

平成30年度仙台市認知症介護実践研修(実践者研修) 開催要領

1 目的

施設、在宅にかかわらず、認知症の原因疾患や容態に応じ、本人やその家族の生活の質の向上を図る対応や技術を修得する。

2 研修実施主体 仙台市

3 研修事務局(仙台市委託先)

公益財団法人仙台市健康福祉事業団 介護研修室

TEL:022-215-3711/FAX:022-215-3718

4 研修目標

- (1) 認知症の人の尊厳を尊重し、その権利を介護職の立場で擁護することができる。
- (2) 認知症の原因疾患を理解したうえで最善の介護方法を選択し実践することができる。
- (3) 認知症の人の中核症状を理解し、行動・心理症状の軽減を図るうえでの介護を提供できる。
- (4) 認知症の人の中核症状を理解し、本人の能力を生かした環境調整や介護技術を実践できる。
- (5) 認知症の人の家族を支え、共に支援することができる。
- (6) 認知症の人の社会資源を開発、活用したケアできる。
- (7) 認知症に関する最新知識(薬, 予防, 制度, サービスの動向)を理解し、介護実践場面で実践できる。
- (8) これらの実践事例を解決するためのアセスメント及びケアプランを作成し、実行、評価することができる。

5 対象者

本研修受講に際し、所属する施設(事業所)等の責任者の推薦が得られ、次の(1)~(4)の要件をすべて満たす者

- (1) 認知症の知識に関して、介護福祉士等の知識またはそれと同様の知識を修得していること
- (2) 2年以上の介護現場の経験を有すること
- (3) 全日程【講義・演習(5日間)、中間報告(1回)、職場実習(4週間)※、報告会(1日間)】受講可能であること(遅刻・早退不可)

※職場実習:受講申込者が上記の期間に自身の勤務する職場で取り組む実習

- (4) 仙台市内の介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等で、本研修の受講が適切と認められる者

【認知症対応型サービス事業の指定に係る人員基準と研修の関係】

- (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者は、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(宮城県介護研修センター:9月頃、仙台市シルバーセンター:1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7月と2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。

【地域密着型サービス指定基準についての問い合わせ先】

仙台市健康福祉局介護事業支援課指定係 (電話 214-8169)

6 日 程

- (1) 講義・演習 5日間(土日祝・仙台市シルバーセンター休館日を除く)
- (2) 中間報告 1回
- (3) 職場実習 4週間
- (4) 報告会 1日間

	講義演習	中間報告	職場実習	報告会
第1回	6/21(木)～6/27(水)	7/10(火) ※上記のうち、事務局が指定する時間	4週間	8/28(火)
第2回	9/6(木)～9/12(水)	9/26(水) ※上記のうち、事務局が指定する時間	4週間	11/15(木)
第3回	11/22(木)～11/29(木)	12/13(木) ※上記のうち、事務局が指定する時間	4週間	1/29(火)
第4回	1/7(月)～1/11(金)	1/31(木) ※上記のうち、事務局が指定する時間	4週間	3/11(月)

※日程詳細は別紙カリキュラムのとおり

7 定 員 各回 70 名

8 会 場 仙台市シルバーセンター(仙台市青葉区花京院 1-3-2)6 階 第 2 研修室

9 研修内容 別紙カリキュラムのとおり

10 受講料 2,000 円 ※受講料は研修初日にご持参ください。

11 テキスト 書籍名 : 認知症介護実践者研修標準テキスト
出版社 : ワールドプランニング 定価 3,200 円+税

※ 受講前に各自購入のうえ、ご持参ください。

なお、当面、研修初日に書店による販売を行いますので、希望者は申込書にその旨記入し、テキスト代を持参ください。

12 申込方法 受講申込書を公益財団法人仙台市健康福祉事業団ホームページよりダウンロードし、
<http://www.senkenhuku.com/>必要事項をご記入のうえ、研修事務局まで **郵送(必着)**
でお申し込みください。

【提出書類】

(1) 受講申込書

※(2) 推薦書 (申込書「6 所有資格」で「㊤なし」の方のみ要提出)

※本研修は個人での申し込みは受け付けておりません。必ず施設(事業所)等の責任者がお申し込みください。

※これまでに「痴呆介護実務者研修(基礎課程)」または「実践者研修」を修了した方は申し込みできません。

【申し込み先】

〒980-0013 仙台市青葉区花京院 1-3-2 仙台市シルバーセンター5階
公益財団法人仙台市健康福祉事業団 介護研修室 宛

※封筒表面に朱書きで「認知症介護研修申込書在中」と記載してください。

13 申込期間・受講決定

受講決定者にのみ、所属長宛に通知します。 受講不可の場合は通知いたしません。

	申込期間	決定通知
第1回	4/16(月)～4/27(金)	5/11(金)頃
第2回	7/9(月)～7/20(金)	8/3(金)頃
第3回	9/14(金)～9/28(金)	10/12(金)頃
第4回	11/12(月)～11/22(木)	12/6(木)頃

