

令和2年度埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）に係る募集要項（一般枠・その他枠）

1 目的

この研修は、高齢者介護実務者及びその指導的立場にある者に対し、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 実施概要（研修日程、講義及び演習の会場、申込期限等の詳細は別表を御参照ください。）

(1) 講義及び演習

6日間

(2) 職場実習

日 程：研修（講義及び演習）第5日の翌日から第6日の前日までの間の20日間
（勤務形態については、常勤・非常勤を問いません。）

場 所：原則として各受講者が所属する職場で実施することとし、設定した課題の達成を目指して実習を行います。

研修期間中に介護の現場に勤務する予定のない方は、自己の責任において研修前に実習先を確保し、実習先の了解を得てください。

3 定員

各回とも65名（優先枠を含む）

（定員を超える申込みがあった場合、受講希望に添えない場合があります。あらかじめ御了承ください。）

4 受講対象者

以下の（1）～（3）の要件を全て満たす者

- (1) 身体介護に関する基本的知識・技術を修得しており、身体介護の実務経験が2年以上の者
- (2) アセスメント・実践計画を検討する事例を2つ程度準備できる者
（事例は、研修期間中に継続的に関わることができる認知症の人を対象とすること。）
- (3) 所在地が埼玉県内（さいたま市を除く）にある介護保険施設、事業所等において、以下のいずれかのサービスの業務に従事しており、所属長から当該研修の受講について許可を受けた者。
（ア）居宅サービス、（イ）施設サービス、（ウ）地域密着型サービス、（エ）介護予防サービス、（オ）地域密着型介護予防サービス、（カ）居宅介護支援、（キ）介護予防支援

なお、上記（3）に該当しない場合でも、「その他枠」としてお申し込みいただけます。ただし、この場合の受講は定員に空きがある場合に限りです。

※ 手話通訳等が必要な受講希望者の方は、事前に御連絡をお願いします。

5 内容（カリキュラム）

別紙の「埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）標準カリキュラム」を御参照ください。

6 受講料

20,500円 / 1名

7 申込みについて

(1) 提出書類

- ① 受講申込書（様式第1-2号：一般枠 又は 様式第1-3号：その他枠）

※「4 受講対象者」の要件（1）～（3）すべてを満たす場合は一般枠、（3）を満たさない場合はその他枠

- ② 認知症介護実践者研修 受講意思確認書

- ③ 返信用封筒（「受講可否決定通知」の送付先を長形3号の封筒に記載し、94円切手を貼付してください。）

一般枠・その他枠

(2) 提出先

〒330-9301 埼玉県福祉部地域包括ケア課 認知症・虐待防止担当あて

※ 封筒に「認知症介護実践者研修書類在中」と御記載ください。

(3) 申込締切日

別表を御参照ください。

8 受講決定

受講可否については郵送で申込者全員に通知します。

9 修了認定

(1) 受講中、以下のような行為が見受けられる場合や、研修指導者の注意に従わない場合には、受講を取り消すかまたは修了を認めない場合があります。

① 他の受講者、研修会場に迷惑をかける行為

② 研修の円滑な実施を妨げるような行為

③ 研修態度が好ましくない場合（携帯電話の使用、ガムを噛む、研修に関係のない行為、居眠り等）

(2) 提出物、その他の点から研修内容を理解していないと判断される場合には、別途レポート提出を求めらるかまたは修了を認めない場合がありますのであらかじめ御了承ください。

(3) 全カリキュラム（全日程）を修了した方に、研修最終日に修了証書を交付します。

遅刻、早退、欠席をした場合には、原則として修了証書は発行しません。

また、修了証書は再発行しませんので大切に保管してください。

10 注意事項

(1) 受講の可否にかかわらず、申込書類は返却いたしませんので御了承ください。

(2) 納入された受講料は、原則として返金はできません。

(3) 受講決定後、やむを得ない事情により参加ができなくなった場合は、速やかにその旨を御連絡ください。

(4) 研修受講の際は、県及び研修実施機関からの受講上の注意事項を遵守してください。

(5) 駐車場の確保はしておりませんので、研修会場への来場は公共交通機関を御利用ください。

11 本件に係る問合せ先

担当：埼玉県福祉部地域包括ケア課 認知症・虐待防止担当 森田

電話：048-830-3251（担当直通）

(参考)

