

熊本県・熊本市認知症対応型サービス事業開設者研修等実施要項

1 趣旨

この要項は、熊本県及び熊本市における認知症介護研修（認知症介護基礎研修及び認知症介護実践研修を除く）を実施するに当たり、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成 18 年 3 月 31 日老発第 0331010 号。以下「厚生労働省通知」という。）及び「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 日老計発第 0331007 号）に定めのあるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

2 実施主体等

3（1）～（3）及び3（6）の事業は、熊本県及び熊本市が合同で実施するものとし、適切な事業運営が確保できると認められる介護保険法第 8 条第 2 5 項に規定する介護保険施設、同法第 4 1 条に規定する指定居宅介護サービス事業者又は同法第 4 2 条の 2 に規定する指定地域密着型サービス事業者等（以下「介護保険施設・事業者等」という。）に委託して実施する。

また、3（4）及び3（5）の事業は、熊本県及び熊本市が各々認知症介護研究・研修東京センターに委託等により実施する。

3 事業内容

（1）認知症対応型サービス事業開設者研修

研修対象者

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、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所を新たに開設する予定の法人の代表者、又は新たに代表者に就任する予定の者とする。

実施内容

研修対象者に対して、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させるため、別紙 1 に示す研修を行うものとする。

受講の手續等

受講を希望する者は、当該事業所が所在する市町村（当該事業所を開設する以前においては、開設予定地。以下同じ。）の長を通じて、様式 1 及び様式 2 により知事に申し込むものとする。ただし、当該事業所が熊本市内に所在する場合は、熊本市長に申し込むものとする。

なお、その際、市町村の長（ただし、熊本市長を除く。）は、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省令第 34 号。以下「基準」という。）に照らし、特に受講が必要と認められる者については、様式 1 にて推薦を行うものとする。

（2）認知症対応型サービス事業管理者研修

研修対象者

指定認知症対応型通所介護事業所、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、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所又は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又は管理者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（旧基礎課程を含む。）を修了した者とする。

実施内容

研修対象者に対して、指定認知症対応型通所介護事業所、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、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所を管理・運営していくために必要な知識及び技術を修得させるため、別紙 2 に示す研修を行うものとする。

受講の手續等

受講を希望する者は、当該事業所が所在する市町村の長を通じて、様式 1、様式 3 及び様式 4 により知事に申し込むものとする。ただし、当該事業所が熊本市内に所在する場合は、熊本市長に申し込むものとする。

なお、その際、市町村の長（ただし、熊本市長を除く。）は、基準に照らし、特に受講が必要と認められる者については、様式 1 にて推薦を行うものとする。

（ 3 ）小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

研修対象者

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る者であって、認知症介護実践者研修（旧基礎課程を含む。）を修了している者とする。

実施内容

研修対象者に対して、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において、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計画又は看護小規模多機能型居宅介護計画、介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成するために必要な知識及び技術を修得させるため、別紙 3 に示す研修を行うものとする。

受講の手續等

受講を希望する者は、当該事業所が所在する市町村の長を通じて、様式 1、様式 5 及び様式 6 により知事に申し込むものとする。ただし、当該事業所が熊本市内に所在する場合は、熊本市長に申し込むものとする。

なお、その際、市町村の長（ただし、熊本市長を除く。）は、基準に照らし、特に受講が必要と認められる者については、様式 1 にて推薦を行うものとする。

(4) 認知症介護指導者養成研修

研修対象者

ア～オの全てを満たす者とする。

ア 認知症介護実践リーダー研修を修了した者であること。

イ 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、社会福祉士、介護福祉士、言語聴覚士又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であること。

ウ 次のいずれかに該当する者で、おおむね5年以上の介護実務経験を有する者であること。

(ア) 介護保険事業所等で現に介護業務に従事している者(過去において介護保険事業所等で介護業務に従事していた者を含む。)

(イ) 福祉系大学や養成学校等で指導的立場にある者

(ウ) 民間企業で認知症介護の教育に携わる者

エ 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を推薦者が認めている者であること。

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であること。

実施内容

研修対象者に対し、認知症介護に関する専門的な知識及び技術並びに高齢者介護実務者に対する研修プログラム作成方法及び教育技術、地域ケアの推進方法を修得させるため、実施するものとする。

