

# 2021 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。

## 1. 日 程

○講義・演習：9月8日（水）・16日（木）・22日（水）・27日（月）・10月4日（月）  
・11日（月）・25日（月）・11月15日（月）の計8日間

○自施設実習：10月12日（火）～11月14日（日）の4週間

※自施設実習は、所属の事業所を利用されている認知症の人に実習協力者となっていただき、講義・演習と実習を行います。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く必要があります。書式は受講決定通知送付時に同封します。（提出は不要です）

※自施設実習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字以上の自施設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、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。

## 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）  
※地域密着型サービス事業所からの申込受付は各市町村で行っておりますので、事業所の所在する市町村の担当窓口へお問い合わせください。

## 4. 研修受講対象者

・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。

## 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。

## 6. 参加費用

30,000円（受講料）＋3,520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、テキストが一新されました。

テキストをお持ちでない方は、ご購入ください。また、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』

裏面に続く

## 7. 申込方法

必要事項を記載のうえ、申込用紙のみを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。

※受講申込書には公印を必ず押してください。

※地域密着型サービス事業所に所属の方は、市町村へ提出してください。

【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

## 8. 募集締め切り

2021年7月21日（水） 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各所属長様宛に郵送いたします。

※通知発送予定：8月16日（月）

## 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大阪府下の状況により、研修が延期または中止となることがございます。

②研修中は各自持参のマスクや事務局より配布するフェイスシールドの着用をお願いいたします。

③全ての日程において、自宅での各自の検温と会場受付での事務局による検温をお願いいたします。検温実施のため、受付が混雑することが予想されます。開場は研修開始時刻 45分前 となっておりますので、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ますようお願いいたします。

(2) 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。）

(3) 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 / FAX：072-334-2362

メールアドレス：kensyu-jimukyoku@shoutokukai.or.jp

## 2021 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 月
取得している資格等	介護福祉士 ・ 社会福祉士 ・ 介護支援専門員 ・ 初任者研修 ・ 実務者研修 ・ 看護師 ・ 准看護師 ・ その他 ( )		
施設名 (事業所名)	フリガナ		
サービスの種類	1.介護老人福祉施設 2.介護老人保健施設 3.訪問介護 4.通所介護 5.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。		
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。)			
<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 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】

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。