※同一事業所で複数名の申し込みをされる場合は、必ず優先順位を記入してください。

※申込多数の場合、希望順位に関わらず、受講できない場合があります。

14 修了証書の交付

全日程(講義・演習、中間報告、職場実習、報告会)を受講した者に対し、仙台市から修了証書が交付されます。

15 その他注意事項

- (1) 申込にあたり、受講申込書に不備があった場合は、受理できないことがあります。また、研修受講要件の申告に虚偽または、不正があった場合は、受講決定・研修修了を取り消すことがあります。
- (2) 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。
なお、受講が決定した方には事前調査票を提出していただきます。(受講決定時に用紙送付:提出期限厳守)
- (3) 一旦納入された受講料は返金いたしません。
- (4) 原則として遅刻・早退・欠席は認められません。
- (5) 指導者から改善の指示や指導があった場合は、迅速に改善へ取り組みください。
- (6) 研修中に受講者としてふさわしくない行為があったときは、退室していただき、修了を認めない場合があります。
- (7) 研修で知り得た個人情報、正当な理由なく第三者に漏らしてはいけません。
なお、研修の申込に関して事務局が知り得た受講者の個人情報は「個人情報取扱特記事項」に基づき、受講者の決定、受講者名簿及び修了証書の作成等、研修事業の円滑な運営のために使用し、適正な利用・管理を行ないます。
- (8) 本研修中に疑義が生じた場合は、仙台市、研修事務局、指導者等で対応を協議することがあります。
(受講者所属事業所の責任者を含む場合もあります。)

平成30年度仙台市認知症介護実践研修（実践者研修）第3回カリキュラム

■1日目■ 平成30年11月22日(木)

(敬称略)

時間	内容	講師
9:20～9:30 (10分)	開催にあたって オリエンテーション	(公財)仙台市健康福祉事業団介護研修室
9:30～9:50 (20分)	講義 仙台市における認知症高齢者の 現状と施策	仙台市健康福祉局地域包括ケア推進課
9:55～11:55 180分(120分)	講義・演習 1 認知症ケアの基本的理解 「認知症ケアの基本的視点と理念」	仙台市認知症介護指導者
11:55～12:55	昼 食	
12:55～13:55 (60分)	「認知症ケアの基本的視点と理念」	仙台市認知症介護指導者
14:00～15:00 (60分)	講義・演習 認知症ケアの基本的理解 「認知症ケアの倫理」	
15:05～18:05 (180分)	講義・演習 認知症ケアの基本的理解 「認知症の人の理解と対応」	
18:05～18:25	振り返り	仙台市認知症介護指導者

■2日目■ 平成30年11月26日(月)

(敬称略)

時間	内容	講師
9:20～10:50 (90分)	講義・演習 認知症ケアの基本的理解 「認知症の人の家族への支援方法」	仙台市認知症介護指導者
10:55～11:55 120分(60分)	講義・演習 認知症ケアの基本的理解 「認知症の人の権利擁護」	
11:55～12:55	昼 食	
12:55～13:55 (60分)	「認知症の人の権利擁護」	仙台市認知症介護指導者
14:00～16:00 (120分)	講義・演習 認知症ケアの基本的理解 「認知症の人の生活環境づくり」	
16:05～18:05 (120分)	講義・演習 認知症ケアの基本的理解 「地域資源の理解とケアへの活用」	
18:05～18:25	振り返り	仙台市認知症介護指導者

■3日目■ 平成30年11月27日(火)

(敬称略)

時間	内容	講師
9:30～11:30 (120分)	講義・演習 2 認知症の人への具体的支援方法と展開 「認知症の人とのコミュニケーションの理解と方法」	仙台市認知症介護指導者
11:30～12:30	昼 食	
12:30～14:30 (120分)	講義・演習 認知症の人への具体的支援方法と展開 「認知症の人への非薬物的介入」	仙台市認知症介護指導者
14:35～17:35 (180分)	講義・演習 認知症の人への具体的支援方法と展開 「認知症の人への介護技術Ⅰ(食事・入浴・排泄等)」	
17:35～17:55	振り返り	仙台市認知症介護指導者

■4日目■ 平成30年11月28日(水)

(敬称略)

時間	内容	講師
9:30～12:30 (180分)	講義・演習 認知症の人への具体的支援方法と展開 「認知症の人への介護技術Ⅱ(行動・心理症状)」	仙台市認知症介護指導者
12:30～13:30	昼 食	
13:30～17:30 (240分)	講義・演習 認知症の人への具体的支援方法と展開 「アセスメントとケアの実践の基本Ⅰ」	仙台市認知症介護指導者
17:30～17:50	振り返り	仙台市認知症介護指導者

