

# 平成31年度認知症介護実践者研修

## 開催要綱

### 1 目的

高齢者介護実務者に対し、認知症高齢者の介護に関する実践的研修を実施すること、また、認知症介護を提供する事業所を管理する立場にある者等に対し、適切なサービスの提供に関する知識等を修得するための研修を実施することにより、認知症介護技術の向上を図り、認知症介護の専門職員を養成し、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 実施主体

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会（福岡県指定）

### 3 実施協力者

福岡県認知症介護指導者

### 4 開催期日及び会場

#### (1) 開催期日

	Aコース	Bコース	Cコース
1日目	5月17日(金)	5月21日(火)	10月18日(金)
2日目	5月23日(木)	5月28日(火)	10月28日(月)
3日目	5月31日(金)	6月4日(火)	11月6日(水)
4日目	6月7日(金)	6月11日(火)	11月13日(水)
5日目	6月14日(金)	6月18日(火)	11月15日(金)
6日目	6月19日(水)	6月25日(火)	11月22日(金)
7日目	7月9日(火)	7月16日(火)	12月16日(月)
8日目	8月2日(金)	8月6日(火)	1月10日(金)

Aコース・・・6月20日(木)から8月1日(木)の期間のうち4週間は、受講者所属施設における実習期間です。業務を通しての実習になりますので、勤務日(実習日)として4週間(1日7時間以上)の確保をお願いします。

Bコース・・・6月26日(水)から8月5日(月)の期間のうち4週間は、受講者所属施設における実習期間です。業務を通しての実習になりますので、勤務日(実習日)として4週間(1日7時間以上)の確保をお願いします。

Cコース・・・11月23日(土)から1月9日(木)の期間のうち4週間は、受講者所属施設における実習期間です。業務を通しての実習になりますので、勤務日(実習日)として4週間(1日7時間以上)の確保をお願いします。

新規開設予定で実習施設の調整が見つからない場合は、各法人で協力いただける事業所を事前に調整してください。

(2) 会場 九州ビル 9階会議室  
福岡市博多区博多駅南1-8-31

## 5 受講定員

各コース 180名

申込みは、各事業所1名まで(Aコース、Bコース又はCコースのいずれか1コース)とします。

受講申込書(様式第1号)に希望コースを必ず御記入ください。

但し、受講申込者多数の場合は、御希望に添えない場合がございますので、予め御了承ください。

定員に達し次第、締め切らせていただきますので、あらかじめ御了承ください。

定員超過等で受講をお断りする場合や日程の変更をお願いする場合は、その旨本会から連絡いたします。

## 6 受講料

32,000円

## 7 受講対象者(北九州市・福岡市の施設・事業所の役職員を除く。)

- (1) 指定介護老人福祉施設の生活相談員及び介護・看護職員
- (2) 介護老人保健施設の支援相談員及び介護・看護職員
- (3) 指定介護療養型医療施設の介護・看護職員
- (4) 指定通所介護事業所の生活相談員及び介護・看護職員
- (5) 指定認知症対応型通所介護事業所の生活相談員及び介護・看護職員
- (6) 指定小規模多機能型居宅介護事業所の介護・看護職員
- (7) 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護・看護職員
- (8) 指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護職員
- (9) 指定特定施設入居者生活介護事業所の生活介護員及び介護・看護職員
- (10) 新規開設予定又は開設している指定認知症対応型通所介護事業所の管理者に就任予定の者
- (11) 新規開設予定又は開設している指定小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者及び管理者に就任予定の者
- (12) 新規開設予定又は開設している指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者及び管理者に就任予定の者
- (13) 新規開設予定又は開設している指定認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者及び管理者に就任予定の者

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及び指定認知症対応型共同生活介護事業所については、介護予防型を含む。

