

平成30年度（第1回）認知症対応型サービス事業管理者研修 開催要綱

1 目的

認知症高齢者の介護に携わる指定認知症対応型共同生活介護事業所、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及び指定看護小規模居宅介護事業所サービス事業所の管理者が、認知症高齢者の処遇、介護に関する知識の修得及び技術の向上を図り、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 実施協力者

福岡県認知症介護指導者

5 期 日

1日目 平成30年8月30日（木）

2日目 平成30年8月31日（金）

6 会 場

クローバープラザ 東棟5階 508研修室

春日市原町3-1-7

7 受講定員

100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。

8 受講料

6,000円（資料代等を含む）

9 受講対象者

福岡県内（北九州市及び福岡市を除く。）に所在する新規開設予定又は開設している単独型・併設型指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所、共用型指定（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、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所及び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に就任予定の者。

なお、本研修の受講にあたっては、下記及び別添「認知症介護研修の受講要件について」を参照ください。

(1) 受講要件及びみなし措置

ア 指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所

受講要件	みなし措置
<p>指定介護老人福祉施設、通所介護事業所、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者又は訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者であって、厚生労働大臣が定める研修を修了しているものでなければならない。</p>	<p>平成18年3月31日までに、認知症介護実践研修(実践者研修)又は旧痴呆介護実務者研修(基礎課程)を修了し、平成18年3月31日において、当該事業所を併設する(予定の)法人が運営する指定介護老人福祉施設、通所介護事業所、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の管理者の職務に従事している者、または平成17年度にグループホーム管理者研修(17年度のみ実施)を修了した者については、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>

(介護保険法「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」をもとに作成)

イ 単独型・併設型(共用型)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、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所

事業所	受講要件	みなし措置
単独型・併設型(共用型)指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所	厚生労働大臣が定める研修を修了している者。	平成18年3月31日までに、認知症介護実践研修(実践者研修)又は旧痴呆介護実務者研修(基礎課程)を修了し、平成18年3月31日において、当該事業所を併設する(予定の)法人が運営する指定介護老人福祉施設、通所介護事業所、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の管理者の職務に従事している者は、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。
指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所	指定介護老人福祉施設、通所介護事業所、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者又は訪問介護員等として、 3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者 であって、厚生労働大臣が定める研修を修了しているものでなければならない。	
指定看護小規模多機能型居宅介護事業所		

(介護保険法「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」をもとに作成)

受講申込者の資格について、御不明な点がある場合は、市町村介護保険担当課(広域連合の場合は本部)にお問い合わせください。

10 研修内容

別添カリキュラムを御参照ください。

11 受講申込みについて

(1) 申込関係書類の提出方法

受講対象者	提出書類	提出先
指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所 等	<ul style="list-style-type: none"> ・受講申込提出書（別紙） ・受講申込書（様式第1号） ・受講申込者経歴書（様式第2号） ・職員体制一覧表（様式第3号） ・実践者研修（基礎課程）修了証書のコピー ・受講における同意書 	市町村介護保険担当課
単独型・併設型（共用型）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 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所 等	<ul style="list-style-type: none"> ・受講申込提出書（別紙） ・受講申込書（様式第1号） ・受講申込者経歴書（様式第2号） ・実践者研修（基礎課程）修了証書のコピー ・受講における同意書 	

