

## 令和6(2024)年度認知症介護実践研修(実践者研修)開催要領

### 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な研修を実施することにより、認知症介護の理念、知識及び技術を修得することを目的とする。

### 2 実施主体

栃木県

### 3 実施機関

社会福祉法人恩賜財団済生会支部栃木県済生会

(済生会高齢者ケアセンター内 とちぎ認知症介護研修センター)

### 4 受講対象者

研修の全課程を受講できる者で、介護保険施設・事業所等に勤務する介護職員等で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(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等)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、**実務経験2年程度の者**

### 5 研修日程、定員、会場、内容等

「令和6(2024)年度 認知症介護実践研修(実践者研修)研修概要」のとおり

### 6 申込方法(申込期間・申込先)

受講を希望する者は、「令和6(2024)年度 認知症介護実践研修(実践者研修)受講申込書」を印刷し、必要事項を記入の上、下記①～②のとおり申し込むものとする。

#### ① 地域密着型サービス事業所の指定基準に関する受講申込み

受講の申し込みは、事業所を所管する市町の担当課を通じて行う。市町担当課は、受講希望者の受講が適当であると認められる場合は、推薦書を作成し、申込書に添付の上、県高齢対策課に提出する。

※本研修が義務付けられているもの

- ・指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者又は計画作成担当者
- ・指定小規模多機能型居宅介護事業所の管理者又は計画作成担当者
- ・指定複合型サービス事業所の管理者又は計画作成担当者
- ・指定認知症対応型通所介護事業所の管理者

【提出先】事業所を所管する市町の担当課

【申込方法】所管市町の担当課が定める方法

【申込期間】所管市町の担当課が定める日（市町担当課に確認すること。）

## ② 上記以外の申込み

【提出先】〒321-2116 宇都宮市徳次郎町 2632-1

栃木県済生会高齢者ケアセンター内

とちぎ認知症介護研修センター 研修担当

【申込方法】郵送又は持参（※申込期間内必着。申込受付期間外の受付は不可。）

【申込期間】下記のとおり

	申込受付期間	研修期間
第1回	令和6(2024)年4月10日(水)から 4月30日(火)まで	令和6(2024)年6月4日(火)から 8月8日(木)まで
第2回	令和6(2024)年7月5日(金)から 7月31日(水)まで	令和6(2024)年10月3日(木)から 12月16日(月)まで

※ 受講決定後の辞退等は他の受講希望者に対して迷惑となるので、研修日程等をよく確認の上、  
全課程受講可能である場合のみ、申し込むこと。

※ 申込書に記入する受講希望者の氏名（漢字の表記等）、生年月日については、正確に記入する  
こと。

## 7 受講者の決定

- ・受講定員を超過した場合は、受講者を選考し決定する。
- ・受講の決定（可否）については、研修開始日の約2週間前までに、申込者全員に通知する。
- ・受講料や研修会場等については変更となる場合があるので、受講に当たっては受講決定通知を確認すること。

## 8 受講料

15,000 円

## 9 留意事項

研修参加にあたっては、以下の事項を遵守してください。

- ・体調の不調（発熱症状、せき及びくしゃみ等の症状）がないこと
- ・研修会場内でのマスク着用、手指の消毒、せきエチケット等の励行等の対策を講じること
- ・研修受講前2週間以内の海外渡航歴、新型コロナウイルス陽性者との接触がないこと

