

令和6年度茨城県認知症介護実践リーダー研修 受講者募集要項

1 目的

この研修は、事業所全体で認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状を予防できるチームケアを実施できる体制を構築するための知識・技術を習得すること、及び地域の認知症施設の中で様々な役割を担うことができるようになることを目的とします。

2 対象(受講要件)

以下の3つの要件をすべて満たす者。

- ① 介護保険施設、居宅サービス事業者、または地域密着型サービス事業者等において、介護業務に概ね5年以上従事し、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
- ② 認知症介護実践者研修(旧基礎課程を含む)を修了して1年以上経過している者
- ③ インターネット環境(パソコン、ネット環境、受講者本人の接続スキル、WEBカメラやマイク等の機器など)がある者、及び、資料をダウンロードし印刷する環境が整っている者
(詳細は、5 受講方法を御確認ください。)

研修期間中に介護の現場に勤務する予定のない方は、自己の責任において研修前に実習先を確保し、実習先の了解を得てください。

なお、受講希望者の所属する事業所の所在地が県外にある場合でも申し込みはできますが、この場合の受講は、定員に空きがある場合に限りです。

※ただし、介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士の資格を取得した日から一定以上の期間(10年かつ1,800日以上)の実務経験を有する者については、令和9年3月31日までの間は、本文①②の規定に関わらず研修対象者とする。

※この研修は、平成17年度まで実施していた「認知症介護実務者研修(専門課程)」をより充実させ、平成18年度から実施している。旧専門課程の修了者については、新たに受講する必要はありません。

3 内容及び日程

認知症介護に関する講義、演習及び実習 ※カリキュラムは6ページのとおり。

(1) 講義及び演習

認知症介護実践リーダー研修は、全ての日程についてZoomライブ配信等によるWEB研修で実施いたします。

最終日の演習では、職場実習の振り返りを行い、成果を報告すると共に、実践リーダーとして指導の方向性を整理します。演習のグループについては、受講決定後に通知します。

(2) 職場実習

日程：講義及び演習8日目の翌日から約4週間

場所：原則として受講者自身が所属する職場で実施することとし、研修で設定した課題の達成を目指して実習を行います。詳しい進め方は、研修のなかで説明します。

日 程 (令和6年)	内 容	場 所
12/2(月)、12/10(火)、12/12(木)、 12/17(火)、 1/6(月)、1/8(水)、1/14(火)、 1/15(水)	講義・演習	WEB 研修
1/16(木)～2/17(月)	職場実習	勤務先の施設
2/6(木)	中間指導日	WEB 研修
2/18(火)	講義・演習・修了式	WEB 研修

- 4 定 員 30 名 ※原則、県内の同一法人からの申し込みは、1名を想定しております。
参加申し込みが定員を超えた場合には、選考により決定します。

5 受講方法

- ・研修はすべて WEB 研修で行います。
- ・講義とグループ演習は Zoom ライブ配信で行います。
- ・受講にあたり、安定して高速な定額の接続環境が推奨されます。モバイル Wi-Fi ルータなどを利用した場合、通信量オーバーにより速度制限がかかると接続が切断されてしまう場合がありますので、十分御注意ください。受講場所については、各事業所・自宅等問いませんが、事業所の管理者の指示に従ってください。
- ・視聴方法の詳細は、受講決定後、受講者からの登録手続きを経て、茨城県老人福祉施設協議会が、事業所のメールアドレス（受講申請書に記入のもの）にご案内をお送りします。

<Zoom ライブ配信研修>

- ① 演習は Zoom のブレイクアウトルーム機能を利用して、指導者や受講者同士のやりとりも含めた研修を行います。研修中に使用するパソコンまたはタブレットに Zoom のインストールをすませてください。
- ② 研修内容として個人ワークやグループワークがあります。1人一台での参加でお願いします。パソコン・タブレット（小さいと画面が見えません）以外のご使用は避けてください。スマートフォンは不可です。
- ③ 双方向型の研修のため、Web カメラ・マイクが必要となります。パソコン等にそれらの機器がない場合は、受講者が別途レンタルもしくは購入する必要があります。（茨城県や茨城県老人福祉施設協議会に、貸出機器の準備はありません。）
- ④ グループ演習に参加する場合は、ヘッドホンとマイクの使用を推奨します。
- ⑤ 同じ場所で複数の受講者がいる場合は、マイク同士の干渉によりハウリングを起こしますので注意が必要です。また、周囲の音声をマイクが拾いますので、それぞれが、静かな場所を確保してください。
- ⑥ 受講決定後、受講料の振込先やダウンロードして準備する研修資料の入手方法などの連絡については、受講決定者が受講決定通知に示す手続きを行った後、茨城県老人福祉施設協議会から届くメールで確認してください。

