

# 令和4年度 認知症介護実践リーダー研修

## 開催要綱

### 1 目的

実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、施設・事業所において、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を目的として実施します。

### 2 実施主体

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会（福岡県指定）

### 3 実施協力者

福岡県認知症介護指導者

### 4 開催期日・会場・自施設実習

#### (1) 開催期日・会場

	日 程	会 場
1日目	9月 8日 (木)	クローバープラザ（春日市原町3-1-7） 西棟5階 セミナールームAB
2日目	9月14日 (水)	
3日目	9月22日 (木)	
4日目	9月28日 (水)	
5日目	10月 5日 (水)	
6日目	11月 9日 (水)	

#### (2) 自施設実習（10月6日（木）～11月8日（火）の期間のうち4週間）

職場での実習を通し、自己の設定した課題の達成を目指し、その成果を得る。

### 5 受講定員

60名

※申込みが定員を超過した場合は選考となります。定員超過等で受講をお断りする場合は、その旨本会から連絡いたします。

### 6 受講料

47,000円（テキスト代込）

### 7 受講対象者（北九州市・福岡市の施設・事業所の役職員は対象外）

介護保険施設・事業者等において、**介護業務に5年以上従事した経験を有している者**であり、かつ、ケアチームのリーダー又はリーダーになることが予定される者であって、**実践者研修を修了して1年以上経過している者（令和3年9月7日以前に実践者研修を修了している者）**

### 8 研修カリキュラム

講義内容等については、別添「カリキュラム」を参照ください。

## 9 研修実施方法について

集合研修を実施します。新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、演習については、原則、個人ワークで行います。また、感染症対策を講じた上で、必要に応じてペアワーク（1対1）や4名程度での演習を行うことがあります。

## 10 受講申込みについて

### (1) 提出書類

- ア 受講申込書（様式第1号）
- イ 様式第1号「研修の受講状況」に記載の研修の修了証書のコピー
- ウ 受講における同意書

### (2) 申込方法

施設・事業所の長を通じて必要書類を提出してください。個人での申込みはできません。

**※提出は原本を郵送または持参してください。FAXでの申込みはできません。**

### (3) 申込先（事務局）

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会  
施設・人材・研修部 福祉・介護研修センター 担当 藤  
〒816-0804 春日市原町3-1-7 クローバープラザ 東棟4階  
TEL 092-584-3401

