

令和7年度 第2回山形県認知症介護実践者研修受講生募集要領

1 目 的

この研修は、認知症高齢者の介護に関する実践的な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、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ものです。

2 対 象 者

次の①～④の条件を全て満たす者としします。

- ① 認知症介護基礎研修を修了していること。（医療・福祉の有資格者を除く。）
- ② 県内の施設・事業所に勤務する介護職員等（県内で開設予定の地域密着型サービス事業所に勤務を予定する場合を含む）であること。
- ③ 介護保険施設等において、介護業務に概ね2年以上従事した経験を有していること。
- ④ 全日程に出席し、職場において1週間の学習成果の実践展開及び4週間程度の実習に取り組めること。

注）介護職員等の「等」については、生活相談員や看護職員についても含みます。

3 研修内容及び会場

内 容	月 日	会 場
講義・演習	7月8日（火）～10日（木）	オンライン形式（Zoom）
学習成果の実践展開	7月11日（金）～7月21日（月） ※うち1週間程度実習に取り組む	各受講生職場
講義・演習	7月22日（火）～23日（水）	オンライン形式（Zoom）
課題設定	7月24日（木）	集合形式（協同の杜JA研修所）
職場実習	7月25日（金）～8月28日（木） ※うち4週間程度実習に取り組む	各受講生職場
中間報告	8月12日（火）	集合形式（協同の杜JA研修所）
結果報告 職場実習評価	8月29日（金）	集合形式（協同の杜JA研修所）

- ※ 講義部分に係る研修については、オンライン（Zoom）になりますので、御了承ください。オンラインでの受講環境については各施設において御準備ください。
- ※ 職場での実習は2回行います。（学習成果の実践展開・職場実習）
- ※ その他カリキュラム等の詳細については、後日受講決定者宛てに、事業運営主体より別途案内します。
- ※ 災害等やむを得ない状況が生じた場合は、研修日程を変更する場合があります。

【職場実習の目的・内容】

- ◆受講生は、講義・演習期間中、研修の目的に基づき、「研修の自己課題」の内容と、講義演習の受講を踏まえ、研修成果を実践で活用できる知識・技術にするための実習課題を設定します。
- ◆実習課題に基づき、4週間程度実習に取り組んだ後、課題に沿って実習を実施できたかを振り返り、報告し、評価します。

【実習へのお願い】

- ◆受講生は、実習期間中、研修で設定した課題の達成を目指し、職場において実習を行います。各所属では、受講生が研修期間中であることに御留意いただき、実習に専念する時間の配慮等、研修の効果的な実施に御協力くださるようお願いいたします。
- ◆職場実習について、その目的、課題内容、期間等を他の職員の方々へも周知し、事業所全体で実習に協力していただく必要があります。

4 受 講 申 込

(1) 指定地域密着型サービス事業所の指定基準上、本研修受講が義務付けられている方（市町村からの推薦をもらい申し込む場合）

提出書類	・ 受講申込書 ※全ての欄に記入してください（理由書も含む）。 ・ 基礎研修修了証書又は医療・福祉関係の資格証明書の写し ※いずれかの提出で構いません。
提出先・提出方法	事業所の所在する市町村の介護保険担当課宛てに郵送又は持参
提出期限	令和7年5月16日（金）【必着】
注意事項	【推薦書について】 ①所在する市町村の介護保険担当課宛てに受講申込書を記入の上、持参又は郵送。 ②市町村にて審査後、条件の不足等により、推薦非該当になった事業所の場合のみ市町村より通知します。 【推薦条件】 ・ 地域密着型サービスの新規開設や人員配置変更などの理由により、指定・運営基準を満たすために研修の受講が必要な方は、市町村にその旨を申し出、市町村からの推薦をもらってください。 （例）認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の計画作成担当者に就任予定の方が実践者研修を受講しようとする場合 ※推薦は1施設、1事業所につき1名としますが、グループホームの新設等により2名以上受講させたいなど特別な事情がある場合は、申し込む前に県へお問い合わせください。 【注】 以下のような受講理由の場合は、推薦があっても、通常の「推薦がない申込み」として取扱います。 ・ 認知症介護のスキルアップのため ・ 就任予定まで余裕があり、喫緊に受講しなければならないわけではない場合 ・ 認知症加算取得のため ・ 将来の人事異動に備えるため

