

富山県認知症介護実践者等研修実施要綱

令和7年5月2日改定

1 目的

高齢者介護実務者及びその指導的立場にある者に対し、認知症高齢者の介護に関する基礎的及び実践的な研修を実施すること、また、認知症介護を提供する事業所を管理する立場にある者等に対し、適切なサービスの提供に関する知識等を修得させるための研修を実施することにより、認知症介護技術の向上を図り、認知症介護の専門職員を養成し、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 研修の種類

- (1) 認知症介護基礎研修
- (2) 認知症介護実践研修
 - ① 認知症介護実践者研修
 - ② 認知症介護実践リーダー研修
- (3) 認知症介護指導者養成研修
- (4) 認知症介護指導者フォローアップ研修
- (5) 認知症対応型サービス事業開設者研修
- (6) 認知症対応型サービス事業管理者研修
- (7) 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

3 実施主体

- ・上記(1)の研修の実施主体は、富山県が実施機関として指定した社会福祉法人東北福祉会認知症介護研究・研修仙台センター（以下、「基礎研修指定機関」という。）とする。
- ・上記(2)①の研修の実施主体は、富山県が実施機関として指定した一般社団法人富山県介護福祉士会、公益社団法人日本認知症グループホーム協会（以下、「実践者研修指定機関」という。）とする。
- ・上記(2)②の研修の実施主体は、富山県とする。また、富山県が実施機関として指定した公益社団法人日本認知症グループホーム協会（以下、「リーダー研修指定機関」という。）についても実施主体とする。
- ・上記(5)から(7)の研修の実施主体は、富山県とする。なお、上記(3)、(4)の研修は、認知症介護研究・研修センターで実施するものとする。

4 研修の内容

(1) 認知症介護基礎研修

① 研修内容

認知症介護に携わる者が、その業務を遂行する上で基礎的な知識・技術とそれを実践する際の考え方を身につけ、チームアプローチに参画する一員として基礎的なサービス提供を行うことができることをねらいとし、eラーニング形式により行う。（研修科目は別紙1のとおり）

② 実施方法

基礎研修指定機関により実施するものとする。

- ③ 実施期間及び場所・定員等
基礎研修指定機関の定めるところによる。

- ④ 修了の要件
次の a、b の要件が満たされた場合
a 全ての講義の受講が認められる場合
b 研修中に回答を指示した確認テストに全て合格した場合

(2) 認知症介護実践研修

① 認知症介護実践者研修

ア 研修対象者

介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等であって、一定の知識、技術及び経験を有する者とする。

イ 研修内容

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習得することをねらいとし、講義・演習形式及び実習形式により行う。
(研修科目は別紙2のとおり)

ウ 実施方法

実践者研修指定機関により実施するものとする。

エ 実施期間及び場所・定員等

実践者研修指定機関の定める「認知症介護実践研修（実践者研修）募集要項」による。

オ 修了の要件

- 次の a、b、c の要件が満たされた場合
a 講義・演習時間の9割以上の出席が認められる場合
b 自施設実習の実績が認められる場合
c 研修期間中に提出を指示した書類が全て提出された場合

② 認知症介護実践リーダー研修

ア 研修対象者

介護保険施設・事業所等において現に介護業務に従事する職員等であって、介護業務に5年以上従事した経験を有している者であり、かつ、ケアチームのリーダー又はリーダーになることが予定される者であって、認知症介護実践者研修を修了し1年以上経過している者のうち、知事又はリーダー研修指定機関が適当と認めた者とする。

ただし、介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士の資格を取得した日から起算して10年以上、かつ、1,800日以上の実務経験を有する者あるいはそれと同等以上の能力を有するものであると知事又はリーダー研修指定機関が認めた者については、令和9年3月31日までの間は、本文の規定に関わらず研修対象者とする。

イ 研修内容

ケアチームにおける指導的立場として実践者の知識・技術・態度を指導する能力及び実践リーダーとしてのチームマネジメント能力の修得をねらいとし、講義・演習形式及び実習形式により行う。(研修科目は別紙3のとおり)

