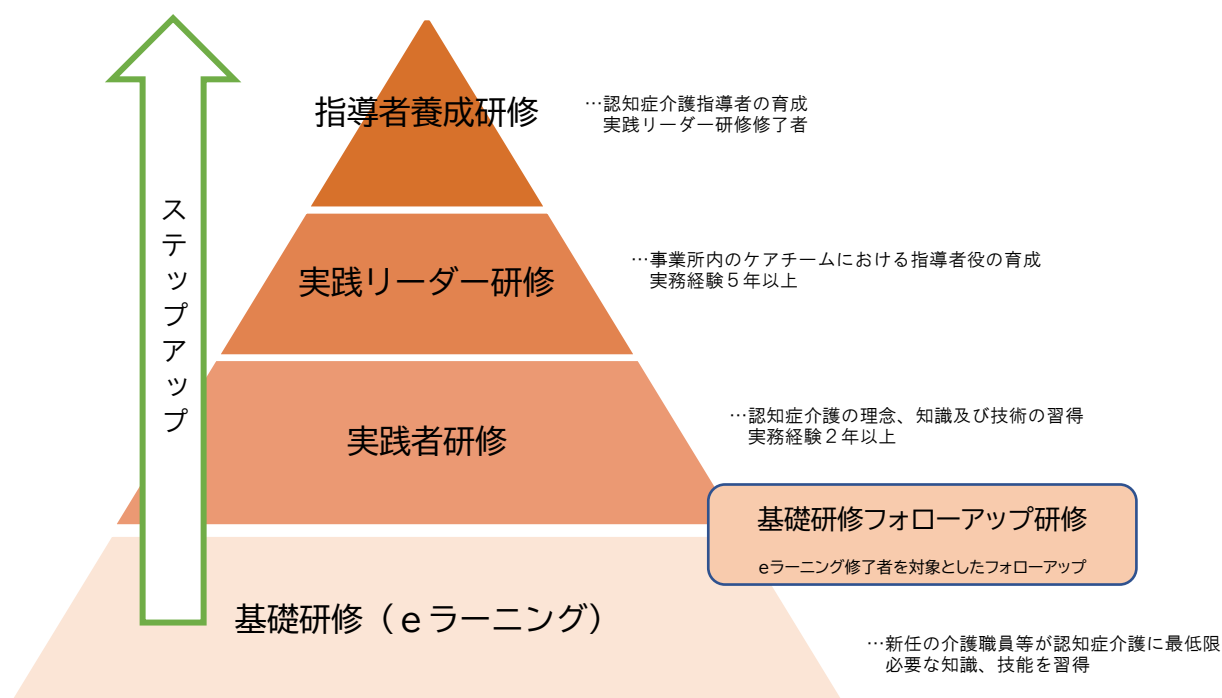


令和 4 年度 認知症介護実践者等養成研修

○地域密着型サービス事業所の指定・運営基準に関わる研修です。

○研修の体系



【問い合わせ先】

主催	長野県 担当課：健康福祉部介護支援課（電話：026-235-7129）
実施団体	一般社団法人長野県認知症介護指導者会 〒386-0022 上田市緑が丘 1-17-14 電話：0268-71-6755 FAX：0268-71-6756 研修情報掲載 URL https://nagano-careshidousha.net/

指定地域密着サービス事業所の指定・運営基準に関する研修について

地域密着型サービス種類	人員	実践者※5	実践リーダー※6	管理者※8	開設者※8	計画作成担当者※8
認知症対応型共同生活介護	短期生活共同介護費の算定要件における「十分な知識を有する従業者」※1	①	②			
	管理者※3※4	①		②		
	代表者※2				○※7	
	計画作成担当者	○				
小規模多機能型居宅介護	管理者※3	①		②		
	代表者※2				○※7	
	計画作成担当者	①				②
認知症対応型通所介護	管理者※3	①		②		
複合型サービス	管理者※3	①		②		
	代表者※2				○※7	
	計画作成担当者	①				②

サービス種類	本体事業所種類	人員	実践者	実践リーダー	管理者	開設者	計画作成担当者
サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所※9 (サテライト事業所)	小規模多機能型居宅介護	管理者※3	①		②		
		代表者※2				○※7	
		計画作成担当者	①				②
	複合型サービス	管理者※3	①		②		
		代表者※2				○※7	
		計画作成担当者	①				②

(1) 表中の研修名等は省略してあります。正式名称は以下のとおりです。

「実践者」・・・認知症介護実践者研修

「実践リーダー」・・・認知症介護実践リーダー研修

「管理者」・・・認知症対応型サービス事業管理者研修

「開設者」・・・認知症対応型サービス事業開設者研修

「計画作成担当者」・・・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

(2) 表中①の研修を修了後、②の研修を受講することができます。

※1 「短期利用共同生活介護費を算定すべき指定認知症対応型共同生活介護を行うに当たって、十分な知識を有する従業者」

(厚生労働大臣が定める施設基準(平成24年厚生労働大臣告示第97号)第34号ハ(5))

実践リーダー研修の他、認知症介護実務者研修「専門課程」若しくは認知症介護指導者養成研修を修了している者も該当する。

※2 免除対象者は以下のいずれかの研修修了者

認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、(旧)痴呆介護実務者研修(基礎課程)、(旧)痴呆介護実務者研修(専門課程)、認知症介護指導者養成研修、認知症高齢者グループホーム管理者研修、認知症高齢者グループホーム開設予定者研修

