

4 高 第 2918 号  
令和 5 年 3 月 8 日

介護保険サービス事業者 様

長野市長 荻原 健司  
(保健福祉部高齢者活躍支援課担当)

令和 5 年度介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・  
介護職員等ベースアップ等支援加算処遇改善計画書の提出について（通知）

日頃から、適切な介護サービスの提供に御尽力いただき、感謝申し上げます。

令和 5 年 4 月又は 5 月から介護職員処遇改善加算等を算定しようとする介護サービス事業者については、厚生労働大臣が定める基準（平成 27 年厚生労働省告示第 95 号）に定める介護職員処遇改善計画書、介護職員等特定処遇改善計画書及び介護職員等ベースアップ等支援加算計画書を作成し、届け出る必要があります。

つきましては、「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和 5 年 3 月 1 日老発 0301 第 2 号厚生労働省老健局長通知）に基づき、下記により計画書を提出してください。

なお、前年度から当該加算を算定している場合であっても、計画書は毎年度提出する必要がありますのでご注意ください。

記

1 提出書類

<令和 4 年度と同一区分の加算を算定する場合>

- (1) 「介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算処遇改善計画書」（別紙様式 2-1）
  - (2) 「介護職員処遇改善加算（施設・事業所別個表）」（別紙様式 2-2）
  - (3) 「介護職員等特定処遇改善加算（施設・事業所別個表）」（別紙様式 2-3）
  - (4) 「介護職員等ベースアップ等支援加算（施設・事業所個別表）」（別紙様式 2-4）
- ※算定する加算に対応する別紙様式のみ提出すること。

<令和 5 年度から新たに加算を算定する場合及び加算区分を変更する場合>

- (1) 「介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算処遇改善計画書」（別紙様式 2-1）
  - (2) 「介護職員処遇改善加算（施設・事業所別個表）」（別紙様式 2-2）
  - (3) 「介護職員等特定処遇改善加算（施設・事業所別個表）」（別紙様式 2-3）
  - (4) 「介護職員等ベースアップ等支援加算（施設・事業所個別表）」（別紙様式 2-4）
  - (5) 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」  
(サービスにより別紙 2、別紙 3-2、別紙 19 のいずれか)
  - (6) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」  
(サービスにより別紙 1、別紙 1-2、別紙 1-3、別紙 1-4 のいずれか)
- ※算定する加算に対応する別紙様式のみ提出すること。

## 2 提出部数

1部

## 3 提出期限

上記1(1)(2)(3)(4)は、令和5年4月14日(金)必着

上記1(5)(6)は、令和5年3月31日(金)必着

※令和5年度より介護職員処遇改善加算等を新規に取得又は区分を変更する場合は、令和5年3月31日(金)までに(5)及び(6)を提出してください。(※計画書より先に体制届及び体制等状況一覧表を提出する必要がありますので、ご注意ください。)

## 4 提出先

長野市役所 第二庁舎1階 高齢者活躍支援課(郵送による提出も可能)。

## 5 留意事項

- ・令和4年度分の賃金改善を令和5年度分として計上するなど、年度間の重複計上は認められませんので、賃金改善実施期間の設定にはご注意ください。
- ・複数の事業所をまとめて計画書を作成する場合及び法人等一括で作成する場合は、同一の計画書を各指定権者が審査することとなります。各指定権者から計画書の修正の連絡があった場合は、修正をした上で全ての指定権者へ差し替えを送付してください。
- ・計画書の記載内容の根拠となる資料等の提出は不要ですが、計画書のチェックリストを確認(※「変更なし」にチェックしても毎年度必要事項の記載やチェックが必要になります。)するとともに、資料等は介護サービス事業所で適切に保管し、求めがあった場合には速やかに提示してください。

## 6 特別な事情に係る届出書について

事業の継続を図るために、介護職員の賃金水準(加算による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で賃金改善を行う場合、「特別な事情に係る届出書」(別紙様式5)を提出してください。なお、令和4年度に「特別な事情に係る届出書」を提出した事業所にあつては、令和5年度も継続して賃金水準を引き下げる場合、当該届出書を改めて提出する必要があります。

## 7 各種通知・様式について

○長野市ホームページ

<https://www.city.nagano.nagano.jp/n101000/contents/p002488.html>

(問い合わせ先)

長野市保健福祉部高齢者活躍支援課  
介護施設担当

TEL : 026-224-5094 FAX : 026-224-5126

E-mail : kourei@city.nagano.lg.jp

4 介第 1268 号  
令和 5 年（2023 年）3 月 8 日

介護サービス事業者の長 様

長野県健康福祉部介護支援課長

令和 5 年度認知症介護指導者養成研修受講者の募集について（通知）

平素、長野県の福祉行政につきまして、格別なご理解、ご協力をいただき厚く感謝申し上げます。  
さて、標記研修について、社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター長から募集通知がありました。

つきましては、貴所における認知症介護実践リーダー研修修了者に対し、別添「令和 5 年度認知症介護指導者養成研修受講者の募集について（通知）」についてご周知いただき、研修受講を希望する場合は、下記により書類の提出をお願いします。

