

令和元年度 滋賀県認知症対応型サービス事業管理者研修実施要領

1. 目的

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または複合型サービス事業所の管理者となる者が、これらの事業所を管理・運営していくうえで必要となる知識および技術を修得することを目的とします。

2. 実施主体等

実施主体 滋賀県

実施機関 社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会（以下、事務局）

3. 研修日程等

講義・演習 2日間 （日程と内容の詳細は別紙1「プログラム」を参照ください。）

開催期	日 程
前期	令和元年 9月17日(火) 9:10~12:00、9月19日(木) 8:50~16:50
後期	令和2年 2月12日(水) 9:10~12:00、2月13日(木) 8:50~16:50

4. 研修対象者

別紙2「令和元年度滋賀県認知症対応型サービス事業管理者研修の受講対象者について」によります。

5. 定員

各期 40名

6. 受講申込手続き

(1) 受講申込書について

受講を希望する事業者の代表者は、次の①②の書類を作成のうえ、下記(2)提出先へ送付または持参してください。

① 「申込書（別紙様式1）」

② 「認知症介護実践者研修（旧基礎課程を含む）修了証の写し」

なお、後期の本研修を申し込みしようとする方で、2019年度第3回認知症介護実践者研修を受講中の方に限り、申し込み時点での修了証写しの添付を不要とし、2019年度第3回認知症介護実践者研修の修了後直ちに市町を経由して修了証の写し事務局へ提出するものとします。

(2) 提出先

- ◆ 事業者の代表者 → 当該事業所所在地の市町担当課
- ◆ 市町担当課 → 事務局（社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 福祉研修センター）

※ 事業者から受講申込書（別紙様式1）が提出された市町担当課は、申込書等の内容を審査のうえ、受講が適当と認められる場合に限り、推薦書（別紙様式2）を添えて事務局あてに推薦、提出してください。

(3) 市町担当課から事務局への推薦書等提出受付期間

前期分	令和元年 7月 1日（月）から 令和元年 7月31日（水）まで	} 必着（FAX不可）
後期分	令和元年11月25日（月）から 令和元年12月25日（水）まで	

7. 受講決定

各市町の長からの被推薦者について、事務局において受講者を決定し、受講の可否を推薦者および当該事業者の代表者へ通知します。

8. 研修修了認定の方法

所定の全課目を修了した者に、滋賀県から修了証書を交付します。

なお、遅刻・早退・欠席の場合は、レポートや補講対象となるため、修了証書を交付しないことがあります。

9. 受講料

4,230円

受講決定後、本会指定の預金口座へ指定期日までに振り込みでお納めいただきます。

なお、納期限に受講料の納付が事務局で確認できなかった場合、受講できないことがあります。また、お納めいただいた受講料は、事由の如何を問わず返金しませんので、ご承知おきください。

10. 個人情報の保護について

申込書記載の個人情報は、本研修の目的にのみ使用し、他の用途には使用しません。

11. 本年度研修未修了者の補講の取り扱いについて

本年度後期研修が未修了となった場合、研修カリキュラムの変更等のため、次年度の本研修において補講により研修課程を修了する事が出来ない場合があります、次年度研修の全課程を受講しなければならなくなることがありますので、ご留意ください。

12. その他

- (1) 研修会場へご来場の際は公共交通機関をご利用ください。
- (2) 昼食は各自でご用意ください。館内にレストラン等はございません。
- (3) 受講決定後、参加できなくなった場合は、事務局へ早急に連絡してください。

気象等警報が発令された場合や、滋賀県や会場所在地の官公署等からの事業の自粛勧告があった場合など、やむを得ず研修を延期または中止することがあります。

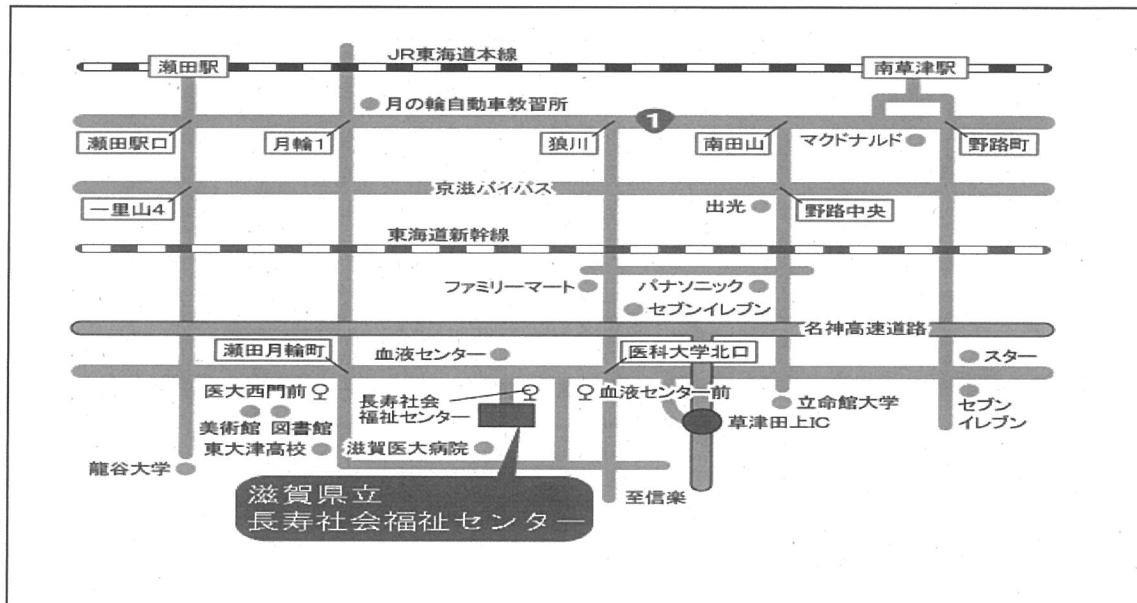
このような場合は、下記ホームページの「お知らせ」または電話で開催の有無をご確認いただいたうえで、会場へお越しくださいませようお願いします。