※3 ①及び②の免除対象者は、平成18年3月31日までに「認知症介護実践研修(実践者研修)」又は「(旧)痴呆介護実務者研修(基礎課程)」を修了している者であって、かつ、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設及び指定認知症対応型共同生活介護事業所等の管理者として従事している者

※4 ①及び②の免除対象者は、以下の研修修了者

「認知症高齢者グループホーム管理者研修」

※5 認知症介護実践者研修については、以下の研修修了者も修了とみなされます。

- ・旧・痴呆介護実務者研修「基礎課程」
- ・公益社団法人 日本認知症グループホーム協会実施の同名の研修
- ・公益社団法人 全国老人福祉施設協議会実施の同名の研修
- ・公益社団法人 長野県介護福祉士会実施「ファーストステップ研修」
- ・一般社団法人 愛知県介護福祉士会実施「ファーストステップ研修」

※6 認知症介護実践リーダー研修については、以下の研修修了者も修了とみなされます。

- ・(社)日本認知症グループホーム協会実施の同名の研修

※7

(1) 認知症対応型サービス事業開設者研修の1日目は、認知症介護実践者研修の1日目と合同で開催します。

(2) 認知症対応型サービス事業開設者研修の2日目は、認知症対応型サービス事業管理者研修の1日目と合同で開催します。

(3) 認知症対応型サービス事業開設者研修を受講する際は、同時に認知症介護実践者研修又は認知症対応型サービス事業管理者研修を受講することができないため、希望する場合は別の日程で受講していただくこととなります。

※8 以下の団体でカッコ書きの期間内に行われた各研修の修了者は、引き続き長野県の同名研修を修了したものとみなされます。

- (1) 認知症対応型サービス事業管理者研修
公益社団法人 日本認知症グループホーム協会 (平成19年度～平成24年度修了者に限る。)
- (2) 認知症対応型サービス事業開設者研修
公益社団法人 日本認知症グループホーム協会 (平成19年度～平成24年度修了者に限る。)
- (3) 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
特定非営利活動法人 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
(平成22年度～平成24年度修了者に限る。)

※9 サテライト事業所の人員基準の詳細については、下記の法令を参照しながら、介護保険者と確認をお願いします。

「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」(平成18年3月31日老計発第0331004号 老振発第0331004号 老老発第0331017号 厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長連名通知)

令和4年度 認知症介護実践者研修

1 目的

認知症高齢者がその有する能力に応じて自立した生活を営むことができるよう、認知症高齢者の介護に従事する者に対し、認知症の介護に関する理念、知識及び技術の修得を図り、もって認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図ることを目的とする。

2 受講対象者

介護保険施設、指定居宅介護サービス事業所又は指定地域密着型サービス事業所等に従事する介護職員等であって、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・技術を習得している者であり、概ね実務経験2年程度の者とする。

- ① 受講理由が地域密着型サービス事業所の指定条件に係る者
 - ・「認知症対応型共同生活介護事業所」の管理者・計画作成担当者
 - ・「認知症対応型通所介護事業所」の管理者
 - ・「小規模多機能型居宅介護支援事業所」の管理者・計画作成担当者
(「サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所」の管理者・計画作成担当者を含む。)
- ② 上記以外の者

※ ①は、概ね1年以内に上記役職に従事することが決定している者を対象としてください。
従事予定が未定の場合は、②の対象として申込みを行ってください。

※「認知症介護研修(1日コース)」又は「認知症介護基礎研修」を修了していることが望ましい。

＜認知症介護実践研修「実践者研修」修了とみなされる研修＞

- ・旧・痴呆介護実務者研修「基礎課程」
- ・(公社)全国老人福祉施設協議会実施の同名の研修
- ・(公社)日本認知症グループホーム協会実施の同名の研修
- ・(公社)長野県介護福祉士会実施の「ファーストステップ研修」
- ・(一社)愛知県介護福祉士会実施の「ファーストステップ研修」

3 申込方法

1) 2の①の者

必要書類：認知症介護実践者研修受講申込書(様式第1号) 2部

申込先等：保険者(市町村又は広域連合)へ2部とも提出

※申し込みを受けた保険者は、管理者等に従事する予定であり受講の必要性を認めた場合、提出された申込様式2部のうち1部に別紙推薦書(様式第10号)を1部作成、添付し、長野県認知症介護指導者会事務局へ郵送してください。

2) 2の②の者

必要書類：認知症介護実践者研修受講申込書(様式第2号) 1部

申込先等：長野県認知症介護指導者会へ郵送(FAX不可、申込期間最終日当日消印有効)

送付先 〒386-0022 上田市緑が丘1-17-14

一般社団法人長野県認知症介護指導者会 事務局

注意：1会場の受講申込みは1事業所あたり1人までとしてください。

但し、①の申込者であり、新規開設等で研修修了者がいないなどやむをえない事情のある場合は、保険者が必要と認める範囲で2人以上の申し込みができるものとします。

4 募集定員

各期60名程度（受講申込者数が定員を超えた場合は、調整させていただきます。）

5 修了証の交付及び受講の免除

同一会場において実施する研修を全て受講した場合、修了証を交付します。ただし、下記に該当する場合においては、別会場での受講をもって修了と認める場合があります。

- (1) 同じ年度内において実施する認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者は、本研修1日目の受講を免除することができます。
- (2) 講義及び演習を5日間修了し、自施設職場実習及び実習報告会を修了していない者については、同一年度内であれば、以後の実習報告会を受講することができます。