記

- 1 研修内容及び受講者の要件等  
別添「令和 5 年度長野県認知症介護指導者養成研修の実施について」及び「令和 5 年度長野県認知症介護指導者養成事業実施要綱」（以下「実施要綱」という。）のとおり  
（詳細参照：「令和 5 年度認知症介護研究・研修大府センター認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」）
- 2 提出書類  
【県推薦枠】実施要綱 3（1）ア（キ）に定める書類  
【事業所推薦枠】実施要綱 3（1）イ（カ）に定める書類
- 3 提出方法  
長野県健康福祉部介護支援課あて郵送または持参による  
（〒380-8570 長野市大字南長野字幅下 692-2）
- 4 提出期限  
別添「令和 5 年度長野県認知症介護指導者養成研修の実施について」のとおり
- 5 その他  
事業所推薦枠で受講決定を受けた者の受講料等研修に係るすべての費用は、各事業所等での負担となりますので、ご承知おき願います。

担 当	介護支援課介護人材係 （課長）油井 法典	（担当）高地 有紀
電 話	026-235-7129（直通）	
ファクシミリ	026-235-7394	
E-mail	kaigo-jinzai@pref.nagano.lg.jp	

4 介第 1268 号  
令和 5 年(2023 年) 3 月 8 日

認知症介護実践リーダー研修修了者 様

長野県健康福祉部介護支援課長

令和 5 年度認知症介護指導者養成研修受講者の募集について (通知)

平素、長野県の福祉行政につきまして、格別なご理解、ご協力をいただき厚く感謝申し上げます。  
さて、標記研修について、社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター長から募集通知がありました。  
つきましては、県推薦枠及び事業所推薦枠の受講希望者を募集しますので、受講を希望する場合は、下記により当課あてに所定の書類を提出してください。

記

- 1 研修内容及び受講者の要件等  
別添「令和 5 年度長野県認知症介護指導者養成研修の実施について」及び「令和 5 年度長野県認知症介護指導者養成事業実施要綱」(以下「実施要綱」という。)のとおり
- 2 提出書類  
【県推薦枠】実施要綱 3 (1) ア (キ) に定める書類  
【事業所推薦枠】実施要綱 3 (1) イ (カ) に定める書類
- 3 提出方法  
長野県健康福祉部介護支援課あて郵送または持参による  
(〒380-8570 長野市大字南長野字幅下 692-2)
- 4 提出期限  
別添「令和 5 年度長野県認知症介護指導者養成研修の実施について」のとおり
- 5 その他
  - (1) 受講者の決定について  
ア 県推薦枠については、実施要綱に基づき推薦者を決定します。  
イ 県推薦枠及び事業所推薦枠にて申込みを行った後、認知症介護研究・研修大府センターが実践事例報告を考査し、最終的に受講可否が決定します。
  - (2) 受講申込に当たっての留意事項について  
本研修修了後は、県が実施する認知症介護実践者等養成研修を企画・立案し、講師として従事することを前提とするため、予め所属長と相談の上、申込みを行ってください。

担 当	介護支援課介護人材係 (課長) 油井 法典 (担当) 高地 有紀
電 話	026-235-7129 (直通)
ファクシミリ	026-235-7394
E-mail	kaigo-jinzai@pref.nagano.lg.jp

## 別添

### 令和5年度長野県認知症介護指導者養成研修の実施について

#### 1 研修内容

認知症介護に関する専門的な知識及び技術、高齢介護実務者に対する研修プログラム作成方法、教育技術並びに地域ケアの推進方法の取得を目指し実施する。

#### 2 研修日程及び申込期限

	前期	職場研修 (オンラインによる同時 双方向の研修を含む)	後期	申込期限 ※必着	
				県推薦枠	事業所推薦枠
第1回	令和5年 6月5日(月) ～6月16日(金)	令和5年 6月19日(月) ～7月28日(金)	令和5年 7月31日(月) ～8月4日(金)	対象外	令和5年 4月3日(月)
第2回	令和5年 8月28日(月) ～9月8日(金)	令和5年 9月11日(月) ～10月20日(金)	令和5年 10月23日(月) ～10月27日(金)	令和5年 5月19日(金)	令和5年 6月19日(月)
第3回	令和5年 12月4日(月) ～12月15日(金)	令和5年 12月18日(月) ～令和6年 2月2日(金)	令和6年 2月5日(月) ～2月9日(金)		

#### 3 受講対象者

以下の①～⑤の要件をすべて満たしていること。

- ①認知症介護実践リーダー研修修了者であること。
- ②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。
- ③介護保険事業所等で現に介護業務に従事している者又は過去に従事していた者であり、概ね5年以上の介護実務経験を有する者。
- ④長野県の認知症介護実践者等養成研修の企画及び立案に参画し、講師を担当する認知症介護研修企画懇話会構成員としての活動が可能なる者。
- ⑤長野県において地域ケアを推進する役割を担うことが可能なる者。

#### 4 費用負担

受講料 230,000 円、その他宿泊費等

##### 【県推薦枠】

受講料及び宿泊費を長野県の旅費規程に基づいて県が負担します。交通費や食費等は受講者負担となりますのでご注意ください。

##### 【事業所推薦枠】

受講料等研修に係る費用は、各事業所等での負担となりますのでご承知おき願います。

#### 5 研修会場

社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター  
(〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目 294 番地)

※その他詳細は「実施要綱」「募集要項」を確認して下さい。

## 令和5年度長野県認知症介護指導者養成事業実施要綱

### 1 趣旨

認知症高齢者に対する介護サービスの向上を図るため、長野県が令和5年度に実施する認知症介護指導者養成事業に関して必要な事項を定める。

### 2 実施主体

実施主体は県とする。ただし、事業の一部について社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター（愛知県大府市。以下「大府センター」という。）に委託する。

