

## 令和5年度 宮城県認知症介護実践リーダー研修 実施要領

- 1 目的 

この要領は、宮城県認知症介護実践者等養成研修事業実施要綱に基づき、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図るために認知症介護の専門職を養成するための研修を行うものとする。

うちリーダー研修は、事業所全体で認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状（BPSD）を予防できるチームケアを実施できる体制を構築するための知識・技術を修得すること及び地域の認知症施策の中で様々な役割を担うことができるようになることを目的とする。
- 2 実施主体 宮城県
- 3 実施機関 宮城県社会福祉協議会 宮城県介護研修センター
- 4 対象者 (1) 次の①から⑤の要件を全て満たす者
  - ① 県内(仙台市を除く)の介護保険施設・事業者等に従事する介護職員等
  - ② 介護保険施設・事業所において、介護業務従事年数が概ね5年以上で、認知症介護実践者研修又は認知症介護実務者基礎課程を修了（修了証書の写し添付）し、1年以上経過している者
  - ③ 介護現場において認知症介護の実践リーダー役の立場にある者又は予定の者で、所属長が適任であると認め、推薦する者
  - ④ 研修（講義・演習5日間）終了後に職務と並行して自施設で4週間の認知症ケアの指導実習を実施できる者  
※ 5日間の研修受講後、受講者が所属する事業所等で、特定のスタッフに対して、認知症ケアに関する人材育成の実習を行います。
  - ⑤ 短期利用共同生活介護を実施する認知症対応型共同生活介護事業所の介護従事者については、市町村長が推薦した者（別紙1 添付）(2) (1) ①から④の要件を満たし、受講を希望する者
- 5 研修期間 講義・演習（5日間）、自施設実習（4週間）、実習報告会（1日）  
  
第1期 令和5年8月17日(木)、18日(金)、21日(月)～23日(水)  
報告会：10月26日(木)  
第2期 令和5年9月21日(木)、22日(金)、25日(月)～27日(水)  
報告会：11月30日(木)
- 6 研修内容 別紙日程表参照
- 7 研修会場 宮城県介護研修センター  
〒989-4103 宮城県大崎市鹿島台平渡字上敷19-7
- 8 受講定員 60名（各期30名）
- 9 募集期間 令和5年5月22日(月)～6月16日(金)  
※募集期間以外の申込みは受付いたしません。
- 10 受講決定 令和5年6月下旬頃
  - (1) 受講の可否については施設宛に文書で通知します。研修の10日前になりましても通知が届かない場合は、ご連絡ください。
  - (2) 受講の可否にかかわらず、申込書類は返却いたしません。
  - (3) 受講決定者の変更はできません。

- 11 修了証書 所定のプログラム（課程）を修了した方に交付します。ただし、遅刻・早退・途中退席があった場合などは交付できないことがあります。
- 12 受講料 15,000 円  
受講決定通知に記載の銀行口座へ、指定する期日までにお振込みください。  
振込手数料は、受講者側でご負担ください。  
(原則として返金対応はお受けしていません。)
- 13 講義資料 受講決定通知送付後、e-mail にて資料ダウンロード用 URL・パスワードをお送りします。各自印刷していただき、当日必ずご持参ください。
- 14 申込方法 研修センターのホームページから申込書をプリントし、必要事項を全て記入の上、「認知症介護実践者研修、または実務者基礎課程修了証の写し」を添え、郵送又はご持参願います。(募集期間内必着)  
なお、対象者(1)⑤の方は、事前に市町村へ推薦書の発行を依頼し添付願います。  
※申込書に記載された内容は、本研修のみに使用し、適正に管理します。

ホームページ：<https://fukushi.miyagi-sfk.net/kkc/>

申込み・問い合わせ先：宮城県介護研修センター

〒989-4103 宮城県大崎市鹿島台平渡字上敷 19-7

Tel : 0229-56-9608

担当：工藤，澤田

15 申込みにあたっての留意事項

- (1) 申込定員を超えた場合は、4 対象者(1)の方を優先としますので、受講希望については、第2希望までご記入ください。
- (2) 各施設・事業所等の長の方は、実習が円滑かつ効果的に進むよう、勤務調整等、受講者の実習環境にご配慮お願い致します。
- (3) 受講申込書に不備があった場合は、受理できないことがあります。申込書様式のすべての項目について記載漏れのないよう、提出の際は十分ご確認ください。
- (4) 申込書に記入する受講希望者の氏名(漢字の表記)、生年月日については、正確にご記入ください。
- (5) 宿泊をご希望の方は、受講決定通知送付時に併せて宿泊申込書をお送りいたしますので、必要事項を記入の上ご提出ください。

