

個別訪問相談援助（介護保険施設・事業所に認知症ケアの専門職
を派遣して行う認知症ケアに係る相談援助）事業実施要綱

（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「東京センター」という。）が、認知症ケアに係る課題を抱える介護保険施設・事業所からの申請に応じ、認知症介護指導者等（以下「認知症ケア援助者」という。）を当該施設・事業所に直接派遣し、認知症ケア援助者が個別具体的な援助を行うことにより、認知症ケアの現場における課題を解決するためのヒントを提供することを目的とする。

（個別訪問相談援助事業内容）

第2条 認知症ケアに係るケアの方法、ケアの視点、家族支援等の課題や悩みに対し、解決のための効果が期待される類似の事例報告等を活用しながら、例えば職員研修の場等を活用して相談に応じ、必要な認知症ケアに係る援助を行うものとする。ただし、事業経営、事業運営、医療的相談は対象としない。

（対象施設）

第3条 認知症ケアに係る課題を抱えている介護保険施設・事業所（以下「事業所等」とする。）とする。

（実施主体）

第4条 本事業の実施主体は東京センターとする。

（認知症ケア援助者）

第5条 認知症介護指導者またはそれと同等の知識技術を有する者であって、本事業に協力する旨東京センターに申し入れ、登録された者とする。

2 東京センターは、認知症介護研究・研修仙台センター及び認知症介護研究・研修大府センターの協力を得ながら認知症ケア援助者を確保するものとし、必要に応じ各都道府県・指定都市からも適任者の情報提供を受けるものとする。

（実施方法等）

第6条 事業所等からの申請により、東京センターが認知症ケア援助者を当該事業所等に派遣する。

- 2 派遣する認知症ケア援助者は、当該事業所等が所在する都道府県内に居住又は勤務している者を原則とする。
- 3 認知症ケア援助者の派遣は、1事業所1回とする。
- 4 当該派遣に要する費用は東京センターが負担する。

(申請)

第7条 認知症ケア援助を希望する事業所等は、個別訪問相談援助事業申請書(様式第1号)を東京センターに提出する。

(対象事業所等の決定)

第8条 東京センターは、個別訪問相談援助事業申請書の内容を審査し、その緊急度等に配慮して派遣対象事業所等を決定する。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。

(倫理要綱の順守)

第9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(別添)に準じて職務を遂行する。

(個別訪問相談援助事業結果の報告等)

第10条 認知症ケア援助者は、個別訪問相談援助の結果を個別訪問相談援助結果報告書(様式第3号)により東京センターに報告する。

- 2 事業所等は、個別訪問相談援助事業を受けた後に、個別訪問相談援助事業アンケート(様式第4号)を東京センターに提出する。

(実施結果の公表)

第11条 東京センターは、本事業の実施結果等の概要をホームページ等で公表する。

(その他)

第12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事業を希望しますので、下記を記入の上、申し込みます。

個別訪問相談援助事業申請者記入欄

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	㊟	職名	
担当者	フリガナ		フリガナ	
	名前	㊟	役職	
	TEL			
	FAX		E-MAIL	

事業所概要

介護保険事業所番号		開設年月日	年	月	日
指定年月日	年 月 日	定員	名		
※ 従業員の員数	常勤 名	非常勤 名	その他 名	計 名	名
※認知症介護実践者 研修修了者数	名	※ 認知症介護実践 リーダー研修修了者数	名		
※認知症介護指導者 研修修了者数	名	備考			

※印は、申請時時点の数を記入してください

個別訪問相談援助事業援助希望内容

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。

ケアの方法について	チームケアについて
ケアの視点について	その他
アセスメントについて	()
家族の支援について	

2. 上記の内容等を踏まえ、希望する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日(希望する時期に を付けてください)

時 期	第1希望 平成21年 2月・3月 上・中・下 (旬)
	第2希望 平成21年 2月・3月 上・中・下 (旬)

4. 備 考

--

様式 第2号

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 認知症ケア援助者

(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

個別訪問相談援助事業結果報告書

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

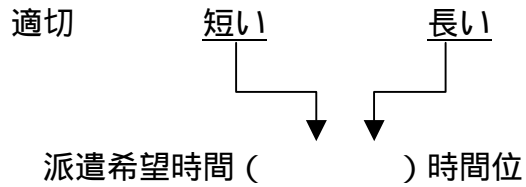
下記の通り、個別訪問相談援助を行いましたので報告いたします。

記

認知症ケア援助者	都道府県名		所 属	
	フリガナ		TEL	
	名 前	印		
	FAX		E-MAIL	
訪問事業所・相談内容等	フリガナ		実施日	平成 年 月 日
	事業者名		相談援助 時 間	時 分 ~ 時 分
	<u>相談援助内容</u>			

用紙が不足の場合は、適時追加して提出ください。
 使用した資料を添付してください。

1 認知症ケア援助者の派遣時間についてお答えください。



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。

有効 どちらともいえない 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

個別訪問相談援助事業アンケート

記入日 平成 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。

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。

良かった どちらともいえない 良くなかった

上記回答の理由

[]

3 個別訪問相談援助の実施時期について、受け入れのしやすい時期をお答えください。(複数回答可)

4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月
12月 1月 2月 3月

4 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。

適切 短い 長い
 | |
 └─┘ └─┘
 ↓ ↓
派遣希望時間()時間位

5 当事業について、今後も機会があれば申請したいと思いませんか。

思う 思わない

上記の回答の理由

[]

6 その他、当事業に対して意見やご要望がございましたらお答えください。
(自由記述)

[]