受講の手続等

熊本市以外に所在する介護保険施設・事業者等の長の推薦する者については、県に申し込むものとする。

熊本市に所在する介護保険施設・事業者等の長の推薦する者については、熊本市が別に定める方法により、熊本市に申し込むものとする。

(5) 認知症介護指導者フォローアップ研修

研修対象者

ア及びイのいずれも満たす者とする。

ア 次のいずれかに該当する者であること。

(ア) 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

(イ) 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年以上を経ている者であること。

実施内容

研修対象者に対し、最新の認知症介護に関する高度な専門的知識及び技術を修得させるとともに、高齢者介護実務者に対する研修プログラム作成方法及び教育技術の向上を図るため、実施する。

受講の手続等

3(4) 受講の手續等に準じる。

(6) 認知症介護実践者フォローアップ研修

研修対象者

認知症介護実践者研修(旧基礎課程含む。)を修了した者等とする。

実施内容

研修対象者に対して、認知症介護に関する最新の実践的な知識及び技術を修得させるため、研修を実施する。

受講の手續等

別途通知する「熊本県・熊本市 認知症介護実践者フォローアップ研修 募集案内」によるものとする。

4 受講者の決定

3(1)から(3)及び(6)の研修はそれぞれ別に定める。

3(4)及び(5)については、認知症介護研究・研修東京センターから通知される募集要項等によるものとする。

5 研修修了者への修了証書の交付

(1) 研修修了者への修了証書の交付

3(1)~(3)については、研修修了者から当該研修の申し込みを受けた実施主体の長が、研修修了者に対し、様式7による修了証書を交付し、当該実施主体の長は、修了証書を交付した研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記載した名簿を作成し管理する。

なお、3(4)~(5)については、厚生労働省通知によることとする。

また、3(6)については、修了証は交付しないものとする。

(2) 研修修了者への修了証書の再発行

修了証書は再発行しない。ただし、指定地域密着型サービス事業所の指定申請を行う場合等、研修の修了を証明する公文書の添付が必要であると認められるときは、研修修了者の申し出に基づき、修了証書を交付した実施主体の長等が、様式8により修了証書に代わる証明書を交付することができるものとする。

6 その他

この要項に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附則

この要項は令和4年(2022年)5月25日から施行する。

認知症対応型サービス事業開設者研修 講義約 6 時間 (330 分) 職場体験 : 1 日

教科名	目的及び内容	時間数
1 . 地域密着型サービス基準について	<ul style="list-style-type: none"> ・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の各指定基準を理解する。 	50分
2 . 認知症高齢者の基本的理解	<ul style="list-style-type: none"> 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。 ・「心理的理解」 - 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。 	50分
3 . 認知症高齢者ケアのあり方	<ul style="list-style-type: none"> ・「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。 	50分
4 . 家族の理解・高齢者との関係の理解	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	50分
5 . 地域密着型サービスの取組みについて	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	100分
6 . 権利擁護の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の尊厳の保持の視点に立ち、虐待防止などの高齢者の権利擁護のための取組みの推進について理解する。 	30分
現場体験	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	1日

認知症対応型サービス事業管理者研修 講義 1 1 時間 (690 分)

教科名	目的及び内容	時間数
1 . 管理者としてあるべき姿	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者として自覚し、求められる行動を理解する。 ・ 職員の人材育成 	70分
2 . 地域密着型サービス基準について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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の各指定基準を理解する。 	60分
3 . 地域密着型サービスの取組みについて	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	170分
4 . 介護従事者に対する労務管理について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	60分
5 . 適切なサービス提供のあり方について	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> < 地域等との連携 > (80分) <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 > (180分) <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 > (70分) <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	330分

小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 講義 1 2 時間 (760 分)