### 3 研修事業

#### (1) 認知症介護指導者養成研修

##### ア 県推薦枠

##### (ア) 研修目的

長野県が実施する認知症介護実践者等養成研修を企画し、講義、演習及び実習を担当できる能力を有する者並びに介護保険施設等の介護の質の改善を指導することができる者を養成すること。

##### (イ) 実施方法

大府センターに委託して実施する。

##### (ウ) 募集定員

2名

##### (エ) 受講要件

以下の要件を全て満たしていること。

- ・認知症介護実践リーダー研修修了者であること
- ・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、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
- ・介護保険事業所等で現に介護業務に従事している者又は過去に従事していた者であり、概ね5年以上の介護実務経験を有する者
- ・長野県の認知症介護実践者等養成研修の企画及び立案に参画し、講師を担当する認知症介護研修企画懇話会構成員としての活動が可能な者
- ・長野県において地域ケアを推進する役割を担うことが可能な者

##### (オ) 県推薦枠選定方法

(エ)に規定する要件を満たした上で、以下について総合的に勘案する。

- ・現認知症介護研修企画懇話会構成員との地域バランス
- ・実践事例報告の内容
- ・面接の内容
- ・現認知症介護研修企画懇話会構成員からの意見

##### (カ) 受講決定方法

(オ)に規定する選定方法により長野県知事が適当と認め推薦した者に対し、大府センター

が選抜考査を実施し、受講者を決定する。

(キ) 提出書類

「令和5年度 認知症介護研究・研修大府センター 認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」で規定される必要書類（※）の他、認知症介護指導者養成研修に係る所属長推薦書（別添資料1）及び認知症介護指導者養成研修に係る誓約書（別添資料2）を提出することとする。

※②認知症介護指導者養成研修に係る推薦書（別紙様式2）のみ提出不要

(ク) その他

受講決定した者は、認知症介護指導者養成研修を修了した翌年度から、認知症介護研修企画懇話会構成員を依頼されることを前提とする。

イ 事業所枠

(ア) 研修目的

県が実施する認知症介護実践者等養成研修を企画し、講義、演習及び実習を担当できる能力を有する者並びに介護保険施設等の介護の質の改善を指導することができる者を養成すること。

(イ) 実施方法

大府センターにおいて実施する。

(ウ) 募集定員

定めない

(エ) 受講要件

以下の要件を全て満たしていること。

- ・ 認知症介護実践リーダー研修修了者であること
- ・ 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、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
- ・ 介護保険事業所等で現に介護業務に従事している者又は過去に従事していた者であり、概ね5年以上の介護実務経験を有する者
- ・ 長野県の認知症介護実践者等養成研修の企画及び立案に参画し、講師を担当する認知症介護研修企画懇話会構成員としての活動が可能な者
- ・ 長野県において地域ケアを推進する役割を担うことが可能な者

(オ) 受講決定方法

申込者が現に勤務している介護保険事業所の長が適当と認め推薦した者に対し、大府センターが選抜考査を実施し、受講者を決定する。

(カ) 提出書類

「令和5年度 認知症介護研究・研修大府センター 認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」で規定される必要書類の他、認知症介護指導者養成研修に係る所属長推薦書（別添資料1）及び認知症介護指導者養成研修に係る誓約書（別添資料2）を提出することとする。

(キ) その他

受講決定し、認知症介護指導者養成研修を修了後、認知症介護研修企画懇話会構成員としての活動を希望する者に対し、選定審査を実施する。なお、選定審査においては、以下について総合的に勘案する。

- ・現認知症介護研修企画懇話会構成員との地域バランス
- ・模擬講義の内容
- ・面接の内容
- ・現認知症介護研修企画懇話会構成員からの意見

(2) フォローアップ研修

ア 研修目的

認知症介護指導者養成研修等修了者に最新の認知症介護に関する専門的な知識及び技術を習得させ、高齢者介護実務者に対する研修プログラムの作成方法及び教育技術の向上を図る。

イ 実施方法

大府センターに委託して実施する。

ウ 募集定員

2名

エ 受講要件

以下の要件を全て満たしていること。

- ・認知症介護実践者等養成研修の企画・立案に参画若しくは講師として従事している者又は認知症介護実践者等養成研修の企画・立案に参画若しくは講師として従事することが予定されている者
- ・認知症介護指導者養成研修修了後1年以上経過している者

オ 推薦者選定方法

原則として、認知症介護指導者養成研修修了順に受講可否を検討する。

カ 受講決定方法

長野県知事が推薦した者の中から、大府センターが受講者を決定する。

キ 提出書類

「令和5年度 認知症介護研究・研修大府センター フォローアップ研修受講者募集要項」で規定される必要書類の他、認知症介護指導者フォローアップ研修に係る所属長承諾書（別添資料3）を提出することとする。

4 個人情報の取り扱いについて

本事業を実施するにあたっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）を遵守するとともに、本事業において知り得た個人情報については、本事業の目的以外で使用しないこととする。



(別添資料1)

## 認知症介護指導者養成研修に係る所属長推薦書

長野県知事 様

「令和5年度 認知症介護研究・研修大府センター 認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」等における研修の目的を理解し、研修修了後は、長野県の認知症介護に関する研修に協力し、地域ケアの推進を図る者として、下記の者を推薦します。

