

令和5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 7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 アリーナ棟 体育館
2日目	9月14日 (木)	
3日目	9月21日 (木)	
4日目	9月28日 (木)	
5日目	10月 5日 (木)	
6日目	11月16日 (木)	
7日目	11月17日 (金)	

(2) 自施設実習（10月6日（木）～11月15日（水）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4年9月6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。必要に応じて2～6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) 申込方法
本会福祉・介護研修センターホームページ (<https://www.fuku-shakyo.jp/kenshu/>) にアクセスいただき、「新着情報」⇒「福岡県認知症介護実践リーダー研修の開催について」から、受講申込ができます。
※施設・事業所の長の指示の下、申込みください。個人での申込みはできません。
- (2) 提出書類
「認知症介護実践者研修」、「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」もしくは「認知症高齢者グループホーム管理者研修（平成17年年度実施分）」のいずれかの研修の修了証書のコピー
※受講決定後、その他の提出書類と共に研修1日目に提出いただきます。9月7日までにご用意ください。
- (3) 申込締切
令和5年7月28日（金）必着
※締切後は受けられません。
- (4) 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 糸山、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
- 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・事業所にメールします。
- 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）
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時までに連絡先メールアドレス及び本会福祉・介護研修センター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/>

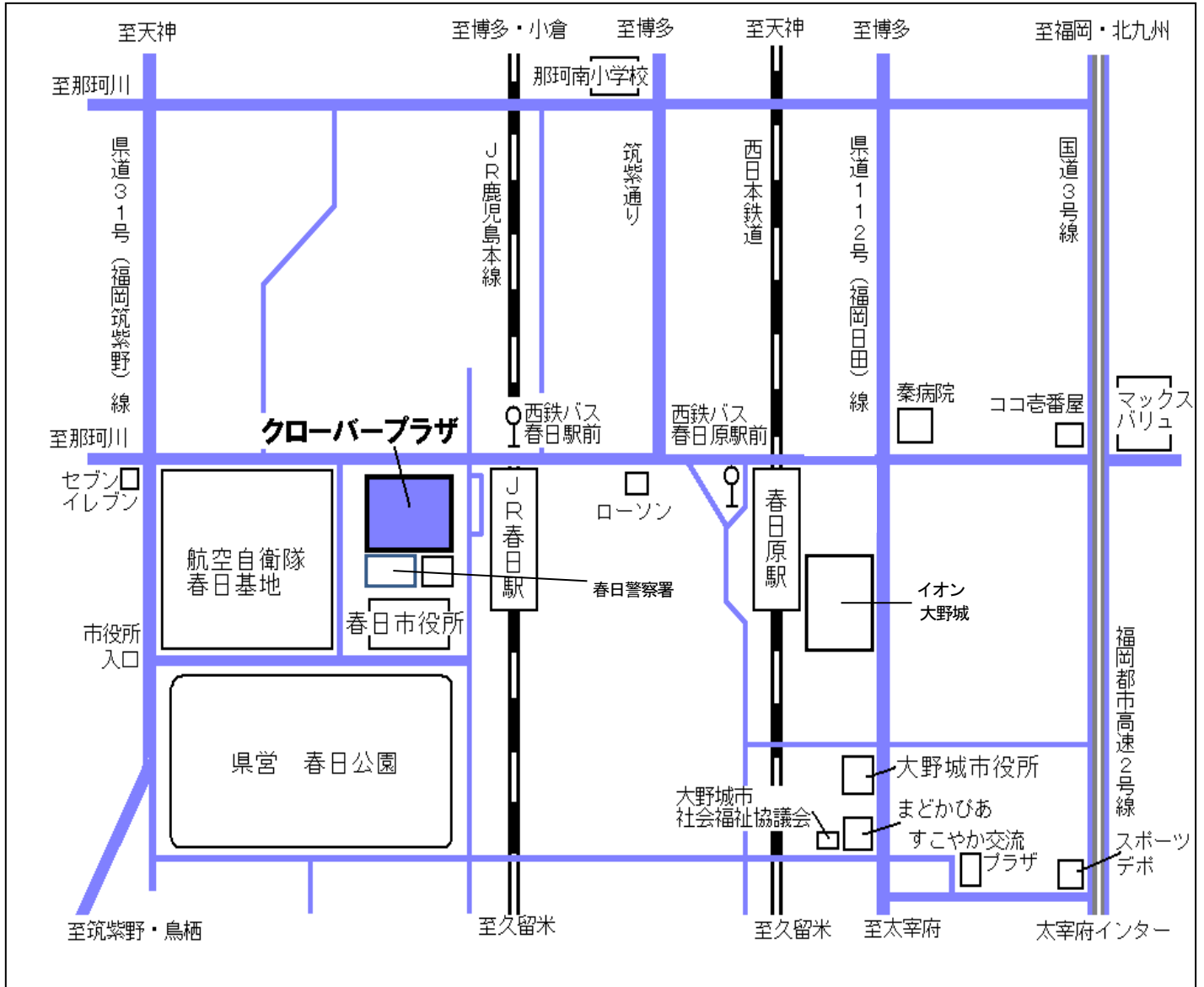
15 感染症予防対策について

- (1) 高齢者等重症化リスクが高い方が入所・生活する施設・事業所等の職員研修であることから、マスク着用の継続をお願いします。特に、グループワーク中のマスク着用に御協力をお願いします。
- (2) 消毒液の配置と研修会場の換気を行いますので、御協力をお願いします。
- (3) 無症状であっても、濃厚接触者の方の研修への参加はできません。

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) 欠席による補講はありません。
- (4) 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。
- (5) 受講申込の内容が事実と異なっていた場合、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)



※JR春日駅前

※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。

※個人の申込みはできません。

※事実と異なる場合、受講取消を含めて厳正に対処いたします。

【申込事業所名】

法人名

法人所在地（郵便番号・住所）

事業所種別

事業所名

事業所所在地（郵便番号・住所）

事業所長名

申込担当者名

連絡先電話番号

連絡先メールアドレス

【申込事業所の状況】

利用者数

利用者数のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の人数

※前3ヶ月（令和5年4・5・6月）の1ヶ月平均を記入してください。

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）

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）

推薦理由

- 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

【受講希望者（令和5年9月1日現在）】

氏名

生年月日・年齢

研修修了状況

※令和4年9月6日以前に認知症介護実践者研修・痴呆介護実務者研修（基礎課程）・認知症高齢者グループホーム管理者研修（平成17年度実施分）のいずれかを修了していることが必要です。

※修了証書のコピーを研修初日に提出していただきます。

経歴

勤務先 職務内容 勤務期間

資格

取得免許 資格取得年月日

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5年9月1日時点）

※5年以上従事した経験を有していることが必要です。