

## 令和5年度 岩手県認知症介護実践者研修実施要領

### 1 目的

認知症介護実践者研修は、施設、在宅に関わらず認知症の原因疾患や容態に応じ、本人やその家族の生活の質の向上を図る対応や技術を修得することを目的とします。

2 実施主体 岩手県

3 研修実施機関 公益財団法人いきいき岩手支援財団

### 4 受講対象者

(1)の要件を全て満たし、(2)のア～ウのいずれかに該当する者

(1) ア **岩手県内の介護保険施設・事業所(居宅介護支援事業所を除く)等に従事する介護職員のうち、原則として認知症介護基礎研修を修了した者、あるいはそれと同等以上の能力を有する者**であり、身体介護に関する基本的知識・技術を修得しており、**介護実務経験が2年以上の者**

【認知症介護基礎研修について】

※ 同一年度の受講も可能

※ 医療・福祉関係の以下の資格を有する者は、基礎研修を受講する必要はありません。

看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師、柔道整復師 等

イ **自施設での実習(4週間)**に取り組むことが可能であり、職場全体で理解し、協力できる施設・事業所の者

※ 4日間の研修受講後、受講者が所属する事業所等で、**日頃関わっている認知症の利用者(週3日以上関わる方が望ましい)**に対する**直接的なケア実習**を行います。

※ 各施設・事業所等の長の方は、自施設実習の研修効果を高めるために、研修受講者に対する特段の御配慮をいただくとともに、実習への御協力ならびに他の介護職員等への周知をお願いいたします。

(2) ア 地域密着型サービス事業所の指定基準において、本研修の受講が義務付けられている者(就任予定の者)

※ 認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者になる者はこの実践者研修を修了する必要があります。

イ 今年度「認知症対応型サービス事業管理者研修」または「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」を受講予定の者のうち、受講要件を満たすために本研修を受講する必要のある者

※ 認知症対応型サービス事業管理者研修及び小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修につきましては、「岩手県認知症対応型サービス事業開設者等研修実施要領」を御覧のうえ、別途お申込みください。

ウ 上記のほか、介護保険施設・事業所等で高齢者介護に従事する者

- 5 受講定員 各期 135 名(3 期合計 405 名)程度  
 ※ 今後の情勢によりましては、定員を縮小するほか、会場を変更する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

6 研修日程・内容及び会場

- (1) 研修日程(詳細は別紙日程表のとおり)

実施時期	講義・演習(4 日間)	職場実習	まとめ(1 日間)
第 1 期	7 月 13 日(木)、14 日(金) 8 月 23 日(水)、24 日(木)	4 週間	9 月 29 日(金)
第 2 期	7 月 31 日(月)、8 月 1 日(火) 9 月 5 日(火)、6 日(水)		10 月 13 日(金)
第 3 期	9 月 13 日(水)、14 日(木) 10 月 19 日(木)、20 日(金)		11 月 22 日(水)

- (2) 会場 盛岡市勤労福祉会館 5 階 大ホール(盛岡市紺屋町 2-9)

- 7 受講料(資料代含む) 17,100 円 ※納入方法については受講決定通知でお知らせします。研修に係る駐車料金、交通費、宿泊費等は自己負担とします。  
 また、受講開始後にキャンセルした場合や、遅刻等で修了証書が交付されなかった場合は、受講料の返金はいたしません。

8 受講申込

- (1) 申込方法

別添の受講申込書に必要事項を御記入のうえ、次の申込み先まで郵送または直接お申込みください。

<p>ア 指定基準上、本研修の受講が義務付けられている者(「4 受講対象者」(2)アまたはイに該当する者) ※ <u>市町村の推薦が必要です。</u>          申込み先：事業所を管轄する <b>市町村の介護保険担当課</b>(地域密着型サービス指定担当課)</p> <p>イ ア以外の者          申込み先：〒020-0015 盛岡市本町通 3-19-1 3 階          (公財)いきいき岩手支援財団 研修課 認知症研修担当あて</p>
--

- (2) 申込締切 **5 月 12 日(金) 消印有効**

- (3) その他

- ア 各期の受講申込者数に偏りがある場合は、調整しますので御了承ください。  
 イ 介護実務経験は、基準日：令和 5 年 4 月 30 日までの実務期間を御記入ください。  
 ウ 提出書類に不備・不足があった場合、又は、締切を過ぎた場合は受理できません。

9 審査・選考

- (1) 審査

「4 受講対象者」の要件を満たさない場合は、受講対象外となります。

- (2) 選考

受講申込者数が定員を超えた場合、次の基準により受講者を選考のうえ決定します。

- ア 受講が義務付けられた者を優先します。  
 イ 事業所ごとに**原則 1 名**とします。  
 ウ 介護実務期間が長い者を優先します。なお、介護実務期間が同じ場合は、年齢が高い者を優先します。

10 受講者の決定

受講の可否については**研修開始 1 ヶ月前まで**に受講申込者あて通知します。

## 11 修了証書の交付

本研修は厚生労働省老健局長通知(平成18年3月31日付け老発第0331010号)に基づいて実施し、全科目を履修した者に岩手県知事名の修了証書を交付します。

## 12 その他の注意事項等

- (1) 災害等やむを得ない事情により研修が中止、延期、時間変更となる場合があります。その場合の連絡は、下記ホームページでお知らせします。
- (2) 受講者は審査・選考を経て決定されます。受講決定後に受講者を変更することはできません。
- (3) 受講決定後、受講できなくなった場合は、次点の者を繰り上げ決定することになりますので、速やかに御連絡をお願いいたします。
- (4) 欠席や遅刻等により未履修の科目が生じた場合は、修了証書を交付できません。
- (5) 長期間にわたる研修ですので、実習を含めて全日程受講できることを確認のうえお申込みください。
- (6) 申込書に記載された個人情報、受講者の決定、受講者名簿及び修了証書の作成など、研修事業の円滑な運営のために使用します。

**【問合せ先】** 〒020-0015 盛岡市本町通3-19-1 3階  
(公財)いきいき岩手支援財団 研修課 認知症研修担当  
TEL : 019-629-2300(直通) FAX : 019-625-7494  
ホームページ : <https://www.silverz.or.jp/>