- ・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、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所、指定介護予防認知症対応型通所介護事業所、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の「管理者」になる予定の者が「認知症対応型サービス事業管理者研修」を受講するためには、当該研修を修了していることが必要となります。
- ・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、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の「計画作成担当者」になる予定の者が「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」を受講するためには、当該研修を修了していることが必要となります。
- ・「認知症介護実践研修（実践リーダー研修）」を受講するためには、当該研修の修了後1年以上経過していることが必要となります。

令和2年度埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）日程

回	日程		会場	実施機関	申込期限
第1回	第1日	令和2年5月8日(金)	北浦和カルタスホール	公益財団法人 介護労働安定センター 埼玉支部	令和2年 4月7日(火) 郵送必着
	第2日	令和2年5月12日(火)			
	第3日	令和2年5月13日(水)			
	第4日	令和2年5月14日(木)			
	第5日	令和2年5月21日(木)			
	第6日	令和2年6月25日(木)			
第2回	第1日	令和2年6月9日(火)	特別養護老人ホーム 彩華園	公益財団法人 総合健康推進財団	令和2年 4月24日(金) 郵送必着
	第2日	令和2年6月10日(水)			
	第3日	令和2年6月11日(木)			
	第4日	令和2年6月12日(金)			
	第5日	令和2年6月16日(火)			
	第6日	令和2年7月21日(火)	熊谷市立勤労会館		
第3回	第1日	令和2年7月8日(水)	ウェスタ川越	公益財団法人 介護労働安定センター 埼玉支部	令和2年 5月15日(金) 郵送必着
	第2日	令和2年7月9日(木)			
	第3日	令和2年7月10日(金)			
	第4日	令和2年7月16日(木)			
	第5日	令和2年7月17日(金)			
	第6日	令和2年8月28日(金)			
第4回	8月～10月(予定)		鴻巣	社会福祉法人 元気村	※
第5回	10月～12月(予定)		浦和	公益財団法人 総合健康推進財団	
第6回	1月～3月(予定)		春日部	株式会社 あいはな総合研究所	
第7回	1月～3月(予定)		川越	公益財団法人 総合健康推進財団	

※ 第4回～第7回は予定です。

日程・会場・申込期限が確定次第、別表を更新し、県ホームページ等でお知らせします。

(別紙)