## 8 受講資格

対象者	受講資格
上記7 (1)～(9)	介護保険施設・事業所等で <u>認知症高齢者の介護に従事した現場経験が2年以上の者。</u>
上記7 (10)～(12)	(ア)計画作成担当者については、介護支援専門員の有資格者で、介護保険施設・事業所等で認知症高齢者の介護に従事した現場経験が2年以上の者。 (イ)管理者については、指定介護老人福祉施設、指定通所介護事業所、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従事者又は訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者。
上記7(13)	(ア)計画作成担当者は、本研修を修了している者で、そのうち1名以上の者は、介護支援専門員をもって充てなければならない。 但し、介護支援専門員以外の計画作成担当者については、介護保険施設・事業所等において認知症高齢者の介護に従事した現場経験が2年以上の者。 (イ)管理者については、指定介護老人福祉施設、指定通所介護事業所、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従事者又は訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者。

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及び指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者に就任される方、また、指定小規模多機能型居宅介護事業所及び指定看護小規模多機能型居宅介護の計画作成担当者に就任される方は、本研修を修了後、厚生労働省が別に定める研修を受講する必要があります。

平成13年度から16年度まで実施の旧痴呆介護実務者研修（基礎課程）又は、平成17年度から実施の認知症介護実践者研修を既に受講し修了された方は、本研修を受講する必要はありません。

## 9 研修概要について

別添「認知症介護研修の受講要件について」を参照ください。  
講義内容等については、別添「カリキュラム」を参照ください。

上記受講対象者7(8)～(11)については、事業所指定において受講が義務づけられています。

## 10 受講申込みについて

### (1) 提出書類

- ア 受講申込書（様式第1号）
- イ 受講における同意書

FAXでの申込みは受付できません。原本を郵送又は持参ください。

(2) 申込先(事務局)

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 県民サービス部 研修課 担当 笠野・松田  
〒816-0804 春日市原町3-1-7 クローバープラザ 東棟4階  
TEL 092-584-3401

(3) 申込締切

平成31年4月23日(火)必着

締切日は厳守願います。

なお、期限後は、受け付けられませんので御承知おきください。

11 受講者決定等について

申込締切後、提出された「**受講申込書**」及び「**受講における同意書**」を確認のうえ、受講者を決定し、各事業所に通知します。

12 修了証書について

カリキュラムの全科目を修了した者に対し、福岡県社会福祉協議会会長名の修了証書を交付します。

13 個人情報の取扱いについて

「**受講申込書**」に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ利用させていただきます。  
なお、本研修の受講者名簿に氏名・所属・職名・経験年数を記載します。

14 天災等の災害による研修の延期等について(ホームページの掲載について)

- (1) 天候不良等のため研修会の開催が危ぶまれる場合には、研修前日の17時までに本会研修課ホームページに延期する等のお知らせを掲載しますので、各自確認をお願いします。
- (2) 施設等でのホームページ閲覧ができない方についてのみ、本会から申込書に記載の緊急連絡先に連絡を行いますので、必ず御記入ください。

15 その他

- (1) 主催者による駐車場確保はできません。研修会場へは、公共の交通機関を御利用いただきますようお願いいたします。
- (2) 研修会場は、個人の状況に合わせた室内温度調整はできません。温度調整が可能な場合な服装で御参加ください。
- (3) 受講申込の内容に事実と異なる記載があった場合、受講取消を含めて厳正に対処いたします。

# 認知症介護実践者研修について

受講希望の方は必ずお読みください。

## 1 出席について

遅刻・早退は、原則として認められませんので御注意ください。

## 2 実習について

本研修では8日間の講義演習と4週間（1日7時間以上）の自施設実習があります。

業務を通しての実習になりますので、勤務日（実習日）として4週間（1日7時間以上）の確保をお願いします。

なお、実習期間が4週間に満たない場合は、修了証書は交付できません。

新規開設予定で実習施設の調整がつかない場合は、各法人で協力いただける事業所を事前に調整してください。

## 3 会場について

九州ビル 9階会議室

福岡市博多区博多駅南1-8-31

### 【会場案内図】



J R博多駅筑紫口より徒歩約5分

## 平成31年度認知症介護実践者研修カリキュラム

( 講義等の進行により、終了時間が変更になることがあります。 )

A日程 5月17日(金)  
 【1日目】 B日程 5月21日(火) 九州ビル 9階会議室  
 C日程 10月18日(金)

