

令和6年度兵庫県認知症介護指導者養成研修事業実施要項

※「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」（以下「大府センター要項」という）も併せて熟読してください。

1 目的

認知症介護研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当することができる能力を身につけるとともに、介護保険施設・事業者等における認知症介護の質の改善について指導することに加え、自治体等における認知症施策の推進に寄与できる者を養成する。

2 認知症介護指導者の役割

- (1) 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
- (2) 介護保険施設・事業所等における介護の質の改善について指導すること
- (3) 自治体等における認知症施策の推進に寄与すること
- (4) 認知症介護指導者の所属する事業所の長及び法人代表者は(1)～(3)に掲げる認知症介護指導者の活動を支援すること。

3 実施主体等

本要項に基づく研修は、認知症介護研究・研修大府センター（以下「大府センター」という。）が実施主体として行う。

兵庫県（以下「県」という）は受講希望者を募集し、本要項に定める要領に基づき、大府センターへ推薦及び申込みを行うものとする。

4 研修日程及び会場（内容は各回とも同じ）※詳細は大府センター要項をご確認ください。

	前期研修 (※1)	職場研修 (※1)	後期研修 (※1)	県推薦	事業所 推薦
会場	大府センター (※2)	各自の職場	大府センター (※2)		
第1回	R6. 7. 1～7. 12	R6. 7. 15～8. 30	R6. 9. 2～9. 6	×	○
第2回	R6. 12. 2～12. 13	R6. 12. 16～R7. 1. 31	R7. 2. 3～2. 7	○	○

(※1)

- ・前期・後期研修は、土日以外は、大府センターにおいて研修プログラムを実施します。
- ・職場研修では、オンライン（双方向）を活用した講義・演習 30 時間と前期研修中に作成する企画書に基づき、各自の職場で職場実習を行って頂きます。
- ・受講にあたっては自施設・事業所等に WEB 研修の受講環境を整えることを前提とします。
- ・受講者の申し込み状況に応じて、大府センターにより開催回数が増減される可能性がある等、ご希望に添えない場合もありますので、予めご了承ください。

(※2)

- ・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 丁目 287 番地

5 研修対象者

次の、①～⑥（県推薦の場合は①～⑩）の要件全てを満たす者の内、県または現に勤務する介護保険施設・事業所または所属団体が適当と認める者とする。

<要件>

- 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、介護福祉士若しくは精神保健福祉士のいずれかの資格を有する者又はこ

れに準ずる者

- ② 次のア～ウのいずれかに該当する者であって、相当の介護実務経験を有する者であり、かつ県内に在住または勤務する者
 - ア 介護保険施設・事業所等に従事している者（過去において介護保険施設・事業所等に従事していた者も含む）
 - 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 認知症介護実践リーダー研修（※3）を修了し、かつ現場のリーダーとして相当の実務経験を有する者
 - （※3）認知症介護実践者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（厚生省老人保健福祉局計画課長通知）
- ④ 研修の全日程を受講できる者
- ⑤ 研修修了後に認知症介護指導者の役割（本要項2（1）～（4））を遵守できる者
- ⑥ 勤務する介護保険施設・事業所または所属団体からの推薦がある者
- ⑦ 本県の認知症介護実践者等養成事業の企画・立案への参画や、講師として従事することに同意し、所属する介護保険施設・事業所、または所属団体等の長が、そのことを認めている者
- ⑧ 本県の介護保険施設・事業所等における介護の質の改善について指導することが見込まれている者、又は、その意欲がある者
- ⑨ 本県や県内市町の認知症施策を理解して協力するなど、施策の推進に寄与することに同意している者
- ⑩ 兵庫県認知症介護指導者名簿に登録の上、県内の市町等に情報提供することに同意する者

6 「県推薦」について

- (1) 該当する研修
 - 第2回（本要項4を参照）
 - (2) 対象者
 - 本要項5の要件①～⑩全てに該当し、県の規定による審査の結果、適切と認める者
 - (3) 推薦する人数（予定）
 - 審査により、基準を満たす者を5名以内、（1年度につき1施設1名以内）
 - (4) 研修にかかる費用の負担
 - 研修受講料（230,000円）及び県の規定による宿泊費、交通費を予算の範囲内で県が負担する。
 - （それ以外の教材費・災害傷害保険料・宿泊に伴う食費等は、県負担の対象外。）
- ※ただし、県による推薦の場合であっても、研修受講を中断するなど修了できない場