令和6(2024)年度認知症介護実践者研修 概要

研修科目	講義・演習	職場実習	中間報告会	職場実習評価
期 間	5日間	4週間	1日	1日
内 容	認知症ケアの理念の構築と、生活支援を基本にして、実践につながる講義・演習を行う。第5日は、4週間の職場実習計画(計画書)を作成する。	認知症の人の生活の質の向上に寄与する実習計画に基づき、詳細な記録と評価を行う。再アセスメントが必要な項目のアセスメント実施。	再アセスメント実施による計画の補足修正を行う。実習終了後に、今後の課題の考察を含めた、報告書を提出する(実習日に含む)。	グループごとの報告。指導者及びグループメンバーとの相互評価を行い、今後の課題も明確にする。
第1回会場	栃木県庁 東館 講堂	受講者の所属する事業所	栃木県庁 東館 講堂	とちぎ認知症介護研修センター
第1回日程	令和6(2024)年6月4日(火) 令和6(2024)年6月5日(水) 令和6(2024)年6月13日(木) 令和6(2024)年6月18日(火)  <課題設定> 栃木県庁 東館 講堂 令和6(2024)年6月20日(木) 9時20分～12時20分 1～5グループ 13時30分～16時30分 6～10グループ	令和6(2024)年6月21日(金) ～ 令和6(2024)年7月18日(木)	令和6(2024)年7月1日(月) 9時 受付 9時10分 オリエンテーション 9時20分から12時20分(面談) 1グループ、2グループ、3グループ 4グループ、5グループ 13時10分 受付 13時20分 オリエンテーション 13時30分から16時30分(面談) 6グループ、7グループ、8グループ 9グループ、10グループ	令和6(2024)年8月2日(金) 1グループ 9時30分から12時 2グループ 13時30分から16時 令和6(2024)年8月5日(月) 3グループ 9時30分から12時 4グループ 13時30分から16時 令和6(2024)年8月6日(火) 5グループ 9時30分から12時 6グループ 13時30分から16時 令和6(2024)年8月7日(水) 7グループ 9時30分から12時 8グループ 13時30分から16時 令和6(2024)年8月8日(木) 9グループ 9時30分から12時 10グループ 13時30分から16時
第2回会場	栃木県庁 研修館 講堂 // 東館 講堂	受講者の所属する事業所	栃木県庁 東館 講堂	とちぎ認知症介護研修センター
第2回日程	栃木県庁 研修館 講堂 令和6(2024)年10月3日(木) 栃木県庁 東館 講堂 令和6(2024)年10月4日(金) 令和6(2024)年10月15日(火) 令和6(2024)年10月18日(金)  <課題設定> 栃木県庁 東館 講堂 令和6(2024)年10月23日(水) 9時20分～12時20分 1～5グループ 13時30分～16時30分 6～10グループ	令和6(2024)年10月24日(木) ～ 令和6(2024)年11月20日(水)	令和6(2024)年11月1日(金) 9時 受付 9時10分 オリエンテーション 9時20分から12時20分(面談) 1グループ、2グループ、3グループ 4グループ、5グループ 13時10分 受付 13時20分 オリエンテーション 13時30分から16時30分(面談) 6グループ、7グループ、8グループ 9グループ、10グループ	令和6(2024)年12月10日(火) 1グループ 9時30分から12時 2グループ 13時30分から16時 令和6(2024)年12月11日(水) 3グループ 9時30分から12時 4グループ 13時30分から16時 令和6(2024)年12月12日(木) 5グループ 9時30分から12時 6グループ 13時30分から16時 令和6(2024)年12月13日(金) 7グループ 9時30分から12時 8グループ 13時30分から16時 令和6(2024)年12月16日(月) 9グループ 9時30分から12時 10グループ 13時30分から16時

令和6(2024)年度 認知症介護実践研修(実践者研修) 受講申込書(第 回)

年 月 日

(申込者)所在地

法人・事業所等名称

代表者職・氏名

電話番号

※網掛け箇所は該当するものに○

※上記が受講決定通知の送付先となります。

フリガナ		生年月日		昭和・平成	年	月	日	
氏名		役職名						
勤務先	法人名	職務の内容						
	名称	資格	1	介護福祉士	5	訪問介護員1級		
	所在地		2	社会福祉士	6	訪問介護員2級		
	電話番号		3	看護師	7	介護支援専門員		
	FAX番号		4	准看護師	8	社会福祉主事任用資格		
	9		その他( )					
従事するサービスの種類	1	介護老人福祉施設	7	通所介護	13	小規模多機能型居宅介護		
	2	介護老人保健施設	8	通所リハビリテーション	14	居宅介護支援		
	3	介護療養型医療施設	9	短期入所生活介護	15	複合型サービス		
	4	訪問介護	10	特定施設入所者生活介護	16	その他( )		
	5	訪問看護	11	認知症対応型共同生活介護				
	6	訪問リハビリテーション	12	認知症対応型通所介護				
受講目的	地域密着型サービス事業所の指定基準関係	事業所の種類	1	認知症対応型共同生活介護事業所	3	複合型サービス事業所		
			2	小規模多機能型居宅介護事業所	4	認知症対応型通所介護事業所		
		5	その他( )					
		1	事業所の新設	開設予定年月日: 年 月 日				
				ア	管理者に就任			
			イ	計画作成担当者に就任				
	2	管理者の変更	変更予定年月日: 年 月 日					
			変更理由:					
	3	計画作成担当者の変更	変更予定年月日: 年 月 日					
			変更理由:					
4	管理者又は計画作成担当者の予備者							
その他(目的を具体的に)	5							
認知症関係の研修受講履歴	研修の名称				受講修了年月日			
	【必須】認知症介護基礎研修(開催要領の受講対象者に定める「同等以上の能力を有する者」に該当しない者)				年 月 日			
身体介護等に係る実務経験	勤務先	職務内容		勤務期間				
					年 月～ 年 月			
					( 年 か月間)			
					年 月～ 年 月			
				( 年 か月間)				
実務経験合計(研修開始日現在)				年 月 日				
過去の申込状況(直近のものから順に記入)		実践者研修で学びたいこと(受講者本人が自書すること)						
年度	月	日	第	回				
年度	月	日	第	回				
事業所内優先順位: 人申込み中 位		事業所内の本研修修了者数		人(旧基礎課程を含む)				
上記内容のとおり相違ありません。申し込みを希望します。				受講者氏名: _____				

