

23長社第6003号
平成23年5月20日

訪問介護事業所
通所介護事業所
特定施設入居者生活介護事業所
短期入所生活介護事業所
介護老人福祉施設
介護老人保健施設
介護療養型医療施設
夜間対応型訪問介護事業所
認知症対応型通所介護事業所
認知症対応型共同生活介護事業所
小規模多機能型居宅介護事業所
地域密着型介護老人福祉施設

管理者様

長崎県長寿社会課長
(公印省略)

平成23年度認知症介護実践研修(実践者研修)受講者募集について

時下、貴職におかれましては、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素より、本県の高齢者保健福祉行政の推進にご協力賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成23年度認知症介護実践研修(実践者研修)を別紙のとおり実施しますので、受講を希望される場合は、「平成23年度認知症介護実践研修(実践者研修)受講申込書」(様式第1号)に必要事項を記入のうえ、**別紙2の申込期間(必着)までに、長崎県長寿社会課あてお申し込みください(FAX可)。**

ただし、地域密着型サービス事業所において優先受講が必要な場合は、市町(保険者)あて別紙2の申込期間(必着)までにお申し込み下さい。

【注意事項】

- 1 平成23年度第1回認知症対応型サービス事業管理者研修(日程未定)および平成23年度第1回小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修(日程未定)の優先受講を希望する方で、認知症介護実践研修(実践者研修)の優先受講に該当する方は、平成23年度認知症介護実践研修(実践者研修)第1回もしくは第2回開催分に申込願います。
- 2 研修毎に申込期間を設けています。申込期間外に申込があっても無効といたしますので、御注意ください。
- 3 お申し込みの際は、確実に受講が可能かどうか、日程等を十分に確認したうえでお申し込みください。

この文書の内容は、当課ホームページ(<http://www.pref.nagasaki.jp/choju/index.html>)にも掲載しております。

(問合せ・申込み先)
長寿社会課 在宅福祉班
担当 岩永
TEL 095-895-2434(ダイヤル)
FAX 095-895-2576

平成23年度認知症介護実践研修（実践者研修）開催要項

1. 目的 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に資することを目的とする。
2. 実施主体 長崎県
3. 実施団体 財団法人 総合健康推進財団
4. 受講対象 別紙1の「平成23年度認知症介護実践研修（実践者研修）にかかる研修対象者等について」を参照
5. 研修期間 別紙2参照 変更があればHPに掲載
6. 研修会場 同上
7. 研修内容 講義・演習、職場実習、報告会（別紙3参照）
8. 募集人員 各70名
9. 資料代等 11,000円（研修当日に徴収）
別途、研修テキスト（当日販売 2,500円程度）が必要となります。
10. 修了証書 研修を全て修了した者には長崎県知事から修了証書を交付する。

研修修了要件は、全単元の受講およびレポート提出となるため、遅刻、早退、欠席があった場合は修了を認めません。さらに、職場実習の取組状況およびレポート内容等に不足がある場合も修了を認めない場合があります。
11. 申込手続 「平成23年度認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書（様式第1号）」に必要事項を記載のうえ、県長寿社会課までお申し込みください。
ただし、優先受講が必要な場合は市町（保険者）経由で申し込んでいただきます。
12. 受講決定 受講者の決定については、所属事業所及び推薦市町（保険者）へ、その結果を通知するものとします。
13. 申込期間 別紙2の申込期間
優先受講希望の場合 申込期間 までに市町（保険者）へ

申込期間外の申込は無効とします。
14. 申込先 (優先以外) 長崎県長寿社会課（FAX可 FAX：095-895-2576）
〒850-8570 長崎市江戸町2番13号
長崎県長寿社会課 在宅福祉班 担当 岩永
問い合わせ先 095-895-2434（ダイヤルイン）

(別紙1)

平成23年度 認知症介護実践研修(実践者研修)
にかかる研修対象者等について

1. 研修対象者は、次の(1)及び(2)に該当するものとする。

(1) 以下に掲げる事業所の介護職員等

(ア) 訪問介護事業所の訪問介護員(介護予防サービスを含む。以下同じ)

(イ) 通所介護事業所の生活相談員及び介護・看護職員

(ロ) 特定施設入居者生活介護事業所の介護・看護職員

(ハ) 短期入所生活介護事業所の介護・看護職員

(ニ) 介護老人福祉施設の生活相談員及び介護・看護職員

(ホ) 介護老人保健施設の支援相談員及び介護・看護職員

(ヘ) 介護療養型医療施設の介護・看護職員

(ヘ) 夜間対応型訪問介護事業所の訪問介護員

(ケ) 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

(コ) 小規模多機能型居宅介護事業所の介護・看護職員

(サ) 認知症対応型共同生活介護事業所(以下「グループホーム」という。)の介護職員

(シ) 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の生活相談員及び介護・看護職員

(ス) 地域密着型介護老人福祉施設の介護・看護職員

(セ) 新設・増設予定のグループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所及び認知症対応型通所介護事業所の管理者もしくは計画作成担当者(以下「管理者等」という。)として従事することが確実な者

