

令和3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3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3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3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	17
認知症対応型サービス事業管理者研修	21
小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修	25

令和3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： 6/30 (水) 会場：北橋公民館 (予定)
	第2回	講義： 8/24 (火) 会場：東毛産業技術センター (予定)
	第3回	講義： 9/28 (火)
	第4回	講義： 10/21 (木) 会場：高崎市総合福祉センター (予定)
	第5回	講義： 12/16 (木)
	第6回	講義： 2/3 (木) 新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から1月へ延期
認知症介護 実践者研修	第1回	講義：6/1 (火)・2 (水)・7 (月)・8 (火)・14 (月)・16 (水) 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：7/21 (水)
	第2回	講義：6/29 (火)・30 (水)・7/1 (木)・6 (火)・7 (水)・9 (金) 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：8/19 (木)
	第3回	講義：7/27 (火)・28 (水)・29 (木)・8/3 (火)・4 (水)・6 (金) 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：9/10 (金)
	第4回	講義：11/5 (金)・8 (月)・9 (火)・12 (金)・15 (月)・17 (水) 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：12/21 (火)
	第5回	講義：11/30 (火)・12/1 (水)・6 (月)・7 (火)・9 (木)・14 (火) 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：1/25 (火)
	第6回	講義：1/7 (金)・11 (火)・14 (金)・17 (月)・18 (火)・20 (木) 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：2/22 (火)
	第1回 (延期後)	講義：1/28 (金)・31 (月)・2/4 (金)・7 (月)・8 (火)・10 (木) 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：3/14 (月)
認知症介護 実践リーダー研修	講義：8/27 (金)・30 (月)・31 (火)・9/6 (月)・8 (水)・16 (木)・17 (金) 9/22 (水)・29 (水) 自施設実習：18日間 自施設実習中間報告会：10/15 (金) 自施設実習結果報告会：11/2 (火)	
認知症対応型サービス 事業開設者研修	講義：10/1 (金)・11/25 (木) 職場体験：10/15 (金)～11/12 (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：10/5 (火)・6 (水)
	第2回	講義： 2/1 (火)・2 (水)
小規模多機能型 サービス等 計画作成担当者研修	講義：10/11 (月)・29 (金) 事業所実習 (4時間)：10/20 (水)・21 (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。
※令和3年11月以降開催の研修については、一部の申し込みをオンラインで行う予定です。詳細については、研修指導センターホームページをご確認ください。
- 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1か月前を目途に、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。
- 今年度より、受講料は振込みとなりました。詳細は受講決定通知書でお知らせします。指定期日までに振込みされない場合は受講できないのでご注意ください。
- 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に調整してください。
- 敷地内は禁煙です。喫煙所はありませんのでご了承ください。
- 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に充分にご注意ください。

令和3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30日（水） 会場：北橋公民館講堂301（予定）	5月12日（水）～ 5月18日（火）
第2回	8月24日（火） 会場：東毛産業技術センター（予定）	7月1日（木）～ 7月7日（水）
第3回	9月28日（火） 会場：特別養護老人ホーム明風園第1研修室	7月30日（金）～ 8月5日（木）
第4回	10月21日（木） 会場：高崎市総合福祉センター（予定）	8月26日（木）～ 9月1日（水）
第5回	12月16日（木） 会場：特別養護老人ホーム明風園第1研修室	10月21日（木）～ 10月27日（水）
第6回	令和4年2月3日（木） 会場：特別養護老人ホーム明風園第1研修室	12月9日（木）～ 12月15日（水）

※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
（無資格者の方を優先させていただきます）

● 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。

令和3年度 第〇回 認知症介護基礎研修受講申込書

【開催日】〇月〇日

【会場】〇〇〇

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

施設（事業所）名 _____

施設（事業所）長名 _____

※個人申込みの場合、施設（事業所）長名欄に受講者名（申込者）をご記入ください。

第〇回 認知症介護基礎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)		性別(任意)	生年	昭和・平成
	氏 名			月日	年 月 日
	介護の実務経験年数	年 ヶ月	申込者	施設(事業所)・個人	
	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"/> 無し <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"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	連絡の取りやすい電話番号	携帯・事業所 電話：			
事業所	種 別	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症デイ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ()			
	法人名				
	事業所名				
	所在地	〒			
	連絡先	電 話：	申込み		
	F A X：	担当者			
送付先住所 (※1)	自宅・自宅以外 〒 ()				

(※1) 受講可否通知の送付を勤務先以外に希望する方のみご記入ください。自宅以外の送付

を希望される方は、()に事業所名等ご記入ください

※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。申込期間以外の申込み
や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。

※受講決定通知は、開催日の概ね1か月前までに郵送します。

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

※対象により申込み先が異なりますのでご注意ください。

申込①：法令の規定により研修受講が義務付けられている方、申込②：その他の方

	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2回 (※1)	講義：6月29・30・7月1・6・7・9日 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：8月19日	5月10日（月）～ 5月14日（金）
第3回 (※2)	講義：7月27・28・29・8月3・4・6日 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：9月10日	6月3日（木）～ 6月9日（水）
第4回	講義：11月5・8・9・12・15・17日 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：12月21日	9月7日（火）～ 9月13日（月）
第5回 (※3)	講義：11月30・12月1・6・7・9・14日 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：令和4年1月25日	10月6日（水）～ 10月12日（火）
第6回	講義：令和4年1月7・11・14・17・18・ 1月20日 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：2月22日	11月8日（月）～ 11月12日（金）
第1回 (延期後)	講義：1月28・31・2月4・7・8・10日 自施設実習：4週間 自施設実習報告会：3月14日	11月25日（木）～ 12月1日（水）

