

平成29年度

第1回認知症介護実践研修(実践者研修)のご案内

認知症介護実践研修は、高齢者介護実務者等に対し、認知症高齢者等の介護に関する実践的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等に対する介護サービスの充実を図ることを目的に実施する。

1. 日程

平成29年5月24日(水)～平成29年7月11日(火)

○講義・演習：平成29年5月24日(水)・25日(木)・29日(月)・31日(水)
6月6日(火)・8日(木)・27日(火)・7月11日(火)の8日間

※平成29年度よりカリキュラム内容が変更になりました。

詳細は「認知症介護情報ネットワーク(DCネット) <https://www.dcnnet.gr.jp>」にアクセスの上、「認知症介護研修に関する資料」を参照ください。

○実習：自施設実習(4週間)

※自施設(事業所)を利用されている認知症の人に実習協力者として協力していただき、実習を行います。別添資料「自施設実習誓約書・承諾書の記載方法」をよく読んでいただき、手順通り、研修初日までに2名分の自施設実習誓約書、承諾書を作成していただきます。

※4週間の内、1～3週目は計画に基づいた実践、4週目は実習内容の整理・評価、報告資料の作成に取り組めるよう環境を整えてください。

※1000字以上の自施設実習結果報告レポートをパソコンで作成しますので、USBメモリ等での持ち出しができるようご配慮願います。

(未提出の場合は修了証書の発行は致しませんのでご注意ください。)

2. 会場

ホテルアウィーナ大阪

大阪市天王寺区石ヶ辻町19番12 TEL：06-6772-1441

※近鉄「上本町駅」徒歩3分または地下鉄「谷町九丁目駅」徒歩8分

3. 受講対象事業者

大阪府内(大阪市内及び堺市内を除く)の介護サービス事業者
(地域密着型サービス事業者を除く)

4. 研修受講対象者

- (1) 上記3の対象事業者に従事する介護職員等で、介護に関する基本的知識・技術を修得している者であって、2年以上の実務経験を有する者
- (2) 自施設(事業所)を利用されている認知症の人に実習協力者として協力していただき、2名分の自施設実習誓約書・承諾書が準備できる者

5. 定員

95名 ※お申込み多数の場合は、抽選とさせていただきます。

6. 参加費用

○参加費 30,000円

○テキスト代 3,456円(税込)+送料350円

※平成29年度よりカリキュラム内容の変更に伴い、テキストも一新されたため、全受講生に購入していただきます。

○その他

会場は、原則飲食禁止です。また、会場内への弁当持参・食品等の持ち込みは施設の衛生管理上禁じられております。ただし、例外的に会場で準備した食事を摂っていただくことに限っては認められております。カリキュラム上、昼食が必要な6日間について事前に希望される方には研修実施者においてご準備いたします。

※昼食代実費 6,480円(弁当1食1,080円×6日)

7. 申込方法

別紙受講申込書に必要事項を記入の上、下記の宛先まで郵送してください。

※この研修は、講義・演習8日間と自施設実習4週間の実習を伴う研修となりますので、必ず所属長の推薦を受けてお申込みください。

※全日程出席できない場合は修了証書が発行できません。

遅刻・早退も認められませんので、必ず全日程出席できる方のお申込みをお願いいたします。

※施設(事業所)と受講希望者双方が、研修内容について周知・理解した上で受講申し込みをお願いいたします。

※受講申込書には公印を必ず押してください。

【お申込先】

〒543-0052

大阪市天王寺区大道二丁目11-11 グラン・ビルドさとり 402号室

公益社団法人大阪介護老人保健施設協会「認知症介護実践者研修 担当」あて

8. 申込締切り

平成29年4月20日(木) 必着

9. 受講決定

お申込み多数の場合は、抽選のうえ受講者を決定し、受講が決定された方には決定通知を、受講いただけない方についてはその旨の通知を所属長あてに郵送いたします。

※通知発送予定：平成29年4月27日(木)

※期限を過ぎたお申込みについては通知をいたしませんのでご了承ください。

10. その他

- (1) 本研修の全日程を修了された方には、修了証書を交付いたします。
- (2) 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則り適正に管理し、①本研修の実施、②国・府における業務に関する検討及び③公的機関における研修事業調査研究に必要な範囲以外に使用することはありません。