教科名	目的及び内容	時間数
1 . 管理者としてあるべき姿	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者の補佐であることを自覚し、管理者に求められる行動を理解する。 ・ 職員の人材育成 	70分
2 . 地域密着型サービス基準について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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の各指定基準を理解する。 	60分
3 . 小規模多機能ケアの実際	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	60分
4 . ケアマネジメント論 (小規模多機能ケアの実際・地域包括ケア)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	120分
5 . 地域生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	90分
6 . チームケア (記録・カンファレンス・アセスメント・プラン)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	180分
7 . 居宅介護支援計画作成の実際	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「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の作成について理解する。 	180分

認知症対応型サービス事業開設者研修等受講申込書
(事業所とりまとめ票兼市町村の長推薦書)

令和 年 月 日

様

1 受講申込事業所

法人名			
法人所在地			
代表者			
ふりがな			
事業所名			
介護保険事業所番号			
所在地	〒		
連絡先	TEL		FAX
担当者氏名 担当者が受講希望者である 場合にも記入してください。			

2 事業所開設時期(該当する方を○で囲んでください。)

_____年 _____月 開設 ・ 開設予定

3 事業所における認知症介護研修修了者数(現在の在籍者について御記入ください。)

認知症介護実践者研修(旧基礎課程)の修了者数 _____人
(の認知症介護実践リーダー研修修了者を含む人数を御記入ください。)
認知症介護実践リーダー研修(旧専門課程)の修了者数 _____人

4 今回の研修を受講させたい者の優先順位(行が足りない場合は、追加して記入してください。)

研修の種類	優先 順位	氏 名	市町村の長が 推薦する者 ()市町村が記入
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	1		
	2		
小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修	1		
	2		

()市町村の長は、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年3月14日厚生

労働省令第34号)に照らし、特に受講が必要と認められる者については、「市町村の長が推薦する者」欄に「○」を記してください。

【事業所責任者が記入】

1 書類発行(作成)責任者氏名	
2 市町村への書類の提出方法	紙 ・ 電子メール

【市町村が記入】

1 市町村名	
2 市町村担当部署	
3 書類発行(作成)責任者氏名(市町村長名)	
4 担当者氏名	
5 担当者連絡先	
6 県への書類の提出方法	紙 ・ 電子メール

市町村の長の推薦にあたっての留意事項等

1 推薦の対象となる事業所(受講申込者)の基準について

新規開設予定の事業所

義務付け研修を受講する必要がある事業所の該当者。ただし、構想段階にあるものは、受講の対象にはなりません。市町村との協議が進み、開設が確定している事業所が対象となります。

既存の事業所

現に基準を満たしていない、又は近日基準を満たさなくなることが確実な事業所の該当者。

上記 に該当しない場合は、推薦は不要です。

2 具体的な目安について

受講申込書の指定基準に基づく人員配置状況の欄で、「イ 満たしていない」又は「ウ 満たさなくなる予定」と回答した事業所が対象となります。

ただし、理由が未記入の事業所については、必ず確認をしてください。(未記入の場合は、受け付けません。)

また、「人事異動のため」と記入されていた場合、一般的な人事異動か、健康面の問題などやむを得ない人事異動かプライバシーを侵害しない範囲で確認してください。

3 1事業所あたりの推薦人数について

運営基準を満たすために、必要な範囲の人数を推薦してください。

例) 甲グループホーム(2ユニット)において、計画作成担当者の1人が実践者研修未受講の場合、甲グループホームが2人受講を申し込んでいても、推薦は計画作成担当者1人まで。

事業所の中で誰を推薦するかは、事業所の優先順位や資格等を考慮のうえ適宜判断してください。

4 受講資格の確認について

推薦する受講申込者については、研修毎に介護経験年数や必要資格などの規定がありますので、十分留意していただきますとともに、その旨事業所に対し御指導いただきますようお願いいたします。