なお、実習報告等において提出書類の不備や内容の不足等があった場合には、当日に修了証書の交付ができない場合があります。

6 受講料

20,000 円 ※受講決定通知に同封される請求書に基づき、期限までに指定口座へ納入ください。

7 研修日程及び会場（予定）

	日 程（6日間）	会 場	申込期間
第1期	令和4年5月12日(木)・5月13日(金) 令和4年6月22日(水)～6月24日(金) 【実習報告会 令和4年7月29日(金)】	テクノプラザおかや(岡谷市) 明科公民館(安曇野市)	令和4年 4月13日(水) ～4月20日(水)
第2期	令和4年5月23日(月)・5月24日(火) 令和4年7月4日(月)～7月6日(水) 【実習報告会 令和3年8月12日(金)】	長野市勤労者女性会館しなのき	令和4年 4月18日(月) ～4月26日(火)
第3期	令和4年8月18日(木)・8月19日(金) 令和4年9月20日(火)～9月22日(木) 【実習報告会 令和4年10月26日(水)】	テクノプラザおかや 諏訪湖ハイツ(岡谷市)	令和4年 7月4日(月) ～7月12日(火)
第4期	令和4年9月29日(木)・9月30日(金) 令和4年11月9日(水)～11月11日(金) 【実習報告会 令和4年12月19日(月)】	麻績村地域交流センター	令和4年 8月22日(月) ～8月30日(火)
第5期	令和4年10月17日(月)～10月18日(火) 令和4年11月28日(月)～11月30日(金) 【実習報告会 令和5年1月6日(金)】	長野市勤労者女性会館しなのき	令和4年 9月5日(月) ～9月13日(火)
第6期	令和4年12月23日(金)～12月24日(土) 令和5年2月1日(水)～2月3日(金) 【実習報告会 令和5年3月9日(木)】	松本市勤労者福祉センター	令和4年 11月14日(月) ～11月22日(火)

8 受講にあたっての注意事項

- (1) 長期間の研修になりますので、全日程参加ができるよう、各事業所において、勤務シフトの調整等、受講者の研修参加への配慮をお願いします。
- (2) 受講決定後、欠席する場合は、必ず事前に連絡してください。
- (3) 受講が決定した時点で受講料の納入義務が発生するものとし、一旦納付された受講料は一切返還できません。次年度以降又は他の研修に充当することもできません。

10 個人情報の取り扱いについて

申込時に提出いただいた個人情報は、本研修運営の目的のみに使用し、それ以外の目的で利用、あるいは第三者に提供することはありません。

令和4年度 認知症介護実践者研修受講申込書

申込日 令和 年 月 日

市町村長 様
(広域連合長)

法人名 _____

令和4年度 認知症介護実践者研修について、下記のとおり申し込みます。

申込する期		第 期	
受講申込者	氏名	(フリガナ)	生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日
	※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。		
介護の実務経験 通算期間	年 月	現在職名	
所属 先 事業 所	種 別 (該当の項目に☑)	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 訪問介護事業所 ☐ 通所介護事業所 ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 認知症グループホーム ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 地域密着型通所介護 ☐ その他 ()	
	名 称		
	所 在 地	〒	
	通知送付先	☐ 所在地と同じ ☐ 所在地と異なる 送付先住所： 〒	
	連 絡 先	TEL	FAX
	研修担当者	氏名	TEL
	電子メール アドレス	※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください	
	オンライン型研修 受講環境の有無 ☐ 有 ☐ 無		
介護保険者の推薦を 必要とする理由 (該当の項目に☑)	地域密着型サービス事業所の種類	従事する職名等	就任等の年月日
	☐ 認知症対応型共同生活介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 複合型サービス	☐ 代表者 ☐ 管理者 ☐ 計画作成担当者	年 月 日 (予定 ・ 就任済)

*楷書で正確に記入してください。

令和4年度 認知症介護実践者研修受講申込書

申込日 令和 年 月 日

長野県認知症介護指導者会 代表理事 様

法人名

令和4年度 認知症介護実践者研修について、下記のとおり申し込みます。

申込する期		第 期	
受講申込者	氏名	(フリガナ)	生年月日
			昭和 年 月 日 平成
※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。			
介護の実務経験 通算期間	年 か月	現在職名	
所属 先 事業 所	種 別 (該当の項目に☑)	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 訪問介護事業所 ☐ 通所介護事業所 ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 認知症グループホーム ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 地域密着型通所介護 ☐ その他 ()	
	名 称		
	所 在 地	〒	
	通知送付先	☐ 所在地と同じ ☐ 所在地と異なる 送付先住所： 〒	
	連 絡 先	TEL	FAX
	研修担当者	氏名	TEL
	電子メール アドレス		
	※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください		
オンライン研修受講環境の有無 ☐ 有 ☐ 無 (☐ 今年度中に整備する予定がある)			