時 間	単元時間	プログラム(講義題・講師名等)
9:00	180	受 付
9:20		開会・オリエンテーション・概要説明
9:30	180	認知症ケアの基本的視点と理念
12:30		認知症介護指導者 特別養護老人ホーム富の里 藤崎 陽子 氏
	60	昼 食(45分)
13:15		認知症ケアの倫理
14:15	180	認知症介護指導者 特別養護老人ホーム青楽園 大庭 健司郎 氏
17:15		認知症の人の理解と対応
17:30		認知症介護指導者 いこいの里デイサービスセンター 花田 智加 氏
		レビュー
		閉会

A日程 5月23日(木)  
 【2日目】 B日程 5月28日(火) 九州ビル 9階会議室  
 C日程 10月28日(月)

時 間	単元時間	プログラム(講義題・講師名等)
9:30	90	受 付
10:00		認知症の人の家族への支援方法
11:30	120	認知症介護指導者 グループホームこすも 中島 健 氏
		昼 食(45分)
12:15	120	認知症の人の権利擁護
14:15		認知症介護指導者(株)パーソン・サポート絆 川島 豊輝 氏
16:15	120	認知症の人の生活環境づくり
16:45		認知症介護指導者 グループホームみんなの家 山本 幹雄 氏
17:00		自施設実習の説明
		レビュー
		閉会

A日程 5月31日(金)  
 【3日目】 B日程 6月4日(火) 九州ビル 9階会議室  
 C日程 11月6日(水)

時間	単元時間	プログラム(講義題・講師名等)
9:00		受付
10:00	120	地域資源の理解とケアへの活用 認知症介護指導者 特別養護老人ホーム共生の里津福 古賀 綾子 氏
12:00		昼食(45分)
12:45	120	認知症の人とのコミュニケーションの理解と方法 認知症介護指導者 グループホームいこいの家 大野 哲也 氏
14:45		認知症の人への非薬物的介入 認知症介護指導者 特別養護老人ホーム八女の里 坂本 純子 氏
16:45		
17:00		レビュー
		閉会

A日程 6月7日(金)  
 【4日目】 B日程 6月11日(火) 九州ビル 9階会議室  
 C日程 11月13日(水)

時間	単元時間	プログラム(講義題・講師名等)
9:00		受付
9:30	90	認知症の人への介護技術 (食事・入浴・排泄等1) 認知症介護指導者 ユニット型特別養護老人ホーム緑の里 河野 啓介 氏
11:00		認知症の人への介護技術 (食事・入浴・排泄等2) 認知症介護指導者 特別養護老人ホームちくご船小屋 石丸 孝子 氏
12:30		昼食(45分)
13:15	180	認知症の人への介護技術 (BPSD) 認知症介護指導者 介護老人保健施設友和松快園 木村 春代 氏
16:15		レビュー
16:30		閉会

A日程 6月14日(金)  
 【5日目】 B日程 6月18日(火) 九州ビル 9階会議室  
 C日程 11月15日(金)

時間	単元時間	プログラム(講義題・講師名等)
9:00	180	受付
9:30		アセスメントとケアの実践の基本
12:30	60	認知症介護指導者 特別養護老人ホーム青楽園 大庭 健司郎 氏
13:15		昼食(45分)
14:15	180	アセスメントとケアの実践の基本
17:15		認知症介護指導者 特別養護老人ホーム白川園 上村 尚之 氏
17:30		レビュー
		閉会

A日程 6月19日(水)  
 【6日目】 B日程 6月25日(火) 九州ビル 9階会議室  
 C日程 11月22日(金)

時間	単元時間	プログラム(講義題・講師名等)
9:00	180	受付
9:30		自施設実習の課題設定
12:30	180	認知症介護指導者 グループホームみんなの家 山本 幹雄 氏
13:15		昼食(45分)
16:15	180	自施設実習の課題設定
16:30		認知症介護指導者 特別養護老人ホーム富の里 藤崎 陽子 氏
		レビュー
		閉会

自施設実習(1週間)



A日程 7月 9日(火)  
 【7日目】 B日程 7月16日(火) 九州ビル 9階会議室  
 C日程 12月16日(月)

