

令和3年4月吉日

事業所各位

一般社団法人 富山県介護福祉士会
会長 舟田 伸司
(公印省略)

令和3年度認知症介護実践研修(実践者研修)の実施について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素より当会の事業に格別のお引き立てを賜わり、誠にありがとうございます。

さて、富山県介護福祉士会は「認知症介護実践者等養成事業の実施について」(平成18年3月31日付け老発第0331010号厚生労働省老健局長通知)に規定する認知症介護実践研修(実践者研修)事業の実施指定機関として、令和3年度も年3回の開催を計画しております。

本研修により、介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等が、適切なサービスの提供に関する知識等を修得し、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て、また施設、在宅に関わらず認知症の原因疾患や容態に応じ、本人やその家族の生活の質の向上を図る対応や技術を習得することをねらいとしております。

つきましては、令和3年度認知症介護実践研修(実践者研修)の募集要項を送付し、ご案内いたします。

受講を希望される場合、別添『一般社団法人富山県介護福祉士会令和3年度認知症介護実践研修(実践者研修)募集要項』に従い、お申込みいただきますようお願いいたします。

なお、本研修は富山県では当会以外に実施いたしませんので、新規開設事業所等においては申請漏れ等ないように十分にご注意ください。

〈問合せ先〉

一般社団法人富山県介護福祉士会

〒939-8084

富山市西中野町1丁目1-18

オフィス西中野ビル1階

TEL: 076-422-2442 FAX: 076-422-0440

令和3年度

認知症介護実践研修（実践者研修） 募集要項

この研修は、適切なサービスの提供に関する知識等を修得し、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ています。

※一般社団法人富山県介護福祉士会は、富山県の指定を受け、認知症介護実践研修（実践者研修）を開催いたします。

【研修に関する申込み・お問い合わせ】

一般社団法人 富山県介護福祉士会

〒939-8084

富山市西中野町1丁目1-18 オフィス西中野ビル1階

TEL 076-422-2442

FAX 076-422-0440

メールアドレス toyama-kaigo@topaz.ocn.ne.jp

ホームページ <http://www.toyama-kaigo.com/>

1. 研修対象者

次の(1)、(2)のいずれかの要件を満たす者

- (1) 介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設、同法第41条1項に規定する指定居宅サービス事業者、同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者、同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者又は同法第54条の2第1項に規定する地域密着型介護予防サービス事業者（以下「介護保険施設・事業者等」という。）に従事する介護職員等であって、身体介護に関する基本的知識・技術を修得しており、身体介護などの介護業務の実務経験が2年以上の者。
- (2) 指定地域密着型サービス事業者（地域密着型介護予防サービスを含む。）のうち、認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護を含む。）の管理者、小規模多機能型居宅介護（介護予防小規模多機能型居宅介護を含む。）の管理者及び計画作成担当者、認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護を含む。）の管理者及び計画作成担当者として従事する予定の者、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者及び計画作成担当者として従事する予定の者であって、身体介護に関する基本的知識・技術を修得しており、身体介護などの介護業務の実務経験が2年以上の者。

※「介護業務の実務経験」には、在宅介護支援センター及び居宅介護支援事業所等における相談業務は含みません。また、「2年以上」とは、研修日前日までの介護業務の実務経験が2年に達していることが条件となります。

※**認知症介護実践研修（実践者研修）**を受講される方は、**認知症介護基礎研修**を修了していることが望ましい。（研修詳細については、同封の「認知症介護基礎研修募集要項」をご覧ください。）

2. 募集人員

定員 **《第1期》**定員 60名 **《第2期》**定員 60名 **《第3期》**定員 60名

※各期において定員を超えた場合は、受講人数を1事業所1名に調整させていただきます。

3. 受講費用

40,000円（受講生1名あたり）

※受講決定通知とともに受講費用振込みのご案内をいたしますので、期日までに指定口座に振込みをお願いします。

※研修に要する費用のうち、テキスト代、交通費、食費については研修受講者負担とします。

4. 使用テキスト

- ・『認知症介護実践者研修標準テキスト 認知症介護研究・研修センター／監修』
【株式会社ワールドプランニング】
- ・『四訂 認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方』
【中央法規出版】

※各自でご準備ください。当日の販売や貸し出しはありません。

※書店等で取り寄せる場合は、2週間程度かかります。

5. 研修内容・期間

施設、在宅に関わらず認知症の原因疾患や容態に応じ、本人やその家族の生活の質の向上を図る対応や技術を修得することをねらいとし、講義・演習形式で行う。(研修科目 別紙1参照)

