

平成24年度 第1回新潟県認知症介護実践研修（実践者研修）
募集要項

1 研修の目的・対象者

目 的	<p>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</p>
対象者	<p>次の①～⑥のいずれかに該当し、介護保険施設、地域密着型サービス事業所等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年程度の方を対象とします。</p> <p>① 指定認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者に従事することが予定されている方</p> <p>② 所管市町村から、本研修の確実な受講を条件に減算されていない指定認知症対応型共同生活介護事業所に従事している、または従事予定である計画作成担当者</p> <p>③ 指定小規模多機能型居宅介護事業所又は指定複合型サービス事業所の計画作成担当者として従事予定で、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を満たすために本研修を受講する必要がある方</p> <p>④ 指定認知症対応型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所又は指定複合型サービス事業所の管理者になることが予定されており、認知症対応型サービス事業管理者研修の受講要件を満たすために本研修を受講する必要がある方</p> <p>⑤ 認知症介護実践研修（実践リーダー研修）の受講要件を満たすために本研修の受講を希望される方</p> <p>⑥ その他、自己研鑽のため受講を希望する方</p> <p>また、本研修修了後に、新潟市以外に所在する介護保険施設、地域密着型サービス事業所等に勤務する方、もしくは勤務することが決定・内定している方のみを対象とします。（現に、新潟市以外の市町村に所在する地域密着型サービス事業所に勤務している方であっても、本研修修了後に新潟市内に所在する地域密着型サービス事業所に勤務する場合は、新潟市高齢者支援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、介護保険施設等での介護経験、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

詳細は6～7ページをご覧ください。

3 受講定員

55名

4 申込方法

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

- (1) 提出期限 平成24年5月31日（木）必着
- (2) 提出書類 ① 「平成24年度第1回新潟県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書」（第1号様式）
② 上記①の書類を取りまとめ、「認知症介護実践研修申込者一覧表」（第2号様式）を表紙にして提出してください。
- (3) 提出先 ① 地域密着型サービス事業所の場合
→ 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（介護保険施設等）
→ 〒950-8570（県庁専用郵便番号）
新潟県福祉保健部高齢福祉保健課 在宅福祉係 あて
- (4) 注意事項
- ・ 提出期限以降の申込は一切受け付けません。
 - ・ 上記（3）②で申込書類を郵送する場合は、封筒表面に赤字で「認知症介護研修申込書在中」と記載してください。
 - ・ 受講申込書に不備、不足等がある場合は受講決定されない場合があります。
 - ・ 多くの施設・事業所の方から受講していただくため、原則1施設・事業所につき1名の申込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、「認知症介護実践研修申込者一覧表」に受講優先順に申込者氏名を記入してください。
 - ・ ただし、下記5の市町村の受講推薦を受けた方については、最優先で受講できるよう配慮します。

5 市町村の受講推薦について

県が定める市町村推薦要件に該当する地域密着型サービス事業所は、受講申込書の「受講理由及び事業所の状況等」の「③ 市町村から県への推薦の希望の有無」欄の「希望する」にチェックを付してください。（詳細は5ページをご覧ください。）

当該推薦要件該当者のうち、市町村は、適当と認める方について県に推薦書を提出し、県は、要件に該当していると認められる方を優先的に受講決定します。

6 受講決定・不決定

- (1) 受講者の決定・不決定の通知は、申込を行った施設等に対して、6月21日（木）までに通知します。
- (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 本研修を受講することにより指定（人員）基準を満たすことができる地域密着型サービス事業所で、別に県が定めるところにより、所管市町村の推薦を受けた方
- ② 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
- ③ 上記①及び②により決定されなかった方

※ 上記②及び③の方については、定員の範囲内で抽選により決定します。

7 費用

研修受講負担金として10,000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お支払いください。

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

8 研修への参加が不可能となった場合について

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された場合であっても、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。

9 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。

10 参考図書

研修受講者は、研修の理解を深めるため、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。

参考図書の例としては下記のものがありますので参考にしてください（参考図書はこれに限るものではありません。）。

- ①「新しい認知症介護 実践者編」
- ②「新しい認知症介護 実践リーダー編」
- ③「図表で学ぶ認知症の基礎知識」

なお、上記参考図書は、厚生労働省が定める「認知症介護指導者研修」実施法人である「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・発行しているものであり、認知症介護に必要な支援の考え方・方法・技術を実践に結び付けて理解できるよう、模擬事例を用いて様々な視点から編集されているものです。

