

令和6年度 香川県認知症介護実践研修（実践者研修）実施要領

1 目的

高齢者介護実務者に対し、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する。

2 実施主体（指定法人）

社会福祉法人 守里会（令和4年3月11日付にて香川県知事より指定）

3 研修対象者

認知症の知識に関して、介護福祉士等の知識、もしくはそれと同等の知識を習得しており、香川県内の介護保険施設・事業所等に従事し、高齢者介護の現場経験を2年以上有する介護職員等※であって、指定法人が適当と認めた者とします。

※ 原則として、認知症介護基礎研修（基礎研修受講免除者を除く）を修了していることが前提です。

※ 認知症対応型サービス事業管理者研修及び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、当研修の修了が必要です。

4 研修カリキュラム

別紙のとおり

5 研修日程

研修期間は下記のとおりですので、いずれかを選択してください。

受講希望者が定員より大幅に少なかった場合は、回数を減らす場合がありますので、ご了承ください。

○ 第1回

- 【前期】講義・演習：令和6年 6月24日（月）～ 6月25日（火）
- 自施設実習：令和6年 6月26日（水）～ 7月7日（日）
- 【後期】講義・演習：令和6年 7月8日（月）～ 7月9日（火）
- 実習課題設定：令和6年 7月10日（水）
- 自施設実習：令和6年 7月11日（木）～ 8月7日（水）
- 自施設実習評価：令和6年 8月16日（金）

○ 第2回

- 【前期】講義・演習：令和6年10月7日（月）～10月8日（火）
- 自施設実習：令和6年10月9日（水）～10月20日（日）
- 【後期】講義・演習：令和6年10月21日（月）～10月22日（火）
- 実習課題設定：令和6年10月23日（水）
- 自施設実習：令和6年10月24日（木）～11月20日（水）
- 自施設実習評価：令和6年11月29日（金）

○ 第3回

- 【前期】講義・演習：令和7年 1月6日（月）～ 1月7日（火）
- 自施設実習：令和7年 1月8日（水）～ 1月19日（日）
- 【後期】講義・演習：令和7年 1月20日（月）～ 1月21日（火）

- 実習課題設定：令和 7年 1月22日（水）
- 自施設実習：令和 7年 1月23日（木）～ 2月19日（水）
- 自施設実習評価：令和 7年 2月28日（金）

6 研修方法

5日目は、集合形式とし、その他はオンライン研修とします。

但し、新型コロナウイルス感染症等の状況により、5日目もオンライン研修になる場合があります。

7 研修場所

- ・ 集合研修：社会福祉法人守里会 守里会看護福祉専門学校（高松市香西本町17番地9）
TEL:087-813-3359 （集合研修当日のみ連絡可）
- ・ オンライン研修：受講者の所属施設又は自宅
- ・ 自施設実習：各受講者の所属施設で実習

8 経費

受講料 21,000円（税込み）

※ 研修開始1週間前までに指定口座にお振込み下さい。また、お支払いいただいた受講料は、研修を修了できない場合でも返還できません。

使用テキスト：

『新訂・認知症介護実践者研修標準テキスト』（株式会社ワールドプランニング）
定価 2,500円＋税

株式会社ワールドプランニング

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 オザワビル

TEL 03-5206-7431 FAX 03-5206-7757 E-mail: world@med.email.ne.jp

※ テキストは事前に購入し、確認しておいてください。

9 申込み方法

- ・ お申込みは、1施設・事業所につき1名のみとさせていただきます。
- ・ 受講希望者は、施設・事業所の代表者を通じて別添申込書に必要な事項を記入のうえ、認知症介護基礎研修修了証書または、免除理由の資格者証のコピーを添付して、下記へ郵送によりお申込みください。（郵便事情が悪いため、余裕を持ってお申込みください。）
- ・ 受講要件の審査にあたり、受講申込書の記載内容について確認させていただく場合があります。
- ・ 受講申込の記載内容に虚偽があった場合は、修了を認めない又は取り消すことがあります。

【申込期限】 令和6年 5月13日（月）（必着）

【申込先】 〒760-0036 香川県高松市城東町1丁目1-46

社会福祉法人 守里会 認知症研修事務局宛

- ・ 本研修を受講することにより指定基準等を満たす場合は、事業所が所在する市町からの推薦書を添付してください。
- ・ 封筒表に「認知症介護実践者研修受講申込書在中」と朱書きください。

10 受講決定

- ・ 受講定員は各回60名とします。
- ・ 定員を超える受講申し込みがあった場合の選定順位は次のとおりとします。
 - 1 事業所が所在する市町の介護保険担当課から推薦のあった者

- 2 所属する施設・事業所の認知症介護実践者研修修了者数が少ない者
- 3 介護現場経験年数の長い者
- ・ 申込み状況によっては、受講希望日程以外での受講決定となる場合もあります。
- ・ 受講の可否、研修日程等は、後日文書で施設・事業所の代表者宛に通知します。
- ・ 受講決定後の受講者の変更は原則としてできません。やむを得ず変更する場合は施設・事業所の代表者を通じて「変更届」を提出していただきます。

