

平成30年度(第1回)認知症対応型サービス事業開設者研修

開催要綱

1 目的

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の代表者が、認知症介護に係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することにより、認知症高齢者に対する介護サービスや事業運営の充実を図ることを目的とします。

2 実施主体

福岡県

3 実施機関

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会

4 期 日

1日目 平成30年8月7日(火)

2日目 平成30年8月8日(水)

5 会 場

クローバープラザ 西棟5階 502研修室
春日市原町3-1-7

6 定 員

25名

定員に達し次第、締切らせていただきます。

定員超過等で受講をお断りする場合は、その旨本会から連絡します。

7 受 講 料

6,000円(資料代等を含む)

8 受講対象者

福岡県内(福岡市及び北九州市内の事業所は除く)の指定小規模多機能型居宅介護事業者、指定認知症対応型共同生活介護事業者、指定看護小規模多機能型居宅介護事業者、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者、又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者の法人代表者。

受講のみなし措置については、別添「認知症介護研修の受講要件について」を御参照ください。

9 研修内容

別添カリキュラムを御参照ください。

10 受講申込みについて

(1) 申込関係書類の提出方法

別紙及び受講申込書(様式)に必要事項を記入のうえ、各市町村介護保険担当課に提出してください。

(2) 市町村介護保険担当課への提出締切日

平成30年6月22日(金)必着

締切日は厳守願います。

なお、期限後は、受け付けられませんので御承知おきください。

11 受講者の決定について

本会は、各市町村介護保険担当課から提出のあった受講申込書を確認後、受講者を決定し、各市町村介護保険担当課及び各事業所に通知します。

12 修了証書の授与

カリキュラムの全科目を修了された方に対し、福岡県知事名の修了証書を発行します。

13 天災等の災害による研修の延期等について(ホームページの掲載について)