*楷書で正確に記入してください。

令和4年度 認知症介護実践リーダー研修

1 目的

実践者研修で得られた知識及び技術をさらに深め、施設・事業所においてケアチームを効果的かつ効率的に機能させる能力を有し、地域において認知症ケア向上及び普及の中核的役割を担うことができる者を養成することを目的とする。

2 受講対象者

介護保険施設、指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定介護予防サービス事業者又は指定地域密着型介護予防サービス事業者等に従事する介護職員等であって、旧・痴呆介護実務者研修『基礎課程』修了者又は認知症介護実践研修（実践者研修）※₁を修了後1年以上経過している者であり、介護現場における介護業務経験が5年以上である者とする。

① 指定認知症対応型共同生活介護事業者又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者が、短期利用共同生活介護費を算定する必要がある場合

② ①以外の者

※1 <認知症介護実践研修「実践者研修」修了とみなされる研修>

- ・旧・痴呆介護実務者研修「基礎課程」
- ・（公社）全国老人福祉施設協議会実施の同名の研修
- ・（公社）日本認知症グループホーム協会実施の同名の研修
- ・（公社）長野県介護福祉士会実施の「ファーストステップ研修」
- ・（一社）愛知県介護福祉士会実施の「ファーストステップ研修」

3 申込方法

1) 2の①の者

必要書類：認知症介護実践リーダー研修受講申込書（様式第3号） 2部

「旧痴呆介護実務者研修（基礎課程）」または「認知症介護実践者研修」の修了証書の写し 2部

申込先等：保険者（市町村又は広域連合）へ上記必要書類を全て提出

※申し込みを受けた保険者は、受講の必要性を認めた場合、提出された申込様式2部のうち

1部に別紙推薦書（様式第10号）を1部作成、添付し、長野県認知症介護指導者会事務局へ
郵送してください。

2) 2の②の者

必要書類（3種類）：認知症介護実践リーダー研修受講申込書（様式第4号） 1部

認知症介護実践リーダー研修推薦書（様式第5号） 1部

「旧痴呆介護実務者研修（基礎課程）」または「認知症介護実践者研修」の修了証書の写し 1部

申込先等：長野県認知症介護指導者会 事務局 へ郵送（FAX不可、申込期間最終日当日消印有効）

送付先 〒386-0022 上田市緑が丘1-17-14

一般社団法人長野県認知症介護指導者会 事務局

4 募集定員

40 名程度（申込者数が定員を超えた場合は、調整させていただきます。）

5 修了証の交付及び受講の免除

研修及び実習による全ての課程を修了した場合、修了証を交付します。ただし、実習報告等において書類の不備や内容の不足等があった場合は、当日に修了証書の交付ができない場合があります。

6 受講料

30,000 円 ※受講決定通知に同封される請求書に基づき、期限までに指定口座へ納入ください。

7 研修日程及び会場

日 程（8日間）	会 場	申込期間
令和4年6月14日(火) 6月28日(火) 7月7日(木) 7月12日(火) 7月13日(水) 9月8日(木) 9月16日(金) 【実習報告会 令和4年10月24日(月)】	オンライン（Zoom） 7日目（9月16日）のみ集合 会場：諏訪湖ハイツ(岡谷市)	令和4年 4月18日(月) ～4月26日(火)

8 カリキュラム

日 程	研 修 内 容
1 日目 (9:30～17:00)	認知症介護実践リーダー研修の理解 認知症の専門的理解 認知症ケアに関する施策の動向と地域展開
2 日目 (9:00～17:00)	認知症介護実践リーダーの役割 チームにおけるケア理念の構築方法
3 日目 (9:00～17:00)	実践者へのストレスマネジメントの理論と方法 チームケアのためのケースカンファレンスの技法と実践 認知症ケアにおけるチームアプローチの基本と実践
4 日目 (9:00～17:00)	職場内教育（OJT）の方法の理解と実践Ⅰ（運用法） 職場内教育（OJT）の方法の理解と実践Ⅱ（技法）
5 日目 (9:00～17:00)	認知症ケアの指導の基本的視点 認知症ケアに関する倫理の指導 認知症の人への介護技術指導（食事・入浴・排泄等）
6 日目 (9:00～17:00)	認知症の人の行動・心理症状（BPSD）への介護技術指導 認知症の人の権利擁護の指導 認知症の人の家族支援方法の指導
7 日目 (9:00～17:00)	認知症の人へのアセスメントとケアの実践に関する指導 職場実習の課題設定
自施設実習	自職場における実習（4週間）
8 日目 (9:00～17:00)	実習報告会

- ①研修講師は、認知症介護指導者を予定しています。
- ②カリキュラムは変更する場合がありますので、予めご了承ください。

9 事前学習について

本研修は、認知症介護実践者研修の内容を理解したことを前提として実施します。従って、研修受講前に実践者研修の復習を行っておいてください。

講義は「認知症介護実践リーダー研修標準テキスト」株式会社ワールドプランニング¥4,620(込)、職場実習は「認知症介護実践研修テキスト実践リーダー編」中央法規出版¥3,300(込) 5月発行予定をもとに展開されますので、事前学習を行ってから受講してください。

