

平成29年度鳥取県認知症介護実践リーダー研修実施要領

1. 目的

ケアチームにおける指導的立場としてチーム員の知識・技術・態度を指導する能力及びチームリーダーとしてのチームマネジメント能力を修得させることとする。

2. 実施主体 鳥取県（事業委託：社会福祉法人 敬仁会）

3. 受講対象

(1) 定員 60名（受講希望者が定員を超えた場合は、選考により決定）

(2) 受講資格 次に掲げる①から④の条件を全て満たす者

- ① 介護保険事業所等において介護業務に5年以上従事し、平成13年度以降に実施された痴呆介護実務者研修基礎課程または認知症介護実践者研修の修了者であって、研修修了日（修了証書記載日）から1年以上経過している者。※「平成29年度鳥取県認知症介護実践者研修」修了者は、修了後1年未満のため申込みできません。
- ② 介護現場において介護の実践リーダー的立場（介護主任、ケアワーカー長など）にある者、職員研修の任に当たる者、もしくはそれを補佐している者。
- ③ 講義・演習（8日間）、自施設実習の課題設定（1日間）、自事業所における職場実習（5週間）、自施設実習評価（1日間）を通して参加できる者。
- ④ 自事業所のケアチームでの実習があるため、受講中に所属部署の変更がないこと。

4. 受講申込

(1) ①申込み方法

法人・会社単位で取りまとめ、社会福祉法人敬仁会ホームページ、又は鳥取県長寿社会課ホームページより受講申込書及び事前課題をダウンロードし、必要事項を入力の上、メールで下記担当までお送りください。メールでの申込み後、2営業日以内に到着確認メールで返信しますので、返信がない場合は、下記担当まで電話確認してください。メールアドレスがない法人等については、別紙受講申込書にて郵送でお申込みください。

②掲載先ホームページ

- ・社会福祉法人敬仁会ホームページ : <https://www.med-wel.jp/keijin/>
- ・鳥取県長寿社会課ホームページ : <http://www.pref.tottori.lg.jp/chouju/>

③提出書類

- ・ 受講申込書
- ・ 事前課題（受講者選考の参考とする）：今回の受講にあたって、テーマ「認知症介護現場に必要なリーダーとは～目指すリーダー像～」についてレポート提出
※700字以上800字以内

④申込先 : 社会福祉法人敬仁会 n-training@med-wel.jp

⑤申込み方法 : メール（メールアドレスがない場合に限り郵送可）

⑥提出期限 : 平成29年8月10日（木）17時（必着）

5. 受講決定

- (1) 申し込み人数が定員を超えた場合は、受講希望優先順位により定員に達するまでの方を受講者として決定します。※なお、事前課題の内容が受講レベルに達していないと見なされた際には、法人の受講申込優先順位の意に沿えない場合があります。
- (2) 受講決定通知は平成29年8月25日（金）までに法人・会社宛へ郵送予定です。

6. 経 費

- (1) 受講料 一人 31,000円
- (2) 支払方法
 - ① 受講料は**法人・会社単位**にて受講者分の総額を振込みください。
 - ② **振込手数料は受講者負担**とします。
 - ③ 誤って手数料を差し引いて受講料を振込いただいた際には、不足分をお支払いいただきますのでご了承下さい。
- (3) 振込期間 平成29年10月2日（月）～平成29年10月6日（金）まで
- (4) 振込先 以下の何れかの口座にお振込みください。

銀行	支店	店番	(普通) 口座番号	名義
山陰合同	倉吉	067	3655940	フク) ケイジンカイ 社会福祉法人敬仁会 理事長 藤井一博
鳥取	倉吉中央	151	1872263	

- (5) その他
 - ① (3) 振込期間までに受講料の納入がない場合は受講決定を取り消すものとします。
 - ② 納入された受講料は資料作成等に充当するため、途中で欠席された場合でも返還いたしません。
 - ③ 受講に係る旅費等の経費は、受講者負担とします。