ウ 実施方法

本研修は、一般社団法人富山県介護福祉士会に委託して実施するほか、リーダー研修指定機関により実施するものとする。

エ 実施期間及び場所・定員等

別に定める「富山県認知症介護実践者等研修募集要項」及びリーダー研修指定機関の定める「認知症介護実践研修（実践リーダー研修）募集要項」による。

オ 修了の要件

次の a、b、c の要件が満たされた場合

- a 講義・演習時間の9割以上の出席が認められる場合
- b 自施設実習の実績が認められる場合
- c 研修期間中に提出を指示した書類が全て提出された場合

(3) 認知症介護指導者養成研修

① 研修対象者

次のアからオの要件をすべて満たす者のうち、知事が適当と認めた者

- ア 医師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、介護福祉士若しくは精神保健福祉士のいずれかの資格を有する者又はこれに準ずる者
- イ 介護保険施設・事業所等に現に従事している者であって、5年以上の介護実務経験を有する者
- ウ 認知症介護実践研修における認知症介護実践リーダー研修修了者
- エ 認知症介護基礎研修又は認知症介護実践研修の企画・立案に参画し、又は講師として従事することが予定されている者
- オ 地域ケアを推進する役割を担うことが見込まれている者

② 実施方法

本研修は、社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修センターの研修を受講するものとする。

③ 研修人数

年間3名以内

(4) 認知症介護指導者フォローアップ研修

① 研修対象者

次のア及びイの要件をすべて満たす者のうち、知事が適当と認めた者

ア 次のいずれかの要件に該当する者

- a 認知症介護実践研修の企画・立案に参画又は講師として従事している者
- b 認知症介護実践研修の企画・立案に参画又は講師として従事することが予定されている者

イ 認知症介護指導者養成研修修了後 1 年以上経ている者

② 実施方法

本研修は、社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修センターの研修を受講するものとする。

③ 研修人数

年間 1 名

(5) 認知症対応型サービス事業開設者研修

① 研修対象者

指定小規模多機能型居宅介護事業者若しくは指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者（以下「指定小規模多機能型居宅介護事業者等」という。）、指定認知症対応型共同生活介護事業者若しくは指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者（以下「指定認知症対応型共同生活介護事業者等」という。）又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業者の代表者であって、各保険者を通じて申込みを行った者のうち、知事が適当と認めた者

② 研修内容

代表者となる者が、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身につけることを狙いとし、講義・演習形式及び現場体験により行うものとする。（研修科目は別紙 4 のとおり）

③ 実施方法

本研修は、一般社団法人富山県介護福祉士会に研修を委託して実施する。

④ 実施期間及び会場・定員等

別に定める「富山県認知症介護実践者等研修募集要項」による。

⑤ 修了の要件

総研修時間数全てについて出席が認められる場合

(6) 認知症対応型サービス事業管理者研修

① 研修対象者

指定認知症対応型通所介護事業所若しくは指定介護予防認知症対応型通所介護事業所（以下「指定認知症対応型通所介護事業所等」という。）、指定小規模多機能型居宅介護事業所等、指定認知症対応型共同生活介護事業所等又は指定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る者であって、認知症介護実践研修における認知症介護実践者研修（旧基礎課程を含む）を修了しており、各保険者を通じて申込みを行った者のうち、知事が適当と認めた者

② 研修内容

指定認知症対応型通所介護事業所等、指定小規模多機能型居宅介護事業所等及び指定認知症対応型共同生活介護事業所等並びに指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を管理・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ねらいとし、講義・演習形式により行うものとする。（研修科目は別紙 5 のとおり）

③ 実施方法

本研修は、一般社団法人富山県介護福祉士会に研修を委託して実施する。

④ 実施期間及び場所・定員等

別に定める「富山県認知症介護実践者等研修募集要項」による。

⑤ 修了の要件

総研修時間数全てについて出席が認められる場合

(7) 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

① 研修対象者

指定小規模多機能型居宅介護事業所等又は指定看護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、認知症介護実践研修における認知症介護実践者研修（旧基礎課程を含む）を修了しており、各保険者を通じて申込みを行った者のうち、知事が適当と認めた者

② 研修内容

指定小規模多機能型居宅介護事業所等又は指定看護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、利用者及び事業の特性を踏まえた小規模多機能型居宅介護事業計画又は看護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及び技術を身につけることをねらいとし、講義・演習見識により行うものとする。（研修科目は別紙6のとおり）

③ 実施方法

本研修は、富山県小規模多機能型居宅介護事業者連絡協議会に研修を委託して実施する。

④ 実施期間及び場所・定員等

別に定める「富山県認知症介護実践者等研修募集要項」による。

⑤ 修了の要件

総研修時間数全てについて出席が認められる場合

5 受講手続

(1) 認知症介護基礎研修

認知症介護基礎研修の受講を希望する者は、所属する介護保険施設・事業所等の事業者を通じて基礎研修指定機関に、基礎研修指定機関が指定する申込方法により申し込むこととする。

