

# 令和6年度高知県認知症介護実践研修「実践リーダー研修」実施要領

## 1 目的

ケアチームにおける指導的立場として、実践者の知識・技術・態度を指導する能力及び実践リーダーとしてのチームマネジメント能力を修得します。

## 2 研修目標

- (1) 認知症介護現場のリーダーとしての視点と役割を理解することができる。
- (2) チームケアを推進し、職場のマネジメントができる技能を身に付けることができる。
- (3) 人材育成の方法及び課題解決能力を身に付けることができる。
- (4) 地域における認知症介護に関する相談等に対して、適切に対応できる技能を身に付けることができる。

## 3 実施主体

高知県（研修の実施運営は社会福祉法人高知県社会福祉協議会）

## 4 対象者

実践者研修を修了した者（痴呆介護実務者研修（基礎課程）又は痴呆性老人処遇技術研修修了者を含む）で、介護現場における認知症介護を実践するリーダー（介護主任、ケアワーカー長、ユニットリーダーや現場の教育担当者等）又は年度内にリーダーになることが予定される者。

### ～受講申込にあたって～

この研修は、介護現場や地域において認知症介護のリーダーとして中核的役割を担っていかうとする強い意欲を持ち、また、送り出す施設の全面的な協力・支援が得られる人を募集します。勤務する介護現場の課題を持って参加し、受講生、指導者、施設が、リーダー養成という1つの目標に向かっていく研修です。

## 5 受講要件

- (1) 介護保険施設・事業所において、介護業務におおむね5年以上従事した経験を有する者で、実践者研修を令和4年度以前に修了している者
  - (2) 継続した研修（フォローアップ研修など）に積極的に参加できる者
  - (3) 県が主催する認知症介護に関する各種研修や、地域支援活動に積極的に協力できる者
- ※1 (1)の要件にあてはまらない者で、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あるいはそれと同等以上の能力を有すると認められる者については、受講対象となります。
- ※2 自施設実習では、自施設の実践者を対象として、作成する指導計画に基づき、認知症ケアの指導を行いますので、指導対象者の協力及び事業所の支援体制の確保をお願いします。

## 6 研修内容

講義・演習、自施設実習①18日間、自施設実習②3か月間（別紙カリキュラム参照）

## 7 研修期間

令和6年8月21日（水）～令和7年2月6日（木）

- ① 開講式・座学 8月21日（水）～23日（金）、9月10日（火）～11日（水）
- ② 自施設実習①（18日間）
- ③ 自施設実習中間指導① 10月11日（金）
- ④ 自施設実習②（3か月間）
- ⑤ 自施設実習中間指導② 11月28日（木）
- ⑥ 報告会 令和7年2月6日（木）

## 8 研修会場

高知県立ふくし交流プラザ（高知市朝倉戊 375-1）

## 9 受講定員

30人

## 10 受講者選考

申込の際に添付する本人のレポート及び申込者と所属する施設長又は代表者に参加いただく事前説明会（詳細は後に記述）でのヒアリング等を参考として、受講者の選考を行う。

<レポートのテーマ>

「職場の組織体制と認知症ケア推進における自身の役割」

(職場の組織図を提示し、800文字以内で自身の役割を説明。様式、書式等は任意のもので可。)

## 11 事前説明会

申込者と所属する施設長又は代表者を対象に、研修の概要説明及び研修指導者よりヒアリングを行う。

説明会日程 令和6年6月12日(水)又は20日(木) ※決定後、申込者にお知らせします。

説明・ヒアリング時間 13:00~17:00(予定)

説明会会場 高知県立ふくし交流プラザ(高知市朝倉戊375-1)

(留意事項)

- ・申込者と施設長又は代表者の両方が参加するものとする。
- ・代表者については、事業部門の責任者(事務長、看護師長など)も可とする。
- ・施設長又は代表者がいずれの日程にも参加できない場合は応相談。

## 12 申込方法

### (1) 本研修の修了が事業所の指定基準に関わる場合

本研修を受講することにより、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所の指定基準を満たす場合は、当該市町村に受講申込書を送付し申込みを行う。同一の受講者が他の研修(管理者研修等)も申し込む場合は、併せて送付する。

市町村長は、当該事業所の申請内容等について十分審査を行い、受講することが適当と認められた場合は、提出された受講申込書及び別途定める推薦書を下記問い合わせ先に記載の宛先に送付する。

### (2) 上記(1)に該当しないもの

受講申込書を次の住所に郵送または持参する。

〒780-8567 高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ  
社会福祉法人高知県社会福祉協議会 高知県福祉研修センター(宮川)宛  
(TEL: 088-844-3605)

※(1)および(2)いずれの場合も事業所からは直接県に提出せず、必ず市町村もしくは上記へ提出してください。

## 13 受講者の決定

受講申込書とヒアリングにより審査のうえ決定し、7月中に結果を通知する。

※受講決定後、異動や退職等により職場実習が困難となることが見込まれる場合は、必ず事前に連絡してください。

## 14 修了証書

所定の課程を修了した受講者に交付する。ただし、研修の目的が達成されないと判断された場合や、遅刻、早退等があった場合は修了証書を交付できないことがある。

また、本研修には自施設実習があるため、研修期間中の異動等により、自施設実習を円滑に実施することが困難となった場合は修了証書を交付できないことがある。

## 15 費用

25,000円(資料代を含む。振込にて支払、後日別途案内有。)

## 16 申込締切

令和6年5月10日(金)17時15分【必着】

[上記内容についての問合せ先]

〒780-8570 高知市丸ノ内1丁目2-20

高知県子ども・福祉政策部長寿社会課

介護予防・地域支援室 森、窪田

Tel 088-823-9762 Fax 088-823-9259

[申込先]

市町村もしくは高知県福祉研修センターです。  
(詳細は、「12 申込方法」をご覧ください。)