

一般社団法人 新潟県老人福祉施設協議会
平成 30 年度 認知症介護実践者研修
募集要項

1. 目的 認知症高齢者がある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を修得することをねらいとする。

2. 対象者 介護保険施設等に勤務する介護職員等で、身体介護に関する基本的な知識・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（※）が2年程度の方。

※ 介護保険施設等での介護経験や、ケアプランの作成経験等をいう。

3. 受講定員 70名

4. 受講費用 本会会員 … 25,000円、 非会員 … 50,000円

5. 研修内容 研修は、講義・演習形式及び実習形式で行うものとし、全課程（講義・演習、他施設実習、自施設実習、報告会）の受講を必須条件とする。

講義・演習	他施設実習	自施設実習	中間・成果 報告会	合計 ※ 自施設実習除く。
5日間 (35.5時間)	1日間	4週間	2日間	8日

※ 詳細は、別添カリキュラム参照。

6. 日程 【講義・演習】 平成30年12月4日（火）・5日（水）・6日（木）
13日（木）・14日（金）

※ 各単元の担当指導者の都合により、日程が入れ替わることで終了時刻が変更になることもございますことをご了承願います。

【他施設実習】 平成30年12月15日（土）～平成30年12月21日（金）の間で1日間

※ 実習日程・実習先等については研修の中でご案内いたします。

【自施設実習】 平成30年12月15日（土）～平成31年1月22日（火）の間で4週間

※ 各自で設定、他施設実習の日は含めません。

－ 報告書提出 － 平成31年1月28日（月）

【中間報告会】 平成31年1月18日（金）

【成果報告会】 平成31年2月8日（金）

7. 会場 新潟ユニゾンプラザ・5F「中研修室」

〒950-0994 新潟市中央区上所2-2-2 TEL 025-281-5534（本会事務局）

8. 申込方法 所属する事業所等を通じて、本会事務局へ郵送（FAX不可）により申し込むこと。

【申込書類】

- ① 【様式1】受講申込書
- ② 【様式2】受講依頼書兼実習生受入承諾書
- ③ 【様式3】研修における自己課題の設定 … 受講選定参考資料

申込締切 平成30年10月12日（金）必着

【注意事項】

- ・ 申込書類の記入内容等の不備や虚偽等の記載があった場合は、受講または修了認定を取り消すことがある。
- ・ 受講申込みは、必ず所属施設・事業所の長の名前で行う。
- ・ 本研修は全課程（募集要項 5. 研修内容）の受講を必須とする。
- ・ 本会会員を優先とした受講選定とし、決定した受講者の変更は認めない。
- ・ 受講決定者から受講料の徴収をし、キャンセル者への返金はしない。
- ・ 申込書類の返却はしない。
- ・ 受講修了者は、新潟県並びに新潟市が実施する「新潟県認知症介護実践研修・実践者研修」の修了者同等とみなされる。

※ 個人情報の利用については「10. その他」に記載。必ず受講希望者本人の同意を得ること。

9. 受講決定 平成30年10月下旬 … 申込書類に記載の E-Mail または FAX で通知する。

10. その他
- ・ 研修当日の昼食斡旋はしない。受講者各自で準備・手配すること。
 - ・ 申込書類に記載された個人情報は、受講者の決定、受講者の名簿及び修了証書の作成など、研修事業の円滑な運営のために使用するほか、修了認定の手続きとして新潟県並びに新潟市に提出する受講修了者名簿を作成するために使用する。

＜事務局（申込み・問合せ先）＞

一般社団法人 新潟県老人福祉施設協議会

〒950-0994 新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニゾンプラザ2階

TEL 025-281-5534 FAX 025-281-5535