

令和2年度

認知症介護実践研修(実践リーダー研修)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します。

1. 日程

令和2年11月5日(木)～令和3年3月1日(月)

※新型コロナウイルス感染症の拡大防止に向けた対応については、大阪府等の要請に基づいて、研修方法等に配慮するとともに、研修そのものが中止になることもありますので、あらかじめご了承ください。

※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。

○講義・演習：令和2年11月5日(木)・10日(火)・17日(火)・24日(火)
12月1日(火)・8日(火)・15日(火)・22日(火)
令和3年1月12日(火)・2月4日(木)・3月1日(月)
の計11日間

○自施設実習：令和3年1月13日(水)～2月28日(日)

※この研修は、講義・演習11日間と自施設実習6週間を伴う研修になります。

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

上記3の対象事業者に従事する介護職員等で、介護業務等におおむね5年以上従事した経験を有する者であり、かつ、ケアチームのリーダー又はリーダーになることが予定される者であって実践者研修(旧基礎課程を含む)を修了し、1年以上経過している者

5. 研修受講条件

- (1) 受講決定者には「事前課題レポート」(パソコンにて 1000 文字以上)を提出していただきます。詳細に関しては受講決定通知を送付する際にお知らせいたします。
- (2) 自施設実習は「実習協力者」として自施設に所属する職員の方の協力が必要となりますので、必ず所属長の推薦と同意を得てお申し込みください。
- (3) 最終日(令和3年3月1日)に、「研修レポート」(パソコンにて 5000 文字以上)を提出していただきます。作成に取り組めるよう環境を整えてください。

6. 定員

20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

○参加費 50,000円

○テキスト代 4,620円(税込)+送料370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。

○昼食代実費 11,000円(弁当1食1,100円×10日)

※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が、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。

研修中、接触リスクを減らすため、カリキュラム上、昼食が必要な10日間においてご準備いたします。

8. 申込方法

別紙受講申込書に必要事項を記載し、実践者研修(旧基礎課程を含む)修了証書のコピーを同封のうえ、下記の宛先まで郵送してください。

※この研修は、講義・演習11日間と自施設実習6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し込みください。

※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

9. 申込締切り

令和2年9月25日（金）必着

10. 受講決定

お申し込み多数の場合は、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：令和2年10月2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。

11. 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。

12. 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30年5月29日大阪府指定)

13. 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(実践リーダー研修) 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()		
認知症介護実践者研修修了日	年 月 日 (修了証コピーを添付のこと)		
フリガナ 事業所名			
所在地	〒 -		
電話番号		FAX 番号	
事務連絡担当者名			
弁 当	要注文	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"/>	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）として実習協力者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（実践リーダー研修）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。

※感染拡大防止の観点より、昼食が必要な10日間において、全受講生に弁当を申し込みさせていただきます。

※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、全受講生に購入させていただきます。

※本申込書と実践者研修（旧基礎課程含む）修了証書の写しを同封し、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。