

# 平成 29 年度京都府認知症介護実践者等養成研修要項 (認知症対応型サービス事業開設者研修)

## 1. 目的

本研修は、京都府内（京都市域除く。）の指定小規模多機能型居宅介護事業者、指定認知症対応型共同生活介護事業者又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業者の代表者となる予定の者に対して、認知症介護に関する基本的な知識及び認知症対応型サービス事業の運営に必要な知識を修得させることを目的として実施する。

## 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) 研修対象者

指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者になることが予定されている者で、知事が適当と認める者

### (2) 研修内容

別紙「カリキュラム（開設者研修）」のとおり

### (3) 募集定員

30名／回

## 5. 研修日程及び会場

### (1) 研修日程

研修は、①講義（1日）、②現場体験（1日）の計2日間とする。

- ① 講 義：平成29年11月17日（金）
- ② 現場体験：平成29年11月18日（土）～平成29年12月17日（日）のうち1日

### (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。

なお、研修に遅刻、早退又は欠席するなどした場合は、修了を認めない。

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

【現場体験】 現場体験報告書

## 7. 受講費用

18,000円（受講料（15,000円）及び資料代（3,000円））

※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等は受講者が負担すること。

## 8. 受講申込み及び受講決定

### (1) 受講申込み

- 申込期限：平成29年10月4日（水）（当日消印有効）
- 申込先：事業所が所在する市町村の介護保険担当課  
（※開設予定事業所の場合は、開設予定地の市町村介護保険担当課）
- 申込方法：郵送
- 申込書類
  - 様式1（受講申込書）
  - 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）120円切手貼付）

## (2) 受講決定

4. (1) 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、10月27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1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。

## 9. その他受講にあたっての注意事項

### ・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。)

### ・現場体験を行う事業所について

現場体験を行う事業所については、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を原則とするが、地域の実情に応じて指定認知症対応型通所介護事業所も対象とする。

## 10. 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29年度京都府認知症介護実践者等養成研修（認知症対応型サービス事業開設者研修）

## 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」下車 北へ徒歩約5分）  
京都市上京区堀川丸太町下る中之町 519（TEL075-801-6301）

日 程	時 間	講 義 科 目	講 師	
1 日 目	平成 29 年 11 月 17 日 (金)	9:00～ 9:15～ 9:30	受付 開講式 オリエンテーション	
		9:30～10:15 (45分)	高齢者社会における地域包括ケアについて	京都府健康福祉部
		10:30～ 12:00 (90分)	認知症高齢者のケアのあり方	特別養護老人ホーム第2松寿苑 施設長 荻野 修一 氏
		13:00～ 14:00 (60分)	認知症の人の基本的理解	京都府立洛南病院 認知症疾患医療センター 主査 渡部 智香子 氏 (認知症介護指導者)
		14:10～ 15:00 (50分)	家族の理解・高齢者との関係の理解	公益社団法人 認知症の人と家族の会京都府支部 副代表 山添 洋子 氏
		15:10～ 17:00 (110分)	地域密着型サービスの取組みについて	有限会社 ホワイト介護 総合施設長 北 正美 氏

2 日 目	9:00～17:00 (480分)	現 場 体 験  ・ 利用者にとって適切なサービス提供のあり方 ・ サービスの質の確保	原則として、研修参加者の事業所等で実施  ※小規模多機能型居宅介護支援事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所又は認知症対応型通所介護事業所とします。
-------------	----------------------	--	---

※ 講義科目については、一部仮題を含む。

※ 京都府及び市町村に対し、研修（現場体験を含む）を通じてのレポートを提出。

平成29年度京都府認知症介護実践者等養成研修  
認知症対応型サービス事業開設者研修 受講申込書

平成29年 月 日

法 人 名  
代 表 者

印

平成29年度京都府認知症介護実践者等養成研修（認知症対応型サービス事業開設者研修）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	現在の役職	現職在籍年月数
(フリガ) 氏名	昭和 平成 年 月 日		年 月 (申込日現在)

受講希望理由	1 新たに開設する事業所の代表者となるため (就任予定日：平成 年 月 / サービス種別： ) 2 代表者が変更となるため (就任予定日：平成 年 月 / サービス種別： ) 3 その他( )
--------	--

\* 提出書類一覧

- ・ 様式1 (本紙)
- ・ 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、120円切手を貼付)

\* 提出期限

平成29年10月4日(水) (当日消印有効) (※封筒に「開設者研修 受講申込書」と記載し郵送)

\* 提出先

事業所所在地の市町村介護保険担当課 (開設予定の事業所の場合は、開設予定地の市町村)

平成29年度京都府認知症介護実践者等養成研修  
認知症対応型サービス事業開設者研修 受講申込書

平成29年 月 日

※サービス種別

申込日現在で、申込者の勤務先事業所のサービス種別を記載してください。(次ページのサービス一覧を参照してください。)

法人名 **社会福祉法人〇〇〇会**  
 代表者 **丹後 太郎** 印

※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、楷書で丁寧に記載してください。

養成研修（認知症対応型サービス事業開設者研修）に

記

受講者勤務先	事業所名 (サービス種別)	<b>グループホーム洛央苑</b> ( <b>認知症対応型共同生活介護</b> )	問い合わせ担当者名 <b>乙訓 花子</b>
	所在地	<b>〇〇市△△町4番地</b>	電話：〇〇〇-〇〇〇〇 FAX：〇〇〇-●●●●

受講申込者	生年月日	現在の役職	現職在籍年月数
(フリガナ) <b>ヤマノ 伊吹</b> 氏名 <b>山城 一郎</b>	<b>昭和</b> 35年 5月 5日 平成	<b>介護部長</b>	<b>4年 6月</b> (申込日現在)

受講希望理由	<p>① 新たに開設する事業所の代表者となるため                  (就任予定日：平成 30年 4月 / サービス種別：小規模多機能型居宅介護)</p> <p>2 代表者が変更となるため                  (就任予定日：平成 年 月 / サービス種別： )</p> <p>3 その他( )</p>
--------	--

\* 提出書類一覧

- ・様式1 (本紙)
- ・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、120円切手を貼付)

\* 提出期限

平成29年10月

\* 提出先

事業所所在地の市町村介護保険担当課(開設予定の事業所の場合は、開設予定地の市町村)

※現在の役職

勤務先での役職を記載してください。

※現職在籍年月数

「現在の役職」で記載した役職の申込日時点での在職年月数を記載してください。

\* 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