**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 | **26日（水）（最終日）** |

　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充分にこなし、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）

　・研修の学びが不充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名以上申込む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薮ノ内町

（TEL：075－414－4672　FAX：075－414－4572）