

2019年度京都府認知症介護実践者等養成研修要項 (認知症介護基礎研修 第1・2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おいて認知症介護に携わる者に対し、その業務を遂行する上で基礎的な知識・技術とそれを実践する際の考え方を身につけ、チームアプローチに参画する一員として基礎的なサービス提供をできるようにすることをねらいとする。

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

上記（1）の事業所に従事する介護職員等（実務経験年数や認知症介護初任者研修などの他の認知症介護研修の受講経験の有無は問わない。）

(3) 研修内容

別紙「カリキュラム（基礎研修）」のとおり

(4) 募集定員

50名／回（年に4回実施）

5. 研修日程及び会場

研修は、**講義・演習（1日）**とする。

なお、当日の開始・終了時間は、受講決定時にお知らせする。（休憩含み8時間程度）

研修回	日程	会場
第1回	7月3日（水）	与謝野町勤労者福祉センター 2階 第2会議室
第2回	7月18日（木）	京都テルサ 東館2階 中会議室
第3回	※9月募集予定	※京都テルサ（10月予定）
第4回		※市民交流プラザ福知山（10月予定）

6. 修了証書

4.（3）のカリキュラムに定める研修の全課程を修了した者に修了証書を交付する。

※研修に遅刻または早退した場合は、修了を認めない。

7. 受講費用

無料

ただし、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：認知症介護基礎研修標準テキスト（認知症介護研究・研修センター監修）

定 価：1,080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）

※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：2019年6月3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

●申込方法：郵送

●申込書類

様式1（受講申込書）

様式2（優先順位一覧）

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.（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、6月中旬頃に発送予定。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。

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、京都府健康福祉部高齢者支援課事業所・福祉サービス担当（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。）

・認知症介護初任者研修の受講者について

平成23年から平成27年にかけて本府が実施した「認知症介護初任者研修」については、本研修とは別の研修として位置付けるため、「認知症介護初任者研修」を受講した者についても本研修を積極的に受講されたい。

・認知症介護実践者研修の受講決定時の優先順位の考慮について

実務経験年数 2 年未満で本研修を修了した者が、経験年数を重ねた後に、本府が実施する認知症介護実践者研修の受講を希望する場合は、認知症介護実践者研修受講決定時の優先順位について考慮する。

また、今後、実践者研修の受講に基礎研修の修了を義務づけることも検討中である。

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

京都府健康福祉部高齢者支援課事業所・福祉サービス担当

〒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)

2019年度京都府認知症介護実践者等養成研修(認知症介護基礎研修) カリキュラム

◆講義・演習:6時間(360分)

- ◆会場 第1回 与謝野町勤労者総合福祉センター(野田川わーくぱる) 2階 第2会議室
 第2回 京都テルサ 東館2階 中会議室
 第3回 京都テルサ(10月予定)
 第4回 市民交流プラザふくちやま(10月予定)

第1回	第2回	第3回	第4回	講義時間			講義科目	講師
7月3日(水)	7月18日(木)	10月頃予定	10月頃予定	9:15	~	9:20	開講式 オリエンテーション	京都府健康福祉部介護・地域福祉課
				9:20	~	9:50	認知症の人を取り巻く現状	
				9:50	~	10:25	認知症の定義と原因疾患	【北部】 (特別養護老人ホームやすらぎ苑) 森内 大輔 氏 (うえずぎ松寿苑デイサービスセンター) 田中 良樹 氏 【南部】 (あゆみの家) 竹本 知子 氏 (特定施設ケアハウスたのやま) 大西 基史 氏
				10:25	~	11:05	認知症の中核症状と行動・心理症状の理解	
				11:15		11:50	認知症のケアにおいて基礎となる理念や考え方	
				11:50	~	12:35	認知症ケアの基礎技術	
				13:20	~	14:30	演習Ⅰ(認知症の人とのコミュニケーション)	
				14:40	~	16:05	演習Ⅱ(行動の背景を理解したケアの工夫)	
				16:05	~	16:30	演習Ⅲ(自事業所の状況及び自身のこれまでのケアの振り返り)	
				16:30	~	16:40	閉講式	

2019年度京都府認知症介護実践者等養成研修
認知症介護基礎研修 受講申込書 (第1・2回目)

2019年 月 日

法人名
 代表者



事業所名
 管理者



2019年度京都府認知症介護実践者等養成研修 (認知症介護基礎研修) 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)	()	問い合わせ先担当者名
	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)	昭和	年 月 日	年 月	年 月
氏名	平成		(申込日現在)	(申込日現在)
職 位	職 種			
受講希望順位	第1希望	第2希望	介護に係る	
※第2希望が無い場合、 ×を記入して下さい	回	回	取得資格	

* 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)
- ・ 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

2019年6月3日(月) (必着) (※封筒に「基礎研修 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)

※ 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。

2019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

様式 1

2019年度京都府認知症介護実践者等養成研修
認知症介護基礎研修 受講申込書 (第1・2回目)

2019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、楷書で丁寧に記載してください。

等養成研修(認知症介護基礎研修)について、

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)	問い合わせ先担当者名 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) ヤマシ 伊吹 氏名 山城 一郎		昭和 6年5月5日 平成	1年2月 (申込日現在)	1年2月 (申込日現在)	
職位	介護士		職種	介護職員	
受講希望順位 ※第2希望が無い場合、 ×を記入して下さい	第1希望 1回	第2希望 2回	介護に係る 取得資格	介護職員初任者研修	

* 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)

* 提出

※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。)

* 提出

※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。

一般

※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。

也)

* 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 介護医療院

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)