《第1期》

a 講義・演習 (7日間) ※会場：サンシップとやま、富山県農協会館、富山県民会館

6月2日(水)、6月7日(月)、6月14日(月)、6月22日(火)、6月28日(月)
7月2日(金)、8月11日(水)

b 自施設実習 (4週間)

受講生所属の介護保険施設・事業所において研修6日目(7/2)翌日から4週間

《第2期》

a 講義・演習 (7日間) ※会場：富山県農協会館、富山県民会館

8月19日(木)、8月26日(木)、9月7日(火)、9月10日(金)、9月15日(水)
9月21日(火)、11月2日(火)

b 自施設実習 (4週間)

受講生所属の介護保険施設・事業所において研修6日目(9/21)翌日から4週間

《第3期》

a 講義・演習 (7日間) ※会場：富山県農協会館、富山県民会館

11月15日(月)、11月25日(木)、11月30日(火)、12月7日(火)
12月13日(月)、12月16日(木)、令和4年2月2日(水)

b 自施設実習 (5週間)

受講生所属の介護保険施設・事業所において研修6日目(12/16)翌日から5週間

※年末年始を挟むため、第3期に限り5週間とします。

6. 申込み

(1) 申込み方法

受講申込書(別紙2-1)と受講同意書(別紙3)に必要事項を記入の上、富山県介護福祉士会まで必ず郵送にてお申込みください。

なお、本募集要項「1. 研修対象者」(2)に定める管理者及び計画作成担当者に該当する場合は、受講申込書(別紙2-2)を併せて提出してください。

(2) 申込み期間

《第1期》

令和3年 4月16日(金)～令和3年 4月28日(水) [必着]

《第2期》

令和3年 6月18日(金)～令和3年 7月 1日(木) [必着]

《第3期》

令和3年 9月 3日(金)～令和3年 9月16日(木) [必着]

※定員になり次第締切ります。なお、定員に達した場合は当会ホームページにて告知します。
また、上記の期間以外の受付はできませんので、申込み期間の厳守をお願いします。

[7. 受講決定]

申込書の記載事項に基づき受講要件に該当する方を選考し、受講決定の案内は、下記のとおり行います。

なお、受講要件に該当しない等の理由により受講をお断りする場合は、郵送にて通知します。

また、定員を超えた場合は受講をお断りする場合があります。その際は電話にて連絡します。

《第1期》 令和3年 5月10日(月) 以降に発送

《第2期》 令和3年 7月20日(火) 以降に発送

《第3期》 令和3年10月12日(火) 以降に発送

[8. 修了証の交付について]

研修の全課程を修了した方に修了証を交付します。但し、次の①、②、③の要件を全て満たす場合とします。

① 各講義・各演習時間の9割以上の出席が認められた場合

② 自施設実習の実績が認められた場合

③ 研修期間中に提出を指示した書類が全て提出された場合

[9. 留意事項]

(1) 施設長または管理者から、推薦を受けた上でお申込ください。

(2) 受講申込書、受講同意書は必ず郵送してください。FAXでの申込みは受けません。

(3) 受講申込書、受講同意書は記載内容を十分確認の上、提出してください。特に申込者の印、法人(事業所)印を忘れないようご注意ください。(記載に不備等がある場合は、受付できないことがあります)

(4) 申込み書類に虚偽の記載等があった場合は、受講決定の取り消しまたは、修了証の交付ができないことがあります。また、修了証発行後に虚偽が認められた場合は、修了を取り消します。