(1) 天災等の災害により、研修を延期又は中止する場合は、研修前日の17時までに本会研修課のホームページにその旨を掲載しますので、各自確認をお願いします。

(2) 施設等でのホームページ閲覧ができない方についてのみ、本会から受講申込書に記載の緊急連絡先に連絡を行いますので、必ず御記入ください。

14 事務局

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 県民サービス部 研修課 担当 松田・山本

〒816-0804 春日市原町3-1-7 クローバープラザ 東棟4階

TEL 092-584-3401 FAX 092-584-3402

15 その他

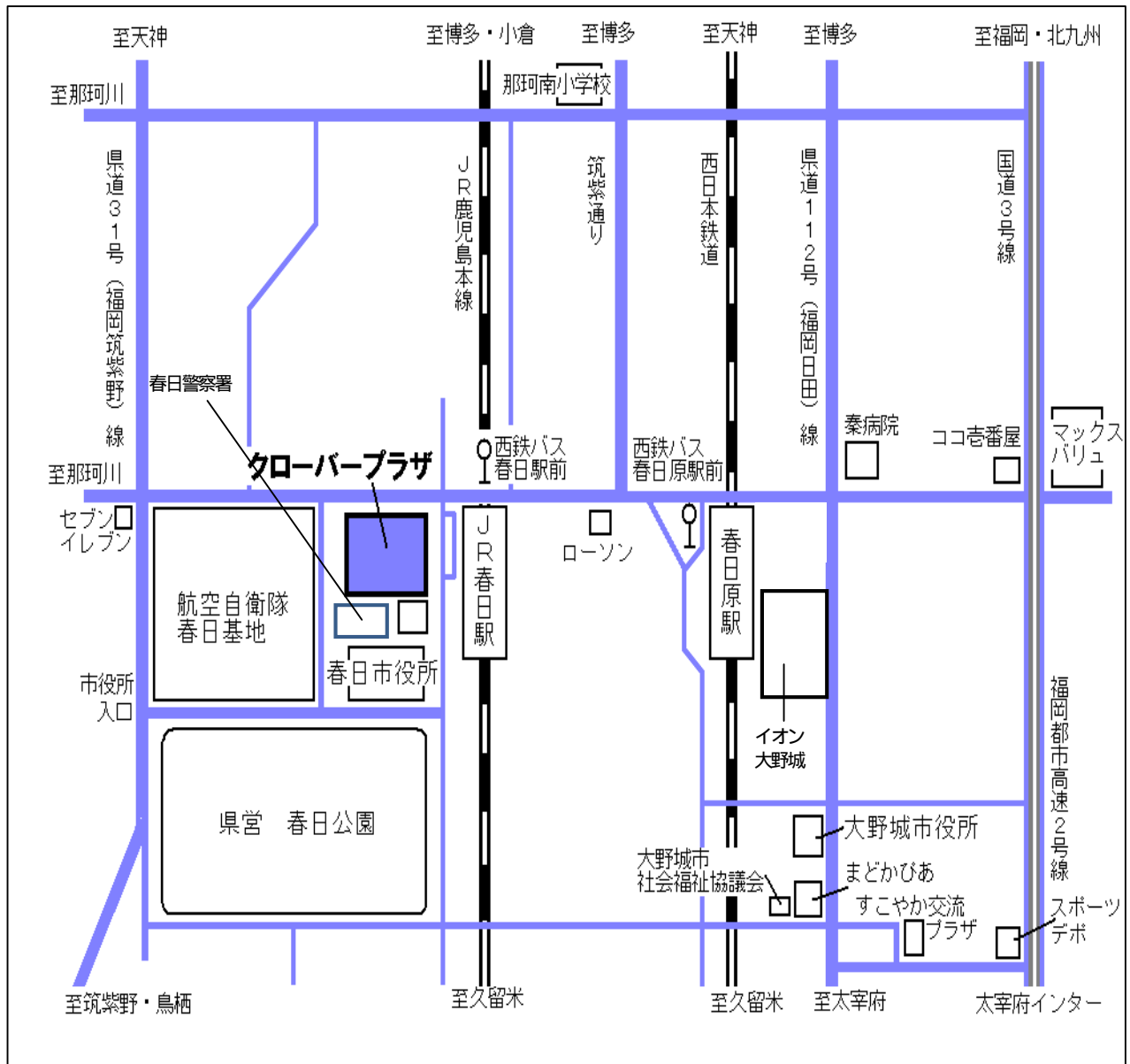
(1) 個人情報の取扱いについて、「受講申込書」に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ利用させていただきます。なお、本研修の受講者名簿に氏名・所属・職名・経験年数を記載します。

(2) 主催者による駐車場の確保はできません。研修会場へは、可能な限り公共の交通機関を御利用くださるようお願いします。

(3) 研修会場は、個人の状況に合わせた室内温度調整はできません。温度調節が可能な服装で御参加ください。

(4) 受講申込の内容に事実と異なる記載があった場合、受講取消を含めて厳正に対処いたします。

会場案内図



J R 春日駅前

西鉄春日原駅から徒歩 8 分

春日公園への駐車は公園利用者の妨げとなりますので御遠慮ください。

平成30年度（第1回）認知症対応型サービス事業開設者研修 カリキュラム

（ 講義等の進行により、終了時間が変更になることがあります。 ）

【1日目】8月7日（火） クローバープラザ 502研修室

時 間		プログラム（講義題・講師名等）
8:50		受 付
9:20		開会・オリエンテーション
9:30	150	【講義1】地域密着型サービスの取組 ～地域密着型サービスの目指すべき方向性～ 特定非営利活動法人 コレクティブ 代表 川原 秀夫 氏
12:00		昼食休憩
13:00	120	【講義2】認知症の人への基本的支援のあり方 認知症介護指導者 特別養護老人ホーム富の里 藤崎 陽子 氏
15:00		休 憩
15:10	120	【実践報告】地域密着型サービスの取組を考える ～国の施策と地域が求めるサービスへ向けての事業展開～ 認知症介護指導者 グループホームさわやかテラス大野城中央 山城 裕美 氏 認知症介護指導者（株）パーソン・サポート絆 川島 豊輝 氏
17:10		閉 会

【2日目】8月8日（水） クローバープラザ 502研修室

時 間		プログラム（講義題・講師名等）
9:30		受 付
10:00	90	【講義3】地域密着型サービスの指定基準について 久留米大学 文学部社会福祉学科 教授 鬼崎 信好 氏
11:30		休 憩
11:40	60	【講義4】家族の理解 ～認知症の人と家族の会福岡県支部の取組～ 認知症介護指導者 認知症の人と家族の会福岡県支部 世話人 中村 益子 氏
12:40		昼食休憩
13:40	120	【講義5】認知症高齢者の「権利擁護」・「高齢者虐待」・「リスクマネジメント」の考え方 翼・篠木法律事務所 弁護士 篠木 潔 氏
15:40		修了証書授与・閉会

