

平成31年（2019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、認知症高齢者等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する。

1. 日程

平成31年（2019年）5月27日（月）～ 7月29日（月）

※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」を参照ください。

※研修期間内に規定の課題に取り組んでいただきます。未提出の課題がひとつでもある場合は、修了証書の発行は致しませんのでご注意ください。

※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。

○講義・演習：2019年5月27日（月）・28日（火）・31日（金）・6月3日（月）
11日（火）・19日（水）・7月8日（月）・7月29日（月）の8日間

○実習：自施設実習（4週間）

※自施設（事業所）を利用されている認知症の人に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。受講決定後送付する「受講のお知らせ」に記載の手順通り、研修初日までに1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）に取り組めるよう環境を整えてください。

2. 会場

ホテルアウィーナ大阪

大阪市天王寺区石ヶ辻町19番12 TEL：06-6772-1441

※近鉄「大阪上本町駅」徒歩3分または地下鉄「谷町九丁目駅」徒歩8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. 研修受講対象者

- (1) 上記3の対象事業者に従事する介護職員等で、介護に関する基本的知識・技術を修得している者であって、2年以上の実務経験を有する者
- (2) Microsoft 社の文書作成ソフト Word (Word2007 以降のバージョン) が使用できるパソコン環境にあること
- (3) 自施設(事業所)を利用されている認知症の人に協力者として研修に協力していただき、1名分の研修協力誓約書・承諾書が研修初日に準備できる者

5. 定員

95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

○参加費 30,000円

○テキスト代 3,456円(税込)+送料360円

※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たため、全受講生に購入していただきます。

○その他

会場は、原則飲食禁止です。また、会場内への弁当持参・食品等の持ち込みは施設の衛生管理上禁じられております。ただし、例外的に会場で準備した食事を摂っていただくことに限っては認められております。カリキュラム上、昼食が必要な6日間について事前に希望される方には研修実施者において準備いたします。

※昼食代実費 6,600円(弁当1食1,100円×6日)

7. 申込方法

別紙受講申込書に必要事項を記入の上、下記の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。

※全日程出席できない場合は修了証書が発行できません。

遅刻・早退も認められませんので、必ず全日程出席できる方のお申込みをお願いいたします。

※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し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】

〒543-0052

大阪市天王寺区大道二丁目11-11 グラン・ビルドさとり402号室

公益社団法人大阪介護老人保健施設協会「認知症介護実践者研修 担当」あて

8. 申込締切り

平成31年(2019年)4月18日(木) 必着

9. 受講決定

お申込み多数の場合は、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所属長あてに郵送いたします。

※通知発送予定：平成31年（2019年）4月26日（金）

※期限を過ぎたお申込みについては通知をいたしませんのでご了承ください。

10. その他

(1) 本研修の全日程を修了された方には、修了証書を交付いたします。

(2) 本研修の申込書等に記載された事項は、個人情報保護の規定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ありません。

11. 研修実施主体

公益社団法人大阪介護老人保健施設協会

※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

公益社団法人大阪介護老人保健施設協会（担当：田島）

TEL：06（6774）7601 FAX：06（6774）7651

認知症介護実践研修(実践者研修) 受講申込書

フリガナ 受講希望者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (才)		
※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。			
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 ()		
フリガナ 事業所名			
所在地	〒 ー		
電話番号		FAX 番号	
事務連絡担当者名			
弁当	要 (注文希望) ・ 不要	テキスト	要購入
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✓記入) ※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"/>	Microsoft 社の文書作成ソフト Word (Word2007 以降のバージョン) が使用できる パソコン環境にある		
<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し、研修協力者 1 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、認知症介護実践研修 (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

※受講希望者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にお書きください。

※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ので、全受講生に購入していただきます。

※本申込書は、郵送にてお送りください。

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。