職員体制一覧表（様式第3号）については、貴施設のユニット数に応じて、該当する様式（様式第3号 1～3）に必要事項を記入ください。

実践者研修を修了している方は、必ず修了証書のコピーを添付してください。

提出書類は、記入漏れや不備がないようお願いします。

(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。

12 受講者決定等について

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。

13 修了証書について

カリキュラムの全科目を修了した者に対し、福岡県知事名の修了証書を交付します。

14 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。

15 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

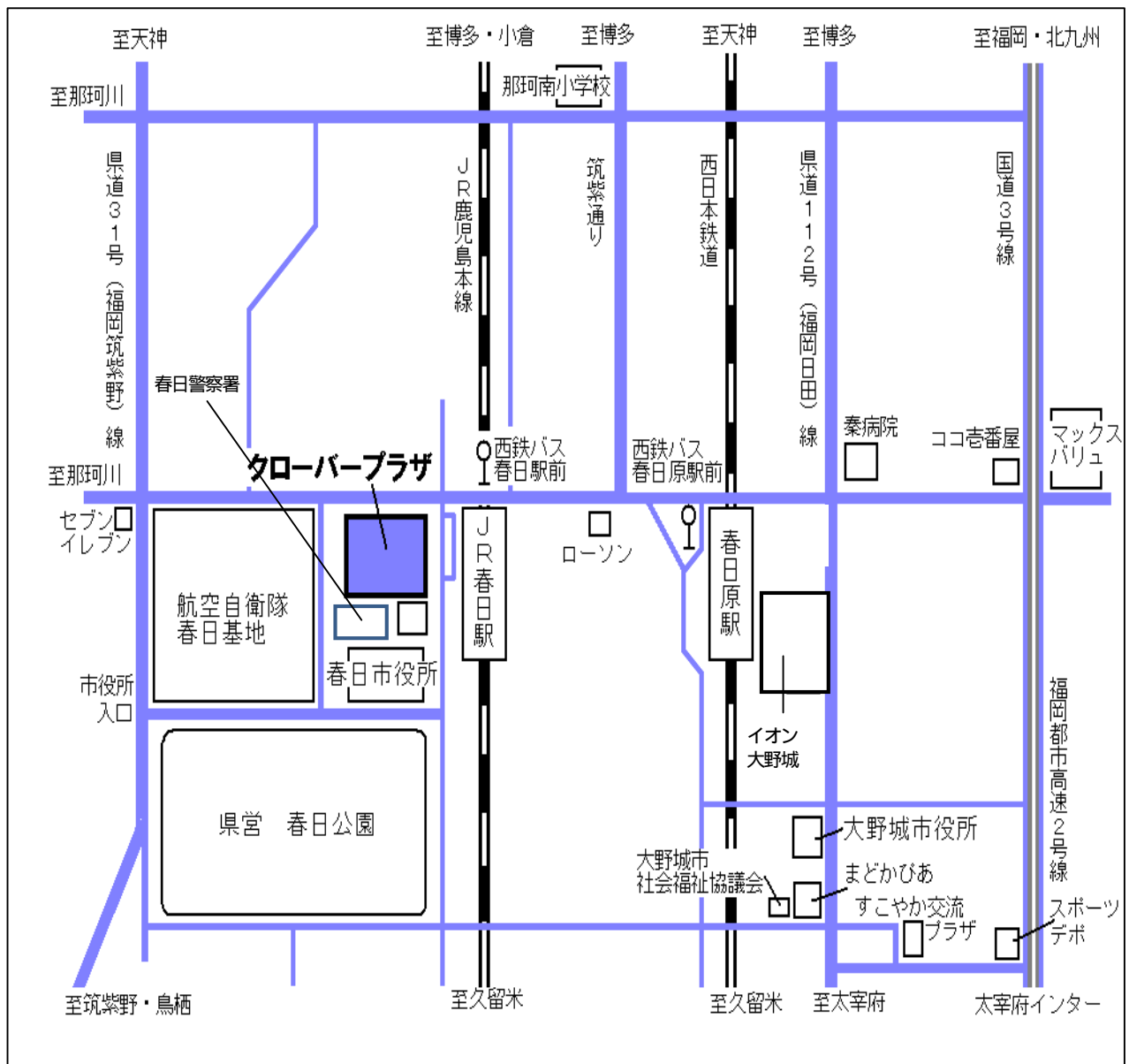
〒816-0804 春日市原町3-1-7 クローバープラザ 東棟4階

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

16 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いたします。
- (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管理者研修 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30日（木）クローバープラザ 508研修室

時 間	プログラム（講義題・講師名等）	
9:00		受 付
9:30		開会・オリエンテーション
9:40	60	【講義1】人権学習
10:40		福岡県人権・同和对策局 講師団講師 原田 憲正 氏
		休 憩
10:50	60	【講義2】介護従事者に対する労務管理について
11:50		中島社会保険労務士事務所 特定社会保険労務士 久地石 富起子 氏
		昼食休憩
12:50	60	【講義3】コンプライアンスの重要性
13:50		認知症介護指導者 パーソン・サポート絆 川島 豊輝 氏
		休 憩
14:00	100	【実践報告】地域密着型サービスの取組について
		運営推進会議 認知症介護指導者 松快園グループホームやすらぎの里 金森 文絵 氏
		地域との連携 認知症介護指導者 グループホーム富の里 柴田 安子 氏
15:40		認知症の人のターミナル ケアの取組 認知症介護指導者 グループホーム さわかかテラス大野城中央 山城 裕美 氏
		休 憩
15:50	60	【講義4】適切なサービス提供のあり方について ～アセスメントとケアプランの基本的な考え方～
16:50		認知症介護指導者 特別養護老人ホーム八女の里 坂本 純子 氏
		レビュー
17:05		閉会