### (4) 申込締切

**令和4年7月29日（金）必着**

※締切後は受け付けられません。

## 11 受講者決定等について

申込締切後、受講者を決定し、決定通知及び振込用紙等を受講者が所属する施設・事業所に送付します。

## 12 修了証書について

カリキュラムの全科目を修了した者に対し、福岡県社会福祉協議会会長名の修了証書を交付します。

## 13 個人情報の取扱いについて

「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修の運営管理の目的にのみ利用させていただきます。

## 14 天災等の災害による研修の延期等について（ホームページの掲載について）

### (1) **天候不良等のため研修会の開催が危ぶまれる場合には、研修前日の17時までに本会研修課ホームページに延期する等のお知らせを掲載しますので、各自確認をお願いします。**

URL <https://www.fuku-shakyo.jp/kenshu/>

### (2) 施設等でのホームページ閲覧ができない方についてのみ、本会から受講申込書に記載の緊急連絡先に連絡を行いますので、御記入ください。

**新型コロナウイルスの感染拡大状況によっては、研修を中止・延期する場合があります。あらかじめ御承知おきください。**

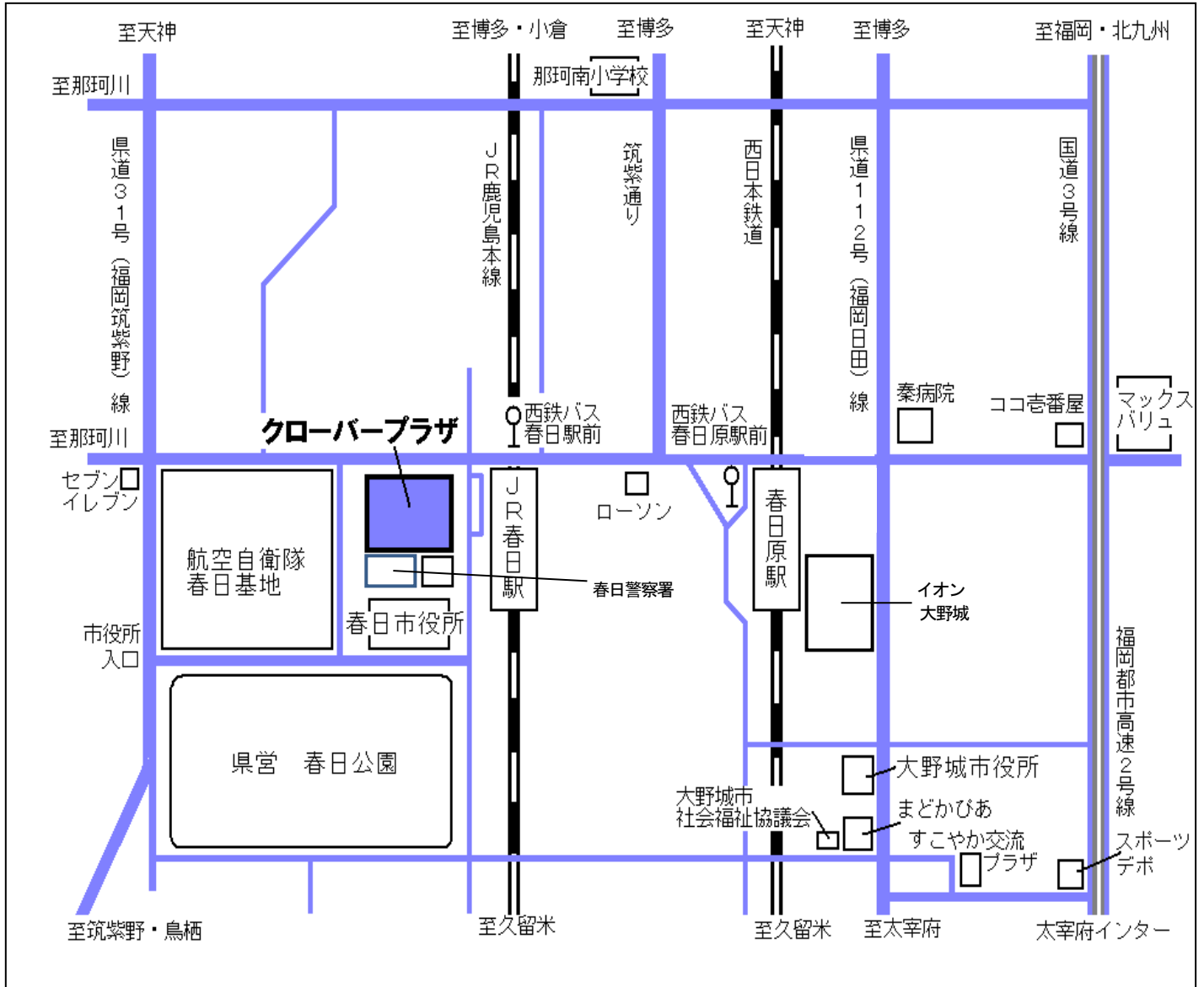
15 感染症予防対策について

- (1) 研修参加にあたっては、職場の同僚や同居家族等の周辺においても、感染者又は濃厚接触者が発生していないか、咳・発熱・倦怠感等、風邪のような症状がないか確認いただき、研修当日は検温を行った上で研修会場へお越しください。  
発熱や咳等の風邪症状がある方や体調不良の方は、受講を御遠慮ください。なお、受付時に健康状態の確認（同居家族を含む）をさせていただきますので、御協力をお願いします。
- (2) クローバープラザ入館に際し、体温測定（サーモカメラ）及びマスクの着用が義務付けられています。御協力をお願いいたします。
- (3) 消毒液の配置と研修会場の換気を行いますので、御協力をお願いいたします。
- (4) 研修中は常にマスク着用の御協力をお願いします。

16 その他

- (1) 主催者による駐車場の確保はできません。
- (2) 遅刻・早退は認められません。
- (3) 研修会場は、個人の状況に合わせた室内温度調整はできません。また、研修会場の換気を行いますので、温度調節が可能な上着等を準備し御参加ください。
- (4) 受講申込の内容に事実と異なる記載があった場合、受講取消を含めて厳正に対処いたします。

**会場案内** クローバープラザ (春日市原町3-1-7)



※西鉄春日原駅から徒歩8分

※春日公園への駐車は、公園利用者の妨げとなりますので御遠慮ください。

令和4年度認知症介護実践リーダー研修 受講申込書

事業所名

事業所長名

印

ふりがな  
(担当者名: )

