

令和5年度 宮城県認知症介護実践者研修 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。
うち実践者研修は、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）を予防できるよう認知症介護の理念、知識・技術を修得するとともに、地域の認知症ケアの質の向上に関与する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 次の(1)から(4)の要件を全て満たす者
(1) 県内（仙台市を除く）介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等
(2) 認知症介護基礎研修を修了した者（修了証書の写し添付）、あるいはそれと同等以上の能力を有する者（別表）であり、認知症介護の基本的な知識を有する者
(3) 介護保険施設・事業所等において、介護業務従事年数が概ね2年以上の者
(4) 研修（講義・演習4日間）終了後に、職務と平行して自施設で4週間の認知症介護実習を実施できる者
※4日間の研修受講後、受講者が所属する事業所等で、日頃関わっている認知症の利用者に対する直接的なケア実習を行います。
- 【認知症対応型サービス事業の指定に係る人員基準と研修の関係】**

① 認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）の計画作成担当者になる方は、この実践者研修を修了している必要があります。

② 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講にあたっては、この実践者研修を修了していることが受講要件となります。

③ 認知症対応型サービス事業管理者研修受講にあたっては、この実践者研修を修了していることが受講要件となります。

※指定とは異なりますが、認知症介護実践リーダー研修受講にあたっては、この実践者研修を修了していることが受講要件となっています。
- 5 研修期間 講義・演習（4日間）、自施設実習（4週間）、実習報告会（3時間）
- 第1期 令和5年7月27日(木)、28日(金)、8月8日(火)、9日(水)
報告会：10月12日(木)
- 第2期 令和5年8月30日(水)、31日(木)、9月11日(月)、12日(火)
報告会：11月17日(金)
- 第3期 令和5年10月4日(水)、5日(木)、16日(月)、17日(火)
報告会：令和5年12月21日(木)
- 第4期 令和5年11月8日(水)、9日(木)、20日(月)、21日(火)
報告会：令和6年1月30日(火)
- 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 120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しません。
- 10 受講決定 令和5年6月下旬
(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等は交付できないことがあります。
- 12 受講料 10,000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おりません。)
- 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 申込み方法 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記入の上、郵送又はご持参願います。（募集期間内必着）
※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) 受講定員を超えた場合は、受講希望により調整しますので、第4希望まで必ずご記入ください。
 - (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いたします。
 - (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。

※別表： 認知症介護基礎研修修了相当と認められる資格及び研修

1	看護師
2	准看護師
3	介護福祉士
4	介護支援専門員
5	実務者研修修了者
6	介護職員初任者研修修了者
7	生活援助従事者研修修了者
8	介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程修了者
9	介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程二級課程修了者
10	社会福祉士
11	医師
12	歯科医師
13	薬剤師
14	理学療法士
15	作業療法士
16	言語聴覚士
17	精神保健福祉士
18	管理栄養士
19	栄養士
20	あん摩マッサージ師
21	はり師
22	きゅう師
23	柔道整復師
24	ヘルパー二級
25	歯科衛生士

令和5年度 認知症介護実践者研修 日程表

第1日目		第1期 7月27日(木) 第3期 10月4日(水)	第2期 8月30日(水) 第4期 11月8日(水)	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 12:00	180分	認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアの理念と我が国の認知症施策 ・認知症に関する基本的知識 ・認知症ケアの倫理 ・認知症の人の意思決定支援 ・自己課題の設定 	1期 遠藤 誠 (市場 健太郎) 2期 遠藤 誠 (市場 健太郎) 3期 市場 健太郎 (明道 茂) 4期 明道 茂 (市場 健太郎)
昼食・休憩				
13:00 17:00	240分 (300分)	生活支援のためのケア演習1	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援のためのケア ・認知症の生活障害 ・認知症の人の生活環境づくり ・中核症状の理解に基づくコミュニケーション ・生活場面ごとの生活障害の理解とケア 	1期 吉田 結里枝 (遠藤 圭) 2期 吉田 結里枝 (遠藤 圭) 3期 遠藤 圭 (吉田 結里枝) 4期 遠藤 圭 (吉田 結里枝)

第2日目		第1期 7月28日(金) 第3期 10月5日(木)	第2期 8月31日(木) 第4期 11月9日(木)	講師(講師補助)
9:00 10:00	60分 (300分)	生活支援のためのケア演習1	同上	1期 吉田 結里枝 (遠藤 圭) 2期 吉田 結里枝 (遠藤 圭) 3期 遠藤 圭 (吉田 結里枝) 4期 遠藤 圭 (吉田 結里枝)
10:10 11:10	60分	QOLを高める活動と評価の観点	<ul style="list-style-type: none"> ・アクティビティの基礎的知識と展開 ・心理療法やアクティビティの評価方法 	1期 尾形 志朗 (齋藤 武) 2期 柿崎 裕美 (齋藤 武) 3期 齋藤 武 (高野 裕子) 4期 高野 裕子 (尾形 志朗)
11:20 12:50	90分	家族介護者の理解と支援方法	<ul style="list-style-type: none"> ・家族介護者の理解 ・家族介護者の心理 ・家族介護者の支援方法 	1期 清野 宏和 (齋藤 武) 2期 清野 宏和 (齋藤 武) 3期 齋藤 武 (柘植 めぐみ) 4期 齋藤 武 (柘植 めぐみ)
昼食・休憩				
13:50 15:20	90分	権利擁護の視点に基づく支援	<ul style="list-style-type: none"> ・権利擁護の基本的知識 ・権利侵害行為としての高齢者虐待と身体拘束 ・権利擁護のための具体的な取り組み 	1期 紺野 秀 (佐々木 昌治) 2期 小山 一哉 (坂本 茂明) 3期 佐々木 昌治 (設楽 順一) 4期 佐々木 昌治 (坂本 茂明)
15:30 17:30	120分	地域資源の理解とケアへの活用	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人にとっての地域資源と実践者の役割 ・インフォーマルな地域資源活用 ・フォーマルな地域資源活用 ・地域資源としての介護保険施設・事業所等 	1期 阿部 美香 (小林 祐太) 2期 阿部 美香 (小林 祐太) 3期 村山 眞美 (設楽 順一) 4期 村山 眞美 (坂本 茂明)
17:40 17:55	15分	インターバル期間のオリエンテーション		1期 阿部 美香 (小林 祐太) 2期 阿部 美香 (小林 祐太) 3期 村山 眞美 (設楽 順一) 4期 村山 眞美 (坂本 茂明)

