



地ケ第333-2号  
令和4年8月25日

一般社団法人 埼玉県老人福祉施設協議会 会長  
公益社団法人 埼玉県介護老人保健施設協会 会長  
埼玉県在宅福祉事業者連絡協議会 会長  
埼玉県認知症グループホーム・小規模多機能協議会 会長

} 様

埼玉県福祉部地域包括ケア課長  
宮下 哲治 (公印省略)

令和4年度埼玉県認知症介護実践研修(実践者研修)の追加実施について(通知)

県の高齢者福祉行政の推進については、日頃格別の御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

このたび、標記研修の追加実施が決定しました。つきましては、別添のとおり募集要項を修正し、追加分となる第5回の研修日程を定めましたのでお知らせいたします。

記

#### 1 研修概要、日程、申込方法等

別添募集要項や研修日程のとおりです。

なお、埼玉県ホームページでも同じものがご覧いただけます。

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/ninchisyokensyu/index.html>

#### 2 注意事項

(1) さいたま市内の事業所については、さいたま市が開催する認知症介護実践研修(実践者研修)を受講していただきますので、本研修は定員に空きがある場合のみ受講できます。また、研修申込者が定員を上回った場合は受講いただけない場合があります。

(2) 本研修はZoomで実施します。以下の環境が整っているか御確認ください。

- ① 動画視聴環境(パソコン、インターネット環境)
- ② Zoom利用環境(WEBカメラ、マイク、スピーカー等)
- ③ 講義資料(PDF)を事前にダウンロードし、紙に印刷できる環境

担当：認知症・虐待防止担当 橋本・大野  
電話：048-8430-3251

令和4年度 埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）募集要項（**一般枠・その他枠**）  
（令和4年8月25日変更版。変更箇所は二重下線で表示）

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 研修実施回数

- (1) 令和4年度は全5回実施します。
- (2) 各回の日程や各日の研修内容は別紙（令和4年度埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）研修日程）をご覧ください。

3 募集開始日

- (1) 別紙（令和4年度実践者研修募集開始日・募集締切日一覧）をご覧ください。
- (2) 各回の申込にあたっては、各回の募集開始日以降に書類を郵送してください（各回の募集開始日前に申込書類を郵送するのはご遠慮ください）

4 申込締切日

- (1) 別紙（令和4年度実践者研修募集開始日・募集締切日一覧）をご覧ください。
- (2) 優先枠と一般枠・その他枠では締切日が異なりますご注意ください。
- (3) 申込書類の到着の先後は受講決定に影響はしませんが、お早めに郵送をお願いします。

5 日程（講義・演習）

- (1) 令和4年度もすべてWEB研修です（Zoomを使用します）。
- (2) 各回の日程の詳細は別紙（令和4年度埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）研修日程）をご覧ください。
- (3) 第7日と第8日は、前半グループと後半グループに分けて実施します。グループ分けについては受講決定後にメールで通知します。どちらのグループにするか選択することはできません。

6 日程（自職場実習）

- (1) 各回の日程の詳細は別紙（令和4年度埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）

研修日程)をご覧ください。

(2) 種類

ア ミニ自職場実習

講義・演習4日目と5日目の間で行います(2～3日)

イ 自職場実習(アセスメントとケアの実践)

講義・演習7日目と8日目の間で行います(4週間)。

(3) 自職場実習における注意事項

ア 勤務形態については、常勤・非常勤を問いません。

イ 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。

7 定員

(1) 優先枠・一般枠・その他枠を合算し、**各回65名**

(2) 優先枠の申込から65名の定員枠を充当していきます

(3) 定員を超過する申込があった場合は抽選です。

ア 合算の申込者数が定員超過で抽選となった場合でも優先枠を優先します

イ 一般枠でお申し込みの方で、過去の当研修で「受講否」となったことがある方は、その旨の記入欄が一般枠の受講申込書にありますのでご記入ください。優先します。

ウ 申込書類の到着順ではありませんので、書類の到着の先後は抽選や受講決定には影響しません。

8 受講対象者

以下の(1)～(4)の要件を全て満たす者

(1) 身体介護に関する基本的知識・技術を習得しており、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、(3)の要件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。ただしこの場合は定員に空きがあるときに限り受講できます。

- (4) パソコンやタブレット端末を使用でき、かつそれらをインターネットに接続し、WEBカメラとマイク等を通じた通信ができる者。および、研修資料をインターネットからダウンロードし紙に印刷できる者

## 9 受講対象者（補足事項）

- (1) 手話通訳等が必要な受講希望者の方は、事前にご連絡をお願いします。  
(2) 以下の研修の受講を予定されている場合は、本研修の修了が必要ですのでご注意ください

### ア 認知症対応型サービス事業管理者研修

（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、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）

### イ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

（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）

### ウ 認知症介護実践研修（実践リーダー研修）

（本研修の修了後1年以上経過していることが必要です）

- (3) 一般枠の対象とならない方については「**その他枠**」でお申込みください。一般枠・その他枠の申込様式等は、埼玉県ホームページにありますのでご覧ください。  
<http://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/jissen.html>