■5日目■ 平成30年11月29日(木)

(敬称略)

時間	内容	講師
9:30～12:30 (180分)	講義・演習 認知症の人への具体的支援方法と展開 「アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ」	仙台市認知症介護指導者
12:30～13:30	昼 食	
13:30～13:45 (15分)	職場実習等に向けて	(公財)仙台市健康福祉事業団介護研修室
13:45～17:45 (240分)	講義・実習 「自施設における実習課題の設定」	仙台市認知症介護指導者
17:45～18:05	振り返り	仙台市認知症介護指導者

※講義・演習終了後、2週間程度で中間報告 : H30. 12/13(木)が1回あります。

※自事業所における職場実習(4週間)の後、実践報告会 : H31. 1/29(火)を開催します。

平成 30 年度仙台市認知症介護実践研修(実践者研修)第3回 受講申込書

平成 年 月 日

(公財)仙台市健康福祉事業団 理事長 あて
 経営主体
 所 属
 [施設(事業所)名]
 施設(事業所)長
 職・氏名

㊟(公印又は代表者印)

標記について、下記のとおり受講を申し込みます。

同一事業所受講優先順位	
-------------	--

1. 所属事業所	名称		電話番号	— —
	所在地	〒	FAX番号	— —
2. 事業所種別 ※主なものを1つ〇で囲んでください。	①老人保健施設 ②老人福祉施設(特養) ③養護老人ホーム ④指定療養型医療施設 ⑤軽費老人ホーム ⑥ケアハウス ⑦有料老人ホーム ⑧短期入所生活介護 ⑨グループホーム ⑩小規模多機能型サービス ⑪認知症対応型デイサービス ⑫デイサービス ⑬訪問介護事業所 ⑭通所リハビリ ⑮看護小規模多機能型サービス ⑯その他()			
3. 受講者氏名	ふりがな		(男 ・ 女)	
4. 生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳) ※修了証書に記載しますので、氏名と生年月日は正確に記入して下さい。			
5. 職 種 ※主なものを1つ〇で囲んでください。	①管理者・施設長 ②主任・リーダー ③副主任・副リーダー ④サービス提供責任者 ⑤計画作成担当者 ⑥介護支援専門員 ⑦介護職員・ケアワーカー ⑧看護職 ⑨ソーシャルワーカー・相談員 ⑩その他()			
6. 所有資格 ※〇で囲んでください。(複数可)	①介護福祉士 ②介護職員基礎研修修了者 ③ホームヘルパー ④介護支援専門員 ⑤介護職員初任者研修修了者及びそれに準ずるもの ⑥看護師 ⑦准看護師 ⑧保健師 ⑨社会福祉士 ⑩理学療法士 ⑪作業療法士 ⑫言語聴覚士 ⑬精神保健福祉士 ⑭なし ※「⑭なし」の方は、「推薦書」も併せて提出してください。			
7. 実務経験	合計 年 ヶ月 ※介護サービス等の直接的な援助や、相談・援助業務の実務経験年数を記入。			
8. 勤務施設名	施設・事業所名	期間	業務内容	年月数
		年 月～ 年 月		年 ヶ月
		年 月～ 年 月		年 ヶ月
		年 月～ 年 月		年 ヶ月
9. 受講目的 ※〇で囲んでください。	①計画作成担当者従事予定のため (従事予定年月日:平成 年 月 日) グループホーム・小規模多機能型サービス・看護小規模多機能型サービス ②管理者従事予定のため (従事予定年月日:平成 年 月 日) グループホーム・認知症対応型デイサービス・小規模多機能型サービス・看護小規模多機能型サービス ③その他(スキルアップ等)			
10. テキスト購入 ※〇で囲んでください。	不要 ・ 申込	事務局記入欄		

申込責任者 職・氏名

㊟

(※申込書「6 所有資格」で「㊤なし」の方のみ要提出)

平成 30 年度 仙台市認知症介護実践研修 (実践者研修) 第 3 回

推 薦 書

平成 年 月 日

経営主体

所 属

[施設(事業所)名]

施設(事業所)長

職・氏名

㊤(公印又は代表者印)

研修受講について、下記の理由により推薦します。

1 研修申込者	ふりがな
2 職 種	
3 介護福祉士と同等の知識を有すると認めた理由	
4 今後の事業構想	
(注意事項) ・所属長または当該事業所の責任者が記入して下さい。 ・研修修了後に認知症介護専門職として現場でその知識と技術を発揮し展開していくことのできる方を推薦して下さい。	
事務局記入欄 (記入は不要です。)	