

照会先

【事務局】

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
認知症ケア高度化推進事業推進室

TEL 03-3334-2185

FAX 03-3334-2718

担当 森重 ・ 玉川

平成20年度 認知症ケア高度化推進事業 個別訪問相談援助事業について(案)

1 目的

認知症介護指導者等が、課題を抱えるケアマネージャーやグループホーム、施設等の要請に応じ訪問して、事業開設時の職員研修等を通じて個別具体的な相談・援助を行うことにより、認知症ケアの現場における課題の解消を促進する。

2 事業内容

認知症ケアの課題を抱える施設・事業所を訪問し、効果が期待される事例を踏まえ、個別性・専門性に基つき直接援助を実施する。

3 対象

介護保険施設・事業所

4 実施主体

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

5 実施期間

平成21年1月～3月

6 その他

個別訪問相談援助事業は全国においても実施実績が少なく、今年度は、モデル事業的な位置づけとし次年度に向けてのニーズの把握に努めることとする。

照会先

【事務局】

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
認知症ケア高度化事業推進室

TEL 03-3334-2185

FAX 03-3334-2718

担当 森重 ・ 玉川

認知症ケア高度化推進事業 個別訪問相談援助事業実施要綱（案）

（趣旨）

第1条 この要綱は、社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター（以下「センター」という。）が、事業開設時の職員研修等を通じて行う個別訪問相談援助事業（以下「本事業」という。）を実施するための必要な事項を定める。

（本事業の目的及び内容）

第2条 認知症ケアの課題を抱える施設や事業所（以下「事業所等」という。）を、要請に応じて訪問相談援助担当者が訪問し、事業開設時の職員研修等を通じて個別具体的な相談援助を行うことにより、介護の質の向上及び現場における課題の解消を図る。

（実施主体）

第3条 本事業の実施主体はセンターとする。

（実施時期）

第4条 平成21年1月～3月とする。

（訪問相談援助担当者）

第5条 訪問相談援助担当者は、認知症介護指導者及びそれに準ずる者とする。

2 訪問相談援助担当者は、センターが選任する。

3 訪問相談援助担当者が行う相談援助は、都道府県等内での訪問を原則とする。

（申請）

第6条 訪問相談援助を希望する事業所等は、個別訪問相談援助申請書（様式第1号—①②）をセンターに提出するものとする。

（訪問基準）

第7条 訪問相談援助回数は、1事業所1回とする。

（対象事業所の審査・決定）

第 8 条 センターは、個別訪問相談援助申請内容の緊急度等を審査し、個別訪問相談援助対象事業所を決定する。その結果は、個別訪問相談援助事業決定通知書（様式第 2 号）によって通知する。

