

# 令和元年度 第5～6回新潟県認知症介護実践者研修 募集要項

## 1 研修の目的・対象者

目的	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するために必要な、実践的な認知症介護の知識と技術の修得
対象者	<p>介護保険事業所の介護従業者等であって、身体介護に関する基礎的な知識・技術（介護福祉士と同等程度）を習得しており、かつ、認知症高齢者介護に関する経験(※注)が2年程度の方であればどなたでも申し込めますが、本研修は以下のような位置づけとなっています。</p> <ol style="list-style-type: none"><li>① 認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者の着任要件</li><li>② 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講要件</li><li>③ 認知症対応型サービス事業管理者研修の受講要件</li><li>④ 認知症介護実践リーダー研修の受講要件</li><li>⑤ 認知症加算の算定要件</li><li>⑥ その他、自己研鑽のためなどで受講を希望する方</li></ol> <p>また、新潟県内（新潟市を除く）の介護保険事業所等に勤務している方もしくは内定している方を対象とします（新潟市に所在する事業所に勤務している方は、新潟市地域包括ケア推進課にお問い合わせください）。</p>

(※注)：「認知症高齢者介護の経験」とは、介護保険事業所等での介護経験、ケアプランの作成経験等をいい、一般病院での看護経験や、家庭での介護経験等は経験年数に含めません。

## 2 研修日程・会場等

詳細は5ページ以降をご覧ください。

### 3 申込方法

受講希望者の所属する施設・事業所（以下「事業所」という。）は、申込書類を取りまとめて、以下のとおり期限までに提出してください。

- (1) 提出期限     第5回：令和元年8月 2日（金）必着  
                    第6回：令和元年8月19日（月）必着
- (2) 提出書類     「令和元年度第5～6回新潟県認知症介護実践者研修受講申込書」
- (3) 提出先       事業所の種類によって提出先が異なりますのでご注意ください。  
                    ① 地域密着型サービス事業所の場合（内定者含む）  
                        → 市町村介護保険主管課（地域密着型サービス担当）あて  
                    ② 上記以外の場合（特養、老健、通所介護、特定施設等）  
                        → 〒950-8570 新潟市中央区新光町4-1  
                            新潟県福祉保健部高齢福祉保健課 在宅福祉班 あて  
                            ※封筒表面に「第〇回実践者研修申込書在中」と朱書き下さい。
- (4) 注意事項     ・ 提出期限以降の申込みは一切受け付けません。  
                    ・ 多くの施設・事業所の方から受講していただくため、定員を超える申込みがあった場合、1施設・事業所につき1名の受講に限らせていただきます。1施設・事業所から複数の申込希望者がある場合は、別記様式「認知症介護実践者研修申込一覧表」に受講を優先させたい順に申込者氏名を記入してください。  
                    例：Aさんは第5～6回のいずれかを選択しての申し込みとなります。同一事業所のAさんが第5回、Bさんが第6回という申込みは可能です。

### 4 申込結果の通知

- (1) 受講者の申込結果の通知は、事業所に対して第5回を令和元年8月16日（金）頃、第6回を令和元年9月2日（月）頃を目途に通知します。
- (2) 受講希望者が定員を超えた場合は、次の順位により受講者を決定します。

- ① 地域密着型サービス事業所に勤務し（予定含む）、要件を満たし市町村の推薦を受けた方（4ページ「市町村の受講推薦について」参照）
- ② 過去に受講申込みを行ったが不決定となったことがある方  
注）申込書に不決定となった過去の研修を記載することが必要です。
- ③ 上記以外で、施設及び地域密着型サービス事業所から提出された「認知症介護実践者研修申込者一覧表」に記載されている優先順位が第1位の方
- ④ 上記①～③のいずれにも該当しない方
- ⑤ 上記③及び④の方については、定員の範囲内で抽選により決定します。

## 5 受講費用

研修受講負担金として16,000円を負担していただきます。

別途、受講前に県が発行する納入通知書により、納期限までに所定金融機関にて納めてください。

なお、納入通知書は受講が決定された方に対してのみ、申込結果通知書とともに郵送します。

## 6 研修の受講辞退について

受講決定通知後に研修への参加が不可能となった場合は、別記様式「新潟県認知症介護研修受講辞退届」を新潟県福祉保健部高齢福祉保健課あてに提出してください。

なお、研修の受講辞退に際し、受講負担金は返却いたしません（受講決定後は、受講負担金納入前に受講辞退する場合であっても、受講負担金の納入は免れません）ので、あらかじめご了承ください。

## 7 修了について

本研修の全課程を修了した方には、新潟県知事名の修了証書を交付します。

## 8 参考図書

研修受講者は、研修の理解を深めるため、以下のような認知症介護研修に関する参考図書を一読してから受講されることをお勧めします（参考図書はこれに限るものではありません）。

