

# 平成28年度 認知症対応型サービス事業管理者研修 開催要項

## 1 趣 旨

認知症対応型共同生活介護事業所、認知症対応型通所介護事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所の管理者となる者が、これらの事業所を管理・運営していく上で必要な知識・技術を習得することを目的とします。

なお、本研修は、山口県知事の委託を受け、実施します。

## 2 主 催

山口県

## 3 実施機関

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会

## 4 受講対象者 以下の(1)、(2)の要件全てに該当する者

- (1) 認知症対応型共同生活介護事業所、認知症対応型通所介護事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所の管理者及び管理者就任予定者
- (2) 認知症介護実践研修(実践者研修)又は痴呆介護実務者研修(基礎課程)を修了している者

## 5 受講定員

80名

## 6 実費負担金

4,000円

※ 受付完了後、名鉄観光サービス株式会社山口支店を通じて請求しますので、指定された期日までにお振込ください。

※ 研修受講後の実費負担金の返還はしませんので、了承願います。

## 7 研修日程、会場及び講師

平成29年2月20日(月)～平成29年2月21日(火)

※別紙「平成28年度認知症対応型サービス事業管理者研修 日程表」を参照してください。

## 8 申込方法等

### (1) 申込先

所管する市町(指定地域密着型サービス事業所指定担当課)に必要な応じてお問い合わせの上、各施設・事業所の長より、市町担当課を通じて申し込んでください。

申込書類は市町の担当課へ送付してください。

- ・本研修の受講には原則として、市町の推薦書が必要となります。
- ・本研修を早期に修了する必要があると市町が認める場合は、実践者研修を受講中で、本研修開講日までに修了見込みでの申込みも可能です。

### (2) 申込期間

平成28年11月 1日(火)～平成28年12月28日(水) 必着

※ 各市町担当の方は平成29年 1月10日(火) (必着)までに福祉研修センターまで郵送されますようお願いいたします。

(3) 提出書類

- ① 受講申込書(別紙 様式1)
- ② 認知症介護実践研修(実践者研修)又は痴呆介護実務者研修(基礎課程)の修了証明書の写し1部
- ③ 返信用封筒: 送付先(所属事業所)住所・所属長氏名を記入した返信用封筒(長3封筒 82円切手 添付) 1枚

9 受講決定

- (1) 受講の可否については、後日申込者へ通知書を送付します。
- (2) 受講定員を超える申込みがあった場合は、山口県長寿社会課と協議の上、選考基準により選考します。

10 受講上の注意事項

遅刻、早退、欠席等により、全日程修了できない場合は、修了証明書は交付できません。  
また、学習意欲に著しく欠け、研修態度が他の受講者の迷惑になると事務局が判断した場合も、修了証明書の交付ができない場合がありますので、注意してください。

11 昼食について

昼食は各自で準備するか、併設の食堂を利用してください。

12 修了証明書の交付について

全日程修了された方には、山口県知事名による修了証明書を交付します。

13 修了者の管理について

修了者は、修了者名簿に記載し、山口県で指定された様式に基づき知事に報告します。  
また、修了者名簿は永年保存とし、記載された内容は、本会の個人情報保護規定に基づき厳正に管理します。

14 個人情報の取扱いについて

本研修の申込者に係る個人情報は、本会「個人情報保護規定」に基づき、下記により適切に取り扱うこととし、他の目的で使用することはありません。

- (1) 受講申込書に記載された個人情報は、本研修に係る企画、受講者名簿の作成・管理等本研修に関することのみ目的で使用します。
- (2) 受講者相互の交流、情報交換を円滑に行うことを目的として、受講者名簿を作成し、受講者に配布します。

15 宿泊について(希望者のみ)

- (1) セミナーパーク内の宿泊棟が利用できます。

1泊1,500円(2人部屋)、1,800円(2人部屋を個室で利用)があります。バス、トイレ、テレビは各宿泊室にはありません。洗面用具、寝巻き等は各自で用意してください。

※ 宿泊者が多い場合は、個室での利用ができない場合もあります。

(2) 宿泊を希望される場合は受講申込書の該当欄に記入してください。

## 16 問い合わせ先

### (1) 研修内容に関すること

社会福祉法人山口県社会福祉協議会 福祉研修センター (担当: 杉本)  
TEL 083-987-0123 FAX 083-987-0124

### (2) 研修事業全般および受講要件、経過措置等に関すること

山口県健康福祉部 長寿社会課 地域包括ケア推進班 (担当: 小林)  
TEL 083-933-2796

### (3) 地域密着型サービス事業所の指定等について

所管する市町の担当課

(指定地域密着型サービス事業の運営等に関する基準と本研修の受講について)

