

【1】2024 年度 認知症介護実践研修（実践者研修） 実施要項

予め、『本実施要項』及び『認知症介護研修留意事項』をご理解の上、申込みください。

受講方法は、西播磨総合リハビリテーションセンターは集合研修にて研修を実施します。

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〕 60 名（2024 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は 4 回実施予定。

〔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）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（※1））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（※2）</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 ※ <u>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。</u> <u>必要に応じて本要項 11 受講決定に記載する〔参考図書〕の事前理解をお願いいたします。</u>

※1 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。

※2 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、職場における 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。（職場実習の可否について事前に確認をお願いします。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等を調整してください。）
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、実践的な取り組みを行っていただきます。</u> <u>対象者は以下条件をどちらも満たす方を 2 名以上選定してください（2 名以上選定できない方は受講不可とします。）</u> ①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 ②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方 <u>選定した 2 名以上の対象者の中から研修・実習で取り組むより相応しい 1 名を確定してください。</u> <u>本要項 11 受講決定に記載する〔事前課題〕を作成してください。</u> （研修中にご自身の都合等で対象者を変更することはできません。変更は長期入院の見込み等やむを得ない場合に限りします。） <u>【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します。</u> 対象者への研修時における取り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必要があります。その可能性を踏まえ、 <u>予め 2 名以上の対象者の選定をお願いしています。</u> そのうち、研修・実習で取り組む対象者 1 名を決めてください。 ※研修中、ご自身の都合で対象者を変更することは出来ません。変更は、長期入院の見込み等やむを得ない場合に限りします。 <u>対象者が変更となった場合は、本事前課題や研修中のワーク、実習等において全て始めからやり直していただきます。</u> 対象者変更は、実習期間中に実習が終了する場合に限り、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。

※職場実習は、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

本研修は集合研修により実施します。

集合研修	(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で実施 ※会場の変更や実施方法が変更となる場合があります。 研修会場等は、受講決定時及び研修中に受講決定者へ通知します。
------	--

※ 本研修では、多数の受講者が集まり研修を実施します。

集合研修にあたっては、感染防止の観点からマスクの着用について、ご協力をお願いいたします。

研修当日は検温・手指消毒等を必要に応じてお願いすることがあります。

その他、感染症対策を実施し、研修を実施いたします。

確実に感染しないということではないことをご理解いただくうえでお申込みください。

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 申込方法等について

申込みから受講までの手続きは『受講までの流れ』を確認して下さい。

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（認知症介護基礎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	2024 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（電話番号※日中連絡のつく番号・FAX）
※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」からのメールを受け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

記載している申込提出物を、簡易書留にて送付してください。

〔申込提出物〕

※『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〕

〒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)

〔必要な提出物等〕

	名 称	内 容	対 象
①	受講申込書 様式 1-①	申込書 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）	認知症介護基礎研修の修了証あるいは3「定員・申込用件」〔対象者〕 ⑤ に記載の資格を証明する書類（資格免許等）を提出してください。 ※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	市町推薦状 （原本）	9「市町推薦状について」に記載の順に従い、受け取った市町推薦状を提出してください。	9「市町推薦状について」に記載の 該当者のみ
④	新旧の氏名が 分かる公的書類等	提出書類と申込書の氏名が異なる場合、氏名変更が記載されている公的書類等（発行から3ヶ月以内）を添付してください。研修途中の変更も同様です。 （例） ・氏名変更が記載されている免許証の表裏両面の写し ・戸籍抄本の原本 ・その他新旧の氏名が分かる公的書類等の写し	提出書類と 申込者の 氏名が 異なる方
⑤	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（□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

9 市町推薦状について

〔提出が可能な方〕

- ①、②の場合により、同年度内に本研修と合わせて認知症対応型サービス事業管理者研修または小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を受講される方

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方が本研修を未受講である場合

〔推薦状依頼方法〕

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依頼書を提出してください。推薦依頼書の様式は、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ホームページからダウンロードできますが、市町が指定様式を設けている場合もありますので、事前に市町へご確認ください。

他、市町の推薦状の詳細については、各市町介護保健等の担当課にお問い合わせください。

※添付のない場合は、市町推薦がないものとします。

※推薦状は研修あたり同一事業所2名までとします。

10 申込期間

申込受付期間は以下の通りです。

〔申込受付期間〕 ※申込期間以外は、一切受け付けません。

研修申込受付期間
2024年 4月 25日（木） ～ 5月 22日（水）正午 必着

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。郵送先は、申込フォームに入力いただいた「所在地（現勤務先）」宛にお送りします。
- ・選考後、受講者のみ、事前課題の提出が必要です。

〔事前課題〕※受講者のみ作成（申込時に事前課題を提出しないでください。）

- ・『事前課題の作成・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 様式１－③	申込者１名につき１枚作成 研修時、様式１－③のコピー（集合研修）を用意してください。	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、同封している様式を用いるか、受講決定後に西播磨総合リハビリテーション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。
※事前課題は変更となる場合があります。必ず受講決定通知書を確認してください。

〔研修で使用するテキスト〕

**『新訂 認知症介護実践者研修標準テキスト』 監修 認知症介護実践研修テキスト編集委員会
ワールドプランニング社 定価 2,500 円＋税**

※当方では販売しておりません。各自お買い求め下さい。（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。）

〔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

※当方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。）

『認知症介護実践研修テキスト 実践者編』 編集 認知症介護実践研修テキスト編集委員会 中央法規

※当方では販売しておりません。（中央法規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、下記までお問合せください。
- ・集合型研修の場合、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。指定場所以外での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 認知症介護研修担当 安井・阿賀
住所 〒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 9：00～17：00）
FAX：0791-58-1070
ホームページ：https://www.hwc.or.jp/nishiharima/seminar_exchange/seminar/