

2022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

- 講義・演習：9月 9日(金)・15日(木)・30日(金)・
10月12日(水)・28日(金)・11月17日(木)の計6日間
- 職場実習：10月13日(木)～11月16日(水)の4週間

※所属の事業所を利用されている認知症の方に協力者となっていただき、講義・演習と職場実習を行います。そのため、**研修初日までに協力者の研修協力誓約書・承諾書を作成していただきます。書式は受講決定通知にて案内いたします。(事務局への提出は不要です)**

※職場実習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字以上の職場実習レポートをパソコンで作成していただきます。

※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ることがありますので、必ず、Microsoft社の文書作成ソフト Word を使用できる環境をご準備ください。

2. 会 場

- 松原商工会議所 2階会議室【〒580-0043 松原市阿保1丁目2番30号】
近鉄南大阪線「河内松原」駅 北西出口より徒歩10分

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. 受講対象者

上記3の対象施設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方あるいはそれと同等以上の能力を有する方であり、身体介護に関する基本的知識・技術を修得している方で、概ね2年程度の実務経験を有する方。

※認知症介護基礎研修を修了した方と同等以上の能力を有する方とは、認知症介護基礎研修の義務付けの対象とならない方で、下記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方を指します。

社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、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に加え、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、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

5. 定 員

60名 ※お申込み多数の場合は抽選とさせていただきます。

裏面に続く

6. 参加費用

30,000円（受講料）＋テキスト代＋送料

※令和4年度よりカリキュラム内容の変更に伴いテキストが一新されるため、購入は必須です。
テキスト代や送料については6月末に確定予定ですので、詳細につきましては受講決定通知にてお知らせ致します。(テキスト代+送料で3,000円前後の見込みです。)

7. 申込方法

申込用紙に必要事項を記載のうえ、下記宛先まで郵送またはメールにてご提出ください。
申込用紙は、「聖徳会ホームページの研修関連情報ページ」からPC入力でも作成いただけます。

【お申込先】**郵送** 〒580-0043 大阪府松原市阿保3丁目14番22号

社会福祉法人聖徳会「認知症介護実践研修事務局」宛

メール kensyu-jimukyoku@shoutokukai.or.jp 件名「実践者研修申込(氏名)」

8. 申込締め切り

2022年7月4日（月）必着

9. 受講決定

申込みが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申込用紙下部に記載の代表者様宛に郵送いたします。

※通知発送予定：8月1日（月）頃

10. その他

(1) 新型コロナウイルス感染拡大防止対策について

- ①大阪府下の感染状況により、研修が延期または中止となる場合がございます。
- ②研修中は必ず各自持参の不織布マスクの着用をお願いいたします。
- ③全日程において、自宅での各自の検温と会場受付での事務局による検温にご協力ください。
検温実施のため、受付が混雑することがございます。開場は研修開始時刻 30分前ですので、余裕をもって会場へお越しください。
- ④37.5度以上の熱発や咳、倦怠感等の症状が見られましたら出席は認めません。研修開始後であっても、お帰りいただくことがございます。
- ⑤昼食は、出来る限りご持参ください。

(2) 欠席は、理由の如何に関わらず認めません。また、遅刻や早退に関しても原則認めません。

(3) 職場実習4週間の取り組みも含めて全日程を修了された方には、「修了証書」を交付いたします。

(4) 本研修の申込書等に記載された事項は個人情報の規則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いたしません。

11. 研修実施主体

社会福祉法人 聖徳会

※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21年3月19日大阪府指定)

12. お問い合わせ先

社会福祉法人聖徳会 認知症介護実践研修事務局

TEL：072-331-4164 / Email：kensyu-jimukyoku@shoutokukai.or.jp

2022 年度 認知症介護実践研修(実践者研修) 受講申込書

受講希望者氏名	フリガナ	性別	□男 ・ □女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (才)		
職種・役職		介護実務経験年数	年 ヶ月
取得している資格等	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()		
施設名(事業所名)	フリガナ		
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
所在地	〒 -		
電話番号		FAX 番号	
E-mail	※受講生本人と連絡の取れるアドレスを丁寧に記載ください。		
テキスト	<input checked="" type="checkbox"/> 購入必須	事務連絡担当者名	フリガナ
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☑を記入してください。)			
<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・欠席せず参加できる者である。		
<input type="checkbox"/>	施設(事業所)として職場実習の実施について承諾する。		
<input type="checkbox"/>	施設(事業所)として研修協力者1名を選定することが可能である。		
<input type="checkbox"/>	受講希望者が所属する施設(事業所)は、地域密着型サービス事業所ではない。		

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】

※各施設(事業所)等において、認知症介護の推進役となる方をご推薦願います。
 ※職場実習の取り組みも含め、全日程に参加できる方をご推薦願います。
 ※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。

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。