## 令和5年度 認知症介護実践リーダー研修 日程表

第1日目		第1期 8月17日(木)	第2期 9月21日(木)	講師 (講師補助)
8:45 9:00	15分	研修オリエンテーション		宮城県介護研修センター
9:00 10:30	90分	認知症介護実践リーダー研修の理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>実践リーダーの役割</li> <li>実践リーダー研修の概要</li> <li>実践リーダーとしての課題の明確化</li> </ul>	1期 明道 茂 (佐々木 昌治) 2期 佐々木 昌治 (小山 一哉)
10:40 12:40	120分	認知症の専門的理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症に関する理解</li> <li>原因疾患別の捉え方のポイント</li> <li>医学的視点に基づいた介入</li> <li>認知症を取り巻く社会的課題</li> </ul>	1期 明道 茂 (佐々木 昌治) 2期 小山 一哉 (小林 祐太)
昼食・休憩				
13:40 17:10	210分	施策の動向と地域展開	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症施策の変遷</li> <li>認知症施策の動向と認知症施策推進大綱の内容</li> <li>地域における認知症ケア関連施策の展開</li> </ul>	1期 阿部 美香 (齋藤 武) 2期 阿部 美香 (齋藤 武)

第2日目		第1期 8月18日(金)	第2期 9月22日(金)	講師 (講師補助)
9:00 12:00	180分	チームケアを構築するリーダーの役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>チームの意味や目的, 種類</li> <li>チームの構築及び活性化するための運用方法</li> <li>チームの目標や方針の設定と展開方法</li> </ul>	1期 合川 央志 (柿崎 裕美) 2期 設楽 順一 (紺野 秀)
昼食・休憩				
13:00 15:00	120分	ストレスマネジメントの理論と方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>チームにおけるストレスマネジメントの意義と必要性</li> <li>ストレスマネジメントの方法</li> </ul>	1期 遠藤 圭 (佐々木 真弓) 2期 佐々木 真弓 (小山 一哉)
15:10 17:10	120分	ケアカンファレンスの技法と実践	<ul style="list-style-type: none"> <li>チームケアにおけるケアカンファレンスの目的と意義</li> <li>ケアカンファレンスを円滑に行うためのコミュニケーション</li> <li>効果的なケアカンファレンスの展開</li> </ul>	1期 熊谷 光二 (尾形 祥) 2期 熊谷 光二 (尾形 志朗)

第3日目		第1期 8月21日(月)	第2期 9月25日(月)	講師 (講師補助)
9:00 12:00	180分	認知症ケアにおけるチームアプローチの理論と方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケアにおけるチームアプローチの意義と必要性(まとめ)</li> <li>認知症ケアにおけるチームの種類と特徴</li> <li>施設・在宅での認知症ケアにおけるチームアプローチの方法</li> </ul>	1期 大釜 啓 (中津留 美津江) 2期 大釜 啓 (高野 裕子)
昼食・休憩				

13:00 17:00	240分	職場内教育の基本視点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人材育成における介護職員等のとらえ方</li> <li>・指導者のあり方の理解</li> <li>・人材育成の意義と方法</li> <li>・職場内教育の意義</li> <li>・職場内教育(OJT)の実践方法</li> </ul>	1期 設楽 順一 (高野 秀治) 2期 熊谷 光二 (尾形 祥)
----------------	------	------------	--	-------------------------------------

第4日目		第1期 8月22日(火)	第2期 9月26日(火)	講師(講師補助)
9:00 12:00	180分 (240分)	職場内教育(OJT)の方法の理解①	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職場内教育(OJT)における指導技法</li> <li>・指導における活用と留意点</li> </ul>	1期 熊谷 光二 (我妻 学) 2期 坂本 茂明 (遠藤 誠)
昼食・休憩				
13:00 14:00	60分 (240分)	職場内教育(OJT)の方法の理解②	同上	1期 熊谷 光二 (我妻 学) 2期 坂本 茂明 (遠藤 誠)
14:10 17:10	180分 (360分)	職場内教育(OJT)の実践①	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事・入浴・排泄等への介護に関する指導計画(事例演習)</li> <li>・行動・心理症状(BPSD)への介護に関する指導(事例演習)</li> <li>・アセスメント及びケアの実践に関する計画立案の指導方法(事例演習)</li> <li>・自己の指導の特徴の振り返り</li> </ul>	1期 清野 宏和 (吉田 結里枝) 2期 吉田 結里枝 (清野 宏和)

