

京都市認知症介護研修等事業実施要綱

(目的)

第1条 本事業は、高齢者介護実務者に対し、認知症高齢者（若年性認知症の者を含む。）の介護に関する基礎的及び実践的研修を実施することにより、認知症介護技術の向上を図り、認知症介護の専門職員を養成し、もって認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図ることを目的とする。

(事業の実施)

第2条 市長は、適切な事業運営が確保できると認められる介護保険施設（介護保険法（以下「法」という。）第8条第25項に規定する介護保険施設をいう。）、指定居宅サービス事業者（法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者をいう。）、指定地域密着型サービス事業者（法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者をいう。）、指定介護予防サービス事業者（法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者をいう。）又は指定地域密着型介護予防サービス事業者（法第54条の2第1項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者をいう。）等（以下「介護保険施設・事業者等」という。）に事業の一部を委託することができるものとする。この場合において、市長は、介護保険施設・事業者等に対し、当該事業が適正かつ効果的に行われるように指導監督するものとする。

(関係機関との連携)

第3条 本事業の実施に当たっては、保健センター、こころの健康増進センター、福祉事務所、医療機関、介護保険施設・事業者等、地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター等関係機関と十分連携を保ち、円滑な事業の運営が図られるよう努めるものとする。

(事業内容)

第4条 本事業は、次に掲げるものからなるものとする。

- (1) 認知症介護基礎研修（以下「基礎研修」という。）
- (2) 認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修の二課程で行う認知症介護実践研修（以下「実践研修」という。）
- (3) 認知症介護指導者養成研修（以下「養成研修」という。）
- (4) 認知症介護指導者フォローアップ研修（以下「フォローアップ研修」という。）

2 基礎研修の内容は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 研修対象者は、介護保険施設・事業者等が当該事業を行う事業所に従事する介護職員等であって、市長が適当と認める者とする。
 - (2) 実施内容は、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を修得するための研修とする。
 - (3) 受講の申込みは、受講申込書（第1号様式）を研修対象者が所属する介護保険施設・事業者等の長を通じて市長に提出して行うものとし、市長は、当該申込みに基づき、受講者を決定し、研修生として登録するとともに、受講者の所属する介護保険施設・事業者等の長その他関係機関に通知するものとする。
 - (4) 市長は、研修修了者に対し、修了証書（第3号様式）を交付するとともに、研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記載した名簿を作成し、管理する。
 - (5) 市は、本事業の実施に当たって、養成研修修了者の協力の下に研修カリキュラムを策定し、事業に必要な講師を確保するとともに、研修参加者の受け入れ準備等実施について必要な事項を定め円滑な運営を図るものとする。
- 3 実践研修の内容は、次に掲げるとおりとする。
- (1) 研修対象者は、介護保険施設・事業者等に従事する介護職員等であって、市長が適当と認める者とする。
 - (2) 実施内容は、認知症介護に関する実践的な知識及び技術を修得するための研修とする。
 - (3) 実習施設は、介護保険施設・事業者等が有する施設等であって、市長が適切に研修を行うことができると認められるものとする。
 - (4) 前項第3号から第5号までの規定は、実践研修について準用する。この場合において、「（第1号様式）」とあるのは「（第2号様式）」と読み替えるものとする。
 - (5) 本事業の一部を受託する介護保険施設・事業者等は、本事業にかかる経理と他の事業にかかる経理とを明確に区別するものとする。
- 4 養成研修の内容は、次に掲げるとおりとする。
- (1) 研修対象者は、次のアからオまでの全てを満たす者であって、市長が適当と認める者とする。
 - ア 医師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、介護福祉士若しくは精神保健福祉士のいずれかの資格を有する者又はこれに準ずる者
 - イ 次の（ア）から（ウ）までのいずれかの要件に該当する者であって相当の介護実務経験を有する者

