

令和2年度

群馬県認知症介護研修の手引  
《受講者版》

群馬県健康福祉部

介護高齢課

# 群馬県認知症介護研修について

群馬県では、認知症の方を取り巻く様々な課題を踏まえ、国の要綱、カリキュラムに基づき、各施設・事業所が質の高い介護サービスを提供できるよう「尊厳あるケアを実践できる人材の育成」を目指しています。

令和2年度は、下記の研修を実施しますので、多くの介護従事者の皆様の受講をお待ちしています。

## 群馬県認知症介護研修の手引 目次

令和2年度群馬県認知症介護研修実施スケジュール	2
研修受講の注意	3
令和2年度実施研修の日程・内容	
認知症介護基礎研修	4
認知症介護実践者研修	7
認知症介護実践リーダー研修	12
認知症対応型サービス事業開設者研修	18
認知症対応型サービス事業管理者研修	22
小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修	26

## 令和2年度群馬県認知症介護研修実施スケジュール

研修名	回数	日程
認知症介護 基礎研修	第1回	講義： 6/24 (水) 会場：北橋公民館 (予定)
	第2回	講義： 8/ 5 (水) 会場：東毛産業技術センター (予定)
	第3回	講義： 9/ 9 (水)
	第4回	講義：10/29 (木) 会場：高崎商工会議所 (予定)
	第5回	講義：12/16 (水)
	第6回	講義： 1/27 (水)
認知症介護 実践者研修	第1回	講義：6/2 (火)・3 (水)・8 (月)・9 (火)・16 (火)・17 (水) 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：7/21 (火)
	第2回	講義：6/29 (月)・30 (火)・7/2 (木)・6 (月)・7 (火)・10 (金) 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：8/18 (火)
	第3回	講義：7/28 (火)・30 (木)・8/3 (月)・4 (火)・7 (金)・12 (水) 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：9/24 (木)
	第4回	講義：11/6 (金)・9 (月)・12 (木)・13 (金)・18 (水)・19 (木) 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：12/22 (火)
	第5回	講義：11/30 (月)・12/1 (火)・4 (金)・10 (木)・11 (金)・14 (月) 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：1/26 (火)
	第6回	講義：1/7 (木)・8 (金)・13 (水)・14 (木)・19 (火)・20 (水) 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：2/24 (水)
認知症介護 実践リーダー研修		講義：8/20 (木)・21 (金)・26 (水)・27 (木)・9/1 (火)・4 (金)・7 (月) 9/15 (火)・17 (木) 自施設実習：18日間 自施設実習中間報告会：9/30 (水) 自施設実習結果報告会：10/16 (金)
認知症対応型サービス 事業開設者研修		講義：10/2 (金)・11/24 (火) 職場体験：10/15 (木)～11/13 (金)の指定する1日
認知症対応型サービス 事業管理者研修	第1回	講義：10/6 (火)・7 (水)
	第2回	講義： 2/2 (火)・3 (水)
小規模多機能型 サービス等 計画作成担当者研修		講義：9/29 (火)・10/13 (火) 事業所実習(4時間)：10/7 (水)・8 (木)の指定する1日
認知症介護 フォローアップ研修	未定	会場：前橋市内 (予定)

