

# 令和4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て開催します。

## 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・職場実習・会場

### (1) 開催期日

|     | Dコース日程     | 会 場                                    |
|-----|------------|--|
| 1日目 | 9月 6日 (火)  | クローバープラザ（春日市原町3-1-7）<br>西棟5階 セミナールームAB |
| 2日目 | 9月13日 (火)  |  |
| 3日目 | 9月27日 (火)  |  |
| 4日目 | 10月 6日 (木) |  |
| 5日目 | 11月11日 (金) |  |

### (2) 職場実習

職場での実習を通し、自己の設定した課題の達成を目指し、その成果を得ます。

**※研修4日目から5日目の間に受講者所属施設における実習を4週間行います。業務を通しての実習になりますので、実習日として4週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。

## 5 定 員

各コース60名

**※申込みが定員を超過した場合は選考となります。**

## 6 受講料

32,000円（テキスト代込）

- 7 受講対象者（北九州市・福岡市の施設・事業所の役職員は対象外）  
原則として認知症介護基礎研修を修了した者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であり、身体介護に関する基本的知識・技術を修得している者であって、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。
- 8 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。
- 9 研修実施方法について  
集合研修を実施します。新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、演習については、原則、個人ワークで行います。また、感染症対策を講じた上で、必要に応じてペアワーク（1対1）や4名程度での演習を行うことがあります。
- 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  
(2) 申込方法  
施設・事業所の長を通じて必要書類を提出してください。個人での申込みはできません。  
**※提出は原本を郵送または持参してください。FAXでの申込みはできません。**  
(3) 申込先（事務局）  
社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会  
施設・人材・研修部 福祉・介護研修センター 担当 糸山・藤  
〒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  
(4) 申込締切  
**令和4年7月29日（金）必着**※締切後は受け付けられません。
- 11 受講者決定等について  
申込締切後、受講者を決定し、決定通知及び振込用紙等を受講者が所属する施設・事業所に送付します。
- 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、本研修の運営管理の目的のみに利用させていただきます。
- 14 天災等の災害による研修の延期等について（ホームページへの掲載について）  
(1) **天候不良等のため研修の開催が危ぶまれる場合には、研修前日の17時までに本会福祉・介護研修センター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。**  
URL <https://www.fuku-shakyo.jp/kenshu/>

- (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、本会から受講申込書に記載の緊急連絡先に連絡を行いますので御記入ください。

