

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会  
平成27年度 認知症介護実践リーダー研修 募集要項  
《北海道・札幌会場》

**1 目的**

認知症介護実践リーダー研修（以下「実践リーダー研修」という。）は、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育成することをねらいとします。

**2 主催**

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会（以下「全国老施協」という。）  
北海道老人福祉施設協議会（以下「道老施協」という。）

**3 研修対象者**

介護保険法第8条第2項に規定する介護保険施設又は介護保険法第41条に規定する指定居宅サービス事業者及び介護保険法第42条の2に規定する指定地域密着型サービス事業者等（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って、実践者研修を修了し1年以上経過している（平成26年7月28日までに修了している）者を対象とします。

※研修当日までに期日を満たしていない場合は、受講できません。

**4 定員数** 35名

**5 受講費用**

- ◇ 受講料 全国老施協(会員) 30,000円 / 全国老施協(非会員) 50,000円
- ◇ 実習費用 研修実施施設への謝礼 3,000円 / 1日（他施設実習3日間）  
当該施設までの旅費交通費等

**6 研修内容**

別紙 カリキュラムを参照ください。

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」、「他施設実習」、「自施設実習」「実習報告とまとめ」の全てを終了しなければ「認知症介護実践リーダー研修」修了となりません。

講義・演習	他施設実習	自施設実習	実習報告とまとめ	合計 ※自施設実習除く
8日間(57時間)	3日間	4週間	1日間	12日

## 7 研修日程・会場

研修内容	日程	会場
講義・演習 (8日間)	平成27年7月29日(水)～8月1日(土)、 8月3日(月)～6日(木) ※時間はカリキュラムを参照	北海道立道民活動センター(か でる2.7)1040会議室 <u>※8月1日のみTKP札幌ビジネス センター赤れんが前「ラベンダー」</u>
他施設実習	平成27年8月24日(月)～9月4日(金)の間で 3日間(土・日は除く)	※実習先及び実習内容の詳細 は、参加申込み締め切り後事務 局にて調整し後日お知らせし ます。
自施設実習	平成27年8月7日(金)～10月28日(水) の間の4週間	※期間は受講者各自で設定指 定下さい。(他施設実習の期間 は含めない)
実習報告と まとめ	平成27年10月29日(木) 修了証授与式を含む	北海道立道民活動センター(か でる2.7)710会議室

●北海道立道民活動センター(かでる2.7) 住所:札幌市中央区北2条西7丁目

●TKP札幌ビジネスセンター赤れんが前 住所:札幌市中央区北四条西4丁目1 毎日札幌会館5F

## 8 手話通訳

聴覚障がい者も本研修を受講することができるように、上記、研修内容の「講義・演習」及び「実習報告とまとめ」の内、講師の講義を主に公益社団法人北海道ろうあ連盟の協力のもと、手話通訳者をつけることとなりました。

「他施設実習」における手話通訳については調整が必要となりますので、手話通訳の必要の方は「受講申込書」の受講理由の欄に手話通訳が必要である旨を必ずご記入ください。

実習先の調整によっては、遠方になる場合もございますので、予めご承知おきください。

※詳細については、道老協事務局までお問い合わせください。

## 9 申込方法

下記「10 注意事項」にご留意の上、次に掲げる書類を所属する事業所等の代表者を通じて、道老協事務局へ郵送にて提出ください。なお、「申込書類」の記入内容等の不備がある場合は無効となる場合があります。

- ① 受講申込書(様式1) ※手話通訳の必要な方は、「受講理由」に必要な旨 明記ください。
- ② 受講依頼書兼実習生受入承諾書(様式2-①)
- ③ 実務経験証明書(様式2-②)
- ④ 「認知症介護実践者研修」または「痴呆介護実務者研修(基礎課程)」 修了証書写し
- ⑤ 自事業所アセスメントシート(受講者選定の際の参考資料)(様式3)
- ⑥ 実習受入日程調整票
- ⑦ 返信用定形外封筒(切手は不要)

※角2サイズ(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)

※事業所の住所・事業所名・ご担当者様のお名前を記載したもの

## 10 注意事項

◇ 本研修は、全課程(講義・演習、他施設実習、自施設実習及び実習報告とまとめ)の受講を必須条件とします。

- ◇ 受講申込みは、全国老施協会員を優先いたします。
- ◇ 申込みは必ず郵送とし、FAXでの申込みは無効とします。
- ◇ 決定した受講者の変更には応じられません。
- ◇ 受講が決定した際、他施設実習における実習生の受け入れをしていただきます。**受け入れにご協力いただけない場合は受講できません**ので、受講申し込みの際に必ず「実習受入日程調整票」に、受け入れ可能日をご記入ください。
- ◇ 受講決定後に受講の辞退をされる場合は、必ず道老施協事務局まで連絡してください。辞退届を送付させていただきます。その際、受講料は原則として返金いたしません。但し、《講義・演習》初日の10日前までに辞退される場合には受講料の半額を銀行振込（手数料等は受講者負担）にて返金いたします。
- ◇ 修了証書は、公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 認知症介護実践研修事業「実施要綱」5⑥アに基づき、本研修を実施する全国老施協会長が交付するものとします。

## 11 申込締切日

平成27年6月5日（金） 16:00必着（厳守）

## 12 申込先

北海道老人福祉施設協議会事務局

北海道社会福祉協議会 施設経営支援部施設福祉課 内（担当 富川）

〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目 北海道社会福祉総合センター3階

## 13 受講者決定の流れ

申込締切日（6月5日）



受講者を選定



「受講決定通知書」等関係書類を送付（6月下旬予定）

※ 受講の可否は、6月下旬頃を目途に「受講決定通知書」等関係書類を申込者の所属先へ送付します。

※ 受講料の請求書を同封するので指定する期限までに振り込んでください。

※ 選定の結果、受講いただくことができない場合、申込書類を返送します。

## 14 その他

「昼食」・「宿泊」についての斡旋はいたしませんので、受講生各自で手配してください。

## 15 個人情報保護に関する取扱い

「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修修了者名簿及び研修会の資料に必要な事項を掲載するものとします。

### 【北海道老人福祉施設協議会事務局】

北海道社会福祉協議会 施設経営支援部施設福祉課 内（担当 富川）

〒060-0002 札幌市中央区2条西7丁目 北海道社会福祉総合センター3階

TEL 011-241-3766 FAX 011-280-3162