埼玉県認知症介護実践研修(実践者研修)標準カリキュラム

講義・演習31.5時間(1,890分) 実習:課題設定240分、職場実習4週間、実習のまとめ180分

教科名	目的	内容	時間数	区分
1 認知症ケアの基本的理解				
(1)認知症ケアの基本的視点と理念	高齢者施策における認知症ケアの方向性と位置づけを理解し、個人の尊厳を重視する認知症ケアの理念の構築を促す。	・高齢者施策と認知症介護実践者研修等の位置づけ ・認知症ケアの歴史的変遷 ・認知症ケアの理念構築 ・自己課題の設定	180分	講義・演習
(2)認知症ケアの倫理	認知症ケアの倫理の理念や原則を理解し、日常的なケア場面での倫理的課題と本人や家族の意思決定や意思表出の判断の根拠を踏まえ、支援のあり方について理解を深める。	・認知症ケアの倫理の理念や原則に関する基本的知識・日常のケア場面における倫理的課題と支援のあり方	60分	講義・演習
(3)認知症の人の理解と対応	加齢に伴う心身の変化、疾病、認知症の原因疾患、中核症状、心理的特徴を理解した上で、行動・心理症状(BPSD)の発生要因と実践場面での対応を理解し、認知症ケアの実践につなげる。	・加齢・老化に伴う心身の変化や疾病・認知症の原因疾患 ・若年性認知症・認知症の中核症状と行動・心理症状(BPSD)	180分	講義・演習
(4)認知症の人の家族への支援方法	在宅で介護する家族支援を実践する上で、その家族の置かれている状況や介護負担の要因を理解し、必要な支援方法が展開できる	・家族介護者の理解 ・家族の心理と家族を支える方法	90分	講義・演習
(5)認知症の人の権利擁護	権利擁護の観点から、認知症の人にとって適切なケアを理解し、自分自身の現状のケアを見直すとともに、身体拘束や高齢者虐待の防止の意識を深める。	・権利擁護の基本的知識 ・身体拘束や高齢者虐待防止法の権利擁護のための具体的な取組み	120分	講義・演習
(6)認知症の人の生活環境づくり	住まいの様式、介護者の関わり方など認知症の人を取り巻く生活環境の構築や改善のための評価方法や調整方法を修得する。	・認知症の人と環境の基本的知識 ・環境改善の評価と具体的取組み ・環境のリスクマネジメント	120分	講義・演習
(7)地域資源の理解とケアへの活用	関係職種、団体との連携による地域づくりやネットワークづくり等を通じて、既存の地域資源の活用や認知症の人の暮らしを支える地域資源の開発の提案ができる。	・地域包括ケアの理解 ・インフォーマル・フォーマルな地域資源の理解と活用 ・地域資源の活用方法の実際	120分	講義・演習

埼玉県認知症介護実践研修(実践者研修)標準カリキュラム

教科名	目的	内容	時間数	区分
2 認知症の人への具体的支援方法と展開				
(1)認知症の人とのコミュニケーションの理解と方法	認知症の人とのコミュニケーションの基本的知識を理解し、中核症状の特徴や進行に応じたコミュニケーション方法を身につける。	・認知症の人とのコミュニケーションの基本的知識 ・認知症の人とのコミュニケーションの場面と方法	120分	講義・演習
(2)認知症の人への非薬物的介入	非薬物的介入やアクティビティプログラムなどの支援の取組みを認識しつつ、認知症の人の心理的安定や生活の質を向上するための活動についての理解を深めること。	・認知症の非薬物的介入やアクティビティ等の基本的知識と具体的な取組み ・認知症の人への介入の評価方法	120分	講義・演習
(3)認知症の人への介護技術Ⅰ(食事・入浴・排泄等)	食事・入浴などの基本的な生活場面において、中核症状の影響を理解した上で、日常生活の安全・安心の向上、健康の維持増進を図りつつ、認知症の人の能力に応じた自立支援の実践ができる。	・認知症の人への食事、入浴、排泄ケアの考え方 ・失行、失認、見当識障害がある人への対応方法	180分	講義・演習
(4)認知症の人への介護技術Ⅱ(行動・心理症状)	認知症の人の行動の背景を理解した上で、認知症の行動・心理症状(BPSD)に対してチームで生活の質が高められるような支援方法を修得する。	・攻撃的言動、徘徊、性的逸脱、不潔行為、帰宅願望等への対応方法とケアチームの連携 ・行動・心理症状(BPSD)の対応方法とケアチームの連携	180分	講義・演習
(5)アセスメントとケアの実践の基本Ⅰ	認知症の人の身体要因、心理要因、認知症の中核症状の要因のアセスメントを行い、具体的なニーズを把握することができるようアセスメントの基本的視点を理解する。	・アセスメントの基本的視点 ・ケアの実践のための基本的視点 ・アセスメントの手法に関する考え方	240分	講義・演習
(6)アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ(事例演習)	アセスメントを踏まえた目標の設定と、目標を実現するためのケアの実践に関する計画の作成・立案ができる。チームでケアの実践に関する計画の評価やカンファレンスを行うことができる。	・目標設定の考え方 ・ケアの実践に関する計画作成 ・ケアの実践に関する計画の評価とカンファレンス	180分	講義・演習
3 実習				
(1)自施設における実習の課題設定	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を通じた課題と目標を明確にし、ケアの実践に関する計画を作成する。	・自施設実習のねらい ・対象者の選定と課題設定 ・ケアの実践に関する計画作成	240分	講義・演習
(2)自施設実習(アセスメントとケアの実践)	研修で学んだ内容を生かして、認知症の人や家族のニーズを明らかにするためのアセスメントができる。アセスメントの内容をもとに、認知症の人の生活支援に関する目標設定、ケアの実践に関する計画やケアの実践を展開できる。	・実習課題に沿ったアセスメント、目標設定、ケアの実践に関する計画作成、ケアの実施、モニタリング	4週間	実習
(3)自施設実習評価	アセスメントやケアの実践に関する計画の実施結果を整理した上で、客観的に評価、分析し今後の課題を明確にすることができる。	・アセスメントやケアの実践に関する計画の評価、分析 ・ケアの実践の報告	180分	講義・演習