第3日目		第1期 8月8日(火) 第3期 10月16日(月)	第2期 9月11日(月) 第4期 11月20日(月)	講師(講師補助)
9:00 10:00	60分	学習成果の実践展開と共有	<ul style="list-style-type: none"> ＜ 職場における取り組み ＞ ・認知症の本人の声を聴く(自施設・事業所における実践) ・事例収集(自施設・事業所における実践) ・中間課題の発表と共有 	1期 坂本 茂明 (我妻 学) 2期 我妻 学 (紺野 秀) 3期 我妻 学 (紺野 秀) 4期 熊谷 光二 (我妻 学)
10:10 12:10	120分 (240分)	生活支援のためのケアの演習2 (行動・心理症状)①	<ul style="list-style-type: none"> ・行動・心理症状(BPSD)の基本的理解 ・行動・心理症状(BPSD)の発症要因とケアの検討(事例演習) ・行動・心理症状(BPSD)の評価 ・生活の質の評価 	1期 坂本 茂明 (我妻 学) 2期 我妻 学 (紺野 秀) 3期 我妻 学 (紺野 秀) 4期 熊谷 光二 (我妻 学)
昼食・休憩				
13:10 15:10	120分 (240分)	生活支援のためのケアの演習2 (行動・心理症状)②	同上	1期 坂本 茂明 (我妻 学) 2期 我妻 学 (紺野 秀) 3期 我妻 学 (紺野 秀) 4期 熊谷 光二 (我妻 学)
15:20 17:20	120分 (300分)	アセスメントとケアの実践の基本①	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人のアセスメントの基礎的知識 ・観察の方法とポイント ・アセスメントの実際(事例演習) ・実践計画作成の基礎的知識 ・実践計画作成の展開(事例演習) ・実践計画の評価とカンファレンス 	1期 設楽 順一 (合川 央志) 2期 合川 央志 (清野 宏和) 3期 清野 宏和 (合川 央志) 4期 清野 宏和 (高野 秀治)

第4日目		第1期 8月9日(水) 第3期 10月17日(火)	第2期 9月12日(火) 第4期 11月21日(火)	講師(講師補助)
8:45 9:00	15分	4週間自施設実習ガイダンス		宮城県介護研修センター
9:00 12:00	180分 (300分)	アセスメントとケアの実践の基本②	同上	1期 清野 宏和 (合川 央志) 2期 合川 央志 (阿部 美香) 3期 大釜 啓 (清野 宏和) 4期 設楽 順一 (合川 央志)
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"> ・職場実習のねらい ・対象者選定 ・課題設定 ・4週間の行動計画の作成 	1期 清野 宏和 (合川 央志) (遠藤 圭) (市場 健太郎) (佐々木 昌治) 2期 合川 央志 (遠藤 圭) (小山 一哉) (坂本 茂明) (阿部 美香) 3期 大釜 啓 (清野 宏和) (熊谷 光二) (小山 一哉) (吉田 結里枝) 4期 設楽 順一 (合川 央志) (柿崎 裕美) (明道 茂) (佐々木 昌治)

職場実習	
4週間	アセスメントとケアの実践

第5日目		第1期 10月12日(木) 第3期 12月21日(木)	第2期 11月17日(金) 第4期 1月30日(火)	講師 (講師補助)
9:00 12:00	180分	職場実習評価		1期 清野 宏和 (合川 央志) (遠藤 圭) (市場 健太郎) (佐々木 昌治) 2期 合川 央志 (遠藤 圭) (小山 一哉) (坂本 茂明) (阿部 美香) 3期 大釜 啓 (清野 宏和) (熊谷 光二) (小山 一哉) (吉田 結里枝) 4期 設楽 順一 (合川 央志) (柿崎 裕美) (明道 茂) (佐々木 昌治)
			<ul style="list-style-type: none"> ・職場実習報告 ・ケア実践計画の評価 ・職場への報告と展開 	

令和5年度 宮城県認知症介護実践者研修 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(職名・氏名) ㊞

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 (該当する番号と職名 に○をつける)	① スキルアップ ② グループホームの(管理者・計画作成担当者) ③ 小規模多機能型居宅介護事業所の(管理者・計画作成担当者) ④ 看護小規模多機能型居宅介護事業所の(管理者・計画作成担当者) ⑤ 認知症対応型デイサービスの管理者
受講理由 (上記②～⑤を選択し た場合記入)	① 事業所開設の為(新規事業所に着任) 開設予定日 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 (管理者・計画作成担当者)に従事しているが研修未受講のため 従事年月日 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
	第3希望 第 期 第4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 その他医療・福祉等の資格(別表参照にて記入)
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) (研修申込者の所属 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～ 年 月() 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 <p style="text-align: center;">受講希望者氏名(自筆)</p>	