※ 紹介参考図書の問い合わせ・申込等については、中央法規出版（株）東京営業所担当（TEL：03-3379-3861）まで

市町村の受講推薦について

地域密着型サービス事業所（以下「事業所」という。）からの認知症介護研修の受講の申込にあたり、県が定める要件に該当する場合は、県に対して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 推薦の希望の有無

事業所は、下記2の要件に該当する場合、申込書の「受講理由及び事業所の状況等」欄にある「③ 市町村から県への推薦の希望の有無」で「希望する（推薦要件該当）」にチェックを入れてください。

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、管理者・計画作成担当者として勤務することが決定している場合（ただし、事業所都合による管理者等の異動、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、計画作成担当者が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（減算対象事由）
- 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

ただし、②については勤務先事業所が「新潟市内に所在する事業所でない」ことを確認してください。

新潟市所在の事業所への勤務が決定・内定している場合は、新潟市が実施する研修に申込みことになります。

研 修 日 程

上 越 会 場	
日程	平成24年 7月 5日(木) から 平成24年 8月31日(金) まで
講義・演習	平成24年 7月 5日(木) 6日(金) 11日(水) 12日(木) 13日(金)
	7ページをご覧ください。
	〒943-8530 上越市市民プラザ(上越市土橋1914-3) 電話：025-527-3611
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。)
	他施設実習期間 平成24年7月14日(土)～7月20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。
	自施設実習期間 平成24年7月14日(土)～8月10日(金)
	報告書提出期限 (講義時に連絡します。) 報告会 平成24年 8月31日(金)
定 員	55名
費 用	10,000円(研修受講負担金として)

上越会場 研修プログラム

日	時	内 容
7月 5日 (1日目)	9:00～9:30	受付
	9:30～9:40	開講式
	9:40～11:10	認知症介護実践研修のねらい（オリエンテーション）
	11:20～12:20	認知症介護の振り返りと目標の共有 1
	12:20～13:20	昼食
	13:20～14:50	認知症介護の振り返りと目標の共有 2
	15:00～15:50	認知症介護実践研修の自己課題の設定
	16:00～17:20	認知症の医学的理解～「知る」ことで介護の実践に活かそう～
	17:20～17:30	一日のレビュー
7月 6日 (2日目)	9:00～10:20	認知症高齢者の心理的理解
	10:30～12:00	援助者の位置づけとコミュニケーション
	12:00～13:00	昼食
	13:00～14:30	認知症の人の意思決定支援と権利擁護 1
	14:40～16:10	認知症の人の意思決定支援と権利擁護 2
	16:20～17:20	自施設・他施設実習のオリエンテーション
	17:20～17:30	一日のレビュー
7月 11日 (3日目)	9:00～10:30	認知症高齢者を支える地域社会環境を考える
	10:40～12:10	認知症高齢者を取り巻く環境について考える（人・住まい等）
	12:10～13:10	昼食
	13:10～14:40	認知症高齢者の生活環境を考える演習
	14:50～16:50	認知症高齢者を抱える家族の理解と高齢者との関係の理解
	16:50～17:00	一日のレビュー
7月 12日 (4日目)	9:00～10:30	認知症高齢者の生活の捉え方と支援の方法 1
	10:40～12:10	認知症高齢者の生活の捉え方と支援の方法 2
	12:10～13:10	昼食
	13:10～14:40	認知症高齢者の理解に基づいた生活のアセスメントと支援 1
	14:50～16:20	認知症高齢者の理解に基づいた生活のアセスメントと支援 2
	16:30～17:20	実習課題の設定
	17:20～17:30	一日のレビュー
7月 13日 (5日目)	9:00～10:00	実践者研修修了者による報告とその後の取り組みについて
	10:10～12:00	実習課題の設定
	12:00～13:00	昼食
	13:00～16:30	実習課題の設定
	16:30～17:00	実習前の諸連絡
7月14日～7月20日 のうちの1日		外部施設見学実習
7月14日～8月10日		職場実習
8月31日		研修報告会、修了証書交付式、閉講式

(別記様式)

新潟県認知症介護研修受講辞退届

平成 年 月 日

新潟県知事様
(所管市町村経由)

届出者 { 受講者の所属する法人の所在地並びに代表者の氏名 } 印

平成 年 月 日付け高齢第 号で通知のあった下記の者に係る認知症介護研修の受講決定について、下記の理由により辞退させていただきます。

記

研修を辞退する者	氏名	
	所属施設等	
辞退する研修の名称		
辞退の理由		