令和６年度　第２回　神奈川県認知症介護実践リーダー研修のご案内

1　研修の目的

高齢者介護実務者及び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

各回　４０名

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、今回受講ができない場合があります。

4　受講対象者

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事業者
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事業者、同法第５３条に規定する指定介護予防サービス事業者又は同法第５４条の２に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者等で介護・看護におけるチームのリーダーの立場にある方又はリーダーになることを予定している方

（２）介護業務に５年以上従事した経験を有している方

（３）認知症介護実践者研修（又は痴呆介護実務者研修基礎課程）を修了し、研修開始日までに１年以上経過している方、又は介護保険施設・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起算して 10 年以上、かつ 1,800 日以上の実務経験を有する方

（４）全日程出席可能な方（欠席は原則認められません）

（５）本研修を過去に終了していない方

（６）施設・事業所として責任を持って受講させることができる方

5　募集期間

令和６年９月１日（日）～令和６年９月３０日（月）（必着）

＊募集期間最終日を募集締切日とし、「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」宛に必着とします。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。

＊申込みにあたっては、４　受講対象者（２）および（３）の経験年月数を必ずご確認ください。

6　申込み方法

（１）　指定認知症対応型共同生活介護事業者又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者が、短期利用共同生活介護を行うにあたっては、本研修又は痴呆介護実務者研修専門課程、もしくは認知症介護指導者養成研修を修了している者を配置することが必要です。そのため、本研修を受講することにより厚生労働大臣が定める施設基準（平成 27 年厚生労働省告示第 96 号）第 31 号ハ、二又は第 85 号に規定する基準を満たす事業者については、事業所設置の市町村担当課を通して申込みをしてください。当該市町村担当課が取りまとめの上、受講申込書に別紙の推薦書と実践者研修修了証の写しを添えて「神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課」へ申込みをします。

なお、市町村から当該手続きを経て申込みをした方については、本研修の受講について特段の配慮を行うこととします。

（２）その他の方については、受講申込書に必要事項を記入の上、事業所印を押印後、ＦＡＸにで送付ください。

申込み先　　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
研修事務局
ＦＡＸ　０４５－３８２－９２７０

※ＦＡＸ送付後、確認のために「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」よりお電話を致します。連絡がない場合には、「受託者」（電話 045-824-1031）までご連絡ください。

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、原則として、指定都市（横浜市、川崎市、相模原市）以外の事業所を優先することとし、以下の順で受講者を決定します。

①指定認知症対応型共同生活介護事業者又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者が、短期利用共同生活介護を行うに当たって、厚生労働大臣が定める施設基準（平成 27 年厚生労働省告示第 96 号）第 31 号ハ、二又は第 85 号に規定する基準を満たすために市町村を通して申込みを行っている方のなかで、過去に同一事業所内で本研修修了者のない事業所に所属する方。

②認知症介護経験が長い方（原則として同一事業所内で複数の申込みがある場合は、１事業所１名とし認知症介護経験が長い方とします。ただし、事業所内で受講希望の優先順位がある場合は、受講申込書に優先順位を明記して下さい。）

※受講決定後は、原則、同一施設・事業所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

別紙「令和６年度　第２回　神奈川県認知症介護実践リーダー研修日程表」のとおり。

10　自施設実習（4 週間）

それまでの講義・演習を踏まえた実習課題を自身で設定し、**受講生自身が所属する施設・事業所において**具体的な取り組みをし、結果をまとめます。

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。

（１）受講料として**２５，０００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、受講料は徴収させていただきますので、あらかじめご了承ください。

（２）交通費

（３）昼食代

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まれた方

（２）自施設実習を定められた期間、意欲的に取り組まれた方

（３）研修委託先から指定された提出物をすべて提出された方

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行ないません。

（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いたします。

問合せ先　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

研修事務局

住所　横浜市港南区下永谷３－１７－１０

電話　０４５－８２４－１０３１

FAX　０４５－３８２－９２７０