

※追加募集のご案内

平成30年度 認知症介護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。

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」をご参照ください。

1. 日 程

- 講義・演習：10月1日（月）・5日（金）・11日（木）・16日（火）・19日（金）
10月24日（水）11月15日（木）・30日（金） の計8日間
- 自施設実習：10月25日（木）～11月29日（木）の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、講義・演習と実習を行います。別添資料「研修協力誓約書・承諾書の記載方法」を、よく読んでいただき、手順通りに、研修初日までに2名分の研修協力誓約書・承諾書を作成していただきます。

※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字以上の自施設実習結果報告レポート（パソコンで作成し最終日に提出）に取り組めるように環境を整えてください。

2. 会 場

- ① 松原商工会議所 会議室
【〒580-0043 大阪府松原市阿保1丁目2番30号】もしくは
- ② 社会福祉法人聖徳会 大阪老人ホーム 地域交流センター
【〒580-0043 大阪府松原市阿保3丁目14番22号】

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) 介護現場における実務経験が2年以上で、認知症の知識を習得している上記3の対象施設において介護業務に従事している者。
- (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頂き、2名分の自施設実習誓約書・承諾書が準備できる者。

6. 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。

7. 参加費用

30,000円（受講料）＋3,456円（テキスト代）＋400円（送料）

※平成29年度より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。テキストをお持ちでない方は、ご購入ください。また、各自書店等で購入して頂いても結構です。

◆使用テキスト：『認知症介護実践者研修標準テキスト／株式会社ワールドプランニング』

8. 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。

※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】 〒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

9. 追加募集締め切り

平成30年9月15日（土） 必着

10. 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、受講頂けない方についてはその旨の通知を各所属長様宛に郵送いたします。

※通知発送予定：9月中旬頃

※期限を過ぎたお申込については通知を致しませんので、ご了承ください。

11. その他

(1) 自施設実習4週間の取り組みも含めて、全講義を修了された方には、「修了証書」を交付いたします。（欠席や遅刻、早退は一切認められません。）

(2) 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致しません。

12. 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）

13. 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（担当：林・中村・海堀）

TEL：072-331-4164 / FAX：072-334-2362

平成30年度 認知症介護実践者研修 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	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 ()		
施設名 (事業所名)	フリガナ		
所在地	〒 ー		
電話番号		FAX 番号	
事務連絡 担当者名		テキスト	要 (購入希望) ・ 不要
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。) ※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) として自施設実習での研修協力者 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

※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。
 ※自施設実習の取り組みも含め、全講義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。