基礎研修指定機関の長は、受講要件、受講定員等を考慮し受講者を決定し、事業者あてに受講通知を行うとともに受講者として登録する。

(2) 認知症介護実践研修（認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修）

① 認知症介護実践者研修の受講を希望する者は、所属する介護保険施設・事業所等の事業者を通じて実践者研修指定機関に、実践者研修指定機関が指定する受講申込書により申し込むこととする。

実践者研修指定機関の長は、受講要件、受講定員等を考慮し受講者を決定し、事業者あて

に受講通知を行うとともに受講者として登録する。

- ② 認知症介護実践リーダー研修の受講を希望する者は、所属する介護保険施設・事業所等の事業者を通じて知事に、認知症介護実践リーダー研修受講申込書（別紙 7）を提出する、若しくは富山県電子申請サービスにより申し込むこととする。

なお、指定認知症対応型共同生活介護事業所の短期入所に係る基準を満たすために受講を希望する者は、所属する介護保険施設・事業所（所属予定の者も含む）等の事業者から事業所が所在する（予定を含む）保険者を通じて、別紙 11 により受講申込を行うこととし、保険者は当該事業所の状況を精査した上で、知事に提出するものとする。

知事は、受講要件、受講定員等を考慮して受講者を決定し、事業者あてに受講通知を行うとともに受講者として登録する。

あるいは、認知症介護実践リーダー研修の受講を希望する者は、所属する介護保険施設・事業所等の事業者を通じてリーダー研修指定機関に、リーダー研修指定機関が指定する受講申込書により申し込むこととする。

リーダー研修指定機関の長は、受講要件、受講定員等を考慮し受講者を決定し、事業者あてに受講通知を行うとともに受講者として登録する。

（3）認知症介護指導者養成研修及び認知症介護指導者フォローアップ研修

受講を希望する者は、所属する介護保険施設・事業所等の事業者を通じて知事に、研修委託機関が指定する受講申込書により申し込むこととし、研修委託機関における受講選考審査結果に基づき研修委託機関と協議の上、受講者を決定し、事業者あてに受講決定通知を行う。

（4）認知症対応型サービス事業開設者研修、認知症対応型サービス事業管理者研修及び小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

受講を希望する者は、所属する介護保険施設・事業所（所属予定の者も含む）等の事業者から事業所が所在する（予定を含む）保険者を通じて別紙 8 から 10 により受講申込を行うこととし、保険者は当該事業所の状況を精査した上で、知事に提出するものとする。

知事は受講者を決定し、保険者へ受講通知を行う。

保険者は、地域密着型サービス事業所等において、本研修を受講することにより指定基準を満たす事業所がある場合については、当該事業所の状況を精査した上で、事業所から推薦された者の受講が適当と認めた場合には、知事に対し「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について（平成 18 年 3 月 31 日 老計発 0331007）」別紙 3 を提出することとする。

6 修了証書の交付等

（1）認知症介護基礎研修

認知症介護基礎研修修了者については、基礎研修指定機関の長による修了証書を交付し、修了証書番号、修了年月日、氏名及び生年月日等必要事項を記載した名簿を作成し、保管する。

（2）認知症介護実践研修

- ① 認知症介護実践者研修修了者については、実践者研修指定機関の長による修了証書を交付し、修了証書番号、修了年月日、氏名及び生年月日等必要事項を記載した名簿を作成し、保管する。
- ② 認知症介護実践リーダー研修修了者について、知事又はリーダー研修指定機関の長は修了証書を交付し、修了証書番号、修了年月日、氏名及び生年月日等必要事項を記載した名簿を作成し、保管する。

(3) 認知症介護指導者養成研修及び認知症介護指導者フォローアップ研修

研修修了者に対しては、研修委託機関の長による修了証書を交付し、知事は修了証書番号、修了年月日、氏名及び生年月日等必要事項を記載した名簿を作成し、保管する。

(4) 認知症対応型サービス事業開設者研修、認知症対応型サービス事業管理者研修及び小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

- ① 知事は、各研修の修了者に対し、修了証書を交付する。
- ② 知事は研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名及び生年月日等必要事項を記載した名簿を作成し、保管する。