5 同一事業所からの同一役職への推薦について

貴市町村から、同一事業所の同一役職について、推薦が2回以上行われた場合は、1回目の推薦よりも優先順位が下がります。

認知症対応型サービス事業開設者研修（オンライン研修）受講申込書

令和 年 月 日

様

1 受講申込事業所について

事業所名	
事業種別 (該当するものを○で囲んで下さい。)	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・介護予防小規模多機能型居宅介護 ・介護予防認知症対応型共同生活介護
指定基準に基づく人員配置状況 (選考基準となりますので、該当するところを○で囲んで下さい。)	
開設者(代表者)	ア 満たしている。
	イ 満たしていない。(年 月～) (理由:)
	ウ 満たさなくなる予定(年 月～) (理由:)
事業所における これまでの申込状況	<p>(1) 上記で選択した人員配置状況に対する、研修受講申込は、 (初めて / _____回目)である。 申込回数(括弧内の〇〇回目)は、連続して選考不可となった数を記入してください。 前回の申込みで、申込者が受講決定されている場合は、今回は「初めて」の申し込みとなります。</p> <p>(2) これまでの申込時期 年 月 年 月 2回目以上の申込の方のみ記入してください。 3回以上申込をされている方は余白に記入してください。</p>

2 受講希望者について

ふりがな	
氏名	<p>修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと丁寧に記載してください。(「高」「高」、「真」「真」など簡略字を記載した場合、修了証は簡略字で発行します。)</p>
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
本人携帯番号	<p>提出書類等について研修前や研修期間中に事務局から直接受講者へ御連絡させていただく場合がございます。</p>

<p>メールアドレス</p>	<p>事務局からの連絡事項及び研修資料を必ず受信し、印刷できるアドレスを記入してください。</p>
<p>資格 (該当するものを○で囲んで下さい。)</p>	<p>医師・看護師・社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員・訪問介護員(ヘルパー 一 級)・精神保健福祉士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・その他()</p>

3 この研修で学びたいこと、身につけたいことを記載してください。

受講申込書記入の際の注意点

「2 受講希望者について」のメールアドレスは、事務局からの連絡事項及び研修資料を必ず受信し、印刷できるアドレスを記入してください。携帯のメールアドレス等を記入され、研修当日に資料のダウンロードができない等のお問合せがあり、研修の運営や準備等に支障をきたすことがありました。当日は、すぐに対応できない場合がありますので、今一度確認をお願いします。

認知症対応型サービス事業管理者研修（オンライン研修）受講申込書

令和 年 月 日

様

1 受講申込事業所について

事業所名	
事業種別 (該当するものを○で囲んで下さい。)	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護 ・介護予防認知症対応型共同生活介護
指定基準に基づく人員配置状況(選考基準となりますので、該当するところを○で囲んで下さい。)	
同一事業所から複数人申込みをされる場合で、他者の受講申込書に記入をしている場合は省略していただいても構いません。	
管理者	ア 満たしている。
	イ 満たしていない。(年 月～) (理由:)
	ウ 満たさなくなる予定(年 月～) (理由:)
事業所における これまでの申込状況	<p>(1) 上記で選択した人員配置状況に対する、研修受講申込は、 (初めて / _____回目)である。 申込回数(括弧内の〇〇回目)は、連続して選考不可となった数を記入してください。 前回の申込みで、申込者が受講決定されている場合は、今回は「初めて」の申し込みとなります。</p> <p>(2) これまでの申込時期 年 月 年 月 2回目以上の申込の方のみ記入してください。 3回以上申込をされている方は余白に記入してください。</p>

2 受講希望者について

ふりがな	
氏名	修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと丁寧に記載してください。(「高」「高」 「真」「真」など簡略字を記載した場合、修了証は簡略字で発行します。)
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
本人携帯番号	提出書類等について研修前や研修期間中に事務局から直接受講者へ御連絡させていただく場合がございます。