※令和4年9月1日現在で記入ください。  
※記入漏れや不備がある場合は受付できません。

受講希望者	ふりがな		性別	男・女	生年月日	昭和・平成		
	氏名					年	月	日生( 歳)
所属等	法人名							
	法人所在地	(〒 — )						
	事業所種別	※事業所種別を○印で囲んでください。 特養・老健・介護療養・GH・小規模・看護小規模・認知症デイ・デイ 特定施設・その他( )						
	事業所名		職種					
	事業所所在地	(〒 — )						
	連絡先	TEL ( — — )						
		福岡県社協のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先 ※ホームページを閲覧できない方のみ記入してください。 緊急連絡先 ( — — )						
	修了者数	貴事業所における認知症介護実践者研修の修了者数 (痴呆介護実務者研修基礎課程を含む) _____名						
		貴事業所における認知症介護実践リーダー研修の修了者数 (痴呆介護実務者研修専門課程を含む) _____名						
	利用者	※前3ヶ月(令和4年4・5・6月)の1ヶ月平均を記入してください。 利用者 _____名(その内、認知症日常生活自立度Ⅲ以上 _____名、 _____%)						
優先順位	※同一事業所内で複数お申込みの場合は、優先順位を記入してください。 ( )名中( )位							
所属施設からの推薦理由	※下記の1～3のうち最大の推薦理由を○印で囲んでください。 1 グループホームでショートステイを提供するため 2 認知症専門ケア加算を取得するため 3 職員の資質向上のため							

※裏面も記入してください。

(裏面)

受講希望者	研修の受講状況	※修了した研修を○印で囲んでください。※修了証書のコピーを必ず添付してください。		
	上記研修の修了日	平成・令和 年 月 日		
		※該当する項目を○印で囲んでください。 認知症介護指導者養成研修を 受講予定である ・ 受講予定なし		
経歴	勤務期間	勤務先名	職務内容	
	年 月～ 年 月(計 年 ヶ月)			
	年 月～ 年 月(計 年 ヶ月)			
	年 月～ 年 月(計 年 ヶ月)			
	年 月～ 年 月(計 年 ヶ月)			
	年 月～ 年 月(計 年 ヶ月)			
	介護保険施設等において、認知症高齢者の介護に従事した実務経験年数(令和4年9月1日現在)	年 ヶ月		
資格取得免許 ※該当する項目にチェック		資格取得年月日		
<input type="checkbox"/> 資格なし				
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員		年 月 日		
<input type="checkbox"/> 介護福祉士		年 月 日		
<input type="checkbox"/> 看護師・准看護師		年 月 日		
<input type="checkbox"/> 理学療法士・作業療法士		年 月 日		
<input type="checkbox"/> 社会福祉士		年 月 日		
<input type="checkbox"/> ヘルパー( )級		年 月 日		
<input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修		年 月 日		
<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修		年 月 日		
<input type="checkbox"/> その他( )		年 月 日		

# 認知症介護実践リーダー研修 受講における同意書

社会福祉法人  
福岡県社会福祉協議会  
会長 酒見俊夫様

私は、認知症介護実践リーダー研修を受講するにあたり、下記事項を遵守しなかった場合は、受講取消等の指示に従うことに同意します。

- 1 遅刻、欠席、早退をしません。
- 2 研修期間における提出物は、必ず提出期限を守り、不備なく提出します。
- 3 研修中は、講師やファシリテーター等の指示に従います。
- 4 研修中は、常に真剣な態度で臨み、周りの受講者に迷惑をかけません。

令和 年 月 日

所属施設名 \_\_\_\_\_

受講者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

## 令和4年度認知症介護実践リーダー研修 カリキュラム

【1日目】 9月 8日（木）

セミナールームAB

時 間	プログラム（講義題・講師名等）
9:10～	受 付
9:20～	開講・オリエンテーション
9:30～11:00 (90分)	【講義・演習】認知症介護実践リーダー研修の理解 認知症介護指導者 特別養護老人ホーム白川園 上村 尚之 氏
11:00～13:00 (120分)	【講義・演習】認知症の専門的理解 認知症介護指導者 ウェルフェアガーデン 藤崎 陽子 氏
13:00～13:45	昼 食
13:45～15:35 (110分)	【講義・演習】認知症ケアに関する施策の動向と地域展開Ⅰ 認知症介護指導者 特別養護老人ホーム恵の家 花田 智加 氏
15:35～17:15 (100分)	【講義・演習】認知症ケアに関する施策の動向と地域展開Ⅱ 認知症介護指導者 グループホームいこいの家 大野 哲也 氏
17:15～	レビュー・閉会