7 研修費用

(1) 認知症介護基礎研修

研修に要する費用のうち、次の費用は研修受講者の負担とする。

- ・基礎研修指定機関が定める研修受講料

(2) 認知症介護実践研修

研修に要する費用のうち、次の費用は研修受講者の負担とする。

① 認知症介護実践者研修

- ・実践者研修指定機関が定める研修受講料
- ・交通費及び食費
- ・テキスト代（実費）

② 認知症介護実践リーダー研修

- ・交通費及び食費
- ・テキスト代（実費）
- ・リーダー研修指定機関が定める研修受講料（リーダー研修指定機関が実施する研修に限る）

(3) 認知症介護指導者養成研修及び認知症介護指導者フォローアップ研修

① 認知症介護指導者養成研修

研修に要する費用のうち、次の費用は県が負担する。

- ・交通費及び滞在費
- ・テキスト代
- ・受講者の派遣に伴い代替職員を雇用する場合における雇用費用（雇用開始日の前々日から研修修了後の翌々日までの期間で必要な日数について費用を負担する。）

② 認知症介護指導者フォローアップ研修

研修に要する費用のうち、次の費用は県が負担する。

- ・交通費及び滞在費
- ・テキスト代
- ・受講者の派遣に伴い代替職員を雇用する場合における雇用費用（雇用開始日から研修修了日までの期間で必要な日数について費用を負担する。）

研修に要する費用のうち、次の費用は研修受講者の負担とする。

- ・研修受講料の一部負担金

(4) 認知症対応型サービス事業開設者研修、認知症対応型サービス事業管理者研修及び小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

研修に要する費用のうち、次の費用は研修受講者の負担とする。

- ・各研修委託機関が定める受講料
- ・交通費及び食費
- ・テキスト代（実費）

別紙 1 認知症介護基礎研修 科目一覧

教 科 名	目 的
(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、症状に関する基礎的な知識を学び、認知症ケアの基礎的な技術に関する知識とそれらを踏まえた実際の対応方法を身につける。

別紙2 認知症介護実践者研修 科目一覧

教 科 名	目 的
1 認知症ケアの基本	
(1) 認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援	認知症の人が望む生活を実現するため、認知症ケアの歴史的変遷や認知症ケアの理念、認知症の原因疾患、中核症状、行動・心理症状（BPSD）の発症要因、認知症ケアの倫理や原則、認知症の人の意思決定支援のあり方について理解を深める。
(2) 生活支援のためのケアの演習 1	食事・入浴・排泄等の基本的な生活場面において、中核症状の影響を理解した上で、認知症の人の有する能力に応じたケアとしての生活環境づくりやコミュニケーションを理解する。
(3) QOL を高める活動と評価の観点	認知症の人の心理的安定や QOL（生活・人生の質）向上を目指す活動に関する基本的知識、展開例、評価の観点と方法について理解を深める。
(4) 家族介護者の理解と支援方法	在宅で介護する家族支援を実践する上で、その家族の置かれている状況や心理、介護負担の要因を理解し、必要な支援方法が展開できる。
(5) 権利擁護の視点に基づく支援	権利擁護の観点から、認知症の人にとって適切なケアを理解し、自分自身の現状のケアを見直すとともに、身体拘束や高齢者虐待の防止の意識を深める。
(6) 地域資源の理解とケアへの活用	関係職種、団体との連携による地域づくりやネットワークづくり等を通じて、既存の地域資源の活用や認知症の人が地域で自分らしく暮らし続けるための地域資源の開発の提案ができる。
2 認知症の人への具体的支援のためのアセスメントとケアの実践	
(1) 学習成果の実践展開と共有	認知症介護実践者研修におけるこれまでの学習成果を踏まえ、自施設・事業所での自らの認知症ケアを実践することにより、研修で得た知識を実践において展開する際に生じる気づきや疑問・課題を明らかにする。それらの自分自身の認知症ケア実践の課題や取り組みの方向性を検討し、他の受講者と共有することにより、知識の活用に関する幅広い視点を獲得。
(2) 生活支援のためのケアの演習 2（行動・心理症状）	認知症の行動・心理症状（BPSD）が生じている認知症の人に対して、行動の背景を理解した上で生活の質が高められるようチームで支援できる。
(3) アセスメントとケアの実践の基本	認知症の人の身体要因、心理要因、認知症の中核症状のアセスメントを行い、具体的なニーズを導くことができるようアセスメントの基本的視点を理解する。アセスメントを踏まえた目標の設定と、目標を実現するためのケアの実践計画の作成・立案・評価ができる。
3 実習	
(1) 職場実習の課題設定	認知症の人が望む生活の実現に向けて、適切にアセスメントを行い、課題と目標を明確にした上で、ケアの実践に関する計画を作成することができる。
(2) 職場実習（アセスメントとケアの実践）	研修で学んだ内容を生かして、認知症の人や家族のニーズを明らかにするためのアセスメントができる。アセスメントの内容をもとに、認知症の人の生活支援に関する目標設定、ケア実践計画及びケアの実践を展開できる。
(3) 職場実習評価	アセスメントやケア実践計画の実施結果を整理した上で、客観的に評価、分析し職場および自己の認知症ケアの今後の課題を明確にすることができる。

