

# 令和6年度山形県認知症対応型サービス事業開設者研修受講生募集要領

## 1 研修の目的

指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所（以下「認知症対応型サービス事業所」という。）の代表者となる者が、これらの事業を運営していくうえで必要な知識を身につけることを目的とします。

認知症対応型サービス事業所の開設法人（開設予定を含む）の代表者は、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第34号）第65条、第92条及び第173条等の規定又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日号外厚生労働省令第36号）第46条及び第72条等の規定により、この研修を受講する義務があります。

なお、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の開設法人については、保健師又は看護師が代表者となる場合は、受講義務はありません。

## 2 研修の実施主体

山形県（一般社団法人山形県老人福祉施設協議会に委託して実施します。）

## 3 研修対象者

市町村の指定を受けて認知症対応型サービス事業所を開設又は開設予定の法人の代表者。

※開設予定の法人に関しては、市町村からの推薦が必要となります。

ただし、以下の（1）又は（2）に該当する方は、この研修を受講する必要はありません。

（1）平成18年度から令和5年度まで、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した代表者。

（2）次の①～④の研修を平成18年3月31日までに修了した代表者（みなし措置により、当該研修を修了したものとみなされます。）。

※平成18年4月1日以降、代表者の変更を行った場合、みなし措置が適用されませんので、この研修の受講が必要になります。

- ① 「認知症（痴呆性）高齢者グループホーム開設予定者研修」
- ② 「認知症介護実践者研修」「認知症介護実践リーダー研修」「認知症高齢者グループホーム管理者研修」
- ③ 「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」「痴呆介護実務者研修（専門課程）」
- ④ 「認知症（痴呆）介護指導者研修」

※各研修は、山形県以外の都道府県、指定都市又は日本グループホーム協会で実施されたものを含みます。

#### 4 研修の日程及び会場等

内 容	月日・時間
講義・演習	令和6年7月3日（水）～5日（金）

※今年度の研修はオンライン形式での実施を予定しております。  
オンラインでの受講環境については、各施設において御準備ください。

#### 5 定員

10名程度

#### 6 受講料

研修経費の一部を実費相当分として御負担願います。

20,100円（税込）

- ※ 受講料は、決定通知を送付した後、事業運営主体から口座名及び振込期限を指定する文書を送付しますので、期限まで納入してくださるようお願いいたします。
- ※ 振り込まれた受講料については、いかなる理由によるものでも返金しませんので、御了承願います。

#### 7 修了証の交付

全課程を修了した方に対し、修了証を後日郵送にて交付します。

#### 8 受講申込みの方法

(1) 提出物 受講申込書 ※全ての欄に記入してください（押印不要）。

(2) 申込先 事業所の所在する市町村の介護保険担当課

(3) 申込方法 郵送又は持参

(4) 申込期限 令和6年5月13日（月）まで

(5) 注意事項

- ① 申込書に記入漏れがある場合や、期限を過ぎた申込みは受け付けることができませんので、注意してください。
- ② 郵送又は持参の方法により申し込んでください。FAXでは受け付けることができません。
- ③ 申込書は、必ず事業所の所在する市町村に提出してください。県に直接申込書を提出いただいても、受け付けることはできません。
- ④ 一つの法人で山形県内に複数の事業所を有する場合、事業所の所在するいずれかの市町村に申込みを行ってください。  
(例) 1法人がA市、B町、C村に認知症対応型サービス事業所を有する場合は、A市、B町、C村いずれに申込みをしていただいてもかまいません。

## 9 受講の決定等について

- (1) 申込締切後、受講生を決定し、5月下旬を目途にお知らせします。
- (2) 本研修は定員を10名程度としております。受講希望者が定員を大幅に上回り、研修の運営が困難と判断された場合は以下の「選考基準」にしたがって選考を行うことがあります。
- (3) 受講決定者には、事業の委託先である山形県老人福祉施設協議会から、研修に関する案内を別途送付します。

選考基準	
※ 定員に達するまで、下記の手順で受講者を決定します。	
優先順位 1	市町村からの推薦を受けた新規開設予定事業者
優先順位 2	その他申込事業者 ※申込者が上限を超えていた場合は、介護従事年数が高い者を優先する。 ※介護従事年数も同一の場合は、年齢が高い者を優先する。

## 10 申込みに当たっての注意事項（熟読のうえ、申込みをお願いします）

- (1) 申込書に記入漏れがある場合や提出期限を過ぎたものは受付することができませんので、御注意ください。
- (2) 先着順ではありませんので、提出前に**申込書に記入漏れがないか**、提出先が正しいか等について再度確認をお願いします。  
特に、修了証書を交付する際に印字するため必要ですので、氏名及び生年月日は正確に記入してください。
- (3) F A Xによる申し込みは受け付けませんので、郵送又は持参により申し込んでください。
- (4) 受講決定後、万一参加できなくなった場合は、次点者を繰上げ決定することになりますので、速やかに連絡してください。（高齢者支援課長あてに辞退者名、辞退をしなければならない理由を記載した辞退届（任意様式）を、所属長から提出していただきます。）
- (5) 受講修了者には、修了証書を交付しますが、途中で欠講した場合は、当該研修のそれ以降の講義を受講しても無効になりますので、注意してください。
- (6) 受講申込の内容に虚偽があった場合又は受講に対し不正行為があった場合は、受講決定や修了を取り消すことがあります。
- (7) 研修期間中、受講生、講師及び指導者に迷惑をかける等、研修の妨げになる行為をした場合及び受講態度が不良と認められる場合は、修了を認めないことがあります。
- (8) 市町村の推薦を受けて申込みを行った場合、受講決定後の辞退は原則として認められませんので、真に必要な申込みかを市町村と相談の上、推薦を受けてください。

## 11 問合せ先

山形県健康福祉部高齢者支援課 地域包括ケア推進担当 井澤  
TEL 023-630-2197 / FAX 023-630-3321