

令和 8 年度京都府認知症介護実践者等養成研修要項 (認知症介護実践者研修 (第 3 回))

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に対し、認知症介護に関する実践的な研修を実施することにより、施設、在宅に関わらず認知症の原因となる疾患や容態に応じ、本人やその家族の生活の質の向上を図る対応や技術を修得させ、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

※ 居宅介護支援事業所については、11. (1) を参照のこと。

(2) 研修対象者

上記 (1) の事業所に従事し、次の (ア) から (ウ) 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) 認知症介護基礎研修を修了した者、あるいはそれと同等以上の能力を有する者 (※) であり、実務経験が 2 年以上ある者

※ 看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師 等

(イ) 身体介護に関する基本的な知識・技術を習得しており、事業所内で認知症介護の中心的な役割を担っている者

(ウ) 自施設での 4 週間の実習に、職場内チームで取り組みが可能である者

(3) 研修内容

別紙「カリキュラム」のとおり

(4) 募集定員

80名

5. 研修日程及び会場

(1) 研修日程

研修は、講義・演習（5日間）及び自施設での職場実習（4週間）とする。

① 講義・演習

研修回	日 程
第3回	令和8年11月18日(水)、19日(木)、12月7日(月)、8日(火)、 令和9年2月25日(木)

② 自施設での職場実習

実習期間（約4週間）

(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、筆記テストの結果、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

（筆記テスト不合格、提出物の記載内容が不十分である等）

研修4日目「生活支援のためのケアの演習Ⅱ」の後に、15分間で筆記テストを実施します。研修1日目から4日目の講義内容から、記号選択式で20題（回答が20か所）を出題します。

得点が平均点の1/2に満たなかった者については不合格とします。筆記テストに不合格だった場合は救済措置なく修了不可となりますので、講義にあたっては十分心して臨んでいただき、適宜、復習していただきますようお願いします。

- 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

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：認知症介護実践研修テキスト 実践者編

（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：2,600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

- 申込期限：令和8年9月9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。

☐ 資格または研修修了証書（証明書）の写し（認知症介護基礎研修を含む。）

※ 複数の資格を有する者は、いずれか1つの証明書類を添付すること。

☐ 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 10 月 14 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) 居宅介護支援事業所について

居宅介護支援事業所は原則研修対象外だが、地域密着型サービスの管理者又は計画作成担当者に従事する予定の者については、事業所が所在する市町村の推薦があれば受講を認める。受講を希望する場合は、市町村介護保険担当課へ申込書を提出すること。

（希望者多数の場合は、受講できないことがある。）

(2) 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。）

(3) 管理者研修・計画作成担当者研修の受講を希望する場合

管理者研修・計画作成担当者研修の受講を希望する者は、本研修を修了していることが必要であるため、該当する者は受講に留意すること。

【参考】「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準に規定する厚生労働大臣が定める者及び研修」に規定する研修について

（平成24年3月16日付け 老高発0316第2号, 老振発0316第2号, 老老発0316第6号）

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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)

各法人（事業所）の長の皆様へお願い（必ずお読みください。）

1 研修の申込みについて

近年、介護従事者にも外国籍の方が増加しており、認知症介護実践者研修の受講者にも日本語が母国語でない方がいらっしゃる場合があります。

そうした方の中には、語学力の問題から講義について行くことができず、筆記テストで不合格になる方や、職場実習計画書（報告書）の記述が不十分で指導に時間を要する方が一部認められます。

本研修を受講いただくには、日本語能力試験（J L P T）N 2 程度の語学力があることが望ましいです。

各法人（事業所）からの研修受講者の選定、申込みにあたりましては、上記の事情をよくご勘案いただきますようお願いいたします。

2 自施設での職場実習の実施について

認知症介護実践者研修における職場実習にあたり、研修受講者には実習趣旨等を施設全体に説明し、同僚や上司の理解を十分に得た上で実習を実施するよう指導しています。

施設長の皆様におかれましては、本研修の職場実習について、施設全体で取り組むようご配慮をお願いいたします。

また、実習中の研修受講者の、実習指導者（講師）による指導の理解が不十分であったり、実習に行き詰ったりした際には、施設長の皆様から十分なサポートをいただきますようお願いいたします。