推薦する者の氏名	
推薦理由 (所属長として上記の者を推薦する理由を、文章で簡潔に記載してください。)	

(所属)

住所

所属名

所属長名

(自署により押印省略可能)

(別添資料2)

認知症介護指導者養成研修に係る誓約書

長野県知事 様

私は、「令和5年度 認知症介護研究・研修大府センター 認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」等における研修の目的を理解し、研修の受講を希望するとともに、研修修了後は、長野県の認知症介護の研修に協力し、地域ケアの推進を図ることを誓約します。

(受講者)

住 所

氏 名

## 令和5年度 認知症介護研究・研修大府センター 認知症介護指導者養成研修受講者募集要項

### 1 研修のねらい

認知症介護指導者養成研修は、受講者が以下の内容を達成できることをねらい、実施します。

認知症介護従事者が認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状（BPSD）を予防できるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当することができる知識・技術を習得すること及び介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導するとともに、自治体等における認知症施策の推進に寄与できるようになる。

### 2 研修対象者

研修対象者は、以下の①から⑤の要件を満たし、認知症介護指導者養成研修対象者として都道府県・指定都市又は現に勤務している介護保険施設・事業所等（以下「都道府県等」という。）の長が適当と認め推薦する者に対し、認知症介護研究・研修大府センター（以下「センター」という。）が実施する認知症介護指導者養成研修対象者選抜考査（以下「受講者選抜考査」という。）の結果、研修対象者としてセンター長が認めた者とします。

- ① 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
- ② 以下のいずれかに該当する者であって、相当の介護実務経験を有する者
  - (ア) 介護保険施設・事業所等に従事している者（過去において介護保険施設・事業所等に従事していた者も含む。）
  - (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
- ③ 認知症介護実践研修における認知症介護実践者研修（「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」（平成12年10月25日老計第43号厚生省老人保健福祉局計画課長通知。以下「平成12年通知」という。）に規定する基礎課程又は「認知症介護研修等事業の円滑な運営について」（平成17年5月13日老計発第0513001号厚生労働省老健局計画課長通知。以下「平成17年通知」という。）に規定する実践者研修を修了した者を含む。）及び認知症介護実践リーダー研修（平成12年通知に規定する専門課程又は平成17年通知に規定する実践リーダー研修を修了した者を含む。）を修了した者（厚生労働省老健局計画課長通知より）
- ④ 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
- ⑤ 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

※以上の要件を満たす者を対象とするが、特に認知症の人の地域全体の介護サービスの向上を目的とする本研修の趣旨にかんがみ、研修修了後には、認知症介護指導者としての役割（認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当すること及び介護保険施設・事業

者等における介護の質の改善について指導すること、自治体等における認知症施策の推進に寄与すること)を担うことに同意した者であること。また、推薦者は、被推薦者が同役割を担うことについて理解した上で選定に留意されたい。

