令和７年度山形県認知症介護実践リーダー研修受講生募集要領

１　目　的

この研修は、認知症介護実践者研修（以下「実践者研修」という。）で得られた知識・技術をさらに高め、認知症介護の質の向上の推進役として他の職員を指導・支援し、チームケアのための調整役を担う介護現場の実践リーダーを養成することを目的とします。

※ 実践リーダー研修の受講は、指定認知症対応型共同生活介護事業所が、短期利用共同生活介護を実施する際の要件のひとつとなっています。

２　研修対象者

研修対象者は、次の（１）～（３）のいずれかに該当する者とします。

（１）次の①～③の条件を全て満たす者

① 県内の介護保険施設・事業所等に勤務していること

② 介護業務に概ね５年以上従事した経験があること

③ 認知症介護のリーダー役の立場にある者又はその立場になる予定が具体的にある者で、次のア又はイのいずれかにあてはまること

ア「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」（平成13年度～平成16年度実施）を修了した者

イ 認知症介護実践者研修を修了して１年以上経過した者

（２）次①～②の条件を全て満たす者

① 県内の介護保険施設・事業所等に勤務していること

② 介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から10年以上経過し、５年以上の実務経験を有する者

（３）「痴呆介護実務者研修（専門課程）」の修了者、又は平成28年度までの「認知症介護実践リーダー研修（旧カリキュラム）」の修了者

３　日程及び会場

内　容	月　日	会　場
講義・演習	９月24日（水）～26日（金） ９月29日（月）～10月１日（水）	オンライン形式(Zoom)
課題設定	10月２日（木）	緑の迎賓館アンジェリーナ
職場実習	10月３日（金）～11月13日（木）	各受講生職場
中間報告	10月23日（木）	緑の迎賓館アンジェリーナ
職場実習評価	11月14日（金）	緑の迎賓館アンジェリーナ

※講義・演習部分に係る研修については、オンライン（Zoom）になります。オンラインの受講環境については、各施設において御準備ください。

※職場実習については、５週間程度としております。

※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。

※実習について

【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、５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。

【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　受講申込みについて

（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** … すべての欄に記入してください。（理由書も含む） **・実践者研修（旧実務者研修基礎過程を含む）の修了証書の写し** … 研修対象者（１）に該当する場合提出してください。 **・介護福祉士登録証の写し** … 研修対象者（２）に該当する場合提出してください。
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７月25日(金)【必着】**
注意事項	・ 認知症対応型共同生活介護事業所で短期利用を行うため研修の受講が必要な方は、市町村にその旨申し出ていただき、市町村からの推薦をもらってください。 ・ 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。 【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。 ‣ 認知症介護スキルアップのため ‣ 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直接県へ申し込むこと）

申込先・申込方法	下記URL又は２次元バーコードによる電子申請
U　R　L	https://apply.e-tumo.jp/pref-yamagata-u/offer/offerList_detail?tempSeq=16141
２次元バーコード	
申込期限	**令和７年７月25日（金）　23時59分まで**

５　定員　50名

６　研修に要する経費について

23,400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、期限まで納入してくださるようお願いします。
※　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　受講の決定について

・ 申込締切後、８月第２週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、優先順位１から順に適用して受講者を決定します。	
優先順位１	研修対象者（１）又は（２）に該当し、短期利用共同生活介護事業の施設基準を満たすため、研修受講が必要で、市町村の推薦がある者（原則１事業所につき１名）
優先順位２	研修対象者（１）に該当し、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	研修対象者（１）に該当し、令和６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	研修対象者（１）に該当し、実践リーダー研修修了者が在籍していない事業所の者（１事業所につき１名）
優先順位５	研修対象者（１）に該当し、優先順位１～４で決定した受講者が所属する事業所**以外**の者（１事業所につき１名）
優先順位６	研修対象者（２）に該当し、市町村推薦がない者
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、年齢が高い者を優先する。 ・ 選考基準に従い選考してもなお定員に余裕がある場合、研修対象者（３）の受講を認める。

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）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。**

（２）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。

（３）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。

（４）受講資格の確認が必要ですので、研修対象者（１）に該当し申込む場合、申込者の実践者研修（旧実務者研修基礎過程を含む）の修了証書の写しを忘れずに添付してください。研修対象者（２）に該当し申込む場合、申込者の介護福祉士登録証の写しを忘れずに添付してください。

（５）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。

（６）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。

（７）受講決定後、万一参加できなくなった場合は、次点者を繰り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。）

（８）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。

（９）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。

（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、確実に受講意思がある場合に、また、推薦の必要性について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