

平成30年度特定非営利活動法人NPO社会福祉振興会

後援：北海道グループホーム協会

認知症対応型サービス事業管理者研修実施要綱

1 目的

認知症対応型共同生活介護及び認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護の事業所の管理者（地域密着型サービスの管理者等）に対し、認知症介護の理念・知識等を修得するとともに、事業所を管理・運営していくために必要なサービス提供の知識及び技術を修得するための実践的研修を実施することにより、認知症の専門職員を養成し、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する。

2 研修実施の要領

本事業の実施主体は、特定非営利活動法人NPO社会福祉振興会が実施する。研修カリキュラムについては、北海道が実施する同研修と同等の内容とし、実施にあたり北海道の確認を得て実施するものとする。

3 研修の対象者

認知症対応型共同生活介護及び認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービス事業所（今後、開設が予定されている事業所を含む。以下「事業所」という。）において、管理者に従事予定の者で、認知症介護実践研修又は別表1の研修を修了しており、当法人理事長が適当と認めた者とする。

4 研修の内容

研修受講者は、次の研修を受けるものとし、研修カリキュラムは別表2のとおりとする。認知症介護の理念、知識等を修得するとともに、事業所を管理・運営していく上で必要なサービス提供の知識及び技術を修得するための実践的研修とする。研修は、講義・演習2日間を、北斗市会場にて実施する。

函館会場 住 所：北斗市東前74番地の2
建物名：農業振興センター 【農業総合研修室】
TEL：0138-77-7667

5 開催日程

本研修は、別表3のとおり開催する。

6 受講の申込

受講の申込みにあたっては、所属の事業所の代表者から、当法人理事長に「受講申込書（様式1、様式2）を提出するものとする。

7 受講者の決定

当法人理事長は、受講要件を審査の上、受講者を決定し、所属する事業所の代表者に通知する。なお、受講枠を超える場合は、受講できないことがある。

また、事業所の新規開設を予定する事業者からの受講申込みについては、当該事業所の開設申請内容等を審査することがある。

8 修了証書の交付等

当法人理事長は、研修修了者に対し、修了証書（別記様式）を交付するものとする。

当法人理事長は、研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記載した名簿を作成し、管理する。

9 費用

受講料は、10,000円とする。【当日会場でお支払い下さい】

10 講師

本研修の講師は、定められた講師が務めるものとし、別表4の講師名簿のとおりとする。

11 募集案内

本研修の募集は、当法人ホームページに募集要項を掲載する他、文書及び広告により各事業所へ通知する。

◎募集締切

平成30年11月15日（水）必着

◎申し込み先と、総合的なお問い合わせ先

受講依頼書、受講申込書に必要事項を記入のうえ郵送でお申込み下さい。

〒073-0406

北海道歌志内市字中村34番地1

特定非営利活動法人NPO社会福祉振興会 ななかまど教育学院

電話 0125-74-6477 FAX 0125-42-2177

別表 1

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1 | 北海道痴呆介護実務者研修（平成12年度実施） |
| 2 | 北海道痴呆性老人処遇技術研修（昭和60年～平成11年度実施） |
| 3 | 北海道痴呆性老人グループホーム職員処遇研修（平成10、11年度実施） |
| 4 | 北海道痴呆性老人グループホーム管理者研修A（平成12年度実施） |
| 5 | 北海道認知症（痴呆）介護実務者研修（平成13年度～平成17年度実施） |
| 6 | 北海道認知症介護実践研修（平成17年度～） |

別表 2

認知症対応型サービス事業管理者研修

| 区分 | 講義名・演習 | 時間 |
|----|--------------------|------|
| 講義 | 地域密着型サービス基準 | 90分 |
| 講義 | 地域密着型サービスの取り組みについて | 90分 |
| 講義 | 介護従事者に対する労務管理 | 90分 |
| 講義 | 適切なサービス提供のあり方 | 330分 |
| | 振り返り | 40分 |

計 640分（10時間40分）

別表 3

認知症対応型サービス事業管理者研修開催日程

| | | |
|-------|-------|--|
| 第 1 回 | 北斗市会場 | 平成 3 0 年 1 1 月 2 6 日 (月) ~ 1 1 月 2 7 日 (火) |
|-------|-------|--|

別記様式

第 号

修 了 証 書

氏 名

生年月日

あなたは、厚生労働省の定める認知症対応型サービス事業管理者研修を
修了したことを証します。(研修終了日 平成 年 月 日)

平成 年 月 日

北海道知事 高橋 はるみ