※本研修は、一部オンラインによる同時双方向の研修を実施する。そのため、研修受講に際しては、自施設・事業所等で、WEB研修受講の環境を整えることを前提とする。

### 3 研修受講者の対象地域

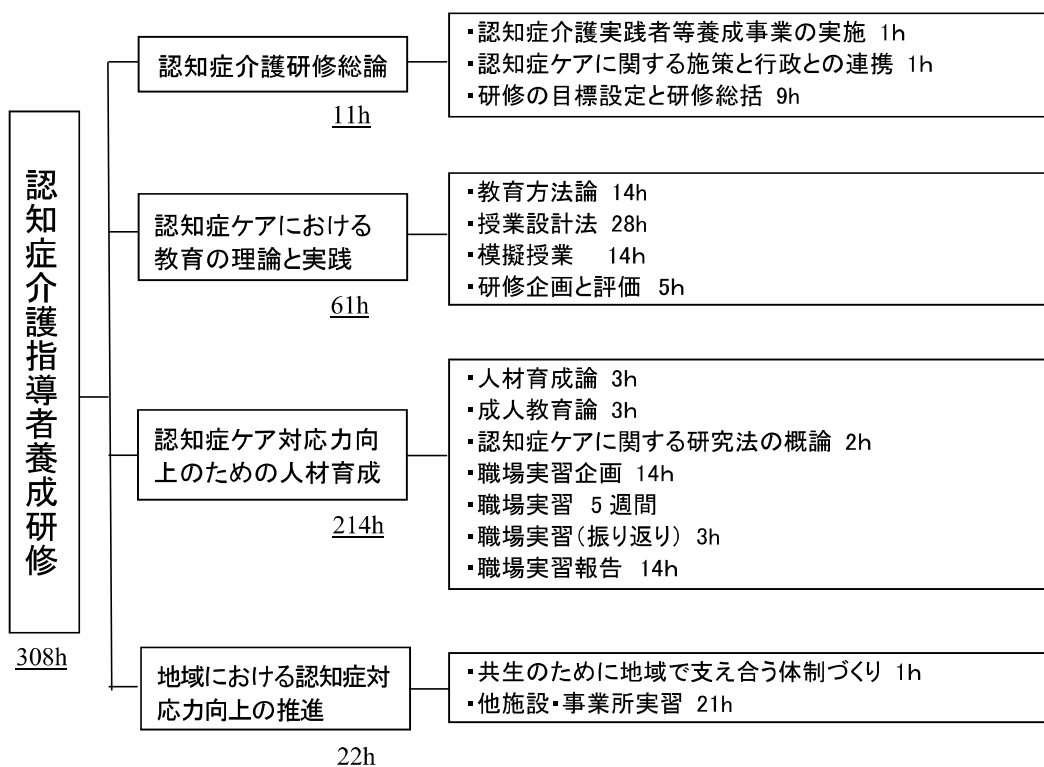
センターの対象地域は、原則として下記の都道府県・指定都市です。

(中部地域) 富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、静岡市、浜松市、名古屋市

(近畿地域) 三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、京都市、大阪市、堺市、神戸市

### 4 研修内容

カリキュラムについては、以下のとおりとします。



### 5 受講手続

(1) 必要書類

- ① 受講申込書(別紙様式1)
- ② 認知症介護指導者養成研修に係る推薦書(別紙様式2)
- ③ 認知症介護実践リーダー研修修了書の写し1部

- ④ 受講者選抜考査のための実践事例報告に関する提出書類  
介護現場で受講者自身がかかわった認知症の人1事例についての実践事例報告  
(別紙様式3に3,000字程度で作成してください。ただし、図表は1点400字  
とみなします)

(2) 手 続 き

- ① 都道府県・指定都市は、都道府県等の長の推薦する者の必要書類を、別紙様式4  
に必要事項を記入のうえ添付し、下記期日までにセンターあて送付願います。

**【認知症介護指導者養成研修応募締め切り期日】**

第1回            令和5年4月10日(月曜日)    必着  
第2、3回        令和5年6月26日(月曜日)    必着

- ② 介護保険施設・事業者の長の推薦する者については、所管の都道府県・指定都市  
の認知症介護指導者養成研修担当課に、必要書類を提出してください。  
③ 介護保険事業者のうち指定地域密着型サービス関連事業者の長の推薦する者に  
あつては、所管の市区町村担当課を経由して都道府県・指定都市の認知症介護指導  
者養成研修担当課に必要書類を提出してください。  
④ 都道府県等とセンターとの受講に関する諸手続きは、受講確定通知後に行いま  
す。

(3) 受講者の決定

提出された書類を考査し、受講者を決定します。

なお各回の受講定員は原則として22名とします。受講者選抜考査の結果、基準  
を満たした者が受講定員を超えた場合は、抽選により受講者を決定します。

(4) 受講者の決定通知

下記の期日までに都道府県等あてに通知します。

**【研修受講者決定通知期日】**

第1回            令和5年4月21日(金曜日)  
第2、3回        令和5年7月14日(金曜日)

## 6 研修日程及び場所

(1) 第1回

- ① センターにおける前期研修  
令和5年6月5日(月)～6月16日(金)  
② 職場における研修  
6月19日(月)～7月28日(金)  
内オンラインによる同時双方向の研修  
6月21日(水)～6月23日(金)、  
7月10日(月)、7月24日(月)～7月25日(火)

- ③ センターにおける後期研修  
7月31日(月)～8月4日(金)

(2) 第2回

- ① センターにおける前期研修  
令和5年8月28日(月)～9月8日(金)
- ② 職場における研修  
9月11日(月)～10月20日(金)  
内オンラインによる同時双方向の研修  
9月13日(水)～9月15日(金)、  
10月2日(月)、10月16日(月)～10月17日(火)
- ③ センターにおける後期研修  
10月23日(月)～10月27日(金)

(3) 第3回

- ① センターにおける前期研修  
令和5年12月4日(月)～12月15日(金)
- ② 職場における研修  
12月18日(月)～2月2日(金)  
内オンラインによる同時双方向の研修  
12月20日(水)～12月22日(金)、  
令和6年1月15日(月)、1月29日(月)～1月30日(火)
- ③ センターにおける後期研修  
令和6年2月5日(月)～2月9日(金)

センターにおける前期・後期研修では、土日以外は研修プログラムを実施します。また、職場における研修期間中は、オンラインを活用した講義・演習30時間と前期研修中に作成する企画書に基づき、各自の職場で職場実習を行っていただきます。

受講申し込み状況に応じて、開催回数を増減する場合があります。また、新型コロナウイルス等の感染状況により、研修中止または開催方法を変更する場合があります。

## 7 費用負担額

受講料 230,000円

受講料の納入方法については、必要に応じて各都道府県等と調整します。

受講開始後は、いっさい返金しません。

## 8 その他の費用負担額 (全て消費税込み)

(1) 教材費・災害傷害保険料 8,000円

(2) 宿泊費 1人1泊2,000円

(センターの宿泊施設を利用する場合の素泊まり料金)

\* 宿泊施設の利用の可否は、当センターが決定します。

\* 宿泊室は16室のため、利用できない場合があります。

\*新型コロナウイルス感染症まん延の状況により、利用をお断りする場合があります。

- (3) 食費 昼食 450円 夕食 650円 (事前申込制)

料金は変動することがあります

- (4) その他の費用負担の納入方法については、後日送付する研修のしおりでご確認ください。

## 9 研修受講者の遵守事項

研修受講者は、センターの諸規則を遵守していただきます。

## 10 個人情報の取り扱い

- (1) 受講申込書にある研修受講者に関する個人情報は、センターが厳重に保管し、以下の目的のために使用します。

- ① 認知症介護指導者養成研修に関する資料等の送付
- ② 認知症介護指導者養成研修の授業準備
- ③ 認知症介護指導者養成研修の教育評価
- ④ 認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）が実施する事業についての協力依頼
- ⑤ 認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）が実施する事業についての情報提供
- ⑥ その他、研修受講者・修了者にとって有益だとセンター長が判断した情報提供