※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）

	科目名	講義形式	時間
1日目	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	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	地域資源の理解とケアへの活用	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
	認知症の人への非薬物的介入	講義・演習	120分
4日目	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	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 3 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 _____

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 2 回	第 3 回	第 4 回	第 5 回	第 6 回 第 1 回 (延期後)	
	※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)		性別 (任意)	生年	昭和・平成	
	氏 名			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"/> 介護職員初任者研修 <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 枚になっています。1 枚目と 2 枚目を両面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込や必要事項に不備がある場合は受理できません。

(表面)

事業所	種別	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症デイ <input type="checkbox"/> デイスサービス <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	現在勤務している事業所名			
	所在地	〒		
	連絡先	電話： FAX：	申込み 担当者	
	異動先事業所名 ※1			
	連絡先 ※2	電話： FAX：	申込み 担当者	※3
受講理由等	<input type="checkbox"/> 下記の役職に従事する予定があるため（該当するものに○）。 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護の管理者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護の管理者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護（GH）の管理者 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護（GH）の計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護（GH）の短期利用の指定を受ける場合 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護の管理者 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員 ※ 上記に該当する方は必ず就任予定日を記入してください ※ 就任時期が未定の場合は、その旨備考欄に記入してください （就任予定： 令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他			
備考				

※1 法人内異動に伴い、異動先の事業所において管理者、計画作成担当者等の役職に従事する予定がある方は記入してください。

※2 ※1と同様。

※3 実践者研修の申し込み等について問い合わせをする場合があります。その際、問い合わせ先を異動先に希望する場合のみ、異動先事業所の担当者の氏名を記入してください。

(裏面)

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

※対象により申込み先が異なりますのでご注意ください。

申込①：法令の規定により研修受講が義務付けられている方、申込②：その他の方

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27・30・31日 9月6・8・16・17・22・29日 自施設実習：18日間 自施設実習中間報告：10月15日 自施設実習結果報告会：11月 2日	6月25日（金）～ 7月2日（金）

● 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）

	科目名	講義形式	時間
1日目	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
	認知症の専門的理解	講義	120分
2日目	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	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	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	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	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	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	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	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
自施設実習		実習	18日間
10日目	自施設実習中間報告		1日
11日目	結果報告・自施設実習評価		1日

● 対象者

群馬県内の介護保険施設・事業所等において介護業務に従事する方で、概ね5年以上の従事経験を有しており、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。

● 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3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 _____

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)		性別(任意)	生年	昭和・平成	
	氏 名			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		
	注) 実践者研修の修了証書の写しを添付してください。					
	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"/> 介護職員初任者研修 <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枚になっています。1枚目と2枚目を両面印刷し提出してください。

※申込期間以外の申込や必要事項に不備がある場合には受理できません。

(表面)

事業所	種別	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症デイ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	現在勤務している事業所名			
	所在地	〒		
	連絡先	電話： FAX：	申込み 担当者	
	異動先事業所名 ※			
	連絡先 ※	電話： FAX：	申込み 担当者	※
受講理由等	<input type="checkbox"/> 新規に認知症対応型共同生活介護の短期利用サービス事業を開始するため。 （就任予定：令和 年 月） <input type="checkbox"/> すでに短期利用サービスは開始しているが、リーダー研修修了者の変更をする必要があるため。 （変更予定：令和 年 月） <input type="checkbox"/> その他（下に該当するものがありましたら、チェックしてください（複数回答可） <input type="checkbox"/> 認知症介護指導者養成研修を受講予定（または検討している） <input type="checkbox"/> 受講者自身のスキルアップのため <input type="checkbox"/> 施設のケアチームのリーダーになるため <input type="checkbox"/> 上記以外 （ ）			
備考				

※ 実践リーダー研修の申込み等について問い合わせをする場合があります。その際、問い合わせ先を異動先に希望する場合は、異動先事業所の事業所名、連絡先、担当者の氏名を記入してください。

（裏面）

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1日・11月25日 現場体験：1日 (10月15日～11月12日の間)	7月19日(月)～ 7月30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40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)

	科目名	講義形式	時間
1日目	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① 「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②	現場体験	360分
3日目	現場体験③ 「振り返り」	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、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活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)に必要な事項を記入し、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、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活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3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 _____

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)		性別(任意)	生年	昭和・平成	
	氏 名			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枚になっています。1枚目と2枚目を両面印刷し提出してください。

※申込期間以外の申込や必要事項に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5日・6日	7月19日(月)～7月30日(金)
第2回 (※2)	令和4年2月1日・2日	11月15日(月)～11月24日 (水)

(※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10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)

	科目名	講義形式	時間
1日目	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	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	90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、介護予防認知症対応型通所介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活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、介護予防認知症対応型通所介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、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3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 _____

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)		性別(任意)	生年	昭和・平成
	氏名			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 注) 実践者研修の修了証書の写しを添付してください。			
		<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 ヶ月		
	認知症介護の実務経験年数		年 ヶ月		
	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"/> 介護職員初任者研修 <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枚になっています。1枚目と2枚目を両面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。

※申込期間以外の申込や必要事項に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： 10月11日・29日 事業所実習(4時間)： 10月20日・21日の 指定する1日	7月19日(月)～7月30日 (金)

※ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修は、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。

● 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）

	科目名	講義形式	時間
1日目	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	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	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、看護小規模多機能型居宅介護事業所又は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業務に従事している、または従事する予定がある方で、本研修の申込時に認知症介護実践者研修を受講修了(群馬県開催の第3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又は介護予防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3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)		性別(任意)	生年	昭和・平成
	氏 名			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。 <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枚になっています。1枚目と2枚目を両面印刷し提出してください。

※申込期間以外の申込や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