

認知症対応型サービス事業管理者研修

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。

※申込期間中に認知症介護実践者研修を受講中であり、管理者研修の実施日までに実習報告会を終える予定の者は、「修了見込」として申し込むことが可能です。

3 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6年8月28日(水)	諏訪湖ハイツ(岡谷市)	令和6年 7月8日(月) ～7月16日(火)
	【2日目】 令和6年8月29日(木)		
第2期	【1日目】 令和7年1月30日(木)	千曲市総合観光会館(千曲市)	令和6年 12月2日(月) ～12月10日(火)
	【2日目】 令和7年1月31日(金)		

4 受講申込について

1) 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。）

2) 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またはメール添付にて提出してください。

(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 カリキュラム

日程	研修内容
1日目 (9:00~17:00)	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 (9:00~17:00)	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6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。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。

7 修了証書の交付

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。

8 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、受講を辞退する場合も受講者側の事由による場合は納入いただきます。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等（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。