

## 令和2年度 認知症介護実践リーダーフォローアップ研修 実施要領

### 1. 趣 旨

認知機能障害を正しく理解し、生活機能障害における具体的な日々のケアを、チームとして取り組むためには、ファシリテートの手法が役立ちます。ファシリテートの手法を中心とした体系的な学びを深めることで、現場での活用や滋賀県における人材育成に寄与できることを目的に研修を開催します。

### 2. 実施主体および実施機関

実施主体 滋賀県

実施機関 社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会

### 3. 研修対象者

- ・認知症介護実践リーダー研修を修了している者で、修了後2年以上継続して実践している者  
(定員 30名)

### 4. 会 場

県立長寿社会福祉センター

〒525-0072 草津市笠山7丁目8-138

### 5. 日程および内容

会 場 長寿社会福祉センター			
1 日 目	令和2年11月30日 (月) 9:30~16:30	午前) 認知機能障害の理解とそれに対するケアの 考え方 午後) 認知症の特徴的な疾患の理解とそれに対する ケアの考え方	近江温泉病院 総合リハビリテーション部 部長 石黒 望 氏
2 日 目	令和2年12月7日 (月) 9:30~16:30	午前) 認知機能障害に伴う生活機能障害について 午後) 認知機能障害に伴うコミュニケーション・環境 について	
3 日 目	令和2年12月15日 (火) 9:30~16:30	午前) ファシリテーションの実際 ～ファシリテーションとは～ 午後) グループワークで役立つファシリテーション	社会福祉法人グループ リガーレ 人材・開発研究センター 西村 優子氏
4 日 目	令和3年1月12日 (火) 9:30~16:30	午前) ロールプレイ ファシリテーションの体験 午後) 自身の傾向を知り、現場に活かすファシリテー ション	
5 日 目	令和3年1月19日 (火) 9:30~16:30	午前) 人を育てるという事・人を動かすという事 ～マネジメントとは～ 午後) 研修を振り返って 自己評価 他者評価	

### 6. 受 講 料 14,400円

受講決定後、指定する期日までに指定口座に振込みにてお支払いください。

なお、恐れ入りますが、振込手数料は各自でご負担いただきますようお願いいたします。

※ 納付後に受講を辞退される場合、原則返金しないこととしております。ご注意ください。

## 7. 受講申込方法

別紙受講申込書により、滋賀県社会福祉協議会 滋賀県社会福祉研修センターあてに **10月20日(火)**に 下記のをそろえてお申込みください。必着とさせていただきます。

必要書類

- ・受講申込書（別紙様式1）
- ・推薦書（別紙様式2）
- ・受講者選抜考査のためのレポート（別紙様式3）
- ・認知症介護実践リーダー研修修了証の写し

※ 受講の可否については、提出された書類を考査し決定します。外部講師によるレポート採点のため、受講決定を11月上旬頃とさせていただきます。

## 8. その他

- ・感染防止対策を講じて研修を実施します。ご協力をお願いいたします。（別紙4参照）。
- ・昼食は各自でご用意ください。

### 【会場案内】

#### 県立長寿社会福祉センター

【住 所】草津市笠山7丁目8番138号

【交通案内】JR 瀬田駅から帝産バスで約15分

滋賀医大行き レストタウン長寿社会経由 or 長寿社会福祉センターレストタウン行き

③番のりば **8:30発 9:00発** 長寿社会福祉センター下車 すぐ

※ダイヤ改正等により変更される場合がありますので、お確かめのうえご利用ください。

#### 研修受講に際してのお願い

何らかの警報が発令された場合や県から事業の自粛勧告が出された場合、研修を延期または中止せざるを得ない状況となる可能性があります。

このような場合は、下記のホームページの「お知らせ」をご確認いただくか、お電話にて開催の有無をご確認いただいた上、会場へお越しいただきますようご協力をお願いいたします。

