

令和6年度山形県認知症介護指導者養成研修受講者募集要項

1 目的

認知症介護に関する専門的な知識及び技術並びに高齢者介護実務者に対する研修プログラム作成方法及び教育技術を修得することにより、山形県認知症介護実践者等養成事業における指導者及び地域のリーダーを養成することを目的とするものです。

2 事業実施主体

社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター

3 研修対象者

次の(1)～(5)の条件をすべて満たす者とします。

- (1) 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
- (2) 次の①～③のいずれかに該当する者であって、概ね5年以上の介護実務経験を有する者
 - ① 介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設、同法第41条に規定する指定居宅サービス事業所又は同法第42条の2に規定する指定地域密着型サービス事業所等（以下「介護保険施設・事業所等」という。）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。）
 - ② 福祉系大学や養成学校等で指導的立場にある者
 - ③ 民間企業で認知症介護の教育に携わる者
- (3) 認知症介護実践リーダー研修を修了した者（「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「痴呆介護研修事業」修了者を含む。）
- (4) 認知症介護基礎研修又は認知症介護実践研修の企画・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
- (5) 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

4 研修修了後の役割

当該研修修了者及びその所属長若しくは法人代表者は、次に掲げる事項について承諾し、協力するものとします。

- (1) 認知症介護指導者は、山形県の認知症介護実践者等養成事業に係る研修の企画立案への参画及び講師・指導者として従事すること。（研修資料の作成及び山形県の認知症介護実践者等養成事業に係る研修受講生の提出書類の審査及び指導等を含む。）
- (2) 認知症介護指導者の所属する事業所の長及び法人代表者は、上記(1)に掲げる活動を支援すること。

5 修了者所属施設への優先的事項

県が開催する次の研修において、申込数が定員を上回る場合は、直近3年以内に認知症介護実践者等養成研修の講師（認知症介護指導者）として活動する方が所属する事業所に所属する者（1事業所につき1名）を一般の申込者に対して優先的に取扱います。

- (1) 認知症介護実践者研修
- (2) 認知症介護実践リーダー研修
- (3) 認知症対応型サービス事業開設者研修
- (4) 認知症対応型サービス事業管理者研修
- (5) 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

6 研修内容及び日程

別添「令和6年度 認知症介護研究・研修仙台センター 認知症介護指導者養成研修 受講者募集要項」のとおり。

7 研修に要する経費と費用負担について

研修に要する費用と費用負担は、以下のとおりです。

項目	金額	費用負担	
		県	受講生
(1) 受講料	230,000円	○	
(2) 教材費	5,000円		○
(3) 宿泊費	一泊2,000円 (センターの宿泊施設(注1)を利用する場合の素泊まり料金)	○	
(4) 災害障害保険	約1,500円		○
(5) 旅費	研修会場までの往復交通費、日当	○ (注2)	
(6) 食費	朝食297円、昼食363円、夕食363円 (センター内の食堂を利用する場合)	○ (注3)	○ (注3)
(7) その他	代替職員の雇用に係る経費 (給料、社会保険料、各種手当等)	○ (注4)	

(注1) センターの宿泊施設の部屋数には限りがあるため、研修を受講する場合でも利用できない場合があります。

(注2) 実費ではなく、県の規程により計算した金額での支給となります。

(注3) 研修期間中の朝食、夕食代は県が負担します(センターの食堂を利用した場合の金額で負担)。ただし、昼食代は受講生の負担となります。

(注4) 所属で研修受講生が不在となる期間に代替職員を雇用する場合は、代替職員の雇用に係る経費(研修期間中に発生するものに限る。)について補助を受けることができます(詳細は受講決定後にお知らせします。)

8 会場

社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター

〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘六丁目149-1 (TEL 022-303-7550)

9 募集定員

3名

【選考について】

3名を超える申込があった場合は、提出書類より総合的に判断し、選考します。

10 提出書類

- (1) 認知症介護指導者養成研修受講申込書（別紙様式1）
- (2) 実践事例報告（別紙様式3）
- (3) 認知症介護実践リーダー研修修了証書の写し
- (4) 同意書（別紙様式4）
- (5) 承諾書（別紙様式5）

11 受講申込書提出先・提出方法

〒990-8570 山形市松波2-8-1

山形県健康福祉部高齢者支援課「認知症介護指導者養成研修担当」

※ 郵送又は持参により提出してください。

12 申込期限

令和6年4月9日（火）まで【必着】

13 受講推薦者の決定について

申込締切後、実践事例報告の内容等を考慮のうえ受講推薦者を決定し、所属長に通知します。

なお、最終的な受講決定はセンターにおいて行われるため、県の推薦がある場合でも受講者として決定されない場合もありますので、御了承願います。

14 申込みに当たっての注意事項

- (1) 以下①～⑥に該当する場合は、申込みを受け付けません。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">① 必要な提出書類がそろっていないもの② 指定された様式以外の様式で提出されたもの③ 各様式の記入要領に従った書式・文体になっていないもの④ 指定する方法（郵送又は直接持ち込み）以外の方法で提出されたもの⑤ 提出期限を過ぎて提出があったもの⑥ 上記のほか、その他、県が推薦をするのにふさわしくないもの |
|---|

- (2) この研修の目的（※「1 目的」を参照）を理解し、実習を含めて研修の全日程に参加可能で、修了後は認知症介護指導者として県が実施する研修に協力をいただける方の申込みをお願いします。

- (3) この研修は、厚生労働省が定める実施要綱に基づき実施される研修です。今後、要綱の改正があった場合は、改正後の内容で研修が実施されますので、あらかじめ御了承ください。

15 問合せ先

山形県健康福祉部高齢者支援課 地域包括ケア推進担当
〒990-8570 山形市松波2-8-1 (TEL 023-630-2197)