(5) 受講申込み後の受講者の変更は、原則、受けません。

(6) 受講申込み人数が多数の場合、1カ所の施設・事業所の受講人数を調整させていただくことが

あります。

(7) 「令和3年度介護支援専門員実務研修受講試験」を受験予定の方は、第1期または第2期での受講をお願いします。第3期では、研修日程が重なる可能性があります。

(8) 受講申込みに係る個人情報については、本研修に係る業務のみに使用し、厳重に管理します。

※個人情報を取り扱う業務として、修了認定に係ること、富山県への名簿の提出などがあります。

令和3年度 認知症介護実践研修(実践者研修) 第2期

回	日程	時間割	教科名	研修形態	講師名	場所
1	8月19日 (木)	9:30～ 9:40	開講式 オリエンテーション		富山県介護福祉士会	富山県農協会館 8階ホール
		9:40～12:40	認知症ケアの基本的視点と理念	講義・演習	指導者養成研修修了者	
		13:40～16:50	認知症ケアの倫理 認知症の人の権利擁護	講義・演習 講義・演習	田中 雅子 富山県福祉カレッジ 教授	
2	8月26日 (木)	9:30～17:00	認知症の人の家族への支援方法	講義・演習	宮島 波 日本社会事業大学 専門職大学院 特任教授	富山県民会館 401号室
		屋休憩 12:30～13:30	認知症の人の生活環境づくり	講義・演習		
			地域資源の理解とケアへの活用	講義・演習		
3	9月7日 (火)	9:30～16:00	認知症の人の理解と対応	講義・演習	中村 裕子 日本ヒューマンヘルス ケア研究所 所長	富山県農協会館 8階ホール
		屋休憩 12:00～13:00	認知症の人とのコミュニケーションの 理解と方法			
		16:00～17:00	自施設実習についての説明	講義	指導者養成研修修了者	
4	9月10日 (金)	9:30～12:30	アセスメントとケアの実践の基本Ⅰ	講義・演習	指導者養成研修修了者	富山県農協会館 8階ホール
		13:30～17:30	アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ (事例演習)	講義・演習	指導者養成研修修了者	
5	9月15日 (水)	9:30～12:30	認知症の人への介護技術Ⅰ (食事・入浴・排泄等)	講義・演習	指導者養成研修修了者	富山県農協会館 8階ホール
		13:30～16:30	認知症の人への介護技術Ⅱ (行動・心理症状)	講義・演習	指導者養成研修修了者	
6	9月21日 (火)	9:30～11:30	認知症の人への非薬物的介入	講義・演習	指導者養成研修修了者	富山県農協会館 8階ホール
		12:30～16:30	自施設における実習の課題設定	講義・演習	指導者養成研修修了者	
	9月22日(水) ～ 10月19日(火)		自施設実習(アセスメントとケアの実践) (4週間)	実習		
7	11月2日 (火)	13:00～16:30	自施設実習評価	講義・演習	指導者養成研修修了者	富山県農協会館 8階ホール

〈 認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書（別紙2-1）記入要領 〉

1. 設置主体（管理運営主体）について

記載する際は、略式ではなく正式名称を記入してください。

※記載例：社会福祉法人〇〇〇会、株式会社△△△、特定非営利活動法人□□□ 等

2. 事業所名欄の「事業者コード」について

「事業者コード」欄には、受講申込者が所属する介護保険施設・事業所等に対応する事業所種類を次の表から選び、そのコード番号を記入してください

○事業者コード

コード	事業所種類	コード	事業所種類
1	介護老人福祉施設	8	通所リハビリテーション
2	介護老人保健施設	9	定期巡回・随時対応訪問介護看護
3	介護療養型医療施設	10	認知症対応型通所介護
4	訪問介護	11	小規模多機能型居宅介護
5	訪問入浴介護	12	認知症対応型共同生活介護
6	訪問看護	13	看護小規模多機能型居宅介護
7	通所介護	14	その他

3. 受講申込者職種名欄の「職種コード」、受講申込者役職名欄の「役職コード」について

受講申込者の介護保険施設・事業所等における職種及び役職について、下記の表から選び、そのコード番号を記入してください。（職種を兼務している場合は、職種名欄に全ての職種を記載し、職種コードは主とするものを選択してください。）

○職種コード

コード	職 種	コード	職 種
1	医師	5	介護支援専門員
2	看護職員	6	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
3	介護職員	7	精神保健福祉士
4	生活相談員、支援相談員	8	その他

○役職コード

コード	役 職
1	施設・事業所の管理者（コード3の事業所を除く）
2	その他管理職（看護長・介護長等）
3	施設・事業所のユニット長（フローリーダー等）
4	施設・事業所の介護主任
5	上記1～4以外の職場内リーダーとしての役職にある者
6	なし（役職のない者）

4. 主な職歴欄は、直近時から3箇所程度記入してください。2年以上の介護業務の実務経験が必要です。なお、事業所名は正確に記入してください。

※「2年以上」とは、研修日前日までの介護業務の実務経験が2年に達していることが条件となります。

5. 所有する介護・医療関係の資格が複数ある場合は併記してください。

※記載する資格の例：介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉士、看護師、准看護師 など

〈 認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書（別紙２－２）記入要領 〉

1. 記入対象者

募集要項「1. 研修対象者」（2）に定める管理者及び計画作成担当者

【 募集要項「1. 研修対象者」（2）に定める管理者及び計画作成担当者 】

（2） 指定地域密着型サービス事業者（地域密着型介護予防サービスを含む。）のうち、認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護を含む。）の管理者、小規模多機能型居宅介護（介護予防小規模多機能型居宅介護を含む。）の管理者及び計画作成担当者、認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護を含む。）の管理者及び計画作成担当者として従事する予定の者、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者及び計画作成担当者として従事する予定の者であって、身体介護に関する基本的知識・技術を修得しており、身体介護などの介護業務の実務経験が2年以上の者。