ホームページアドレス <https://shiga-sfk.jp/>

電話 077-567-3927

申込み・問い合わせ先

滋賀県社会福祉協議会 滋賀県社会福祉研修センター

〒525-0072 草津市笠山7丁目8-138 長寿社会福祉センター内

TEL 077-567-3927 FAX 077-567-3910

担当 徳田

## 令和2年度 認知症介護実践リーダーフォローアップ研修受講申込書

実施要領の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申し込みます。

令和2年 月 日

(ふりがな) 氏名	( )	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日  ( 歳)
主な資格		所属 職位名	
所属名			
所属種別 当ではまる所に○	特養 老健 療養型 通所介護 通所リハ 訪問介護 訪問看護 小規模 認知症デイ 複合型 定期巡回 随時対応型		
所属住所	〒		
所属 TEL		所属 FAX	
メールアドレス			
認知症介護の 経験年数	期間	施設・事業所名	
	年 月 ～ 年 月 ( 年 か月)		
	年 月 ～ 年 月 ( 年 か月)		
	年 月 ～ 年 月 ( 年 か月)		
認知症介護以外も 含む実務経験	合 計		年
認知症介護実践リ ーダー研修受講年	平成 年受講	修了番号	

\*認知症実践介護実践リーダー研修修了証の写しを添付してください。

認知症介護実践リーダーフォローアップ研修に係る推薦書

令和2年 月 日

滋賀県社会福祉協議会

会長 渡邊 光春 様

(介護保険事業所長名) 印

次の者は認知症介護実践リーダーフォローアップ研修実施要領における研修の目的を理解し、研修対象者の要件を満たしますので、令和元年度認知症介護実践リーダーフォローアップ研修の受講者として次の者を推薦します。

氏 名

所 属

職 種

推薦理由

\*A4サイズであれば様式は自由です。字数制限もありません。下記の5点について、わかるように記してください。

1. 作成年月日
2. 所属・氏名
3. 認知症介護現場において、リーダー研修終了後の取り組み現状と課題について
4. 本研修で学びたい内容
5. 本研修をどのように活かしていきたいか。  
(実施要領の趣旨に記載されている目的を熟読の上、どのように活かしていきたいかを具体的に記載してください。)

.....

## 研修受講時における新型コロナウイルス感染症の 感染予防対策へのご協力のお願い

本会開催の研修では、新型コロナウイルス感染症の感染予防対策の徹底を図りながら実施いたします。つきましては下記内容の徹底にご協力をお願いします。

### 1. 受講当日朝の検温、健康観察

○研修当日朝に検温と健康観察をお願いします。また、発熱、咳・味覚異常等の症状がみられる場合は研修受講の自粛にご協力をお願いします。

○健康観察は、（別添）「研修受講にあたっての健康観察票」に記入し毎回研修の受付に提出をお願いします。

### 2. マスク・フェイスシールドの着用

○受講に際してはマスク着用の徹底をお願いします。

また、グループワークの際にはフェイスシールドの着用をお願いします。

※フェイスシールドは事務局で準備をいたします。

### 3. 会場の換気

○研修時は換気の為、出入口、窓を開放して行いますので、ご自身で衣類調整等を行っていただくようお願いします。

### 4. 手洗い、手指消毒の徹底

○手指消毒液を設置しますので、こまめな手洗い・手指消毒をお願いします。

### 5. ソーシャルディスタンス

○受付時、トイレ、休憩時には密にならないよう一定間隔をあげ、適正な距離をとっていただくようお願いします。

### 6. その他

○物品の共有を避けるため、受付やグループワーク等で使用する際の筆記用具（色マジック サインペン、ボールペン等）の持参をお願いします。

# 研修受講にあたっての健康観察票

研修名： 令和2年度 認知症介護実践リーダーフォローアップ研修

研修日： 令和2年 月 日（ ）

受講No. \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

- 研修受講に際して、当日の健康チェックをお願いいたします。
- この健康チェックは、研修の場を介する感染拡大防止目的として実施しております。皆様のご理解とご協力をお願いいたします。
- このため、以下の項目に該当がある場合の出席については、自粛のご協力をお願いいたします。

(1) 本日の朝の体温を記入してください。 (                      °C)

(2) 症状がある場合は「はい」の欄、無い場合は「いいえ」の欄にチェックをしてください。

質問項目	はい	いいえ	備考
① 咳嗽症状がありますか			
② 鼻汁・鼻閉がありますか			
③ 咽頭痛がありますか			
④ 頭痛がありますか			
⑤ 下痢症状がありますか			
⑥ 味覚異常がありますか			
⑦ 嗅覚異常がありますか			
⑧ 胸痛がありますか			
⑨ 息がしにくい感じがありますか			

この健康観察票は、研修当日に受付で提出をお願いします。