

2021年度 認知症介護実践研修（実践者研修）【西播磨】 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〕60名（2021年度 計1回 実施予定）

※この研修は、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で今後4回実施予定。

※オンラインと集合のどちらかを選択できますが、いずれか一方の受講決定者が5名に満たない場合、オンラインのみ、もしくは集合のみの形式に変更することがあります。

〔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介護業務に従事している職員
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、概ね実務経験2年程度以上の者（引き続き、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。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

日程：2021年7月13日（火）～10月15日（金） ※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（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等で協力を得られる事業所を調整してください。

※対象者の変更等のご都合により講義や実習に支障をきたす場合、修了の遅延や修了不可となる場合があります。

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。施設長（申込責任者）・管理者の方等のご協力をお願いいたします。

※受講者の理解度について小テストを実施し、必要に応じてレポート提出等を求めることがあります。

5 研修形式・受講場所

オンライン研修	自職場（自宅での受講は禁じます。）
集合研修	兵庫県社会福祉事業団 西播磨総合リハビリテーションセンター 研修交流センター1階 交流ホール ※〒679-5165 兵庫県たつの市新宮町光都1丁目7番1号

※新型コロナウイルス感染症の影響により、研修途中で研修形式が変更する場合があります。
その場合、集合研修を選択された方もオンライン研修へ変更になる可能性があります。

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、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

※その他、受講にかかる通信費、宿泊費、申込みや実習報告書類の送付（簡易書留を含む）等を負担していただきます。
※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ホームページの『受講までの流れ』を確認してください。

※オンライン研修になる可能性がありますので、申込期間内に下記の方法（メール）でご応募ください。

※FAX 及び持参での申込みはできません。

※押印した研修申込書と必要書類（該当者のみ市町推薦状）を①メールに PDF 化したものを添付し送付、②研修申込書等の原本と同時に返信用封筒を郵送にて送付してください。（原本の到着をもって受付が完了します。）

メールでの申込ができない場合は、郵送のみでお申込みください。

〔提出書類〕

	提出書類物	内 容	対象者
①	研修申込書 「様式 1-①」	申込者 1 名につき 1 部作成 ホームページより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 部を提出する ※いずれも代表者及び所属長の要押印	全 員
②	受講可否 返信用封筒	『研修申込書』1 部につき 『返信用封筒』1 枚 長型 3 号(120mm×235mm)に 94 円切手 を貼り付け、表面に以下の(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) 認知症介護実践者研修 受講可否返信用 （ <input type="checkbox"/> 内 赤色で記載） 申込者氏名（必ず記載する）例（申込者 ○○ ○○） ※切手金額の不足があった場合、受取人払いにて発送します。	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「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。

〔申込メールアドレス〕

hrn_complaza@hwc.or.jp

件 名	2021 年度 認知症介護実践研修（実践者研修） 申込み
送信内容	①受講者名 ②会社・病院等法人名 ③部署・施設・事業所名 ④連絡用メールアドレス ⑤連絡先（電話 ※日中連絡のつく番号・FAX）
※オンライン研修の場合、ID およびパスコードのご案内と資料・書類などを送受信しますので、 パソコンで利用できるメールアドレスをご記入ください。 ※上記メールアドレスからのメールを受け取れるように設定してください。	

〔申込郵送先〕

〒679-5165 たつの市新宮町光都 1 丁目 7 番 1 号 西播磨総合リハビリテーションセンター 地域支援・研修交流課 北川・木村 認知症介護実践者研修 申込書在中 （ <input type="checkbox"/> 内 赤色で記載）
--

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け取ってください。

その後 8 の申込方法に沿って、当課へ郵送してください。

※各市町に事前に確認の上、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。

※添付のない場合は推薦がないものとします。

※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してください。

10 申込期間

兵庫県社会福祉事業団 西播磨総合リハビリテーションセンター 研修交流センター 地域支援・研修交流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。

〔提出書類〕

研修申込受付日時
2021 年 5 月 6 日（木） ～ 6 月 4 日（金）

※メールによる申込後は、原本および返信用封筒が 6/4（金）までに必着のこと。

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、申込者全員に受講可否返信用封筒を使用し、通知します。
- ・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」	<u>申込者 1 名につき 1 部作成</u> ホームページから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、研修交流センター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
※地域支援・研修交流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施設・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、地域支援・研修交流課へ問合せください。
- ・自家用車でのお越しの場合は、当センター西側の駐車場を使用してください。指定場所以外で駐車はご遠慮ください。
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。

問い合わせ先

(社福) 兵庫県社会福祉事業団 西播磨総合リハビリテーションセンター

研修交流センター 地域支援・研修交流課 北川・木村

〒679-5165 たつの市新宮町光都 1 丁目 7 番 1 号

TEL 0791-58-1050 (内線 205・207)

(祝日除く 月～金 9 時～17 時)

ホームページ http://www.hwc.or.jp/nishiharima/seminar_exchange/seminar/