

# 【1】平成30年度 認知症介護実践研修（実践者研修） 実施要項

「本実施要項」及び「認知症介護研修における留意事項」をあらかじめご理解の上、申込みください。

## 1 目的

施設や在宅に関わらず認知症の原因となる疾患や容態に応じ、本人やその家族における生活の質の向上を図る対応や技術を習得する。

## 2 実施主体

兵庫県（研修実施事業者として兵庫県社会福祉事業団に委託）

## 3 定員・申込要件

〔定員〕各回 60名（計4回 実施予定）

※別途 西播磨総合リハビリテーションセンターにて1回実施予定

〔対象者〕以下の要件全てを満たす者

①	勤務する法人の所属長等（申込責任者）が受講を認めた者
②	認知症介護実践研修（実践者研修）（旧痴呆介護実務者研修（基礎課程）含む）を修了していない者
③	介護保険施設や指定居宅介護サービス事業所等の <b>介護業務に従事している職員</b>
④	原則として身体介護に関する基本的知識・技術を習得している者であって、 <b>概ね実務経験2年程度以上</b> の者（引続き、認知症対応型サービス事業管理者研修・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を受講予定の者も同条件）

※申込責任者が申込者と同一人物は不可とします。申込者が所属長の場合は法人代表者等が申込責任者になります。

※実務経験は、認知症の人の介護に関する経験とします。

## 4 日程・プログラム

『プログラム』のとおり ※日程は都合により変更する場合があります。

〔本研修における留意事項〕

①	当研修は自施設における4週間（28日）以上（内実習出席日20日以上）の実習が必須となっています（事業所内でその旨について、事前確認をしてください）
②	所属する事業所等で日頃関わっている認知症の対象者を1人選定し、講義・演習・実習においてその対象者について考え、具体的な取組みを行っていただきます（当研修の趣旨に合意いただける対象者1名を、事前に選定できる方が受講対象になります）

※新規開設予定等で自施設実習が困難な場合は、研修開始までに勤務する法人内で協力を得られる事業所を各自調整してください。

自施設実習は、研修受講者を中心として職場全体で取組む内容となっています。所属長（申込責任者）・管理者の方等のご協力をお願いいたします。

## 5 研修会場

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 管理棟3階 研修室 他

※会場は変更になる場合があります。

## 6 修了証の交付

全プログラム終了後、修了者に対して兵庫県知事の修了証を交付します。

研修受講者であっても、研修の目的が達成されないと判断された場合や、欠席・遅刻・早退等があった場合は修了証を交付できないことがあります。

## 7 資料代等（受講決定者のみ）

資料代等 22,000円

※納入方法については受講決定者に対して別途通知します。

## 8 申込方法

申込みから受講までの手続きは「受講までの流れ」を確認してください。

**申込みは以下の2通りがあります。**申込期間内にいずれかの方法で行ってください。

※FAX・メール及び持参での申込みはできません。

## (1) 福祉のまちづくり研究所ホームページの申込フォームから送信（推奨）

以下の内容を確認して、申込フォームへ必要事項を入力して送信してください。

〔申込提出物等〕

	名 称	内 容	対 象
①	申込フォームからの送信	（福祉のまちづくり研究所ホームページ） <a href="http://www.hwc.or.jp/kensyuu">http://www.hwc.or.jp/kensyuu</a> 研修>認知症介護研修事業>【1】認知症介護実践研修（実践者研修）（該当回の研修詳細）の8 申込方法にある申込フォームから申込規約に同意の上、申込みください ※申込送信後、入力されたメールアドレスへ申込受付メールが届きますので確認してください ※ドメイン指定受信を設定されている場合は「hwc.or.jp」からのメールを受取れるようにしてください	全 員
②	市町推薦状	①市町から『市町推薦状』を受取る ②『市町推薦状』の画像をスキャン・撮影等して、データ化(PDF・JPEG等)する ③申込フォームに必要事項を記入後、『市町推薦状』の画像データを添付して送信する （注意事項） ・『市町推薦状』に申込者の氏名、事業所名、経験年数、発行日、市町長名（押印）が記入されていることを確認する ・画像データの字体が読取れることを確認する 書類の記載事項が見切れていたりすると無効となります ・送信できる画像データは最大 3MB 程度  （受講者のみ） ・『市町推薦状（原本）』を研修初日に持参し、受付時に提出する	該当者のみ
③	受講承諾証明書 様式 1-②	（受講者のみ） 『様式 1-②』をダウンロードしてパソコン作成又は印刷して手書き作成したもの いずれか 1 部を研修初日に持参し、受付時に『受講承諾証明書（原本）』を提出する ※要押印	受講者のみ

