

公益社団法人全国老人福祉施設協議会
2019年度 認知症介護実践者研修（愛知・名古屋会場）募集要項

1. 目的

認知症介護実践研修（以下「実践者研修」という。）は、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ができるよう、認知症介護実務者に対し、認知症高齢者の介護に関する知識や技術の修得を図り、福祉専門職として、介護現場で実践できる職員を養成し、認知症高齢者に対する質の高い介護サービス提供を目指し実施する。

2. 目標

- ①施設等における認知症ケアの質の向上に努める。
- ②施設等における認知症の正しい理解と予防等について学ぶとともに、生活環境を活かした認知症高齢者の自立支援の展開ができるようにする。
- ③施設等における認知症介護の専門職として、認知症介護に関する理念を再確認する。
- ④理念の再確認に基づき、認知症介護の知識と技術の振り返りを行い、その振り返りに基づいて新しい気づきや適切な技能を習得する。
- ⑤理念の再確認に基づき、自己の介護現場において、認知症介護の知識と技術を実践的に展開できる力を習得する。

3. 主催

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会（以下「全国老施協」という。）
愛知県老人福祉施設協議会、名古屋市老人福祉施設協議会

4. 対象者

この研修は、概ね2年程度認知症介護業務の実務経験があり、現在も引き続き従事する者で、身体介護に関する基本的知識・技術を修得しており、次の①または②のいずれかの要件に該当し、かつ、③～⑤の要件を満たす者を対象とする。

- ①愛知県内・名古屋市内の介護保険施設等に従事する介護職員等
- ②愛知県内・名古屋市内の認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型デイサービスの計画作成担当者予定者
- ③介護保険の施設・事業所等に従事する介護・看護職員等であって、介護福祉士あるいは同等以上の能力を有する方（受講月現在）
- ④対象者本人、家族の同意を得たうえで、研修中に使用する「基本情報シート」を使用し、情報提供ができる方
- ⑤4週間の職場実習で以下の内容を実践できる方
 - 1週目：再度のアセスメントを実施、実践計画の作成
 - 2週目：計画に基づき実践（中間報告）
 - 3週目：計画に基づき実践（計画評価）

4週目：実践内容の整理・評価、報告用資料(※)の作成

※研修最終日の報告用資料はマイクロソフト社のパワーポイントで必ず作成（他は不可）
他のツールで作成すると、パソコンの互換性の問題で発表できない場合があります。

5. 定員

80名

6. 受講費用

1. 受講料 25,000円

2. テキスト代 「認知症介護 実践者研修 標準テキスト」（平成28年7月発行）
株式会社ワールドプランニング 3,456円（税込）

7. 研修内容及び日程

別添研修日程表およびカリキュラムのとおりとする。

8. 研修日程・会場

【講義・演習】

日時：令和元年9月25日（水）～27日（金）、10月3日（木）、10月4日（金）

会場：(株)名給 4F コミュニケーションスペース

名古屋市熱田区新尾頭二丁目2-61 (TEL) 052-671-6256

※「金山総合駅」から徒歩10分

※会場周辺徒歩5分圏内に飲食店がないため受講生各自で準備すること。

※会場建物内および周辺は、原則として禁煙。

【他施設実習】

※実施致しません。

【自施設実習】

日時：令和元年10月5日（土）～11月15日（金）の間で4週間、各自で設定

【実習報告とまとめ】

日時：令和元年11月22日（金）

会場：ウインクあいち(愛知県産業労働センター) 1202会議室・1208会議室
〒450-0002

名古屋市中村区名駅4丁目4-38

◎JR名古屋駅桜通口からミッドランドスクエア方面 徒歩5分

TEL 052-571-6131 / FAX 052-571-6132

9. 申込方法

下記「注意事項」をお読みの上、次に記載する書類を所属する事業所等の代表者を通じて、名古屋市老施協事務局へ郵送にて提出すること。なお、「申込書類」に提出漏れ等の不備がある場合は無効となることがある。

〔申込書類〕

○受講申込書（様式1）

※2枚目の受講推薦に係る誓約に記入日の日付、管理者等氏名の記入および捺印必須

○研修における自己課題の設定（受講者選定の際の参考資料）

○返信用封筒（決定通知の送付用、又は受講できなかった場合の書類返送用）

※角2サイズ、事業所住所・事業所名・ご担当者様のお名前を記載したもの（切手は不要）

〔研修初日に提出が必要な書類〕

○基本情報シート

受講決定通知書に同封する「基本情報シート」に対象利用者の情報等必要事項を記入し、必ず研修初日に持参すること。

※基本情報シート作成前には必ず事前に対象となるご利用者様、ならびにそのご家族様に個人情報開示の同意を得ること。また、個人情報使用に関して事業所責任者、受講者それぞれ署名、押印必須。

10. 注意事項

○本研修は、全課程（講義・演習、自施設実習、結果報告含め）の受講を必須条件とする。

○受講申込みが、応募多数の場合には全国老施協会員を優先する。（同事業所より複数名申込み場合は、申込書類を複写して使用すること。）

○FAXでの申込みは無効とする。

○「基本情報シート」の対象ご利用者について、本研修の取組みである程度改善や効果が見られる方を対象にすること。また、当該対象者が入院等で事業所に不在となった場合は、本研修の継続が困難なるためとなってしまいうため、予め複数名（1～2名程度）対象候補者を選出しておき、変更できるよう準備しておくこと。

○決定した受講者の変更には応じられない。

○受講決定後、受講を辞退される場合は、必ず名古屋市老施協事務局まで書面・FAXにより連絡すること。受講料は、原則として返金しない。ただし、《講義・演習》初日の10日前までに辞退される場合には、受講料の半額を銀行振込にて返金することとする。（手数料等は受講者負担）

11. 本研修の受講修了者は、平成18年3月31日付老発第0331010号厚生労働省老健局長通知ならびに平成18年3月31日付老計発第03311007号厚生労働省老健局計画課長通知に基づき、都道府県及び指定都市が実施する「認知症介護実践者研修」の修了者と同等とみなされる。

12. 修了証書は、公益社団法人全国老人福祉施設協議会 認知症介護研修事業 実施要綱5 事業内容 (2) 〈認知症介護実践研修〉⑥アに基づき、本研修を実施する全国老施協会長が交付をするものとする。

13. 申込締切日 (必着)

令和元年8月19日(月)

※ ただし、定員となり次第締め切ることとする。

※ 受講の可否については、「受講決定通知書」により確認すること。

14. 申込先

全国老施協 認知症介護実践者研修 (愛知・名古屋会場) 事務局
〒496-8046 愛知県愛西市赤目町山之神 30 番地 1 明範荘内

15. 受講者の決定の流れ

申込締切日 (上記「申込締切日」参照)

↓

受講者を選定

↓

「受講決定通知書」等関係書類を送付 (8月中旬予定)

選定の結果、受講いただくことができない場合、申込書類を返送する。

16. その他

「テキスト」については、「受講申込書」の所定欄にご記入のうえ申し込むこと。

「昼食」「宿泊」については、受講生各自にて手配すること。

17. 個人情報保護に関する取扱いについて

「受講申込書」に記載された個人情報は、修了者名簿及び研修会の資料に必要な事項を掲載するものとします。

<問合せ先>

全国老施協 認知症介護実践者研修 (愛知・名古屋会場) 事務局 (担当: 吉田)

〒496-8046 愛知県愛西市赤目町山之神 30 番地 1 明範荘内

TEL : 0567-33-3077 FAX : 0567-37-0212