

## 平成29年度 第1回

# 認知症介護実践研修(実践者研修)のご案内

認知症介護実践研修は、高齢者介護実務者等に対し、認知症高齢者等の介護に関する実践的研修を実施することにより、認知症介護技術の向上を図り、認知症介護の専門職員を養成し、もって認知症高齢者等に対する介護サービスの充実を図ることを目的に実施します。

### 1. 日程

平成29年7月31日(月)～平成29年9月19日(火)

○講義・演習：平成29年7月31日(月)・8月2日(水)・7日(月)・9日(水)  
8月14日(月)・18日(金)・9月4日(月)・19日(火)の8日間  
(6日目～8日目は午後からの研修予定)

※平成29年度よりカリキュラム内容が変更になりました。

詳細は「認知症介護情報ネットワーク(DCネット) <https://www.dcnnet.gr.jp>」  
にアクセスの上、「認知症介護研修に関する資料」を参照ください。

○実習：自施設実習(4週間)

※自施設(事業所)を利用されている認知症の人に実習協力者として協力して  
いただき、実習を行います。別添資料「自施設実習誓約書・承諾書の記載方法」  
をよく読んでいただき、手順通り、研修初日までに2名分の自施設実習誓約書、  
承諾書を作成していただきます。

※1000字以上の自施設実習結果報告レポートをパソコンで作成します。  
(未提出の場合は修了証書の発行は致しませんのでご注意ください。)

### 2. 会場

大阪府社会福祉会館 大阪府大阪市中央区谷町7丁目4番15号  
(大阪市営地下鉄谷町六丁目 4番出口 南へ約500m)

### 3. 受講対象事業者

大阪府内(大阪市内及び堺市内を除く)の介護サービス事業者  
(地域密着型サービス事業者を除く)

### 4. 研修受講対象者

- (1) 上記3の対象施設において介護職員等で、介護に関する基本的知識・技術を修得している者であって、2年以上の実務経験を有する者
- (2) 自施設(事業所)を利用されている認知症の人に実習協力者として協力していただき、2名分の自施設実習誓約書・承諾書が準備できる者

5. 定員 80名 ※お申込み多数の場合は、抽選とさせていただきます。

### 6. 参加費用

- 参加費 30,000円
- テキスト代 3,456円(税込)+送料350円

※平成29年度からカリキュラム内容の変更に伴い、新テキストがなければ受講できません。

## 7. 申込方法

別紙受講申込書に必要事項を記入の上、下記の宛先まで郵送してください。

※この研修は、講義・演習8日間と自施設実習4週間の実習を伴う研修となりますので、必ず所属長の推薦を受けてお申込みください。

※全日程出席できない場合は修了証書が発行できません。

遅刻・早退も認められませんので、必ず全日程出席できる方のお申込みをお願いいたします。

※施設（事業所）と受講希望者双方が、研修内容について周知・理解した上で受講申し込みをお願いいたします。

※受講申込書には公印を必ず押してください。

### 【お申込先】

公益社団法人 大阪介護福祉士会

〒542-0012

大阪府大阪府中央区谷町7丁目4番15号 大阪府社会福祉会館内

## 8. 申込締切り

平成29年6月30日（金）必着

## 9. 受講決定

お申込み多数の場合は、抽選のうえ受講者を決定し、受講が決定された方には決定通知書と必要書類を順次発送します。受講いただけない方についてはその旨の通知を所属長あてに郵送いたします。

## 10. その他

(1) 本研修の全日程を修了された方には、修了証書を交付いたします。

(2) 本研修の申込書等に記載された事項は、個人情報保護の規定に則り適正に管理し、

①本研修の実施、②国・府における業務に関する検討及び③公的機関における研修事業調査研究に必要な範囲以外に使用することはしません。

## 11. 研修実施主体

公益社団法人大阪介護福祉士会

※大阪府認知症介護実践研修事業者指定実施要領に基づく指定法人

(平成24年5月17日大阪府指定)

## 12. お問い合わせ先

公益社団法人大阪介護福祉士会 認知症介護実践研修 担当 事務局

TEL：06-6766-3633 FAX：06-6766-3632

電子メール：info@kaigo-osaka.jp

## 認知症介護実践研修(実践者研修) 受講申込書

フリガナ 受講希望者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (才) ※氏名と生年月日は修了証書にも記載しますので、楷書で正確にご記入ください。		
職種・役職		介護実務経験年数	年 月
取得している 資格等	介護福祉士・社会福祉士・訪問介護員1級・訪問介護員2級・看護師 その他 ( )		
フリガナ 事業所名			
所在地	〒 ー		
電話番号		FAX 番号	
事務連絡担当者名			
テキスト	購入 ・ 当日持参 (どちらかに丸印を記入してください)		
受講に関する確認事項 (確認・承諾できた場合、左側チェックボックスに✓記入) ※全ての内容について確認・承諾した上で受講申し込みをお願いします。			
<input type="checkbox"/>	受講希望者は施設(事業所)において、認知症介護の推進役となる者である		
<input type="checkbox"/>	受講希望者は自施設実習も含め、全日程とも遅刻・早退せず参加できる者である		
<input type="checkbox"/>	施設(事業所)として自施設実習の実施について承諾する		
<input type="checkbox"/>	施設(事業所)として自施設実習の実習協力者2名を選定することが可能である		

研修受講に際し、上記全てについて確認・承諾し、認知症介護実践研修(実践者研修)の受講生として上記の者を受講させたく申し込みます。

(法人・施設(事業所)名)

(代表者・施設長名)

公 印

※受講希望者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にお書きください。

※平成29年度からカリキュラム内容の変更に伴い、テキストも一新されましたので、研修当日は必ず持参ください。

※本申込書は、郵送にてお送りください。

本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り適正な管理を行い、府の指定に係る本研修事業の実施及び認知症介護研究・研修センター(東京・仙台・大府)が実施する認知症介護実践者等養成研修事業に関する業務以外に使用することはいたしません。