滋賀県社会福祉研修センター ホームページアドレス <http://shiga-sfk.jp>
電 話 077-567-3927

13. 研修会場

滋賀県立長寿社会福祉センター（滋賀県草津市笠山七丁目8番138号）

◆最寄駅 JR瀬田駅



【交通案内】 JR瀬田駅からバス利用 長寿社会福祉センター前B S下車 約15分

帝産バス：③のりば 滋賀医大行き（レストタウン・長寿社会経由）

8:30発 9:00発

※掲載しているバスダイヤは、ダイヤ改正や運行状況等により変わります。

事前にバス会社にお確かめのうえ利用ください。

問い合わせ先（事務局）

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 滋賀県社会福祉研修センター
担当 藤田・徳田

TEL 077-567-3927 FAX 077-567-3910

〒525-0072 草津市笠山7丁目8-138 県立長寿社会福祉センター内

別紙1 令和元年度 滋賀県認知症対応型サービス事業管理者研修プログラム

日程	時間	目的および内容	講師	
【1日目】	8:40~9:10	受付		
	9:10~9:20	オリエンテーション		
	前期 9月17日(火)	9:20~10:50	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、複合型サービスの各指定基準を理解する。 ◆ その他 	滋賀県医療福祉推進課 介護施設指導係 主任主事 瀧川 裕介 氏
	後期 2月12日(水)	11:00~12:00	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。 	特定非営利活動法人 宅老所 心 理事長 村田 美穂子 氏
【2日目】	8:35~8:50	受付		
	8:50~9:00	オリエンテーション		
	前期 9月19日(木)	9:00~10:00	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、適切な介護従事者の労務管理について理解する。 ◆ その他 	西多社会保険労務士事務所 所長 西多 正夫 氏
	後期 2月13日(木)	10:10~16:40	適切なサービス提供のあり方について サービス提供にあたり、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。 <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域等との連携 <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 <ul style="list-style-type: none"> ①アセスメントとケアプランの基本的考え方 ②ケース会議・職員ミーティング ③自己評価・外部評価の実施 ④サービスの質の向上と人材育成 ・その他 ○ 権利擁護 <ul style="list-style-type: none"> ・権利擁護（高齢者虐待を含む）の視点から適切なサービス提供のあり方を理解する。 ○ リスクマネジメント <ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメントについて理解する。 ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・記録の重要性など 	特定非営利活動法人 りゅうおう 理事長 坂口 直司 氏
	【昼休憩】 12:10~13:10			
	16:40~16:50	修了証書交付	事務局	

別紙2 令和元年度滋賀県認知症対応型サービス事業管理者研修の受講対象者について

本研修の受講対象者の要件は、次のとおりです。

受講申込にあたって漏れがないよう十分確認してください。

- (1) 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、複合型サービス事業所の管理者また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）を修了している者として。

但し、2019年度第3回滋賀県認知症介護実践者研修を受講中の者については修了見込みとして受講申込可能です。

「実践者研修」または「基礎課程」とは、都道府県および指定都市において、「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号厚生労働省老健局長通知）および「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号厚生労働省老健局計画課長通知）に基づき実施される実践者研修または、次の通知に基づき実施された各研修です。

(7) 「実践者研修」

「認知症介護研修等事業の実施について」（平成17年5月13日老発第0513001号厚生労働省老健局長通知）および「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）に基づき実施されたものです。

(4) 「基礎課程」

「痴呆介護研修事業の実施について」（平成12年9月5日老発第623号厚生省老人保健福祉局長通知）および「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）に基づき実施されたものです。

- (2) 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および複合型サービス事業所の管理者については、「特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、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職員また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ることが必要である。」との指定基準が国により定められています。

