

平成 30 年度岩手県認知症介護実践リーダー研修実施要領

1 目的

認知症介護実践リーダー研修は、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を修得することとします。

2 実施主体

岩手県

3 研修実施機関

公益財団法人いきいき岩手支援財団

4 受講対象者

現に県内の介護保険施設・事業所に従事する介護職員等で、以下の3つの要件を全て満たし、全日程受講できる者とします。

- (1) 介護業務(※1)に5年以上従事した経験を有する者
- (2) 認知症介護実践者研修を修了し(※2)1年以上経過している者(昨年度の受講者可)
- (3) 介護現場において介護の実践リーダーの立場にある者、または現にリーダーを補佐し次にリーダーとなる予定が具体的にある者

※1 「介護業務」には、介護業務と一体的に行われる看護業務を含む

※2 痴呆介護実務者研修基礎課程修了者を含む

5 受講定員 55 名

定員を超えた場合は 1 事業所 1 名とし、「9 審査・選考基準」により、岩手県保健福祉部長寿社会課と協議のうえ決定します。

6 研修日程・会場及び内容(詳細は別紙日程表のとおり)

講義・演習(9 日間)	自施設実習(18 日間)	まとめ(1 日間)
9月 26 日(水)～28 日(金) 10月 11 日(木)～12 日(金) 10月 23 日(火)～26 日(金)	10月 29 日(月)～11月 23 日(金)	11月 28 日(水)

7 受講料(資料代含む) 13,500 円 ※徴収方法については受講決定通知でお知らせします。

なお、研修に係る駐車料金、交通費、宿泊費等は自己負担とします。

受講料納入後キャンセルされた場合(*研修終了後に資料を送付します。)や、遅刻等で修了証書が交付されなかった場合にも、受講料の返金はいたしません。

8 受講申込

- (1) 申込書等:必ず、別添<申込書チェックシート>で確認のうえ、お申し込みください。
 - ア 別添の「受講申込書」に、受講目的を含め全ての事項を記入のうえ公印、本人印を押してください。
 - イ 認知症介護実践者研修又は旧基礎課程の修了証書の写しを 1 部、必ず添付してください。
 - ウ 切手(92円以上)を貼り、宛先と宛名(受講希望者)を明記した返信用封筒(長 3 以上)を忘れずに同封してください。
- (2) 申込締切 平成 30 年 5 月 14 日(月) 必着
- (3) 問い合わせ・申込先 : 次頁下欄あてに郵送でお申し込みください。
- (4) 提出書類等に不備・不足があった場合、締切を過ぎた場合は受理できませんので、ご注意ください。

9 審査・選考基準

- (1) 審査: 次のア、イのいずれかに該当する場合は、受講不可となります。
- ア 「4 受講対象者」の要件を満たさない場合
 - イ 認知症介護実践者研修の修了証書の写しが添付されていない場合
- (2) 選考基準: 受講希望者数が定員を超えた場合、次の基準により受講者を選考します。
- ア 介護保険施設・事業所ごとに**原則1名**とします。
 - イ 認知症介護実践者研修の修了日以後、介護保険施設・事業所等において介護業務期間が長い者を優先します。
 - ウ 上記イが同じ場合は、介護保険施設・事業所等において介護業務に従事した期間が長い者を優先します。なお、介護業務年数も同じ場合は、年齢が高い者を優先します。

10 受講者の決定

受講の可否については**7月中旬頃**に受講希望者あて通知します。なお、それまでに届かない場合は、連絡してください。

11 修了証書の交付

本研修は厚生労働省老健局長通知(平成 18 年 3 月 31 日付老発第 0331010 号)に基づいて実施し、全科目を履修した研修修了者に岩手県知事名の修了証書を交付します。

12 その他の注意事項

- (1) 受講者は審査・選考を経て決定されますので、受講決定後にいかなる場合におきましても受講者を変更することはできません。
- (2) 受講決定後、万一受講できなくなった場合には、次点の者を繰り上げ決定することになりますので、速やかに連絡してください。
- (3) 研修の受講に際しましては、欠席や遅刻等により未履修の科目が生じた場合、修了証書を交付できないことがあります。
- (4) 研修初日に欠席された場合は、受講キャンセルとみなします。
- (5) 次年度の同研修に振り替えることはできません。
- (6) 長期間にわたる研修ですので全日程受講できること、講義の進行状況によって講義終了時間を超えて講義演習が行われる場合がありますので受講に支障がないことを確認のうえ申込みください。

13 個人情報の取り扱い

申込書に記載された個人情報は、受講者の決定、受講者名簿及び修了証書の作成など、研修事業の円滑な運営のために使用します。

<問い合わせ・申込先>

〒020-0015

盛岡市本町通 3-19-1 岩手県福祉総合相談センター3F
公益財団法人いきいき岩手支援財団
公表・研修課「認知症介護実践研修担当」あて
TEL:019-629-2300