

# 令和6年度愛媛県認知症介護実践リーダー研修 開催要項

## 1 目的

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養成することを目的とします。

## 2 主催

社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会（愛媛県認知症介護実践研修実施機関）

## 3 開催期日

令和6年9月9日（月）～9月13日（金）・11月14日（木）

※9月14日（土）から職場実習（18日間）及び実習報告書作成を行います。

## 4 日程・内容

別添カリキュラム参照

## 5 会場

愛媛県総合社会福祉会館2階「多目的ホール」等（松山市持田町三丁目8番15号）

## 6 受講対象

下記要件をすべて満たす者

- (1) 介護保険施設、事業所等において介護業務に概ね5年以上従事した経験を有する介護職員等
  - (2) 次のいずれかの研修修了後、認知症介護業務に1年以上従事し、現在も認知症介護業務に従事している者
    - ①平成12年度痴呆介護実務者研修
    - ②平成13～16年度痴呆介護実務者研修（基礎課程）  
（平成13～16年度痴呆介護実務者研修（専門課程）は、リーダー研修と同等の扱いですので、本研修の受講の必要はありません。）
    - ③平成17～令和5年度認知症介護実践者研修
- ※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、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ、1,800日以上の実務経験を有する者については、上記①～③の研修の受講状況に関わらず、(1)及び(2)の要件を満たすものとする。
- (3) 自施設実習の実施にあたり、所属する施設・事業所が研修の目的・内容を理解し、積極的な協力が得られる者

## 7 定員

**40名**

※定員を超えた場合は、原則、申し込み順とします。また、1事業所につき複数名の申し込みがあった場合は、決定人数を調整させていただく場合があります。

## 8 申込方法

別添の様式第1号～第4号に必要事項を記入の上、下記(1)、(2)のどちらかに郵送でお申し込みください（**所属長名**でお申し込みください）。

- (1) 認知症対応型共同生活介護事業所で、本研修を受講することにより、当該事業所を短期利用させるための要件を満たす場合は、**各市町介護保険担当課**（地域密着型サービス指定担当）へお申し込みください。  
※各市町介護保険担当課への提出締切は、**令和6年7月31日（水）**です。
- (2) 上記以外の場合は、本会事務局へお申し込みください。  
※封筒表面に**赤字**で、「**認知症介護研修申込書在中**」と記載してください。

## 9 申込期間

**令和6年8月8日（木）必着**

※各市町介護保険担当課への提出締切は**令和6年7月31日（水）**必着です。

## 10 提出書類

様式名	提出書類名
様式第1号	受講申込書
様式第2号	実習受入承諾書
様式第3号	実務経験証明書
様式第4号	事前アンケート

**※様式第4号は、各項目空欄がないよう詳しく記載し、所属長又は管理者が必ず確認してください。内容によっては、再提出を求めますのでご注意ください。**

※必要に応じて、追加資料提出を求める場合があります。

※上記様式は、愛媛県社会福祉協議会ホームページ (<http://www.ehime-shakyo.or.jp>) からダウンロードできます。

## 11 受講料

59,000円

※交通費・宿泊費等は自己負担です。また、宿泊等が必要な場合は、各自で手配してください。

## 12 受講料の振込み

受講決定通知に同封します払込済通知書をご利用の上、お振込みください。同通知書をご利用の上、県内伊予銀行窓口からお振込みいただくと、手数料がかかりません。

## 13 受講決定

- (1) 申込締切後、各所属長あて受講決定通知を郵送します。
- (2) 受講をキャンセルされる場合は、必ず**令和6年9月3日（火）17:00**までに下記事務局へご連絡ください。それ以降のキャンセルは返金できません。当日、連絡なく欠席された場合も受講料等はお支払いいただきますので、あらかじめご了承ください。

## 14 昼食

各自でご用意ください。

## 15 感染症等拡大防止にかかる注意事項

感染症等拡大防止のためには、一人ひとりの感染対策が重要です。本研修は、重症化リスクの高い高齢者と接する機会が多い受講者が多く参加しますので、ご自身の体調管理を含めて、引き続き感染対策にご協力をお願いします。

## 16 その他

- (1) **リーダーを養成するという本研修の主旨を理解の上、各施設・事業所におけるケアチームリーダー等の適切な方**を推薦してください。
- (2) 申込内容に、不正や不実の記載があった場合は、受講決定を取り消す場合があります。
- (3) 受講態度が悪い方は、研修を中断し、修了を認めない場合があります。また、実習内容等が良と認められない場合は、再実習を行っていただきます。
- (4) 申込書類に記載された個人情報、受講者名簿及び修了証書作成等、研修事業の円滑な運営のために使用するほか、認知症対応型サービス事業所に関する指定基準の確認のために利用することがあります。受講申込みにあたっては、個人情報の利用について必ず受講希望者本人の同意を得てください。受講者氏名及び所属に関する情報を記載した名簿を、研修時に配付します。

- (5) 愛媛県総合社会福祉会館地下駐車場は朝8時から利用できます。8時前に来られた方は、東側・南側駐車場を利用してください。通勤・通学・通行の妨げになりますので、**愛媛県総合社会福祉会館正面玄関及び地下駐車場の出入口付近、周辺道路への駐停車は厳禁**です。地下及び東側・南側駐車場が満車の場合は、お近くの有料駐車場に駐車してください。
- (6) 会場の駐車場には限りがありますので、できるかぎり公共の交通機関をご利用ください。

## 17 事務局

愛媛県社会福祉協議会 福祉人材部 長寿推進課 (担当: 辻井・森田・菅野)  
〒790-8553 松山市持田町三丁目8番15号 愛媛県総合社会福祉会館2階  
TEL 089-921-5140 / FAX 089-921-3398  
Eメール [chouju@ehime-shakyo.or.jp](mailto:chouju@ehime-shakyo.or.jp)