



## 令和6年度 第2回 神奈川県認知症介護実践者研修 市町村推薦申込みのご案内

### 1 研修の目的

高齢者介護実務者及びその指導的立場にある者に対し、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、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します。

### 2 実施主体

神奈川県（研修実施事業者として公益社団法人日本認知症グループホーム協会に委託）

### 3 定員

20名（市町村推薦枠）

※当研修については、申込みが集中することが予想されることから、複数人の申込を希望する市町村におかれましては、全体の申込状況により判断させていただきますので、次の提出先までご相談下さい。

定員を超える申込みがあった場合は、「8 受講者決定基準」により選考を行い、今回受講できない場合があります。

※管理者等の就任予定日を考慮し、他の研修受講予定等も含め受講が必要になる時期等を十分にご確認のうえ、適切な受講時期に申込みください。

### 4 受講対象者

市町村推薦の対象者は、「今回の研修の受講により配置基準を満たす事業者」であり、また次の要件をすべて満たしていることが必要ですので、必ず確認ください。

- (1) 神奈川県内（横浜市、川崎市及び相模原市を除く）に所在する、
  - ①介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設
  - ②介護保険法第41条に規定する指定居宅サービスを行う事業所
  - ③介護保険法第42条の2に規定する指定地域密着型サービスを行う事業所等で介護、看護等の業務に従事している方
- (2) 介護業務に2年以上従事した経験を有している方
- (3) 介護福祉士又は介護福祉士相当の知識・技術を有している方
- (4) 全日程出席可能な方（欠席は原則認められません）
- (5) 管理者等の就任予定日と受講日程が適切であると認められる方
- (6) 本研修を過去に終了していない方
- (7) 市町村が、上記の要件を満たすことを確認し、責任を持って推薦できる方
- (8) 本研修に一般枠から応募していない方



## 5 募集期間

令和6年6月1日（土）～令和6年6月30日（日）（必着）

※募集期間最終日を募集締切日とし、県高齢福祉課あてに必着とします。募集期間開始前や締切日を過ぎた申込みは受付できません。

## 6 申込み方法

当該市町村の担当課と、事前に相談・確認のうえ、「令和6年度第2回神奈川県認知症介護実践者研修市町村推薦の受講申込書」に必要事項を記入の上、事業所印を押印後、市町村の発行する市町村推薦書を添えて、必ず当該市町村の担当課を通じて申込みください。なお市町村担当課は、申込書を送付する前に、事前に人数の確認のため、県高齢福祉課 担当者宛てにメール又はFAX等で受講申込書及び市町村推薦書を送付ください。

※本件について事業所から当課・委託先への直接申込みは、受付できません。本研修を受講することにより、配置基準を満たす事業所は、必ず事業所が所在する市町村の担当課を通して申込みください。当該市町村担当課より推薦書を添えて申込みが行われます。

### 【提出先】

〒231-8588 神奈川県横浜市中区日本大通 1

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 担当：油井

### 【連絡先】

電話 045-210-1111（内線 4847） FAX 045-210-8874

メールアドレス anshinkaigo@pref.kanagawa.lg.jp

## 7 受講決定通知

今回の申込みの結果については、募集期間締め切り後に順次決定のうえ、受講者決定通知書を発送します。

## 8 受講者決定基準

(1) 受講申込み者が定員を超えた場合、以下の順で受講者を決定します。

①指定密着型サービス事業所が、人員配置基準を満たすために、申込みを行っている方

②管理者等の就任予定日と受講日程を精査し、その回の研修受講の必要性が高いと判断される方

③各施設・事業所の種別において、認知症介護経験が長い方

④①～③の基準に差がない場合は、申込み日（県高齢福祉課が申込書原本を受領した日とします）の早い順とします。

※受講決定後は、原則、同一施設・事業所内であっても受講者の交代は認めません。



## 9 研修日程・会場等

別添「令和6年度 第2回 神奈川県認知症介護実践者研修日程表」のとおり

## 10 自施設実習（4週間）

受講生自身が所属する施設・事業所において対象者を選定し、アセスメントを通じた認知症の人の生活支援に関する目標を設定し、ケアの実践を展開します。実習後、結果をまとめ、レポートを提出し、グループ内で発表していただきます。

なお、「新規開設（予定）事業所で4週間の自施設実習が行えない事業所」から参加する場合は、ご自身で4週間の自施設実習が行える事業所をお探してください。

## 11 受講者の費用負担

受講者は、研修の実施に必要な費用のうち、次の費用を負担します。

受講料として20,000円

この受講料は、研修運営に係る受益者負担費用の実費相当額となり、支払方法は、受講者決定通知書によりご案内いたします。

※受講決定後に、研修受講の取り下げを行った場合も、受講料の徴収はさせていただきますので、留意ください。

## 12 修了認定の基準

- (1) 全日程を出席しすべての講義に意欲的に取り組んだ方
- (2) 自施設実習を定められた期間、意欲的に取り組んだ方
- (3) 委託先から指定された提出物をすべて提出した方

以上の方のみ修了証書を交付します。

## 13 注意事項

- (1) 受講申込書に不実や虚偽の記載があった場合は、受講決定及び修了証書を取り消すとともに、同事業所は、今年度中に開催される本研修を受講することはできません。
- (2) 受講決定後は、原則、事業所内であっても受講者の変更はできません。
- (3) 本研修受講中に、研修委託先が、受講することが適切でないと判断された方は、退席いただき、以降の研修を受講することはできません。なお、その際の受講料の返金はありません。
- (4) 感染症拡大や自然災害等により、研修主催者である神奈川県の判断により研修が中止・変更になる事もあります。その際には研修実施主体である【公益社団法人日本認知症グループホーム協会 神奈川県支部】よりご連絡いたします。

## 14 個人情報の取り扱い

本研修の申込書等に記載された事項は、個人情報保護の規定により適正な管理を行い、本



研修事業以外に使用することはいたしません。

施設長・事業所管理者様へのお願い

自施設での実習は、本研修の一環として位置付けており、研修生が設定した課題が達成できるように施設・事業所全体への周知・協力が必要となりますので、施設長・事業所管理者様には、申込み者として自施設実習中のご配慮と課題の実行についてのご協力をお願いします。