※ 受講者氏名については、必ず本人が自署してください。

# 令和6(2024)年度認知症介護実践研修(実践リーダー研修)開催要領

## 1 目的

高齢者介護実務者に対し、実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、介護保険施設・事業所等において、ケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を有した指導者を養成することを目的とする。

## 2 実施主体

栃木県

## 3 実施機関

社会福祉法人恩賜財団済生会支部栃木県済生会

[済生会高齢者ケアセンター内 とちぎ認知症介護研修センター]

## 4 受講対象者

研修の全課程を受講できる者で、介護保険施設又は指定居宅サービス事業者及び指定地域密着型サービス事業者等において介護業務に概ね5年以上従事した経験を有している者であって、実践者研修(旧基礎課程を含む。)を修了し1年以上経過している者

または、介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ、1,800日以上の実務経験を有する者

## 5 研修日程、定員、会場、内容等

「令和6(2024)年度 認知症介護実践研修(実践リーダー研修)研修概要」のとおり

※ 年1回の実施となります。

## 6 申込方法(申込期間・申込先)

受講希望者は、「令和6(2024)年度 認知症介護実践研修(実践リーダー研修)受講申込書」を印刷し、必要事項を記入の上、下記のとおり申し込むものとする。

### ① 指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員配置に関する受講申込み

受講の申し込みは、事業所を所管する市町の担当課を通じて行う。市町担当課は、受講希望者の受講が適当であると認められる場合は、推薦書を作成し、申込書に添付の上、県高齢対策課に提出する。

※本研修は指定認知症対応型共同生活介護事業所が当該事業所を短期利用させるための要件となっている。

【提出先】事業所を所管する市町の担当課

【申込方法】所管市町の担当課が定める方法

【申込期間】所管市町の担当課が定める日(市町担当課に確認すること。)

## ② 上記以外の申込み

【提出先】〒321-2116 宇都宮市徳次郎町 2632-1

栃木県済生会高齢者ケアセンター内

とちぎ認知症介護研修センター 研修担当

【申込方法】郵送又は持参（※申込期間内必着。申込受付期間外の受付は不可。）

【申込期間】下記のとおり

申込受付期間	研修期間
令和6(2024)年7月8日(月)から 7月31日(水)まで	令和6(2024)年9月3日(火)から 11月7日(木)まで

※受講決定後の辞退等は他の受講希望者に対して迷惑となるので、研修日程等をよく確認の上、全課程受講可能である場合のみ、申し込むこと。

※申込書に記入する受講希望者の氏名（漢字の表記等）、生年月日については、正確に記入すること。

## 7 受講の決定

- ・受講定員を超過した場合は、受講者を選考し決定する。
- ・受講の決定（可否）については、研修開始日の約2週間前までに、申込者全員に通知する。
- ・受講料や研修会場等については変更となる場合があるので、受講に当たっては受講決定通知を確認すること。

## 8 受講料

25,000 円

## 9 留意事項

研修参加にあたっては、以下の事項を遵守してください。

- ・体調の不調（発熱症状、せき及びくしゃみ等の症状）がないこと
- ・研修会場内でのマスク着用、手指の消毒、せきエチケット等の励行等の対策を講じること
- ・研修受講前2週間以内の海外渡航歴、新型コロナウイルス陽性者との接触がないこと