※会場記載のない研修は、群馬県社会福祉事業団特別養護老人ホーム明風園  
研修室が会場となります。

## 研修受講の注意

- 研修ごとに申込方法・申込期日が異なりますので、よく確認した上で申し込みをしてください。
- 研修ごとに受講要件が異なりますので、次ページ以降の各研修の日程・内容をよく確認してください。
- 認知症介護基礎研修を除き、各研修は、個人での申し込みはできません。施設・事業所から申し込みをするようにしてください。認知症介護フォローアップ研修に関しては、後日公表いたします。
- 市町村を通して申し込む研修に関しては、市町村長の推薦書が必要になるため、申し込み完了までに時間がかかります。決められた期間内に所管の市町村に申し込むようにしてください。
- 申し込み完了後、研修開催日2週間前までには、受講可(否)決定通知を施設・事業所長様宛に送付します。所管の市町村経由での申込に関しては、市町村を通して送付します。決定通知の中には、研修に関する注意事項が書かれた書類や、事前課題等が入っていますので、よく読んで準備をしてきてください。
- 申し込みをされた後の受講者の変更は認めません。受講辞退、受講希望回の変更も含め、所定の手続きを行っていただく必要があります。また、受講可(否)決定通知が届いてからの受講辞退は、専用の書式にて手続きをとっていただきます(決定通知送付前と手続き方法が異なります)。
- 各研修の日程を確認し、勤務に支障が生じないよう調整してください。
- 本年度より、敷地内禁煙となりました。
- 各研修とも全日程を修了した方に、修了証書を交付します(認知症介護フォローアップ研修は除く)。欠席・遅刻・早退が生じないよう充分にご注意ください。

# 令和2年度実施研修の日程・内容

## 1. 認知症介護基礎研修

～基礎的な認知症介護の知識と技術を学びます～

### ねらい

認知症介護の基礎的知識・技術とそれを実践する際の考え方を身につけます

### 概要

平成28年度から、国の実施要綱に基づき、「認知症介護基礎研修」が創設されました。これを受け、群馬県でも、全国で統一された標準カリキュラムに基づき本研修を実施します。そのため、平成27年度まで実施していた「認知症介護基礎研修」とはカリキュラム、実施日数、受講要件、申込み方法等が異なります。

### ● 日程

	研修日程・会場	申込期間（必着）
第1回	6月24日（水） 会場：北橋公民館講堂301（予定）	5月8日（金）～ 5月22日（金）
第2回	8月5日（水） 会場：東毛産業技術センター（予定）	6月22日（月）～ 7月6日（月）
第3回	9月9日（水） 会場：特別養護老人ホーム明風園第1研修室	7月28日（火）～ 8月11日（火）
第4回	10月29日（木） 会場：高崎商工会議所（予定）	9月16日（水）～ 9月30日（水）
第5回	12月16日（水） 会場：特別養護老人ホーム明風園第1研修室	11月10日（火）～ 11月24日（火）
第6回	令和3年1月27日（水） 会場：特別養護老人ホーム明風園第1研修室	12月10日（木）～ 12月24日（木）

※開催回によって会場が異なります。決定通知の中に、詳細を同封いたします。

### ● 研修時間

講義・演習：6時間10分（1日間）

● カリキュラム（予定）

科目名	講義形式	時間
1. 認知症の人の理解と対応の基本 ○認知症の人を取り巻く現状 ○認知症の人を理解するために必要な基礎的知識 ○具体的なケアを提供する時の判断基準となる考え方 ○認知症ケアの基礎的技術に関する知識	講義 ・ 演習	190分
2. 認知症ケアの実践上の留意点 ○認知症の人との基本的なコミュニケーションの方法 ○不適切なケアの理解と回避方法 ○病態・症状等を理解したケアの選択 ○行動・心理症状（BPSD）を理解したケアの選択と工夫 ○自事業所の状況や自身のこれまでのケアの振り返り	講義 ・ 演習	180分

● 対象者

介護保険施設・事業所等の介護従事者

● 定員

各回50名（受講申込数が定員を超えた場合は調整させていただきます）

● 申込方法

群馬県社会福祉事業団研修指導センターのホームページから所定の申込書（様式1）をダウンロードして、申込書に必要事項を記入し、郵送にて（FAX不可）群馬県社会福祉事業団研修指導センターへ申し込みをしてください。

※封筒の左下に「申込書在中」と記入してください。

● 申込先

〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町 1-26  
 群馬県社会福祉事業団 研修指導センター  
 第〇回基礎研修 担当者 宛

