

令和7年度 愛知県介護福祉士会

認知症介護実践者研修 受講・修了要件 同意書

本研修は、認知症に関する理解を深め、自職場に学びを還元することを目標としており、同時に、修了することで認知症ケア加算等の取得や地域密着型サービス事業の開設要件にもなります。そのため、様々な要件を満たさない場合には、運営法人の判断の上で、修了証の交付ができないことがあります。そのことを、十分にご理解の上で研修への受講をお願いいたします。

1. 全ての講義、演習及び職場実習に出席すること。研修の欠席・遅刻・早退は認められません。
2. 全ての講義において、積極的に参加をすること。本研修は演習やグループワークが多くあります。そこへの積極的な参加姿勢が認められない時には、修了ができない場合があります。（*「積極的な参加姿勢が認められない」とは、自身の思いや意見を、ワークシートに文章で記載したり、グループメンバーに口頭で伝えたりできないことを指します）
3. 講義、演習は認知症基礎研修修了程度の知識があることを前提に行います。本研修の講義内容が理解出来るように、必要に応じて予習・復習は各自で行ってください。
4. 提出物は必ず指定する期間内に提出してください。期間内に提出がない場合は、受講の取り消し又は、修了を認めない場合があります。
5. 職場実習は多くの個人情報を取り扱います。提出資料等に個人情報が記載されていないかなどは、必ず確認をして下さい。
6. 職場実習の報告過程において、受講生自身による実施が確認できない場合には、修了証の発行はできません。
7. 研修の目標の達成度は、職場実習の提出書類をもとに確認します。認知症の事例対象者について、①本人視点でニーズを考えることができたか、②本人のニーズを解決するために必要な支援を考えることができたか（実習を通じて学びを得られたか）、③ 所属するチームを巻き込み支援をすることができたか、④本研修全体から学びを得て、実践に活かしているかどうかを確認いたします。

*「チーム」での実習ができない環境下の方、または、認知症の利用者と関わる機会のない方は、本研修の修了が見込めませんので、ご注意ください。

8. 職場実習の対象利用者の選定は、必ず事業所の同意のもと慎重に行ってください。また、必ず本人・本人の代理人の方の了承を得てください。選定にあたっては、以下の3項目すべてに該当することを条件とします。

①認知症の診断・その症状があること

②認知機能障害（中核症状）があること

③以下の30項目のいずれかのBPSDが顕著にみられること

1	徘徊	1 6	攻撃性
2	興奮	1 7	易刺激性
3	不安	1 8	異常行動
4	暴力	1 9	依存
5	睡眠障害	2 0	介護抵抗
6	うつ状態	2 1	多動
7	幻覚	2 2	不潔行為
8	攻撃的行動	2 3	不眠
9	暴言	2 4	意欲低下
1 0	幻視	2 5	盗食
1 1	焦燥	2 6	帰宅願望
1 2	抑うつ	2 7	妄想
1 3	異食	2 8	物盗られ妄想
1 4	不穏	2 9	嫉妬妄想
1 5	易怒性	3 0	被害妄想

※デイサービス、訪問介護などで、利用日数が少ない方、または、施設等で、看取り期等、活動に制限がある方、生活・病状が不安定な方等、実習の効果検証が出来にくい方の選定はご遠慮ください。

上記事項に同意し、研修を受講いたします。

令和 年 月 日

事業所名 _____

所属長 役職・氏名 _____ ㊞

受講生 氏名 _____ ㊞