**新型コロナウイルスの感染拡大状況によっては、研修を中止・延期する場合があります。あらかじめ御承知おきください。**

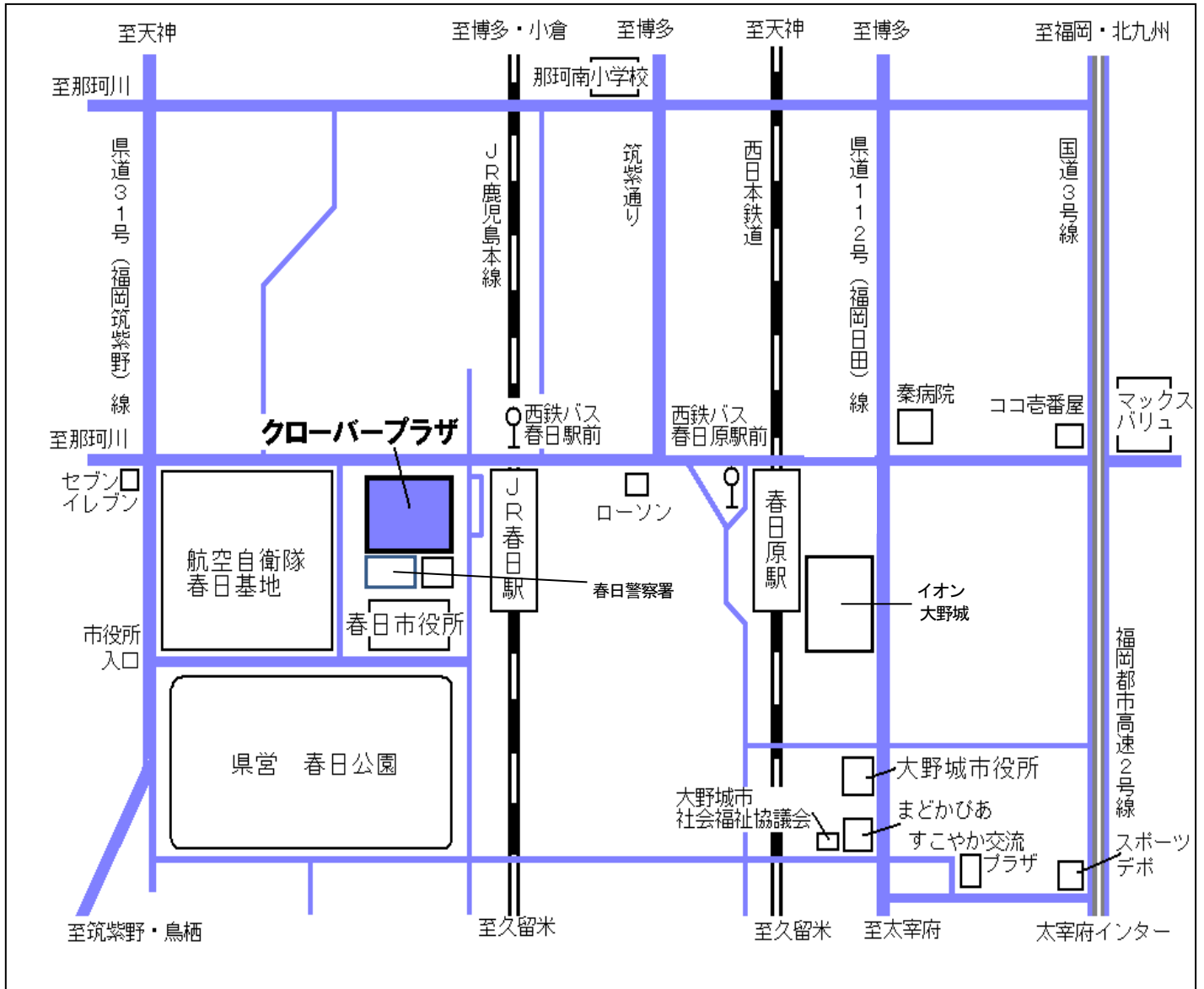
15 感染症予防対策について

- (1) 研修参加にあたっては、職場の同僚や同居家族等の周辺においても、感染者又は濃厚接触者が発生していないか、咳・発熱・倦怠感等、風邪のような症状がないか確認いただき、研修当日は検温を行った上で研修会場へお越しください。  
発熱や咳等の風邪症状がある方や体調不良の方は、受講を御遠慮ください。なお、受付時に健康状態の確認（同居家族を含む）をさせていただきますので、御協力をお願いします。
- (2) 消毒液の配置と研修会場の換気を行いますので、御協力をお願いいたします。
- (3) 研修中は常にマスク着用の御協力をお願いします。

16 その他

- (1) 主催者による駐車場の確保はできません。
- (2) 遅刻・早退は認められません。
- (3) 欠席による補講はありません。
- (4) 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。また、研修会場の換気を行いますので、温度調節が可能な上着等を準備し御参加ください。
- (5) 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。

**会場案内** クローバープラザ (春日市原町3-1-7)



- ※ JR春日駅前
- ※ 西鉄春日原駅から徒歩8分
- ※ 春日公園への駐車は、公園利用者の妨げとなりますので御遠慮ください。

## 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<br>共同生活<br>介護事業所<br>(グループホーム) | 小規模多機能型<br>居宅介護事業所 | 看護<br>小規模多機能型<br>居宅介護事業所 | 認知症対応型<br>通所介護事業所<br>(認知症デイ) | <p>●受講免除(みなし措置)について</p> <p>【注意】<br/>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。</p>  |
| 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     |                                      |                    |                          |                              | <p>・グループホーム</p> <p>・小規模多機能型居宅介護支援事業所<br/>・看護小規模多機能型居宅介護支援事業所<br/>・認知症対応型通所介護事業所</p> <p>①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>②「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①又は②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。

## 令和4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。

【1日目】 Dコース      9月 6日 (火)      セミナールームAB

| 時 間   | 単元時間 | プログラム (講義題・講師名等)                                       |
|-------|------|--|
|       |      | 受 付 (9:00～)  |
| 9:20  |      | 開会・オリエンテーション   |
| 9:30  | 90   | 認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援①<br>認知症介護指導者 株式会社パーソン・サポート絆 川島 豊輝 氏 |
| 11:00 | 90   | 認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援②<br>認知症介護指導者 グループホームたいようの家 辻 吉平 氏   |
| 12:30 |      | 昼 食(45分)   |
| 13:15 | 100  | 生活支援のためのケアの演習 I ①<br>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     |
| 14:55 | 100  | 生活支援のためのケアの演習 I ②<br>認知症介護指導者 グループホームまつぎきの宿 後藤 嘉朗 氏    |
| 16:35 | 100  | 生活支援のためのケアの演習 I ③<br>認知症介護指導者 柴田 安子 氏                  |
| 18:15 |      | レビュー   |
| 18:25 |      | 閉会   |

