

令和4年度 奈良県認知症介護実践リーダー研修 募集要項

～推薦にあたり本要項を必ずお読みください。～

1. 研修の目的

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することを目的とします。

2. 受講対象者

- ・ 認知症高齢者への介護サービスの質の向上に意欲を持つ職員。
- ・ 以下の施設・事業所にて介護職員、生活相談員又は支援相談員（認知症対応型共同生活介護の事業を行う事業所においては管理者、計画作成担当者を含む）に従事する者またはそれに準ずる者のうち、次の(1)～(3)の全ての要件を満たすもの。
 - (1) 概ね **5年以上介護業務に従事した経験**を有している者であり、かつ、ケアチーム等のリーダーである又はリーダーになることが予定される者
 - (2) 認知症介護実践者研修を修了し **1年以上経過**している者又は痴呆介護実務者研修の基礎課程を修了している者
 - (3) 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第8条第25項に規定する介護保険施設、法第41条に規定する指定居宅サービス事業所又は法第42条の2に規定する指定地域密着型サービス事業所において、介護業務に従事している者。
→ **別添の対象事業所一覧**をご覧ください。

注意事項

- ・ ①上記(3)の対象範囲は、原則、奈良県内の施設・事業所に限ります。
- ・ ②平成16年度以前に「痴呆介護実務者研修専門課程」を修了された方につきましては、研修受講の必要はありません。

3. 実施主体

奈良県

公益財団法人介護労働安定センター奈良支部に委託し実施していますが、受講者決定の事務は県で行います。

4. 研修日程等

奈良県産業会館（奈良県大和高田市幸町2番33号）

7月25日、8月10日、8月29日、9月5日、9月21日、12月20日

（予備日）10月5日

計6日間

※上記日程の他、研修日前までの動画の事前視聴及び研修期間中に職場実習期間（2ヶ月）があります。

※駐車場に限りがありますので、来場の際はなるべく公共交通機関をご利用ください。

その他詳細は、別添カリキュラムを必ず確認してください。

5. 開催方法

・YouTubeによる動画視聴及び集合研修

※大規模災害、新型コロナウイルス感染症拡大状況によっては変更、または中止の場合もあります。

※受講環境整備にかかる費用、通信料等は受講者負担となります。

ネットワーク環境のセキュリティ対策や、事業所のパソコンの使用許可等については、受講者及び所属事業所の責任において行ってください。アプリやシステム等のインストールに際して生じた問題については、一切の責任を負いかねます。

6. 受講定員及び受講決定

50名

近年、定員超過の状況が続いていることから、受講につきご希望に添えない場合がありますことをあらかじめご了承ください。

受講の可否に関する通知は、7/4（月）に発送予定です。

7. 受講者負担金

46,000円

（受講決定通知でお知らせする銀行口座に振り込んで下さい。振込手数料は受講者側でご負担ください。）

8. 申込方法

・電子申請システム（e 古都なら）にて申込みを受け付けます。

郵送・FAX・電話による受付は行いません。

・申込みの方法については、別紙「電子申請システム（e 古都なら）による申込みについて」を参照してください。

・システムの都合上、1回の申込みにつき、1名の申込みとなります。同じ事業所から複数名の申込みを行いたい場合は、同じメールアドレスで繰り返し手続きを行ってください。また、同一受講希望者から複数回申し込みがあった場合は、申込み全てが無効となりますので、ご注意ください。

・e 古都ならの申込み期間

6月3日（金）13時から6月20日（月）12時まで

※「申込み」のボタンを押すときに、申込み期間を過ぎていると申込みはできませんので、ご注意ください。

- ・e 古都ならで申し込んだ内容を印刷し、その他の提出書類とあわせて、下記提出先へ、期限までに郵送または持参ください。

【提出書類】①PDF 出力した e 古都ならの申込書（別紙様式 1）

②課題作文（別紙様式 2）

③令和 4 年度奈良県認知症介護実践リーダー研修受講申込に係る確認事項
（別紙様式 3）

該 当 事 業 所	提 出 先	提 出 期 限
地域密着型サービス事業所	管轄市町村の介護保険担当課	令和 4 年 6 月 20 日（月）
上記以外の事業所	奈良県長寿・福祉人材確保対策課 生きがいきづくり推進係	17 時まで

9. 事前課題について

- * 研修の機会を有効に活用していただくことを目的とし、受講決定後に「事前課題シート」に取り組んでいただきます。様式の詳細や提出方法については、受講決定時にお知らせします。

また、所属長のコメント欄がありますので必ずご記入をお願いします。

※事前課題シートのイメージを HP に掲載していますので、申込時の参考としてください。

（あくまでイメージですので、変更される場合があります）

※記入の期間が短くなることをあらかじめご了承ください。

10. 自施設における職場実習について

- ・本研修では、研修 5 日目と 6 日目の間に約 2 ヶ月の自施設における職場実習があり、施設・事業所長や職場関係者の協力のもと、受講者が通常業務と並行して取り組みます。
- ・職場実習は、リーダーとしての指導力を取得するため、別紙様式 2 にあがる「自分自身の目標・課題」に対して自施設の評価を行い、自施設で対象とする職員を選定し、実習計画書を作成し、計画に基づき指導する内容となっております。
- ・実習の結果については、振り返りと考察を行ったうえで報告書を作成し、最終日に報告することとなっております。
- ・実習計画書、指導計画書、報告書等の提出には期限が設定されておりますので、推薦者である施設・事業所長は、提出期限に間に合いますよう進捗管理をお願い致します。自施設における実践に関連する書類の作成や対象者となる職員への説明・同意等、受講者本人のみならず、施設・事業所全体の協力が必要となります。
- ・施設・事業所の協力を得られず実習の継続が困難な場合は、研修の修了が認められません。

11. その他、施設・事業所長の方及び受講候補者にご留意いただきたいこと

- ・ 推薦書は全ての項目について記載漏れの無いよう、提出の際には十分のご確認をお願いします。記載漏れがあると受講決定できない場合があります。
受理後は原則、事務局から連絡はいたしませんので、ご理解とご協力をお願いします。
- ・ 申込先については、本要項の「8 申込方法」を必ず確認し、誤りのないようお願いいたします。
ご不明な点等があれば、管轄市町村の介護保険担当課または下記問い合わせ先へ事前にご相談ください。
「8 申込方法」に記載の期限を過ぎて提出された申込書については、受理できません。
- ・ 受講決定者の変更は認められません。あらかじめご了承ください。
- ・ 学習意欲に欠ける、学習態度が悪く研修の運営を妨げる等受講態度が不適切である、研修における課題等の期日を守らない、欠席・遅刻等により適切にカリキュラムを履修することが困難な場合には、事務局と講師の協議により研修の修了が認められないことがありますので、あらかじめご了承ください。

【問い合わせ先】

〒630-8501 奈良市登大路町 30 番地 奈良県 福祉医療部 長寿・福祉人材確保対策課
(担当：元石) 電話 0742-27-8041