なお、当該書籍購入については受講者にて行ってください。購入の際、書店店頭では取り寄せとなり時間を要することがありますので予めご了承ください。

また、何を学び、それをどう実践者として、またリーダーとして活かしていきたいか、という受講目的を明確にしておくことが非常に重要です。

10 受講にあたっての注意事項

- (1) 長期間の研修になりますので、全日程参加ができるよう、各事業所において、勤務シフトの調整等、受講者の研修参加への配慮をお願いします。
- (2) 受講決定後、欠席する場合は、必ず事前に連絡してください。
- (3) 受講が決定した時点で受講料の納入義務が発生するものとし、一旦納付された受講料は一切返還できません。次年度以降又は他の研修に充当することもできません。
- (4) 研修の受講に際しては、原則として遅刻・早退は認められません。また、講義の進行状況によっては終了予定時間を超える場合もありますので、日程等について余裕をもって受講してください。
- (5) オンラインで講義を受講する際は、受講者一人につき1台の端末等をご準備ください。事務局では機器の貸し出し等は致しかねますのでご了承ください。

11 個人情報の取り扱いについて

申込時に提出いただいた個人情報は、本研修運営の目的のみに使用し、それ以外の目的で利用、あるいは第三者に提供することはありません。

令和4年度 認知症介護実践リーダー研修受講申込書

申込日 令和 年 月 日

市町村長 様
(広域連合長)

法人名 _____

令和4年度認知症介護実践リーダー研修について、認知症対応型共同生活介護事業所における短期利用共同生活介護費算定に必要なため、下記のとおり申し込みます。

受講申込者	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成	年	月	日
		※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。					
介護の実務経験 通算期間	年	か月	現在職名				
実践者研修 修了日(注1)	年 月 日 修了 ※修了証の写しを添付のこと						
所属 先 事業 所	名 称						
	所 在 地	〒					
	通知送付先	☐ 所在地と同じ ☐ 所在地と異なる 送付先住所： 〒					
	連 絡 先	TEL			FAX		
	研修担当者	氏名			TEL		
	電子メール アドレス	※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください					
	オンライン型研修 受講環境の有無 ☐ 有 ☐ 無						

※楷書で正確に記入してください。

(注1)「旧・痴呆介護実務者研修基礎課程」を含む

令和4年度 認知症介護実践リーダー研修受講申込書

申込日 令和 年 月 日

長野県認知症介護指導者会 代表理事 様

法人名 _____

令和4年度認知症介護実践リーダー研修について、下記のとおり申し込みます。

受講申込者	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成	年	月	日
		※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。					
介護の実務経験 通算期間	年 か月		現在職名				
実践者研修 修了日(注1)	年 月 日 修了 ※修了証の写しを添付のこと						
所属 先 事業 所	種 別 (該当の項目に☑)	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 訪問介護事業所 ☐ 通所介護事業所 ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 認知症グループホーム ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 地域密着型通所介護 ☐ その他 ()					
	名 称						
	所 在 地	〒					
	通知送付先	☐ 所在地と同じ ☐ 所在地と異なる 送付先住所： 〒					
	連 絡 先	TEL			FAX		
	研修担当者	氏名			TEL		
	電子メール アドレス	※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください					
	オンライン型研修 受講環境の有無 ☐ 有 ☐ 無						

※楷書で正確に記入してください。

(注1)「旧・痴呆介護実務者研修基礎課程」を含む

令和4年度 認知症介護実践リーダー研修推薦書

令和 年 月 日

長野県認知症介護指導者会 代表理事 様

法人名

代表者 職・氏名

令和4年度認知症介護実践リーダー研修の受講について、下記のとおり推薦します。

記

受講申込者氏名	
受講推薦の理由	

*1名につき1枚作成してください。

認知症対応型サービス事業開設者研修

1 目 的

指定小規模多機能型居宅介護事業者、指定認知症対応型共同生活介護事業者、指定看護小規模多機能型居宅介護事業者、指定看護予防小規模多機能型居宅介護事業者又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者（以下「認知症対応型サービス事業者」という。）の代表者が、当該事業所を運営していく上で必要な知識を身につけることを目的とする。

2 受講対象者

認知症対応型サービス事業者の代表者であって、当該事業者のある所在地の介護保険者が適当と認めた者とする。

3 募集定員

各期 8 名程度（受講申込者数が定員を超えた場合は、調整させていただきます。）

4 申込方法

(1) 必要書類：「認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書（様式第 6 号）」 2 部

申込先等：保険者（市町村又は広域連合）へ 2 部とも提出。

※申し込みを受けた保険者は、受講の必要性を認めた場合、提出された申込様式 2 部のうち 1 部に、別紙推薦書（様式第 10 号）を 1 部作成・添付し、長野県認知症介護指導者会事務局へ郵送してください。他 1 部は介護保険者の控えとしてください。