- (2) 研修受講や修了までに至らなかった者についての受講申込書にある研修受講者に関する個人情報は、直ちにセンターで破棄します。

## 11 研修の取り消し

- (1) センター長は、研修受講者がセンターの諸規則に違反する等、研修受講者としてふさわしくない行為があった場合は、研修の受講を取り消すことができます。
- (2) センター長は、研修の受講を取り消した場合は、本人に文書により通知するとともに、その理由を付して、研修受講者を推薦した都道府県等の長に通知します。

## 12 研修の修了

- (1) センター長は、研修の全てのカリキュラムを受講し、センターが行う修了考査により認知症介護指導者として適当と認められた者に対し、別紙様式5の修了証書を交付します。
- (2) センター長は、修了証書を交付後、都道府県・指定都市の所管課を通じ推薦した者に修了者を通知します。

## 13 修了者の登録

センター長は、研修修了者について、認知症介護指導者として登録し、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記入した名簿を作成し、管理します。

## 認知症介護指導者養成研修受講申込書

写真貼

募集要項の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申込みます。

令和5年 月 日

フリガナ			性 別	男 女
氏 名			生年月日(年齢)	昭和・平成 年 月 日( 歳)
職 場	法人種別		サービス種別	
	フリガナ		フリガナ	
	法 人 名		施設・事業所名	
	フリガナ			
	住 所	〒		
	電 話		F A X	
E - m a i l				
連 絡 先 (職場以外)	フリガナ			
	住 所	〒		
	電 話		F A X	
	E - m a i l			
主 な 資 格 ( 登 録 番 号 )		職 位 名	管 理 職	管 理 職 以 外
1 医師( )	9 社会福祉士( )	組 織 経 営		
2 保健師( )	10 介護福祉士( )	介 護 部 門		
3 助産師( )	11 精神保健福祉士( )	看 護 部 門		
4 看護師( )	12 介護支援専門員( )	リハビリ部門		
5 准看護師( )	13 その他	相 談 員		
6 理学療法士( )	〔 〕	介 護 支 援 専 門 員		
7 作業療法士( )		医 師		
8 言語聴覚士( )		そ の 他		
その他の職位(他の職位を兼務している場合、主要な兼務の「サービス種別」「職場名」「職位」を記入する)				
健康状況	良好 ・ 加療中(服薬中) ・ 加療中(経過観察中)			*当てはまるものに○
介護実務経験 (サービス種別・職場名・職位名・期間を新しいものから書く)				総介護実務年数
1	( 年間)			年
2	( 年間)			
3	( 年間)			
認知症介護に関する研修の受講歴 (当てはまる番号に○)		本研修修了後、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、又は講師として従事する予定の有無 (どちらかに○)		
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 認知症介護実務者研修基礎課程 4 認知症介護実務者研修専門課程 5 その他 [ ]		有 ・ 無		
認知症介護に関する研修の講師歴		受講希望回	Zoomによる受講環境	宿泊希望
1	第1希望: 第 回		有 ・ 無	有 ・ 無
2	第2希望: 第 回			
3				
				駐車場希望
				有 ・ 無



**認知症介護指導者養成研修修了後の役割の理解**

認知症介護指導者養成研修修了後には、以下の役割を担うことが求められます。役割を理解した上で、□にチェックを付けてください。

- 認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当することを理解している
- 介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導する役割となることを理解している
- 自治体等における認知症施策の推進に寄与する役割となることを理解している

研 修 受 講 希 望 理 由

**個人情報の取り扱いについて**

私は、「令和5年度認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」の「10 個人情報の取り扱い」について、同意します。

令和5年 月 日 \_\_\_\_\_  
(自筆に限る)

(記入要領)

- 1 様式右上欄外に申込日前3か月以内の受講申込者の写真を貼付してください。  
(3×2.4 cm程度)
- 2 氏名欄にはフリガナをつけてください。
- 3 現在の職場を職場欄に記入してください。なお「研修対象者の要件②(ア)過去において介護保険施設・事業所等に従事していた者」に該当する場合は、連絡先欄に記入してください。
- 4 主な資格欄は、  
当てはまる資格の番号すべてに丸を付けてください。また、( )内に当該資格の登録番号を記入してください。  
その他の資格がある場合は( )内に具体的に記入し、登録番号を記入してください。
- 5 職位名欄は、  
ご自身の本務の職位として当てはまる欄に職位名を記入してください。  
どの欄に書くかは、下の記入の目安を参考にしてください。

(記入の目安)

	管理職	管理職以外
組織経営	理事長・理事・施設長 ・副施設長など	
介護部門	介護長・介護主任・フロアリーダー ・副主任・ユニットリーダー等	ケアワーカー・介護士・寮母 ・寮夫・ホームヘルパー等
看護部門	総師長・看護部長・師長	看護師
リハビリ部門	リハビリ科科长・リハビリ主任 ・リハビリ部門責任者等	理学療法士・作業療法士等
相談員	主任生活相談員	生活相談員等
介護支援専門員	主任介護支援専門員・計画作成担当者等	介護支援専門員等
医師	病院長・医院長・医長など	医師
その他		