（費用負担）

第 9 条 事業所等の費用負担は無料とする。

（倫理要綱の順守）

第 10 条 本事業に関与する者は、認知症ケア高度化推進事業 倫理要綱に準じて職務を遂行する。

（訪問相談援助の結果報告等）

第 11 条 本事業の結果については、訪問相談援助担当者が、報告書（様式第 3 号）をセンターに提出する。

2 事業所等は、訪問相談援助を受けた後、個別訪問相談援助アンケート（様式第 4 号）をセンターに提出する。

（認知症介護研究・研修センターの協力）

第 12 条 仙台及び大府の認知症介護研究・研修センターは、個別訪問相談援助担当者の選任にあたって、認知症介護指導者等で適任と考えられる者を推薦する。

（結果の公表）

第 13 条 センターは、本事業の実施結果等の概要を公表する。

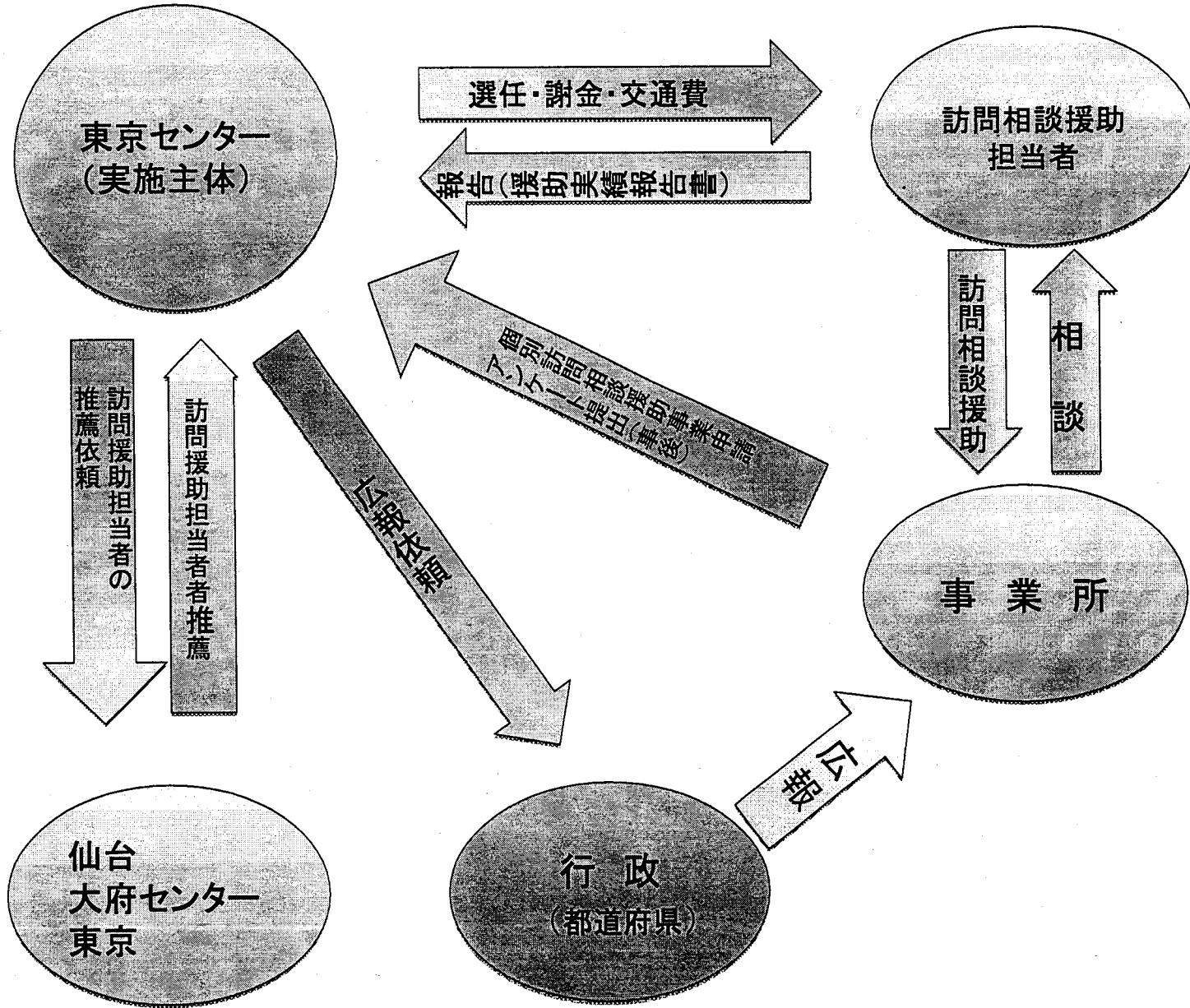
（その他）

第 14 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附則

この要綱は、平成 20 年 10 月 20 日から施行する。

個別訪問相談援助事業のイメージ



個別訪問相談援助申請書

年 月 日

社会福祉法人浴風会
 認知症介護研究・研修東京センター
 センター長 長谷川 和夫 殿

認知症ケア高度化推進事業の個別訪問相談援助を希望しますので、下記を記入の上、申し込みます。

個別訪問相談援助申請者記入欄

事業所	フリガナ			
	名称			
	フリガナ			
	所在地			
代表者	フリガナ		フリガナ	
	名前	(印)	職名	
担当者	フリガナ		フリガナ	
	名前	(印)	役職	
	TEL			
	FAX		E-MAIL	

個別訪問相談援助希望内容

1. 個別訪問相談援助を受けたい事項についてお答えください。

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ケアの方法について | <input type="checkbox"/> 研修体制について |
| <input type="checkbox"/> ケアの視点について | <input type="checkbox"/> 記録管理について |
| <input type="checkbox"/> 認知症の理解について | <input type="checkbox"/> チームケアについて |
| <input type="checkbox"/> アセスメントについて | <input type="checkbox"/> その他(|
| <input type="checkbox"/> 家族の支援について | |

2. 上記の内容等を踏まえ、希望する研修相談内容について具体的に書いて下さい。

相談内容	
------	--

3. 個別訪問相談援助希望(希望する時期に○を付けてください)

時 期	第1希望	2008年	1月・2月	上・中・下	(旬)
	第2希望	2008年	1月・2月	上・中・下	(旬)

4. 備 考

--

個別訪問相談援助事業決定通知書

年 月 日

殿

社会福祉法人浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
センター長 長谷川 和夫

平成 年 月 日付で申請のあった個別訪問相談援助事業の件について下記の通り決定しましたので、通知いたします。

記

1 決定の内容

2 派遣相援助者
(1) 氏名
(2) 所属等

3 派遣日時 平成 年 月 日 ()
時 分～ 時 分

4 派遣場所

認知症ケア高度化推進事業 個別訪問相談援助報告書

社会福祉法人浴風会
 認知症介護研究・研修東京センター
 センター長 長谷川 和夫 殿

下記の通り、個別訪問相談援助を行いましたので報告いたします。

記

担 当 者	都道府県名		所属施設	
	フリガナ		TEL	
	名前	印		
FAX		E-MAIL		
訪 問 施 設 ・ 相 談 内 容 等	フリガナ		相談援助 時 間	時 分～ 時 分
	事業者名			
	相談援助内容			

1 訪問相談援助担当者の派遣時間についてお答えください。

①適切

①短い

③長い

※派遣希望時間（ ）時間位

2 当事業は、介護現場での課題解消に有効な事業だと思いますか。

①有効 ②どちらともいえない ④有効でない

※上記回答の理由

[]

3 その他、当事業の課題や改善点、要望等がございましたら、お答えください。(自由記述)

[]

様式 第4号

個別訪問相談援助アンケート

記入日 平成21年 月 日

個別訪問相談援助事業は、全国でもまだ実績の少ない事業です。事業所の皆さまからのご意見を今後に反映していきますので、率直なご意見をご記入ください。

個別訪問相談援助終了後、10日以内に各都道府県へご提出ください。

事業者名 _____

記入者名 _____

- 1 今回、個別訪問相談援助事業を申請した理由を具体的にお答えください。

[]

- 2 個別訪問相談援助を受けた感想をお答えください。

①良かった ②どちらともいえない ④よくなかった

※上記回答の理由

[]