※申込フォームから申込みされる場合、受講可否返信用封筒は不要です。

※申込フォームは保存できません。必要に応じて各自確認画面を印刷してください。

## (2) 郵送にて送付

記載している申込提出物を、郵送にて送付してください。

〔申込提出物〕

	名 称	内 容	対 象
①	受講申込書 様式 1-①	<b>申込者 1 名につき 1 部作成</b> ダウンロードしてパソコン作成又は印刷して手書き作成したもの いずれか 1 部を提出する ※いずれも代表者及び所属長の要押印 ※白黒印刷で可	全 員
②	受講可否 返信用封筒	<b>『受講申込書』 1 部につき 『返信用封筒』 1 枚</b> 長形 3 号(120mm×235mm)に <b>92 円切手</b> を貼付け、表面に以下(1)～(3)の内容を明記して提出する（裏面は何も記入しない） (1) 返信先の住所・法人名・事業所名・宛先名 (2) <b>認知症介護実践者研修 受講可否返信用</b> （ <input type="checkbox"/> 内 赤色で記載） (3) 申込者氏名（必ず記載すること）（例 申込者 ○○ ○○）	全 員
③	市町推薦状 （原本）	認知症対応型サービス事業所における管理者・計画作成担当者に就任予定の方で、『受講申込書』の受講希望の理由欄の②③のいずれかを希望番号として記入している方のみ対象	該当者のみ

※『受講申込書』の記入漏れがあった場合、選考の優先順位を下げる又は受講不可とする等の不利益が生じる場合があります。

〔申込宛先〕 (2) 郵送にて送付の方法を選ばれた方のみ

〒651-2181 神戸市西区曙町 1070

福祉のまちづくり研究所 研修課 認知症介護研修担当

**認知症介護実践者研修 申込書 在中**（ 内 赤色で記載）

※『申込用封筒』及び『受講可否返信用封筒』については、作成例を参考にしてください。

## 9 市町推薦状について

地域密着型サービス指定基準等において受講が義務づけられている場合、管理者又は計画作成担当者として就任する（予定の）事業所所在地の市町の介護保険担当課に、推薦状の発行を依頼できます。

①	新規開設予定の認知症対応型サービス事業所において、管理者又は計画作成担当者に就任する方が本研修を未受講である場合
②	既に開設している認知症対応型サービス事業所において、管理者に既に就任している又は今後管理者に就任することが決まっているが、当研修を受講していない者

推薦依頼書を市町の介護保険担当課へ提出し、市町長が発行した推薦状を受取ってください。その後8 申込方法に沿って、研修課へ送信又は郵送してください。

※事前に確認の上、各市町に指定の様式や提出物がある場合は、そちらを使用してください。

※添付のない場合は、市町推薦がないものとします。

※『推薦依頼書』の様式(参考例)はダウンロードしてください。

※地域密着型サービス指定基準等において受講が義務づけられてない場合、推薦状は不要です。

※推薦状は各回研修あたり同一事業所2名までとします。

市町の推薦状については、該当する市町の介護保険担当課へ問合せください。

## 10 申込期間

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 研修課による認知症介護実践研修(実践者研修)の申込受付期間は以下の通りです。

〔申込受付期間〕

回	研修申込受付期間
第1回	平成30年 4月10日(火) ~ 5月7日(月) 正午 必着
第2回	平成30年 5月10日(木) ~ 6月5日(火) 正午 必着
第3回	平成30年 8月8日(水) ~ 9月3日(月) 正午 必着
第4回	平成30年 9月18日(火) ~ 10月16日(火) 正午 必着

※申込期間以外は受付を行いません。(期間以外に申込提出物が届いた場合は、全て破棄します。)

## 11 受講決定

- ・申込者が定員を上回った場合は、申込締切り後に受講者の選考を行います。**先着順ではありません。**
- ・受講の可否の連絡は、申込者全員に通知します。郵送による申込みをされた方は、受講可否返信用封筒を使用します。
- ・**選考後、受講者のみ、研修初日に事前課題レポートの提出が必要です。**

〔事前課題レポート〕※受講者のみ作成

- ・『事前課題レポートの作成・提出について』をご確認いただき、『様式1-③』を提出してください。

提出書類物	内容	対象者
事前課題レポート 様式1-③	<b>申込者1名につき1部作成</b> ダウンロードしてパソコン作成、又は印刷して手書き作成したもののいずれか1部を研修初日に持参の上、受付時に提出する	受講者

『様式1-③』は更新する場合があります。受講決定の際、返信用封筒に同封している様式を用いるか、受講決定した後に福祉のまちづくり研究所ホームページからダウンロードした様式を使用して作成してください。

〔研修で使用するテキスト〕

- ・研修を受講する際、以下のテキストを使用しますので、毎回持参してください。

『認知症介護実践者研修標準テキスト』 監修 認知症介護研究・研修センター 株式会社ワールドプランニング  
※研修課では販売しておりません。受講決定者には購入の案内を送ります。(一般書店でも取扱いしています)

## 12 その他

- ・神戸市を所在地とする事業所については、原則神戸市主催の同研修に申込みください。(神戸市を除く兵庫県内の事業所を優先的に受講決定します)
- ・申込締切り日後、2週間以内に『受講可否返信用封筒』が届かない場合は、研修課へ問合せください。
- ・受講に際して、研修会場には研修受講者用の駐車スペースは用意していませんので公共交通機関の利用をお願いします。やむを得ず車で来られる場合は、近隣の有料駐車場を使用してください。**車での交通事情による遅刻はやむを得ない理由に該当しません。**

## 問合せ先

(社福) 兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター  
福祉のまちづくり研究所 研修課 認知症介護研修担当  
〒651-2181 神戸市西区曙町 1070  
TEL 078-927-2727 (内線 3710) ※12/29~1/3 及び祝日除く 月~金 9時~17時  
ホームページ <http://www.hwc.or.jp/kensyuu>