- 6 その他の職位欄は、  
法人内で他の職位を兼務しているものがある場合は、主要な兼務の「サービス種別」「職場名」「職位」を記入してください。
- 7 介護実務経験に関する職歴欄は、「施設・事業者のサービス種別」「職場名」「職位」「期間」を、直近時から3か所程度記入してください。

(記入例)

1 特養〇〇〇 施設長 〇年間

- 2 ○○○病院 介護主任 ○年間  
3 グループホーム○○ ケアワーカー ○年間

総介護実務年数は、介護に携わった総実務年数を記入してください。

- 8 認知症介護に関する研修の受講歴欄は、当てはまる研修の番号に丸をつけてください。その他、受講した研修のうち主な研修名を記入して下さい。海外で受講した研修でも結構です。
- 9 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、又は講師として従事する予定欄は、本研修修了後における上記研修への参画・従事の予定の有無を○印で記入してください。
- 10 認知症介護に関する研修の講師歴欄は、研修対象者や場所は問いません。主なものを記入してください。
- 11 オンラインによる同時双方向の研修のための受講環境は、以下の①～④を前提としています。準備をお願いいたします。
- ①不特定多数に研修内容を閲覧されない環境
  - ②必要に応じ自由に発言できる環境
  - ③安定してインターネットに接続される（有線による接続を推奨）環境
  - ④PC で受講できる環境（パワーポイントなどを映したときに文字が見られる大きさの端末で受講できることを前提とし、タブレット端末は推奨しません。）
- 12 宿泊希望欄については、センター内の宿泊施設での宿泊希望の有無を丸印で記入してください。宿泊者の決定は、遠方が優先されますが、それらの地域での希望者が多い場合は先着順とします。なお、希望に沿えない場合には速やかに連絡します。
- 13 「認知症介護指導者養成研修修了後の役割の理解」では、認知症介護指導者養成研修修了後の役割を理解した上で、□にチェックを付けてください。
- 14 研修受講希望理由欄は、申し込んだ動機や受講希望者の特に強調したい認知症介護に関する考え方、および研修終了後、認知症介護指導者として地域でどのように活動しようとするか等を800字程度で簡潔に記入してください。
- 15 本要綱5頁「10 個人情報の取り扱い」について同意される方は、自筆による署名をお願いします。

別紙様式2

認知症介護指導者養成研修に係る推薦書

令和5年 月 日

認知症介護研究・研修大府センター長 殿

都道府県知事・指定都市長、介護保険施設・事業者等長名

次の者は認知症介護指導者養成研修受講者募集要項における研修の目的（認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当すること及び介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導すること、自治体等における認知症施策の推進に寄与すること）を理解し、研修対象者の要件を満たしますので、令和5年度認知症介護指導者養成研修の受講者として次の者を推薦します。

令和5年 月 日～ 月 日

氏 名

所 属

別紙様式3

受講者選抜考査のための実践事例報告に関する提出書類

作成日 令和5年 月 日
実践事例報告のタイトル
都道府県指定都市名 所属 氏名
1. この事例を取り上げた理由
2. 倫理的配慮 (記載内容の例) 1) 認知症の人または代諾者に対する説明と同意 2) 管理者に対する説明と同意
3. 事例紹介 (性別、年代、原因疾患・現病、薬、自立度、生活歴、支援の経過、 その他事例の理解を深めるために必要な情報)
4. 課題分析とケアの取り組み及びその結果 (記載内容の例) 1) 解決を目指した認知症の人にとっての課題 2) 課題の発生原因とその根拠となる事実 3) 実施したケア 4) 実施したケアの結果
5. 取り組みの評価及び自分自身が学んだこと (記載内容の例) 1) 取り組みの評価 2) 本事例に取り組んだことによる自己の学び
(合計文字数〇〇〇〇文字)

(記入要領)

- 作成する事例は認知症の人に対しケアを行った事例、1事例の報告とします。スタッフに対する介入を中心とした事例は本報告の対象として該当しません。
- 上記1～5までの項目の合計文字数が**3000字程度(増減は1割まで)**となるよう実践事例報告を作成してください。文章の**最後に合計文字数を記載**してください。なお、上記の文字数を著しく超える場合、または上記の文字数に著しく不足する場合は、再提出または受講不可として取り扱う場合があります。
- 使用する用紙のサイズはA4サイズとします。
- 図表を入れる場合は、図表にタイトルと図表番号をふり、文章と関連付けて示してください。なお図表は1点400字とみなします。
- 実践事例報告作成については、手書きによる作成かパソコン・ワープロによる作成かは問いません。ただし、手書きで作成する場合は、判別できる大きさの楷書で作成してください。1ページのレイアウトは、マイクロソフト社のWordの初期設定、あるいはアップル社のPagesの初期設定に従ってください。
- 提出する事例は、必ずしも現在関わっている認知症の人に関する事例である必要はな

く、支援が終結している事例でもかまいません。

- 実践事例報告を作成するにあたっては、認知症の人とその家族に対し実践事例報告の使用目的・報告の方法・作成における倫理的配慮等について十分説明をし、必ず同意を得てください。その上で、認知症の人およびその家族に対して行った倫理的配慮、ならびに認知症の人及びその家族からこの事例をセンターに提出することの了承を得たことを必ず明記してください。また、自施設・事業者の管理者（報告者が管理者の場合は上司）に当該実践事例報告を行うことの詳細を得てください。その上で管理者または上司から事例をセンターに提出することの了承を得たことを必ず明記してください。