2. 開設年月日欄は、新規開設事業所のみ記入してください。また、新規開設事業所の場合も事業所名欄、所属法人名欄、事業所住所及び連絡先欄を全て記入してください。

3. 事業所種別（新規開設事業所種別）欄及び申込者就任予定役職名欄は、該当するものに○をつけてください。また、申込者就任予定役職名欄に就任予定年月日を記入してください。

4. その他

必要事項を全て記入の上、受講申込書（別紙２－１、別紙３）と一緒に提出してください。

令和3年度認知症介護実践研修(実践者研修)受講申込書

受講希望	※いずれかに○をつけて下さい。(複数選択不可)			
	() 第1期	() 第2期	() 第3期	
	※「令和3年度介護支援専門員実務研修受講試験」を受験予定の方は、第1期または第2期での受講をお願いします。第3期では、研修日程が重なる可能性があります。			
フリガナ			昭和	
氏名	印	生年月日	平成	年 月 日
住所	〒			
	携帯番号	自宅電話番号		
フリガナ		事業者 コード(※)	設置主体 (管理運営主体)	
所属 事業所名				
所属事業所 住所及び 連絡先	〒			
	電話番号	FAX番号		
受講予定者 職種名		職種 コード(※)	受講予定者 役職名	役職 コード(※)
申込区分 ※どちらかに○を つけてください。	() 介護福祉士会会員 (16) / () 一般(非会員)			
主な職歴(2年以上の介護業務の実務経験が必要です。)				
期間※今現在所属している事業所から、さかのぼって記入してください。	事業所名	サービス種類	業務内容	
例：平成28年4月～令和3年5月(5年2ヵ月)	例：特別養護老人ホーム〇〇苑	例：特養	例：介護業務	
年 月 ～ 年 月 (年 ヵ月)				
年 月 ～ 年 月 (年 ヵ月)				
年 月 ～ 年 月 (年 ヵ月)				
介護業務実務経験通算 : (年 ヵ月)				
所有する介護・医療関係の資格				
認知症介護基礎研修について(どちらかに○をつけてください)				
() 受講した ⇒ (修了年度：平成・令和 年度 第 回修了)				
() 受講していない				
受講申込みの動機・理由・この研修で学びたいこと等をご記入ください。				

上記の者を当該研修受講者として推薦します。

令和3年 月 日

施設・事業所名

施設長(又は管理者)氏名

印

※受講申込みに係る個人情報については、本研修のみに使用し、厳重に管理いたします。

認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護及び複合型サービス事業所（いずれも新規開設事業所を含む）のうち、管理者・計画作成担当者・管理者と計画作成担当者を兼務に就任予定の方のみ記入してください。

受講希望 いずれかに○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期 <input type="checkbox"/> 第3期	開設年月日 ※新規開設の場合のみ記入	年 月 日
フリガナ		設置主体 (管理運営主体)	
事業所名 ※新規開設事業所を含む			
事業所住所 及び連絡先 ※新規開設の場合も記入	〒		
	電話番号	F A X	
事業所種別 (※新規開設の場合も記入) いずれかに○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (介護予防サービス含む) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (介護予防サービス含む) <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 (介護予防サービス含む) <input type="checkbox"/> 複合型サービス	申込者 就任予定役職名 いずれかに○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者と計画作成担当者を兼務 ----- ◎就任予定年月日 令和 年 月 日
備考	新規開設事業所等で連絡先や書類送付先が異なる場合は、下記に連絡先及び書類送付先を記入してください。		

《注意》

認知症対応型サービス事業管理者研修の受講については、別途申し込みが必要です。

この用紙では、受講申込となりませんのでご注意ください。

受講同意書

一般社団法人 富山県介護福祉士会
会長 舟田 伸司 殿

1. 各講義・各演習時間の9割以上出席します。

【各科目、講義時間の1割を超える遅刻、又は欠席をした場合の取り扱いについて】

(1)以降の講義の資格を失い、受講料の返還はしない。

(2)ただし、下記①～⑤に該当するやむをえない事情がある場合は、来期にて受講することにより、修了要件を満たすことができる。

①公共交通機関の遅延、運休（証明書が必要）

②2親等内の血族・姻族の死亡（死亡診断書写し、会葬礼状など、続柄を証明できる書類が必要）

③本人の病気、怪我（診断書が必要）

④子の体調不良による看護・通院の付き添い（子の診断書が必要）

⑤その他、当会がやむをえない事情と認めるもの

2. 4週間の自施設実習にあたり、所属長、所属事業所が協力します。

3. 提出を指示した書類の全てを期日までに提出します。

上記内容に同意し、受講を申し込みます。

令和3年 月 日

法人名(※) ㊟

事業所名(※) ㊟

所属長氏名 ㊟

受講者氏名 ㊟

※法人印または事業所印、どちらかの押印をお願いします。