第5日目		第1期 8月23日(水)	第2期 9月27日(水)	講師(講師補助)
8:45 9:00	15分	4週間実習のガイダンス		宮城県介護研修センター
9:00 12:00	180分 (360分)	職場内教育(OJT)の実践②	同上	1期 市場 健太郎 (小山 一哉) 2期 小山 一哉 (齋藤 武)
昼食・休憩				
13:00 17:00	240分	職場実習の課題設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職員等の認知症ケアの能力に関する評価方法の理解</li> <li>・介護職員等の認知症ケアの能力の評価方法の立案</li> <li>・実習計画の立案</li> </ul>	1期 坂本 茂明 (遠藤 誠) (小山 一哉) 2期 我妻 学 (明道 茂) (佐々木 真弓)

職場実習				
4週間	アセスメントとケアの実践	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症ケア能力の評価と課題の設定・合意</li> <li>・指導目標の立案方法の理解</li> <li>・指導目標に応じた指導計画の作成</li> <li>・指導目標に応じた指導の実施</li> </ul>		

第6日目		第1期 10月26日(木)	第2期 11月30日(木)	講師(講師補助)
9:00 17:00	420分	結果報告/職場実習評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症ケア指導の実践方法に関する自己の課題の整理と考察</li> <li>・認知症ケア指導に関する方向性の明確化</li> </ul>	1期 坂本 茂明 (遠藤 誠) (小山 一哉) 2期 我妻 学 (明道 茂) (佐々木 真弓)

# 令和5年度 宮城県認知症介護実践リーダー研修 申込書

年 月 日

宮城県介護研修センター所長 宛

施設(事業所)名 \_\_\_\_\_ (法人名も記載)

施設(事業所)長(職 氏名) \_\_\_\_\_ ⑩

連絡担当者氏名 \_\_\_\_\_ TEL: - -  
 \_\_\_\_\_ FAX: - -

以下のとおり申込みます。

受講希望者 氏名(職名)	ふりがな _____ (男・女)		
	氏 名	職 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
受講目的 (番号に○をつける)	① スキルアップ ② グループホームが短期利用事業所の指定を受けるため		
受講理由 (上記②を選択した場合記入)	① 新規に指定を受けるため 予定日 年 月 頃 ② 前任者と交代の為(退職・人事異動・その他 [ ]) 前任者氏名 _____ 交代日 年 月 日 ③ 短期利用事業を行っているが研修未受講のため 短期利用開始日 年 月 日 未受講の理由 _____		
受講希望	第1希望	第 期	第2希望 第 期
資 格 (番号に○をつける) (複数回答可)	① 訪問介護員(1・2級) ② 介護職員基礎研修修了 ③ 介護福祉士 ④ 介護職員初任者研修修了 ⑤ 介護支援専門員 ⑥ 社会福祉士 ⑦ 准看護師 ⑧ 看護師 ⑨ なし ⑩ その他医療・福祉等の資格 ( )		
所属事業所名	〒 -		
事業所所在地	TEL: - - FAX: - -		
e-mail アドレス	※ 受講決定後、配布資料ダウンロードのための URL 等をお送りします		
事業所種別 (番号に○をつける) (受講希望者の所属 する事業所1つ)	① 特別養護老人ホーム ② 老人保健施設 ③ 通所介護事業所 ④ 訪問介護事業所 ⑤ 通所リハビリ ⑥ グループホーム ⑦ 小規模多機能型居宅介護 ⑧ 居宅介護支援事業所 ⑨ 看護小規模多機能型居宅介護事業所 ⑩ その他 ( )		
勤務施設名 (①から順に直近のも のから記入)	施設・事業所名	期 間	業務内容 年月数
	① _____	年 月～ 至現在 ( )	年 ヶ月
	② _____	年 月～ 年 月( )	年 ヶ月
	③ _____	年 月～ 年 月( )	年 ヶ月
	介護業務従事年数 計 年 ヶ月		
	※ 欄が足りない場合は別紙を作成し記入してください。		
上記記載内容に間違いはありません。 _____ 年 月 日			
受講希望者氏名(自筆) _____			