● 問い合わせ先

群馬県社会福祉事業団 研修指導センター  
 TEL：027-269-7780

● 受講料 3,000円

● その他

本研修は、群馬県が群馬県社会福祉事業団へ業務委託しています。



## 2. 認知症介護実践者研修

～実践的な認知症介護の知識と技術を学びます～

ねらい

施設・在宅に関わらず認知症の原因疾患や容態に応じ、本人やその家族の生活の質の向上を図る対応や技術を修得します

概要

● 日 程

	研修日程	申込①→市町村 申込②→研修指導センター 申込期間（必着）
第1回	講義：6月2・3・8・9・16・17日 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：7月21日	4月8日（水）～ 4月17日（金）
第2回 （※1）	講義：6月29・30・7月2・6・7・10日 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：8月18日	5月7日（木）～ 5月15日（金）
第3回 （※2）	講義：7月28・30・8月3・4・7・12日 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：9月24日	6月1日（月）～ 6月10日（水）
第4回	講義：11月6・9・12・13・18・19日 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：12月22日	9月2日（水）～ 9月11日（金）
第5回 （※3）	講義：11月30・12月1・4・10・11・ 12月14日 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：令和3年1月26日	10月6日（火）～ 10月15日（木）
第6回	講義：令和3年1月7・8・13・14・19・ 1月20日 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：2月24日	11月2日（月）～ 11月12日（木）

※法令の規定により本研修が義務づけられている方は以下の点に注意して申し込んでください。

- （※1）小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修は、第2回実践者研修修了見込み者までが受講対象となります。
- （※2）第1回管理者研修は、第3回実践者研修修了見込み者までが受講対象となります。
- （※3）第2回管理者研修は、第5回実践者研修修了見込み者までが受講対象となります。



- 研修時間  
講義・演習：38時間50分(6日間)  
自施設実習：4週間 自施設実習評価：1日

- 会場  
群馬県社会福祉事業団特別養護老人ホーム明風園第1研修室  
〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町1-26  
TEL:027-269-7780

- カリキュラム（予定）

1日目		
科目名	講義形式	時間
認知症ケアの基本的視点と理念	講義・演習	180分
認知症ケアの倫理	講義・演習	80分
認知症の人の権利擁護	講義・演習	120分
2日目		
科目名	講義形式	時間
認知症の人の理解と対応	講義・演習	180分
認知症の人の家族への支援方法	講義・演習	90分
認知症の人の生活環境づくり	講義・演習	120分
3日目		
科目名	講義形式	時間
認知症の人への非薬物的介入	講義・演習	120分
認知症の人とのコミュニケーションの理解と方法	講義・演習	120分
地域資源の理解とケアへの活用	講義・演習	120分
4日目		
科目名	講義形式	時間
認知症の人への介護技術Ⅰ（入浴・排泄・食事等）	講義・演習	180分
認知症の人への介護技術Ⅱ（行動・心理症状）	講義・演習	180分
5日目		
科目名	講義形式	時間
アセスメントとケアの実践の基本Ⅰ・Ⅱ	講義・演習	420分
6日目		
自施設における実習の課題設定	講義・演習	420分
自施設実習	実習	4週間
中間報告	所定の様式による	
7日目		
自施設実習評価		1日

- 対象者
 

群馬県内の介護保険施設・事業所等の介護従事者等であって、身体介護に関する基本的な知識・技術を習得しており、概ね実務経験2年程度以上の方。

法令の規定より本研修が義務づけられている次の①～④の方は優先的に取り扱います。

  - ①認知症対応型通所介護事業所の管理者
  - ②小規模多機能型居宅介護事業所の管理者・介護支援専門員
  - ③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、短期利用の指定を受ける場合
  - ④看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者・介護支援専門員
  
- 定員
 

各回 55名

(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)
  
- 申込方法
  - ① 法令の規定により本研修が義務づけられている方

申込書(様式1)に必要事項を記入し、事業所の所在する市町村に、申込書を提出してください。
  - ② ①以外の方

申込書(様式1)に必要事項を記入の上、郵送にて、群馬県社会福祉事業団研修指導センターに申し込みをしてください。
  
- 申込先(申込方法②の方)
 

〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町1-26  
 群馬県社会福祉事業団 研修指導センター  
 第〇回実践者研修 担当者 宛

※封筒の左下に「申込書在中」と記入してください。
  
- 受講料 18,000円
  
- その他
 

※本研修は、認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者として勤務するための要件となっています。

