

# 平成30年度認知症介護実践研修（実践リーダー研修）開催要項

## 1 趣 旨

実践者研修（又は、旧痴呆介護実務者研修【基礎課程】）で得られた基本的知識をさらに深めるとともに、施設や事業所内で、ケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を有した指導者を養成することにより、認知症高齢者に対する介護サービスの充実に努めることを目的とします。

なお、本研修は、「山口県認知症介護実践研修実施機関指定要綱」に基づき、山口県知事の指定を受け実施します。

## 2 実施主体 社会福祉法人 山口県社会福祉協議会

## 3 受講対象者 以下の（１）～（５）の全てに該当する者。

- （１）介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む。）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設又は居宅サービス事業所（訪問介護、通所介護、認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護に限る。）に勤務する介護職員等
- （２）介護保険施設・事業所等において、概ね5年以上の介護業務の従事経験を有する者
- （３）痴呆介護実務者研修【基礎課程】修了者、又は認知症介護実践研修【実践者研修】を修了して1年以上経過している者
- （４）介護保険施設・事業所等において、介護の実践リーダーとしての立場にある者（介護主任、ケアワーカー長など）又は予定の者で、所属長が適任であると認め推薦する者
- （５）講義・演習及び実習の全日程を受講できる者

※ 本研修は、認知症対応型共同生活介護事業所が、当該事業を短期利用させるための要件として義務づけられています。

## 4 受講定員 50名

※ 今年度は、一般社団法人 山口県宅老所・グループホーム協会での実践リーダー研修の実施はありませんので、注意してください。

## 5 受講料 65,000円

- ※ 納入方法については、受講決定者に対して別途お知らせします。
- ※ 研修開講後の受講料の返還には応じられません。

## 6 研修日程、会場

- （１）講義・演習、実習発表（全10日間）  
別紙「平成30年度認知症介護実践研修（実践リーダー研修）日程表」を参照してください。
- （２）自施設実習（4週間）
- （３）実習報告会（1日）

## 7 実習について

自施設実習：受講者所属事業所（施設）

自施設においてチームリーダーとして、自己の設定した課題の達成を目指しその結果を得ることを目的し、実習に取り組みます。

## 8 研修テキスト

「認知症介護実践リーダー研修標準テキスト」  
監修・発行 認知症介護研究・研修センター  
制作・発売 株式会社ワールドプランニング（定価 4,200円 税別）

- ※ 研修では、上記のテキストを使用しますので、必ず持参してください。
- ※ 研修会場では、テキストの取扱いは一切いたしませんので、事前に購入してください。
- ※ 中央法規出版から発行されている、「認知症介護実践研修テキストシリーズ」は旧カリキュラム対応のため使用できません。

## 9 申込方法及び締切

- (1) 指定地域密着型サービス事業所のうち次の3つ（認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護）に所属している方

所轄市町担当課（指定地域密着型サービス事業所指定担当課）にお問い合わせの上、各施設・事業所の長より、市町担当課を通じて申し込んでください。

なお、受講が義務付けられている方は、市町の推薦書が必要となります。

**※ 申込締切 6月8日（金）必着**

**送付先 各市町担当課**

- ※ 各市町担当課の方は、平成30年6月15日（金）必着で福祉研修センターまで郵送されますようお願いいたします。

- (2) 上記（1）に該当しない介護職員等

各施設・事業所の長を通じて、下記宛先に郵送で申し込んでください。

**※ 申込締切 6月8日（金）必着**

**送付先 社会福祉法人 山口県社会福祉協議会 福祉研修センター**  
〒754-0893 山口市秋穂二島1062

## 10 申込書類等

- (1) 受講申込書（別紙様式1）  
(2) 受講申込課題レポート（別紙様式2）

※ 課題レポート作成要領を参照の上、作成してください。

- (3) 返信用封筒

送付先（所属事業所）住所・所属長氏名を記入した返信用封筒

※必ず長3封筒に（長4封筒不可）92円切手を添付し、受講申込者1人に1枚ご用意ください。

※上記（１）～（３）が同封されていない場合は、書類不備として受け付けることができませんので注意してください。

## 1.1 受講決定

（１）申込者多数の場合は、山口県長寿社会課と協議の上、選考を行い受講者を決定します。受講の可否については、後日申込者へ通知書を送付します。

万一、研修開講日の２週間前になっても記載の住所に届かない場合は、必ず連絡してください。（受講可・否いずれの場合もお知らせします。）

（２）受講定員を超える申込みがあった場合は、原則として１施設（事業所）につき１名の受講とし、下記の基準により、受講を決定します。

※受講者の決定にはしばらく時間を要しますのでご了承ください。

- ・ 指定地域密着型サービス事業所の指定等に際して受講を義務付けられている方を優先します。
  - ・ 上記以外の方については原則として定員内で、選考基準により選考します。
- ※ 受講決定後の受講者の変更はできませんので、了承願います。

（３）本研修の受講者を推薦する際にご留意いただきたいこと

本研修の目的およびカリキュラムの性質上、施設・事業所等で推薦をする際は、リーダーを養成するという本研修の主旨をご理解の上、適切な者を推薦してください。

## 1.2 受講上の注意事項

遅刻、早退、欠席等により、全日程修了できない場合は、修了証書は交付できません。

また、学習意欲に著しく欠け、研修態度が他の受講者の迷惑になると事務局が判断した場合も、修了証書の交付ができない場合がありますので、注意ください。

## 1.3 昼食について

昼食は各自で準備するか、併設の食堂を利用してください。

## 1.4 修了証書の交付について

全日程修了された方には、「山口県認知症介護実践研修実施機関指定要綱」に定める修了証書を本会で交付します。

## 1.5 修了者の管理について

修了者は修了者名簿に記載し、山口県で指定された様式に基づき知事に報告します。

また、修了者名簿は永年保存とし、記載された内容は、本会の個人情報保護規定に基づき厳正に管理します。

## 1.6 個人情報の取扱いについて

本研修の申込者に係る個人情報は、本会「個人情報保護規定」に基づき、下記により適切に取り扱うこととし、他の目的で使用することはありません。

- (1) 受講申込書に記載された個人情報、本研修に係る企画、受講者名簿の作成・管理等本研修に関することのみでの目的で使用します。
- (2) 受講者相互の交流、情報交換を円滑に行うことを目的として、受講者名簿を作成し、受講者に配布します。

## 17 問合せ先

- (1) 研修に関すること

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会  
福祉研修センター（担当：高井、小川）

TEL 083-987-0123 FAX 083-987-0124

- (2) 受講要件等及び研修事業全般に関すること

山口県健康福祉部 地域包括ケア推進班（担当：佐田）

TEL 083-933-2788

## 18 会場周辺地図

### <山口県セミナーパーク>

【住所・連絡先】〒754-0893 山口市秋穂二島1062

TEL 083-987-0123

