

令和元年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 開催要綱

1 目的

指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者となる者が、認知症介護に関する基本的な知識及び認知症対応型サービス事業の運営に必要な知識を修得する。

2 主催 石川県

3 実施機関 社会福祉法人石川県社会福祉協議会

4 期日及び会場

- ① 講 義 令和2年1月29日(水)
石川県社会福祉会館別館 研修室2・3(金沢市八田町東1025番地)
- ② 現場体験 令和2年2月3日(月)～令和2年2月14日(金)の間、1日
※ 体験施設は、別途お知らせします。

5 受講料 8,000円

12 ②の受講選考結果通知で「選考結果：承認」と連絡があった者は、「使用料(手数料)納入票」に8,000円分の石川県証紙を添付し、研修初日に受付へ提出してください。
(※ 厳守)

※ 「使用料(手数料)納入票」の提出方法は、受講選考結果通知をご覧ください。

6 受講対象

指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者又は代表者になることが予定されている者

※ 代表者とは、理事長、代表取締役など法人の代表権をもつ者です。

ただし、多数の事業所を県をまたいで有するなど大規模な法人である場合に、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的でないと判断される場合は、地域密着型サービス部門の責任者などを代表者として差し支えありませんので、事業所所在市町にご相談ください。

<受講義務について>

本研修は、地域密着型サービス事業所の指定基準において、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者が指定を受ける際に受講が義務付けられています。

また、代表者が変更となる場合にも受講が必要です。

<みなし措置について>

以下の研修を修了している者は、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ありません。

ア 実践者研修又は実践リーダー研修、認知症高齢者グループホーム管理者研修

都道府県及び指定都市において、17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたものをいう。

イ 基礎課程又は専門課程

都道府県及び指定都市において、12年局長通知及び12年課長通知に基づき実施されたものをいう。

・ 認知症高齢者グループホーム管理者研修

ウ 認知症介護指導者研修

都道府県及び指定都市において、12年局長通知及び12年課長通知並びに17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたものをいう。

エ 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修

都道府県及び指定都市において、「介護予防・地域支え合い事業の実施について」（平成13年5月25日老発第213号厚生労働省老健局長通知）に基づき実施されたものをいう。

7 定員 30名程度

8 研修プログラム 別紙「研修プログラム」参照

9 参加申込方法

① 参加申込書を市町担当課へ提出し、申込みください。

(複数の市町に事業所をもつ開設者は、いずれか一箇所の市町に参加申込書を提出してください。)

② 石川県社会福祉協議会ホームページの「福祉の研修」内の「研修申し込み」に、必要項目を入力し、申込みください。

③ 申込み受付期間は、令和元年11月15日(金)～29日(金)です。

(市町担当課から長寿生きがいセンターへの推薦締切日は、12月6日(金)です。)

※ ①の参加申込書の提出、②のホームページの入力、共に必要。

※ 参加申込書は、FAX・メールでの提出は認められません。必ず郵送又は持参してください。

※ ②の詳細は、「10 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力方法」を参照してください。

10 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力について

下記手順で必要事項を入力してください。

① 石川県社会福祉協議会ホームページ (URL <http://www.isk-shakyo.or.jp/>) のトップ画面にある上部メニューから「福祉の研修」ボタンをクリックします。

② 「研修新着情報」の一覧から、受講希望の研修名を選び、クリックします。

③ 受講希望の研修名を選択すると、「研修検索」ページに移動します。「研修検索」ページ画面の下方にある「検索結果」に、研修が表示されています。

④ 「検索結果」欄の研修の右欄に【要綱】と【申込】ボタンが表示されます。受講希望の研修であることを確認のうえ、【申込】ボタンを選択してください。

⑤ 「研修申し込み」画面に移動します。必要事項を入力してください。(※マークは必須項目) 入力後に「申込確認画面へ」をクリックして入力内容を確認し、最後に「申し込む」ボタンをクリックしてください。「受付確認書」メールが届けば、申し込み入力が完了です。

※ メールアドレスは、受講の選考結果など重要な通知に利用しますので、正しく入力してください。メールアドレスに誤りがあると、最初から申込み入力していただく必要があります。

※ 受付確認書メールが届かない場合、入力されたメールアドレスが誤っている可能性があります。事務局（石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター）までご連絡く

ださい。なお、受付確認書メールは、受講が決定したという意味ではありません。
※ ホームページでの入力申込みの他、参加申込書の提出も必要です。

11 受講者の決定

- ① 定員の範囲で受講者を決定します。
- ② 申込者が定員を超えた場合は、申込多数の法人等から調整します。
- ③ それでも定員を超えている場合は、抽選とします。

