

令和6年度 滋賀県認知症介護指導者養成研修募集要項

1. 目的

認知症介護従事者が認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状(BPSD)を予防できるよう、認知症介護基礎研修、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を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当することができる知識・技術を習得すること及び介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導するとともに、自治体等における認知症施策の推進に寄与できるようになる。

2. 実施主体等

実施主体：滋賀県

研修実施団体：認知症介護研究・研修大府センター（愛知県大府市半月町 3-294）（以下、「大府センター」という）

※介護保険事業所の長が推薦する受講者（以下、「自費参加者」という）の研修に係る実施主体は、所属の介護保険事業所となる。

3. 研修対象者

次のすべてを満たす者であり、研修の全日程を受講できる者。

- 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、介護福祉士または精神保健福祉士のいずれかの資格を有する者、またはこれに準ずる者
- ② 以下のいずれかに該当する者で、概ね5年以上の介護実務経験を有する者
 - (ア) 介護保険事業所等で現に介護業務に従事している者。ただし、都道府県または指定都市からの推薦者は、過去において介護保険事業所等で介護業務に従事していた者を含む
 - (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
- ③ 認知症介護実践研修における認知症介護実践者研修（「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」（平成12年10月25日老計第43号厚生省老人保健福祉局計画課長通知。以下「平成12年通知」という。）に規定する基礎課程又は「認知症介護研修等事業の円滑な運営について」（平成17年5月13日老計発第0513001号厚生労働省老健局計画課長通知。以下「平成17年通知」という。）に規定する実践者研修を修了した者を含む。）及び認知症介護実践リーダー研修（平成12年通知に規定する専門課程又は平成17年通知に規定する実践リーダー研修を修了した者を含む。）を修了した者（厚生労働省老健局計画課長通知より）

※本県においては、実践リーダーフォローアップ研修修了者を優先し、派遣する。
- 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

※本県が派遣する場合、認知症介護実務者研修等に講師等として積極的に参画・協力できる者、また各圏域で実施される地域連携・他職種協働推進事業への協力ができる者。
- 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

※以上の要件を満たす者を対象とするが、特に認知症の人の地域全体の介護サービスの向上を目的とする本研修の趣旨にかんがみ、研修修了後には、認知症介護指導者としての役割（認知症介護基礎研修、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を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当すること及び介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導すること、自治体等における認知症施策の推進に寄与すること）を担うことに同意した者であること。

※本研修は、一部オンラインによる同時双方向の研修を実施されるため、研修受講に際しては、自施設・事業所等で、WEB 研修受講の環境を整えることを前提とする。

4. 受講定員

本県が派遣する受講者は1名とする（自費参加者を除く）。

5. 研修日程

	研修期間	大府センター	職 場 研 修		大府センター
第1回	令和6年 7月1日 ～9月6日	7月 1日 ～7月12日	7月15日 ～8月30日	内オンラインによる同時双 方向の研修 7月17日～7月19日、 8月5日、8月26日～8月27日	9月2日 ～9月6日
第2回	令和6年 12月2日 ～令和7年 2月7日	12月 2日 ～12月13日	12月16日 ～令和7年 1月31日	内オンラインによる同時双 方向の研修 12月18日～12月20日、 1月13日、1月27日～1月28日	2月3日 ～2月7日

6. 費用負担

本県が派遣する場合、受講料は県が負担することとする。旅費(交通費、宿泊費)については、県の規定により算出した額を県が負担することとする。その他食費・教材費・災害傷害保険等実費については、自己負担とする。

※自費参加者については全額自己負担。

※介護職員実務者研修等代替職員確保事業費補助金(研修参加にかかる、代替職員の賃金、通勤手当の補助)の対象研修となる予定。

7. 申込方法等

(1) 提出書類

① 受講申込書（別紙様式1）

② 認知症介護指導者養成研修に係る推薦書（別紙様式2）

③ 認知症介護実践リーダー研修修了書の写し1部

④ 受講者選抜考査のための実践事例報告に関する提出書類（別紙様式3）

介護現場で受講者自身がかかわった認知症の人1事例についての実践事例報告（3,000字程度で作成してください。ただし図表は1点400字とみなします）

⑤ 認知症介護指導者養成研修受講者推薦書兼承諾書（県提出用）

※別紙様式1～3は「令和6年度認知症介護研究・研修大府センター認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」を参照。

(2) 提出期限

第1回、第2回：令和6年4月9日（火）必着（FAX不可）

(3) 申込先

〒520-8577 大津市京町四丁目1-1

滋賀県健康医療福祉部 医療福祉推進課 在宅医療福祉・認知症施策推進係 あて

8. 受講者の決定

(1) 面接の実施について

受講希望者は、令和6年4月15日（月）9時から、滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課において面接を実施予定（詳細は個人あてに別途連絡する）。

※本研修派遣申し込みの際には、申込書に記載された介護実務経験や研修における講師歴、推薦書、研修受講希望理由書、実践事例報告書、面接結果等を勘案して、選考を行う。

※また、申し込みについては全て大府センターに進達するが、大府センターにおいて県派遣者、自費参加者を問わず全ての応募者について審査が行われ、最終的に受講者が決定される。

認知症介護指導者養成研修受講者推薦書兼承諾書

令和 年 月 日

滋賀県知事

施設・事業所名
所在地
代表者氏名

令和6年度 認知症介護指導者養成研修の受講者として、下記の者を推薦し、研修に派遣することを承諾します。

ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日(歳)	性別	男・女
------------	------	-----------	----	-----

認知症介護実践者研修（基礎課程）	修了年月日	年 月 日
認知症介護実践リーダー研修（専門課程）	修了年月日	年 月 日
認知症介護実践リーダーフォローアップ研修	修了年月日	年 月 日

推薦理由	
申込区分	1. 県からの派遣枠での推薦のみを希望する。 2. 第一希望は県の派遣枠での推薦を希望するが、選考で派遣枠から漏れた場合は、第二希望として自費参加でも申し込む。 3. 自費参加を希望する。

* 申込区分について、上記の1～3のいずれかに○印を付けてください。