

# 平成 29 年度「認知症介護実践研修（実践者研修）」実施要領

## 第 1 研修の目的

この研修は、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成 18 年 3 月 31 日老発第 0331010 号厚生労働省老健局長通知）に基づき、**社会福祉法人静岡県社会福祉協議会が静岡県・静岡市・浜松市から研修実施機関の指定を受け、実施するもので、施設、在宅にかかわらず認知症の原因疾患や容態に応じ、本人やその家族の QOL 向上を図る対応や技術を修得することをねらいとする。**

## 第 2 研修の対象者(受講要件)

次の 3 点を満たすこと

- 1 認知症介護の**業務に原則 2 年以上の従事経験があり**、認知症介護に関する基本的知識・技術を習得している者であって、所属する介護保険施設、事業所等の長が受講を認めたものとする。  
なお、所属する介護保険施設、事業所等の所在地が静岡県内であるものに限る。
- 2 「**自施設実習**」の実習先を確保し、取り組めること。  
※5 日間の研修受講後、研修受講者が所属する介護保険施設・事業所等で、日頃関わっている認知症の利用者を 1 人選出し、企画案に沿った実習を行う。所属予定の介護保険施設、事業所等が未指定などである場合は、実習受入れ施設等を自ら手配すること。  
※自施設実習の実施計画については、本研修での学びを踏まえて、研修 5 日目に講師の指導のもと「自施設実習計画書」を作成する。
- 3 所属長や上司が、本研修の流れを理解し、研修受講者の体調管理（勤務日程等）への配慮、自施設実習への協力など、研修受講に責任を持って送り出せること。  
※自施設実習の取組や報告に不十分な点があった場合は、修了証の発行を保留し、再提出・再実習を指示することがある。

## 第 3 研修の会場、日程、定員等

会場	場 所	日 程	定員
浜 松	浜松市福祉交流センター 2 階大会議室	平成 29 年 6 月 7 日(水)、8 日(木)、23 日(金)、 24 日(土)、7 月 5 日(水)、8 月 23 日(水)	80 人
掛 川	掛川市生涯学習センター 2 階第 4 会議室	平成 29 年 7 月 11 日(火)、12 日(水)、25 日(火)、 26 日(水)、8 月 16 日(水)、9 月 26 日(火)	80 人
静 岡	静岡県総合社会福祉 会館シズウエル 7 階 703 会議室	平成 29 年 6 月 15 日(木)、16 日(金)、7 月 6 日(木)、 7 日(金)、7 月 18 日(火)、8 月 30 日(水)	80 人
富 士	ふじさんめっせ 1 階会議室	平成 29 年 7 月 13 日(木)、14 日(金)、27 日(木)、 28 日(金)、8 月 9 日(水)、9 月 22 日(金)	80 人
三 島	三島商工会議所 4 階大会議室	平成 29 年 6 月 1 日(木)、2 日(金)、13 日(火)、 14 日(水)、29 日(木)、8 月 2 日(水)	80 人

研修会場等の詳細は、受講が決定した者に案内する。

※同一会場で全日程を受講すること（**別会場での振替受講は認めない。**）。

※全課程（自施設実習の適切な実施を含む。）を修了した者をもって修了者とする。

#### 第4 研修内容

平成29年度より全国統一の新・標準カリキュラムに移行しました。

##### 1 講義・演習

###### <1日目>

時 間	内 容
9:30～9:40	開講式
9:40～11:10	認知症ケアの基本的視点と理念
11:20～12:20	認知症ケアの倫理
13:20～16:20	認知症の人の理解と対応
16:30～18:00	認知症の人の家族への支援方法

###### <2日目>

時 間	内 容
9:30～11:30	認知症の人の権利擁護
12:30～14:30	認知症の人の生活環境づくり
14:40～16:40	地域資源の理解とケアの活用

###### <3日目>

時 間	内 容
9:30～11:30	認知症の人とのコミュニケーションの理解と方法
12:30～14:30	認知症の人への非薬物的介入
14:40～17:40	認知症の人への介護技術Ⅰ【食事・入浴・排泄等】

###### <4日目>

時 間	内 容
9:30～12:30	認知症の人への介護技術Ⅱ【行動・心理症状】
13:30～17:30	アセスメントとケアの実践の基本Ⅰ

###### <5日目>

時 間	内 容
9:30～12:30	アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ【事例演習】
13:30～17:30	自施設における実習の課題設定

## 2 自施設実習

5日間の研修受講後、研修受講者が所属する介護保険施設・事業所等で、日頃関わっている認知症の利用者を1人選出し、企画案に沿った実習を行う。所属予定の介護保険施設、事業所等が未指定などである場合は、実習受入施設等を自ら手配すること。なお、自施設実習の実施計画については、本研修での学びを踏まえて、研修5日目に講師の指導のもと作成する。

## 3 実習報告会 <6日目>

上記実習終了後に研修受講者による報告会を行う。

時 間	内 容
9:30~12:30	自施設実習評価
13:30~15:00	研修のまとめ(理念の構築と目標設定)

