

平成 24 年度 神奈川県認知症介護実践者研修（第 4 回）における 市町村推薦申込みの概要

1 研修の目的

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な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 実施主体

神奈川県（研修実施事業者として社会福祉法人神奈川県社会福祉事業団に委託）

3 定員

40 名（市町村推薦枠）

定員を超える申込みがあった場合は、「8 受講決定基準」により選考を行い、今回受講ができない場合があります。

（なお、24 年度認知症介護実践者研修は、今回で終了です。次年度も本研修の実施を予定しておりますので、管理者等の就任予定日を考慮し、受講が必要になる時期等を十分にご確認のうえ、適切な受講時期に申込みください。）

4 受講対象者

市町村推薦の対象者は、「本研修の受講により配置基準を満たす事業者」であり、また次の要件をすべて満たしていることが必要ですので、必ず確認ください。

- (1) 神奈川県内（横浜市、川崎市及び相模原市を除く）にあり、
介護保険法第 8 条第 22 項に規定する介護保険施設（指定介護老人福祉施設、指定介護老人保健施設及び指定介護療養型医療施設）
介護保険法第 41 条に規定する指定居宅サービス事業者
介護保険法第 42 条の 2 に規定する地域密着型サービス事業者等で介護、看護の業務に従事している方。
- (2) 介護業務におおむね 2 年以上従事した経験を有している方
- (3) 介護福祉士又は介護福祉士相当の知識・技術を有している方
- (4) 全日程出席可能な方（欠席は原則認められません）
- (5) 管理者等の就任予定日と受講日程が適切であると認められる方
（受講から就任予定日が大きくずれている場合対象外となります）
- (6) 本研修を過去に受講されていない方
- (7) 本年度中に開催された本研修において、受講の取り下げを行った事業者の所属でない方
- (8) 本申込み概要の内容について了知する方
- (9) 市町村が、上記の要件を満たすことを確認し、責任を持って推薦できる方

5 募集期間

平成 24 年 11 月 28 日～平成 24 年 12 月 13 日（必着）

募集期間最終日を募集締切日とし、県高齢福祉課宛てに必着とします。募集期間開始前の申込み、締切を超えた場合受付しません。

6 申込み方法

当該市町村の担当課と、受講対象者に該当し、市町村からの推薦を得られるか事前に相談・確認のうえ、「平成 24 年度神奈川県認知症介護実践者研修受講申込書（市町村推薦）」に必要事項を記入の上、事業所印を押印後、市町村の発行する市町村推薦書を添えて、必ず当該市町村の担当課を通じて申込みください。なお市町村担当課は、申込書を送付する前に、事前に人数の確認のため、県高齢福祉課 担当者宛てにファクシミリで受講申込書及び市町村推薦書を送付ください。

本件について事業者様から当課・委託先への直接申込みは、受付しません。
本研修を受講することにより、配置基準を満たす事業所は、必ず事業所が所在する市町村の担当課を通して申込みください。当該市町村担当課より推薦書を添えて申込みが行われます。

【提出先】

〒231-8588 神奈川県横浜市中区日本大通 1

神奈川県保健福祉局 福祉・次世代育成部高齢福祉課 担当：長澤

【電話及びファクシミリ】

電話 045-210-1111（内線 4847） ファクシミリ 045-210-8874

7 受講決定通知

今回の申込みの結果については、順次決定のうえ、受講者決定通知書を発送します。

8 受講者決定基準

(1) 受講申込み者が定員を超えた場合、以下の順で受講者を決定します。

指定密着型サービス事業所が、人員配置基準を満たすために、申込みを行っている方
管理者等の就任予定日と受講日程を精査し、その回の研修受講の必要性が高いと判断される方

各施設・事業所の種別において、認知症介護経験が長い方

同一施設・事業所より複数名の申込があった場合、原則 1 名とさせていただきます。

受講決定後に受講者を同一施設・事業所で交代することは認めません。

～ の基準に差がない場合は、申込み日（県高齢福祉課が受領した日とします）の早い順とします。

(2) 定員に満たない場合は、実施主体で協議のうえ選考し、受講者を決定します。

9 研修日程・会場等

別添「平成 24 年度 神奈川県認知症介護実践者研修（第 4 回）日程表」のとおり

10 職場実習

それまでの講義・演習を踏まえた実習課題を自身で設定し、受講生自身が所属する施設・事業所において具体的な取り組みをし、結果をまとめ、レポートをご提出いただきます。

なお、「新規開設（予定）事業所で 4 週間職場実習が行えない事業所」から参加する場合は、まずご自身で 4 週間職場実習が行える事業所をお探してください。難しい場合は他施設実習施設の中から調整を検討しますので、申込み時にお申し出ください。

また、他施設実習については、他法人で実施します。申込書に別添の外部実習一覧表から実習希望施設を第1から第3希望までご記入ください。

11 受講者の費用負担

- (1) 受講者は、研修の実施に必要な費用のうち、次の費用を負担します。

受講料として10,000円

また新規開設施設のため、「4週間の職場実習が自施設で行えない」場合は、14,000円となりますので、ご注意ください。

この受講料は、資料代、傷害保険料等の実費相当額となり、支払方法（お振込先等）は、受講者決定通知書によりご案内いたします。

振込み時にかかる費用は振込み者の負担となります。

納入された受講料は返金できません。

受講決定後に、振り込み期限までに受講料の納入をされずに研修受講の取り下げを行った場合も、受講料の徴収はさせていただきますので、留意ください。

- (2) 交通費

- (3) 食費

12 修了認定の基準

全日程を出席し、すべての講義に意欲的に取組んだ方のみ修了証書を交付します。

13 注意事項

- (1) 受講申込書に不実や虚偽の記載があった場合は、受講決定及び修了証書を取り消すとともに、同事業所は、今年度中に開催される本研修を受講することはできません。
- (2) 受講決定後は、事業所内であっても受講者の変更はできません。
- (3) 受講決定後に受講を辞退した事業所は、今年度中に開催される本研修を受講することはできません。
- (4) 本研修受講中に、研修委託先が、受講することが適切でないと判断された方は、退席いただき、以降の研修を受講することはできません。なお、その際の受講料の返金はありません。

14 個人情報の取り扱い

本研修の申込書等に記載された事項は、個人情報保護の規定により適正な管理を行い、本研修事業以外に使用することはいたしません。

施設長・事業所管理者様へのお願い

職場での実習は、本研修の一環として位置付けており、研修生が設定した課題が達成できるように施設・事業所全体への周知・協力が必要となりますので、施設長・事業所管理者様には、申込み者として職場研修中のご配慮と課題の実行についてのご協力をお願いします。

認知症介護実践者研修について

指定密着型サービス事業所が管理者の変更を予定している場合、及び新たに指定地域密着型サービス事業所開設予定の場合には、「本研修または痴呆介護実務者研修基礎課程を修了後、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した管理者」の配置が義務付けられています。

指定認知症対応型共同生活介護事業所が計画作成担当者の変更を予定している場合及び、新たに指定認知症対応型共同生活介護事業所開設予定の場合には、「本研修又は、痴呆介護実務者研修基礎課程を修了した計画作成担当者」の配置が義務付けられています。

指定小規模多機能型居宅介護事業所が計画作成担当者の変更を予定している場合又は、新たに指定小規模多機能型居宅介護事業所開設予定の場合には、「本研修又は痴呆介護実務者研修基礎課程を修了後、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した計画作成担当者」の配置が義務付けられています。