



# 平成29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・事業者等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る者であって、認知症介護実践者研修を修了し1年以上経過している者とする。

※平成28年9月25日付までに実践者研修を修了していない場合は、受講できません。

### 4 定員数

40名

※定員を超過した場合は、全国老施協の会員施設を優先し、一法人から複数名申し込まれている場合は人数調整させていただくこともあります。

### 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 ①他施設実習施設への謝礼 3,000円 / 1日（他施設実習2日間）  
②当該施設までの旅費交通費等
- ◇ テキスト カリキュラムに基づいて講師が作成した資料を配布いたします。  
なお、「認知症介護実践リーダー研修標準テキスト」（株式会社 ワールドプランニング）を併用いたしますので、各自事前に購入の上、ご持参ください。（<http://worldpl.com/>）

### 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 (施設実習評価)	合計
9日間 (63時間)	2日間	18日 (4週間以内)	1日間 (7時間)	30日

## 7 研修日程・会場

研修内容	日程	会場
講義・演習 (9日間)	前半：平成29年9月26日(火)～29日(金) 4日間 後半：平成29年10月2日(月)～6日(金) 5日間	北海道立道民活動センター 520 研修室 (かでの2.7)
実習報告と まとめ	平成29年11月22日(水)	北海道立道民活動センター 520 研修室 (かでの2.7)
他施設実習	9日間の講義・演習終了翌週、10月9日(月)～11月10日(金) の土日を除く連続した2日間で実習を行います。 ※実習先及び実習内容の詳細は、後日お知らせします。	道老施協事務局で調整 ※認知症介護指導者が所属 する法人、かつ、認知症介護 実践リーダー研修修了者が所 属している介護保険施設・事 業所等
自施設実習	平成29年10月7日(土)～11月22日の「実習報告とまとめ」の前 日までの間の通常勤務日で、自己で設定した <b>18日間</b> で実施します。	受講者の所属施設・事業所

●北海道立道民活動センター (かでの2.7) 住所：札幌市中央区北2条西7丁目1番地

## 8 申込方法

下記「9 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、道老施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ことがあります。

**記載内容の修正の際、修正液・修正テープは使用しないでください。二重線で訂正印を押印いただくか、作成し直してください。**

- ① 受講申込書(様式1)
- 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 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

## 9 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。
- ◇ お申込みが定員を超えた場合、1事業所1名とさせていただきます。
- ◇ 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、受講料は辞退の理由を問わず、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。

## 10 申込締切日

平成29年6月30日（金） 13:00必着（厳守）

## 11 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 三島宛  
〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1番地 かでる2.7内

## 12 受講者決定の流れ

申込締切日（6月30日）



受講者を選定



「受講決定通知書」等関係書類を送付（8月上旬予定）

- ※ 受講の可否は、8月上旬頃を目途に「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。
- ※ 他施設実習の調整結果の通知につきましては、受講決定通知書送付後に、別途「他施設実習先案内」をお送りします。
- ※ 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。

## 13 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。  
研修会場施設の駐車場の台数に限りがありますので、極力公共交通機関をご利用ください。

## 14 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 三島  
〒060-0002 札幌市中央区2条西7丁目1番地  
かでる2.7内  
TEL 011-241-3766 FAX 011-280-3162