メールアドレス	事務局からの連絡事項及び研修資料を受信し、印刷できるアドレスを記入してください。	
資格 (該当するものを○で囲んで下さい。)	看護師・社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員・訪問介護員(ヘルパー 級)・ 精神保健福祉士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・ その他()	
身体介護(認知症介護含む)に従事した期間の合計	____年 ____ヵ月 過去に他事業所で経験した年数も合わせて記入願います。	
受講目的	<p>1 ____年 ____月から認知症対応型共同生活事業所等の管理者になることが<u>確定している。</u></p> <p>2 ____年 ____月からすでに認知症対応型共同生活事業所等の管理者に就任しているが、<u>管理者研修未受講であり、受講が必要であるため。</u></p> <p>3 現時点では他の者が管理者を務めており、しばらく交代の予定はないが、<u>次期管理者としてトレーニングを行いたいため。</u> 下に、現在の管理者の氏名を記入してください。 現在の管理者名()</p> <p>4 その他(下記に具体的に記載のこと) ()</p>	
研修の修了状況等		
認知症介護実践者研修 (旧基礎課程研修)	<p>1 認知症介護実践者研修を修了している。 ____年 ____月 ____日修了 <u>修了証書の写しを添付してください。</u></p> <p>2 今後実施される認知症介護実践者研修に申し込んでいる。 (申し込む予定) ____年 ____月 ____日開講</p>	
認知症介護実践リーダー研修(旧専門課程研修)	____年 ____月 ____日修了	
認知症介護基礎研修	____年 ____月 ____日修了	
上記研修受講時と、現在の名字が異なる方は、旧姓を記入してください。		

受講申込書記入の際の注意点

「2 受講希望者について」のメールアドレスは、事務局からの連絡事項及び研修資料を必ず受信し、印刷できるアドレスを記入してください。携帯のメールアドレス等を記入され、研修当日に資料のダウンロードができない等のお問合せがあり、研修の運営や準備等に支障をきたすことがありました。当日は、すぐに対応できない場合がありますので、今一度確認をお願いします。

認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込確認書

この確認書は、受講申込前に受講希望者及び受講希望者の上司（開設者・前任の管理者等）の方に研修の趣旨を理解していただき、それを確認するためのものです。以下、1から5は受講希望者の方が、6から7は受講希望者の上司の方が確認し、必ず全ての項目に記入して、受講申込書と一緒に提出してください。

1から5は受講希望者の方が記入してください。 氏名 _____

1 研修の目的

この研修は、認知症介護実践者研修を修了し、「認知症対応型サービス事業所等の管理者又は管理者になることが予定されている者」が対象で、当事業所を管理・運営していくために必要な知識及び技術を習得することを目的としています。

研修の目的について理解しましたか。（ はい ・ いいえ ）

2 この研修で学びたいこと、身につけたいことを記載してください。

*この研修は、認知症介護実践者研修を修了した者が対象ですので、認知症介護に関する実践的な知識及び技術を習得していることを前提に実施されます。

オンライン開催の場合は、以下を記入。

3 この研修はオンライン開催となっていますが、オンライン利用環境は整っていますか。

（ はい ・ いいえ ）

4 また、基本的なパソコン操作（資料のダウンロードや印刷等）が出来ますか。

研修に関係のない基本的なパソコン操作等に関するお尋ねについては、対応出来かねます。

（ はい ・ いいえ ）

5 研修資料について、研修日前日までに、受講申込書（様式3）の「2 受講希望者について」枠内に記載のメールアドレスに送付します。

研修の資料を確実に受領できるメールアドレスを記載していますか。

（ はい ・ いいえ ）

注意事項（以下の注意点を熟読し、受講者ご本人が にチェックしてください。）

1	受講中は研修指導者の指示に従っていただきますようお願いします。	<input type="checkbox"/>
2	受講中はカメラをオンにして参加してください。	<input type="checkbox"/>
3	研修態度が好ましくない場合（居眠り、携帯電話の使用、研修に関係ない行為等）や無断で離席される場合等には、受講を取り消すか、または修了を認めない場合があります。	<input type="checkbox"/>

4	受講者側の原因によるシステムのトラブルや接続不具合等により受講ができなかった場合は修了を認めない場合があります。	<input type="checkbox"/>
5	同じ場所に複数の受講者がいる場合は、ハウリングを起こす可能性がありますので、ご注意ください。	<input type="checkbox"/>
6	グループワーク等の際、周囲の音声をマイクが拾いますので、必ずイヤホンマイクを使用してください。	<input type="checkbox"/>
7	講座の録音・録画・撮影は禁止いたします。	<input type="checkbox"/>
8	修了証書は、全カリキュラム（全日程）を修了した方に後日郵送いたします。	<input type="checkbox"/>
9	新型コロナウイルスワクチン接種日と重ならないよう、事前に調整していただきますようお願いいたします。当該ワクチン接種のために研修の受講ができない場合、研修の修了を認めません。	<input type="checkbox"/>