【2日目】8月31日（金）クローバープラザ 508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5】適切なサービス提供のあり方について ～ICTAの活用と業務の効率化～
11:30		認知症介護指導者 いこいの里デイサービスセンター 花田 智加 氏
		昼食休憩
12:30	90	【講義6】適切なサービス提供のあり方について ～サービスの質の向上と人材育成～
14:00		認知症介護指導者 グループホームいこいの家 大野 哲也 氏
		休 憩
14:10	90	【講義7】適切なサービス提供のあり方について ～高齢者虐待と身体拘束廃止の取組～
15:40		認知症介護指導者 グループホーム秋桜 池上 三千代 氏
		レビュー
16:55		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)に確認してください。
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 _____

管理者名 _____ 印

平成30年度(第1回)認知症対応型サービス事業管理者研修
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 _____

平成30年度(第1回)認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

福岡県社会福祉協議会会長 様

受講希望者	ふりがな 氏名		性別	男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
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：(〒 -)		
	役職 (今現在)			
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 で困ん でください)	<ul style="list-style-type: none"> ・単独型・併設型指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所 ・共用型指定(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 ・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 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 【開設予定】 ・開設指定日 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				
()				

受講申込者経歴書

開催要綱「受講対象者」に記載の内容を十分に確認のうえ、記入してください。
 研修修了者には、修了証書を交付しますので、氏名は正確に記入してください。

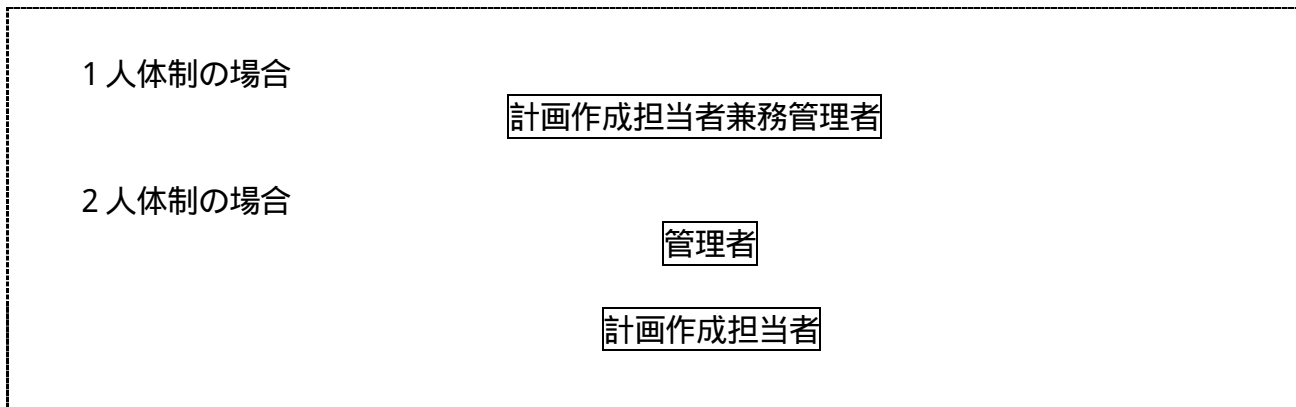
ふりがな		
氏名		
受講者 現住所	(〒 -) (- -)	
認知症高齢者の介護業務における実務経験年数 (平成30年5月1日現在)	年	ヶ月
勤務期間	勤務先名	職務内容
例 25年4月～30年5月(計61ヶ月)	特別養護老人ホーム	介護職員
年 月～年 月(計 ヶ月)		
年 月～年 月(計 ヶ月)		
年 月～年 月(計 ヶ月)		
年 月～年 月(計 ヶ月)		
年 月～年 月(計 ヶ月)		
年 月～年 月(計 ヶ月)		
認知症介護実践者研修 修了・修了見込年月日	年	月 日
痴呆介護実務者研修(基礎過程) 修了年月日	年	月 日
資格取得免許の種類	資格取得年月日	
	年	月 日
	年	月 日
【備考】		

受講申込みに係る職員体制一覧表 (1ユニット開設のグループホーム用)

貴グループホームの開設ユニットにおける職員体制(管理者及び計画作成担当者)について、下記枠内の図を参照のうえ、該当する項目に記入してください。

開設済グループホームにおいて、職員交代等により受講申込みすることになった場合は、現任者氏名も併せて記入してください。

1ユニット開設のグループホーム



1人体制の場合

・計画作成担当者兼務管理者現任者氏名	新規就任(交替予定)者氏名
()	()

2人体制の場合

・管理者現任者氏名	新規就任(交替予定)者氏名
()	()
・計画作成担当者現任者氏名	新規就任(交替予定)者氏名
()	()

