

平成29年度第3回認知症介護実践者研修実施要領

1 目的

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し、介護現場で実践的能力を発揮できる者を養成する。

2 実施主体

福井県（社会福祉法人 福井県社会福祉協議会に委託）

3 対象者

次のいずれにも該当する場合に受講を申し込むことができます。

- ・介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等であって、原則として身体介護に関する基本的知識・技術を修得しており、介護実務経験が2年以上の者
- ・受講について、所属する施設・事業所の長から推薦があり、研修全日程を受講することができる者

※地域密着型サービス事業者の指定基準等を満たすために本研修を受講する場合

認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者になることが予定されている場合、または「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」を同時受講する場合は、市町長または坂井地区広域連合長の推薦書が必要です。

4 研修日程

別紙研修日程表参照（講義・演習6日間、自施設実習18日間、実習のまとめ1日間）

5 申込方法、申込期限

所属職員の受講を希望する施設・事業所は、「受講申込書」（別紙様式2）を必ず封書により下記まで提出してください。

（申込期限必着、なお、FAXでの申込みはできません。）

【提出先】 ※申込期限必着

- ①認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者になることが予定されている場合、または「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」を同時受講する場合

・・・事業所が所在する市役所・町役場（あわら市・坂井市は坂井地区広域連合）の介護保険担当課…………平成29年10月10日（火）×切

- ②上記以外

・・・（福）福井県社会福祉協議会 人材研修課
…………平成29年10月10日（火）×切

6 資料等負担金

5,000円（テキスト代 3,456 円含む）

※本年度からテキストは「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）を使用します。



7 定 員

100名

8 受 講 決 定

「受講承認通知」もしくは「受講不承認通知」を平成29年10月下旬に申込施設・事業所あて送付します。

- 受講が義務付けられた者の申込みを優先します。
- 定員を超える場合、原則1施設・事業所の受講者を1名とさせていただきます。
- 平成29年5月以降に新規開設した施設・事業所であって、本研修の修了者がいない施設・事業所の受講を優先する場合があります。
- 上記調整を行ってもなお、受講希望者多数の場合には、前回の申込状況等を考慮した上で抽選を行い、受講者を決定します。

受講決定についての問い合わせ先

福井県長寿福祉課在宅ケア推進G 0776-20-0332

※研修初日の10日前を過ぎても通知が届いていない場合には、お手数ですが、下記の事務局まで電話にてお問合せください。

9 修了証書の交付

全日程・全課程を修了した者に修了証書を交付します。

※遅刻・早退・欠席がある場合は補講等の対象となり、当該研修日程終了時には修了証書を交付できない場合がありますのでご注意ください。

10 個人情報の取扱い

受講申込書等本事業において本会が取得した個人情報は、個人情報保護法および本会個人情報保護に関する基本方針、個人情報保護規程を遵守し、適正に取扱いいたします。

11 そ の 他

- 研修会場へはできるだけ公共交通機関または乗合わせにてお越しください。
- 昼食は各自ご用意ください。
- 受講態度の良くない方は、退室していただく場合または修了を認めない場合があります。
- 自施設実習では実習記録用紙を提出していただくこととなります。提出された実習記録の内容が本研修の目的と異なる記載内容や明らかな記入不足が認められた場合、修了を認めないことがあります。
- 受講決定後、受講できなくなった場合は、速やかに事務局まで連絡してください。

12 事 務 局

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会 人材研修課

住 所 〒910-8516 福井市光陽2丁目3-22

TEL 0776-21-2294