※本研修は、認知症介護実践リーダー研修、認知症対応型サービス事業管理者研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を受講するための要件となっています。

※本研修は、通所介護の認知症加算算定要件の1つとなっています。

※本研修の運営は、群馬県が群馬県社会福祉事業団へ業務委託しています。

令和 2 年度認知症介護実践者研修受講申込書

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団

研修指導センター 所長 様

法人名 \_\_\_\_\_

施設（事業所）名 \_\_\_\_\_

施設（事業所）長名 \_\_\_\_\_

事業所印

認知症介護実践者研修の受講について次のとおり申し込みます。

項目	内 容						
受講希望回	第 1 回	第 2 回	第 3 回	第 4 回	第 5 回	第 6 回	
	※必ず申込期間を確認の上、受講を希望する回に○をつけてください。						
受講者	(ふりがな)		男	生年	昭和・平成		
	氏 名		女	月日	年 月 日		
	介護現場職歴 (新しい順)	期 間	施設・事業所名			職務内容	
		年 月～ 現在					
		年 月～ 年 月					
		年 月～ 年 月					
		年 月～ 年 月					
		年 月～ 年 月					
	介護の実務経験年数			年 月			
	現在の職種	<input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 相談職 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー ( 級 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )						
勤務先以外の緊急時連絡先	携帯 ・ 自宅 電話 :						

※申込書が 2 枚になっております。1 枚目と 2 枚目を両面にして印刷し提出してください。

※受講を希望する回の申込期間を確認の上、申し込んでください。受講希望回と申込期間が一致しないものは受理できません。

※各回申込期間以外の申し込み、必要事項に記載がない等の不備がある場合は受理できません。

(表面)



### 3. 認知症介護実践リーダー研修

～ケアチームのリーダーを養成します～

#### ねらい

チームにおける指導的立場として、チーム員の知識・技術・態度を指導する能力及びチームリーダーとしてのチームマネジメント能力を修得します

#### 概要

本研修は、「認知症介護実践者研修」の内容を既に習得済みで、なおかつケアチームのリーダー又はリーダーになる予定がある方を対象としています。

#### ● 日 程

研修日程	申込①→市町村 申込②→研修指導センター 申込期間(必着)
講 義：8月20・21・26・27日 9月1・4・7・15・17日 自施設実習：18日間 自施設実習中間報告：9月30日 自施設実習結果報告会：10月16日	6月22日(月)～ 7月2日(木)

#### ● 研修時間

講義・演習：63時間00分(9日間)

自施設実習：18日間 自施設実習中間報告：1日間

結果報告・自施設実習評価：1日

#### ● 会 場

群馬県社会福祉事業団特別養護老人ホーム明風園第1研修室

〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町 1-26

TEL:027-269-7780

● カリキュラム（予定）

1日目		
科目名	講義形式	時間
認知症介護実践リーダー研修の理解	講義・演習	60分
認知症ケアに関する地域展開①	講義	60分
認知症ケアに関する地域展開②	講義・演習	180分 <del>240分</del>
認知症の専門的理解	講義	120分
2日目		
科目名	講義形式	時間
認知症介護実践リーダーの役割～チームマネジメントの視点から～	講義・演習	180分
チームにおけるケア理念の構築方法	講義・演習	240分
3日目		
科目名	講義形式	時間
実践者へのストレスマネジメントの理論と方法	講義・演習	180分
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	講義・演習	240分
4日目		
科目名	講義形式	時間
認知症ケアにおけるチームアプローチの基本と実践	講義・演習	180分
職場内教育（OJT）の方法の理解と実際Ⅰ（運用法）	講義・演習	240分
5日目		
科目名	講義形式	時間
職場内教育（OJT）の方法の理解と実際Ⅱ（技法）①	講義・演習	180分
職場内教育（OJT）の方法の理解と実際Ⅱ（技法）②	講義・演習	240分
6日目		
科目名	講義形式	時間
認知症ケアの指導の基本的視点	講義・演習	60分
認知症ケアに関する倫理の指導	講義・演習	120分
認知症の人への介護技術指導（食事・入浴・排泄等）	講義・演習	240分
7日目		
科目名	講義形式	時間
認知症の人の行動・心理症状（BPSD）への介護技術指導	講義・演習	180分
認知症の人の権利擁護の指導	講義・演習	240分
8日目		
科目名	講義形式	時間
認知症の人の家族支援方法の指導	講義・演習	180分
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	講義・演習	240分

