

平成30年度香川県認知症介護実践研修（実践者研修）実施要領

1 目的

高齢者介護実務者に対し、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に対する介護サービスの充実を図ることを目的とする。

2 実施主体（指定法人）

社会福祉法人 禰友会（平成29年4月14日付にて香川県知事より指定）

3 研修対象者

認知症の知識に関して、介護福祉士等の知識、もしくはそれと同等の知識を習得しており、香川県内の介護保険施設・事業所等に従事し、高齢者介護の現場経験を2年以上有する介護職員等であって、指定法人が適当と認めた者

※認知症対応型サービス事業管理者研修及び小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を受講するためには、当研修の修了が必要です。

4 研修カリキュラム

別紙のとおり（29年度より、新カリキュラムでの研修となっています。）

5 研修日程

研修期間は下記のとおりですので、いずれかを選択してください。

受講希望者が定員より大幅に少なかった場合は、回数を減らす場合がありますので、ご了承ください。

○ 第1回

- 講義・演習：平成30年 7月23日（月）～ 7月27日（金）午前中
- 実習課題設定：平成30年 7月27日（金）午後
- 自施設実習：平成30年 7月28日（土）～ 8月26日（日）のうちの4週間
- 実習まとめ：平成30年 8月27日（月）

○ 第2回

- 講義・演習：平成30年10月22日（月）～10月26日（金）午前中
- 実習課題設定：平成30年10月26日（金）午後
- 自施設実習：平成30年10月27日（土）～11月25日（日）のうちの4週間
- 実習まとめ：平成30年11月26日（月）

○ 第3回

- 講義・演習：平成31年 1月21日（月）～ 1月25日（金）午前
- 実習課題設定：平成31年 1月25日（金）午後
- 自施設実習：平成31年 1月26日（土）～ 2月24日（日）のうちの4週間
- 実習まとめ：平成31年 2月25日（月）

6 研修場所・問い合わせ先

- 講義・演習：
 - 実習課題設定：
 - 実習まとめ：
 - 自施設実習：
- 社会福祉法人 禰友会 特別養護老人ホーム「紅山荘」
丸亀市飯山町上法軍寺2600番地
TEL 0877-98-2781 FAX 0877-98-7015
各受講者の所属施設で実習

7 経 費

- 受講料 17,000円

※研修初日の受付時に領収しますので、釣銭のいらないように御用意下さい。また、お支払いいただいた受講料は、研修を修了できない場合でも返還できません。

- 昨年度より新カリキュラムでの開催となり、研修用テキストが替わっていますので、事前に購入し、確認しておいてください。(下記)

『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) 定価3,200円+税
株式会社ワールドプランニング

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 オザワビル

TEL 03-5206-7431 FAX 03-5206-7757 E-mail:world@med.email.ne.jp

8 申込み方法

- お申込みは、1施設・事業所につき1名のみとさせていただきます。

- 受講希望者は、施設・事業所の代表者を通じて別添申込書に必要な事項を記入のうえ、下記へ郵送によりお申込みください。(郵便事情が悪いため、余裕を持ってお申込みください。)

【申込期限】平成30年6月8日(金)(必着)

【申込先】〒762-0084 香川県丸亀市飯山町上法軍寺2600番地 社会福祉法人 禱友会

- 本研修を受講することにより指定基準等を満たす場合は、事業所が所在する市町からの推薦書を添付してください。

- 封筒表に「認知症介護実践者研修申込書在中」と朱書きください。

9 受講決定

- 受講定員は各回60名とします。

- 定員を超える受講申し込みがあった場合の、選定順位は次のとおりとします。

- 1 事業所が所在する市町の介護保険担当課から推薦のあった者
- 2 所属する施設・事業所の認知症介護実践者研修修了者数が少ない者
- 3 介護現場経験年数の長い者

- 申込み状況によっては、受講希望日程以外での受講決定となる場合もあります。

- 受講の可否、研修日程等は、後日文書で施設・事業所の代表者宛に通知します。

- 受講決定後の受講者の変更は原則としてできません。やむを得ず変更する場合は施設・事業所の代表者を通じて「変更届」を提出していただきます。

10 修了証書

本研修の全課程を修了された方に、指定法人発行の修了証書を交付します。

11 その他

- 全日程に参加できる方を推薦、申込みして下さい。

- 受講決定後、やむを得ず研修を辞退する場合は、施設・事業所の代表者を通じて「辞退届」を提出していただきます。

- 原則として、研修当日の遅刻・早退・欠席は認められません。体調管理にお気を付けてください。

- 研修用テキスト(前記)は、事前に各自で購入し、事前学習し、研修当日ご持参ください。

- 新規に開設する場合で、自施設実習が困難な場合は、各事業所において実習先(特養、老健等)を確保してください。

- 旧痴呆介護実務者研修(基礎課程)修了者は、再度受講する必要はありません。

- 受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外には使用しません。

別 紙

平成30年度香川県認知症介護実践研修（実践者研修）
受 講 申 込 書

平成 年 月 日

社会福祉法人禰友会
理事長 鎌倉 克英 様

法人・事業者名
代表者職・氏名
郵便番号
法人・事業者住所
事務担当者名
電話番号
FAX 番号

平成30年度香川県認知症介護実践研修（実践者研修）を次の者に受講させたいので申込みます。

受講者 氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日
	Ⓜ	性別	男 ・ 女
勤務 施設等名			基礎研修受講： 年度
勤務施設等 種類	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
勤務先 所在地	（〒 - ） （TEL - - ）		
現職経験	職 種	役職名	
	経験年数	年 月	採用 年月日 年 月 日
資格の有無	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の資格（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 介護現場経験年数2年以上（ 年 か月）		
勤務施設における認知症介護実践者研修修了者数 （旧痴呆介護研修の基礎課程修了者を含む）		人	
受講希望 日 程	第1希望		第2希望
	第 回		第 回
受講希望理由 （受講者本人が記入すること）			

- ※1 記入漏れのないようにご記入ください。生年月日は、和暦でご記入ください。
- ※2 基礎研修を受講されている方は、「基礎研修受講」欄にご記入をお願いします。
- ※3 「現職経験」欄の「経験年数」欄には、申込日現在の現職場での経験年数を記入し、「介護現場経験年数2年以上」欄は、現職経験年数も含めて、必ず記入してください。（介護経験が2年に満たない方は、基礎研修の受講をお勧めします。）
- ※4 受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外には使用しません。