- (ア) 介護保険施設・事業所等に従事している者（過去において介護保険施設・事業所等に従事していた者も含む。）
 - (イ) 福祉系大学や養成学校等で指導的立場にある者
 - (ウ) 民間企業で認知症介護の教育に携わる者
 - ウ 実践研修のうち認知症介護実践リーダー研修修了者（「痴呆介護研修事業の実施について」（平成12年9月5日老発第623号厚生省老人保健福祉局長通知）により実施された「痴呆介護実務者研修」のうち専門課程修了者を含む。）又はそれと同等の能力を有すると市長が認める者
 - エ 基礎研修又は実践研修の企画・立案に参画し、又は講師として従事することが予定されている者
 - オ 地域ケアを推進する役割を担うことが見込まれている者
- (2) 市長は、第1号に規定する研修対象者について、認知症介護研究・研修センターへ推薦するものとする。
- (3) 市長は、研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記入した名簿を作成し、管理する。
- 5 フォローアップ研修の内容は、次に掲げるとおりとする。
- (1) 研修対象者は、次のア及びイの要件を全て満たす者のうち、市長が適当と認める者とする。
 - ア 次のいずれかの要件に該当する者
 - (ア) 実践研修の企画・立案に参画し、又は講師として従事している者
 - (イ) 実践研修の企画・立案に参画し、又は講師として従事することが予定されている者
 - イ 養成研修修了後1年以上を経ている者
 - (2) 前項第2号及び第3号の規定は、フォローアップ研修について準用する。
- (費用)
- 第5条 市は、予算の範囲内において、事業を実施するものとし、本事業の一部を受託して実施する介護保険施設・事業者等に対して、委託契約に基づき、研修の実施に必要な費用を委託料として運営法人に支払うものとする。ただし、フォローアップ研修にあつては、介護保険施設・事業者等が受託することができない場合には、研修対象者と委託契約を締結し、必要な費用を直接支払うことができるものとする。
- 2 基礎研修及び実践研修の参加者は、研修の実施に必要な費用のうち、募集要項に定める受講料、受講に当たり必要となる飲食費及び交通費その他一切の経費並びに教材等にかかる実費相当分について負担するものとする。

- 3 養成研修及びフォローアップ研修の参加者は、研修の実施に必要な費用のうち、飲食費及び教材等にかかる実費相当分について負担するものとする。
(その他)

第6条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に必要な事項については、所管局長が定めるものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は平成13年2月9日から実施する。

(要綱の廃止)

- 2 この要綱の施行に伴い、京都市痴ほう性老人処遇技術研修事業実施要綱は廃止する。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成18年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成27年2月20日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成28年11月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱による改正後の京都市認知症介護研修等事業実施要綱第4条第3項第3号の規定は、施行の日以後に受講者を募集する実践研修について適用し、同日前に募集済みの実践研修については、なお従前の例による。

(準備行為)

- 3 認知症介護基礎研修を実施するために必要な準備行為は、この要綱の施行前においても行うことができる。

第1号様式（第4条関係）

年度 京都市認知症介護基礎研修 申込書

法人名			
代表者			
住所			
事業所名			
事業所長の氏名 (連絡窓口担当者氏名)			印
事業所住所	〒		
電話・FAX	TEL	FAX	
事業所種別（該当する番号全てに○をつけてください）			
居宅等	1 地域包括支援センター 2 居宅介護支援事業所 3 訪問介護 4 訪問入浴介護 5 訪問看護 6 訪問リハビリテーション 7 通所介護 8 通所リハビリテーション 9 短期入所生活介護 10 短期入所療養介護 11 居宅療養管理指導 12 福祉用具貸与 13 特定福祉用具販売 14 特定施設入居者生活介護		
地域密着	15 地域密着型特定施設入居者生活介護 16 地域密着型通所介護 17 夜間対応型訪問介護 18 認知症対応型通所介護 19 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス） 20 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 21 認知症対応型共同生活介護 22 小規模多機能型居宅介護 23 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
施設	24 介護老人福祉施設 25 介護老人保健施設 26 介護療養型医療施設		

受講申込対象者					
ふりがな		生年 月日	昭和・平成 年 月 日	経験 年数	※1 年 月
氏名					
希望順位 (法人内)		事業所 種別番号	※2		
保有資格	<input type="checkbox"/> あり（該当するもの全てに○） 介護福祉士 社会福祉士 訪問介護員 医師 保健師 看護師 准看護師 介護支援専門員 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 精神保健福祉士 その他（ ） <input type="checkbox"/> なし				
受講者 自宅住所	〒				

