

第3回認知症介護実践者研修（新カリキュラム）

受講者募集要綱

1. 開催目的

認知症高齢者が増加する中、高齢者介護実務者に対し、認知症高齢者がその有する能力に応じて自立した生活を営むことを支援できるよう、福祉専門職として、どのようなサービス形態であっても介護現場で実践できる専門職員を養成することにより、認知症介護の知識や技術を修得し、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. 主催者

社会福祉法人ほくろう福祉協会【札幌シニア福祉機構】

※ 札幌市指定 第7号（平成22年4月22日）

※ 北海道指定 第7号（平成22年5月20日）

3. 研修対象

1. 認知症介護業務に従事する介護職員等であって、原則として認知症介護基礎研修を修了した者あるいはそれと同等以上の能力を有し、身体介護に関する基本知識・技術を修得し、介護保険施設・事業所等において、認知症介護業務に概ね2年程度従事した経験を有する方。

2. 居宅介護支援事業所等で居宅サービス計画等の作成に従事する介護支援専門員であって、認知症の利用者に係る計画等作成の経験を、概ね2年程度有する方。

4. 研修内容及び定員

	研修内容	研修時間
①	講義・演習	4日間（24時間）
②	実習	自施設実習4週間＋他施設実習1日
③	実習のまとめ	3時間
※詳細なカリキュラムは別表1のとおりです。		

【定員】 30名

※ 新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、オンラインによる研修に変更する場合があります。

※ 全ての研修時間を満たした方に、修了証書を交付します。

5. 研修会場

①講義・演習及び③実習のまとめの会場は次のとおりです。

第2回	かでの 2. 7 札幌市中央区北 2 条西 7 丁目 ※札幌駅 徒歩 12 分 地下鉄大通駅 徒歩 9 分 有料地下駐車場があります。
-----	--

②実習

他施設実習	新型コロナウイルス感染症の拡大防止を図る観点から、受入先施設の状況等に応じて、他施設実習を自施設実習で代替とします。
自施設実習	各受講者が所属している施設・事業所

6. 申込み方法及び決定

様式 1 申込書に必要事項を記載し、施設・事業所代表者の印を捺印の上、郵送により申込み下さい。〆切は令和 4 年 10 月 14 日です。

受講要件及び申込順により、受講決定書を送付します。尚、申込多数の場合等は、受講できないこともありますので、ご了承ください。

7. 受講料 23,000 円

※ 受講決定通知書発送後、研修前日までに指定口座に振込をお願いいたします。

※ 振込後のキャンセルは、振込手数料を差し引いた受講料をご返金致します。

※ 別途テキスト「認知症介護実践研修テキスト」(中央法規) 2,600 円(税別)が必要となります。研修初日の朝、販売致しますので現金で購入をお願いいたします。

8. 講義・演習担当講師

定められた認知症介護指導者が担当します。

9. 留意事項

- ・ 申込書の記載は、慎重に御願います。(実務経験等の不実が認められた時は、修了証書を交付できません。)
- ・ 事務局から受講決定通知書を送付した以降は、原則、受講者の変更は応じられません。
- ・ 研修効果を高めるため、受講者ご自身の問題意識等について、所定様式により提出していただく場合がございます。(受講決定通知書と一緒にご案内します。)

10. 開催日程

講義・演習 【4日間】	前期	令和4年10月24日(月)～10月25日(火)
	後期	令和4年11月10日(木)～11月11日(金)
自施設実習 【4週間】+【1日間】	令和4年11月12日(土)～12月11日(日)	
実習のまとめ【3時間】	令和4年12月16日(金)	

11. お申込み・問合せ先

社会福祉法人ほくろう福祉協会【札幌シニア福祉機構】 〒004-0014 札幌市厚別区もみじ台北6丁目2番5-2号 電話 011-897-1100 担当者：五十嵐

※ ホームページでもご案内しております。

札幌シニア福祉機構

検索



(様式 1)

令和 4 年度 社会福祉法人ほくろう福祉協会【札幌シニア福祉機構】
認知症介護実践者研修 受講申込書

年 月 日

社会福祉法人ほくろう福祉協会
理事長 松本 剛一

所 属 名
代表者氏名 印

次の職員に、標記研修の受講を申込み致します。尚、主な経歴及び認知症介護の経験年数については、記載のとおりであることを証明します。

受講希望開催回： 3 回目 (10月開催) 申込み

フリガナ		性 別	生 年 月 日	年 齢
受講者氏名		男 ・ 女	昭・平 年 月 日	才
現職名 ※1		従事している 資格名称 【○印】	介護福祉士・ホームヘルパー (1・2 級) 介護職員実務者研修・介護職員初任者研修 看護師・准看護師・介護支援専門員・ 社会福祉士・無資格 その他 ()	
法人名		経営主体 【○印】	社会福祉法人・医療法人・ NPO 法人・株式会社・ 有限会社・その他 ()	
勤務先種別				
事業所名				
所在地 住所・連絡	〒	電 話		
		F A X		
		E-mail		
主な職歴 (現に勤務 する施設・ 事業所での 経験年数も 含む)	期間	通算期間	勤務先	職務内容
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 研修受講月	年 ヶ月		
■ 認知症介護の経験年数 (研修受講月現在) ■				
合計 年 ヶ月				
備考※2				

※1 介護主任・介護リーダー等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるよう記載して下さい。

※2 開設準備中及び増設並びに計画作成担当者が不在になるなど、特記事項を記入して下さい。