9日目		
科目名	講義形式	時間
自施設実習の課題設定①	講義・演習	150分
自施設実習の課題設定②	講義・演習	270分
10日目		
科目名	講義形式	時間
自施設実習	実習	18日間
11日目		
科目名	講義形式	時間
結果報告・自施設実習評価		1日

● 対象者

介護保険施設・事業所等において介護業務に概ね5年以上従事した経験を有しており、ケアチームのリーダーや、リーダーになることが予定されている方。また、認知症介護実践者研修を修了し1年以上経過している方。法令の規定より本研修が義務づけられている方（認知症対応型共同生活介護が短期利用の指定を受ける場合）は優先的に取り扱います。

※平成28年度から対象者の受講要件が一部変更となりました。

● 定員

60名

（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）

● 申込方法

① 法令の規定により本研修が義務づけられている方

申込書（様式1）に必要事項を記入し、事業所の所在する市町村に、申込書を提出してください。

② ①以外の方

申込書（様式1）に必要事項を記入の上、郵送にて、群馬県社会福祉事業団研修指導センターに申し込みをしてください。

● 申込先（申込方法②の方）

〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町1-26

群馬県社会福祉事業団 研修指導センター

リーダー研修 担当者 宛

※封筒の左下に「申込書在中」と記入してください。

● 受講料 40,000円

● その他

※本研修は、認知症対応型共同生活介護事業所が短期利用の指定を受けるための要件となっています。

※本研修は、「認知症専門ケア加算Ⅰ」の算定要件の1つとなっています。

※本研修は、「認知症介護実践者研修」の内容を習得済みで、なおかつ現場におけるケアチームのリーダー、又はリーダーになる予定になる方を対象とした研修内容になっています。受講に不安のある方は、事前に「認知症介護実践者研修」の学習内容を振り返った上で、受講してください。

※本研修の運営は、群馬県が群馬県社会福祉事業団へ業務委託しています。



令和2年度認知症介護実践リーダー研修受講申込書

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団

研修指導センター 所長 様

法人名 \_\_\_\_\_

施設（事業所）名 \_\_\_\_\_

施設（事業所）長名 \_\_\_\_\_

事業所印

認知症介護実践リーダー研修の受講について次のとおり申し込みます。

項目	内 容				
受講者	(ふりがな)		男	生年	昭和・平成
	氏 名		女	月日	年 月 日
	実践者研修 修了日	平成 令和 年 月 日	修了証書 番 号	群馬県	・ 県外 第 号
	<b>注）実践者研修の修了証書の写しを添付してください。</b>				
	介護現場職歴 (新しい順)	期 間	施設・事業所名		職務内容
		年 月～ 現在			
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
	介護の実務経験年数		年 月		
現在の職種	<input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 相談職 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー ( 級 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
勤務先以外の緊急時連絡先	携帯 ・ 自宅 電話：				

※申込書が2枚になっております。1枚目と2枚目を両面にして印刷し提出してください。

※申込期間以外の申し込み、必要事項に記載がない等の不備がある場合には受理できません。

(表面)



## 4. 認知症対応型サービス事業開設者研修

～法人の代表者に必要な知識と技術を学びます～

### ねらい

事業所を運営していく上で必要な認知症介護に関する基本的な知識及び認知症対応型サービス事業の運営に必要な知識を修得します

### 概要

#### ● 日程

研修日程	市町村への申込期間 (必着)
講義：10月2日・11月24日 現場体験：1日 (10月15日～11月13日の間)	7月20日(月)～ 7月31日(金)

※講義終了後、指定した期日までにレポート課題提出があります。  
(詳細は、研修の中でお伝えします)

#### ● 研修時間

講義・演習：11時間10分(2日間) 現場体験：1日(6時間)

