(月) (第1日目)	9:00～9:15 受付
	9:15～9:30 「開講・オリエンテーション」
	9:30～10:30 (60分) 「認知症介護実践リーダーの研修の理解」
	10:30～10:40 (10分) 休憩
	10:40～12:40 (120分) 「認知症の専門的理解」
	12:40～13:40 昼食・休憩
	13:40～17:40 (240分) 「認知症ケアに関する動向と地域展開」
7月4日(火) (第2日目)	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
	13:00～17:00 (240分) 「チームにおけるケア理念の構築方法」
7月5日(水) (第3日目)	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
	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」
7月6日(木) (第4日目)	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
	13:00～17:00 (240分) 「認知症の人の権利擁護の指導」
7月7日(金) (第5日目)	8:45～9:00 受付
	9:00～10:00 「認知症ケアの指導の基本的視点」
	10:00～10:10 (10分) 休憩
	10:10～12:10 「認知症ケアに関する倫理の指導」
	12:10～13:10 昼食・休憩
	13:10～17:10 (120分) 「認知症の人への介護技術指導」(食事・入浴・排泄等)

時間		研修科目
7月10日(月) (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11日(火) (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12日(水) (第8日目)	8:45~9:00	受付
	9:00~12:00 (180分)	「認知症の人の家族支援方法の指導」
	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13日(木) (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」
9月6日(水) (第10日目)	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」
9月7日(木) (第11日目)	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	閉講式

## 認知症介護実践研修・実践リーダー研修 参加申込書

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)	
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。	
	指 定 年 月 日	年 月 日	
	事 業 種 別		
	連 絡 先	Tel	Fax
受 講 者	住 所	〒	
	ふ り が な		
	氏 名	男 ・ 女 ( 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	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。

平成 年 月 日

(市町の長)

様

(事業者法人名及び代表者名)

印

## 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	※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)		
	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ください。 ・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	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みの場合のみ記入してください。			
所属施設において「認知症介護実践研修実践リーダー研修」又は「痴呆介護実務者研修専門課程」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 ※該当するいずれかに○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名いるか記入してください		

上記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

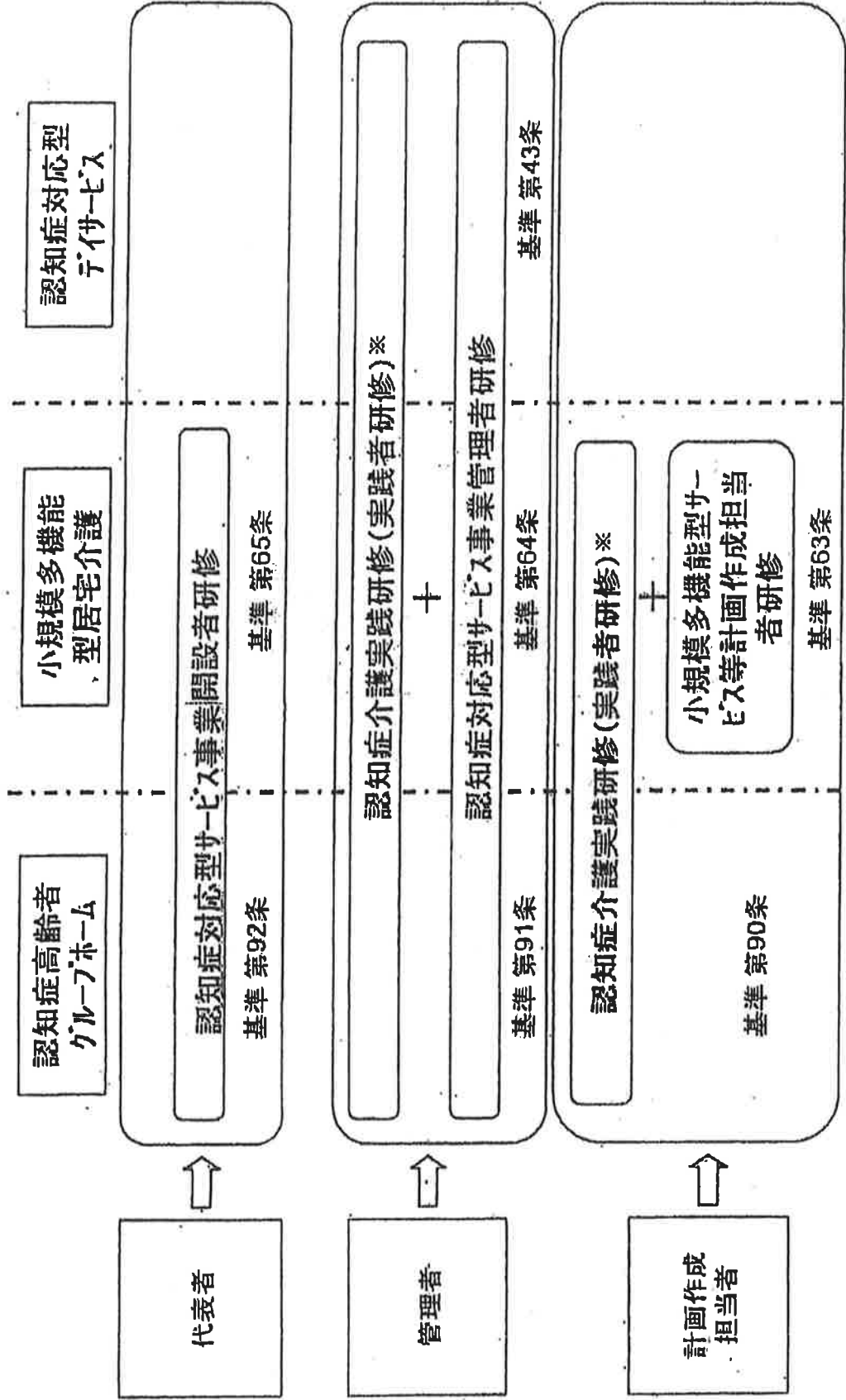
社会福祉法人石川県社会福祉協議会  
福祉総合研修センター  
所 長 坂 尻 健 一 様

