

平成 28 年度京都府認知症介護実践者等養成研修要項 (認知症介護実践者研修 第 3 回目)

1. 目的

本研修は、京都府内（京都市域除く。）の介護保険施設、指定居宅サービス事業所及び指定地域密着型サービス事業所に従事する高齢者介護実務者に対し、認知症介護に関する実践的な研修を実施することにより、施設、在宅に関わらず認知症の原因となる疾患や容態に応じ、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させ、もって認知症高齢者に対する介護サービスの充実と質の向上を図ることを目的とする。

2. 実施主体

京都府

3. 実施機関

一般社団法人京都府老人福祉施設協議会

4. 研修概要

(1) 対象事業所

京都府内の介護保険サービス事業所を対象とする。（京都市域を除く。）

※ 居宅介護支援事業所については、10. (1) を参照のこと。

①	介護保険施設
②	指定居宅サービス事業所
③	指定地域密着型サービス事業所

(2) 研修対象者

上記 (1) の事業所に従事し、次のア～ウの要件を全て満たす者で、知事が適当と認める者

ア) 介護職員等で、2年以上の実務経験を有する者

イ) 身体介護に関する基本的な知識・技術を習得しており、事業所内で認知症介護の中心的な役割を担っている者

ウ) 自施設での4週間の実習に、職場内チームで取り組みが可能な者

(3) 研修内容

別紙「カリキュラム（実践者研修）」のとおり

(4) 募集定員

100名/回

5. 研修日程及び会場

(1) 研修日程

研修は、①講義・演習（7日間）及び②自施設での職場実習（4週間）とする。

①講義・演習

研修回	日 程	最終日（7日目）
第3回	1月11日（水）12日（木）13日（金）	3月15日（水）
	1月18日（水）19日（木）20日（金）	

②自施設での職場実習

研修回	実習期間
第3回	1月21日（土）から2月24日（金）の間の4週間

(2) 会場

京都社会福祉会館（アクセス：<http://www.kyo-syafuku.net/access>）

6. 修了証書

下記ア及びイの要件を満たす者に対し、修了証書を交付する。

ア) 4.(3)のカリキュラムに定める講義等研修の全課程を修了した者

イ) 以下の全ての課題を十分にこなし、かつ期限内に提出した者

【研修中】 各講義のふりかえりシート

【職場実習】 職場実習計画書及び職場実習報告書

7. 修了を認めない場合について

以下のような事実が確認された場合、修了を認めない。

- ・受講者の受講態度が悪い場合（講義への遅刻、提出物を期限内に提出しない）
- ・研修の学びが不十分であると判断される場合
- ・研修の全課程を修了できない場合（講義の早退・欠席） など

8. 受講費用

4,000円（資料代）

※受講費用及びその納入方法の詳細については、受講決定時に通知する。

※その他研修会場までの交通費、食費、宿泊費等は受講者が負担すること。

9. 受講申込み及び受講決定

(1) 受講申込み

- 申込期限：平成 28 年 10 月 17 日（月）
- 申込先：一般社団法人京都府老人福祉施設協議会事務局
（※地域密着型サービス事業所は、所在地の市町村介護保険担当課）
- 申込方法：郵送（当日消印有効）
- 申込書類
 - 様式 1（受講申込書）
 - 様式 2（1 事業所から 2 名以上申込み場合に添付すること）
 - 認知症介護基礎研修の修了証書の写し（基礎研修を修了している場合に添付）
 - 返信用封筒 1 枚（受講可否通知送付に使用、封筒は角 2 号（24cm×33.2cm）140 円切手貼付）

(2) 受講決定

4.(2) の受講要件を確認の上、受講決定を行う。（受講可否に係る通知は、11 月 21 日頃に発送予定。希望者多数の場合は、受講できないことがある。）

受講決定又は非決定の通知が研修初日の 2 週間前になっても届かない場合は、速やかに一般社団法人京都府老人福祉施設協議会（075-802-4642）まで問い合わせること。

10. その他受講にあたっての注意事項

(1) 居宅介護支援事業所について

居宅介護支援事業所は本研修の対象外であるが、地域密着型サービスの管理者又は計画作成担当者に従事する予定の者で、管理者研修又は計画作成担当者研修を今後受講する必要がある場合は、事業所所在地の市町村の推薦があれば受講を認めるので、受講を希望する場合は市町村介護保険担当課へ申込書を提出すること。（希望者多数の場合は、受講できない場合がある。）

(2) 研修の辞退について

受講決定後は、研修の辞退を認めない。やむを得ず辞退しなければならない状況になった者は、京都府健康福祉部介護・地域福祉課（075-414-4672）まで速やかに連絡すること。（無断の辞退は厳禁とする。）

(3) 管理者研修・計画作成担当者研修の受講を希望する場合

管理者研修・計画作成担当者研修の受講を希望する者は、本研修を修了していることが必要であるため、該当する者は受講に留意すること。

【参考】「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密

着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する
基準に規定する厚生労働大臣が定める者及び研修」に規定する研修について

