

平成30年度香川県認知症介護基礎研修実施要領

認知症介護に必要な基礎的な知識・技術の向上を図るため、香川県認知症介護基礎研修を下記により実施します。(平成28年度より新設)

1 目的

認知症介護に携わる方が、その業務を遂行する上で最低限の基礎的な知識・技術とそれを実践する際の考え方を身につけ、チームアプローチに参画する一員として基本的なサービス提供を行うことができるようにすることを目的とします。

2 研修実施機関(指定法人)

社会福祉法人 禱友会(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

香川県内の介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等であって、指定法人が適当と認めた者。(認知症ケアの現場で、実際にケアに携わる初任者、介護関係の資格をこれから取得しようと考えている方や今後、認知症介護実践研修(実践者研修・実践リーダー研修)を受講される予定がある方を想定しています。) 実務経験2年未満の方は、まず、この基礎研修を受講してください。

※今後、認知症介護実践研修(実践者研修)の受講に際し、認知症介護基礎研修修了者を優先的に受講決定する予定です。

4 研修カリキュラム 別紙のとおり

5 研修日程

県下を、高松地区(高松市、小豆郡、香川郡)、東讃地区(さぬき市、東かがわ市、三木町)、中讃・西讃地区(丸亀市、坂出市、善通寺市、観音寺市、三豊市、綾歌郡、仲多度郡)に分けて、下記のとおり5回開催します。

原則として、勤務先が所在する地区でお申込みください。都合の付かない場合は、他地区での申込みも可能です。

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回高松地区

講義・演習:平成30年 8月29日(水)

研修場所:守里会看護福祉専門学校(高松市 香西本町17-9)

○ 第1回中讃・西讃地区

講義・演習:平成30年 9月26日(水)

研修場所: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)

○ 第2回高松地区

講義・演習:平成30年10月31日(水)

研修場所:守里会看護福祉専門学校(高松市 香西本町17-9)

○ 東讃地区

講義・演習:平成30年11月13日(火)

研修場所:介護老人保健施設「ヌーベルさんがわ」(さぬき市寒川町石田東甲170)

- 第2回中讃・西讃地区
講義・演習：平成30年12月11日（火）
研修場所：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）

6 経費

- 受講料 5,000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。
- 研修用テキスト『認知症介護基礎研修標準テキスト』株式会社ワールドプランニング（定価1,000円+税）を使用しますので、各自で購入し、事前学習しておいてください。

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

7 申込み方法・問合わせ先

- お申込みは、1施設・事業所につき2名までとし、一括申込みとさせていただきます。
- 受講希望者は、市町の長又は所属施設・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。）2名申込みの場合は申込書をコピーしてご使用ください。また、受講の優先順位をお知らせください。

【申込期限】平成30年6月22日（金）（必着）

【申込先・問合わせ先】 〒762-0084 香川県丸亀市飯山町上法軍寺2600番地
社会福祉法人 禰友会 TEL 0877-98-2781

- 封筒表に「認知症介護基礎研修申込書在中」と朱書きください。

8 受講決定

- 受講定員は、昨年の実績を勘案し、次のとおりとしています。
高松地区：各回60名、中・西讃地区：各回50名、東讃地区：30名
- 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 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
 - 2 介護現場経験年数の短い者
- 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、受講者が所属する施設・事業所の代表者あてに通知します。（受講希望者が多数の場合は、施設・事業所で1名に調整させていただく場合があります。）
- 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。

9 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。

10 その他

- やむを得ず研修を辞退する場合は、法人または施設・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。
- 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。
- 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いたしません。

別 紙

平成30年度香川県認知症介護基礎研修
受 講 申 込 書

平成 年 月 日

香川県認知症介護基礎研修等実施指定機関

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
事務担当者職氏名
電話番号
FAX 番号

平成30年度香川県認知症介護基礎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			
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"/> 有 (資格名 :) <input type="checkbox"/> 無		
他の介護現場 経験年数※2			
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
	()地区 第 回 (月 日)		()地区 第 回 (月 日)
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 「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、「他の介護現場経験年数」欄は、
現職以前の介護の経験年数を施設種別ごとに記入してください。(記入必須)

※3 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。