認知症介護研修の受講要件について

指定地域密着型サービスの指定・運営基準に規定される研修について

	指定認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)	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	指定認知症対応型通所介護事業所(認知症デイ)	受講免除(みなし措置)について 【注意】 介護保険法に基づき当該事業所を「指定」する際に、 下記「みなし措置」を適用するかは各保険者(市町村)の判断によります。 必ず事業所の所在する市町村(もしくは広域連合)を確認してください。
代表者	認知症対応型サービス事業開設者研修				<ul style="list-style-type: none"> ・認知症介護実践者研修(H17実施分) ・認知症介護実践リーダー研修(H17実施分) ・認知症高齢者グループホーム管理者研修(H17のみ実施) ・旧痴呆介護実務者研修基礎課程(H13～H16実施) ・旧痴呆介護実務者研修専門課程(H13～H16実施) ・認知症(痴呆)介護指導者養成研修(H13より実施中) ・認知症(痴呆性)高齢者グループホーム開設予定者研修(H16～H17実施) <p>上記いずれかの研修修了者は、既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない。</p>
管理者	認知症介護実践者研修 + 認知症対応型サービス事業管理者研修				<ul style="list-style-type: none"> ・グループホーム ・指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所 ・指定(介護予防)看護小規模多機能型居宅介護事業所 ・指定認知症対応型通所介護事業所 <p>平成18年3月31日までに「実践者研修」又は、「基礎課程」を修了した者であって、平成18年3月31日の日に現に特養、老人デイサービスセンター、老健、グループホーム等の管理者の職務に従事している者は、小規模多機能型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または認知症対応型通所介護事業所の管理者として既に必要な研修を修了しているとみなして差し支えない。</p> <p>「認知症高齢者グループホーム管理者研修」(H17年度のみ実施)を修了した者</p> <p>上記 又は の要件をみたしている者はグループホームの管理者として既に必要な研修を修了しているとみなして差し支えない</p>
計画作成担当者	認知症介護実践者研修 + 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修				なし

グループホームにおいて、短期利用共同生活介護サービスを実施するためには、実務者研修(専門課程)、実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修のいずれかを修了している職員が配置されていることが必要です。

根拠法令

「厚生労働大臣が定める施設基準」(平成24年厚生労働省告示第97号)第34号

「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成18年3月31日)

平成16年度までの認知症介護実務者研修(基礎課程・専門課程)修了者は、認知症介護実践研修の実践者研修・実践リーダー研修をそれぞれ修了したものとみなします。

平成17年度認知症高齢者グループホーム管理者研修修了者は、平成17年度認知症介護実践者研修を修了したものとみなします。

(別紙)

平成 年 月 日

_____介護保険担当課長 様

法人名 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

平成30年度(第1回)認知症対応型サービス事業開設者研修
受講申込書の提出について

時下ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。
さて、標記研修の受講申込に伴い別添のとおり必要書類を提出いたします。
つきましては、記載内容を御確認いただき、貴職から福岡県社会福祉協議会長
あて提出いただきますようお願い申し上げます。

担当者 _____

TEL _____

FAX _____

市町村介護保険担当課に提出してください。

平成30年度（第1回）認知症対応型サービス事業開設者研修 受講申込書

福岡県社会福祉協議会 会長 様

受講者 希望者	ふりがな 氏名				性別	男・女
	生年月日	年	月	日生	（ 歳）	
	住所	（〒 - ）				
所属等	法人名					
	事業所名					
	所在地	（〒 - ） TEL（ ） FAX（ ） 決定通知等の文書を送付します。上記と異なる場合のみ下記に御記入ください。 宛名： 住所：（〒 - ）				
	現在の役職		現在の役職の 経験年数		年	ヶ月
認知症対応型サービス事業について	事業の種別 （いずれかに で囲んで ください）	・指定（介護予防）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				
	開設時期等 （いずれか 御記入くだ さい）	【開設済み】 開設（指定）日 平成 年 月 日 就任（予定）日 平成 年 月 日 ----- 【開設予定】 開設予定日 平成 年 月 日 就任予定日 平成 年 月 日				
通信欄	推薦理由等があれば、御記入ください					
福岡県社協のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先 ホームページを閲覧できない方のみ緊急連絡先をお知らせください。						
緊急連絡先 電話番号 ()						