(平成24年3月16日付け 老高発0316第2号,老振発0316第2号,老老発0316第6号)

(4) 認知症介護基礎研修を修了している者について

実務経験年数2年未満で平成28年度より本府が実施することとなった認知症介護基礎
研修を修了し、経験年数を重ねた後、本研修の受講要件を満たすことになった者について
は、受講決定時の優先順位について考慮するので、該当する者については、申込時に認知
症介護基礎研修の修了証書の写しを添付すること。

(5) 研修テキストについて

受講決定され、本研修を受講することになった者は、以下のテキストを購入し、研修初
日に持参すること。

●テキスト名：認知症介護実践者研修標準テキスト

●価 格：3,456円(税込)

●出 版 社：株式会社ワールドプランニング

※テキスト購入に関する詳細については、受講決定時に通知する。

11. 問い合わせ先

■受講申込に係ることについて

一般社団法人京都府老人福祉施設協議会 事務局

〒602-8143

京都市上京区猪熊通丸太町下る中之町519番地

(TEL：075-802-4642 FAX：075-802-4699)

■受講決定に係ることについて

京都府健康福祉部介護・地域福祉課 法人・事業者指導担当

〒602-8570

京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町

(TEL：075-414-4672 FAX：075-414-4572)

平成28年度京都府認知症介護実践者等養成研修(認知症介護実践者研修) カリキュラム

講義・演習

◆会場: 京都社会福祉会館(二条城北側...地下鉄東西線「二条城前駅」下車 北へ徒歩約5分)
京都市上京区猪熊通丸太町下る中之町519(TEL:075-801-6301) 4Fホール

第3回		時間			講義科目	講師	ファシリテーター
1 日 目	1月11日(水)	12:45	～	13:00	開講式 オリエンテーション		
		13:00	～	16:00	認知症ケアの基本的視点と理念	(特別養護老人ホーム神の園) 齊藤 裕三 氏	(グループデイやすらぎ) 尾上 いつみ 氏
		16:00	～	17:00	認知症ケアの倫理		(グループホームかえて) 稲垣 裕子 氏
2 日 目	1月12日(木)	9:00	～	11:00	認知症の人の理解と対応	(京都府立洛南病院) 渡部 智香子 氏	(涌出ぬくもりの里) 梶山 めぐみ 氏
		11:00	～	12:30	認知症の人の家族への支援方法		
		13:30	～	15:00	認知症の人の権利擁護		
		15:00	～	17:00	認知症の人の生活環境づくり		
3 日 目	1月13日(金)	9:00	～	11:00	地域資源の理解とケアへの活用	(涌出ぬくもりの里) 甲川 由見子 氏	(グループホームすこやかの家) 谷掛 浩 氏
		12:00	～	14:00	認知症の人とのコミュニケーションの理解と方法		
		14:00	～	16:00	認知症の人への非薬物的介入		
4 日 目	1月18日(水)	9:00	～	12:00	アセスメントとケアの実践の基本(I)	(あゆみの家) 竹本 知子 氏	(特別養護老人ホーム亀岡友愛園) 中澤 妙子 氏
		13:00	～	17:00	アセスメントとケアの実践の基本(II)		
5 日 目	1月19日(木)	9:00	～	12:00	認知症の人への介護技術 I (食事・入浴・排泄等)	(オンブラージュ朱矢之助) 渡邊 拓馬 氏	(特別養護老人ホーム青嵐荘) 倉橋 美和 氏
		13:00	～	16:00	認知症の人への介護技術 II (行動・心理症状)		
6 日 目	1月20日(金)	9:00	～	10:30	5日目までの講義のふりかえり	(岩戸ホーム 居宅介護支援事業所) 大石 康裕 氏	(グループホームうえずぎ) 田中 良樹 氏
		10:30	～	16:30	自施設実習の課題設定		
自施設実習		【第3回】平成29年1月21日(土)～平成29年2月24日(金)の間の4週間					
7 日 目	3月15日(水)	13:00	～	16:00	自施設実習評価	(宇治明星園白川特別養護老人ホーム) 増元 まゆみ 氏	(田村ゆうゆうの里) 福木 和幸 氏
		16:00	～	16:30	閉講式		(岩戸ホーム) 藤田 元 氏

平成28年度京都府認知症介護実践者等養成研修
認知症介護実践者研修 受講申込書 (3回目)

平成28年 月 日

法 人 名
代 表 者 印

事 業 所 名
管 理 者 印

平成28年度京都府認知症介護実践者等養成研修 (認知症介護実践者研修) について、
 下記のとおり申込みます。

記

受講者勤務先	事業所名 (サービス種別)	()	問い合わせ担当者名
	所在地		電 話 : F A X :