合は、原則として本研修に要する費用すべてを県負担の対象外とする。

7 「事業所推薦」について

県推薦を希望しない場合は、事業所推薦として、県でとりまとめの上、大府センターに申込みを行う。

(1) 該当する研修

第1回、第2回

(2) 対象者

本要項5①～⑥を満たす者

(3) 研修にかかる費用の県負担

なし

(4) 研修修了後の役割

認知症介護指導者の役割は、県推薦と同様であるが、県事業への協力や名簿への登載については、希望を確認の上、任意でお願いする。

8 県への提出書類

(1) 「県推薦の場合」

① 兵庫県認知症介護指導者養成研修事業申込書（兵庫県様式1）

② 兵庫県認知症介護指導者養成研修事業推薦書（兵庫県様式2-1、2-2）

③ 誓約書（兵庫県様式3）

④ 承諾書（兵庫県様式4）

⑤ 認知症介護指導者養成研修 受講申込書

※「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」（以下「大府センター要項」という）の「別紙様式1」

（大府センター要項P6～P9参照）

⑥ 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（大府センター要項「別紙様式3」

※「別紙様式3」は、指定された様式はありませんが、大府センター要項P11～13の記入要領を熟読の上、各自において作成してください。

⑦ 認知症介護実践リーダー研修又は認知症（痴呆）介護実務者専門課程修了証の写し

⑧ その他資料

認知症介護に関する講師歴がある場合、講義等で使用した資料等内容がわかるもの。
（様式は任意）

(2) 「事業所推薦」の場合

① 本要項8（1）の①及び⑤～⑧

② 認知症介護指導者養成研修に係る推薦書（大府センター要項「別紙様式2」）

9 県への申込期限（大府センターの締め切り期限ではないので要注意）

(1) 第1回（県推薦実施なし）

令和6年4月12日（金）17:00 必着

（大府センター応募締め切り期日 令和6年4月26日（金）必着）

(2) 第2回（県推薦実施あり）

令和6年5月1日（水）17:00 必着

（大府センター応募締め切り期日 令和6年5月31日（金）必着）

10 受講の決定

大府センターが提出された書類を考査し、受講者を決定する。

11 受講までの流れ

（1）県推薦の場合

- ① 受講希望者は、県に必要書類を提出し受講を申し込む。
 - ・期限を過ぎてからの提出は無効とする。
- ② 県は、受講希望者の書類審査を実施し、適切と認められる者を選考する。
- ③ 書類審査通過者に対して、県の規定に基づき、面接審査を実施する。
 - ・日程、会場等の詳細は別途該当者に通知する。
- ④ 県は、面接審査の結果を、該当者に通知するとともに、大府センターへ面接通過者を推薦する。
- ⑤ 大府センターが被推薦者の審査を行い、最終的な受講者を決定する。
- ⑥ 県より所属長及び受講希望者に大府センターの審査結果を通知する。
 - ・受講決定者が地域密着型事業所に所属している場合には、当該事業所が所在する市町に県より情報提供する。

