

平成23年度 愛媛県認知症介護実践者研修 募集要項

1 目的 高齢者介護実務者に対し認知症高齢者の介護に関する実践的研修を实践することにより、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に対する介護サービスの充実を図る。

2 実施主体 愛媛県（所管：長寿介護課）

3 事業委託先 社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会

4 研修対象者

- ①介護保険施設、居宅介護サービス事業所、地域密着型サービス事業所等に従事する介護職員等で、認知症高齢者の介護業務の実務経験が2年程度以上の者
  - ②開設予定の認知症対応型共同生活介護事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所において計画作成担当者となる予定の者で、認知症高齢者の介護業務の実務経験が2年程度以上の者
- なお、平成12年度の痴呆介護実務者研修、平成13年度～16年度までの痴呆介護実務者研修（基礎課程）、あるいは平成17,18年度の認知症介護実践・管理者研修を受講された方は、名称が異なりますが本研修を受講したことになりますので、改めて受講する必要はありません。（ただし、他県等が実施した研修については対象とならないことがありますので御注意ください。）

※ 認知症対応型サービス事業の指定基準と研修の関係

- （1）認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）の計画作成担当者になる方は、この**実践者研修**を修了する必要があります。
- （2）小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修（今年度は8月と12月に開催予定）受講にあたっては、この**実践者研修**を修了していることが受講申込の条件となります。
- （3）認知症対応型サービス事業管理者研修（今年度は8月と12月に開催予定）受講にあたっては、この**実践者研修**を修了していることが受講申込の条件となります。

※ 指定とは異なりますが、認知症介護実践リーダー研修受講にあたっては、この**実践者研修**を修了していることが受講申込の条件となっています。

5 日程 及び カリキュラム（都合により変更することがあります。）

(1) 日程

期	日程	備考
3	10月4日(火)～7日(金)、11月22日(火)	※実践者研修については2週間の職場実習及び実践報告書の作成を行っていただきます。 ※現在、施設・事業所に所属していない受講希望者は、協力施設・事業所において実習受入れの承諾が必要です。
4	10月18日(火)～21日(金)、11月29日(火)	

※ 今回の募集は第3期と第4期です。なお、第1期及び第2期については、募集済みです。

(2)カリキュラム

日程	時間	カリキュラム	摘要
1日目	9:00	開講式、オリエンテーション	
	～	認知症介護実践研修のねらい	
	17:55	介護保険制度等の理解	
		認知症の人の理解 ①医学的理解 ②心理的理解	
		コミュニケーションの本質と方法	
2日目	9:00	認知症の人の生活のとらえ方	
	～	家族の理解・認知症の人との関係の理解	
	18:05	意思決定支援と権利擁護 ①虐待・拘束について	
		意思決定支援と権利擁護 ②権利擁護・成年後見制度	
3日目	9:00	生活の質の保障とリスクマネジメント	
	～	生活環境を考える	
	18:05	認知症の人の理解に基づいた生活のアセスメントと支援のあり方	
4日目	9:00	生活支援の方法	
	～	認知症介護の理念の再構築	
	17:30	実習課題設定、オリエンテーション	
職場実習		2週間（時期等は、4日目のオリエンテーションで説明予定です。）	
5日目	9:00	実践報告と振り返り	
	～14:30		
	14:30	閉講式	
	～14:50		

6 研修会場 愛媛県総合社会福祉会館（松山市持田町3-8-15） 電話 089-921-5070

7 費用（見込） 15,000円

※交通費、宿泊費等は自己負担です。宿泊等が必要な場合は各自で手配してください。

8 申込手続 受講申込書及び添付書類をまとめて、所属長名でお申し込みください。

・提出期限 平成23年8月19日（金） 必着

・提出先 ①「認知症対応型サービス事業の開設のため」又は「管理者・計画作成担当者変更のため」等、指定基準に係わる場合

⇒ 各市町介護保険担当課（地域密着型サービス指定担当）

②上記以外の場合

⇒ 〒790-8570 愛媛県庁 長寿介護課 介護事業者係宛て

・注意事項 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。郵送又は持参でのみ受け付けます。

## 9 提出書類

様式名	提出書類名
様式第1号	受講申込書
様式第2号	実習受入れ承諾書
様式第3号	認知症介護研修修了者一覧表
様式第4号	実務経験証明書
様式第5号	研修事前アンケート

※1. 必要に応じ、追加資料の提出を求めることがあります。

※2. 様式5号の誓約事項欄には、受講者が現在所属している事業所の施設長又は管理者が直筆署名及び押印をして下さい。

10 受講者の決定 受講申込みが多数の場合、受講をお断りさせていただきますので、あらかじめ御了承ください。(受講定員：各期60名)

受講者の決定は、9月上旬を予定しています。(各所属長あてに通知します。)

## 11 その他注意事項

(1) 受講決定後、万一、参加できなくなった場合等は、早急に連絡してください。

(2) 申込みにあたり、不正や不実の記載があった場合は、受講決定を取り消す場合があります。

特に、様式第4号(実務経験証明書)での実務経験については、介護保険施設(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設)、訪問介護事業所、訪問看護事業所、通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)事業所等における認知症高齢者介護の実務経験が対象となります。認知症でない高齢者介護や、介護実務でない場合(ケアマネ業務のみの場合等)は対象となりませんので、対象でない期間は除外してください。

(3) 受講態度の良くない方は、退室していただく場合又は修了を認めない場合があります。また、研修を修了したと認め難いときは、追加講義・実習を行う場合があります。

(4) 申込書類に記載された個人情報は、受講者の決定、受講者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、認知症対応型サービス事業所に関する指定基準の確認のために利用することがあります。受講申込みにあたっては、個人情報の利用について必ず受講希望者本人の同意を得てください。

※受講者氏名及び所属に関する情報を記載した受講者名簿を、研修時に配布する予定です。

(5) 本研修の申込は事業所が行う形式となっています。これまで、個人が申し込む意識で、研修を勝手に中断してもなんら問題ないと考えている受講者が時折見受けられます。そのような受講者を申し込んだ事業所については、次回以降の受講者選考時に受講の優先順位を考慮させていただきますので御注意ください。

(6) 開設予定の事業所の方や、現在所属している施設・事業所で職場実習を実施する方は研修が始まるまでに実習対象者の状況を把握しておいて下さい。