

令和8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) 研修の対象事業所

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）の事業所に従事し、次の（ア）から（エ）の要件を全て満たす者で、知事が適当と認める者とする。

（ア）「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」（平成16年度以前）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、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を通じた指導を20日間通して行うため、自施設にOJTの対象となるスタッフがおり、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」のとおり

(4) 募集定員

70名

5. 研修日程及び会場

(1) 研修日程

研修は、講義・演習（6日間）及び自施設での職場実習（20日間）とする。

① 講義・演習

9月	2日（水）、3日（木）
10月	6日（火）、7日（水）、8日（木）
12月	17日（木）【最終日】

② 自施設での職場実習

実習期間（約4週間）のうち20日間

(2) 研修会場

京都府庁3号館 第3・4・5会議室

（京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町）

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

※ 修了証書に記載される氏名については、常用外漢字が含まれる場合も常用漢字に置き換えて印字します。受講者の情報は受講年度の修了証書番号と生年月日で確認するため、修了者の確認に問題はありません。

7. 研修修了の可否

修了の可否については、研修の受講態度、職場実習計画・報告の内容等から総合的に判断し、決定する。

また、以下の場合には修了を認めない。

① 受講者の受講態度が不良であると判断される場合

（私語や居眠りをしている、演習に参加しない、講師からの注意に従わない等）

講義・演習中のスマホ・タブレット等携帯端末の利用は原則禁止とする。
翻訳機能の使用等、やむを得ず使用する必要がある場合は、9.（1）の携帯端末使用届出書（様式3）を提出すること。

② 研修の学びが不十分であると判断される場合

（提出物の記載内容が不十分である等）

③ 研修の全課程を修了できない場合

（一部科目でも欠席・早退・遅刻（休憩後の入室遅れを含む。）があった場合）

④ 提出物の期限内の提出が確認できなかった場合

8. 受講費用

8,000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：認知症介護実践研修テキスト 実践リーダー編
(編集：認知症介護実践研修テキスト編集委員会)

出版社：中央法規出版株式会社

定 価：3,000円(税別)

発行日：2022年6月1日

9. 受講申込み及び受講決定

(1) 受講申込み

- 申込期日：令和8年7月1日(水) 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
 - 受講申込書(様式1)
 - 受講申込者優先順位一覧表(様式2)
 - ※ 1事業所から2名以上申込みの場合のみ。
 - 携帯端末使用届出書(様式3)
 - ※ 講義・演習中やむを得ず携帯端末を使用する必要がある者のみ。
 - 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修了証書の写し
 - 返信用封筒 申込者1名あたり1枚
(角2号封筒(24cm×33.2cm)に180円切手貼付)
 - ※ 受講可否通知の送付に使用する。
事業所を宛先として、住所・郵便番号等を記載すること。

(2) 受講決定

4.(2)の受講要件を確認の上、受講決定を行う。

なお、受講申込者多数の場合は、公正な抽選により受講者を決定する。

※ 受講可否に係る通知は令和8年7月29日(水)頃の発送予定

受講決定又は非決定の通知が研修初日の7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(075-251-6510)まで問い合わせること。

10. その他注意事項

(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(075-822-3562)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日付け 老計発第0331005号, 老振発第0331005号, 老老発第0331018号)

(3) 研修当日の服装

専門職としての研修であることを意識し、社会人として適切な身だしなみで参加すること。なお、研修会場の空調は細やかな温度調節ができないため、温度調節可能な服装で参加すること。

(4) 受講時の感染防止対策

感染症対策のため、会場内の換気等を行う。

※ 研修当日の朝に検温し、発熱等の症状がある場合は受講をお控えいただくことを推奨します。

(5) 京都府及び事務局からの緊急の連絡事項がある場合

受講にあたっての追加連絡や災害等の緊急時の連絡等がある場合は、ワムネット京都府ページに掲載する。

11. 問い合わせ先

- 受講決定、研修辞退、研修概要に関することについて
京都府健康福祉部高齢者支援課地域包括ケア推進係
〒604-8418
京都市中京区西ノ京東梅尾町6番地 京都府医師会館703
(TEL : 075-822-3562 FAX : 075-822-3574)
- 受講申込、提出書類に関することについて
一般社団法人京都府老人福祉施設協議会 事務局
〒604-0874
京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル清水町375番地
ハートピア京都(京都府立総合社会福祉会館) 8階
(TEL : 075-251-6510 FAX : 075-251-6517)