#### ■本研修受講の義務付け

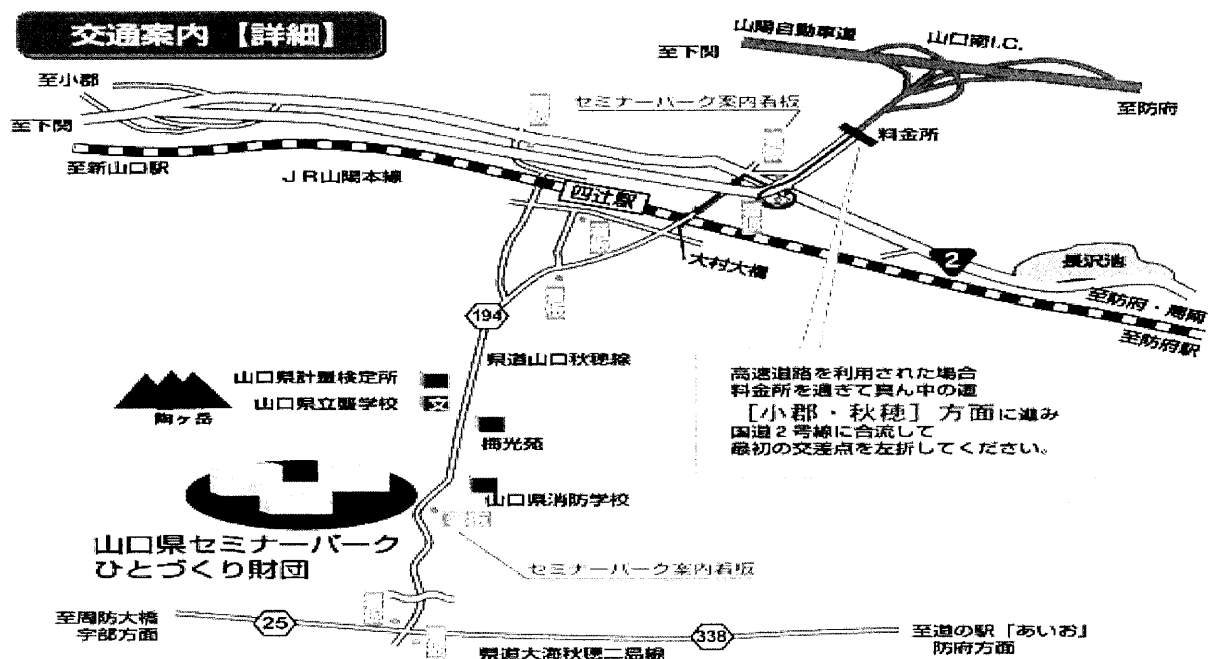
認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護及び小規模多機能型居宅介護各事業所の管理者には、認知症介護実践研修(実践者研修)又は痴呆介護実務者研修(基礎課程)に加え本研修の受講が義務付けられています。

#### ■経過措置等

- ・ 認知症対応型通所介護の事業所において、平成18年3月31日までに開設し、管理者の変更がない事業所については、受講義務なし。
- ・ 平成17年度までに実践者研修(旧基礎課程)を修了し、平成18年3月31日に、現に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、認知症対応型共同生活介護事業所の管理者の職務に従事していた者。