【2日目】 9月14日（水）

セミナールームAB

時 間	プログラム（講義題・講師名等）
9:10～	受 付
9:30～11:00 (90分)	【講義・演習】チームケアを構築するリーダーの役割Ⅰ 認知症介護指導者 株式会社パーソン・サポート絆 川島 豊輝 氏
11:00～12:30 (90分)	【講義・演習】チームケアを構築するリーダーの役割Ⅱ 認知症介護指導者 グループホームさわやかテラス大野城中央 山城 裕美 氏
12:30～13:15	昼 食
13:15～15:15 (120分)	【講義・演習】ストレスマネジメントの理論と方法 認知症介護指導者 柴田 安子 氏
15:15～17:15 (120分)	【講義・演習】ケアカンファレンスの技法と実践 認知症介護指導者 ウェルフェアガーデン 藤崎 陽子 氏
17:15～	レビュー・閉会

【3日目】 9月22日（木）

セミナールームAB

時 間	プログラム（講義題・講師名等）
9:10～	受 付
9:30～11:00 (90分)	【講義・演習】認知症ケアにおけるチームアプローチの理論と方法Ⅰ 認知症介護指導者 中村 益子 氏
11:00～12:30 (90分)	【講義・演習】認知症ケアにおけるチームアプローチの理論と方法Ⅱ 認知症介護指導者 グループホームこすも 中島 健 氏
12:30～13:15	昼 食
13:15～15:15 (120分)	【講義・演習】職場内教育の基本視点Ⅰ 認知症介護指導者 グループホーム銀の庵 森田 保子 氏
15:15～17:15 (120分)	【講義・演習】職場内教育の基本視点Ⅱ 認知症介護指導者 無料低額宿泊所・日常生活支援住居施設 モデナ八女の里 坂本 純子 氏
17:15～	レビュー・閉会



【4日目】 9月28日（水）

セミナールームAB

時間	プログラム（講義題・講師名等）
9:10～	受付
9:30～11:30 (120分)	【講義・演習】職場内教育（OJT）の方法の理解Ⅰ 認知症介護指導者 柴田 安子 氏
11:30～12:15	昼食
12:15～14:15 (120分)	【講義・演習】職場内教育（OJT）の方法の理解Ⅱ 認知症介護指導者 株式会社パーソン・サポート絆 川島 豊輝 氏
14:15～15:45 (90分)	【講義・演習】職場内教育（OJT）の実践Ⅰ 認知症介護指導者 ウェルフェアガーデン 藤崎 陽子 氏
15:45～17:15 (90分)	【講義・演習】職場内教育（OJT）の実践Ⅱ 認知症介護指導者 デイサービスセンターいずみの森 久家 義明 氏
17:15～	レビュー・閉会

【5日目】：10月 5日（水）

セミナールームAB

時間	プログラム（講義題・講師名等）
9:10～	受付
9:30～11:00 (90分)	【講義・演習】職場内教育（OJT）の実践Ⅱ 認知症介護指導者 特別養護老人ホーム共生の里荒木 古賀 綾子 氏
11:00～12:30 (90分)	【講義・演習】職場内教育（OJT）の実践Ⅱ 認知症介護指導者 グループホームみんなの家 山本 幹雄 氏
12:30～13:15	昼食
13:15～17:15 (240分)	職場実習の課題設定 認知症介護指導者 ウェルフェアガーデン 藤崎 陽子 氏 認知症介護指導者 特別養護老人ホーム白川園 上村 尚之 氏
17:15～	レビュー・閉会

【職場実習について】

10月6日（木）～11月8日（火）の期間のうち4週間の自施設実習を実施します。

【6日目】11月 9日（水）

セミナールームAB

時間	プログラム（講義題・講師名等）
9:10～	受付
9:30～12:30 (180分)	結果報告/職場実習評価Ⅰ 認知症介護指導者 ウェルフェアガーデン 藤崎 陽子 氏 認知症介護指導者 柴田 安子 氏 認知症介護指導者 特別養護老人ホーム白川園 上村 尚之 氏 認知症介護指導者 グループホームみんなの家 山本 幹雄 氏 認知症介護指導者 介護支援サービス緑の里 河野 啓介 氏
12:30～13:15	昼食
13:15～17:15 (240分)	結果報告/職場実習評価Ⅱ 認知症介護指導者 ウェルフェアガーデン 藤崎 陽子 氏 認知症介護指導者 柴田 安子 氏 認知症介護指導者 特別養護老人ホーム白川園 上村 尚之 氏 認知症介護指導者 グループホームみんなの家 山本 幹雄 氏 認知症介護指導者 介護支援サービス緑の里 河野 啓介 氏
17:15～	レビュー・修了式・閉会