【2日目】 Dコース      9月13日 (火)      セミナールームAB

| 時 間   | 単元時間 | プログラム (講義題・講師名等)   |
|-------|------|--|
|       |      | 受 付 (9:00～)  |
| 9:40  | 60   | QOLを高める活動と評価の観点<br>認知症介護指導者 デイサービスセンターいずみの森 久家 義明 氏          |
| 10:40 | 90   | 家族介護者の理解と支援方法<br>認知症介護指導者 無料低額宿泊所・日常生活支援住居施設 モデナ八女の里 坂本 純子 氏 |
| 12:10 |      | 昼 食(45分)   |
| 12:55 | 90   | 権利擁護の視点に基づく支援<br>認知症介護指導者 特別養護老人ホーム恵の家 花田 智加 氏               |
| 14:25 | 120  | 地域資源の理解とケアへの活用<br>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              |
| 16:25 | 60   | 学習成果の実践展開と共有<br>認知症介護指導者 ケアプランセンターうみそらら 中尾 知香 氏              |
| 17:25 |      | レビュー   |
| 17:35 |      | 閉会   |

【3日目】 Dコース 9月27日(火) セミナールームAB

| 時間    | 単元時間 | プログラム(講義題・講師名等)   |
|-------|------|---|
| 10:00 | 120  | 受付(9:30~)   |
|       |      | 生活支援のためのケアの演習Ⅱ(行動・心理症状)①<br>認知症介護指導者 介護支援サービス緑の里 河野 啓介 氏  |
| 12:00 | 120  | 昼食(45分)   |
| 12:45 |      | 生活支援のためのケアの演習Ⅱ(行動・心理症状)②<br>認知症介護指導者 有限会社ケアサービス九州 荻田 哲司 氏 |
| 14:45 | 60   | アセスメントとケアの実践の基本Ⅰ<br>認知症介護指導者 ウェルフェアガーデン 藤崎 陽子 氏           |
| 15:45 |      | レビュー  |
| 15:55 |      | 閉会  |

【4日目】 Dコース 10月6日(木) セミナールームAB

| 時間    | 単元時間 | プログラム(講義題・講師名等)   |
|-------|------|---|
| 9:30  | 80   | 受付(9:00~)   |
|       |      | アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ①<br>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                            |
| 10:50 | 80   | アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ②<br>認知症介護指導者 ウェルフェアガーデン 藤崎 陽子 氏                              |
| 12:10 | 80   | アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ③<br>認知症介護指導者 柴田 安子 氏   |
| 13:30 |      | 昼食(45分)   |
| 14:15 | 240  | 職場実習の課題設定Ⅰ①<br>認知症介護指導者 特別養護老人ホーム共生の里荒木 古賀 綾子 氏<br>認知症介護指導者 グループホームこすも 中島 健 氏 |
| 18:15 |      | レビュー  |
| 18:25 |      | 閉会  |

職場実習(4週間)

| 時 間   | 単元時間 | プログラム(講義題・講師名等)  |
|-------|------|--|
| 10:00 | 30   | 受 付(9:00～)   |
|       |      | 実習提出物(提出・確認)   |
| 10:30 | 90   | 職場実習評価Ⅰ(まとめ)   |
|       |      | 認知症介護指導者 特別養護老人ホーム志摩園 青柳 敏雄 氏<br>認知症介護指導者 ウェルフェアガーデン 藤崎 陽子 氏 |
| 12:00 |      | 昼 食(60分)   |
| 13:00 | 90   | 職場実習評価Ⅱ(まとめ)   |
|       |      | 認知症介護指導者 特別養護老人ホーム志摩園 青柳 敏雄 氏<br>認知症介護指導者 ウェルフェアガーデン 藤崎 陽子 氏 |
| 14:30 |      | レビュー   |
| 14:45 |      | 修了証授与・閉会   |
| 15:15 |      |  |