## 第5 研修に要する費用

受講**決定後**、定められた日までに、指定の口座（ゆうちょ銀行）に払い込む。

・受講料 43,000円（テキスト・資料代込み。交通費等は自己負担。）

※払込み方法等の詳細は、受講決定者に案内する。別途指定する期日までに入金すること。

**※原則として、受講料振込後は返金しない。**

ただし、研修初日14日前（各会場）までに本会へキャンセルの連絡があった場合には、事務手数料5,000円及び振込手数料を差し引いて返金する。

## 第6 受講の申込み

### 1 受講申込区分

(1) 受講を希望する者のうち、市町推薦要件①又は②に該当する者（「市町推薦」）

「受講申込書【市町推薦用】」（様式2）に必要事項を記入の上、**事業所が所在する市町担当介護保険課**に下記期日までに提出すること。

※市町の介護保険担当課は、「受講申込書【市町推薦用】」（様式2）を提出した受講希望者について審査し、（様式2）の「各市町行政記入欄」に推薦の有無等について記入の上、推薦書（様式3）を作成し、各市町における被推薦者を取りまとめるものとする。

なお、市町が推薦しないと判断した受講希望者については、申込書を受領した市町が本会宛てに転送し、下記(2)の受講希望者(直接申込)と同じ取扱いをする。

### <市町推薦要件>

① 下記ア～ウのいずれかに該当する新規開設予定の認知症対応型サービス事業所（指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定認知症対応型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所）において、管理者又は計画作成担当者となる予定の者

ア 平成29年度の新規開設が市町において決定済

イ 平成29年度に市町が行う新規開設の募集に申請予定

ウ 平成30年度の新規開設が市町において決定済

② 下記ア、イのいずれかに該当する開設済みの認知症対応型サービス事業所（指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定認知症対応型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所）において、職員の離職等による人員欠如を補うために管理者又は計画作成担当者となる予定の者

ア 現在人員基準を満たしていない

イ 今後、職員の離職等により人員基準を満たさない状況となることが確実である

※理由・時期を明記すること（記載のない場合は、推薦要件に該当しないものとする）

(2) 受講を希望する者のうち、(1)に該当しないもの(「直接申込」)

「受講申込書【直接申込用】」(様式1)に必要な事項を記入の上、期日までに静岡県社会福祉人材センター研修課宛てに提出すること。

## 2 必要書類

① 平成29年度認知症介護実践研修(実践者研修)受講申込書

**【直接申込用】(様式1) 又は【市町推薦用】(様式2)**

**※いずれかの様式を提出、二重申込はしないこと。**

※選考の参考とするので、「受講希望会場」欄は第2希望まで記入すること。

② 返信用封筒(人材センター ⇒ 受講希望者への選考結果の通知に使用)

受講希望者1人につき1通、82円切手貼付、宛先に事業所名・住所・宛名を明記

※各市町介護保険担当課を経由して申し込む場合も、返信用封筒を同封すること。

**※返信用封筒の添付がない場合は、書類不備とみなす。**

## 3 宛先、申込期日

**※いずれの場合も、封筒表面に「実践者研修申込」と朱書きすること**

### ☆1(1)「市町推薦」に該当する場合の申込先 (市町推薦を受けたい場合)

(宛先) 各市町介護保険担当課

(期日) 平成29年4月7日(金)午後5時**必着** (受講申込法人→各市町介護保険担当課)

※市町の介護保険担当課は、とりまとめ推薦要件に該当するか選考の上、静岡県社会福祉人材センターに平成29年4月18日(火)までに提出すること。

### ☆1(2)「直接申込」に該当する場合の申込先

(宛先) 〒420-0856 静岡市葵区駿府町1-70 静岡県社会福祉人材センター研修課

(期日) 平成29年4月18日(火)午後5時**必着** (受講申込法人→静岡県社会福祉人材センター研修課)

## 第7 受講者の決定

受講希望者が定員を超える場合は、選考により受講者を決定する。

選考項目は、書類不備の有無、過去の同事業所からの受講(申込)にかかる実績等。

ただし、第6-1(1)「市町推薦」に該当する者を優先する。決定者の受講会場については、各会場の受講希望状況を踏まえて調整する。なお、選考結果は、平成29年5月第2週までに通知する。

※受講決定後に受講をキャンセルする場合は、速やかに本会まで連絡すること。

## 第8 修了証書の発行

本研修の全課程(自施設実習含む)を受講した者に修了証書を発行する。

※原則として、欠席・遅刻・途中退席は認めない。

※自施設実習の取組や報告に不十分な点があった場合は、修了証の発行を保留し、再提出・再実習を指示することがある。

※受講者としてふさわしくない迷惑行為があり、注意の上改善しない場合は、受講途中でも本会の判断で受講を取り消し、修了を認めないことがある。

## 第9 修了者名簿の作成

本研修終了後、静岡県、静岡市及び浜松市の認知症介護実践研修実施機関指定事務取扱要綱に基づき、本会において修了者名簿を作成して、静岡県、静岡市及び浜松市の所管課に提出する。

## 第10 研修に関する問い合わせ先

社会福祉法人静岡県社会福祉協議会 静岡県社会福祉人材センター 研修課 (曾根・久保田)

電話番号：054-271-2174