時 間	単元時間	プログラム(講義題・講師名等)
9:30	120	受 付
10:00		中間報告会 認知症介護指導者による自施設実習指導 認知症介護指導者 グループホーム富の里 柴田 安子 氏
12:00		昼 食(45分)
12:45	180	中間報告会 認知症介護指導者による自施設実習指導 認知症介護指導者 グループホーム木蓮の家 小石 京子 氏
15:45		レビュー
16:00		閉会

自施設実習(3週間)

A日程 8月 2日(金)  
 【8日目】 B日程 8月 6日(火) 九州ビル 9階会議室  
 C日程 1月10日(金)

時 間	単元時間	プログラム(講義題・講師名等)
9:00	180	受 付
9:30		実習提出物(提出・確認)
9:50		自施設実習評価 認知症介護指導者 グループホームりびんぐ紀水庵 山下 春浩 氏
12:50	120	昼 食(45分)
13:35		研修まとめ 認知症介護指導者(株)パーソン・サポート絆 川島 豊輝 氏
15:35		レビュー
15:50		修了証授与・閉会

# 認知症介護研修の受講要件について

指定地域密着型サービスの指定・運営基準に規定される研修について

	認知症対応型 共同生活 介護事業所 (グループ ホーム)	小規模多機能型 居宅介護事業所	看護小規模多機 能型居宅介護 事業所	認知症対応型 通所介護事業所 (認知症デイ)	受講免除(みなし措置)について  【注意】 介護保険法に基づき当該事業所を「指定」する際に、 <b>下記「みなし措置」を適用するかは各保険者(市町村)の判断によります。</b> 必ず事業所の所在する市町村(もしくは広域連合)に確認してください。
代表者					<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症介護実践者研修(H17実施分)</li> <li>・認知症介護実践リーダー研修(H17実施分)</li> <li>・認知症高齢者グループホーム管理者研修(H17のみ実施)</li> <li>・旧痴呆介護実務者研修基礎課程(H13～H16実施)</li> <li>・旧痴呆介護実務者研修専門課程(H13～H16実施)</li> <li>・認知症(痴呆)介護指導者養成研修(H13より実施中)</li> <li>・認知症(痴呆性)高齢者グループホーム開設予定者研修(H16～H17実施)</li> </ul> <p>上記<b>いずれか</b>の研修修了者は、既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない。</p>
管理者					<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループホーム</li> <li>・小規模多機能型居宅介護支援事業所</li> <li>・看護小規模多機能型居宅介護支援事業所</li> <li>・認知症対応型通所介護事業所</li> </ul> <p>平成18年3月31日までに「実践者研修」又は、「基礎課程」を修了した者であって、平成18年3月31日の日に現に特養、老人デイサービスセンター、老健、グループホーム等の管理者の職務に従事している者</p> <p>「認知症高齢者グループホーム管理者研修」(H17年度のみ実施)を修了した者</p> <p>上記 又は の要件をみたしている者はグループホームの管理者として既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない</p>
計画作成担当者					なし

グループホームにおいて、短期利用共同生活介護サービスを実施するためには、実務者研修(専門課程)、実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修のいずれかを修了している職員が配置されていることが必要です。

## 根拠法令

「厚生労働大臣が定める施設基準」(平成24年厚生労働省告示第97号)第34号

「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成18年3月31日)