※1 高齢者介護業務に直接従事した期間（研修開催の日時点）を記入してください。事務職員・調理職員等、介護業務に直接従事しない期間は含みません。

※2 受講申込対象者の所属する事業所種別を上記の番号から、当人が主として在籍している事業を1つだけ記載してください。

第2号様式（第4条関係）

年度 京都市認知症介護実践研修 【実践者研修申込書】

法 人 名						
代 表 者						
住 所						
事 業 所 名						
事業所長の氏名 (連絡窓口担当者氏名)					印	
事業所住所	〒					
電 話 ・ F A X	TEL				FAX	
事業所種別（該当する番号全てに○をつけてください）						
居 宅 等	1 地域包括支援センター 2 居宅介護支援事業所 3 訪問介護 4 訪問入浴介護 5 訪問看護 6 訪問リハビリテーション 7 通所介護 8 通所リハビリテーション 9 短期入所生活介護 10 短期入所療養介護 11 居宅療養管理指導 12 福祉用具貸与 13 特定福祉用具販売 14 特定施設入居者生活介護					
地 域 密 着	15 地域密着型特定施設入居者生活介護 16 地域密着型通所介護 17 夜間対応型訪問介護 18 認知症対応型通所介護 19 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス） 20 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 21 認知症対応型共同生活介護 22 小規模多機能型居宅介護 23 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					
施 設	24 介護老人福祉施設 25 介護老人保健施設 26 介護療養型医療施設					
受 講 申 込 対 象 者						
ふ り が な			生 在 月 日	昭 和 ・ 平 成	経 験 年 数	※1
氏 名				年 月 日		年 ヶ月
希 望 順 位 (法 人 内)	※2	事 業 所 種 別 番 号	※3	希 望 回	□第 回 □どちらの回でもよい	
保 有 資 格	<input type="checkbox"/> あり（該当するもの全てに○） 介護福祉士 社会福祉士 訪問介護員 医師 保健師 看護師 准看護師 介護支援専門員 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 精神保健福祉士 その他（ ） <input type="checkbox"/> なし					
基礎研修の受講	<input type="checkbox"/> 修了（ 年 月） <input type="checkbox"/> 未修了					
受 講 者 自 宅 住 所	〒					

- ※1 高齢者介護業務に直接従事した期間（月 日時点）を記入してください。事務職員・調理職員など、介護業務に直接従事しない期間は含みません。
- ※2 同一法人から複数名申込む場合は必ず御記入ください。受講希望者多数で選考となった場合に、記載がないと選外となることがあります。
- ※3 受講申込対象者の所属する事業所種別の上記の番号から、当人が主として在籍している事業を1つだけ記載してください。

第3号様式（第4条関係）

年度 京都市認知症介護実践研修 【実践者リーダー研修申込書】

法 人 名			
代 表 者			
住 所			
事 業 所 名			
事業所長の氏名 (連絡窓口担当者氏名)			印
事業所住所	〒		
電 話 ・ F A X	TEL	FAX	
事業所種別（該当する番号全てに○をつけてください）			
居 宅 等	1 地域包括支援センター 2 居宅介護支援事業所 3 訪問介護 4 訪問入浴介護 5 訪問看護 6 訪問リハビリテーション 7 通所介護 8 通所リハビリテーション 9 短期入所生活介護 10 短期入所療養介護 11 居宅療養管理指導 12 福祉用具貸与 13 特定福祉用具販売 14 特定施設入居者生活介護		
地 域 密 着	15 地域密着型特定施設入居者生活介護 16 地域密着型通所介護 17 夜間対応型訪問介護 18 認知症対応型通所介護 19 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス） 20 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 21 認知症対応型共同生活介護 22 小規模多機能型居宅介護 23 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
施 設	24 介護老人福祉施設 25 介護老人保健施設 26 介護療養型医療施設		

受 講 申 込 対 象 者				
ふりがな		生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日	経 験 年 数
氏 名				※1 年 ヶ月
希望順位 (法人内)	※2	事業所種別番号		※3
業務内容	※4	実践者研修(又は基礎課程) 修了年度		年度 第 回
保有資格	<input type="checkbox"/> あり（該当するもの全てに○） 介護福祉士 社会福祉士 訪問介護員 医師 保健師 看護師 准看護師 介護支援専門員 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 精神保健福祉士 その他（ <input type="checkbox"/> なし			
受講者 自宅住所	〒			

- ※1 高齢者介護業務に直接従事した期間（年 月時点）を記入してください。事務職員・調理職員など、介護業務に直接従事しない期間は含みません。
- ※2 同一法人から複数名申込む場合は必ず御記入ください。受講希望者多数で選考となった場合に、記載がないと選外となることがあります。
- ※3 受講申込対象者の所属する事業所種別の上記の番号から、当人が主として在籍している事業を1つだけ記載してください。
- ※4 主たる業務（管理職、介護フロア主任、ケアマネージャー等の職）を記入してください。

第4号様式（第4条関係）

第 号

修了証書

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

認知症介護基礎

あなたは、厚生労働省の定める 年度 第 回認知症介護実践者 研修を
修了したことを証します。 認知症介護実践リーダー

年 月 日

京都市長

(氏 名) 印