

認知症高齢者グループホーム初任者研修（第2回）

小規模多機能型居宅介護初任者研修

開催要綱

1. 目的

認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所での介護経験の少ない介護従事者を対象に、認知症に対する基本的知識やそれぞれの事業所における介護のあり方に関する研修を実施することにより、介護サービスの質の向上を図ります。

2. 主催 石川県

3. 期日及び会場

期日：令和7年2月17日（月）～18日（火）

会場：石川県庁行政庁舎（金沢市鞍月1丁目1番地）

共通講義…11階1102会議室

認知症高齢者グループホーム…11階1104会議室

（看護）小規模多機能型居宅介護…11階1102会議室

※共通講義は合同で行います。

グループホームと（看護）小規模多機能型居宅介護の各講義は別会場となりますので、ご注意ください。

グループホーム研修受講者の方は共通講義のため、途中会場を移動いただく場合がございます。ご了承ください。

4. 参加対象

（1）認知症高齢者グループホーム初任者研修

グループホームでの勤務経験が原則として2年未満の介護従事者又は介護従事者になることが決定している者

（2）小規模多機能型居宅介護初任者研修

小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所での勤務経験が原則として2年未満の介護従事者又は介護従事者になることが決定している者

※この研修は、認知症介護のごく基本的なことについて学んで頂く内容です。

5. 定員

（1）認知症高齢者グループホーム初任者研修 30人程度

（2）小規模多機能型居宅介護初任者研修 30人程度

（申込人数が多数の場合は、調整させていただきます。）

6. 参加申込方法

別紙「初任者研修参加申込書」に必要事項をご記入の上、各法人の代表者を通じて、県長寿社会課あてに郵送又はFAX、もしくは電子メールにてお申込ください。

申込期限：令和6年12月26日（木）必着

7. 受講者の決定

定員の範囲で受講者を決定し、結果については1月中旬ごろに各事業所に通知します。

8. 個人情報の利用制限

皆様から提供（申込）いただいた個人情報は、本研修の受講者名簿を作成するために利用します。個人情報の収集目的を超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。

9. 申込・問合せ先

石川県健康福祉部長寿社会課

施設サービスグループ 正田（認知症高齢者グループホーム担当）

在宅サービスグループ 田西（小規模多機能型居宅介護担当）

〒920-8580 金沢市鞍月1丁目1番地

TEL：076-225-1416（正田）、076-225-1417（田西）

FAX：076-225-1418

Email：kaigo@pref.ishikawa.lg.jp

10. プログラム

時 間	認知症高齢者グループホーム 初任者研修	小規模多機能型居宅介護 初任者研修
10:00	オリエンテーション	
10:10 ~12:10	(共通講義) 認知症ケアの基本的知識 特定非営利活動法人ニット 加納 央	
	(昼食・休憩)	
1 日 目	13:00 ~13:30	グループホームってどんな場所? 特別養護老人ホーム サンライフたきの里 中野 裕紀
	13:30 ~15:30	小規模多機能型居宅介護の基準 石川県長寿社会課 小規模多機能型居宅介護ってどん なこと? 小規模多機能ホームきんめい 西 邦子 富士見通りお茶の間さろん 鹿野 久美
15:40 ~16:20	(共通講義) やってはいけないことってどんなこと? 石川県長寿社会課	
2 日 目	10:30 ~12:10	(共通講義) グループホーム 小規模多機能型居宅介護での リスクマネジメント 社会福祉法人共友会 岩尾 貢
		(昼食・休憩)
	13:00 ~16:50	困っていることを話し合おう! グループホームやたの 小規模多機能ホームやたの 佐野 正人
16:50	修了証書交付	修了証書交付

※グループホームと(看護)小規模多機能型居宅介護は別会場となりますので、ご注意ください。

【申込締切】令和6年12月26日(木)

FAX : 076-225-1418

Mail : kaigo@pref.ishikawa.lg.jp

初任者研修参加申込書

受講希望の研修に○をつけてください。

- ・ 認知症高齢者グループホーム初任者研修
- ・ 小規模多機能型居宅介護初任者研修

項 目		申 込 内 容	
所 属	事業所住所 (〒 -) <small>※記載いただいた住所に通知を 発送いたします。</small>		
	法 人 名		
	事 業 所 名		
	連 絡 先	TEL	FAX
		Mail	
受 講 者	住 所		
	ふりがな		
	氏 名		
	職 名	介護職 ・ その他 ()	
	生年月日	S・H 年 月 日 (歳)	
	採用年月日	H・R 年 月 日	
	介護の経験 <small>(研修開催日時点 の経験年月を 記載すること)</small>	グループホームでの経験	年 月
		小規模多機能型居宅介護事業所での経験	年 月
		その他の介護の経験	
		事業種類 _____	年 月
		事業種類 _____	年 月
	そ の 他 (自由記載)		

上記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

石川県健康福祉部長寿社会課長 殿

事業者法人名
代表者名

○会場