別紙3 認知症介護実践リーダー研修 科目一覧

教 科 名	目 的
1 認知症介護実践リーダー研修総論	
(1) 認知症介護実践リーダー研修の理解	チームにおける認知症ケアを推進する実践リーダーの役割とこの研修科目との関係性を踏まえ、研修の概要を把握する。実践リーダーとしての自己の課題を確認し、研修における学習目標を明確にする。
2 認知症の専門知識	
(1) 認知症の専門的理解	一人の「人」としての理解を踏まえつつ、行動の背景の一つである認知症の病態を理解し、ケアができるよう、最新かつ専門的な知識を得る。
(2) 施策の動向と地域展開	認知症施策の変遷と最新の動向を理解する。地域における認知症施策の展開例を知り、地域包括ケアシステムの構築に必要な関係機関との連携・参画できる知識を修得する。
3 認知症ケアにおけるチームケアとマネジメント	
(1) チームケアを構築するリーダーの役割	チームの構築や活性化のため、チームリーダーとしての役割を理解し、円滑にチームを運用する者であることを自覚する。次に、チームにおける目標や方針の設定の必要性を理解し、目標をふまえた実践の重要性と展開方法を理解する。
(2) ストレスマネジメントの理論と方法	チームケアを円滑に運用するため、ストレスの仕組みと対処法を理解した上で、実践リーダーとして介護職員等のストレスの緩和やメンタルヘルスのマネジメントを実践することができる。
(3) ケアカンファレンスの技法と実践	チームケアの質の向上を図るため、ケアカンファレンスの効果的な展開方法を身につけ、チームにおける意思決定プロセスの共有を実現できる。
(4) 認知症ケアにおけるチームアプローチの理論と方法	多職種・同職種間での適切な役割分担や連携にあたって、認知症ケアにおけるチームアプローチの方法を理解し、実践するための指導力を身につける。
4 認知症ケアの指導方法	
(1) 職場内教育の基本視点	認知症ケアを指導する立場として、指導に関する考え方や基本的態度を学び、認知症ケアの理念を踏まえた指導に必要な視点を理解し、職場内教育の種類、特徴を踏まえた実際の方法を修得する。
(2) 職場内教育（OJT）の方法の理解	介護職員等への指導に有効な技法の種類と特徴を理解し、職場で実践できる指導技術の基本を修得する。
(3) 職場内教育（OJT）の実践	これまでに学習した認知症ケアに関する指導技術について、食事・入浴・排泄等の介護、行動・心理症状（BPSD）、アセスメントとケアの実践などの具体的場面において、どのように活用していけば良いか、演習を通じて体験的に理解する。
5 認知症ケア指導実習	
(1) 職場実習の課題設定	研修で学んだ内容を生かして、職場の介護職員等の認知症ケアの能力の評価方法を理解する。
(2) 職場実習	研修で学んだ内容を生かして、職場の介護職員等の認知症ケアの能力の評価、課題の設定・合意、指導目標の設定や指導計画を作成し、指導計画に基づいた認知症ケアを指導する。
(3) 結果報告	職場実習を通して、認知症ケア指導の方法に関する課題やあり方について客観的・論理的に考察・報告し、実践リーダーとして指導の方向性を明確にできる。
(4) 職場実習評価	

別紙 4 認知症対応型サービス事業開設者研修 科目一覧

教 科 名	目 的
1 認知症高齢者の基本的理解	認知症という病気と症状について、下記の事項に関し、基本的な理解を図る。 ・「医学的理解」—医学面からの本人の生活に及ぼす影響を示し、生活障害としての理解を深めること。 ・「心理的影響」—高齢者への周囲の不適切な対応・不適切な環境が及ぼす心理面の影響の内容を理解すること。 ・認知症という障害を抱える中で自立した生活を送ることの意味と、それを支援することの重要性を理解する。
2 認知症高齢者ケアのあり方	「認知症高齢者の基本的理解」を基に、「権利擁護」や「リスクマネジメント」の基本的な知識を付与し、認知症高齢者が、自分の能力に応じて自立した生活を送るための支援を行うために必要な、基本的な考え方を理解する。
3 家族の理解・高齢者との関係の理解	家族介護者のみではなく、他の家族も含めた家族の理解と、高齢者と家族の関係を通して、認知症介護から生じる家庭内の様々な問題や課題を理解し、家族への支援の重要性について理解する。
4 地域密着型サービスの取組み	地域密着型サービスの指定基準（特に「地域との連携」「質の向上」）について理解する。 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の各事業所からの実践報告を通じ、各事業のサービス提供のあり方について理解する。
5 現場体験	事業者や介護従業者の視点ではなく、利用者の立場から各事業所におけるケアを体験することにより、利用者にとって適切なサービス提供のあり方、サービスの質の確保等について理解する。