令和2年度第1回埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書（一般枠）

令和 年 月 日

埼玉県福祉部地域包括ケア課長あて

事業所運営“法人”名：

代表者職氏名：

法人印

次の者が、以下のとおり受講申込みを行うことを承認します。

なお、受講申込者の身体介護業務に従事した期間が□年□か月以上^{注1}であることを確認しています。また、受講申込者が当事業所に勤務（身体介護に限定しない）している期間は□年□か月^{注2}です。

私は、以下のとおり受講を希望します。（自署）

ふりがな：

氏名：

印

生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	性別	男・女
本人連絡先 ^注 （災害発生時など受講者に緊急に連絡する必要がある際に使用します。）					

1 研修期間中の所属等

所属の名称					
所属の住所					
介護保険 事業所番号		職名			
事業所電話番号	()				

2 本申込みに係る担当者連絡先（担当者が受講申込者本人の場合でも記載してください。）

担当者氏名		電話番号	()
-------	--	------	-----

3 受講決定通知送付先

宛先	
住所	〒

4 過去の当研修の申込みで、「受講否」となった方は下記に御記入ください。

「受講否」とされた研修	□年度第□回埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）
受講可否通知番号 （様式3-1号氏名横に記載） 例：「一般枠12」	※ 受講決定通知番号が不明の場合は未記入で結構です。

注1 代表者等は、身体介護業務の従事期間（他の事業所での経験を含む）が2年以上であることを確認した上で承認してください。

注2 研修では「認知症介護に関する職場の問題点や課題」等について議論するため、現在お勤めの事業所でも十分な勤務期間があるか確認するものです。必ず記入してください。

令和 2 年度第 2 回埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書（一般枠）

令和 年 月 日

埼玉県福祉部地域包括ケア課長あて

事業所運営“法人”名：

代表者職氏名：

法人印

次の者が、以下のとおり受講申込みを行うことを承認します。

なお、受講申込者の身体介護業務に従事した期間が□年□か月以上^{注1}であることを確認しています。
また、受講申込者が当事業所に勤務（身体介護に限定しない）している期間は□年□か月^{注2}です。

私は、以下のとおり受講を希望します。（自署）

ふりがな：

氏 名：

印

生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	性別	男・女
本人連絡先 ^注 （災害発生時など受講者に緊急に連絡する必要がある際に使用します。）					

1 研修期間中の所属等

所属の名称					
所属の住所					
介護保険 事業所番号		職名			
事業所電話番号	()				

2 本申込みに係る担当者連絡先（担当者が受講申込者本人の場合でも記載してください。）

担当者氏名		電話番号	()
-------	--	------	-----

3 受講決定通知送付先

宛先	
住所	〒

4 過去の当研修の申込みで、「受講否」となった方は下記に御記入ください。

「受講否」とされた研修	□年度第□回埼玉県認知症介護実践研修(実践者研修)
受講可否通知番号 (様式 3 - 1 号氏名横に記載) 例：「一般枠 1 2」	※ 受講決定通知番号が不明の場合は未記入で結構です。

