

長 寿 第 4 9 4 7 号  
令和6年(2024年)3月13日

各介護保険事業所 代表者 様

佐賀県健康福祉部長寿社会課長

令和6年度認知症介護指導者養成研修受講者募集について（依頼）

本県の認知症施策の推進につきましては、日頃から御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、別添写しのとおり社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター長から標記研修受講者募集の案内がありました。

つきましては、御多用中恐縮ですが貴所属職員等に御周知いただきますようお願いいたします。

なお、受講を希望する職員がいる場合は下記の内容を御確認いただいた上で御応募くださいますようお願いいたします。

## 記

### 1 対象者

次の①から⑥の全てに該当する者で、認知症介護研究・研修東京センターが実施する受講者選抜考査の結果、受講者として東京センター長が認めた者

- 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 以下のいずれかに該当する者で、おおむね5年以上の介護実務経験を有する者  
(ア) 佐賀県内の介護保険事業者等で現に介護業務に従事している者  
(イ) 佐賀県内の福祉系大学や養成学校等で指導的立場にある者  
(ウ) 佐賀県内の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を修了した者であること
- ④ 認知症介護基礎研修又は認知症介護実践研修の企画・立案に参画し、又は講師として従事することができ、所属長の許可が得られる者
- ⑤ 地域ケアを推進する役割を担うことが見込まれている者
- ⑥ 過去5年以内に介護保険法に基づく行政処分や、高齢者虐待防止法による高齢者虐待の事実が認められたことがない事業所の職員である者

## 2 募集人数等

### (1) 佐賀県知事による推薦 1名

- ① 受講料のみ佐賀県が負担します。
- ② 研修修了後は、佐賀県認知症介護指導者として、認知症介護実践者・認知症介護実践リーダーの育成とともに、佐賀県の認知症介護に関する取組に協力していただきます。

なお、研修受講者が研修を修了できないとき、又は研修修了後、研修修了者の役割を果たさないときは、県が負担した受講料の返還を求めることがあります。

- ③ 推薦者選考の方法は書類審査とし、提出された実践事例報告等によって、佐賀県認知症介護指導者等の助言を得ながら審査します。

なお選考結果は文書で通知しますが、選考理由及び選考結果に対する問い合わせには一切応じません。

### (2) 介護保険事業所の長による推薦 若干名

- ① 研修受講にかかる費用（受講料、旅費宿泊費及び教材費等）を佐賀県は負担しません。
- ② 本研修は、「認知症加算」「認知症専門ケア加算Ⅰ・Ⅱ」算定の要件の一部となっていますが、本研修の目的は認知症地域ケアの推進者を養成することですから、加算要件を満たす目的のみでの受講はお控えください。

## 3 申込方法

「令和6年度認知症介護研究・研修東京センター認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」を御確認いただき、下記にて必要書類を提出してください。

### ① 佐賀県知事推薦で受講を希望する者

令和6年3月26日（火）までに（必着、郵送又は持参のみ受付）、佐賀県健康福祉部長寿社会課あて提出してください。

提出書類は以下のとおりです。

- ・令和6年度認知症介護指導者養成研修申込書（別紙1）
- ・研修修了後の認知症介護指導者としての活動に関する同意書（別紙2）
- ・認知症介護指導者養成研修受講申込書（募集要項別紙様式1）
- ・受講者選考のための実践事例報告に関する提出書類（募集要項別紙様式3）
- ・認知症介護実践リーダー研修修了証の写し1部
- ・認知症介護指導者養成研修に係る推薦書（募集要項別紙様式2）（介護保険事業所の長の推薦でも受講を希望する場合）

### ② 介護保険事業所の長の推薦で受講を希望する者のうち地域密着型サービス関連事業所以外の介護保険事業所に所属する者

令和6年4月2日（火）までに（必着、郵送又は持参のみ受付）、佐賀県健康福祉部長寿社会課あて提出してください。

提出書類は以下のとおりです。

- ・認知症介護指導者養成研修受講申込書（募集要項別紙様式1）
- ・認知症介護指導者養成研修に係る推薦書（募集要項別紙様式2）
- ・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（募集要項別紙様式3）
- ・認知症介護実践リーダー研修修了証の写し1部

**③介護保険事業所の長の推薦で受講を希望する者で地域密着型サービス関連事業所に所属する者**

令和6年3月26日（火）までに（必着、郵送又は持参のみ受付）、事業所を所管する介護保険者に提出してください。

各介護保険者の長は、令和6年4月2日（火）までに佐賀県健康福祉部長寿社会課あて提出してください。

提出書類は以下のとおりです。

- ・認知症介護指導者養成研修受講申込書（募集要項別紙様式1）
- ・認知症介護指導者養成研修に係る推薦書（募集要項別紙様式2）
- ・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（募集要項別紙様式3）
- ・認知症介護実践リーダー研修修了証の写し1部

4 研修場所・日程・内容等

「令和6年度認知症介護研究・研修東京センター認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」を御確認ください。

5 受講者の決定

社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センターにおける受講者選抜考査の結果を受け、県から受講決定の通知を行います。

6 個人情報について

受講申込書等に記載いただいた個人情報は、本研修の申込以外の目的には使用いたしません。

**【担当】**

地域包括ケア推進担当 船山

〒840-8570 佐賀市城内 1-1-59

TEL 0952-25-7612 FAX 0952-25-7265