（2）事業所推薦の場合

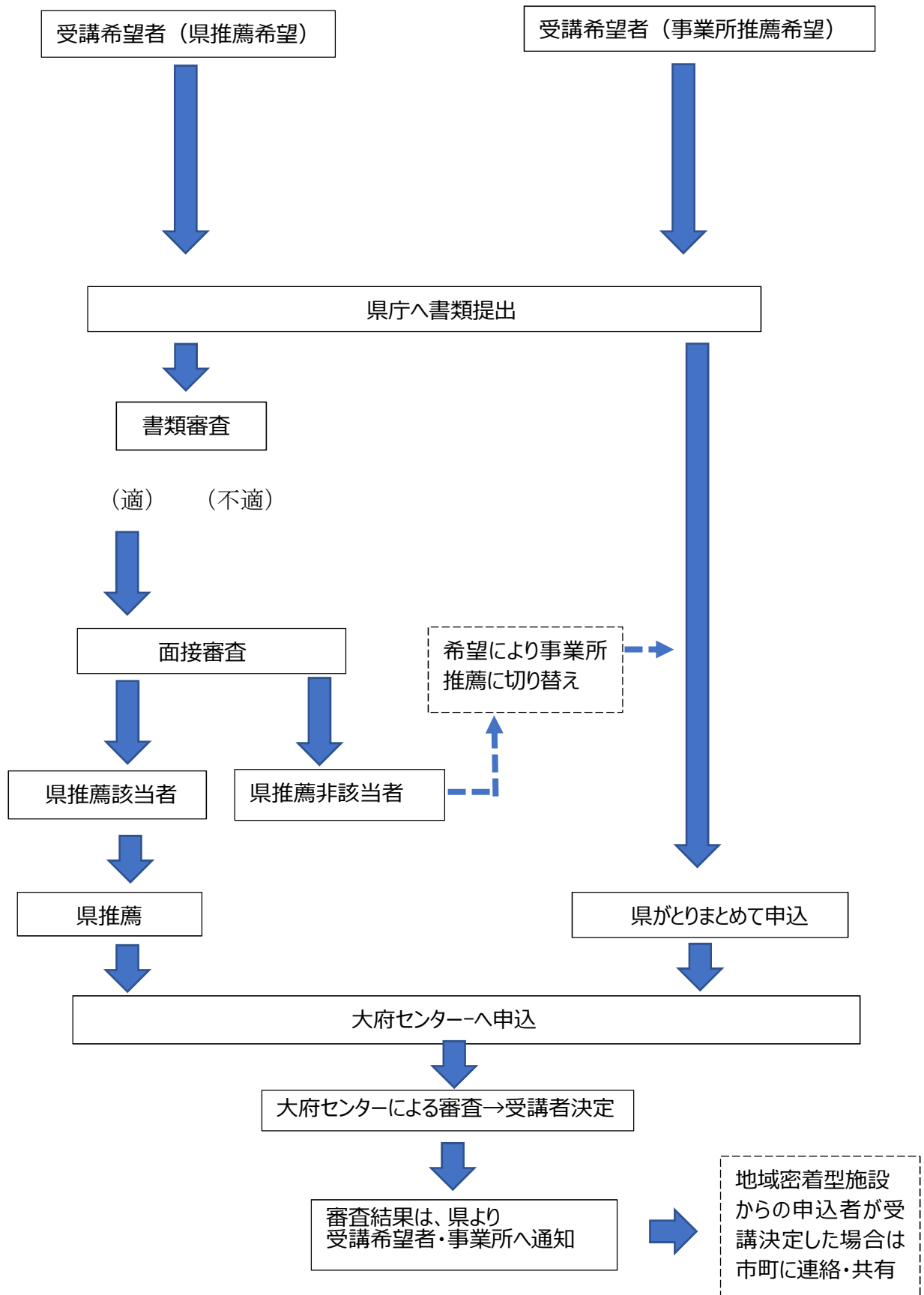
- ① 受講希望者は、県に必要書類を提出し、受講を申し込む。
 - ・期限を過ぎてからの提出は無効とする。
- ② 県で取りまとめの上、大府センターに受講申込みを行う。
- ③ 大府センターが審査を行い、最終的な受講者を決定する。
- ④ 県より所属長及び受講希望者に大府センターの審査結果を通知する。
 - ・受講決定者が地域密着型事業所に所属している場合には、当該事業所が所在する市町に県より情報提供する。

12 その他留意事項等

- （1）本要項に定めるものの他、「令和6年度認知症介護研究・研修大府センター研修実施要項」の趣旨を十分理解すること。
- （2）県推薦の対象者であっても、センターの選考を通過できない場合がある。
- （3）研修中に、大府センターの諸規則に対する違反する等、ふさわしくない行為があった場合は、センター長より受講を取り消される場合がある。
- （4）全てのカリキュラムを受講し、センターが行う修了考査によって適切と認められた者には、センター長より修了書が交付される。

(参考)

申込受付の流れ



(兵庫県様式1)

記入日 年 月 日

兵庫県認知症介護指導者養成研修事業申込書

「令和6年度兵庫県認知症介護指導者養成研修事業実施要項」、「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」の趣旨を理解し、下記のとおり研修受講を申し込みます。

記

1 受講希望者

氏名

所属事業所

2 日程希望

	第1回	第2回
日程	R6. 7. 1～R6. 9. 6	R6. 12. 2～R7. 2. 7
県推薦希望		
事業所推薦希望		

<日程希望記入上の留意事項>

- 希望する日程の推薦枠に○印または優先順位を数字で記入してください。また、希望しない枠には、×印を記入してください。
- 県推薦希望の方で、県審査の結果非該当になった場合に、事業所推薦で受講希望する場合は、県推薦、事業所推薦両方に○印を記入してください。
- 大府センターの受講希望者の状況により、開催回数の変更や希望に添えない場合もあり得ますので予めご了承ください。

(兵庫県様式2-1)

第 年 月 日

兵庫県保健医療部健康増進課長 様

(現に勤務している介護保険施設・事業所の長)

事業所名 _____

代表者氏名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____

令和6年度認知症介護指導者養成研修事業に係る推薦書

下記の者は、兵庫県認知症介護指導者養成研修受講者募集要項における研修の目的を理解し、研修対象者の要件を満たしていることを(兵庫県様式2-2)により確認の上、令和6年度認知症介護指導者養成研修の受講者として推薦します。