11 修了証書

本研修の全課程を修了された方に、指定法人発行の修了証書を交付します。

12 その他

- ・ 全日程に参加できる方を推薦し、本人の受講意思を確認後申込みして下さい。
- ・ 受講決定後、やむを得ず研修を辞退する場合は、施設・事業所の代表者を通じて「辞退届」を提出してください。
- ・ 原則として、研修当日の遅刻・早退・欠席は認められません。体調管理にお気を付けください。
- ・ 研修用テキスト（前記）は、事前に各自で購入し、事前学習し、研修当日ご持参ください。
- ・ 新規に開設する場合で、自施設実習が困難な場合は、各事業所において実習先（特養、老健等）を確保してください。
- ・ 旧痴呆介護実務者研修（基礎課程）修了者は、再度受講する必要はありません。
- ・ 受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外には使用しません。

13 オンライン研修を受講するにあたっての注意事項

本研修は Web 会議システム Zoom を使用したオンライン研修とします。受講申込は、以下の事項を必ずご確認の上、お申込みください。同意できない場合は、受講いただけませんので、予めご了承ください。

(1) ご準備いただきたいもの

- ・ Zoom が使用できる環境
- ・ パソコン（タブレット・携帯電話不可）
- ・ ※原則、受講者 1 名につき 1 台（2 名以上で 1 台の PC 使用は認めません。）
- ・ マイク（パソコン内蔵・ヘッドセットであれば不要）
- ・ ヘッドセット、イヤホン等（あれば）

※講義中、カメラやマイクが使用できない環境の場合は受講不可とします。カメラには常に顔全面が映るようにしてください。注意してもカメラに顔全面が映らない場合、受講不可と致します。

- ・ 研修受講に適した環境

不特定多数に研修内容を閲覧されず、必要に応じ自由に発言できる環境（会議室等）、研修受講に集中できる環境を確保してください。

※無断で画面からの退席や遅刻などを発見した場合、研修欠席とみなし修了証書は交付致しません。

(2) 留意事項

- ・ 無線の場合、回線が途中で中断するおそれがありますので、なるべく有線で受講してください。
- ・ 録音、録画は禁止とします。
- ・ 研修受講決定者に対して、事前に接続テストを実施いたします。
- ・ 受講者側のシステムトラブルや接続の不具合などにより、本研修に参加できなかった場合や途中の切断、画像・音声の乱れが生じた場合は、原則、参加費の返金は致しません。

- ・再配信は致しません。
 - ・URL 等は本研修受講者のみ利用可能です。
 - ・URL 等の再配布は禁止です。
 - ・研修当日までに接続テストを行います。
 - ・オンライン研修の登録メールアドレスは原則、事業所のメールアドレスでご登録下さい。
- ※体調不良やオンライン環境の不備、遅刻、欠勤などにより修了証書を交付しなかった場合の返金はありません。また、次年度受講される場合において、受講料は再度全額払いとします。

14 研修問合せ先

社会福祉法人 守里会

〒760-0036 香川県高松市城東町1丁目1-46

電話：087-813-0778 FAX:087-813-0832

別 紙

令和6年度 香川県認知症介護実践研修（実践者研修）

受 講 申 込 書

年 月 日

社会福祉法人守里会
理事長 松木 孝和 様

法人・事業者名
代表者職・氏名
郵便番号
法人・事業者住所
事務担当者名
電話番号
FAX 番号

令和6年度香川県認知症介護実践研修（実践者研修）を次の者に受講させたいので申込みます。

| | | | |
|--|---|------------------|-------|
| 受講者 氏名 | ふりがな | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 勤務 施設等名 | 基礎研修受講： 年度 | | |
| オンライン研修 登録メールアドレス | | | |
| 勤務施設等 種類 | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 勤務先 所在地 | （〒 - ） (Tel - -) | | |
| 現職経験 | 職 種 | 役職名 | |
| | 経験年数 | 年 月 採用 年月日 | 年 月 日 |
| 資格の有無 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の資格（ ） <input type="checkbox"/> 介護現場経験年数2年以上（ 年 か月）※基礎研修修了必須 | | |
| 勤務施設における認知症介護実践者研修修了者数 （旧痴呆介護研修の基礎課程修了者を含む） | 人 | | |
| 受講希望 日 程 | 第1希望 | 第2希望 | |
| | 第 回 | 第 回 | |
| 受講希望理由 （受講者本人が記入すること） | | | |

- ※1 記入漏れのないようにご記入ください。生年月日は、和暦でご記入ください。
- ※2 基礎研修を受講されている方は、「基礎研修受講」欄にご記入をお願いします。
- ※3 「現職経験」欄の「経験年数」欄には、申込日現在の現職場での経験年数を記入し、「介護現場経験年数2年以上」欄は、現職経験年数も含めて、必ず記入（必須）してください。
- ※4 認知症介護基礎研修修了証書または、免除理由の資格者証のコピーを添付してください。
- ※5 受講申込書の記載内容に虚偽があった場合は修了を認めない又は取り消すことがあります。
- ※6 受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外には使用しません。