7. 修了証書

研修の全課程を修了した者に対し、鳥取県より認知症介護実践リーダー研修修了証書が交付されます。

8. 研修内容等

(1) 日程

内容	日程
講義・演習（8日間）	平成29年10月11日（水）、12日（木）、13日（金）
	平成29年10月18日（水）、19日（木）、20日（金）
	平成29年10月25日（水）、26日（木）
自施設施設実習の課題設定（1日間）	平成29年10月27日（金）
自施設実習（5週間）	平成29年10月30日（月）～11月27日（月）
自施設実習評価（実習報告会）（1日間）	平成29年12月15日（金）

(2) 実施場所

講義・演習・自施設実習評価（実践報告会）

地域交流センター アゼリアホール「大ホール」（倉吉市山根43）

(3) 講義・演習の日程詳細は別紙のとおり

9. 研修科目の欠席に係る取扱い

(1) 救済措置

- ① 欠席した科目に相当する講義を、翌年度末までに県が実施する実践リーダー研修（またはその他実践リーダー研修と同等とみなされる研修）を受講することで、全課程を修了したものとみなします。
- ② 課題設定を欠席した受講者は、翌年度末までに県が実施する実践リーダー研修で課題設定を受講し、その後自施設実習、レポート提出、自施設実習評価（実習報告会）に出席することで、全課程を修了したものとみなします。

(2) 手続き

欠席する場合は、講義の開始前までに社会福祉法人敬仁会に連絡し、速やかに欠席届を提出してください。

(3) その他

救済措置により、別途受講される講義に係る経費は、受講生の負担とします。

受講態度が他受講者に悪影響を与えると見受けられる場合、受講継続が困難となる可能性があります。

10. 問合せ先

〒682-0023 鳥取県倉吉市山根 55 番地

社会福祉法人 敬仁会 本部 総務課 吉田、藤井

電話 0858-26-3864

E-mail : n-training@med-wel.jp

申込み期限：平成 29 年 8 月 10 日（木） 17 時（必着）

※メールアドレスがない法人・会社等については、郵送で申込みください。

平成 29 年度鳥取県認知症介護実践リーダー研修受講申込書

社会福祉法人 敬仁会 本部 総務課 藤井 宛

平成 29 年 月 日

法人・会社名

〒

法人・会社住所

電話番号

FAX 番号

メールアドレス

法人、会社単位でとりまとめ、下記の優先順位で受講を申込みます。

優先 順位	氏名 生年月日	性別	現在の所属事業所名 (事業種別)	役 職	介護業務 実務経験	研修修了 年月日	事前課題
例)	敬仁 太郎 (S63. 3. 3)	男	介護老人福祉施設〇〇 (特養)	<input type="checkbox"/> 現リーダー <input type="checkbox"/> リーダー補佐 <input type="checkbox"/> その他	合計 5年2ヶ月	平成 22 年 12 月 17 日	<input type="checkbox"/> 添付済
1				<input type="checkbox"/> 現リーダー <input type="checkbox"/> リーダー補佐 <input type="checkbox"/> その他	合計 年 月	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 添付済
2				<input type="checkbox"/> 現リーダー <input type="checkbox"/> リーダー補佐 <input type="checkbox"/> その他	合計 年 月	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 添付済
3				<input type="checkbox"/> 現リーダー <input type="checkbox"/> リーダー補佐 <input type="checkbox"/> その他	合計 年 月	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 添付済
4				<input type="checkbox"/> 現リーダー <input type="checkbox"/> リーダー補佐 <input type="checkbox"/> その他	合計 年 月	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 添付済
5				<input type="checkbox"/> 現リーダー <input type="checkbox"/> リーダー補佐 <input type="checkbox"/> その他	合計 年 月	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 添付済

①「介護業務実務経験」：介護保険事業所等において介護業務に5年以上従事していること

②「研修修了年月日」：平成13年度以降に実施された痴呆介護実務者研修基礎課程、または認知症介護実践者研修の修了者であって、研修修了日（修了証書記載日）から1年以上経過している者。

※「平成29年度鳥取県認知症介護実践者研修」修了者は、修了後1年未満のため申込みできません。

③ 欄は該当箇所にレ点を記入ください。