(2) (1) 以外の方

市町村からの推薦を要しない場合は電子申請により直接県へ申し込むこと

提出先・提出方法	下記URL又は2次元バーコードによる
U R L	https://apply.e-tumo.jp/pref-yamagata-u/offer/offerList_detail?tempSeq=15439
2次元バーコード	
提出期限	令和7年5月16日（金）（必着）

5 定 員 50名程度

6 研修に要する経費

22,400 円（税込）

- ※ 研修経費の一部を実費相当分として御負担願います。
- ※ 受講料は、決定通知を送付した後、事業運営主体から口座名及び振込期限を指定する文書を送付しますので、期限まで納入して下さるようお願いいたします。
- ※ 振り込まれた受講料については、いかなる理由によるものでも返金しませんので、御了承願います。
- ※ 研修会場までの旅費及び宿泊される場合の宿泊費は、各自負担とします。

7 受 講 の 決 定

申込締切後、5月下旬を目途に受講者を決定し、所属長宛て通知します。申込数が定員を上回る場合は、以下の「選考基準」に従って決定します。

選 考 基 準	
※ 定員に達するまで、下記の手順で受講者を決定します。	
優先順位 1	指定地域密着型サービス事業所の指定基準を満たすための申込みで、市町村の推薦がある場合（原則1事業所1名）
優先順位 2	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）として活動する方の所属する事業所に所属する者（1事業所につき1名）
優先順位 3	令和6年度又は令和7年度の本研修に申し込んだが受講決定とならなかった者及び受講決定後に辞退となった者（1事業所につき1名）
優先順位 4	優先順位1～3で決定した受講者が所属する事業所 <u>以外</u> からの申込み（1事業所につき1名）
そ の 他	・ 同一の優先順位内で条件を満たす者が複数名ある場合は、介護従事年数が高い者を優先する。 ・ 介護従事年数も同一の場合は、<u>年齢が高い者を優先する。</u>

8 申込みに当たっての注意事項（熟読のうえ、申込みをお願いします）

- (1) 申込書に記入漏れがある場合や提出期限を過ぎたものは受付することができませんので、御注意ください。
- (2) 先着順ではありませんので、提出前に申込書に記入漏れがないか、提出先が正しいか等について再度確認をお願いします。
特に、氏名及び生年月日は修了証書の記載事項となりますので、正確に記入してください。
- (3) 申込みに当たっては、必要最小限の申込みとしてください。
- (4) 推薦の有無によって、申込方法が異なります。指定の申込以外の場合は受け付けません。
- (5) 受講決定後の受講者の変更については、原則として認めません。
- (6) 受講決定後、万一参加できなくなった場合は、次点者を繰上げ決定することになりますので、速やかに連絡してください。（高齢者支援課長宛てに辞退者名、辞退をしなければならない理由を記載した辞退届（任意様式）を、所属長から提出していただきます。）
- (7) 受講修了者には、修了証書を交付しますが、途中で欠講した場合は、当該研修のそれ以降の講義を受講しても無効になりますので、注意してください。
- (8) 受講申込の内容に虚偽があった場合又は受講に対し不正行為があった場合は、受講決定や修了を取り消すことがあります。
- (9) 研修期間中、受講生、講師及び指導者に迷惑をかける等、研修の妨げになる行為をした場合、職場実習が確実に履行されていないと判断された場合は、修了を認めないことがあります。
- (10) 市町村の推薦を受けて申込みを行った場合、受講決定後の辞退は原則として認められませんので、真に必要な申込みかを市町村と相談のうえ、推薦を受けてください。
- (11) 市町村の推薦を受けて申込みを行った事業所については、翌年度以降に配置状況について確認を行う場合があります。

9 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 田島
TEL 023-630-2158／ FAX 023-630-3321

(別紙) 基礎研修における義務付けの対象外の資格保有者一覧

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修了者
訪問介護員養成研修一級・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

※各施設・事業所における人員配置基準より参照