11. 研修実施主体

公益社団法人大阪介護老人保健施設協会

※大阪府認知症介護実践研修事業者指定実施要領に基づく指定法人
(平成21年3月19日大阪府指定)

12. お問い合わせ先

公益社団法人大阪介護老人保健施設協会 (担当：田島)

TEL：06(6774)7601 FAX：06(6774)7651

自施設実習誓約書・承諾書の記載方法

<自施設実習誓約書と承諾書の位置づけ>

認知症介護実践者研修（以下、実践者研修）では、認知症の人に協力していただき、自施設実習（以下、実習）を行います。実習では、認知症の人への適切なアセスメントとケアの実践をとおして、実践者としての役割の理解を深め、その技能を磨くことを目的としており、実習には認知症の人ご本人の協力が欠かせません。

研修受講生（以下、受講生）が認知症の人ご本人に対して、実践者研修・実習について説明し、注意事項を遵守することを誓約する書類として『自施設実習誓約書』があり、認知症の人に実習の協力を承諾していただくための書類として『自施設実習承諾書』があります。

<自施設実習誓約書・承諾書作成の流れ（実践者研修初日までに実施しておく内容）>

- ①受講生が所属する事業所を利用されている方で、アセスメント・実践計画を検討したい実習協力者（認知症の人）2名を決め、事業所の上司等に対して承諾を得ておく。
- ②実習協力者2名それぞれに説明するため、自施設実習誓約書・承諾書は各2部（合計4枚）を印刷し、下記③～⑦の手順で2名分作成する。
- ③自施設実習誓約書の上部下線空欄内（『____さんに、お願い…』の下線部）に、実習協力者の方の氏名を記載し、下部に誓約日・受講生所属事業所名・受講生氏名を記載する。
- ④自施設実習承諾書の上部下線空欄内（『私は、____さんが…』の下線部）に、受講生氏名を記載する。
- ⑤実習協力者の方に自施設実習誓約書を使って実習の説明を行い、協力を依頼する。その際に、明らかに拒否の意思表示をされた方については実習協力者とせず、代わりとなる他の方を検討する。一度の説明で実習協力者の方の意思確認をすることが難しい場合については、複数回実施して判断する。
- ⑥同意が得られた方については、自施設実習承諾書に住所・氏名を記載していただく。自筆が困難な場合は、代筆も可とするが、代筆の場合は代筆者の氏名を明記する。
- ⑦実習協力者の主たる介護者（ご家族等）にも、実習について説明し、自施設実習承諾書に氏名と続柄について記載していただく。
- ⑧自施設実習誓約書は、実習協力者ないしは実習協力者の主たる介護者に渡す。
- ⑨自施設実習承諾書は、受講生が保管する。

<注意事項>

- 実習協力者の意思や気持ちに十分配慮しながら、協力をお願いするようにしてください。
- 自施設実習承諾書・誓約書の作成過程においても、事業所の上司等に相談を行いながら、個人情報の保護や実習協力者の権利に配慮してください。

自施設実習誓約書

<研修受講生記入用>

私は、認知症介護実践者研修の自施設実習において、_____さん
には、実習に関するご協力および情報提供のご提供にあたり、以下のことを
遵守し、また、実習後においても同様に遵守することを誓約いたします。

1. この実習は、認知症の人への適切なアセスメント及びケアの実践が目的で
すので、それと関係しないことは実施しません。
2. 実習で得た情報は、実習及び研修以外の目的には使用しません。
3. 実習で得た情報をもとに、研修内でグループ討議を行いますが、討議の際
に使用する文書には、個人名や個人が特定できる内容は記載しません。
4. 私が知りたいことであっても、あなたの意に添わないことは聞きません。
5. 実習及び研修で、あなたに不利益になるようなことはいたしません。

誓約日 _____年 _____月 _____日

受講生所属事業所名 _____

受講生氏名 _____

自施設実習承諾書

<実習協力者記入用>

私は、認知症介護実践者研修の自施設実習において、_____さんの「自施設実習誓約書」を受理し、実習に関する協力および情報提供することを承諾します。

承諾日 _____年 _____月 _____日

実習協力者住所 _____

実習協力者氏名 _____

実習協力者の主たる介護者氏名 _____ (続柄)