## 10 受講方法（全般）

- (1) 研修はすべてWEB研修です。受講にあたり、安定して高速な定額の接続環境が推奨されます。モバイルWi-Fiルーターなどを利用した場合、通信量オーバーにより速度制限がかかると接続が切断されてしまう場合がありますので十分ご注意ください。また、通信不良で研修に出席できなかった場合でも未修了となります。  
(2) 受講場所については、各事業所・自宅等を問いませんが、研修を受講するにふさわしい場所・服装で受講してください。  
(3) 各日の研修終了後に振り返りシート等を作成し、必ず当日中に実施団体にメール送信する

必要があります。

## 11 受講方法（Zoomについて）

- (1) Zoomのブレイクアウトルーム機能を利用し、指導者や受講者同士の意見交換等のやりとりを行います。そのため、WEBカメラ・マイク・スピーカー等が必須です。パソコン・タブレット等にこれらの機器がついていない場合は、別途レンタルもしくは購入する必要があります。
- (2) グループ演習に参加する場合はヘッドホンとマイクの使用を推奨します。
- (3) 同じ事務所等の同じ空間で複数人の受講者が居る場合、マイク同士の干渉によりハウリングを起こす場合があります。周辺とは十分に距離を取り、静かな環境で受講してください。
- (4) グループ演習の様子は、ライブ配信時のシステムトラブルに備えて録画します。あらかじめご了承ください。

## 12 受講料

1名あたり20,500円

（インターネット通信費や各種パソコン機器代は受講料に含まれておりません。受講者で各自ご準備いただきます）

## 13 提出書類

### (1) 受講申込書

ア **一般枠**の方は「様式第1-2号」です（「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）」というタイトルです）。

イ **その他枠**の方は「様式第1-3号」です（「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）」というタイトルです）。

### (2) 受講意思確認書（優先枠・一般枠・その他枠共通の様式です）

### (3) 返信用封筒

ア 大きさは長形3号（120mm×235mm）（A4が三つ折りで入るサイズ）。

イ 94円切手を貼ってください。

ウ 返信用封筒の表面に、受講可否決定通知書をお届けする住所を記入してください（事業所の住所や申込者個人の住所など）。

エ 返信用封筒の表面に、受講申込者のお名前を記入してください。また、「実践者研修書類在中」という文言もご記入ください。

（例：（受講申込者様）分 実践者研修書類 在中）

オ 必ず1つの申込に対して1つの返信用封筒を添付してください（同じ事業所から複数人

が申込をする場合でも、必ず申込人数分の返信用封筒を添付してください)

#### 14 書類郵送先

##### 埼玉県庁

(〒330-9301

埼玉県 福祉部 地域包括ケア課 認知症・虐待防止担当 行)

- ア 申込書類を郵送する封筒も、返信用封筒と同様、長形3号（A4が三つ折りで入るサイズ）で構いません（ご記入いただいた申込書等は三つ折りにしてください）。
- イ 同じ事業所から複数人が申込をする場合、1つの封筒（長形3号）に複数人分の書類をまとめて封入し郵送していただいても構いません。ただし、返信用封筒については上記のとおり、申込人数分を添付してください。
- ウ なお、「優先枠」で申込をする場合は、県庁ではなく、事業所のある市役所・町村役場に書類を郵送します。とは一般枠・その他枠とは異なるのでご注意ください。

#### 15 受講可否の通知について

- (1) 受講の可否に関わらず、申込者全員に対して通知します。
- (2) ご同封いただいた返信用封筒を用いて郵送で通知しますので、上記のとおり必ず返信用封筒を添付してください。

#### 16 修了認定

- (1) 以下のような行為がある場合、受講を取り消すか修了を認めません。
  - ア 研修受講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、離席等）。
  - イ 指導者、実施団体等からの指示に従わない場合（休憩時間も含む）
  - ウ 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（別途レポート提出を求める場合もあります）。
  - エ 振り返りシート等の提出物の提出がない場合
- (2) 修了証書は、全カリキュラム（全日程）を修了した方に、後日郵送します。
- (3) 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。

#### 17 注意事項

- (1) 受講の可否にかかわらず、申込書類は返却しません。
- (2) 一度お支払いいただいた受講料は返金しません（受講を取り消された場合や、受講をキャン

セルした場合、研修未修了となった場合も含まれます）。

- (3) 受講決定後、やむを得ない事情により研修に参加できなくなった場合は、速やかにご連絡ください。
- (4) パソコン機器の接続不備等により受講ができなかった場合でも、通常の欠席と同様の扱いとなり、未修了となります。
- (5) 受講の際は、県及び研修実施団体からの注意事項を遵守してください。