平成16年度までの認知症介護実務者研修(基礎課程・専門課程)修了者は、認知症介護実践研修の実践者研修・実践リーダー研修をそれぞれ修了したものとみなします。

平成17年度認知症高齢者グループホーム管理者研修修了者は、平成17年度認知症介護実践者研修を修了したものとみなします。

# 平成31年度認知症介護実践者研修 受講申込書

福岡県社会福祉協議会 会長 様

施設名 \_\_\_\_\_

施設長名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

（<sup>ふりがな</sup>担当者名： \_\_\_\_\_）

記入漏れや不備がある場合は、受付けできません。

就任日等については市町村担当課に問い合わせることがあります。

受講希望者	ふりがな				昭和・平成
	氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳 )
所属等	法人名				
	法人所在地	( 〒 - )			
	施設種別	所属施設を 印で囲んでください。 特養 老健 介護療養 GH デイ 認知症デイ 小規模 看護小規模 特定施設			
	施設名				
	施設所在地	( 〒 - ) 決定通知等の文書を送付します。上記と異なる場合のみ下記に必ず記入してください。 宛名： _____ 住所：( 〒 - )			
	連絡先	( TEL ) - - ( FAX ) - -			
利用者その他	3ヶ月(平成31年1・2・3月)の1ヶ月平均を必ず記入してください。 利用者 _____ 名(その内、認知症日常生活自立度 以上 _____ 名、 _____ %)				
	貴施設・事業所における認知症実践者研修修了者 (痴呆介護実務者研修専門課程を含む) _____ 名				
希望コース	希望するコースの( )内に希望順位の数字をご記入ください。 例(1) = 1位、(2) = 2位、(3) = 3位 Aコース( ) Bコース( ) Cコース( ) 後日のコース変更は認められません。				

福岡県社協のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先  
ホームページを閲覧できない方のみ緊急連絡先をお知らせください。

緊急連絡先 電話番号  
( )

事務局受付

受講番号

職 種 印で囲んでくだ さい。	【下記受講申込区分が1～2の場合】		
	計画作成担当者	管理者	管理者兼計画作成担当者
	【下記受講申込区分が3の場合】		
	介護職	看護職	生活相談員 支援相談員
受 講 申 込 区 分	下記1～3のうち、該当する番号を必ず 印で囲んでください。		
	1 開設済の通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所及び特定施設入居者生活介護事業所において、計画作成担当者又は管理者が退職又は所内異動等となる(なった)ため新たな職員配置が必要となった。		
	(ア)開 設 日	平成 年 月 日	必ず記入してください。
	(イ)就任又は就任予定日	平成 年 月 日	
	(ウ)就任予定(いずれかに 印)	計画作成担当者・管理者・管理者兼計画作成担当者	
	2 新規開設予定の通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所及び特定施設入居者生活介護事業所において、就任予定の計画作成担当者又は管理者の受講が必要である。		
	(ア)開 設 予 定 日	平成 年 月 日	必ず記入してください。
	(イ)就 任 予 定 日	平成 年 月 日	
	(ウ)就任予定(いずれかに 印)	計画作成担当者・管理者・管理者兼計画作成担当者	
	3 所属施設・事業所において認知症介護技術の向上を図り、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図る必要がある。		
経 歴	開催要綱「受講対象者」に記載の内容を十分確認のうえ、記入ください。		
	認知症高齢者の介護業務における実務経験年数 (平成31年5月1日現在)	年	ヶ月
	勤務期間	勤務先名	職務内容
	例 25年4月～31年5月(計73ヶ月)	特別養護老人ホーム	介護職員
	年 月～年 月(計 ヶ月)		
	年 月～年 月(計 ヶ月)		
	年 月～年 月(計 ヶ月)		
	年 月～年 月(計 ヶ月)		
	年 月～年 月(計 ヶ月)		
	年 月～年 月(計 ヶ月)		
資格取得免許の種類 該当するものすべてにチェックしてください。 必ず日にちまで記入してください。	資 格 取 得 年 月 日		
介護支援専門員	年	月	日
介護福祉士	年	月	日
看護師・准看護師	年	月	日
理学療法士・作業療法士	年	月	日
社会福祉士	年	月	日
ヘルパー( )級	年	月	日
その他	年	月	日

# 認知症介護実践者研修 受講における同意書

社会福祉法人  
福岡県社会福祉協議会  
会長 小川 弘毅 様

私は、福岡県認知症介護実践者研修を受講するにあたり、下記事項を遵守しなかった場合は、受講取消等の指示に従うことに同意します。

- 1 遅刻、欠席、早退をしません。
- 2 研修期間における提出物は、必ず提出期限を守り、不備なく提出します。
- 3 研修中は、講師やファシリテーター等の指示に従います。
- 4 研修中は、常に真剣な態度で臨み、周りの受講生に迷惑をかけません。

平成 年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_

受講者氏名 \_\_\_\_\_