

令和4年度

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

令和4年7月3日(日)・5日(火)・19日(火)・24日(日)
8月12日(金)・31日(水)の計6日間

○実習：職場実習（4週間）

※自職場を利用されている認知症の人に協力者として協力していただき、講義・演習と実習を行います。

※4週間の内、1～3週目は計画に基づいた実践、4週目は実習内容の整理・評価、報告資料、1000字以上のレポート作成（パソコンで作成）に取り組めるよう、環境を整えてください。

※研修期間内に規定の課題に取り組んでいただきます。未提出の課題がひとつでもある場合は、修了証書の発行は致しませんのでご注意ください。

※新型コロナウイルス感染症の拡大防止に向けた対応については、大阪府等の要請に基づいて、研修方法等に配慮するとともに、研修そのものが中止になることもありますので、あらかじめご了承ください。

2. 会場

〒557-0024

大阪市西成区出城2-5-20 大阪市社会福祉研修・情報センター
(JR環状線・大和路線「今宮」駅 西出口)
(地下鉄御堂筋線・地下鉄四ツ橋線「大国町」駅 5号出口)
(地下鉄四ツ橋線「花園町」駅 2号出口)

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の対象事業者に従事する介護職員等で、認知症介護基礎研修を修了した者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であり、身体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、概ね2年程度の実務経験を有する者

(2) 認知症介護基礎研修を修了した者と同等以上の能力を有する者とは、認知症介護基礎研修の義務付けの対象とならない者であり、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者

※対象資格：介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、介護支援専門員、社会福祉士、医師、歯科医師、看護師、准看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師、柔道整復師等

(3) Microsoft 社の文書作成ソフト Word (Word2007 以降のバージョン) が使用できるパソコン環境にあること

(4) 自職場を利用されている認知症の人に協力者として、研修に協力が得られる方

5. 定員

60名 ※お申込み多数の場合は、抽選となります。

6. 受講費用

○受講費 32,500 円

○テキスト代 新しいカリキュラムへの変更に伴い、テキスト代は受講決定時にお知らせします。ご了承ください。

※講義資料とテキストを併用して講義・演習を行いますので、テキストの購入は必須となりますのでご了承ください。

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6日間と職場実習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します。

※受講申込書には公印を必ず押印してください。

※研修で使用する資料は Microsoft 社の文書作成ソフト Word で作成されています。他社製の文書作成ソフトでは図表等が崩れ、研修資料として使用できませんので、必ず Microsoft 社の文書作成ソフト Word (Word2007 以降のバージョン) を使用できる環境を準備の上、受講を申し込みください。

【お申込先】

〒542-0012

大阪府中央区谷町7丁目4-15 大阪府社会福祉会館3階
公益社団法人 大阪介護福祉士会「認知症介護実践研修事務局」 宛

8. 申込締切り

令和4年6月2日（木）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を、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します。

※期限を過ぎたお申込みについては通知をいたしませんのでご了承ください。

※通知発送予定日：令和4年6月6日（月）

受講決定の際に抽選などがある場合は発送予定日を過ぎる場合がございます。あらかじめご了承ください。

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ありません。

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 E-mail：info@kaigo-osaka.jp

令和4年度 第1回 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 ヶ月	
認知症介護基礎研修受講の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (修了証コピーを添付のこと)			
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 () ※資格を証明するもののコピーを添付してください。			
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				
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いたします。				
<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"/>	受講希望者は職場実習も含め、全日程とも遅刻・早退せず参加できる者である			
<input type="checkbox"/>	Microsoft社のWord(2007以降のバージョン)が使用できるパソコン環境にある			
<input type="checkbox"/>	施設(事業所)として職場実習の実施について承諾し、研修協力者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。

※感染拡大防止の観点より、フェイスシールドは必ずご持参ください。

※講義資料とテキストを併用して講義・演習を行いますので、全受講生にテキストを購入していただきます。

※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に関する業務以外に使用することはいたしません。