#### ● 会場

群馬県社会福祉事業団特別養護老人ホーム明風園第1研修室

〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町1-26 TEL:027-269-7780

#### ● カリキュラム(予定)

1日目		
科目名	講義形式	時間
事業所運営の基本・介護保険制度	講義	60分
介護従事者による労務管理	講義	60分
家族の理解・高齢者との関係の理解	講義・演習	60分
認知症高齢者の基本的理解とケアのあり方	講義	150分
現場体験学習オリエンテーション・グループディスカッション	演習	40分
2日目		
現場体験①		360分
3日目		
科目名	講義形式	時間
現場体験②	演習	60分
高齢者の権利擁護・高齢者虐待	講義	60分
地域密着型サービスの取組み	講義	190分
課題レポートの書き方		20分

- 対象者  
群馬県内で、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所を運営する法人の代表者の方(開設する予定を含みます)。事業所の所在地の市町村長の推薦を得られた方。  
※代表者になるには、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、小規模多機能居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所等の従業者、訪問介護員等として認知症の方の介護従事した経験がある、又は、保健医療サービス、福祉サービスの経営に携わった経験があることが必要です。
  
- 定 員        20名  
(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)
  
- 申込方法  
申込書(様式1)に必要事項を記入し、事業所の所在地の市町村に提出してください。
  
- 受講料  
20,000円
  
- その他  
※本研修は、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所を運営する法人の代表者に受講が義務づけられています。  
※研修終了後にレポートの提出があります。群馬県社会福祉事業団研修指導センターへ提出するだけでなく、事業所所在地の市町村にも提出することになっております。新規で事業所の代表者になるときは、市町村へ指定申請時に提出するようにしてください。  
※本研修の運営は、群馬県が群馬県社会福祉事業団へ業務委託しています。

令和2年度認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団  
 研修指導センター 所長 様

法人名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

事業所印

認知症対応型サービス事業開設者研修の受講について次のとおり申し込みます。

項目	内 容				
受講者	(ふりがな)		男	生年	昭和・平成
	氏 名		女	月日	年 月 日
	認知症介護の経歴	期 間	所 属 名		職 種
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
	主な職歴 (新しい順)	期 間	会社名・事業内容等		
		年 月～ 現在			
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
↑ 保健医療福祉サービスの経営に携わった経験を記入してください。					
現在の職種		保有資格			
勤務先以外の緊急時連絡先	携帯 ・ 自宅 電話：				

※申込書が2枚になっております。1枚目と2枚目を両面にして印刷し提出してください。

※申込期間以外の申し込み、必要事項に記載がない等の不備がある場合には受理できません。

(表面)

事業所 ※1	事業所名 (サービス種類1つに○を)	(小規模多機能居宅介護 ・ GH ・ 看護小規模多機能型居宅介護)		
	所在地	〒		
	連絡先	電話： FAX：	申込み 担当者	
受講 希望理由	<input type="checkbox"/> 新規に開設する事業所の開設者に就任するため。 (開設予定：令和 年 月)  <input type="checkbox"/> 事業所の開設者が変更となるため。 (変更予定：令和 年 月)  <input type="checkbox"/> すでに事業所の代表者として従事しているが、本研修未受講のため。  <input type="checkbox"/> その他 ( )			
書類等 送付先 ※2	〒			
備考				

※1 新規事業所の場合は予定を記入。

※2 建設中等で上記の事業所に関係書類の送付が困難な場合には、決定通知、修了証書等の送付先を記入してください。

(裏面)

## 5. 認知症対応型サービス事業管理者研修

～事業所の管理者に必要な知識と技術を学びます～

ねらい

認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護を管理・運営していく上で、必要な知識・技術を修得します

概要

● 日程

	研修日程	市町村への申込期間 (必着)
第1回 (※1)	10月6日・7日	7月13日(月)～7月29日(水)
第2回 (※2)	令和3年2月2日・3日	11月19日(木)～12月1日(火)

(※1) 第1回管理者研修は、第3回実践者研修修了見込み者までが受講対象となります。

(※2) 第2回管理者研修は、第5回実践者研修修了見込み者までが受講対象となります。

● 研修時間  
講義・演習：11時間40分(2日間)