別紙5 認知症対応型サービス事業管理者研修 科目一覧

教 科 名	目 的
1 地域密着型サービスの基準	適切な事業所運営を図るため、地域密着型サービスの目的や理念を理解する。 適切な事業所管理を行うため、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の各指定基準を理解する。
2 地域密着型サービスの取組み	事業所からの実践報告を通じ、各事業のサービス提供のあり方について理解する。
3 介護従事者に対する労務管理	労働基準法の規定に基づき、適切な介護従業者の労務管理について理解する。
4 適切なサービス提供のあり方	サービス提供に当たり、下記の事項等について、各事業所の運営・管理に必要な事項について理解する。 〈地域等との連携〉 ・利用者の家族・地域・医療との連携 ・運営推進会議の開催 〈サービスの質の向上〉 ・アセスメントとケアプランの基本的考え方 ・ケース会議・職員ミーティング ・自己評価・外部評価の実施 ・サービスの質の向上と人材育成 〈その他〉 ・権利擁護（高齢者虐待を含む）及びリスクマネジメント ・記録の重要性 など

別紙6 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 科目一覧

教 科 名	目 的
1 総論・小規模多機能ケアの視点	小規模多機能ケアに関わる法的制度を理解し、小規模多機能ケアとその視点を理解する。
2 ケアマネジメント論	小規模多機能居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護のサービスのあり方を理解し、適切なケアプランの作成に資するよう、本人本位の視点を理解し、一人一人の在宅生活を支えるための機能とマネジメントを理解する。
3 地域生活支援	本人の地域生活を支援するネットワークづくりと、そのあり方を理解する。また地域・他機関との連携について理解する。
4 チームケア（記録・カンファレンス・アセスメント・プラン）	小規模多機能ケアの基本である、一人一人のニーズにチームで応えるチームケアについて理解する。
5 居宅介護支援計画作成の実際	「ケアマネジメント論」並びに「地域生活支援」等の講義内容を踏まえ、講義及び実際の事例を用いた演習を通じて小規模多機能型居宅介護計画の作成並びに他の居宅サービス利用を含めた居宅介護支援計画及び看護小規模多機能型居宅介護計画の作成について理解する。

「認知症介護実践リーダー研修」受講申込書

フリガナ			生年月日	年 月 日	
氏名					
自宅住所	〒		職種名		職種コード
フリガナ			事業コード		役職コード
職場名			役職名		
職場所在地	〒		所属法人名		
職場連絡先	電話番号		FAX番号		
研修当日の連絡先 (携帯電話番号)					
主な職歴（５年程度の介護業務実務経験が必要です）					
期間	事業所名		業務内容		
介護業務実務経験通算 年 か月					
所有する介護・医療関係の資格					
認知症介護実践者研修及び 痴呆介護実務者研修の修了証番号 ※修了証の写しを添付してください	認知症介護実践者研修（ ）				
	痴呆介護実務者研修基礎課程（ ）				
	痴呆介護実務者研修専門課程（ ）				
研修受講希望理由及び今回の研修でテーマや目標としたい事項（なるべく具体的に記入してください。）					

上記の者について、当施設（事業所）における実践リーダー（それを現在補佐しており、次にその役を担う予定が具体的にある者）と認め、当該研修受講者として推薦します。

年 月 日

施設・事業所名

施設長（又は管理者）氏名

＜記 入 要 領＞

1. 「職場名」欄の「事業コード」について

- 「事業コード」欄には、受講申込者が所属する介護保険施設・事業所等に対応する事業所種類を次の表から選び、そのコード番号を記入してください。

コード	事業所種類	コード	事業所種類
1	介護老人福祉施設	8	通所リハビリテーション
2	介護老人保健施設	9	定期巡回・随時訪問介護看護
3	介護療養型医療施設	10	認知症対応型通所介護
4	訪問介護	11	小規模多機能型居宅介護
5	訪問入浴介護	12	認知症対応型共同生活介護
6	訪問看護	13	看護小規模多機能型居宅介護
7	通所介護	14	その他

