

平成30年度埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）に係る募集要項（一般枠・その他枠）

1 目的

この研修は、高齢者介護実務者及びその指導的立場にある者に対し、認知症高齢者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に対する介護サービスの充実を図ることを目的とします。

2 実施概要（研修日程、講義及び演習の会場、申込期限等の詳細は別表を御参照ください。）

(1) 講義及び演習

6日間

(2) 職場実習

日程：研修（講義及び演習）第5日の翌日から第6日の前日までの間の20日間※

場所：原則として各受講者が所属する職場で実施することとし、自己の設定した課題の達成を目指し、実習を行います。

※実習期間の20日間は、常勤職員の勤務形態を標準として課題を設定していますので、常勤でない受講者についても、必ずこの実習時間を確保してください。

注意事項：研修期間中に介護の現場に勤務する予定のない方は、「自己の設定した課題の達成をめざす実習」であることを十分に理解した上で、自己の責任において研修前に実習先を確保し、実習先の了解を得てください。

3 定員

各回とも65名（優先枠を含む）

（定員を超える申込みがあった場合、受講希望に添えない場合があります。あらかじめ御了承ください。）

4 受講対象者

以下の①～④の要件を全て満たす者

① 身体介護に関する基本的知識・技術を修得しており、身体介護の実務経験が2年以上の者

② 研修全日程に参加が可能である者

③ アセスメント・実践計画を検討する事例を2つ程度準備できる者

（事例は、研修期間中に継続的に関わることができる認知症の人を対象とすること。）

④ 所在地が埼玉県内（さいたま市を除く）にある介護保険施設、事業所等において、以下のいずれかのサービス*の業務に従事しており、所属長から当該研修の受講について許可を受けた者。

※（ア）居宅サービス、（イ）施設サービス、（ウ）地域密着型サービス、（エ）介護予防サービス、（オ）地域密着型介護予防サービス、（カ）居宅介護支援、（キ）介護予防支援

注：上記④に該当しない場合でも、「その他枠」としてお申し込みいただけます。ただし、この場合の受講は定員に空きがある場合に限りです。

※ 手話通訳等が必要な受講希望者の方は、第7回の研修にお申込みください。

5 内容（カリキュラム）

別紙の「埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）標準カリキュラム」を御参照ください。

6 受講料

20,500円 / 1名

7 申込みについて

(1) 提出書類

①-1 受講申込書（様式第1-2号：一般枠） ※「4 受講対象者」の要件①～④を満たす者

①-2 受講申込書（様式第1-3号：その他枠） ※「4 受講対象者」の要件①～③を満たす者

② 実践者研修受講意思確認書

③ 返信用封筒（「受講可否決定通知」の送付先を長形3号の封筒に記載し、82円切手を貼付してください。）

一般枠・その他枠

(2) 提出先

〒330-9301 埼玉県福祉部地域包括ケア課 認知症・虐待防止担当あて

※ 封筒に「認知症介護実践者研修書類在中」と御記載ください。

(3) 申込締切日

別表を御参照ください。

8 受講決定

受講可否については郵送で申込者全員に通知します。

9 修了認定

(1) 受講中、以下のような行為が見受けられる場合や、研修指導者の注意に従わない場合には、受講を取り消すかまたは修了を認めない場合があります。

① 他の受講者、研修会場に迷惑をかける行為

② 研修の円滑な実施を妨げるような行為

③ 研修態度が好ましくない場合（携帯電話の使用、ガムを噛む、研修に関係のない行為、居眠り等）

(2) 提出物、その他の点から研修内容を理解していないと判断される場合には、別途レポート提出を求めるかまたは修了を認めない場合がありますのであらかじめ御了承ください。

(3) 全カリキュラム（全日程）を修了した方に、研修最終日に修了証書を交付します。

遅刻、早退、欠席をした場合には、原則として修了証書は発行しません。

また、修了証書は再発行しませんので大切に保管してください。

10 注意事項

(1) 受講の可否にかかわらず、申込書類は返却いたしませんので御了承ください。

(2) 納入された受講料は、原則として返金できません。

(3) 受講決定後、やむを得ない事情により参加ができなくなった場合は、速やかにその旨を御連絡ください。

(4) 研修受講の際は、県及び研修実施機関からの受講上の注意事項を遵守してください。

(5) 駐車場の確保はしておりませんので、研修会場への来場は公共交通機関を御利用ください。

11 本件に係る問合せ先

担当：埼玉県福祉部地域包括ケア課 認知症・虐待防止担当

電話：048-830-3251（担当直通）

(参考)

- ・指定認知症対応型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所、指定介護予防認知症対応型通所介護事業所、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の「管理者」になる予定の者が「認知症対応型サービス事業管理者研修」を受講するためには、当該研修を修了していることが必要となります。
- ・指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の「計画作成担当者」になる予定の者が「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」を受講するためには、当該研修を修了していることが必要となります。
- ・「認知症介護実践研修（実践リーダー研修）」を受講するためには、当該研修の修了後1年以上経過していることが必要となります。

平成30年埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）日程

回	日程	会場	実施機関	申込期限	
第1回	募集は終了しました。				
第2回					
第3回					
第4回					
第5回	第1日	平成30年10月22日(月)	浦和コミュニティセンター	特定非営利活動法人 生活介護ネットワーク	平成30年 9月28日(金) 郵送必着
	第2日	平成30年10月23日(火)			
	第3日	平成30年10月24日(水)			
	第4日	平成30年10月29日(月)			
	第5日	平成30年10月30日(火)			
	第6日	平成30年12月17日(月) 又は 平成30年12月18日(火) (予定)	浦和コミュニティセンター(予定)		
第6・7回	日程・会場が確定次第、県ホームページを更新し、お知らせします。				