\*なお、以下の例を参考に事例報告の同意を得たことを表記する場合は過去形で記入し、事例を提出することについて同意を得てください。

不適切な例)

不適切な記述例	不適切な点
事例提出について、本人・家族から同意を得る	同意を「得た」かどうか不明確
事例提出について、本人・家族から同意を得ている	同意を「得た」かどうか不明確
事例提出について、本人・家族に十分理解を得た	「同意」を得たかどうか不明確
個人情報については、匿名化することについて同意を得た	事例提出の同意を得たかどうか不明確

報告にあたり実施した倫理的配慮の記入例)

- 実践事例報告を作成するにあたり、認知症の人とその家族に対し実践事例報告の使用目的・報告の方法・作成における倫理的配慮等について説明をし、文書にて同意を得た。
- 実践事例報告を提出するにあたり、管理者より、当該実践事例報告を行うことの同意を得た。

\* 以上の倫理的配慮が行われていない実践事例報告は審査の対象となりませんので十分ご注意ください。

- 個人情報の取り扱いには十分配慮してください。人権擁護の観点から、認知症の人およびその家族の氏名、地域名（都道府県名、市区町村名等）、生年月日、入居年月日、年齢、具体的な職歴（会社名）等、個人が特定される可能性のある情報は記号化してください。なお、氏名については、イニシャルの使用は不可とします。イニシャルが使用されている場合、再提出または受講不可とします。仮名を使用する場合は、実践事例報告中に仮名であることを明記してください。
- 年月を記述する場合は最初に実践事例報告に出てきた年を X 年とし、「X+1 年」等、和や差で年を表してください。
- 認知症の人等の年齢を表記する場合は、年齢を明記せず、「80 歳代前半」等おおよその年代を示してください。

- 認知症の人及び家族の写真の掲載は認めません。
- 文法上の注意
  - ・語尾は「です、ます」か「である」で文体を統一し体言止めは原則として用いないください。
  - ・句読点を意識した簡潔な文章を心がけてください。
  - ・主語、述語との関係をはっきりさせた文章で記述してください。
  - ・箇条書きではなく、文章で事例を報告してください。
  - ・改行した際は一マス下げるなど基本的な文章記述のルールにのっとり作成してください。
  - ・事例作成においては、原則として敬語を用いる必要はありません。
- 以上の要件を満たした実践事例報告を1部提出してください。

提出された実践事例報告は原則として返却しません。

別紙様式 4

認知症介護指導者養成研修受講申込みに係る必要書類の送付書

令和 5 年 月 日

認知症介護研究・研修大府センター長 殿

都道府県・指定都市

認知症介護指導者養成研修担当課長

令和 5 年度の認知症介護指導者養成研修に受講申し込みをする  
以下の合計〇〇名について、必要書類を送付します。

都道府県・指定都市からの推薦者 〇〇名  
氏 名・所属名

介護保険施設・事業者等からの推薦者 〇〇名  
氏 名・所属名



別紙様式 5

	第	号	
修	了	証	書
氏 名			
生年月日 昭和・平成 年 月 日			
あなたは、厚生労働省の定める、令和5年度認知症介護指導者養成研修を修了したことを証します。			
令和 年 月 日			
認知症介護研究・研修大府センター長			
鷺見 幸彦			

## 【動画配信】認知症地域支援関係者等研修会のお知らせ

長野市では、毎年、認知症ケアに携わるさまざまな専門職や関係者が認知症について正しく理解し、それぞれの立場で取組を進めていくため、研修会を開催しています。

**今年度は長野市公式 YouTube アカウントでの動画配信による開催とします(申込不要)。**

◆配信期間：令和5年5月31日（水）まで  
期間内であれば、いつでも視聴することができます。（通信費用は参加者負担）

◆配信方法：下記URL または QR コードへアクセスしていただき、動画をご覧ください。

<https://youtu.be/ac1U20ZJg6o>



◆内 容：講演「認知症の人が自分らしく生活するために  
～本人のQOL向上に向けた  
BPSDの軽減及び重症化の予防について～」

◆講 師：名古屋女子大学 医療科学部 作業療法学科  
学科長 中西 康祐 先生

### 講師紹介

1996.3 同志社大学神学部卒業

2008.3 信州大学医学部保健学科作業療法学専攻 卒業

2013.3 信州大学大学院医学系研究科保健学専攻 生涯保健学分野 老年保健学領域 博士課程修了

2014.4 健康科学大学 健康科学部 作業療法学科 准教授

2022年4月より現職。現在は大学教員の立場で「認知症高齢者に対する根拠に基づく生活支援」にフォーカスした研究を行っている。

◆対象者：（1）認知症のご本人・ご家族  
（2）認知症の方の支援に携わる医療、介護、福祉等の関係者  
（3）キャラバンメイト・認知症サポーター等

◆その他：視聴後は、概要欄または下記のURL・QRコードからアンケートのご協力をお願い致します。講演資料は、アンケートの入力画面から閲覧・ダウンロード可能です。

アンケート回答用URL

[http://s-kantan.jp/city-nagano-nagano-u/offer/offerList\\_detail.action?tempSeq=30884](http://s-kantan.jp/city-nagano-nagano-u/offer/offerList_detail.action?tempSeq=30884)



※主任介護支援専門員更新のための法定外研修の対象外です。

問い合わせ先：長野市地域包括ケア推進課 中部地域包括支援センター（TEL：224-7174）