12 選考結果の通知

- ① 令和元年12月19日(木)頃、長寿生きがいセンターから市町担当課へ、選考結果通知を電子メールにて送信します。その後、市町担当課から各事業所へ連絡していただきます。
- ② 令和元年12月20日(金)頃、長寿生きがいセンターから各事業所へ、受講選考結果通知を電子メールにて送信します。
※ 送信予定日を2日以上経過しても通知が届かない場合、長寿生きがいセンターまでお問い合わせください。

13 修了証書の交付について

研修の全課程（講義、現場体験）を修了された方に対し、現場体験終了後に提出していただくレポートの内容を審査した上で、修了証書を交付します。

※ 講義において遅刻・早退・欠席があった場合は、修了証書は交付しません。

※ レポートが提出期日を過ぎても提出されない場合は、修了証書は交付しません。

※ レポートを審査した結果、内容等に問題がある場合は再提出をお願いすることがあります。

14 申込み・問合せ先

石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター 担当：長尾、村上
〒920-3104 金沢市八田町東 1025 番地 石川県社会福祉会館別館
TEL 076-258-3135 FAX：076-258-3149
E-mail nagao@isk-shakyo.or.jp

別紙 令和元年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 プログラム

① 講義（令和2年1月29日（水）、石川県社会福祉会館別館 研修室2・3）

時 間	研 修 科 目
9:00～ 9:30	受付
9:30～ 9:40	開講・オリエンテーション
9:40～12:10	講義①「認知症の基本的理解とケアのあり方」
12:10～13:00	昼食・休憩
13:00～14:00	講義②「地域密着型サービス基準について」 <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症対応型共同生活介護 ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ 看護小規模多機能型居宅介護
14:10～16:20	講義③「地域密着型サービスの取組について」
	講義④「認知症高齢者を支えるために」
16:30～	連絡事項伝達

② 現場体験（令和2年2月3日（月）～2月14日（金）の間、1日）

体 験 日	体 験 内 容
後日調整	他法人の地域密着型サービス事業所で1日過ごし、事業者や介護従事者の視点ではなく、利用者の立場から各事業所におけるケアを体験する。

③ 体験レポート作成、提出

項 目	注 意 事 項
仕 様	A4用紙3枚程度（3000文字以上）
内 容	①研修（現場体験を含む）の受講を通じ、認知症高齢者について理解したこと ②現場体験及び現場職員との意見交換を通して感じたこと ③今後の事業所運営に関して取り組みたいこと （※ ①～③の内容を必ず入れてください。）
提出締切	令和2年3月2日（月）
提 出 先	①石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター ②事業所設置市町担当課 （※新たに事業所を開設する場合には、指定申請時に提出。）

令和元年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 プログラム

講義実施日 令和元年1月29日(水)

時 間	研 修 科 目
9:00～ 9:30	受付
9:30～ 9:40	開講・オリエンテーション
9:40～12:10	「認知症の基本的理解とケアのあり方」 石川県立看護大学 教授 川島 和代
12:10～13:00	昼食・休憩
13:00～14:00	「地域密着型サービス基準について」 石川県長寿社会課 主任主事 津金 直矢 主事 上田 友里加
14:00～14:10	休憩
14:10～16:20	「地域密着型サービスの取組について」 「認知症高齢者を支えるために」 社会福祉法人共友会 理事長 岩尾 貢
16:30～	連絡事項伝達

令和元年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 参加申込書

項目		申込内容		
所 属	住所	〒		
	法人・会社名			
	施設名			
	事業種別			
	連絡先	Tel	Fax	
受 講 者	住所	〒		
	ふりがな		年齢	歳
	氏名			
	職名			
	生年月日	S	H	年 月 日
	今回申込みの理由（該当する番号に○を付けて必要事項を記入してください。）			
① 新規開設予定	開設時期：令和	年	月	日
	開設場所（市町名のみで可）：	_____		
② 代表者の交代	交代時期：令和	年	月	日（予定）
③ その他	業務内容：_____	（※業務内容で受講の可否を判断しますので、必ず記入してください。）		

上記のとおり申し込みます。

令和 元 年 月 日

(市町の長)

様

(事業者法人名及び代表者名)