なお、茨城県老人福祉施設協議会からのメールが受信できるよう、本研修に関して利用するメールアドレスは、原則研修日に使用する事業所のPCから送受信願います。

- ⑦ 1日の研修終了後に、個人演習で実施したレポートを、運営事務局（茨城県老人福祉施設協議会）に e-mail または FAX で送信するまでが、出席確認の範囲とします。

6 受講にかかる負担金

24,000 円/1名

オンライン講義の視聴環境の確保は受講料に含まれておりません。また、振込手数料も受講者負担となります。なお、負担金は理由を問わず返還致しません。

<重要> 受講までの流れ

- ① 受講決定通知は、茨城県健康推進課より各事業所に郵送します。
- ② 受講決定者は、受講決定通知に記載している研修委託先である茨城県老人福祉施設協議会のメールアドレスに、指定期日までにメールを送信する。（メール記載項目は、受講決定通知に示す）
- ③ 受講料振込先の案内や課題の資料の入手方法などが、②で送信した各事業所のPCのアドレスに届きますので、対応願います。
- ④ 入金確認ができ次第、研修参加に必要な URL を再度、茨城県老人福祉施設協議会から電子メールで送付します。

7 申込方法

別紙の受講申込書に必要事項をご記入の上、所属する介護保険施設・事業所等の推薦を受けたうえで、10月31日（木）必着で、下記の宛先に郵送して下さい。

郵送先：〒310-8555 水戸市笠原町 978-6

茨城県保健医療部健康推進課 地域包括ケア推進室 認知症対策担当 宛

(1) 提出書類

- ① 認知症介護実践リーダー研修 受講申込書 8P

※受講申請書の様式は、令和6年度の様式をご使用ください。

- ② 認知症介護実践者研修「認知症介護実務者研修（専門課程）」の修了者は、修了書の写し

(2) 申込にあたっての注意事項

- ・研修の目的や内容を理解せず、受講意欲に欠いた受講者が見受けられます。
推薦にあたっては、受講者への十分な説明と意思確認の上、受講要件や受講意欲に問題がなく、かつ研修の全日程を受講できることをご確認ください。また、特定の法人・施設から無断欠席や直前辞退が相次いだ場合、当該法人等からの次回の受講をお断りすることがあります。
- ・記載内容に不備がある場合は受講者として決定しないことがあります。
- ・受講申込の内容に虚偽があった場合は受講決定や修了の取消もあります。

8 受講者の決定

- ※ 申込書を審査のうえ決定し、結果を申込書に記載の勤務先宛に通知します。
- ※ 期限を過ぎた申込みには通知しません。
- ※ 決定通知は受講3週間程前までにお送りします。

9 修了認定

研修受講者のうち、修了証書は、全カリキュラム（全日程）を修了し、以下①～③の基準をすべて満たした者に限り、修了証書を交付します。

- ①全科目を履修したこと。なお、特段の事情がない限り、10分以上遅刻した場合は当該科目の履修を認めない。
- ②課題提出、成果発表及び実習に積極的に取り組んだと認められること。
ただし、実習の取組状況や提出課題内容の不足、その他の点から研修内容を理解していないと判断される場合には、別途レポートの提出を求めるか、または修了を認めない場合があります。
なお、課題やアンケート等は、各々、指定期日までに研修委託先である一般社団法人茨城県老人福祉施設協議会へ提出してください。
- ③その他、指導者の指示に従って研修を受講し、内容の理解や受講態度に著しい問題がないと認められること。
ただし、受講中、研修態度が好ましくないと判断された場合（携帯電話の使用、研修に関係のない行為、居眠り、離席等）、映像の指示に従わない場合、研修指導者の注意に従わない場合は、受講を取り消し、または修了を認めない場合があります。
※修了証書が届きましたら、受取書に受講者のフルネームを自筆で記載の上、指定のFAX番号あて送付してください。