## 17 会場周辺地図 <山口県セミナーパーク>

【住所・連絡先】〒754-0893 山口市秋穂二島 1062 TEL 083-987-0123



## 平成28年度 認知症対応型サービス事業管理者研修 日程表

		第1日目	第2日目		
期 日		平成29年 2月20日(月)	平成29年 2月21日(火)		
受 付		9:15～9:45	9:00～9:30		
時 間		9:45～15:40	9:30～16:30		
研修 プログラム	9:15		受 付	9:00	
		受 付		9:30	
	9:45	開 講・オリエンテーション			
	10:00	「地域密着型サービス基準について」 ～ 基準省令からみる基準 ～ 【講師】 山口県長寿社会課 介護保険班 主事 刀禰大次郎	「適切なサービス提供のあり方について」② ～ 高齢者虐待とリスクマネジメント～ 【講師】 認知症介護指導者 村山 孝志		
	11:00	休 憩			
	11:10	「介護従事者の労務管理について」 【講師】 特定社会保険労務士 上條 昭夫	昼食・休憩	11:30	
	12:10	昼食・休憩		12:30	
	13:10	「適切なサービス提供のあり方について」① ～ 人材育成・チームケア・ケアプランの考え方～ 【講師】 認知症介護指導者 山一 祥代	「適切なサービス提供のあり方について」③ ～ 家族・地域・医療等の連携～ 【講師】 認知症介護指導者 村山 孝志	14:30	
			休 憩	14:40	
	15:40		「地域密着型サービスの取組みについて」 ～ 実践報告と質疑応答～ 【報告者】 認知症対応型共同生活介護事業所 認知症対応型通所介護事業所 小規模多機能型居宅介護事業所 【進 行】 認知症介護指導者 村山 孝志	16:10	
16:30		閉 講	16:30		
会 場		山口県セミナーパーク 研修室101			

**山口県社会福祉協議会**  
**平成 28 年度「認知症対応型サービス事業管理者研修」 受講申込書**

このことについて、下記のとおり申込みます。

平成 年 月 日

(法人・事業所名)

(代表者氏名) \_\_\_\_\_ 印

(ふりがな)			生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日			
受講希望者氏名			性 別	男 ・ 女						
受講希望者住所・連絡先	〒 — TEL — —									
事業所住所・連絡先	〒 — TEL — —									
受講希望者の役職										
受講希望者の現在の所属等	事業所（施設）名			本申込に関して連絡を取る場合の担当者氏名						
	TEL ( )									
	事業所別種別 (※ 該当項目に○をしてください。) <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 認知症対応型共同生活介護</td> <td style="width: 50%;">2 認知症対応型通所介護</td> </tr> <tr> <td>3 小規模多機能型居宅介護</td> <td>4 その他 ( )</td> </tr> </table>							1 認知症対応型共同生活介護	2 認知症対応型通所介護	3 小規模多機能型居宅介護
1 認知症対応型共同生活介護	2 認知症対応型通所介護									
3 小規模多機能型居宅介護	4 その他 ( )									
受講目的	※ 該当項目に○をしてください。 1 事業所開設のため (平成 年 月 日開設予定) 2 ユニット増設のため (平成 年 月 日増設予定) 3 管理者変更のため (平成 年 月 日就任・就任予定) 4 その他 ( )									
受講希望者の取得している資格等	※ 該当項目に○をしてください。 1 介護支援専門員    2 介護福祉士    3 社会福祉士    4 精神保健福祉士 5 訪問介護員 ( ) 級    6 看護師・准看護師    7 保健師 8 その他 ( )									

裏面も必ず記入してください。

<p>受講希望者の研修受講歴</p>	<p>※ 該当項目に○をしてください。</p> <p>1 認知症介護実践研修(実践者研修) ( 年度修了)(修了証書番号 )</p> <p>2 認知症介護実践研修(実践者研修) 28年度受講中(修了見込)</p> <p>3 認知所介護実践研修(実践リーダー研修)</p> <p>( 年度修了)(修了証書番号 )</p> <p>4 痴呆介護実務者研修(基礎課程) ( 年度修了)(修了証書番号 )</p> <p>5 痴呆介護実務者研修(専門課程) ( 年度修了)(修了証書番号 )</p> <p>※ 山口県以外で受講した場合 ( 県・ ) 研修)</p> <p>( 年度修了)(修了証書番号 )</p>
<p>宿泊希望の有無</p>	<p>※ 該当する箇所をチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり →部屋種類 <input type="checkbox"/>個室で利用希望(取れない場合は相部屋となります。)</p>

介護業務等に関する実務経験について記入してください。

なお、実務経験年数合計は、申込み日現在で、通算の年数を記入してください。(1 か月未満切り捨て)

勤務先	職種・役職	従事期間
		昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで (※計 年 か月)
		昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで (※計 年 か月)
		昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで (※計 年 か月)
		昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで (※計 年 か月)
		① 実務経験年数合計 ( 年 か月) ② うち認知症介護経験年数 ( 年 か月)