(1)の(ス)等、優先受講を必要とする場合については、優先事項の事由を市町(保険者)へ連絡の上、申込書を市町(保険者)へ提出ください。

(2) 経験年数等

上記(1)の(ア)から(セ)に該当する者で、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

上記(1)の(セ)に該当する者で、「指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準」において、当該研修受講以外の要件を満たす者。

ただし、(セ)において、介護支援専門員である計画作成担当者については、の経験年数を要しない。

2. 受講申込について

受講申込は、必ず事業所を通じて提出すること。

確実に受講可能な者について申し込むこと。

受講申込は、各事業所(又は各ユニット)毎に2名以内とする。

申込書については、記入漏れ・誤り等のないよう留意し対象の可否についての確認ができるよう明確に記入すること。確認が困難なものは対象外とする場合があります。

3. 研修対象者の選考について

申込多数の場合は、上記各項に該当する者を対象とした選考もしくは抽選を実施する。

なお、上記の優先受講者についても、該当者多数の場合は県の判断で対象枠を設け、次回以降の研修において調整する。

4. その他

受講申込の内容に虚偽があった場合は、研修受講を取り消す等、厳正に対処する。

認知症介護実践研修(実践者研修)について

厚生労働省が示す標準カリキュラムに基づき、本県の実践者研修を実施しています。

認知症高齢者に対する適切なサービスの提供のための知識・技術等を学んでいただくこと、認知症介護の専門職員を養成することを目的とした研修です。

講義・演習（5日間）

グループワークを中心とした演習を多く取り入れ、実践に役立つ知識・技術を習得します。
また、職場研修等で取り組む自己課題を設定します。

職場研修（約2週間）

自らの職場で、設定した自己課題に取り組み、その成果をレポートにまとめて提出します。

職場研修報告会（1日）

職場研修における取り組み結果をまとめた資料をもとに他の受講者の前で発表し、評価をうけます。

研修受講者に期待すること

研修で習得したことは職場で即実践し、よりよいサービスの提供を目指しましょう

研修修了後はその内容を他の職員にも伝達し、職場全体の取り組みに活かしましょう

受講者同士で積極的に交流し、研修修了後も意見・情報交換の輪を広げましょう

(別紙2)

平成23年度 認知症介護実践研修実施予定および申込期間

認知症介護実践研修(実践者研修)

開催	日 程	場 所	市町(保険者)宛	県長寿社会課宛	
			申込期間	申込期間	
第1回	講義・演習	平成23年 7月26日～ 7月30日	諫早市社会福祉会館 諫早市新道町9-4-8	平成23年 5月30日～ 平成23年 6月 3日	平成23年 5月30日～ 平成23年 6月 8日
	職場研修	平成23年 8月 1日～ 8月14日			
	職場研修報告会	平成23年 9月 1日			
第2回	講義・演習	平成23年 8月19日～ 8月23日	長崎市男女共同参画推進センター 長崎市魚の町5-1	平成23年 6月13日～ 平成23年 6月17日	平成23年6月13日～ 平成23年 6月22日
	職場研修	平成23年 8月26日～ 9月 8日			
	職場研修報告会	平成23年 9月28日			
第3回	講義・演習	平成23年 9月20日～ 9月24日	島原文化会館 島原市城内一丁目1177-2	平成23年 7月11日～ 平成23年 7月15日	平成23年 7月11日～ 平成23年 7月20日
	職場研修	平成23年 9月27日～10月10日			
	職場研修報告会	平成23年11月 2日			
第4回	講義・演習	平成23年10月19日～10月23日	佐世保市民会館 佐世保市花園町10-19	平成23年 8月22日～ 平成23年 8月26日	平成23年 8月22日～ 平成23年 8月31日
	職場研修	平成23年10月26日～11月 8日			
	職場研修報告会	平成23年11月24日			
第5回	講義・演習	平成23年11月 4日～11月 8日	諫早市社会福祉会館 諫早市新道町9-4-8	平成23年 9月 5日～ 平成23年 9月 9日	平成23年 9月 5日～ 平成23年 9月14日
	職場研修	平成23年11月11日～11月24日			
	職場研修報告会	平成23年12月14日			
第6回	講義・演習	平成23年12月19日～12月23日	長崎県勤労福祉会館 長崎市桜町9-6	平成23年10月17日～ 平成23年10月21日	平成23年10月17日～ 平成23年10月26日
	職場研修	平成24年 1月10日～ 1月23日			
	職場研修報告会	平成24年 2月13日			

認知症介護実践研修(実践リーダー研修)

