

2022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『認知症介護研修留意事項』をあらかじめご理解の上、申込みください。

受講方法（①オンライン・②集合・①②併用研修等）は、申込受付開始までに公開します。
（状況に応じて、申込受付開始後も変更する場合があります。ご理解・ご協力をお願いいたします。）

1 目的

認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状（BPSD）を予防できるよう認知症介護の理念、知識・技術を修得するとともに、地域の認知症ケアの質の向上に関与することができるようになる。

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（2022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4回実施予定。

※オンラインと集合を併用予定の研修においては、いずれか一方の受講決定者が5名に満たない場合、オンライン研修のみもしくは集合研修のみへ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	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
②	介護保険施設や指定居宅介護サービス事業所等の <u>介護業務に従事している職員</u>
③	従事する法人の所属長等（申込責任者）が受講を認めた者
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、 <u>概ね実務経験2年程度以上</u> の者（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引続き受講予定の者も同条件。）
⑤	認知症介護基礎研修を修了した者あるいは同等の能力を有する者 ※義務付け免除資格（以下の資格を有さない者は認知症介護基礎研修修了が義務） 看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師 ※本研修では、認知症介護基礎研修で学んだ認知症介護の知識・技術とそれを実践する際の考え方が理解できていることを前提に進めます。 必要に応じて11 受講決定〔参考図書〕の事前理解をお願いいたします。

※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：令和4年7月7日（木）～令和4年10月18日（火）※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）の実習が必須です。 （事業所内でその旨について、事前の確認をしてください。）
②	<u>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選定し、講義・演習・実習等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。</u> 対象者は申込責任者（所属長等）と相談の上、相応しいと考えられる方にしてください。 ご本人及びご家族等と同意の上、当研修の趣旨に合意いただける対象者を予め二名以上選定できる方が受講対象になります。さらにその中から研修・実習で取組む、より相応しい一名を決めてください。 【やむを得ず対象者を変更する場合】※変更は定められた実習期間中に実習が終了する場合に限ります。 本事前課題レポートや研修中のワーク、実習等において全て初めからやり直していただきます。 対象者への研修時における取組みができなくなった場合、新たに別の対象者を決めていただくことがあります。その可能性を踏まえ、予め2人以上の対象者の選定をお願いしています。 （その内、事前に研修・実習で取組む対象者1名を確定していただき、11 受講決定『事前課題レポート』等を作成してください。研修中、ご自身の都合等で対象者を変更することはできません。 長期入院の見込み等やむを得ない場合に限ります。）

※新規開設等で自施設実習が困難な場合、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り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

オンライン研修	入室場所(職場・自宅等)は問いません。 ※受講環境が整った、貴法人代表者・申込責任者(所属長等)が認めた場所で受講してください。 ※受講環境の整備は、別途『オンライン受講における環境整備ご協力をお願い』参照。
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

6 修了証の交付

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 受講料（受講決定者のみ）

受講料 22,000 円

※その他、受講にかかる通信費や旅費、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お知らせします。

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。

申込みは以下の通りです。申込期間内に①～②の方法で行ってください。

※FAX 及び持参での申込みはできません。

(1) メールで応募

①以下の内容を確認して、申込期間内にまずは、メールでご応募ください。

②研修申込書（原本）と必要書類（認知症介護実践研修あるいは同等の能力を有する修了証（写）・該当者のみ市町推薦状（原本））を同封し、返信用封筒も併せて郵送してください。（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。

〔申込メールアドレス〕

hrn_complaza@hwc.or.jp

件 名	2022 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）⑥オンライン研修・集合研修・どちらでも可

※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、パソコンで使用するメールアドレスをご記入ください。

※ドメイン指定受信を設定されている場合「hwc.or.jp」からのメールを受取れるようにしてください。

※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。

(2) 簡易書留郵便にて送付

- 以下の申込提出物を、簡易書留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	申込者 1 名につき 1 部作成 ※白黒印刷可 ※いずれも代表者及び所属長、申込者本人の要押印	全 員
②	認知症介護 基礎研修 あるいは 同等の能力 を有する 修了証（写）	3 定員・申込要件〔対象者〕⑤に記載のある 『認知症介護実践基礎研修他の修了証（いずれか 1 つのみ）』（写） ※A4 サイズの紙面にして提出してください。 （拡大等の指定はありません。鮮明に見えるようにしてください。） ※白黒印刷可	全 員
③	受講可否 返信用封筒	『受講申込書』1 部につき 『返信用封筒』1 枚 長形 3 号(120mm×235mm)に 94 円切手 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) 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。） (3) 申込者氏名（必ず記載すること。）（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
④	市町推薦状 （原本）	『受講申込書』の受講希望の理由欄の②③のいずれかを選択している 方のみ。	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
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、当課へ送信又は郵送（簡易書留郵便）してください。

※各市町に事前確認の上、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、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いない場合、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ってください。

10 申込期間

申込受付期間は以下の通りです。

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
2022 年 4 月 26 日（火） ～ 5 月 24 日（火） 正 午

※メールによる申込後、**申込提出物および返信用封筒が 5/24（火）正午までに必着**のこと。

※申込期間以外は受付を行いません。

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、事前課題レポートの提出及び研修前後の評価（WEB入力）が必要です。

〔事前課題レポート〕※受講者のみ作成（申込時に事前課題レポートを提出しないでください。）

- ・『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ー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ー③	申込者1名につき1枚作成 研修時、様式1-③の原本(オンライン研修)又はコピー(集合研修)を用意してください。	受講者

『様式1ー③』は更新する場合があります。受講決定の際、同封している様式を用いるか、受講決定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。

〔認知症ケアの実行状況等における研修前後時の評価について〕※受講者及び施設・事業所が実施

兵庫県認知症介護研修推進計画に基づき、研修修了者の能力変化等について確認し、研修の成果について評価することが求められています。

そこで本研修では、認知症ケアの実行状況等について研修前後時の評価を、受講者個人及び施設・事業所へお願いします。詳しくは受講決定通知送付時にお知らせします。WEBにてアンケート方式で行う予定です。

〔研修で使用するテキスト〕

- ・テキストの使用は未定です。

受講決定通知の際にお知らせします。（使用しない場合もあります。）

〔参考図書〕

- ・より学びを深めていただくために、自己学習として予め以下、ご一読することをお勧めします。
（必ず購入する必要はありません。研修時に使用するものでもありません。）

『認知症介護基礎研修標準テキスト』 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

※研修センターでは販売しておりません。（ワールドプランニングホームページ及び一般書店で取扱いしています。）

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通知が届かない場合は、下記へお問合せください。
- ・集合研修の受講に際して、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。

問合せ先

（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 篠塚・阿賀

〒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/