

【研修受講者も、必ずよく読んでください！】

令和5年度第1回 千葉市認知症介護実践研修（実践者研修） 対面型（集合型）開催 受講要領

この要領は、「千葉市認知症介護実践研修（実践者研修）」を受講する際の詳細をまとめていますので、しっかりと確認ください。

番号の口欄に☑をしながら、全て確認ください。

□1 日程・カリキュラム

別添のとおり

□2 会場

千葉県経営者会館・研修室

〒260-0026 千葉市中央区千葉港4-3（※別添のとおり）

□3 受講方法

- 1) 研修初日目は、受付がありますので、早めに会場へお越しください。
- 2) 会場には駐車場がありませんので、可能な限り公共交通機関をご利用ください。
- 3) 新型コロナウイルス感染症予防のため、体調を確認の上受講をお願いします。
- 4) 受講に際しては、マスクの着用とこまめなアルコール消毒にご協力をお願いします。
- 5) 会場内で飲食は可能ですが、黙食でお願いいたします。

□4 受講料・支払い

1) 受講料

1名あたり 9,000円

※お間違えないように、よくご確認ください。

2) 支払い

以下の口座に「**5月25日（木）**」までに必ず**お振込み**ください。当日の受領はいたしません。また領収書が必要な場合は、事前にご連絡をお願いします。

※お振込み手数料は、各事業所でご負担願います。

※入金を確認できない場合は、受講できない場合がございますので、ご注意ください。

※振込に際して、可能な限り「**受講番号と個人名**」でお振込願います。

※例年ある問題として、**事業所と受講者による2重払い**が発生しています。

振込にあたっては、事業所内でよく確認の上お振込みください。

口座名	一般社団法人ちば地域密着ケア協議会 代表理事 菊地 民雄 (いっばんしゃだんほうじんちばちいきみっちゃくけあ きょうぎかい だいひょうりじ きくちたみお)
銀行名	千葉銀行(0134) 本店営業部(100)
口座種類	普通 口座番号 4049397

□5 受講確認等

1) 受講確認

「出欠確認」…毎日受付にて、出欠確認を行います。

「習得確認」…受講單元ごとに「レポート」を提出いただきます。

2) 欠席及び受講辞退

諸事情により「欠席」及び「受講を辞退する」場合は、速やかにその旨を千葉市地域包括ケア推進課にご連絡ください。

□6 修了認定と修了書発行

1) 修了認定

以下のような行為が見受けられる場合や、研修指導者の注意に従わない場合には、受講を取り消すか、又は修了を認めない場合がありますのでご承知おきください。

①受講前

- ・受講料の支払いがない場合
- ・事前課題の提出がない場合
- ・新型コロナウイルス感染症予防のための対応（健康チェック・マスク・消毒等）

②受講中

- ・受講時の遅刻・早退・欠席があった場合
- ・研修態度が好ましくない場合（携帯電話の使用、研修に関係のない行為、居眠り、長時間の離席等）
- ・講義中の講師の指示に従わない場合
- ・レポート及び課題等の提出物がない場合

2) 修了書は、全カリキュラム（全日程）を修了した方に発行いたします。

なお、修了証書は再発行しませんので大切に保管してください。

□7 提出書類

受講者は、以下の①～②書類の研修初日目に必ず提出をお願いします。③については、研修前に回答をお願いします。

①受講承諾書

②事前ワークシート

※詳細は、「10」を確認ください。

③Google フォームによるアンケート調査（※内容をよくご確認ください。）

（※当協議会のホームページの「千葉市認知症介護実践等研修・受講者ページ」を確認ください。）第1回研修 Pass コード「17164」

□8 研修初日の受付

研修初日目の受付は以下のとおり実施します。

令和5年6月6日（火） 8:10～ （開会：8:45）

初日目の受付は、お一人1分弱程度かかりますので、早めにおいでください。

□9 受講にあたっての準備物

- ・千葉市・受講決定通知
- ・写真付きの身分証明証（免許証、資格証、マイナンバーカード等）
- ・筆記用具
- ・提出を求められている書類・課題等
- ・健康状態自己チェック票

(以下、□10 は、受講者は、絶対に確認してください!)

□10 自施設実習に向けた課題について **(重要)**

【提出物】

①事前ワークシート（別添様式）

※個人情報保護の観点から、個人名はイニシャル等をお願いします。

【4日目の研修で使用する資料】

4日目の実習計画作成時に自身の手元に準備いただきたいもの)

①参考資料1：ケアプラン（1表～3表まで）

（※個別援助計画を作成していれば、それも準備願います）

②参考資料2：直近のアセスメントシート

③参考資料3：記録（直近2週間（14日間）分）

【事例の利用者要件】※3つの要件が必要です。

□自施設実習の対象となる認知症の利用者

※認知症介護実践研修（実践者研修）なので、必須条件です。

□受講者が、実習期間（4週間）内において、継続的に関わりができる利用者

※最低限週3日以上利用の方を設定してください

※入院等で、かかわることができない利用者は不可とします。

□認知症状により支援に困っている利用者

※認知症に関係ない困りごとは、研修の対象外となります。

※自施設がない、自施設に認知症の方がいない場合は、事務局にご相談ください。

基本、認知症の方への関わりができる施設・事業所で実習を実施できるよう、自ら手配をしていただくこととなります。

実習は、国のカリキュラムに定められた必須事項であるため免除はありません。

実習できない場合は、研修を修了することができません。

□11 その他

①不明な点などあれば、以下にメール又はFAXにてご連絡ください。

相談の際は、メールの件名に「千葉市実践者研修 相談 ●●番 苗字」と記載ください。

②新型コロナウイルス感染症が急速に拡大する場合には、オンライン（ZOOM）型での開催に切り替わることもありますので、ご理解とご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

□12 研修に関するお問い合わせ先

一般社団法人ちば地域密着ケア協議会

〒260-0026 千葉市中央区千葉港4-3 千葉県経営者会館1階

相談メール：随時対応 c3-chiba@salsa.ocn.ne.jp

電話：043-244-2601

担当：太齋（ださい）、尾崎

研修に関するお問合せは、メール又はFAXをお願いします。