(2) 受講申込みは、1 事業所あたり 1 人のみとしてください。

5 受講料

8,000 円 ※受講決定通知に同封される請求書に基づき、期限までに指定口座へ納入ください。

6 修了証書

研修における全ての内容を修了した者には、修了証書を交付します。

7 留意事項

- (1) 受講決定後、欠席する場合は、必ず事前に連絡してください。
- (2) 受講が決定した時点で受講料の納入義務が発生するものとし、一旦納付された受講料は一切返還できません。次年度以降又は他の研修に充当することもできません。
- (3) 研修の受講に際しては、原則として遅刻・早退は認められません。また、講義の進行状況によっては終了予定時間を超える場合もありますので、日程等について余裕をもって受講してください。
- (4) 長野県以外の都道府県の事業所からの申込みについては、必ず事業所の所在する市町村（保険者）に確認のうえ、お申込みください。
- (5) 受講申込は、必ず事業所所在地の介護保険者（市町村長・広域連合長）を通じて行ってください。
- (6) 申込時に提出いただいた個人情報、本研修運営の目的のみに使用し、それ以外の目的で利用、あるいは第三者に提供することはありません。

8 研修日程・会場・申込期間

	日 程	会 場	申込期間
第 1 期	【1 日目】 令和 4 年 8 月 18 日(木)	テクノプラザおかや	令和 4 年 7 月 4 日(月) ～ 7 月 12 日(火)
	【2 日目】 令和 4 年 8 月 25 日(木)	諏訪湖ハイツ(岡谷市)	
第 2 期	【1 日目】 令和 4 年 12 月 23 日(金)	松本市勤労者福祉センター	令和 4 年 11 月 14 日(月) ～ 11 月 22 日(火)
	【2 日目】 令和 5 年 1 月 18 日(水)	千曲市総合観光会館	

9 カリキュラム

日 程	研 修 内 容
1 日目 (9:30～17:00)	認知症高齢者の基本的理解、認知症高齢者ケアのあり方、 家族の理解・高齢者との関係の理解
2 日目 (9:00～16:30)	地域密着型サービスの取り組み

※ 1 日目は、「令和 4 年度認知症介護実践者研修」と合同で開催します。

※ 2 日目は、「令和 4 年度認知症対応型サービス事業管理者研修」と合同開催します。

※ カリキュラムは変更する場合がありますので、予めご了承ください。

※ 上記の研修終了後、現場体験 1 日間（8 時間）の実施及びレポートの提出を課します。

○ レポート作成は、講義及び現場体験を踏まえ、指定の事項について記載したものを、講義 2 日間を終了後 1 ヶ月以内に提出するものとします。修了証書の発行はレポート確認後となります。

詳細は研修において説明します。

令和 4 年度 認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

申込日 令和 年 月 日

市町村長 様
(広域連合長)

法人名

令和 4 年度認知症対応型サービス事業開設者研修について、下記のとおり申し込みます。

申込する期		第 期	
受講申込者	氏名	(フリガナ)	生年月日
			昭和 年 月 日 平成
	※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。		
介護の実務経験 通算期間	年 か月	現在職名	
所属 先事業所	種 別 (該当の項目に☑)	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 訪問介護事業所 ☐ 通所介護事業所 ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 認知症グループホーム ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 地域密着型通所介護 ☐ その他 ()	
	名 称		
	所 在 地	〒	
	通知送付先	☐ 所在地と同じ ☐ 所在地と異なる 送付先住所： 〒	
	連 絡 先	TEL	FAX
	研修担当者	氏名	TEL
	電子メール アドレス	※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください	
	オンライン型研修 受講環境の有無 ☐ 有 ☐ 無		
介護保険者の推薦を 必要とする理由 (該当の項目に☑)	地域密着型サービス事業所の種類 ☐ 認知症対応型共同生活介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 複合型サービス	受講の理由 ☐ 新規開設のため ☐ 異動で就任するため ☐ 未修了で就任したため	就任等の年月日 年 月 日 (予定 ・ 就任済)

※楷書で正確に記入してください。

認知症対応型サービス事業管理者研修(5月25日訂正)

1 目 的

研修対象者が、当該事業所を管理、運営していく上で必要な知識及び技術を身につけることを目的とする。

2 受講対象者

指定認知症対応型通所介護事業所（単独型・併設型／共用型）、
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、
指定介護予防認知症対応型通所介護事業所（単独型・併設型／共用型）、
指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、
指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

の管理者として従事することが予定されている者であって、旧痴呆介護実務者研修（基礎課程）又は認知症介護実践研修（実践者研修）を修了し、保険者が適当と認めた者とする。

3 募集定員

各期 50 名程度（受講申込者数が定員を超えた場合は、調整させていただきます。）

4 申込方法

- (1) 必要書類：認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書（様式 7 号） 2 部
「旧痴呆介護実務者研修(基礎課程)」または「認知症介護実践者研修」の修了証書の写し（修了見込の者は、受講中の認知症介護実践者研修の受講決定通知の 1 枚目の写し） 2 部

申込先等：保険者（市町村又は広域連合）へ上記必要書類を全て提出。

※申し込みを受けた保険者は、受講の必要性を認めた場合、提出された申込様式各 2 部のうちの各 1 部に別紙推薦書（様式第 10 号）を 1 部作成、添付し、長野県認知症介護指導者会事務局へ郵送してください。

- (2) 受講申込みは 1 事業所あたり 1 人のみとしてください。ただし、新規開設等で研修修了者がいない等のやむをえない事情のある場合は、介護保険者が必要と認める範囲で 2 人以上の申し込みができます。

