

令和5年度香川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

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、認知症対応型共同生活介護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所等の管理者となる方が、これらの事業所を管理・運営していく上で必要な「指定基準等の正しい理解」、「職員の労務管理」及び「適切なサービス提供のあり方」などの必要な知識・技術を修得することを目的とします。

2 実施主体

香川県（研修実施事業者として一般社団法人香川県グループホーム・小規模多機能連絡協議会に委託）

3 研修対象者

単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所、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、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又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の管理者又は管理者になることが予定される方で、認知症介護実践研修における実践者研修（旧基礎課程を含む）を修了している方であって、知事が適当と認めた方とします。

なお、介護保険法施行令等の一部を改正する政令附則第3条の規定により指定認知症対応型通所介護事業所とみなされた事業所の管理者については、本研修の受講は必要ありません。

(参考)

「指定認知症対応型共同生活介護等に関するQ&Aについて」（平成18年5月2日付け厚生労働省老健局計画課事務連絡）

6 研修について

(問19) 現に管理者として従事していない認知症介護実務者研修修了者が、管理者として従事することになる場合は新たに認知症対応型サービス事業管理者研修を受講する必要があるのか。

(答) 受講が必要である。ただし、平成17年度中に、都道府県が実施した「認知症高齢者グループホーム管理者研修」を受講している者については、認知症対応型サービス事業管理者研修を受講した者とみなして差し支えない。

4 研修カリキュラム

別紙のとおり

5 研修日程等

研修日程は次のとおりですので、いずれかを選択してください。

○第1回：令和5年11月7日（火）9：00～17：20 30名

○第2回：令和6年3月5日（火）9：00～17：20 30名

講師：社会福祉法人共友会

理事長 岩尾 貢 氏

6 研修場所

ケアハウスまどか5階 善通寺市原田町1496番地1 TEL：0877-63-8000

※新型コロナウイルス感染拡大状況により、Web 会議システム（Zoom）を活用したオンライン研修に切り替わる場合があります。

7 研修受講料
無 料

8 受講手続

受講希望者は、法人・事業所の代表者を通じて別添申込書に必要な事項を記入のうえ、認知症介護実践者研修の修了証書のコピーを添付し、当該事業所が所在する市町介護保険担当課に提出してください。

なお、申込みは、原則として各事業所 1 名としますが、認知症対応型共同生活介護事業所については、ユニット数により調整させていただきます。

- ・事業所から市町への申込期限 令和5年10月13日（金）（必着）
- ・市町から県への申込期限 令和5年10月20日（金）（必着）

9 受講決定

- ・申し込み状況によっては、受講人数及び受講日程を調整する場合があります。
- ・受講の可否、研修日程等は、後日文書で法人・事業所の代表者あてに通知します。
- ・受講決定後の受講者の変更は原則としてできません。やむを得ず変更する場合は、法人・事業所の代表者を通じて「変更届」（様式任意）を提出していただきます。

10 修了証書

- ・研修終了後、課題レポートを提出していただきます。
- ・本研修の全課程を修了された方には、修了証書を交付します。

11 その他

- ・全課程に参加できる方を推薦してください。
- ・やむを得ず研修を辞退する場合は、法人・事業所の代表者を通じて「辞退届」（様式任意）を提出していただきます。
- ・原則として、研修当日の遅刻・早退・欠席は認められません。
- ・受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外には使用しません。

別紙

令和5年度香川県認知症対応型サービス事業管理者研修カリキュラム

時 間		教科名	目的及び内容
9:00~9:10		オリエンテーション	
9:10~10:10	講義 60分	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、指定基準を理解する。
10:20~11:20	講義 60分	介護従業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、適切な介護従業者の労務管理について理解する。
11:30~12:30 13:30~16:00	講義・演習 210分	適切なサービス提供のあり方について	<p>サービス提供にあたり、下記の事項について、事業所の運営・管理に必要な事項について理解する。</p> <p><地域等との連携></p> <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 <p><サービスの質の向上></p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントとケアプランの基本的考え方 ・ケース会議、職員ミーティング ・自己評価、外部評価の実施 ・サービスの質の向上と人材育成 <p><その他></p> <ul style="list-style-type: none"> ・権利擁護（高齢者虐待を含む）及びリスクマネジメント ・記録の重要性 など
16:10~17:10	講義・演習 60分	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、サービス提供のあり方について理解する。
17:10~17:20		一日の振り返り	

※研修終了後に、課題レポートを提出していただきます。

第1回日程：令和5年11月7日（火）

第2回日程：令和6年3月5日（火）

令和5年度香川県認知症対応型サービス事業管理者研修
受講申込書

年 月 日

香川県健康福祉部長寿社会対策課長 様

法人・事業所名
代表者名
郵便番号
法人・事業所住所
事務担当者
(TEL 番号 ー ー)
(FAX 番号 ー ー)

令和5年度香川県認知症対応型サービス事業管理者研修に次の者の受講を申込みます。

受講者氏名	ふりがな	性別	生年月日
		男・女	昭和 平成 年 月 日
勤務先事業所名			
勤務先所在地	(〒 ー)	(TEL ー ー)	
Mailアドレス	(Web研修に切り替わった際、参加URLをこちらのアドレスにお知らせします)		
資料送付先及び当日の連絡先	(Web研修に切り替わった際、こちらにお送りします) (〒 ー) (TEL ー ー) (Fax ー ー)		
現職経験等	職種	役職名	
	経験年数	採用年月日	年 月 日
管理者就任(予定)日	年 月 日就任(予定)	実践者研修等 修了状況	研修名： 修了証書番号： 第 号
資格の有無	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> その他の資格 ()		
受講希望日程	第1希望	第 回	第2希望 第 回
受講希望理由	(受講者が記入すること)		

※1 「現職経験等」欄の「経験年数」については、上段に現職場での経験年数を、下段の()内にこれまでの介護経験年数の総計を記入すること。(申込日現在)

※2 「実践者研修等の修了の状況」欄は、研修名及び修了証番号を記入し、修了証書のコピーを添付してください。

※3 受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外に使用しません。