令和4年度認知症介護実践者研修 (Dコース)  
受講申込書

事業所名 \_\_\_\_\_  
事業所長名 \_\_\_\_\_ 印  
ふりがな (担当者名: \_\_\_\_\_)

【記入上の注意】

※令和4年9月1日現在で御記入ください。

※管理者及び計画作成担当者への就任予定日等について、市町村担当課に問い合わせることがあります。

※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。

【施設(法人)からの推薦理由】

受講希望者について、下記の1~3のいずれかに○印をつけてください。

1を選択した場合は、下記の太枠内も御記入ください。

- 令和4年12月までに、指定認知症対応型共同生活介護事業所、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通所介護事業所の管理者に就任予定の者、または指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所及び指定看護小規模多機能型居宅介護の計画作成担当者に就任予定の者
- 認知症加算または認知症専門ケア加算を算定している施設・事業所の職員
- 上記1・2以外の者

令和4年度認知症介護実践者研修受講希望者であります ( ) は、  
下記の役職に就任予定です。

就任予定事業所 既存 新規 (開設予定日: 令和 年 月 日)  
就任予定事業所種別 GH 小規模 看護小規模 認知症デイ  
就任予定事業所名 ( )  
就任予定の役職 管理者 計画作成担当者 管理者兼計画作成担当者  
就任予定日 令和 年 月 日

上記のとおり証明します。事業所名

代表者役職

代表者氏名

公印

|       |      |  |    |     |      |             |
|-------|------|--|----|-----|------|-------------|
| 受講希望者 | ふりがな |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成       |
|       | 氏名   |  |    |     |      | 年 月 日生 ( 歳) |

※裏面も記入してください。

|  |  |  |       |  |
|--|--|--|-------|--|
| 所属等  | 法人名  |  |       |  |
|  | 法人所在地  | (〒 — )   |       |  |
|  | 事業所種別  | ※事業所種別を○印で囲んでください。<br>特養 老健 介護療養 GH デイ 認知症デイ<br>小規模 看護小規模 特定施設 その他 ( )           |       |  |
|  | 事業所名   |  | 職種    |  |
|  | 事業所所在地   | (〒 — )   |       |  |
|  | 連絡先  | TEL ( — )  |       |  |
|  |  | 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<br>※ <b>ホームページを閲覧できない方のみ</b> 記入してください。<br>緊急連絡先 ( — ) |       |  |
|  | 利用者その他   | ※前3ヶ月(令和4年4・5・6月)の1ヶ月平均を記入してください。<br>利用者_____名(その内、認知症日常生活自立度Ⅲ以上_____名、_____%)   |       |  |
| 貴事業所における認知症介護実践者研修の修了者数<br>(痴呆介護実務者研修基礎課程を含む) _____名 |  |  |       |  |
| 優先順位   | ※同一事業所内で複数お申込みの場合は、優先順位を記入してください。<br>( )名中( )位 |  |       |  |
| 経歴   | 勤務期間   | 勤務先名   | 職務内容  |  |
|  | 年 月～ 年 月(計 年 ヶ月)                               |  |       |  |
|  | 年 月～ 年 月(計 年 ヶ月)                               |  |       |  |
|  | 年 月～ 年 月(計 年 ヶ月)                               |  |       |  |
|  | 年 月～ 年 月(計 年 ヶ月)                               |  |       |  |
|  | 年 月～ 年 月(計 年 ヶ月)                               |  |       |  |
|  | 介護保険施設等において、認知症高齢者の介護に従事した実務経験年数(令和4年9月1日現在)   |  | 年 月 日 |  |
| 資格取得免許 ※該当する項目にチェック                                  |  | 資格取得年月日  |       |  |
| <input type="checkbox"/> 資格なし                        |  |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> 介護支援専門員                     |  | 年 月 日  |       |  |
| <input type="checkbox"/> 介護福祉士                       |  | 年 月 日  |       |  |
| <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師                    |  | 年 月 日  |       |  |
| <input type="checkbox"/> 理学療法士・作業療法士                 |  | 年 月 日  |       |  |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉士                       |  | 年 月 日  |       |  |
| <input type="checkbox"/> ヘルパー( )級                    |  | 年 月 日  |       |  |
| <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修                   |  | 年 月 日  |       |  |
| <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修                   |  | 年 月 日  |       |  |
| <input type="checkbox"/> その他( )                      |  | 年 月 日  |       |  |