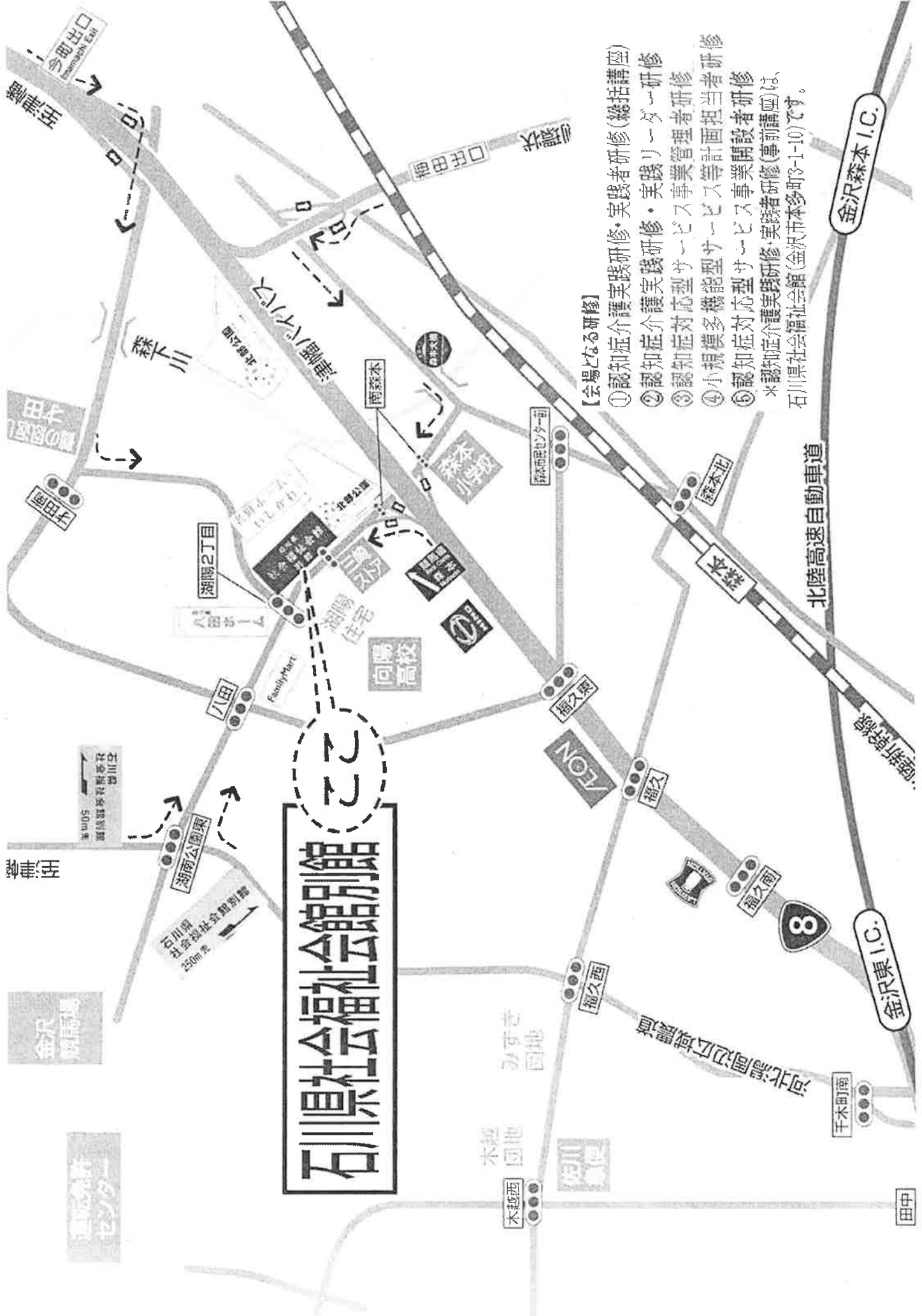
印

使用料（手数料）納入票

申請書、願書等 整理番号	第 号	科 目				
		款	項	目	節	附記
年度・会計	令和元年度 一般会計	8	2	3	4	7
		※ 金 額		¥8,000		
※ 納 入 理 由	認知症対応型 サービス研修 (開設者研修)	※ 納 人	住			
			所			
			氏			
			名			

(証紙はりつけ欄)