2. 「役職名」欄の「役職コード」、「職種名」欄の「職種コード」について

- 受講申込者の介護保険施設・事業所等における役職及び職種について。

下記の表から選び、そのコード番号を記入してください。

（注1：役職は、対象要件となりますので、必ず記入してください。）

（注2：職種を兼務している場合は、職種名欄に全ての職種を記載し、職種コードは主とするものを選択してください。）

コード	役 職
1	施設・事業所の管理者
2	その他管理職（看護長・介護長等）
3	施設・事業所のユニット長
4	施設・事業所の介護主任
5	その他（1～4以外の職場内リーダーとして役職にあるもの）
6	1～5の役職を次に担う予定のある者

コード	職 種
1	医師
2	看護職員
3	介護職員
4	生活相談員、支援相談員
5	介護支援専門員
6	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
7	精神保健福祉士
8	その他

3. 主な職歴欄は、直近時から3か所程度記入してください。
4. 所有する介護・医療関係の資格が複数ある場合は併記してください。
例：介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、看護師、准看護師など
5. 認知症介護実践者研修（平成17年度～）及び痴呆介護実務者研修（平成13年度～平成16年度）の修了者番号は、必ず記入してください。また、修了証の写しを添付してください。
6. 研修受講希望理由等欄は、申し込んだ動機や特に強調したい認知症介護に関する考え方等を自由に記入してください。
7. 施設長又は管理者から推薦を受けたうえでお申し込みください。
8. 記入漏れがないか確認のうえ提出してください。記載内容の不備がある場合は受理できませんのでご注意ください。
9. 得られた個人情報 は名簿並びに修了証作成及び問い合わせのためにのみ使用されます。

認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

フリガナ				生年月日	年 月 日
氏名					
自宅住所	〒			法人名	
法人所在地	〒			役職	
開設事業所名 (仮称含む)				事業所所在地 (予定含む)	〒
連絡先	電話番号 F A X 番号				
研修当日の連絡先 (携帯電話番号)					
認知症介護従事歴	年 月	事業所名 業務内容	年 月	事業所名 業務内容	
	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		合計	年	
保健医療サービス・福祉サービス事業経営歴	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		合計	年	
開設予定	年 月に				
	1 小規模多機能型居宅介護（介護予防サービスを含む） 2 認知症対応型共同生活介護（介護予防サービスを含む） 3 看護小規模多機能型居宅介護 を開設予定 （該当箇所には○をつけてください。）				

※得られた個人情報名簿及び修了証作成及び問い合わせのためにのみ使用されます。

上記の者を当該研修受講者として推薦します。

年 月 日

法人名

法人代表者氏名

認知症対応型サービス事業管理者研修申込書

フリガナ				生年月日	年 月 日	
氏名						
自宅住所	〒			現任 事業所名		
事業所 所在地	〒			職種		
連絡先	電話番号			FAX番号		
研修当日の連絡先 (携帯電話番号)						
就任予定 事業所名	(現任事業所と同じ場合は記入不要)					
就任予定 事業所 所在地	〒 (現任事業所と同じ場合は記入不要)					
就任予定 事業所 連絡先	電話番号			FAX番号 (現任事業所と同じ場合は記入不要)		
認知症介 護従事歴	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月		合計	年		
就任予定	年 月に 1 認知症対応型通所介護（介護予防サービスを含む） 2 小規模多機能型居宅介護（介護予防サービスを含む） 3 認知症対応型共同生活介護（介護予防サービスを含む） 4 看護小規模多機能型居宅介護 の管理者に就任予定。（該当箇所に○をつけてください。）					
希望日程	第1回 第2回 どちらでもよい （どれかに○をつけてください。 申込状況により希望に沿えない場合もありますのでご了承ください。）					
認知症介護実践者研修 修了状況（旧課程を含む）	年 月 日（修了済 ・ 修了予定） ※修了証の写しを添付してください。修了予定の方は、修了後、 速やかに事業所所在地の保険者に提出ください。					

上記の者を当該研修受講者として推薦します。

年 月 日

法人名

法人代表者名

※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及び看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者となるには、認知症介護従事歴が３年必要です。