(事業者法人名及び代表者名)

印

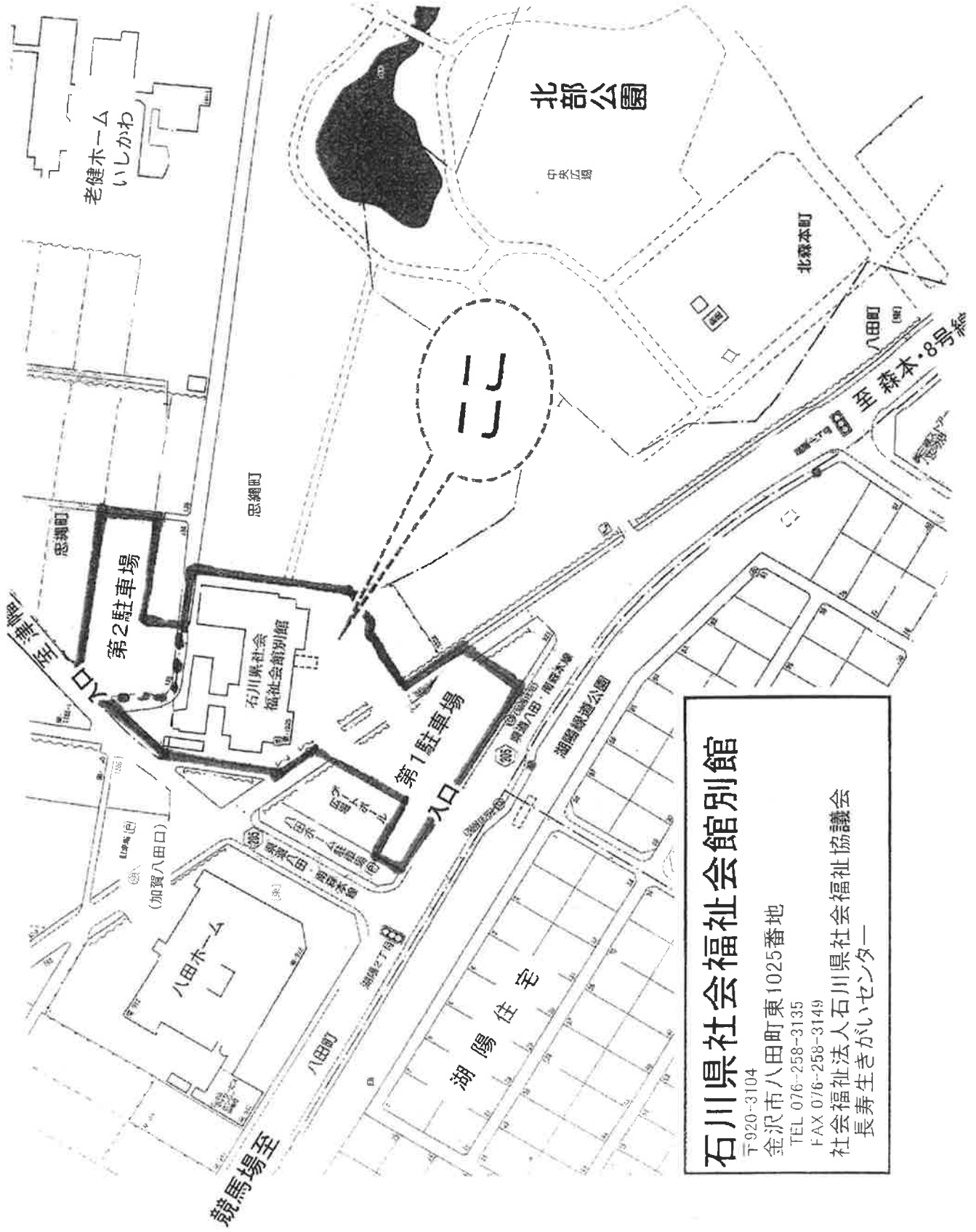


指定地域密着型サービス指定・運営基準に規定される研修について



※ 研修受講の必須要件。





**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