

1 推薦人員

- (1) 県からの推薦者 2名（予定）
- (2) 介護保険施設・事業者の長からの推薦者
- ※ いずれも、認知症介護研究・研修大府センターの受講者選抜考査に合格した者を受講対象とする。

2 必要書類

- (1) 受講申込書（別紙様式1）
「認知症介護に関する研修の受講歴」欄には、認知症介護実践リーダー研修（旧専門課程を含む。）の受講歴が必ず記載すること。
- (2) 認知症介護指導者養成研修に係る推薦書（別紙様式2）
自費負担による受講希望又は県推薦者選考において県推薦とならなかった場合に自費負担による受講を希望する場合には、介護保険施設・事業者の長名により作成すること。
- (3) 認知症介護実践リーダー研修（旧専門課程を含む。）修了書の写し1部
- (4) 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（別紙様式3）
- (5) 同意書（県提出用）
※ 県推薦者については書類選考にて決定。
※ 市町村（広域連合）担当者においては、上記書類の取りまとめに加え、別紙「受講申込者一覧（県提出用）」を作成し、期日までに提出すること。

3 受講確定

受講者選抜考査後、考査結果を関係市町村等及び受講決定者の所属長宛て通知。

4 費用負担

- (1) 県からの推薦者（2名）
受講料230,000円については県が全額負担。
ただし、その他の費用については自費負担とする。
- (2) 介護保険施設・事業者の長からの推薦者
受講料及びその他の費用については自費負担とする。

5 提出期限

本県において、県からの推薦者2名を選定する必要があるため、県推薦者選考に参加希望の場合は、第1回、第2回及び第3回ともに、令和7年4月11日（金）（必着）を提出期限とする。

介護保険施設・事業者の長からの推薦者の場合は、第1回は令和7年4月11日（金）（必着）、第2回及び第3回は令和7年6月20日（金）（必着）を提出期限とする。

6 その他

- (1) この研修を受講した者は、今後、愛知県認知症介護研修の講師等として活動すること。
- (2) 県推薦者選考の結果、県推薦とならなかった場合でも自費負担による受講を希望する場合は、別紙「受講申込者一覧」の「県推薦とならなかった場合（受講料自費負担）の受講希望の有無」の欄に○を記入すること。
- (3) 当該研修については、地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）のうち、介護福祉士資格取得支援事業の対象となっており、研修を受講する際に代替職員を新たに雇用した場合の人件費について補助を受けられるため、介護施設等に研修受講者の募集に併せて周知すること。
【参考】令和6年度 愛知県地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）補助金交付要綱等について (<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/korei/0000087886.html>)
※ ホームページ記載内容は令和6年度のものであるため、あくまで参考とすること。該当箇所はホームページ中「介護福祉士資格取得支援事業費補助金」。当該補助事業に関する問合せ先は、愛知県福祉局高齢福祉課介護人材確保グループ（電話：052-954-6814）まで。
- (4) 県からの推薦者の募集及び地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）介護福祉士資格取得支援事業の案内は、令和7年度の予算の成立を前提としている。