※得られた個人情報 は名簿並びに修了証作成及び問い合わせのためにのみ使用されます。

小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修申込書

フリガナ			生年月日	年 月 日
氏名				
自宅住所	〒	現任事業所名		
事業所所在地	〒	職種		
連絡先	電話番号		FAX番号	
研修当日の連絡先 (携帯電話番号)				
就任予定事業所名	(現任事業所と同じ場合は記入不要)			
就任予定事業所所在地	〒 (現任事業所と同じ場合は記入不要)			
就任予定事業所連絡先	電話番号		FAX番号 (現任事業所と同じ場合は記入不要)	
居宅サービス計画及び施設サービス計画書作成経験	従事年月	事業所名	計画を作成した人数 (概数)	
	年 月～ 年 月		人	
	年 月～ 年 月		人	
就任予定	年 月に 1 小規模多機能型居宅介護事業所（介護支援専門員に限る） 2 サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所 3 看護小規模多機能型居宅介護事業所（介護支援専門員に限る） の計画作成担当者に就任予定。（該当箇所に○をつけてください。） ※1又は3の方は介護支援専門員証の写しを添付してください。			
認知症介護実践者研修 修了状況（旧課程を含む）	年 月 日（ 修了済 ・ 修了予定 ） ※修了証の写しを添付してください。修了予定の方は、修了後、速やかに事業所所在地の保険者に提出ください。			

※得られた個人情報は名簿並びに修了証作成及び問い合わせのためにのみ使用されます。

上記の者を当該研修受講者として推薦します。

年 月 日

法人名

法人代表者名

「認知症介護実践リーダー研修」受講申込書

フリガナ		生年月日	年 月 日		
氏名					
自宅住所	〒		職種名		職種コード
フリガナ			役職名		役職コード
職場名					
職場所在地	〒		所属法人名		
職場連絡先	電話番号		FAX番号		
研修当日の連絡先 (携帯電話番号)					
主な職歴（5年程度の介護業務実務経験が必要です）					
期間	事業所名		業務内容		
介護業務実務経験通算 年 か月					
所有する介護・医療関係の資格					
認知症介護実践者研修及び 痴呆介護実務者研修の修了証番号 ※修了証の写しを添付してください	認知症介護実践者研修（ ）				
	痴呆介護実務者研修基礎課程（ ）				
	痴呆介護実務者研修専門課程（ ）				
研修受講希望理由及び今回の研修でテーマや目標としたい事項（なるべく具体的に記入してください。）					

↓確認のため、☑をつけてください。

☐ 上記の者について、当施設（事業所）における実践リーダー（それを現在補佐しており、次にその役を担う予定が具体的にある者）と認め、当該研修受講者として推薦します。

☐ 上記の者については、指定認知症対応型共同生活介護事業所が短期利用にかかる施設基準を満たすための受講です。

年 月 日

施設・事業所名

施設長（又は管理者）氏名

＜記 入 要 領＞

1. 別紙 11 でお申込みいただける事業所は、「指定認知症対応型共同生活介護事業所」に限ります。（それ以外の事業所は、富山県電子申請サービスまたは、別紙 7 によりお申込みください。）

2. 「役職名」欄の「役職コード」、「職種名」欄の「職種コード」について

- ・ 受講申込者の介護保険施設・事業所等における役職及び職種について。

下記の表から選び、そのコード番号を記入してください。

（注 1：役職は、対象要件となりますので、必ず記入してください。）

（注 2：職種を兼務している場合は、職種名欄に全ての職種を記載し、職種コードは主とするものを選択してください。）

コード	役 職
1	施設・事業所の管理者
2	その他管理職（看護長・介護長等）
3	施設・事業所のユニット長
4	施設・事業所の介護主任
5	その他（1～4以外の職場内リーダーとして役職にあるもの）
6	1～5の役職を次に担う予定のある者

コード	職 種
1	医師
2	看護職員
3	介護職員
4	生活相談員、支援相談員
5	介護支援専門員
6	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
7	精神保健福祉士
8	その他

3. 主な職歴欄は、直近時から 3 か所程度記入してください。

4. 所有する介護・医療関係の資格が複数ある場合は併記してください。

例：介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、看護師、准看護師など

5. 認知症介護実践者研修（平成 17 年度～）及び痴呆介護実務者研修（平成 13 年度～平成 16 年度）の修了者番号は、必ず記入してください。また、修了証の写しを添付してください。

6. 研修受講希望理由等欄は、申し込んだ動機や特に強調したい認知症介護に関する考え方等を自由に記入してください。
7. 施設長又は管理者から推薦を受け、短期利用にかかる施設基準を満たすための受講であることを確認し、☒をつけたうえでお申し込みください。
8. 事業所所在地の保険者に提出してください。県への直接のお申込みはできません。
9. 記入漏れがないか確認のうえ、提出してください。記載内容の不備がある場合は受理できませんのでご注意ください。
10. 得られた個人情報は名簿並びに修了証作成及び問い合わせのためにのみ使用されます。