※ 第6日の日程・会場は、9月上旬に確定する予定です。

平成30年度第5回埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書（一般枠）

平成 年 月 日

埼玉県福祉部地域包括ケア課長あて

事業所運営“法人”名:

代表者職氏名:

法人印

次の者が、以下のとおり受講申込みを行うことを承認します。
 なお、受講申込者の身体介護業務に従事した期間が□年□か月以上^{注1}であることを確認しています。
 また、受講申込者が当事業所に勤務（身体介護に限定しない）している期間は□年□か月^{注2}です。

私は、以下のとおり受講を希望します。（自署）

ふりがな:

氏名:

印

生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	性別	男・女
本人連絡先 ^注 （災害発生時など受講者に緊急に連絡する必要がある際に使用します。）					

1 研修期間中の所属等

所属の名称					
所属の住所					
介護保険 事業所番号		職名			
事業所電話番号	()				

2 本申込みに係る担当者連絡先（担当者が受講申込者本人の場合でも記載してください。）

担当者氏名		電話番号	()
-------	--	------	-----

3 受講決定通知送付先

宛先	
住所	〒

4 平成29、30年度の当研修の申込みで、「受講否」となった方は下記に御記入ください。

「受講否」とされた研修	平成□年度第□回埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）
受講可否通知番号 （様式3-1号氏名横に記載） 例：「一般枠12」	※ 受講決定通知番号が不明の場合は未記入で結構です。

5 希望研修回

回	実施団体	記入欄
第5回	生活介護ネットワーク【浦和会場】	①

注1 代表者等は、身体介護業務の従事期間（他の事業所での経験を含む）が2年以上であることを確認した上で承認してください。

注2 研修では「認知症介護に関する職場の問題点や課題」等について議論するため、現在お勤めの事業所でも十分な勤務期間があるか確認するものです。必ず記入してください。

平成30年度第5回埼玉県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書（その他枠）

平成 年 月 日

埼玉県福祉部地域包括ケア課長あて

私は、以下のとおり受講を希望します。（自署）

ふりがな

氏 名

印

生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	性別	男・女
本人連絡先☎（災害発生時など受講者に緊急に連絡する必要がある際に使用します。）					

1 身体介護の従事経験

身体介護業務に従事した期間は、□年□か月以上^{注1}です。

なお、詳細は以下のとおりです。

従事期間	サービスの種類	事業所名	職種	職名
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				

2 研修期間中の所属等

所属の名称				
所属の住所				
介護保険 事業所番号		職名		
事業所電話番号	()			

3 本申込みに係る担当者連絡先

担当者所属名			
担当者氏名 ^{注2}	電話番号	()	

4 受講決定通知送付先

宛名			
住所	〒		

5 希望研修回

回	実施団体	記入欄
第5回	生活介護ネットワーク【浦和会場】	①

注1 身体介護業務の従事期間（他の事業所での経験を含む）が2年以上であることが必要です。

注2 担当者が受講申込者本人である場合にも記入してください。

認知症介護実践者研修 受講意思確認書

お名前（受講申込者）【自署】： _____

所 属： _____

この確認書は、研修期間中に受講生が円滑に研修を受講できるよう、受講申込前に受講申込者及びその上司の方に本研修の趣旨を理解していただき、それを確認させていただくものです。必ず全ての項目に記入し、研修申込書とともに御提出ください。

<研修の目的・趣旨>

当研修は「身体的介護に関する基本的知識・技術を習得しており、身体介護に関する実務経験が2年以上である方」が対象で、施設、在宅に関わらず認知症の原因疾患や容態に応じ、本人やその家族の生活の質の向上を図る対応や技術を修得することを目的として実施します。

また、当研修は、認知症対応型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者及び指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者になるために修了が義務づけられている研修です。

<受講申込者の記入欄>

① 本研修の目的・趣旨を御理解いただけましたか。

- ・ はい（目的・趣旨を理解し、その内容に沿って受講申込を行います。）
- ・ いいえ（目的・趣旨を理解できません。）

② この研修の受講を希望する動機や研修で学びたいこと、期待することをお書きください。

（受講動機）

（この研修で学びたいこと、期待することをお書きください。）

③ 本研修には20日間の職場実習（課題の達成を目指した実習）が含まれています。所属において職場実習に対する協力が得られていることが確認できましたら、実習事業所名を御記入ください。

- ・ はい（実習事業所名： _____）
- ・ いいえ（実習先事業所が確保できません。）

<所属施設の上司の方の記入欄（ここから下は直属の上司の方が御記入ください。）>

お名前（受講申込者の上司の方）： _____

役職： _____

① 本研修の目的・趣旨を御理解いただけましたか。

- ・ はい（目的・趣旨を理解し、その内容に沿って受講申込みを行います。）
- ・ いいえ（目的・趣旨を理解できません。）

② 当研修の受講対象者は身体的介護に関する基本的知識・技術を習得している方で身体介護の実務経験が2年以上ある方が受講対象者となります。受講申込者はこの要件を満たしていますか。

- ・ はい（要件を満たしていることを確認しています。）
- ・ いいえ（要件を満たしていません。）

③ 本研修には20日間の職場実習（課題の達成を目指した実習）が含まれています。上記受講申込者の職場実習に対する御協力をいただける場合には実習事業所名を御記入ください。

- ・ はい（実習事業所名： _____）
- ・ いいえ（実習先事業所が確保できません。）

④ この研修で受講申込者に学んでもらいたいこと、期待することをお書きください。