受講申込者	生 年 月 日	実務経験年数	現事業所での 勤続年数
(フリガ) ----- 氏名	昭和 平成 年 月 日	年 月 (申込日現在)	年 月 (申込日現在)
介護に係る 取得資格		認知症介護基礎 研修受講の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
職 位		本年度受講 を希望する 他の研修	<input type="checkbox"/> 管理者研修 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者研修
職 種			

* 提出書類一覧

- ・ 様式 1 (本紙)
- ・ 様式 2「受講申込者優先順位一覧表」(※ 1 事業所から 2 名以上申込みの場合)
- ・ 認知症介護基礎研修の修了証書の写し (※基礎研修受講の有無が「有」の場合)
- ・ 申込者 1 名につき 1 枚の返信用封筒 (※角 2 号 (24cm× 33. 2cm) のもの)
 (受講者勤務先の住所・事業所名・郵便番号等記載の上、140円切手を貼付)

* 提出期限

平成28年10月17日(月) (当日消印有効) (※封筒に「実践者研修 受講申込書」と記載し郵送)

* 提出先

一般社団法人京都府老人福祉施設協議会 事務局

〒602-8143 京都市上京区猪熊通丸太町下る中之町519番地

※地域密着型サービス事業所は、事業所が所在する市町村介護保険担当課へ提出

※ 1事業所から2名以上申込み場合には、各研修の受講申込書と併せて提出願います。

平成28年度京都府認知症介護実践者等養成研修

受講申込者優先順位一覧表

法人名	
事業所名	
サービス種別	

優先順位	受講申込者氏名

平成28年度京都府認知症介護実践者等養成研修
認知症介護実践者研修 受講申込書 (3回目)

平成28年 月 日

法人名 **社会福祉法人〇〇〇会**
 代表者 **丹後 太郎** 印

事業所名 **特別養護老人ホーム洛央苑**
 管理者 **中丹 次郎** 印

※サービス種別

申込日現在で、申込者の所属事業所のサービス種別を記入してください。(次ページのサービス一覧を参照してください。)

※受講申込者・生年月日

修了証書発行の際に必要な情報になりますので、養成研修(認知症介護実践者研修)について、楷書で丁寧に記載してください。

記

受講者勤務先	事業所名 (サービス種別)	特別養護老人ホーム洛央苑 (介護老人福祉施設)	問い合わせ担当者名 南丹 花子
	所在地	〇〇市△△町4番地	電話：〇〇〇-〇〇〇〇 FAX：〇〇〇-●●●●

受講申込者	生年月日	実務経験年数	現事業所での勤続年数
(フリガナ) ヤマシロ 伊吹 氏名 山城 一郎	昭和 平成 1年5月5日	7年6月 (申込日現在)	4年6月 (申込日現在)
介護に係る取得資格	介護支援専門員・介護福祉士	認知症介護基礎研修受講の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
職位	副リーダー	本年度受講を希望する他の研修	<input type="checkbox"/> 管理者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 計画作成担当者研修
職種	介護職員		

* 提出書類一覧

* 提出期限

平成28年10月

* 提出先

一般社団法人京
〒602-8143

※実務経験年数

申込日時点で、介護保険サービス事業所において介護業務に直接従事した年数を記入してください。(事務職員や調理員など、介護業務に直接従事していない期間は含みません。)

※現事業所での勤続年数

申込日時点で所属している事業所の勤続年数を記載してください。

※職位・職種

次ページを参考に、受講申込者の所属事業所での職位、職種を記載してください。

※地域密着型サービス事業所は、事業所が所在する市町村介護保険担当課へ提出

* サービス一覧

居宅サービス

- 訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導
- 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護
- 特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与 特定福祉用具販売

地域密着型サービス

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護
- 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

介護保険施設

- 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設

その他

- 居宅介護支援 介護予防支援

※予防サービスに所属している場合は、本体サービスを記載してください。

（例）予防訪問介護事業所に所属 → 「訪問介護」と記載

* 職位

以下の記載例を参考に、受講申込者の所属事業所での職位を記載してください。

【記載例】

- 介護士 (介護に従事する者で、リーダー等管理職でない場合)
- 副リーダー (サブリーダーや副主任など、リーダーの補佐を担っている場合)
- リーダー (ユニットリーダーやフロアリーダー、介護主任などを担っている場合)
- 管理者 (施設長など、事業所全体の統括を担っている場合)

* 職種

以下の選択肢の中から、受講申込者の職種を記載してください。

- 介護職員 看護職員 生活相談員 介護支援専門員 サービス提供責任者
- 管理者 その他

※兼務をしている場合は、(例)のように記載してください。

(例) 介護職員と生活相談員を兼務 → 介護職員兼生活相談員

※選択肢の中に該当する職種がない場合は、その他を選択し、下記のように記載してください。

(例) 機能訓練指導員である場合 → その他（機能訓練指導員）