記

1 氏 名

2 生年月日

3 所 属

4 その他

(兵庫県様式2-2)に必要事項を記載の上、添付願います。

(兵庫県様式2-2) ※県様式2-1に必ず添付すること

認知症介護指導者養成研修の目的理解と研修対象者の要件該当について

1 被推薦者が、下記目的を理解していることを確認してください。

理解している項目に○印記載	同研修受講により身につけることを求める能力
	(1) 認知症介護研修(認知症介護基礎研修・認知症介護実践者研修・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。
	(2) 介護保険施設・事業者等における認知症介護の質の改善について指導することができる。
	(3) 自治体等における認知症施策の推進に寄与できる。

2 被推薦者が、県推薦対象者の要件を満たしていることを確認してください。

(下記項目の該当する欄全てに○印をご記入下さい。)

該当する項目に○印記載	県推薦対象者の要件
	(1) 資格要件を満たしている。(県募集要項5①参照)
	(2) 県内に在住、または勤務している。
	(2-ア) 介護保険施設・事業所等に従事している。(過去に従事していた。)
	(2-イ) 福祉系大学や養成学校等で指導的立場にある者
	(2-ウ) 民間企業で認知症介護の教育に携わる者
	(3) 認知症介護実践リーダー研修(本要項5③※3参照)を修了し、かつ現場のリーダーとして相当の実務経験を有する
	(4) 研修の全日程を受講できる者 ※県推薦であっても自己都合等により本研修を修了できない場合には、原則として本研修にかかる受講料、宿泊費、交通費等全ての費用に対して県負担はできません。
	(5) 研修修了後に、認知症介護指導者の役割(前項1(1)～(3))を遵守するとともに、所属長がその活動を支援できる者
	(6) 本県の認知症介護実践者等養成事業の企画・立案への参画や、講師として従事することに同意し、所属する介護保険施設・事業所等の長がそのことを理解し、推薦する者
	(7) 本県の介護保険施設・事業所等における介護の質の改善について指導することが見込まれている者、またはその意欲がある者
	(8) 本県や県内の市町の認知症施策を理解して協力するなど、施策の推進に寄与することに同意している者
	(9) 兵庫県認知症介護指導者名簿に登載の上、県内の市町等関係機関に情報提供することに同意する者

上記確認事項について、相違ありません。 令和 年 月 日

事業所名

代表者氏名

(兵庫県様式3)

誓約書

私は、認知症介護研究・研修大府センターの実施する「認知症介護指導者養成研修」を受講し、研修修了後は、兵庫県認知症介護指導者としての下記の役割を果たすために所属長の理解を得るよう尽力し、活動することを誓約します。

また、自己都合等により研修を修了できない場合には、受講料・宿泊費・交通費を異議なく全額自己負担します。

記

【兵庫県認知症介護指導者の役割】

- 1 兵庫県の認知症介護実践者等養成事業において各研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当すること
- 2 兵庫県内の介護保険施設・事業所等における介護の質の改善について指導すること
- 3 兵庫県及び県内市町等における認知症施策の推進に寄与すること
- 4 兵庫県認知症介護指導者名簿への登載に同意すること

令和 年 月 日

住 所： _____

氏 名： _____

電 話 番 号： _____

メールアドレス： _____

生 年 月 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

事 業 所 名： _____

<留意事項>

- ・本様式は、県推薦を希望する場合に、受講希望者本人が記載してください。
- ・審査の結果、県推薦非該当となった場合には本誓約書は無効とします。

(兵庫県様式4)

承 諾 書

下記の者が、認知症介護研究・研修大府センターの実施する「認知症介護指導者養成研修」を受講し、研修修了後は、兵庫県認知症介護指導者として、下記の役割を果たすために活動することを承諾します。

なお、当該希望者が、県推薦者として同研修を受講する場合でも、自己都合等により修了できない場合には、受講料、交通費、宿泊費を意義なく全額自己負担することに同意していることを所属長としても理解しております。

記

【兵庫県認知症介護指導者の役割】

- 1 兵庫県の認知症介護実践者等養成事業において各研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当すること
- 2 兵庫県内の介護保険施設・事業所等における介護の質の改善について指導すること
- 3 兵庫県及び県内市町等における認知症施策の推進に寄与すること
- 4 兵庫県認知症介護指導者名簿への登載に同意すること

(受講希望者名)

所属部署： _____

氏 名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

事 業 所 名 _____

代 表 者 名 _____

電 話 番 号 _____

メールアドレス _____

<留意事項>

- ・本様式は、県推薦を希望する場合に、所属長が記載してください。
- ・審査の結果、県推薦非該当となった場合には本承諾書は無効とします。