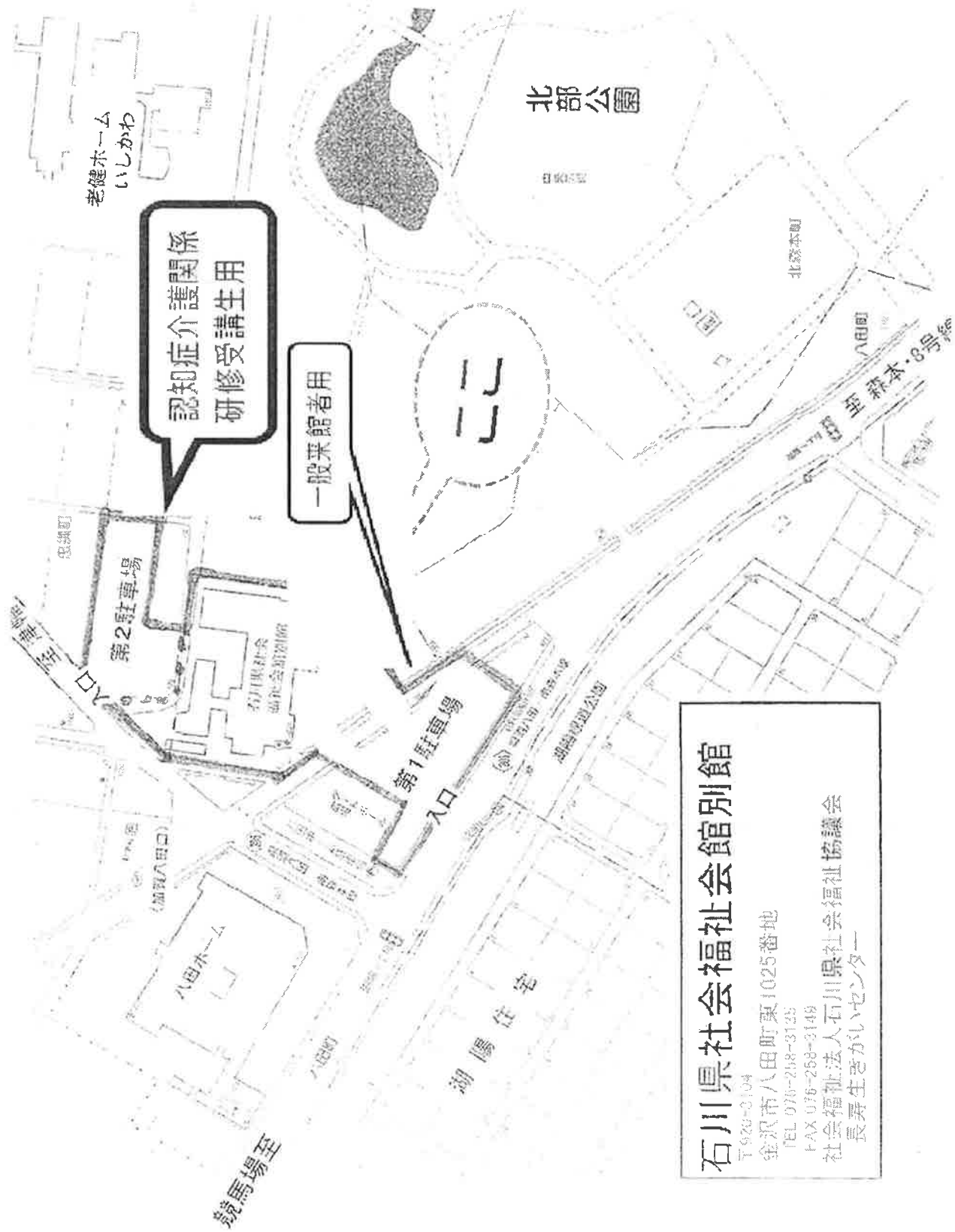
- 注 意
1. 証紙はりつけ欄に証紙をはり付け、欄が不足するときは裏面を利用してください。
 2. ※印箇所は、納人が記入してください。（申請書等と同時に提出する場合は住所の記入を省略することができます。）
 3. 国の収入印紙と混同しないでください。
 4. 自己の印章等で割印しないでください。
 5. 証紙は、北國銀行本支店のほか、証紙売りさばき人からお求めください。



石川県社会福祉会館別館

【会場となる研修】

- ① 認知症介護実践研修・実践者研修(総括講座)
 - ② 認知症介護実践研修・実践リ～ダ～研修
 - ③ 認知症対応型サービス事業管理者研修
 - ④ 小規模多機能型サービス等計画担当者研修
 - ⑤ 認知症対応型サービス事業開設者研修
- * 認知症介護実践研修・実践者研修(事前講座)は、石川県社会福祉会館(金沢市本多町3-1-10)です。



石川県社会福祉会館別館
 〒926-3104
 金沢市八田町東1025番地
 TEL 076-258-3125
 FAX 076-258-3149
 社会福祉法人石川県社会福祉協議会
 長寿生きがいセンター

認知症介護関係
 研修受講生用

一般来館者用

老健ホーム
 いしかわ

北部公園

北森本町

八田町

八田町 森本・6号線

八田町

第2駐車場

第1駐車場

入口

八田町

八田ホーム

湖陽住宅

競馬場至

湖陽公園