● 会場  
群馬県社会福祉事業団特別養護老人ホーム明風園第1研修室  
〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町1-26 TEL:027-269-7780

● カリキュラム（予定）

1日目		
科目名	講義形式	時間
地域密着型サービスの基準	講義	60分
介護従事者に対する労務管理	講義	90分
人材育成	講義・演習	90分
メンタルヘルス	講義・演習	100分
2日目		
科目名	講義形式	時間
適切なサービス提供のあり方 「権利擁護／リスクマネジメント」	講義	90分
適切なサービス提供のあり方「地域との連携」	講義・演習	90分
適切なサービス提供のあり方 「サービスの質の向上」	講義・演習	60分
地域密着型サービスの取組み	講義	120分

● 対象者

- ・群馬県内の認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者又は、管理者となることが予定されている方
- ・本研修の申込み時に認知症介護実践者研修を修了している方
- ・事業所の所在地の市町村長の推薦を得られた方

※上記の指定地域密着型サービス事業の人員基準では、管理者は、3年以上の認知症介護に従事した経験が必要となります（ただし、認知症対応型通所介護事業所を除く）。

● 定員 各回40名

（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）

● 申込方法

申込書（様式1）に必要事項を記入し、事業所の所在地の市町村に提出してください。

● 受講料 5,000円

● その他

※本研修は、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者として勤務するための要件となっています。

※本研修の運営は、群馬県が群馬県社会福祉事業団へ業務委託しています。



様式 1

## 令和 2 年度認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団

研修指導センター 所長 様

法人名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

事業所印

認知症対応型サービス事業管理者研修の受講について次のとおり申し込みます。

項目	内 容				
受講希望回	第 1 回	第 2 回	※必ず申込期間を確認の上、受講を希望する回に○をつけてください。		
受講者	(ふりがな)		男	生年	昭和・平成
	氏 名		女	月日	年 月 日
	実践者研修 修了状況	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修を修了している。 ・ 修了年月日：平成・令和 年 月 日 ・ 修了証書番号：群馬県 ・ 県外 第 号 <b style="color: red;">注) 実践者研修の修了証書の写しを添付してください。</b>  <input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修の修了見込みである。 ・ 修了予定年月日：令和 年 月 日 ( 群馬県で受講 ・ 県外 )			
	介護の実務経験年数		年 月		
	認知症介護の実務経験年数		年 月		
	現在の職種	<input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 相談職 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー ( 級 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	勤務先以外の緊急時連絡先	携帯 ・ 自宅 電話：			

※申込書が 2 枚になっております。1 枚目と 2 枚目を両面にして印刷し提出してください。

※受講を希望する回の申込期間を確認の上、申し込んでください。受講希望回と申込期間が一致しないものは受理できません。

※申込期間以外の申し込み、必要事項に記載がない等の不備がある場合には受理できません。

(表面)

事業所 ※1	事業所名 (サービス種類1つに○)	認知症デイ ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ GH ・ 看護小規模多機能型居宅介護		
	所在地	〒		
	連絡先	電話： FAX：	申込み 担当者	
受講 希望理由	<input type="checkbox"/> 新規に開設する事業所の管理者に就任するため。 (開設予定：令和 年 月) <input type="checkbox"/> 事業所の管理者が変更となるため。 (変更予定：令和 年 月) <input type="checkbox"/> すでに事業所の管理者として従事しているが、本研修未受講のため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
書類等 送付先 ※2	〒			
備考 ※3				

※1 新設事業所の場合は予定を記入してください。

※2 建設中等で上記の事業所に関係書類の送付が困難な場合には、決定通知等の送付先を記入してください。

※3 管理者研修の申込等について問い合わせをする場合があります。※1に記入された事業所と現在の勤務先が違う場合は、備考欄に事業所名及び連絡先を記入してください。

(裏面)

## 6. 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

～小規模多機能型居宅介護計画等の作成方法を学びます～

ねらい

小規模多機能型居宅介護事業所又は、看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、小規模多機能型居宅介護計画又は、看護小規模多機能型居宅介護計画を作成する上で必要な知識・技術を修得します

