

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もの

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	11 日（水） 12 日（木） 13 日（金）
10 月	9 日（水） 10 日（木） 11 日（金）
11 月	12 日（火） 13 日（水） 14 日（木）
2020 年 1 月	<u>17 日（金）（最終日）</u>

②自施設での職場実習

設定期間（約 4 週間）のうち 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

(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)

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：2019年6月14日（金）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5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。）

2019年度京都府認知症介護実践者等養成研修(認知症介護実践リーダー研修) 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

	日程	時 間			講 義 科 目	講 師	ファシリテーター		
1 日 目	9 月 1 1 日 (水)	9:15	～	9:30	開講式 オリエンテーション				
		9:30	～	10:00	認知症介護実践リーダー研修の理解	(京都府立洛南病院) 渡部 智香子 氏	(特別養護老人ホーム亀岡友愛園) 中澤 妙子 氏		
		10:00	～	12:00	認知症の専門的理解				
		13:00	～	17:00	認知症ケアに関する施策の動向と地域展開				
2 日 目	9 月 1 2 日 (木)	9:00	～	12:00	認知症ケア実践リーダーの役割	(うえすぎ松寿苑デイサービスセンター) 田中 良樹 氏	(岩滝あじさい苑ひより) 坂田 敦子 氏		
		13:00	～	17:00	チームにおけるケア理念の構築方法				
3 日 目	9 月 1 3 日 (金)	9:00	～	12:00	実践者へのストレスマネジメントの理論と方法	(はごろも苑ないきの家) 藤原 美佐子 氏	(グループホームかえで) 稲垣 裕子 氏		
		13:00	～	17:00	チームケアのためのケースカンファレンスの技法と実際				
4 日 目	1 0 月 9 日 (水)	9:00	～	12:00	認知症ケアにおけるチームアプローチ基本と実践	(田村ゆうゆうの里) 福木 和幸 氏	(介護老人保健施設さくら苑) 黒田 顕司 氏		
		13:00	～	17:00	職場内教育(OJT)法の理解と実際1(運用法)				
5 日 目	1 0 月 1 0 日 (木)	9:00	～	17:00	職場内教育(OJT)法の理解と実際2(技法)	(介護老人保健施設さくら苑) 黒田 顕司 氏	(田村ゆうゆうの里) 福木 和幸 氏		
6 日 目	1 0 月 1 1 日 (金)	9:00	～	10:00	認知症ケアの指導の基本的視点	(オンブラージュ矢之助) 渡邊 拓馬 氏	(特別養護老人ホームやすらぎ苑) 森内 大輔 氏		
		10:00	～	12:00	認知症ケアに関する倫理の指導				
		13:00	～	17:00	認知症の人の行動・心理症状(BPSD)へのケア指導				
7 日 目	1 1 月 1 2 日 (火)	9:00	～	12:00	認知症の人への介護技術指導(食事・入浴・排泄等)	(特別養護老人ホーム神の園) 齊藤 裕三 氏	(グループホーム真愛の家 恵の里) 岩間 勇二 氏 (特定施設ケアハウスのやま) 大西 基史 氏		
		13:00	～	17:00	認知症の人への権利擁護の指導				
8 日 目	1 1 月 1 3 日 (水)	9:00	～	12:00	認知症の人の家族支援方法の指導	(グループホーム山城ぬくもりの里) 甲川 由見子 氏	(あゆみの家) 竹本 知子 氏		
		13:00	～	17:00	認知症の人へのアセスメントとケアの実践に関する計画の指導				
9 日 目	1 1 月 1 4 日 (木)	9:00	～	17:00	実習課題設定	(岩戸ホーム) 藤田 元 氏	(岩滝あじさい苑ひより) 坂田 敦子 氏		
自施設実習					設定期間(約4週間)のうち18日間、受講者の所属する施設または事業所で職場実習				
1 0 日 目	1 月 1 7 日 (金)	9:00	～	16:30	実習結果報告と評価	(特別養護老人ホーム第2松寿苑) 大槻 直史 氏	(岩戸ホーム) 藤田 元 氏		
		16:30	～	17:00	閉講式				

2019 年度 京都府 認知症介護実践者等養成研修 認知症介護実践リーダー研修 受講申込書

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（認知症介護実践リーダー研修）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
(フリガナ) 氏 名		昭和 年 月 日 平成		年 月 (申込日現在)	年 月 (申込日現在)
介護に係る 取得資格			職 位		
			職 種		
認知症介護実践者研修修了年度 (※修了後 1 年未満の者は対象外) 又は 基礎過程の修了年度	年 度	修了証書番号		短期利用型 G H 実施予定の有無	有 ・ 無

* 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）
- ・ 認知症介護実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎過程）の修了証書（写し）
- ・ 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

2019 年 6 月 14 日(金) (必着) (※封筒に「実践リーダー研修 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名以上申し込む場合には、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

**2019 年度 京都府 認知症介護実践者等養成研修
認知症介護実践リーダー研修 受講申込書**

2019 年 月 日

※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。

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

成研修（認知症介護実践リーダー研修）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 F A X : 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 イチロウ 氏 名 山城 一郎		昭和 2 年 5 月 5 日 平成	7 年 6 月 (申込日現在)		7 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	職位 職種	副リーダー 介護職員		
認知症介護実践者研修修了年度 (※修了後 1 年未満の者は対象外) 又は	年度 24	修了証書番号 123	短期利用型 GH 実施予定の有無	有 ・ 無	

※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。

※短期利用型 GH 実施予定の有無

自事業所で短期利用型認知症対応型共同生活介護を実施する予定の有無を記載してください。

9 番地)

* 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）