

平成30年度香川県認知症介護実践研修（実践リーダー研修）実施要領

1 目的

介護現場において、実践リーダーとして他の職員を指導、支援し、チームケアのための調整を行い、認知症介護の質の向上の推進を図るとともに、認知症介護の理念を現場の実践において展開できることを目的とします。

2 実施主体（指定法人）

社会福祉法人 禰友会（平成29年4月14日付にて香川県知事より指定）

3 研修対象者

香川県内の介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等で、介護業務に概ね5年以上従事した経験を有し、香川県認知症介護実践研修（実践者研修）を修了し1年以上経過している者であって、介護現場において介護の実践リーダー役（介護主任、ケアワーカー長など）の立場にある者、若しくはそれを現在補佐しており、今後その役職を担う予定が具体的にある者で、指定法人が適当と認めたものとします。

* 旧「基礎課程」を修了した者が受講を希望する場合は、実践者研修の旧テキスト（『認知症介護実践研修テキストシリーズ1 第2版 新しい認知症介護－実践者編－』中央法規出版：定価2,200円＋税）や、新テキスト（『認知症介護実践者研修標準テキスト』株式会社ワールドプランニング 定価3,200円＋税）による自己学習を行っていること。

4 研修カリキュラム

別紙のとおり（29年度より、新カリキュラムでの研修となっています。）

5 研修日程

○ 講義・演習（前半）	9月10日（月）～ 9月14日（金）
○ 講義・演習（後半）	10月 1日（月）～10月 3日（水）
○ 自施設実習課題設定	10月 4日（木）
○ 自施設実習（18日間）	10月 5日（金）～10月28日（日）のうち18日間
○ 実習結果報告（まとめ）	10月29日（月）

6 研修場所

○ 講義・演習	特別養護老人ホーム「紅山荘」 丸亀市飯山町上法軍寺2600番地 TEL 0877-98-2781
○ 自施設実習課題設定	特別養護老人ホーム「紅山荘」
○ 職場実習（18日間）	各自が所属する施設
○ 実習結果報告（まとめ）	特別養護老人ホーム「紅山荘」

7 受講定員 60名

8 経費 受講料 25,000円

受講料は、研修初日の受付時に領収しますので、釣銭のいらぬように御用意ください。
また、お支払いいただいた受講料は、研修を修了できない場合でも返還できません。

9 申込み方法・問合わせ先

- お申込みは、1施設・事業所につき1名のみとします。
- 受講希望者は、施設・事業所の代表者を通じて別添申込書に必要な事項を記入のうえ、認知症介護実践者研修又は旧「基礎課程」の修了証書のコピーを添付し、下記へ郵送によりお申込みください。(郵便事情が悪いため、余裕を持ってお申込みください。)

【申込期限】平成30年7月13日(金)(必着)

【申込先】〒762-0084 香川県丸亀市飯山町上法軍寺2600番地 社会福祉法人 禱友会

- 本研修については、指定認知症対応型共同生活介護事業者又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者が当該事業を行う事業所を短期利用させるための要件として、受講が義務付けられています。本研修を受講することにより、厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年厚生労働省告示第96号)第31号ハ、ニ又は第85号に規定する基準を満たす場合等は、事業所が所在する市町からの推薦書を添付してください。

10 受講決定

- 受講の可否については、後日文書で施設・事業所の代表者あてに通知します。
- 受講申込者が定員を超えた場合の選定順位は次のとおりとします。
 - 1 事業所が所在する市町の介護保険担当課から推薦のあった者
 - 2 所属する施設・事業所の認知症介護実践リーダー研修修了者数が少ない者
 - 3 介護現場経験年数の長い者
- 受講決定後の受講者の変更は原則としてできません。やむを得ず変更する場合は施設・事業所の代表者を通じて「変更届」を提出していただきます。

11 修了証書

本研修の全課程を修了された方には、指定法人発行の修了証書を交付します。

12 その他

- 全日程に参加できる方を推薦、申込みして下さい。
- やむを得ず研修を辞退する場合は、施設・事業所の代表者を通じて「辞退届」を提出してください。
- 原則として、研修当日の遅刻・早退・欠席は認められません。体調管理にお気を付けてください。
- 受講決定者は、研修用テキストを各自で事前に購入し、事前学習して研修当日ご持参ください。

研修用テキスト：

『認知症介護実践リーダー研修標準テキスト』(定価4,200円+税)

株式会社ワールドプランニング

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 オザワビル

TEL 03-5206-7431 FAX 03-5206-7757 E-mail:world@med.email.ne.jp

- 新カリキュラムとなり、講義・演習の時間が増え、昨年度までの他施設実習は自施設での実習となっています。カリキュラム、内容が大幅に変わっておりますので、ご確認下さい。
- 旧痴呆介護実務者研修(専門課程)修了者は、再度受講する必要はありません。
- 受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外に使用することはいたしません。

別紙

平成30年度香川県認知症介護実践研修（実践リーダー研修）受講申込書

年 月 日

社会福祉法人 禰友会
理事長 鎌倉 克英 様

法人・事業者名
代表者職・氏名
郵便番号
施設・事業者住所
事務担当者名
電話番号
FAX 番号

平成30年度香川県認知症介護実践研修（実践リーダー研修）に次の者の受講を申し込みます。

受講者 氏名	ふりがな	性別	生年 月日	年 月 日
	〒	男・女		
勤務先 施設・事業所名				
勤務先 所在地	(〒 -)		(TEL - -)	
現職経験	職種		役職名	
	経験年数	(年 月)	採用 年月日	年 月 日
実践者研修等の 修了の状況	研修名： 修了証書番号： 第 号	資格		
施設・事業所における認知症介護実践研修（実践リーダー研修） 修了者（旧痴呆介護研修の専門課程修了者を含む）の在籍数			人	
受講申込理由 (受講者本人が 記入すること。)				

- (注) 1 受講申込みは、1施設1名とします。記入漏れのないようにご記入ください。
2 生年月日は、和暦でご記入ください。
3 「経験年数」欄は、上段に現職場での経験年数を、下段の（ ）内にこれまでの経験年数の合計を記入してください。「実践者研修等の修了の状況」欄は、研修名及び修了証番号を記入し、修了証書のコピーを添付してください。「資格」欄は、介護支援専門員、介護福祉士等の有する資格を記入してください。
4 受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外に使用しません。