概要

### ● 日 程

研修日程	市町村への申込期間 (必着)
講義・演習： 9月29日・10月13日 事業所実習(4時間)： 10月7日・8日の指定する1日	8月17日(月)～8月26日(水)

※ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修は、第2回実践者研修修了見込み者までが受講対象となります。

### ● 研修時間

講義・演習：12時間(2日間) 事業所実習：4時間

### ● 会 場

群馬県社会福祉事業団特別養護老人ホーム明風園第1研修室

〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町1-26 TEL:027-269-7780

● カリキュラム（予定）

1日目		
科目名	講義形式	時間
総論・小規模多機能ケアの視点	講義	60分
小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント ライフサポートワークを学ぶ	講義・演習	270分
実習前オリエンテーション	説明	30分
2日目		
科目名	講義形式	時間
事業所実習 (小規模多機能型居宅介護サービスの実際を学ぶ)	実習	240分
3日目		
科目名	講義形式	時間
事業所実習を振り返り、今後の計画作成に活かす	ディス カッション	30分
居宅介護支援計画作成の実際	講義・演習	330分

● 対象者

- ・介護支援専門員の資格を取得しており、群馬県内の小規模多機能居宅介護支援事業所又は、看護小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当業務に従事している、または従事する予定がある方で、認知症介護実践者研修を申込時に受講修了(群馬県開催の第2回実践者研修修了見込を含む)している方。
- ・事業所の所在地の市町村長の推薦を得られた方。

※ ただし、サテライト型指定の事業所にて計画作成担当業務に従事している、または従事する予定がある方は、申込時に認知症介護実践者研修を修了していれば、介護支援専門員の資格がなくても受講可能とします。

● 定員 30名

(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)

● 申込方法

申込書(様式1)に必要事項を記入し、事業所の所在地の市町村に提出してください。

● 受講料 12,000円

● その他

※本研修は小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員として勤務するための要件となっています。

※本研修の運営は、群馬県が群馬県社会福祉事業団へ業務委託しています。

## 令和2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

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団  
 研修指導センター 所長 様

法人名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_



小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講について次のとおり申し込みます。

項目	内 容				
受講者	(ふりがな)		男	生年	昭和・平成
	氏 名		女	月 日	年 月 日
	職場経歴 (勤務先)				
	実践者研修 修了状況	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修を修了している。 ・ 修了年月日：平成・令和 年 月 日 ・ 修了証書番号：群馬県 ・ 県外 第 号 <b style="color: red;">注) 実践者研修の修了証書の写しを添付してください。</b>  <input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修の修了見込みである。 ・ 修了予定年月日：令和 年 月 日 ( 群馬県で受講 ・ 県外 )			
	介護の実務経験年数	年 月			
	介護支援専門員番号	No.			
	現在の職種				
	自宅住所	〒			
	連絡先	自宅： 携帯：			

※申込書が2枚になっております。1枚目と2枚目を両面にして印刷し提出してください。

※申込期間以外の申し込み、必要事項に記載がない等の不備がある場合には受理できません。

(表面)

事業所 ※1	事業所名	( 小規模多機能型居宅介護 ・ 看護小規模多機能型居宅介護 )		
	所在地	〒		
	連絡先	電話： FAX：	申込み 担当者	
受講 希望理由	<input type="checkbox"/> 新規に開設する事業所の介護支援専門員に就任するため。 (開設予定：令和 年 月)  <input type="checkbox"/> 事業所の介護支援専門員が変更となるため。 (変更予定：令和 年 月)  <input type="checkbox"/> すでに事業所の介護支援専門員として従事しているが、本研修未受講のため。  <input type="checkbox"/> その他 ( )			
書類等 送付先 ※2	〒			
備考				

※1 新規事業所の場合は予定を記入してください。

※2 建設中等で上記の事業所に関係書類の送付が困難な場合には、決定通知書等の送付先を記入してください。

(裏面)

〈お問い合わせ先〉

(受託機関)

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団

研修指導センター

電 話：027-269-7780