受講申込みに係る職員体制一覧表
(2ユニット開設のグループホーム用)

貴グループホームの開設ユニットにおける職員体制(管理者及び計画作成担当者)について、下記枠内の図を参照のうえ、該当する項目に記入してください。

開設済グループホームにおいて、職員交代等により受講申込みすることになった場合は、現任者氏名も併せて記入してください。

2ユニット開設のグループホーム

2人体制	計画作成担当者兼務管理者	計画作成担当者兼務管理者
3人体制		管理者
	計画作成担当者	計画作成担当者
4人体制	管理者	管理者
	計画作成担当者	計画作成担当者

2人体制の場合

- | | |
|---------------------|---------------|
| ・ 計画作成担当者兼務管理者現任者氏名 | 新規就任(交替予定)者氏名 |
| () | () |
| ・ 計画作成担当者兼務管理者現任者氏名 | 新規就任(交替予定)者氏名 |
| () | () |

3人体制の場合

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| ・ 管理者現任者氏名
() | 新規就任（交替予定）者氏名
() |
| ・ 計画作成担当者現任者氏名
() | 新規就任（交替予定）者氏名
() |
| ・ 計画作成担当者現任者氏名
() | 新規就任（交替予定）者氏名
() |

4人体制の場合

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| ・ 管理者現任者氏名
() | 新規就任（交替予定）者氏名
() |
| ・ 計画作成担当者現任者氏名
() | 新規就任（交替予定）者氏名
() |
| ・ 管理者現任者氏名
() | 新規就任（交替予定）者氏名
() |
| ・ 計画作成担当者現任者氏名
() | 新規就任（交替予定）者氏名
() |

受講申込みに係る職員体制一覧表 (3ユニット開設のグループホーム用)

貴グループホームの開設ユニットにおける職員体制(管理者及び計画作成担当者)について、下記枠内の図を参照のうえ、該当する項目に記入してください。

開設済グループホームにおいて、職員交代等により受講申込みすることになった場合は、現任者氏名も併せて記入してください。

3ユニット開設のグループホーム

3人体制の場合

計画作成担当者兼務管理者 計画作成担当者兼務管理者 計画作成担当者兼務管理者

4人体制の場合

管理者
計画作成担当者 計画作成担当者 計画作成担当者

6人体制の場合

管理者 管理者 管理者
計画作成担当者 計画作成担当者 計画作成担当者

3人体制の場合

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| ・ 計画作成担当者兼務管理者現任者氏名
() | 新規就任(交替予定)者氏名
() |
| ・ 計画作成担当者兼務管理者現任者氏名
() | 新規就任(交替予定)者氏名
() |
| ・ 計画作成担当者兼務管理者現任者氏名
() | 新規就任(交替予定)者氏名
() |

4 人体制の場合

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ・ 管理者現任者氏名 | 新規就任（交替予定）者氏名 |
| （ ） | （ ） |
| ・ 計画作成担当者現任者氏名 | 新規就任（交替予定）者氏名 |
| （ ） | （ ） |
| ・ 計画作成担当者現任者氏名 | 新規就任（交替予定）者氏名 |
| （ ） | （ ） |
| ・ 計画作成担当者現任者氏名 | 新規就任（交替予定）者氏名 |
| （ ） | （ ） |

6 人体制の場合

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ・ 管理者現任者氏名 | 新規就任（交替予定）者氏名 |
| （ ） | （ ） |
| ・ 計画作成担当者現任者氏名 | 新規就任（交替予定）者氏名 |
| （ ） | （ ） |
| ・ 管理者現任者氏名 | 新規就任（交替予定）者氏名 |
| （ ） | （ ） |
| ・ 計画作成担当者現任者氏名 | 新規就任（交替予定）者氏名 |
| （ ） | （ ） |
| ・ 管理者現任者氏名 | 新規就任（交替予定）者氏名 |
| （ ） | （ ） |
| ・ 計画作成担当者現任者氏名 | 新規就任（交替予定）者氏名 |
| （ ） | （ ） |

認知症対応型サービス事業 管理者研修受講における同意書

社会福祉法人
福岡県社会福祉協議会
会長 小川 弘毅 様

私は、認知症対応型サービス事業管理者研修を受講するにあたり、下記事項を遵守しなかった場合は、受講取消等の指示に従うことに同意します。

- 1 遅刻、欠席、早退をしません。
- 2 研修期間における提出物は、必ず提出期限を守り、不備なく提出します。
- 3 研修中は、講師の指示に従います。
- 4 研修中は、常に真剣な態度で臨み、周りの受講生に迷惑をかけません。

平成 年 月 日

所属施設名 _____

受講者氏名 _____