

一般社団法人 岡山県老人保健施設協会
令和3年度 認知症介護実践研修（実践リーダー研修）募集要項

1. 目的

認知症介護実践研修（実践リーダー研修）（以下「実践リーダー研修」という。）は、ケアチームにおける指導的立場として実践者の知識・技術・態度を指導する能力及び実践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を目的とします。

この研修は、「認知症介護実践者等養成事業の実施について（平成18年3月31日付け老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）」に規定する認知症介護実践研修の実施主体として、岡山県知事から指定を受け実施します。

2. 研修実施機関

一般社団法人岡山県老人保健施設協会（以下「岡山老健協」という。）

3. 研修対象者

この研修は、現在岡山県内の介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等であって、介護保険施設（介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設をいう。）、指定居宅サービス事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者をいう。）、指定地域密着型サービス事業者、指定介護予防サービス事業者（介護保険法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者をいう。）又は指定地域密着型介護予防サービス事業者等（以下「介護保険施設・事業者等」という。）において介護業務に概ね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ている者であって、認知症実践者研修を修了し1年以上経過している者を対象とします。

4. 定員数 18名

5. 受講料

岡山老健協（会員）30,000円 / （非会員）50,000円

※受講料は受講決定通知時の案内に従って、指定口座に期日までに振込んでください。

6. 研修内容

別添カリキュラムの通りとします。

研修は、講義・演習形式及び実習形式で行うものとし、「講義・演習」、「自施設実習」「レポート提出」「実習報告」等の全てを修了しなければならない。

- ◆ 講義・演習（実習の課題設定を含む） : 9日間
- ◆ 自施設実習 : 4週間
- ◆ 自施設実習評価 : 1日間

7. 研修日程・会場

【講義・演習】

日時：令和3年 7月20日（火）～ 7月21日（水）
令和3年 7月27日（火）～ 7月29日（木）
令和3年 8月 2日（月）～ 8月 4日（水）
令和3年 8月12日（木） 計 9日間

会場：岡山市中区西川原255番地
おかやま西川原プラザ

【自施設実習】

日時：令和3年 8月13日（金）～ 9月 9日（木） 4週間
場所：現在受講者が勤務している介護保険施設・事業所

【自施設実習評価・修了式】

日時：令和3年10月14日（木）
会場：おかやま西川原プラザ

8. 申込方法

岡山県老人保健施設協会HP (<http://roken-okayama.com/>) から、次に記載する申込書類をダウンロードして必要事項を記入のうえ、所属する事業所等の代表者を通じて、岡山県老人保健施設協会認知症介護実践研修事務局へ郵送にて提出してください。

なお、「申込書類」の記入内容等に不備がある場合は無効となる場合があります。

[申込書類]

- ① 受講申込書（リ-様式1）
- ② 実務経験証明書（リ-様式2）
- ③ 自事業所アセスメントシート（事業所用）（リ-様式3-①）
- ④ 自事業所アセスメントシート（受講者用）（リ-様式3-②）

※ 自事業所アセスメントシート（事業所用・受講者用）は受講者選定時の参考資料とする。

「受講者用」は受講希望者本人が、「事業所用」は事業所の管理者等、事業所としての見解を書ける人がそれぞれ記入してください。

- ⑤ 認知症介護実践研修（実践者研修）修了証書の写し
- ⑥ 返信用封筒（定型外角2サイズ）

※ 切手の貼付は不要です。

なお、返信用封筒は、決定通知の送付用又は受講できなかった場合の書類返送用として使用しますので、事業所の住所・事業所名・ご担当者様のお名前を必ず記載してください。

9. 注意事項

- ・ この研修は、全課程（講義・演習、自施設実習、実習レポート提出等）の修了が必須となっています。なお、実習レポート等の内容によっては、再提出等をもとめる場合があります。
- ・ FAXでの申込みは無効とします。
- ・ 応募者多数の場合は選考により受講者を決定します。
- ・ 受講の可否については、申し込み締め切り後、文書にて通知します。
- ・ 選考の結果、受講できない場合は提出書類を返却します。

- ・ 決定した受講者の変更には応じられません。
- ・ 受講決定後、受講を辞退される場合は、必ず研修事務局までFAX等により連絡してください。
- ・ 受講料は、原則として返金しません
ただし、《講義・演習》初日の前日までに辞退の申し出があった場合には、受講料の半額（やむを得ない事情の場合は全額）を銀行振込にて返金します。
なお、振込手数料等は受講者負担とします。
- ・ 本研修を受講した者は、その者が勤務する事業所を所轄する市町村より問い合わせがあった場合、研修事務局が市町村へ通知することをご承諾いただいたものとみなします。

10. 申込締切日

令和3年5月31日（月）必着

- ※ 受講の可否については、6月17日（木）頃文書にて通知する予定ですが、6月24日（木）を過ぎても届かない場合は、必ず研修事務局へ連絡してください。

11. 個人情報保護の取扱いについて

申込時に提出いただいた個人情報は、本研修運営の目的のみに使用し、それ以外の目的で利用あるいは第三者に提供することはありません。

12. その他

締め切り後も定員に余裕がある場合、受講いただけることがありますのでお問合せ下さい。
研修期間の《宿泊》については、受講者各自にて手配してください。

13. 申込先・問合わせ先

一般社団法人 岡山県老人保健施設協会

認知症介護実践研修事務局

担当：狩山・竹内

〒712-8044 岡山県倉敷市東塚5丁目4番50号 介護老人保健施設 和光園 内

TEL：086-455-5112 FAX：086-450-3363

E-mail wakouen@wakokai.com