

## 平成30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30年5月18日(金)～平成30年7月17日(火)

※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。

※研修期間内に規定の課題に取り組んでいただきます。未提出の課題がひとつでもある場合は、修了証書の発行は致しませんのでご注意ください。

○講義・演習：平成30年5月18日(金)・22日(火)・28日(月)・29日(火)  
6月4日(月)・12日(火)・29日(金)・7月17日(火)の8日間

○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協力者として協力していただき、講義・演習と実習を行います。別添資料「研修協力誓約書・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名分の研修協力誓約書・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、1000字以上の自施設実習結果報告レポート(パソコンで作成)に取り組めるよう環境を整えてください。

#### 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協力者として研修に協力していただき、2名分の研修協力誓約書・承諾書が研修初日に必ず準備できる者

## 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360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30年4月19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30年4月27日(金)

※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

## 認知症介護実践研修(実践者研修) 受講申込書

フリガナ 受講希望者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成                      年                      月                      日                      (                      才) ※氏名と生年月日は修了証書にも記載しますので、楷書で正確にご記入ください。		
職種・役職		介護実務経験年数	年                      ヶ月
取得している 資格等	介護福祉士・社会福祉士・訪問介護員1級・訪問介護員2級・看護師 その他 (                      )		
フリガナ 事業所名			
所在地	〒                      —		
電話番号		FAX 番号	
事務連絡担当者名			
弁 当	要（注文希望）・不要	テキスト	要購入
受講に関する確認事項（確認・承諾できた場合、左側チェックボックスに✓記入） ※全ての内容について確認・承諾した上で受講申し込みをお願いします。			
<input type="checkbox"/>	受講希望者は施設（事業所）において、認知症介護の推進役となる者である		
<input type="checkbox"/>	受講希望者は自施設実習も含め、全日程とも遅刻・早退せず参加できる者である		
<input type="checkbox"/>	施設（事業所）として自施設実習の実施について承諾する		
<input type="checkbox"/>	施設（事業所）として研修協力者2名を選定することが可能である		

研修受講に際し、上記全てについて確認・承諾し、認知症介護実践研修（実践者研修）の受講生として上記の者を受講させたく申し込みます。

（法人・施設（事業所）名）

（代表者・施設長名）

公 印

- ※受講希望者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にお書きください。
- ※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ましたので、全受講生に購入していただきます。
- ※本申込書は、郵送にてお送りください。

本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り適正な管理を行い、府の指定に係る本研修事業の実施及び認知症介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）が実施する認知症介護実践者等養成研修事業に関する業務以外に使用することはありません。

# 研修協力誓約書・承諾書の記載方法

## <研修協力誓約書・承諾書の位置づけ>

認知症介護実践者研修（以下、研修）は、講義で学んだ内容について、実際の認知症の人の状況を振り返って学びを深めることや、自施設実習（以下、実習）の中で認知症の人を対象に、情報収集から分析・ケア実践の提供までを行う事で学びを深めていきます。よって研修の講義・実習には、認知症の人ご本人の協力が欠かせません。

受講生が認知症の人ご本人に対して、研修の目的について説明し、注意事項を遵守することを誓約する書類として『研修協力誓約書』があり、認知症の人に協力を承諾していただくための書類として『研修協力承諾書』があります。

## <研修の中でご協力いただく『認知症の人』とは>

認知症の症状があり、受講生が支援について悩んでいる方や、より良い支援を検討したい方です。

## <研修協力誓約書・承諾書作成の流れ（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、研修にご協力いただく認知症の人（以下、協力者）2名を決め、事業所の上司等に承諾を得ておく。
- ②協力者2名それぞれに説明するため、研修協力誓約書・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研修協力誓約書の上部下線空欄内（『\_\_\_\_さんには、研修に…』の下線部）に、協力者の氏名を記載し、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研修協力承諾書の上部下線空欄内（『私は…\_\_\_\_さんの…』の下線部）に、受講生氏名を記載する。
- ⑤協力者に研修協力誓約書を使って研修の説明を行い、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。一度の説明で協力者の意思確認をすることが難しい場合は、複数回説明を実施して判断する。
- ⑥協力の同意が得られた方については、研修協力承諾書に住所・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協力者の主たる介護者（ご家族等）にも、研修について説明し、研修協力承諾書に氏名と続柄を記載していただく。
- ⑧研修協力誓約書は、協力者または協力者の主たる介護者に渡す。
- ⑨研修協力承諾書は、受講生が保管する。

## <注意事項>

- 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。
- 研修協力誓約書・承諾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、個人情報の保護や協力者の権利に配慮してください。
- 実習で情報収集から分析・ケア実践の提供までを行うのは、協力者2名の内1名のみです。

# 研修協力誓約書

<受講生記入用>

私は、認知症介護実践者研修において、\_\_\_\_\_さんには、研修に関するご協力および情報のご提供にあたり、以下のことを遵守し、また、研修後においても同様に遵守することを誓約いたします。

1. この研修は、認知症の人やその家族の生活の質の向上を図る対応や技術を習得することが目的ですので、それと関係しないことは実施しません。
2. 研修で得た情報は、研修以外の目的には使用しません。
3. 研修で得た情報をもとに、グループ討議を行いますが、そ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、あなたの意にそわないことは聞きません。
5. 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 \_\_\_\_\_

# 研修協力承諾書

< 協力者記入用 >

私は、認知症介護実践者研修において、 \_\_\_\_\_ さんの「研修協力誓約書」  
を受理し、研修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

協力者住所 \_\_\_\_\_

協力者氏名 \_\_\_\_\_

協力者の主たる介護者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)