注 1 代表者等は、身体介護業務の従事期間（他の事業所での経験を含む）が 2 年以上であることを確認した上で承認してください。

注 2 研修では「認知症介護に関する職場の問題点や課題」等について議論するため、現在お勤めの事業所でも十分な勤務期間があるか確認するものです。必ず記入してください。

令和2年度第3回埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書（一般枠）

令和 年 月 日

埼玉県福祉部地域包括ケア課長あて

事業所運営“法人”名：

代表者職氏名：

法人印

次の者が、以下のとおり受講申込みを行うことを承認します。

なお、受講申込者の身体介護業務に従事した期間が□年□か月以上^{注1}であることを確認しています。また、受講申込者が当事業所に勤務（身体介護に限定しない）している期間は□年□か月^{注2}です。

私は、以下のとおり受講を希望します。（自署）

ふりがな：

氏名：

印

生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	性別	男・女
本人連絡先 ^注 （災害発生時など受講者に緊急に連絡する必要がある際に使用します。）					

1 研修期間中の所属等

所属の名称					
所属の住所					
介護保険 事業所番号		職名			
事業所電話番号	()				

2 本申込みに係る担当者連絡先（担当者が受講申込者本人の場合でも記載してください。）

担当者氏名		電話番号	()
-------	--	------	-----

3 受講決定通知送付先

宛先	
住所	〒

4 過去の当研修の申込みで、「受講否」となった方は下記に御記入ください。

「受講否」とされた研修	□年度第□回埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）
受講可否通知番号 （様式3-1号氏名横に記載） 例：「一般枠12」	※ 受講決定通知番号が不明の場合は未記入で結構です。

注1 代表者等は、身体介護業務の従事期間（他の事業所での経験を含む）が2年以上であることを確認した上で承認してください。

注2 研修では「認知症介護に関する職場の問題点や課題」等について議論するため、現在お勤めの事業所でも十分な勤務期間があるか確認するものです。必ず記入してください。

令和2年度第1回埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書（その他枠）

令和 年 月 日

埼玉県福祉部地域包括ケア課長あて

私は、以下のとおり受講を希望します。（自署）

ふりがな

氏名

生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	性別	男・女
本人連絡先 <small>注</small> （災害発生時など受講者に緊急に連絡する必要がある際に使用します。）					

1 身体介護の従事経験

身体介護業務に従事した期間は、年か月以上^{注1}です。

なお、詳細は以下のとおりです。

従事期間	サービスの種類	事業所名	職種	職名
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				

2 研修期間中の所属等

所属法人名				
所属の名称				
所属の住所				
介護保険 事業所番号		職名		
事業所電話番号	()			

3 本申込みに係る担当者連絡先

担当者氏名 ^{注2}		電話番号	()
---------------------	--	------	-----

4 受講決定通知送付先

宛名	
住所	〒

注1 身体介護業務の従事期間（他の事業所での経験を含む）が2年以上であることが必要です。

注2 担当者が受講申込者本人である場合にも記入してください。

令和2年度第2回埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書（その他枠）

令和 年 月 日

埼玉県福祉部地域包括ケア課長あて

私は、以下のとおり受講を希望します。（自署）

ふりがな

氏名

生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	性別	男・女
本人連絡先 <small>（災害発生時など受講者に緊急に連絡する必要がある際に使用します。）</small>					

1 身体介護の従事経験

身体介護業務に従事した期間は、年か月以上^{注1}です。

なお、詳細は以下のとおりです。

従事期間	サービスの種類	事業所名	職種	職名
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				

2 研修期間中の所属等

所属法人名				
所属の名称				
所属の住所				
介護保険 事業所番号		職名		
事業所電話番号	()			