令和6(2024)年度 認知症介護実践研修(実践リーダー研修) 研修概要

研修科目	講義演習	外部実習	職場実習	中間報告会	職場報告・実習評価
期間	6日間	1日	4週間	半日	半日
内容	チームにおける認知症ケアを推進する実践リーダーに求められる役割や研修全体の目的など研修概要を把握する。また、実践リーダーとしての自己課題を確認し研修の受講動機を高め、学習目標を明確にする。	他施設実習を通して、スタッフの指導のあり方を学び、自施設の指導実践設定に反映させることとが出来る。受講決定後、実習希望先を申し出る。	研修で学んだ内容を生かして、自施設の実践者の認知ケアの能力の評価方法を理解した上で、能力評価、課題の抽出、指導目標の設定や指導計画を作成する(事前に1日、グループ単位で実施)。指導計画に基づいた認知症ケアの指導の実践をする。	指導計画に基づき実習の課題分析・報告を行い、計画の修正をする(実習日に含む)。	実習の報告をグループ単位で指導者及びグループメンバーへのプレゼンテーションと、相互評価を行う。
				自施設実習を通して、認知ケアの指導の方法に関する課題やあり方について、客観的・論理的に考察・報告し、実践リーダーとして指導の方向性を明確にする	

会場	栃木県庁 研修館 講堂 " " 本館 6階会議室2	指定事業所	受講者の所属する事業所	栃木県庁 東館 講堂	とちぎ認知症介護研修センター
日程	栃木県庁 研修館 講堂 令和6(2024)年9月3日(火)	令和6(2024)年9月13日(金)	[実習] 令和6(2024)年9月18日(水)	令和6(2024)年9月25日(水)	令和6(2024)年11月5日(火)
定員50名	令和6(2024)年9月4日(水) 栃木県庁 東館 講堂 令和6(2024)年9月6日(金) 栃木県庁 本館 6階会議室2 令和6(2024)年9月10日(火) 栃木県庁 本館 6階会議室2 令和6(2024)年9月11日(水)	～ 令和6(2024)年10月15日(火)	～	9時 受付 9時20分 オリエンテーション 9時30分～12時(面談) ※ 5グループ編成	1グループ 9時30分から12時 2グループ 13時30分から16時 3グループ 9時30分から12時 4グループ 13時30分から16時 令和6(2024)年11月7日(木) 5グループ 9時30分から12時
	(課題設定) 栃木県庁 東館 講堂 令和6(2024)年9月17日(火)				

令和6(2024)年度 認知症介護実践研修(実践リーダー研修) 受講申込書

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(申込者)所在地  
 法人・事業所等名称  
 代表者職・氏名  
 電話番号

※網掛け箇所は該当するものに○

※ 上記が受講決定通知の送付先となります。

フリガナ				生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名				役職名				
勤務先	法人名	職務の内容		職務の内容				
	名称			資格	1	介護福祉士	5	訪問介護員1級
	所在地	〒			2	社会福祉士	6	訪問介護員2級
	電話番号	-			3	看護師	7	介護支援専門員
	FAX番号	-			4	准看護師	8	社会福祉主事任用資格
			9		その他( )			
従事するサービスの種類	1	介護老人福祉施設	7	通所介護	13	小規模多機能型居宅介護		
	2	介護老人保健施設	8	通所リハビリテーション	14	居宅介護支援		
	3	介護療養型医療施設	9	短期入所生活介護	15	複合型サービス		
	4	訪問介護	10	特定施設入所者生活介護	16	その他( )		
	5	訪問看護	11	認知症対応型共同生活介護				
	6	訪問リハビリテーション	12	認知症対応型通所介護				
受講目的	地域密着型サービス事業所の指定基準関係	1	指定認知症対応型共同生活介護事業所において短期利用共同生活介護を行うために必要な人員配置を満たすため	ア	短期利用の開始( 年 月 日)			
	その他(目的を具体的に)	2		イ	人員配置の変更( 年 月 日)			
				ウ	予備者			
認知症関係の研修受講履歴	研修の名称				受講修了年月日			
	【必須】 実践者研修 又は 実務者研修 (旧基礎課程)				年 月 日			
身体介護等に係る実務経験	勤務先	職務内容		勤務期間				
				年 月～ 年 月 ( 年 か月間)				
				年 月～ 年 月 ( 年 か月間)				
				年 月～ 年 月 ( 年 か月間)				
				年 月～ 年 月 ( 年 か月間)				
実務経験合計(研修開始日現在)				年 か月間				
過去の申込状況(直近のものから順に記入)	年度 月 日 第 回				事業所内優先順位 : 人申込み中 位			
	年度 月 日 第 回				事業所内の本研修修了者数		人	
実践者研修の成果等(受講者本人が自書すること)				実践リーダー研修で得たいこと(受講者本人が自書すること)				
上記内容のとおり相違ありません。申し込みを希望します。 受講者氏名 : _____								

※ 受講者氏名については、必ず本人が自署してください。