「認知症介護実践者研修標準テキスト」（（株）ワールドプランニング、定価3,200円＋税）

なお、本参考図書は認知症介護研究・研修東京センターが認知症介護実践研修テキストとして監修しているものであり、認知症介護に必要な支援の考え方・技術を実践に結び付けて理解できるよう編集されているものです。

※ 本参考図書の注文等については、（株）ワールドプランニング（TEL：03-5206-7431）にお問い合わせください

## 9 その他

受講態度に問題のある研修受講者は受講を取りやめていただく場合があります。

## 市町村の受講推薦について

地域密着型サービス事業所からの申込みにあたり、県が定める要件に該当する場合は、所管市町村が受講希望者を推薦することができます。県は、市町村が推薦した者について、定員枠の範囲内でその受講に配慮することとします。

### 1 推薦希望の有無

地域密着型サービス事業所は、要件に該当し推薦を希望する場合、申込書の「受講理由及び着任予定等」欄にある「③市町村推薦」で「希望する」にチェックを入れ、希望理由を記載して下さい。

### 2 市町村による推薦要件

- ① 新規開設のため、指定基準を満たすために必要な人員を確保する必要がある場合（所管市町村が認めるものに限る）
- ② 管理者・計画作成担当者の急な退職等のため、申込時から半年以内に後任として勤務することが決定している場合（ただし、事業所都合による単なる将来の異動・休退職に備える事由は非該当とする）
- ③ 所管市町村から、本研修を確実に受講することを条件に減算されていない事業所（近々に同様の事態となる見込みの事業所を含む）である場合
- ④ その他特殊な事由  
例： 所管市町村から早急に管理者研修を受講するよう是正指導もしくは勧告等を受けている場合 等

### 3 その他

必要に応じて後日確認をすることがあるので、市町村担当者は推薦要件に該当するかよく確認して下さい。

## 研 修 日 程

### 第5回認知症介護実践者研修（魚沼会場）

日程	令和元年 9月19日（木）から 令和元年11月 8日（金）まで	
講義・演習	講義 （5日間）	令和元年 9月19日（木） 20日（金） 25日（水） 26日（木） 27日（金）
	会 場	〒948-0036 十日町市川治4525番地 苗場福社会 ヴィラあかし 電話：025-757-5200
他施設 実 習 （1日）	受講決定者が自ら研修目的にあった施設と日時を設定し、目的、見学実習の趣旨を相手方施設に伝え、了解を得て実施してください（詳細は講義時に説明します）。	
	<b>他施設実習期間</b> 令和元年9月30日（月）～10月14日（月）の期間のうち、任意の1日。	
自施設 実 習 （4週間）	受講決定者自身の定めた研修の目的に沿って自事業所（施設等）で実習を行い、報告書を作成していただきます。	
	<b>自施設実習期間</b> 令和元年9月28日（土）～10月25日（金） <b>中間報告会</b> 令和元年10月15日（火） <b>成果報告会・修了式</b> 令和元年11月8日（金）	
定 員	55名	
費 用	16,000円（研修受講負担金として）	

## 研 修 日 程

### 第6回認知症介護実践者研修（上越会場）

日程	令和元年10月 1日（火）から 令和元年11月29日（金）まで
講義・演習	講義（6日間） 令和元年10月 1日（火） 2日（水） 3日（木） 8日（火） 9日（水） 10日（木）
	会 場 〒943-0103 上越市米岡434-1 上越老人福祉協会 はさ木研修センター 電話：025-530-7875
他施設 実 習 (1日)	受講決定者が自ら研修目的にあった施設と日時を設定し、目的、見学実習の趣旨を相手方施設に伝え、了解を得て実施してください（詳細は講義時に説明します）。
	<b>他施設実習期間</b> 令和元年10月12日（土）～10月18日（金）の期間のうち、任意の1日。
自施設 実 習 (4週間)	受講決定者自身の定めた研修の目的に沿って自事業所（施設等）で実習を行い、報告書を作成していただきます。
	<b>自施設実習期間</b> 令和元年10月12日（土）～11月 8日（金） <b>報告書提出期限</b> 令和元年11月14日（木） <b>中間報告会</b> 令和元年10月25日（金） <b>成果報告会・修了式</b> 令和元年11月29日（金）
定 員	55名
費 用	16,000円（研修受講負担金として）

(別記様式)

新潟県認知症介護研修受講辞退届

令和 年 月 日

新潟県知事様

届出者 { 法人の所在地並びに代表者の氏名 } 印

下記の者に係る認知症介護研修の受講決定について、記入の理由により辞退いたします。

記

研修を辞退する者	氏名	
	所属事業所	
辞退する研修の名称		
辞退の理由		