

# 令和4年度認知症対応型サービス事業管理者研修

## (第2回)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

令和5年2月 8日(水)・ 9日(木)

### 6 研修会場

クローバープラザ 西棟5階501研修室 (春日市原町3丁目1-7)

※集合研修で実施します。

### 7 受講定員

80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

各日程 6,000円

### 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。

※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」を御参照ください。

(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、<b>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</b>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
<p>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</p>	<p>厚生労働大臣が定める研修を修了している者。</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>
<p>指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所</p>	<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、<b>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</b>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>指定看護小規模多機能型居宅介護事業所</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）

**※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"> <li>・受講申込提出書（別紙）</li> <li>・受講申込書（様式第1号）</li> <li>・受講申込者経歴書（様式第2号）</li> <li>・職員体制一覧表（様式第3号）</li> <li>・認知症介護実践者研修（基礎課程）の修了証書のコピー</li> <li>・受講における同意書</li> </ul>	<b>市町村介護保険 担当課</b>
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"> <li>・受講申込提出書（別紙）</li> <li>・受講申込書（様式第1号）</li> <li>・受講申込者経歴書（様式第2号）</li> <li>・認知症介護実践者研修（基礎課程）の修了証書のコピー</li> <li>・受講における同意書</li> </ul>	

※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。

(2) 市町村介護保険担当課への提出締切日

**令和4年12月23日（金）必着**

※締切後は受け付けられません。

12 受講者決定等について

**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、決定通知及び振込用紙等を事業所に送付します。**

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 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、本研修の運営管理の目的のみに利用させていただきます。

15 その他

(1) 遅刻・早退は認められません。

(2) **欠席による補講はありません。**

(3) 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。

16 事務局

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 福祉・介護研修センター 担当 糸山、藤  
 〒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