6 から 7 は受講希望者の上司（開設者・前任の管理者等）の方が記入してください。

職名 _____ 氏 名 _____

6 この研修は、認知症介護実践者研修を修了し、「認知症対応型サービス事業所等の管理者又は管理者になることが予定されている者」が対象で、当事業所を管理・運営していくために必要な知識及び技術を習得することを目的としています。

研修の目的について理解しました。（ はい ・ いいえ ）

7 この研修で学んでもらいたいこと、期待することを記載してください。

小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修（オンライン研修）受講申込書

令和 年 月 日

様

1 受講申込事業所について

事業所名	
事業種別 (該当するものを○で囲んで下さい。)	・小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護 ・介護予防小規模多機能型居宅介護
指定基準に基づく人員配置状況 (選考基準となりますので、該当するところを○で囲んで下さい。)	
同一事業所から複数人申込みをされる場合で、他者の受講申込書に記入をしている場合は省略していただいても構いません。	
計画作成担当者	ア 満たしている。
	イ 満たしていない。(年 月～) (理由:)
	ウ 満たさなくなる予定(年 月～) (理由:)
事業所における これまでの申込状況	(1) 上記で選択した人員配置状況に対する、研修受講申込は、 (初めて / _____回目)である。 申込回数(括弧内の〇〇回目)は、連続して選考不可となった数を記入してください。 前回の申込みで、申込者が受講決定されている場合は、今回は「初めて」の申し込みとなります。 (2) これまでの申込時期 年 月 年 月 2回目以上の申込の方のみ記入してください。 3回以上申込をされている方は余白に記入してください。

2 受講希望者について

ふりがな	
氏名	修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと丁寧に記載してください。(「高」「高」、「真」「真」など簡略字を記載した場合、修了証は簡略字で発行します。)
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
本人携帯番号	提出書類等について研修前や研修期間中に事務局から直接受講者へ御連絡させていただく場合がございます。

メールアドレス	事務局からの連絡事項及び研修資料を受信し、印刷できるアドレスを記入してください。		
資格 (該当するものを○で囲んで下さい。)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師・社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員 ・ 訪問介護員（ヘルパー 級）・ 精神保健福祉士・理学療法士・作業療法士 ・ 言語聴覚士・その他（ ） 		
身体介護（認知症介護含む）に従事した期間の合計	年	ヵ月	過去に他事業所で経験した年数も合わせて記入願います。
受講目的	<p>1 年 月から小規模多機能型サービス事業等の計画作成担当者に就任することが<u>確定している。</u></p> <p>2 年 月からすでに小規模多機能型サービス事業の計画作成担当者に就任しているが、<u>計画作成担当者研修未受講であり、受講が必要であるため。</u></p> <p>3 現時点では他の者が管理者を務めており、しばらく交代の予定はないが、<u>次期計画作成担当者としてトレーニングを行いたいため。</u> 下に、現在の計画作成担当者の氏名を記入してください。 現在の計画作成担当者（ ）</p> <p>4 その他（下記に具体的に記載のこと） （ ）</p>		
研修の修了状況等			
認知症介護実践者研修 (旧基礎課程研修)	<p>1 認知症介護実践者研修を修了している。 年 月 日修了 <u>修了証書の写しを添付してください。</u></p> <p>2 今後実施される認知症介護実践者研修に申し込んでいる。 (申し込む予定) 年 月 日開講</p>		
認知症介護実践リーダー研修 (旧専門課程研修)	年	月	日修了
認知症介護基礎研修	年	月	日修了
上記研修受講時と、現在の名字が異なる方は、旧姓を記入してください。			

受講申込書記入の際の注意点

「2 受講希望者について」のメールアドレスは、事務局からの連絡事項及び研修資料を必ず受信し、印刷できるアドレスを記入してください。携帯のメールアドレス等を記入され、研修当日に資料のダウンロードができない等のお問合せがあり、研修の運営や準備等に支障をきたすことがありました。当日は、すぐに対応できない場合がありますので、今一度確認をお願いします。