このことから、管理者就任時において、上記の介護経験年数が満たされる者であることを要件とします。

滋賀県社会福祉協議会会長 様

(事業者(法人等)の所在地および名称)

(代表者職・氏名)

印

令和元年度(前期・後期)滋賀県認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

次の者について、標記研修の受講を申し込みます。

(フリガナ) 受講者の氏名	生年月日		昭和 平成	年	月	日
事業者(法人等)の 名称・所在地						
事業所の種別	① 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)		④ 複合型サービス			
	② 小規模多機能型居宅介護					
	③ 認知症対応型通所介護(認知症デイ)		(①～④のいずれかに○印を付けてください。)			
事業所の名称	受講者の 役職名					
事業所の所在地・ 連絡先	〒 TEL : FAX :					
通知文書の送付先 <small>(事業所の所在地と異なる場合は、記入して下さい。)</small>	〒		左記の 連絡先			
	(TEL)					
認知症の方の 介護経験 <small>(「認知症対応型通所介護」の管理者への就任予定者は、記入不要です。)</small>	期 間		施設・事業所の種別および名称			
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	認知症の方の介護総経験年数		年 月			
既に受講した研修 <small>(受講決定を既に得ており、近々の修了予定を含む。)</small>	研 修 名				受講年度	
	認知症介護実践研修「実践者研修」					
	旧 痴呆介護実務者研修「基礎課程」					
当該事業所の 開設状況	① 既設		(平成・令和 年 月 日 開設済み)			
	② 新設		(令和 年 月 日 開設予定)			
研修受講後の 就任予定状況	令和 年 月 日に、当該事業所の管理者に就任予定。(交代を含む。)					

注) ・「認知症の方の介護経験」欄の記入に際しては、「グループホーム」、「小規模多機能型」、「複合型」の管理者は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、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職員または訪問介護員等として従事した内容を記入してください。また、「グループホーム」、「小規模多機能型」、「複合型」の管理者となるには、「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ることが必要である。」との国の基準がありますので、ご留意願います。

- ・「既に受講した研修」欄は、管理者研修受講の前提条件となる実践者研修等の受講状況の確認のため、受講年度を記入してください。
- ・「当該事業所の開設状況」欄には、①②のいずれかに○印を付け、年月日を記入してください。
- ・「研修受講後の就任予定状況」欄には、管理者への就任予定年月日を記入してください。(現在の管理者の交代に伴う就任を含む。)
- ・申込書には、事業者(法人、株式会社等)の所在地、名称および代表者名(理事長名、代表取締役名等)を記入し、代表者印(理事長印、代表取締役印等)を押印してください。私印は不可です。

上記申込内容に相違ないことを証明します。

氏名 _____ 生年月日 S-H 年 月 日

※受講者ご本人が自署していただきますようお願いいたします。

滋賀県社会福祉協議会会長 様

(市町長名)

印

推 薦 書

次の者について、下記研修を受講させたいので、推薦します。

受講対象の研修	令和元年度(前期・後期)滋賀県認知症対応型サービス事業管理者研修		
推薦する者	(ふりがな) 氏 名	生年月日	昭和 年 月 日 平成
	事業所名		
	事業所の所在地	〒	
	TEL		
	認知症の方の介護に従事した経験年数	年 月	(「認知症対応型通所介護」の管理者への就任予定者については、記入不要です。)
	既に受講した研修	研 修 名	受講年度
認知症介護実践研修「実践者研修」			
旧 痴呆介護実務者研修「基礎課程」			
当該事業所の開設状況	① 既設 (平成・令和 年 月 日 開設済み) ② 新設 (令和 年 月 日 開設予定)		
研修受講後の就任予定状況	令和 年 月 日に、当該事業所の管理者に就任予定。(交代を含む。)		
特 記 事 項			

- 注)・市町において、当該事業所の開設状況・申請内容等を十分審査のうえ、必要と認められる場合は、受講申込書(正本)とともに、この推薦書を提出してください。(なお、担当部長もしくは課長の「公印」がある場合は、市町長名・印に変えて担当の部課長名・印でも可。)
- ・「事業所名」欄等には、開設している(または開設予定の)事業所の名称、事業所の所在地および連絡先を記入してください。
 - ・「認知症の方の介護に従事した経験年数」欄の記入に際しては、「グループホーム」、「小規模多機能型」、「複合型」の管理者は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、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職員また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ることが必要である。」との国の基準がありますので、ご留意願います。
 - ・「既に受講した研修」欄は、管理者研修受講の前提条件となる実践者研修等の受講状況の確認のため、受講年度を記入してください。
 - ・「当該事業所の開設状況」欄には、①②のいずれかに○印を付け、年月日を記入してください。
 - ・「研修受講後の就任予定状況」欄には、管理者への就任予定年月日を記入してください。(現在の管理者の交代に伴う就任を含む。)
 - ・「特記事項」については、記載すべき事項があれば記入してください。

担当課名		担当者名	
TEL			