5 受講料

4,500 円 ※受講決定通知に同封される請求書に基づき、期限までに指定口座へ納入ください。

6 修了証書

研修における全ての内容を修了した者には、修了証書を交付します。

7 留意事項

- (1) 受講決定後、欠席する場合は、必ず事前に連絡してください。
(2) 受講が決定した時点で受講料の納入義務が発生するものとし、一旦納付された受講料は一切返還できません。次年度以降又は他の研修に充当することもできません。
(3) 研修の受講に際しては、原則として遅刻・早退は認められません。また、講義の進行状況によっては終了予定時間を超える場合もありますので、日程等について余裕をもって受講してください。

- (4) 長野県以外の都道府県の事業所からの申込みについては、必ず事業所の所在する市町村（保険者）に確認のうえ、お申込みください。
- (5) 認知症介護実践者研修等の修了要件について「修了見込」で申し込まれた場合、実践者研修終了後、すみやかに修了証書の写しをご提出ください。研修1日目の前日までに修了していない場合には受講ができませんので、今年度の「認知症介護実践者研修」を受講する方は、研修期間を確認の上、受講してください。
- (6) 受講申込は、必ず事業所所在地の介護保険者（市町村長・広域連合長）を通じて行ってください。
- (7) 申込時に提出いただいた個人情報は、本研修運営の目的のみに使用し、それ以外の目的で利用、あるいは第三者に提供することはありません。

8 研修日程・会場・申込期間

	日程	会場	申込期間
第1期	【1日目】 令和4年8月25日(木)	諏訪湖ハイツ(岡谷市)	令和4年 7月4日(月) ～7月12日(火)
	【2日目】 令和4年8月26日(金)		
第2期	【1日目】 令和5年1月18日(水)	千曲市総合観光会館(千曲市)	令和4年 11月21日(月) ～11月30日(水)
	【2日目】 令和5年1月19日(木)		

9 カリキュラム

日 程	研 修 内 容
1 日目 (9:30～16:40)	地域密着型サービス基準 地域密着型サービスの取り組み 介護従事者に対する労務管理
2 日目 (9:30～17:00)	適切なサービス提供のあり方 (家族・地域との連携、サービスの質の向上・管理者の役割 リスクマネジメント及び評価と情報の公開)

※1日目は、「令和4年度認知症対応型サービス事業開設者研修」と合同開催にて実施します。

※上記の研修終了後、レポートの提出を課します（取り組み期間4週間程度）。修了証書の発行はレポート確認後となりますので、予めご了承ください。

※カリキュラムは変更する場合があります。

令和4年度 認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

申込日 令和 年 月 日

市町村（広域連合）長 様

法人名

令和4年度認知症対応型サービス事業管理者研修について、下記のとおり申し込みます。

申込する期	第 期				
受講申込者	氏 名	(フリガナ)		生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成
	※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。				
介護の実務経験 通算期間	年 か月	現在職名			
実践者研修 修了日 (注1)	年 月 日	修了・修了見込		※修了証の写しを添付のこと (注2)	
所 属 先 事 業 所	種 別 (該当の項目に☑)	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 訪問介護事業所 ☐ 通所介護事業所 ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 認知症グループホーム ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 地域密着型通所介護 ☐ その他 ()			
	名 称				
	所 在 地	〒			
	通知送付先	☐ 所在地と同じ ☐ 所在地と異なる 送付先住所： 〒			
	連 絡 先	TEL		FAX	
	研修担当者	氏名		TEL	
	電子メール アドレス	※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください			
	オンライン型研修 受講環境の有無 ☐ 有 ☐ 無				
介護保険者の推薦を 必要とする理由 (該当の項目に☑)	地域密着型サービス事業所の種類 ☐ 認知症対応型共同生活介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 複合型サービス	受講の理由 ☐ 新規開設のため ☐ 異動で就任するため ☐ 未修了で就任したため		就任等の年月日 年 月 日 (予定 ・ 就任済)	

※楷書で正確に記入してください。

(注1) 「旧・痴呆介護実務者研修基礎課程」を含む

(注2) 実践者研修修了見込の場合は、実践者研修の受講決定通知1枚目(受講番号と受講期間が分かるもの)を添付

小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修(5月25日訂正)

1 目 的

指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者となる者が、指定居宅サービス若しくは指定介護予防サービス等の利用に係る計画又は小規模多機能型居宅介護計画、看護小規模多機能型居宅介護計画若しくは介護予防小規模多機能型居宅介護計画を適切に作成する上で必要な知識・技術を身につけることを目的とする。

2 受講対象者

①指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者又は計画作成担当者になることが予定されている者であって、旧痴呆介護実務者研修（基礎課程）又は認知症介護実践研修（実践者研修）を修了し、保険者が適当と認めた者とする。

② ①以外の地域密着型サービス担当の市町村職員（1日目のみの聴講）※修了証書の発行はしません。

3 募集定員

各期 20 名程度（受講申込者数が定員を超えた場合は、調整させていただきます。）

4 申込方法

（1）2の①の者

必要書類：小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講申込書（様式8号） 2部
旧痴呆介護実務者研修(基礎課程)」または「認知症介護実践者研修」の修了証書の写し（修了見込の者は、受講中の認知症介護実践者研修の受講決定通知の1枚目の写し） 2部
介護支援専門員の資格証の写し 2部