開催	日 程	場 所	市町(保険者)宛	県長寿社会課宛
			申込期間	申込期間
	講義・演習	平成23年 9月 2日～ 9月 9日	平成23年 6月27日～ 平成23年 7月 1日	平成23年 6月27日～ 平成23年 7月 6日
	外部施設実習	平成23年 9月26日～ 9月30日		
	職場研修	平成23年10月 3日～10月30日		
	中間報告会	平成23年10月13日		
	中間報告会	平成23年10月24日		
	職場研修報告会	平成23年11月14日		
		(講義演習) 長崎大学 長崎市文教町1-14		
		(報告会) 長崎県勤労福祉会館 長崎市桜町9-6		

(別紙3)

認知症介護実践研修(実践者研修)カリキュラム<各回共通>

カリキュラムについては、予定であり変更の可能性あります。

日程	時間	科目
1日目	9:00~ 9:45	受付・オリエンテーション
	9:45~ 10:00	主催者挨拶
	10:00~ 12:30(150)	1) 認知症介護の理念 認知症介護実践研修のねらい 新しい認知症介護の理念の構築
	13:30~ 14:50(80)	1) 認知症介護の理念 研修の自己課題の設定
	15:00~ 17:30(150)	2) 認知症高齢者の理解と生活の捉え方 生活の捉え方
2日目	9:00~ 9:30(30)	受付・事務連絡
	9:30~ 11:00(90)	2) 認知症高齢者の理解と生活の捉え方 家族の理解・高齢者との関係の理解 家族支援の重要性
	11:10~ 12:40(90)	2) 認知症高齢者の理解と生活の捉え方 意思決定支援と権利擁護
	13:40~ 15:40(120)	2) 認知症高齢者の理解と生活の捉え方 生活の質の保障とリスクマネジメント
	15:50~ 17:30(100)	3) 認知症高齢者の生活支援の方法 人的環境と住居環境を考える
3日目	9:00~ 9:30(30)	受付・事務連絡
	9:30~ 12:00(150)	3) 認知症高齢者の生活支援の方法 援助者の位置づけと人間関係論 コミュニケーションの本質と方法 援助関係を築く演習
	13:00~ 14:30(90)	2) 認知症高齢者の理解と生活の捉え方 医学的理解 心理的理解
	14:40~ 17:30(170)	2) 認知症高齢者の理解と生活の捉え方 認知症高齢者の理解に基づいた生活の アセスメントと支援
4日目	9:00~ 9:30(30)	受付・事務連絡
	9:30~ 12:30(180)	3) 認知症高齢者の生活支援の方法 地域社会環境を考える 生活環境を考える演習 生活支援の方法
	13:30~ 17:30(240)	4) 実習 ・実習課題設定
5日目	9:00~ 9:30(30)	受付・事務連絡
	9:30~ 13:30(240)	4) 実習 ・実習課題設定
自施設実習	2週間	
自施設実習 レポート提出		
報告会	9:00~ 9:20(20)	受付・事務連絡
	9:20~ 16:00(340)	・課題実践発表 ・受講者指導

(様式第1号)

長崎県長寿社会課 在宅福祉班 岩永 あて

FAX:095-895-2576

(FAX申込の場合は、送信後、担当者あて確認連絡お願いいたします)

平成23年度認知症介護実践研修(実践者研修)受講申込書

下記注意事項を承諾のうえ、受講申込いたします。

長崎県長寿社会課長 様 (優先希望は市町(保険者)経由)

平成 年 月 日

【注意事項】

研修修了要件は、全単元の受講およびレポート提出となるため、遅刻、早退、欠席があった場合は修了を認めません。さらに、職場実習の取組状況およびレポート内容等に不足がある場合も修了を認めない場合があります。

研修申込は、事業所を通じて実施下さい。また、研修カリキュラムに、自施設職場実習が含まれているため、研修受講期間中の職場移動等が無いようにご配慮下さい。

申込期間外の申込は、無効とします。

県チェック欄

受講希望研修	第 回 認知症介護実践研修(実践者研修)			
設置機関住所	〒			
設置機関名	(社会福祉法人 会、株式会社 等)			
設置機関代表者名				
事業所種別 (いずれかを で囲む)	・訪問介護 ・通所介護 ・特定施設 ・短期入所 ・特養施設 ・老健施設 ・介護療養型医療施設 ・夜間対応訪問 ・認知症通所 ・小規模居宅 ・グループホーム ・地域密着特定施設 ・地域密着型特養			
事業所名				
事業所管理者名				
事業所住所	〒			
事業所電話番号				
受講希望者 氏名 等	カガナ (男・女) 生年月日 S・H 年 月 日 (歳)			
受講希望者の 現在の職種	・生活相談員 ・介護職員 ・看護職員 ・訪問介護員 ・管理者 ・計画作成担当者			
今後の勤務予定が別にある 場合の勤務先・予定職種				
認知症高齢者介護 の経験年数 【重要】 空白が無いように 必ず記入下さい。	施設名	職種	勤務期間	年数
			年 月 ~ 年 月	年 月
			年 月 ~ 年 月	年 月
			年 月 ~ 年 月	年 月
合 計			年 月	