10 受講にあたっての注意事項

- (1) 受講の可否にかかわらず、申込書類は返却いたしませんので御了承ください。
- (2) 受講決定後、やむを得ない事情により参加ができなくなった場合は、速やかに茨城県保健医療部健康推進課 認知症対策担当へその旨を御連絡ください。→連絡先(029-301-3333)
- (3) インターネット環境（パソコン、ネット環境、受講生自身の接続スキル、Webカメラやマイク等の機器など）がある事、印刷する環境が整っている事が必要となります。Zoomライブ時に視聴できなかった場合や、接続不備により受講できなかった場合でも、研修修了の対象にはなりませんのでご注意ください。
- (4) 受講決定者の皆さんには、研修の前に1日、接続テストの日（研修開始日の約一週間ほど前）を設けます。
全員が研修にスムーズに参加できるよう、研修当日と同じ環境（研修時使用のパソコンを用い、同じ席・同じ部屋）で接続テストに参加してください。代理の方でも結構ですので、必ず接続テストをしてください（時間は30分程度です）。
カメラ・画像・音声の確認や名前の登録などをおこないます。
- (5) 研修受講の際は、県及び研修実施機関からの受講上の注意事項を遵守してください。

(6) 受講決定者には、研修開講前の指定された日までに、事前課題を提出していただきます。
(茨城県老人福祉施設協議会へメールに添付するか、FAXにて提出する。職場に届くメールに詳細の記載あり)事前課題の記入用紙は、茨城県からの受講決定通知に同封いたします。

(7) 下記テキストを、参考テキストといたします。

(参考テキスト)

「認知症介護実践研修テキスト 実践リーダー編」・・・¥3,000+税 (送料別)

発行 中央法規出版株式会社 2022年6月1日発行

又、その他の講義に必要な資料は、受講決定者に送付するメール送信手順を行っていただいた後、茨城県老人福祉施設協議会から連絡が届きます(申込書に記入していただいたPCのアドレスへ)。ダウンロードして、手元に準備していただきますが、テキストに代わるものでかなりの分量です。

(8) 実習については7ページをご参照下さい。なお、職場実習の実施については、事業所のご理解とご協力をお願い致します。

1.1 本件に係る問合せ先

<研修全般・申込みに関する連絡のお問い合わせ先>

担当：茨城県保健医療部 健康推進課 地域包括ケア推進室 認知症対策担当

〒310-8555 水戸市笠原町 978-6 茨城県庁 16 階

電話：029-301-3333 FAX：029-301-3318

※研修日の10日前になりましても受講決定通知が到着しない場合、上記へご連絡の程、お願いいたします。

<受講方法に関する連絡(受講料、研修に必要なURL・印刷する資料等)のお問い合わせ先>

担当：一般社団法人 茨城県老人福祉施設協議会 研修担当

電話：029-241-8529 FAX：029-241-4456

茨城県認知症介護実践リーダー研修 カリキュラム（予定）

※全日、時間に余裕をもって zoom にお入りください。

日 程	時 間	研 修 内 容
第1日 12月2日 (月)	9:00～ 9:10	開講式・オリエンテーション
	9:10～10:40	講義・演習 「認知症介護実践リーダー研修の理解」
	10:50～12:50	講義・演習 「認知症の専門的理解」
第2日 12月10日 (火)	12:30～16:00	講義・演習 「認知症ケアに関する施策の動向と地域展開」
第3日 12月12日 (木)	9:30～12:30	講義・演習 「チームケアを構築するリーダーの役割」
	13:30～15:30	講義・演習 「ストレスマネジメントの理論と方法」
第4日 12月17日 (火)	10:00～12:00	講義・演習 「ケアカンファレンスの技法と実践」
	13:00～16:00	講義・演習 「認知症ケアにおけるチームアプローチの理論と方法」
第5日 1月6日 (月)	12:30～16:30	講義・演習 「職場内教育の基本的視点」
第6日 1月8日 (水)	12:30～16:30	講義・演習 「職場内教育の方法の理解」
第7日 1月14日 (火)	9:30～16:30 (昼休憩はさむ)	講義・演習 「職場内教育の実践」
第8日 1月15日 (水)	12:30～16:30	実習の課題設定
第9日 2月6日 (木)	13:30～15:30	約4週間 職場実習 (各々の勤務事業所) 1/16 から 2/21 まで 中間指導日は、2/6(木)
第10日 2月18日 (火)	9:30～15:30 (昼休憩はさむ)	結果報告会・実習評価
	15:30～16:00	修了式

