

令和 5 年度認知症介護指導者養成研修の県費による受講募集要項

1 県費による受講の対象となる者

宮崎県内に所在する施設・事業所等の職員で、認知症介護研究・研修東京センター（以下「センター」という。）が実施する「令和 5 年度認知症介護指導者養成研修」（以下「指導者養成研修」という。）の受講申込者のうち、以下の要件を全て満たす者。

- (1) 東京センターが実施する指導者養成研修の全日程を受講すること。
- (2) 令和 6 年度から、宮崎県認知症介護研修事業実施要綱第 6 条から第 10 条に定める認知症介護研修の企画・立案に参画し、講師として従事すること。
- (3) 所属する事業所の長及び法人代表者が、(1) 及び(2)について認めた者であること。

2 定員

各回あわせて 3 名

3 県が負担する費用

- (1) 研修費実費（受講料 230,000 円、教材費・災害損害保険料 5,000 円）
- (2) 県規定の範囲内で負担するもの
 - ・ 交通費（宮崎・東京間 2 往復分交通費の実費相当額）
 - ・ 食費等（1,210 円/日）
- (3) その他県が必要と認めるもの

※令和 5 年度の予算議決前につき、内容は変更となる場合があります。

※新型コロナウイルス感染症対策として、全受講者にセンター内の宿泊室利用が求められることから、本年度に限り宿泊費はかかりません。

4 申込手続

以下の様式に必要事項を記入し、「5 申込先」へ郵送若しくは持参にて提出すること。

- (1) 受講申込書（募集要項別紙様式 1）
- (2) 研修にかかる推薦書（募集要項別紙様式 2）
- (3) 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）
- (4) 認知症介護実践リーダー研修修了書の写し（1 部）
- (5) 誓約書（別紙 1）※受講者本人が作成すること
- (6) 承諾書（別紙 2）※受講者所属事業所が作成すること

5 申込先

- (1) 指定地域密着型サービス関連事業者
所管の市町村担当課

(2) (1)以外の介護保険施設・事業者等

〒880-8501 宮崎市橘通東2丁目10番1号

宮崎県福祉保健部 長寿介護課 医療・介護連携推進室 福井 宛

TEL : 0985-44-2605

6 申込期限

(1) 指定地域密着型サービス関連事業者

令和5年3月20日(月)

(2) (1)以外の介護保険施設・事業者

令和5年3月27日(月)午後5時15分(必着)

(別紙1)

誓 約 書

私は、認知症介護研究・研修東京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、研修を修了した後は、認知症介護指導者として次に掲げる事項について了知し、協力することを誓約いたします。

- (1) 認知症介護指導者は、県が実施する認知症介護関係研修の企画立案への参画及び講師として従事すること
- (2) 認知症介護指導者は、介護保険事業所や地域包括支援センター等からの相談等に対するアドバイザー役となるほか、認知症支援関係機関間の連携づくりに協力すること
- (3) 認知症介護指導者は、その他認知症介護に関する県の取組みに対し協力すること
- (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)から(3)に掲げる認知症介護指導者の活動を支援すること

申込者住所

申込者氏名

⑩

生年月日 昭和・平成 年 月 日

所属事業所

令和 年 月 日

承 諾 書

下記の者について、認知症介護研究・研修東京センターの実施する「認知症介護指導者養成研修」を受講させ、研修修了後は、認知症介護指導者として次に掲げる事項について了知し、協力させることを承諾します。

- (1) 認知症介護指導者は、県が実施する認知症介護関係研修の企画立案への参画及び講師として従事すること
- (2) 認知症介護指導者は、介護保険事業所や地域包括支援センター等からの相談等に対するアドバイザー役となるほか、認知症支援関係機関間の連携づくりに協力すること
- (3) 認知症介護指導者は、その他認知症介護に関する県の取組みに対し協力すること
- (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)から(3)に掲げる認知症介護指導者の活動を支援すること

記

所属部署

申込者氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

令和 年 月 日

(所属事業所)

住 所

名 称

代表者名

Ⓔ

(代表者印)