3 本申込みに係る担当者連絡先

担当者氏名 ^{注2}	電話番号	()
---------------------	------	-----

4 受講決定通知送付先

宛名	
住所	〒

注1 身体介護業務の従事期間（他の事業所での経験を含む）が2年以上であることが必要です。

注2 担当者が受講申込者本人である場合にも記入してください。

令和2年度第3回埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書（その他枠）

令和 年 月 日

埼玉県福祉部地域包括ケア課長あて

私は、以下のとおり受講を希望します。（自署）

ふりがな

氏 名

生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	性別	男・女
本人連絡先 <small>注</small> （災害発生時など受講者に緊急に連絡する必要がある際に使用します。）					

1 身体介護の従事経験

身体介護業務に従事した期間は、年か月以上^{注1}です。

なお、詳細は以下のとおりです。

従事期間	サービスの種類	事業所名	職種	職名
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				

2 研修期間中の所属等

所属法人名				
所属の名称				
所属の住所				
介護保険 事業所番号		職名		
事業所電話番号	()			

3 本申込みに係る担当者連絡先

担当者氏名 ^{注2}		電話番号	()
---------------------	--	------	-----

4 受講決定通知送付先

宛名	
住所	〒

注1 身体介護業務の従事期間（他の事業所での経験を含む）が2年以上であることが必要です。

注2 担当者が受講申込者本人である場合にも記入してください。

認知症介護実践者研修 受講意思確認書

お名前（受講申込者）【自署】： _____

所 属： _____

この確認書は、研修期間中に受講生が円滑に研修を受講できるよう、受講申込前に受講申込者及びその上司の方に本研修の趣旨を理解していただき、それを確認させていただくものです。必ず全ての項目に記入し、研修申込書とともに御提出ください。

<研修の目的・趣旨>

当研修は「身体的介護に関する基本的知識・技術を習得しており、身体介護に関する実務経験が2年以上である方」が対象で、施設、在宅に関わらず認知症の原因疾患や容態に応じ、本人やその家族の生活の質の向上を図る対応や技術を修得することを目的として実施します。

また、当研修は、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、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者及び指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、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になるために修了が義務づけられている研修です。

<受講申込者の記入欄>

① 本研修の目的・趣旨を御理解いただけましたか。

- ・ はい（目的・趣旨を理解し、その内容に沿って受講申込を行います。）
- ・ いいえ（目的・趣旨を理解できません。）

② この研修の受講を希望する動機や研修で学びたいこと、期待することをお書きください。

（受講動機）

（この研修で学びたいこと、期待することをお書きください。）

③ 本研修には20日間の職場実習（課題の達成を目指した実習）が含まれています。所属において職場実習に対する協力が得られていることが確認できましたら、実習事業所名を御記入ください。

- ・ はい（実習事業所名： _____）
- ・ いいえ（実習先事業所が確保できません。）

<所属施設の上司の方の記入欄（ここから下は直属の上司の方が御記入ください。）>

お名前（受講申込者の上司の方）： _____

役職： _____

① 本研修の目的・趣旨を御理解いただけましたか。

- ・ はい（目的・趣旨を理解し、その内容に沿って受講申込みを行います。）
- ・ いいえ（目的・趣旨を理解できません。）

② 当研修の受講対象者は身体的介護に関する基本的知識・技術を習得している方で身体介護の実務経験が2年以上ある方が受講対象者となります。受講申込者はこの要件を満たしていますか。

- ・ はい（要件を満たしていることを確認しています。）
- ・ いいえ（要件を満たしていません。）

③ 本研修には20日間の職場実習（課題の達成を目指した実習）が含まれています。上記受講申込者の職場実習に対する御協力をいただける場合には実習事業所名を御記入ください。

- ・ はい（実習事業所名： _____）
- ・ いいえ（実習先事業所が確保できません。）

④ この研修で受講申込者に学んでもらいたいこと、期待することをお書きください。