※ カリキュラムは変更になる可能性があります。

実習について

認知症介護実践研修には、現場での実習が含まれています。実習の内容等は下記のとおりです。

■ 職場実習

- 講義・演習の受講後、研修で設定した実習課題に基づいて、受講者自身が所属する施設・事業所において約4週間の実習を行います。
- 職場実習は、講義・演習で学んだ内容を受講生の所属する施設・事業所において実践的に活用するための姿勢を学ぶことが主な目的です。
- 実習終了後は、実習の振り返りを行い、成果を報告すると共に、今後の認知症高齢者の生活支援について現場で実践すべき内容を整理します。

■ 指導日

- 職場実習の期間中、中間の指導として指導日が1日設けられています。
今回の研修においては、2月6日（木）です。
- 上記の指導も、Webにて行います。

■ 所属長様へのお願い

実習期間中、受講生は自施設・事業所において、研修で設定した課題を行います。実習生の各所属におかれましては、受講生が実習期間中であることに十分ご留意いただき、実習課題の実施、本研修の効果的な実施にご協力くださいますようお願い致します。



■茨城県認知症介護実践リーダー研修 受講申込書■

ふりがな		性別	1 男 2 女
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
自宅住所	〒	電話番号	(- -)
受講するPCのアドレス	※記入必須 ○高さを揃えて		
勤務先	法人名 施設名	() ()	職種
	〒	受講決定通知送付先	
		電話	(- -)
		F A X	(- -)
事業形態	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
研修を受講する目的 (具体的に)			
認知症介護実践者研修(または実務者研修基礎課程)の受講の有無 ※修了証書の写しを添付してください。	1 履修の有無	有 ・ 無	
	2 修了年月日	年 月 日	
	3 修了証番号	第 号	
指定認知症対応型共同生活介護事業所において、短期利用共同生活介護を行う予定の有無	1 予定の有無	有 ・ 無 ・ 既に実施している	
	2 短期利用共同生活介護の開設年月	年 月 日	
認知症介護の実務経験	勤務先	職種・役職	従事期間 (R6.9.30現在で記入)
			昭和・平成・令和 年 月 日～ 昭和・平成・令和 年 月 日 (年 ヶ月間)
			昭和・平成・令和 年 月 日～ 昭和・平成・令和 年 月 日 (年 ヶ月間)
			昭和・平成・令和 年 月 日～ 昭和・平成・令和 年 月 日 (年 ヶ月間)
			昭和・平成・令和 年 月 日～ 昭和・平成・令和 年 月 日 (年 ヶ月間)
			認知症介護の実務経験 : 計 年 ヶ月間
高齢者福祉に関する資格	資格の名称	取得年月日	
		昭和・平成・令和 年 月 日	
		昭和・平成・令和 年 月 日	
	昭和・平成・令和 年 月 日		
【認知症加算ケアチェック用(関係のない事業所は記入不要です)】			
利用者総数 () 人、うち日常生活自立度Ⅲ以上 () 人、 () %			
加算に必要となる実践リーダー研修(旧専門研修課程含む)修了者数 () 人			

氏名と生年月日は修了証に
←印刷されます。間違いのないよう
記入願います。

←こちらは、ご自宅と連絡番号を
記載。下段のアドレスは、研修受
講予定の職場のアドレスを記入
願います。

上記のとおり申し込みます。

令和6年 月 日 申込者(受講者)氏名 _____ 【自筆サイン】

上記の者を研修の受講生として推薦します。

令和6年 月 日 法人名、事業所名
および所属長氏名 _____ 【自筆サイン】

※この申込みに関する連絡先 事業所名 _____	担当者 _____	電話番号 _____ - _____
-----------------------------	-----------	--------------------

