

令和5年度 認知症介護サービス向上研修（認知症介護基礎研修） 実施要綱

1 目 的

認知症介護に携わる介護従事者のうち、eラーニングによる認知症介護基礎研修の受講が出来ない者を対象として、認知症について十分に理解し、それぞれの高齢者の状態に応じた適切なケアができるよう、認知症介護の基本について研修を実施することにより、認知症ケアの質の向上を図る。

2 主 催 石 川 県

3 受講対象者

介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者等（eラーニングによる研修が受講出来ない者に限る）

※有資格者の受講を妨げるものではありませんが、受講者多数の場合、資格を有さない者を優先しますのでご了承ください。

4 日程及び会場

番号	開催地区	日時	会場	申込締切日
1	能登	令和5年11月1日（水） 13:30～16:40	七尾市文化ホール(七尾サンライフプラザ) 第24会議室	10月18日（水）
2	金沢	令和5年11月20日（月） 13:30～16:40	地場産業振興センター 第10研修室	11月6日（月）
3	加賀	令和5年12月4日（月） 13:30～16:40	小松商工会議所 301～303号室	11月21日（火）

※各回とも講義内容は同一です。

※申込み状況により、申込締切日前に募集を終了する場合があります。

※新型コロナウイルス感染症等の流行状況によっては、やむを得ず中止とする場合があります。

5 定 員 各回50名

6 受講料 無料

7 研修プログラム 別紙1「研修プログラム」参照

8 受講申込

○インターネット

「石川県電子申請システム」からお申し込みください。

URL : <https://www.pref.ishikawa.lg.jp/eshinsei/>

○メール、郵送、FAX

別紙2「参加申込書」に必要事項を記入し、各事業所で申込者を取りまとめの上、お申し込みください。

メール：kaigo@pref.ishikawa.lg.jp

※件名に「認知症介護サービス向上研修申込」と記載ください。

宛先：〒920-8580 金沢市鞍月1丁目1番地

石川県健康福祉部長寿社会課「認知症介護サービス向上研修」担当

FAX：076-225-1418

9 受講者の決定通知

各回開催日の1週間前までに所属事業所宛に通知します。

なお、定員超過の場合には、選考を行う場合がありますのでご了承ください。

10 研修科目の免除について

本研修は厚生労働省の定める認知症介護基礎研修であり、この研修を修了すると、介護職員初任者研修及び生活援助従事者研修の研修科目の一部が免除されます。詳しくは、これらの研修の実施主体である介護員養成研修事業者にお問い合わせください。

11 個人情報の利用制限

皆様から提供（登録）いただいた個人情報は、本研修に関する連絡や当日配付する受講者名簿の作成のために利用いたします。個人情報の収集目的を越えた利用及び提供は、個人情報保護条例で定める場合を除き、一切いたしません。

12 感染防止対策

当研修は検温、手指消毒、三密の回避等の感染防止対策を実施した上で開催いたします。

別紙 1 研修プログラム

プログラム番号		1	2	3
開催地区		能登	金沢	加賀
日程		令和 5 年 11 月 1 日(水)	令和 5 年 11 月 20 日 (月)	令和 5 年 12 月 4 日 (月)
会場		七尾市文化ホール (七尾サンライフプラザ) 2 階 第 24 会議室	石川県地場産業振興 センター 新館 2 階 第 10 研修室	小松商工会議所 3 階 301～303 号室
時間帯	分	内容		
13:30 ~ 13:50	20	受付		
13:50 ~ 14:20	30	認知症の人を取り巻く現状		
14:20 ~ 16:30 (10 分程度休憩含む)	120	<ul style="list-style-type: none"> ・具体的なケアを提供するときの判断基準となる考え方 ・認知症の人を理解するために必要な基礎的知識 ・認知症ケアの基礎的技術に関する知識と実施上の留意点 		
16:30 ~ 16:40	10	修了証書交付		

※各回とも講義内容は同一です。

※申込み状況により、申込締切日前に募集を終了する場合があります。

※新型コロナウイルス感染症等の流行状況によっては、やむを得ず中止する場合があります。

別紙2 参加申込書

《 申 込 先 》

【メールの場合】 kaigo@pref. ishikawa. lg. jp

【郵送の場合】 〒920-8580 金沢市鞍月 1 - 1 石川県健康福祉部長寿社会課
「認知症介護サービス向上研修」担当

【FAXの場合】 076-225-1418

令和5年度 認知症介護サービス向上研修（認知症介護基礎研修）参加申込書

項 目		申込内容			
所 属	介護保険事業所番号	※事務処理上必要ですので必ず記入してください。			
	法 人 名				
	所 在 地 〔※受講決定通知の 郵送先となります〕	(〒 -)			
	施設・事業所名				
	サービス種別				
	連 絡 先	TEL	FAX		
受 講 者	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	緊急連絡先	(当日受講者に連絡のとれる番号をご記載ください)			
	eラーニングによる受講が出来ない理由 (該当する箇所を○)	施設、事業所、自宅等で受講環境が整備できないため			
		パソコン等の操作に不慣れなため			
		その他()			
介護関連資格等の所有状況 (該当する箇所を○)	以下の資格等のいずれも該当なし				
	以下の資格等のいずれかを所有 (該当の資格等に○)				
		(介護関連資格等一覧表) 看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修、介護職員初任者研修、生活援助従事者研修、介護職員基礎研修課程、訪問介護員養成研修一級課程・二級課程、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、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者研修、養成施設で認知症に係る科目を受講、福祉系高校を卒業			
希 望 日 程	希望日程に○	番号	開催地区	日時・会場	申込締切日
		1	能登	令和5年11月1日(水) 七尾市文化ホール	10月18日(水)
		2	金沢	令和5年11月20日(月) 地場産業振興センター	11月6日(月)
		3	加賀	令和5年12月4日(月) 小松商工会議所	11月21日(火)

※申込み状況により、申込締切日前に募集を終了する場合があります。