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確認書

この確認書は、受講申込前に受講希望者及び受講希望者の上司の方（開設者・前任の計画作成担当者等）に研修の趣旨を理解していただき、それを確認するためのものです。以下、1から5は受講希望者の方が、6から7は受講希望者の上司の方が確認し、必ず全ての項目に記入して、受講申込書と一緒に提出してください。

1から5は受講希望者の方が記入してください。氏名

1 研修の目的

この研修は、「小規模多機能型居宅介護事業所等の計画作成担当者または計画作成担当者になることが予定されている者」が対象で、利用者及び事業の特性を踏まえた事業計画を作成するために必要な知識・技術の習得を目的としています。

研修の目的について理解しましたか。（ はい ・ いいえ ）

2 この研修で学びたいこと、身につけたいことを記載してください。

--

* この研修は、認知症介護実践者研修を修了した者が対象ですので、認知症介護に関する実践的な知識及び技術を習得していることを前提に実施されます。

オンライン開催の場合は、以下を記入。

3 この研修はオンライン開催となっておりますが、オンライン利用環境は整っていますか。
（ はい ・ いいえ ）

4 また、基本的なパソコン操作（資料のダウンロードや印刷等）が出来ますか。
研修に関係のない基本的なパソコン操作等に関するお尋ねについては、対応出来かねます。
（ はい ・ いいえ ）

5 研修資料について、研修日前日までに、受講申込書（様式5）の「2 受講希望者について」枠内に記載のメールアドレスに送付します。
研修の資料を確実に受領できるメールアドレスを記載していますか。
（ はい ・ いいえ ）

注意事項（以下の注意点を熟読し、受講者ご本人が にチェックしてください。）

1	受講中は研修指導者の指示に従っていただきますようお願いします。	<input type="checkbox"/>
2	受講中はカメラをオンにして参加してください。	<input type="checkbox"/>
3	研修態度が好ましくない場合（居眠り、携帯電話の使用、研修に関係ない行為等）や無断で離席される場合等には、受講を取り消すか、または修了を認めない場合があります。	<input type="checkbox"/>
4	受講者側の原因によるシステムのトラブルや接続不具合等により受講ができなかった場合は修了を認めない場合があります。	<input type="checkbox"/>

5	同じ場所に複数の受講者がいる場合は、ハウリングを起こす可能性がありますので、ご注意ください。	<input type="checkbox"/>
6	グループワーク等の際、周囲の音声をマイクが拾いますので、必ずイヤホンマイクを使用してください。	<input type="checkbox"/>
7	講座の録音・録画・撮影は禁止いたします。	<input type="checkbox"/>
8	修了証書は、全カリキュラム（全日程）を修了した方に後日郵送いたします。	<input type="checkbox"/>
9	新型コロナウイルスワクチン接種日と重ならないよう、事前に調整していただきますようお願いいたします。当該ワクチン接種のために研修の受講ができない場合、研修の修了を認めません。	<input type="checkbox"/>

 6 から 7 は受講希望者の上司の方（開設者・前任の計画作成担当者等）が記入してください。

職名 _____ 氏 名 _____

6 この研修は、「小規模多機能型居宅介護事業所等の計画作成担当者または計画作成担当者になることが予定されている者」が対象で、利用者及び事業の特性を踏まえた事業計画を作成するために必要な知識・技術の習得を目的としています。

研修の目的について理解しましたか。（ はい ・ いいえ ）

7 この研修で学んでもらいたいこと、期待することを記載してください。

様式7

第<修了証番号>号

修了証書

氏名 <修了者氏名>

生年月日 <修了者生年月日>

厚生労働省の定める<研修名>を修了したことを証します

年(年) 月 日

実施主体の長(実施主体の長名)

認知症対応型サービス事業開設者研修等受講証明願

次の目的に使用するため、熊本県・熊本市認知症対応型サービス事業開設者研修等実施要項に基づく下記の研修を修了していることを証明願います。

使用目的：

年 月 日

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

(実施主体の長等) 様

記

受講 年度	研 修 名	修了年月日	実施主体 修了証書番号

研修実施主体（熊本県または熊本市）記入欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 (年) 月 日

(実施主体の長等)