申込先等：保険者（市町村又は広域連合）へ上記必要書類を全て提出。

※申し込みを受けた保険者は、受講の必要性を認めた場合、提出された申込書類各2部のうちの各1部に別紙推薦書（様式第10号）を1部作成、添付し、長野県認知症介護指導者会事務局へ郵送してください。

（2）2の②の者

長野県認知症介護指導者会 事務局（0268-71-6755）にお問い合わせください。

5 受講料

5,000 円 ※受講決定通知に同封される請求書に基づき、期限までに指定口座へ納入ください。

6 修了証書

研修における全ての内容を修了した者には、修了証書を授与します。

7 その他

- (1) 受講決定後、欠席する場合は、必ず事前に連絡してください。
- (2) 受講が決定した時点で受講料の納入義務が発生するものとし、一旦納付された受講料は一切返還できません。次年度以降又は他の研修に充当することもできません。
- (3) 研修の受講に際しては、原則として遅刻・早退は認められません。また、講義の進行状況によっては終了予定時間を超える場合もありますので、日程等について余裕をもって受講してください。
- (4) 長野県以外の都道府県の事業所からの申込みについては、必ず事業所の所在する市町村（保険者）に確認のうえ、お申込みください。
- (5) 認知症介護実践者研修等の修了要件について「修了見込」で申し込まれた場合、実践者研修修了後、すみやかに修了証書の写しをご提出ください。研修1日目の前日までに修了していない場合には受講が出来ませんので、今年度の「認知症介護実践者研修」を受講する方は、研修期間を確認の上、受講してください。
- (6) 受講申込は、必ず事業所所在地の介護保険者（市町村長・広域連合長）を通じて行ってください。
- (7) 申込時に提出いただいた個人情報、本研修運営の目的のみに使用し、それ以外の目的で利用、あるいは第三者に提供することはありません。

8 研修日程・会場・申込期間

	日程	会場	申込期間
第1期	【1日目】 令和4年9月7日(水)	J A長野県ビル(長野市)	令和4年 7月4日(月) ～7月12日(火)
	【2日目】 令和4年9月8日(木)		
第2期	【1日目】 令和5年2月9日(木)	諏訪湖ハイツ(岡谷市)	令和4年 12月5日(月) ～12月13日(火)
	【2日目】 令和5年2月10日(金)		

カリキュラム

日 程	研 修 内 容
1 日 目 (9:30～16:40)	総論・小規模多機能ケアの視点、地域生活支援、 チームケア、ケアマネジメント論
2 日 目 (9:30～16:40)	居宅介護支援計画作成の実際

- ※ 2日間の研修終了後、研修内容に沿った取り組みを課します。(取り組み期間4週間程度)。
修了証書の発行は課題の報告書確認後となりますので、予めご了承ください。
- ※ カリキュラムは変更する場合があります。

令和4年度 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講申込書

申込日 令和 年 月 日

市町村長 様
(広域連合長)

法人名 _____

令和4年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修について、下記のとおり申し込みます。

申込する期	第 期		
受講申込者	氏名	(フリガナ)	生年月日
			昭和 年 月 日 平成 年 月 日
※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。			
介護の実務経験 通算期間	年 か月	現在職名	
介護支援専門員証 の番号(注1)		介護支援専門員証 の有効期限	年 月 日
実践者研修 修了日(注2)	年 月 日 修了・修了見込 ※修了証の写しを添付のこと(注3)		
所属 先事業所	名 称		
	所 在 地	〒	
	通知送付先	☐ 所在地と同じ ☐ 所在地と異なる 送付先住所： 〒	
	連 絡 先	TEL	FAX
	研修担当者	氏名	TEL
	電子メール アドレス	※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください	
	オンライン型研修 受講環境の有無 ☐ 有 ☐ 無		
介護保険者の推薦を 必要とする理由 (該当の項目に☑)	地域密着型サービス事業所の種類 ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 複合型サービス	受講の理由 ☐ 新規開設のため ☐ 異動で就任するため ☐ 未修了で就任したため	就任等の年月日 年 月 日 (予定 ・ 就任済)

* 楷書で正確に記入してください。

(注1) 介護支援専門員証の写しを添付

(注2) 「旧・痴呆介護実務者研修基礎課程」を含む

(注3) 実践者研修修了見込の場合は、実践者研修の受講決定通知1枚目(受講番号と受講期間が分かるもの)を添付

(保険者用)

(様式第 10 号)

令和 年 月 日

長野県認知症介護指導者会 代表者 様

市 町 村 長
(広域連合長)

推 薦 書

研修の受講について下記の者を推薦しますので、特段の配慮をお願いします。

記

研修名			
研修回	第 期	研修会場	
推 薦 する者	受講者氏名		
	事業所名	住所： 〒	
	経験年数		
	既に受講 した研修	研修名	研修年度
			(年度) (年度)
実践者 開設者 管理者 計画作成担当者	従事する予定の事業所指定に係る職名		
	☐ 代表者 ☐ 管理者 ☐ 計画作成担当者 ☐ その他 ()		
	その職に就任する年月 年 月 日 (予定 ・ 就任済)		
リーダー研修	短期利用の指定を受ける予定 年 月 日		

* 事業者が提出した申込書及び必要書類 (各 1 部) を添付してください。