

# 平成 30 年度京都府認知症介護実践者等養成研修要項

## (認知症介護実践リーダー研修)

### 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のうち、ケアチームにおける指導的立場にある者に対し、チーム員の知識・技術・態度を指導する能力及びチームリーダーとしてのチームマネジメント能力を修得させ、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。）

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

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

ア) 平成 16 年度以前の「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」又は「認知症介護実践者研修」のいずれかの研修を修了している者（「認知症介護実践者研修」の修了者は、修了後 1 年が経過していること。）

イ) 現に介護職員等で、概ね 5 年以上の実務経験を有する者

ウ) 施設・事業所内において、現にケアチームのリーダーである者又はリーダーになることが予定されている者

エ) 自施設実習では、認知症介護の経験の浅いスタッフへの OJT を通した指導を 18 日間通して行うため、自施設に OJT の対象になるスタッフがいて、職場実習を行うことが可能な者

### (3) 研修内容

別紙「カリキュラム（リーダー研修）」のとおり

### (4) 募集定員

70名（年1回の開催）

## 5. 研修日程及び会場

### (1) 研修日程

研修は、①講義・演習（10日間）及び②自施設での職場実習（18日間）とする。

#### ①講義・演習

9月	5日（水） 6日（木） 7日（金）
10月	3日（水） 4日（木） 5日（金） 31日（水）
11月	1日（木） 2日（金）
12月	<u>26日（水）（最終日）</u>

#### ②自施設での職場実習

11月3日（土）～12月12日（水）の間の18日間

### (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

6,000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。

受講決定された者は、研修当日までに以下のテキストを準備しておくこと。

テキスト名：認知症介護実践リーダー研修標準テキスト

（認知症介護研究・研修センター監修）

定 価：4,200円（消費税込）

出 版 社：高齢者医療専門出版 WORLD PLANNING（株式会社ワールドプランニング）

## 9. 受講申込み及び受講決定

### (1) 受講申込み

●申込期限：平成30年6月18日（月）必着

●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

●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）

認知症介護実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了証書の写し

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、7月13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10日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) 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。）

## (2) 短期利用型認知症対応型共同生活介護を実施する場合について

短期利用型認知症対応型共同生活介護を実施する場合は、本研修修了者の配置が求められていることから、該当する者は受講について留意すること。**(※短期利用型の要件を満たすために受講を希望する場合は、申込時に市町村に申し出ること。)**

【参考】「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成18年3月31日 老計発第0331005号, 老振発第0331005号, 老老発第0331018号)

## 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)