記入例 ■茨城県認知症介護実践リーダー研修 受講申込書■

ふりがな	みと うめお		性別	① 男 2 女	
氏名	水戸 梅雄		生年月日	昭和・平成 52年 △月 ○日	
自宅住所	〒 310-0352 水戸市笠原町 10△-234		電話番号	(090- 1111 - △△○○)	
受講するPCのアドレス	※記入必須 Iba3344_kaigo@△△net.jp		○高さを揃えて ※1は大文字 数字の後は、アンダーバー などわかりやすく。		
勤務先	法人名	(社会福祉法人 しあわせ会)		職種	介護職
	施設名	(特別養護老人ホーム しあわせ城里)		電話	(029 - 288 - 123△)
所在地	〒	311-○○○○		F A X	(029 - 288 - 123○)
	所在地	東茨城郡城里町○○600-△△			
事業形態	<input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ()				
研修を受講する目的 (具体的に)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護のチーム力の向上。自らもスキルアップし、信頼されるリーダーになるためには？を得たい。 ・ケアマネジャーとして研鑽を積んできたが、更に認知症利用者の潜在能力を引き出すマネジメントを学びたい。 ・家族支援の様々な方法を聞き、今後に活かしたい。 				
認知症介護実践者研修 (または実務者研修基礎課程) の受講の有無	※修了証書の写しを添付してください。		1 履修の有無	① 有 ・ 無	
			2 修了年月日	平成 23 年 6 月 13 日	
			3 修了証番号	第 11-200 号	
指定認知症対応型共同生活介護事業所において、短期利用共同生活介護を行う予定の有無			1 予定の有無	有 ・ ② 無 ・ 既に実施している	
			2 短期利用共同生活介護の開設年月	_____年 _____月 _____日	
認知症介護の実務経験	勤務先	職種・役職	従事期間 (R6.9.30 現在で記入)		
	グループホーム やよい		昭和・平成・令和 17年 4月 1日～	昭和・平成・令和 18年 3月 31日	(1年 0ヶ月間)
	特別養護老人ホーム ゆめ		昭和・平成・令和 19年 10月 15日～	昭和・平成・令和 27年 7月 31日	(7年 9ヶ月間)
	特別養護老人ホーム しあわせ城里		昭和・平成・令和 27年 8月 1日～	昭和・平成・令和 6年 9月 30日	現在 (8年 2ヶ月間)
			昭和・平成・令和 年 月 日～	昭和・平成・令和 年 月 日	(年 ヶ月間)
認知症介護の実務経験 : 計 18年 5ヶ月間					
高齢者福祉に関する資格	資格の名称		取得年月日		
	介護福祉士		昭和・平成・令和 16年 3月 21日		
	介護支援専門員		昭和・平成・令和 27年 4月 14日		
		昭和・平成・令和 年 月 日			
【認知症加算ケアチェック用 (関係のない事業所は記入不要です)】					
利用者総数 (40) 人、うち日常生活自立度Ⅲ以上 (30人、 75 %)					
加算に必要となる実践リーダー研修 (旧専門研修課程含む) 修了者数 (2 人)					

氏名と生年月日は修了証に一印刷されます。間違いのないよう記入願います。

←こちらは、ご自宅と連絡番号を記載。下段のアドレスは、研修受講予定の職場のアドレスを記入願います。

上記のとおり申し込みます。
 令和6年 10月 5日 申込者 (受講者) 氏名 水戸 梅雄 【自筆サイン】

上記の者を研修の受講生として推薦します。
 令和6年 10月 6日 法人名、事業所名 社会福祉法人しあわせ会 特別養護老人ホームしあわせ城里
 および所属長氏名 徳川 宗也 【自筆サイン】

※この申込みに関する連絡先
 事業所名 しあわせ 城里 担当者 事務 寿田 電話番号 029- 288- 123△