

令和6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 守里会（令和4年3月11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。

ただし、令和9年3月31日までの間は、香川県内の介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ、1,800日以上の実務経験を有する者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であると指定法人の長が認めた者についても前段の規定に関わらず研修対象者とします。

* 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・『新訂・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2,500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

5 研修日程

○ 講義・演習	8月19日（月）～ 8月23日（金）
○ 自施設実習課題設定	8月26日（月）
○ 自施設実習（4週間）	8月27日（火）～ 9月23日（月）
○ 自施設実習評価（まとめ）	10月 1日（火）

6 研修方法

6日目は、集合形式とし、その他はオンライン研修とする。

但し、新型コロナウイルス感染症等の状況により、6日目もオンライン研修になる場合があります。

7 研修場所

- ・ 集 合 研 修：社会福祉法人守里会 守里会看護福祉専門学校（高松市香西本町17番地9）
TEL:087-813-3359（集合研修当日のみ連絡可）
- ・ オンライン研修：受講者の所属施設又は自宅
- ・ 自 施 設 実 習：各受講者の所属施設で実習

8 受講定員

60名

9 経費

受講料 29,000円(税込み)

※ 研修開始1週間前までに指定口座にお振込み下さい。

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。

10 申込み方法

- ・ 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。
ただし、「3 研修対象者」の但し書きに該当する方は、申込書と併せて介護福祉士の資格証のコピーを添付してください。
- ・ 受講要件の審査にあたり、受講申込書の記載内容について確認させていただく場合があります。
- ・ 受講申込の記載内容に虚偽があった場合は、修了を認めない又は取り消すことがあります。
(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】令和 6年 6月30日(日)(必着)

【申込先】 〒760-0036 香川県高松市城東町1丁目1-46

社会福祉法人 守里会 認知症研修事務局宛

朱書で『認知症実践者研修受講申込書在中』とお書きください。

- ・ 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。

11 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。

12 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。

13 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：

『新訂・認知症介護実践リーダー研修標準テキスト』(定価3,000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

- ・ 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。

14 オンライン研修を受講するにあたっての注意事項

本研修はWeb 会議システム Zoom を使用したオンライン研修とします。受講申込は、以下の事項を必ずご確認の上、お申込みください。同意できない場合は、受講いただけませんので、予めご了承ください。

(1) ご準備いただきたいもの

- ・ Zoom が使用できる環境
- ・ パソコン（タブレット・携帯電話不可）

※原則、受講者1名につき1台（2名以上で1台のPC使用は認めません。）

- ・ マイク（パソコン内蔵・ヘッドセットであれば不要）
- ・ ヘッドセット、イヤホン等（あれば）

※講義中、カメラやマイクが使用できない環境の場合は受講不可とします。カメラには常に顔全面が映るようにしてください。注意してもカメラに顔全面が映らない場合、受講不可と致します。

- ・ 研修受講に適した環境

不特定多数に研修内容を閲覧されず、必要に応じ自由に発言できる環境（会議室等）、研修受講に集中できる環境を確保してください。

※無断で画面からの退席や遅刻などを発見した場合、研修は欠席とみなし修了証書は交付致しません。

(2) 留意事項

- ・ 無線の場合、回線が途中で中断するおそれがありますので、なるべく有線で受講してください。
- ・ 録音、録画は禁止とします。
- ・ 研修受講決定者に対して、事前に接続テストを実施いたします。
- ・ 受講者側のシステムトラブルや接続の不具合などにより、本研修に参加できなかった場合や途中の切断、画像・音声の乱れが生じた場合は、原則、参加費の返金は致しません。
- ・ 再配信は致しません。
- ・ URL 等は本研修受講者のみ利用可能です。
- ・ URL 等の再配布は禁止です。
- ・ オンライン研修の登録メールアドレスは原則、事業所のメールアドレスでご登録下さい。

※体調不良やオンライン環境の不備、遅刻、欠勤などにより修了証書を交付しなかった場合の返金はありません。また、次年度受講される場合において、受講料は再度全額払いとします。

15 研修問合せ先

社会福祉法人 守里会
〒760-0036 香川県高松市城東町1丁目1-46
電話：087-813-0778 FAX:087-813-0832

別紙

令和6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 守里会
理事長 松木 孝和 様

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

令和6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 - -)		
オンライン研修登録メールアドレス				
現職経験	職種		役職名	
	経験年数	年 月 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		
実務経験日数	介護福祉士資格取得後の実務経験年数 実務従事日数			年 月 日
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 「3 研修対象者」の但し書きに該当する方は、介護福祉士資格取得後の実務経験年数及び業務従事日数をご記入の上、介護福祉士資格証のコピーを添付してください。
- 5 受講申込書の記載内容に虚偽があった場合は修了を認めない又は取り消すことがあります。
- 6 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。