#### 18 研修全般・受講申込みに関する連絡・お問い合わせ先

担当：埼玉県 福祉部 地域包括ケア課 認知症・虐待防止担当 橋本・大野  
メール：a3250-05@pref.saitama.lg.jp（認知症介護研修関連のアドレスです）  
電話：048-830-3251（担当直通）

#### 19 受講方法・Zoom・研修課題に関する連絡・お問い合わせ先（研修実施団体）

担当：公益財団法人 介護労働安定センター 埼玉支部 佐藤  
電話：048-813-2551

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

顔写真の貼付  
(4×3cm)

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<sup>注1</sup>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<sup>注2</sup>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
電話番号 (受講時に連絡がとれるもの) <sup>注3</sup>	( )				
PCメールアドレス (受講するパソコンで受信できるもの) <sup>注4</sup>	@				

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。

注3 電話番号は、受講日当日に接続ができない場合に連絡を取るために使用します。

注4 メールアドレスは、Zoomライブ配信の招待URLを通知する際等に使用します。



令和4年度 **第5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

顔写真の貼付 (4×3cm)
-------------------

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
電話番号 (受講時に連絡がとれるもの) <sup>注1</sup>	( )							
PCメールアドレス (受講するパソコンで受信できるもの) <sup>注2</sup>	@							

**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<sup>注3</sup>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	( )
-------	--	------	-----

**4 受講決定通知送付先**

宛名	
住所	〒

注1 電話番号は、受講日当日に接続ができない場合に、連絡を取るために使用します。

注2 メールアドレスは、Zoomライブ配信の招待URLを通知する際等に使用します。

注3 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。

令和4年度 第5回埼玉県認知症介護実践者研修 研修日程

実施日	時間 (午前から始まる場合、昼休憩60分)	実施内容		実施方法
1月1日 12月22日(木)	13:00 - 13:10	オリエンテーション	ガイダンス	オンライン (Zoom)
	13:10 - 16:30 (休憩30分)	認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援	講義(個人・グループ 演習を含む)	
2月1日 12月23日(金)	10:00 - 16:30 (休憩30分)	生活支援のためのケアの演習1	講義(個人・グループ 演習を含む)	オンライン (Zoom)
	13:00 - 14:00	QOLを高める活動と評価の視点	講義(個人・グループ 演習を含む)	
3月1日 12月26日(月)	14:10 - 15:40	家族介護者の理解と支援方法	講義(個人・グループ 演習を含む)	オンライン (Zoom)
	13:00 - 14:30	権利擁護の視点に基づくケアへの活用	講義(個人・グループ 演習を含む)	
4月1日 12月27日(火)	14:40 - 16:50 (休憩10分)	地域資源の理解とケアへの活用	講義(個人・グループ 演習を含む)	オンライン (Zoom)
	ミニ自職場 実習 (2~3日)			
5月1日 1月5日(木)	10:00 - 11:00	学習成果の実践展開と共有	講義(個人・グループ 演習を含む)	オンライン (Zoom)
	11:10 - 16:40 (休憩30分)	生活支援のためのケアの演習2	講義(個人・グループ 演習を含む)	
6月1日 1月6日(金)	10:00 - 16:40 (休憩10分)	アセスメントとケアの実践の基本	講義(個人・グループ 演習を含む)	オンライン (Zoom)
	13:00 - 17:30 (休憩30分)	職場実習の課題設定に向けて 職場実習の課題設定(前半グループ)	グループ演習	
7月1日 ※	13:00 - 17:30 (休憩30分)	職場実習の課題設定に向けて 職場実習の課題設定(後半グループ)	グループ演習	オンライン (Zoom)
	13:00 - 17:30 (休憩30分)	職場実習の課題設定に向けて 職場実習の課題設定(後半グループ)	グループ演習	
自職場実習(アセスメントとケアの実践) (4週間)				
8月1日 ※	13:00 - 16:30 (休憩30分)	自職場実習評価(前半グループ)	グループ演習	オンライン (Zoom)
	13:00 - 16:30 (休憩30分)	自職場実習評価(後半グループ)	グループ演習	

※ 7月1日と8月1日は、前半グループと後半グループに分けて実施します。

※ 前半・後半いずれのグループに所属するかについては、受講決定後に事務局よりメールで通知します。

\*上記研修時間数には、提出課題を達成するための自己学習時間は含まれません。

令和4年度 埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）

募集開始日・募集締切日一覧

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回（追加分）
募集開始日	令和4年04月28日(木)	令和4年05月25日(水)	令和4年07月25日(月)	令和4年09月21日(水)	令和4年10月14日(金)
優先枠の募集締切日(市町村必着日)	令和4年05月19日(木)	令和4年06月24日(金)	令和4年08月25日(木)	令和4年10月25日(火)	令和4年11月16日(水)
一般枠・その他枠の募集締切日(埼玉県庁必着日)	令和4年05月19日(木)	令和4年06月29日(水)	令和4年08月30日(火)	令和4年10月28日(金)	令和4年11月21日(月)