平成３０年２月１日

介護保険施設・事業所　運営法人　各位

南北海道グループホーム協会
会　長　　林崎　光弘
（公印省略）

認知症対応型サービス事業管理者研修開催のご案内

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、今般、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主催の認知症対応型サービス事業管理者研修につきまして当協会が後援団体として支援することとなりました。

つきましては下記のとおり開催致しますのでご案内させて頂きます。

なお、受講についてのお問い合わせやお申込みにつきましては、ななかまど教育学院が窓口となっておりますのでお間違いのないようお願い申し上げます。

記

認知症対応型サービス事業管理者研修

日　時：平成３０年３月５日（月）１２：５０～１６：２０
　　平成３０年３月６日（火）１０：００～１８：２０
場　所：シエスタ函館４階　函館コミュニティプラザＧスクエア　イベントスペース
　　函館市本町２４－１
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）において、管理者に従事予定であり、認知症介護実践研修等の研修を修了している者。詳細は要綱にてご確認下さい。
受講料：１０，０００円
締　切：平成３０年２月２８日

※詳しくは、南北海道グループホーム協会（http://minami-gh.jp）のホームページから当該研修の募集要項をご確認頂き、参加申込書をダウンロードのうえ、ななかまど教育学院へ必要事項を記入しお申込み下さい。

研修申込みに関するお問い合わせ先（申込窓口）

ななかまど教育学院
札幌市中央区北４条西７丁目 緑苑木下ビル２階
電話　０１１－２２１－２３３７

【本案内についてのお問い合わせ先】
南北海道グループホーム協会　事務局
函館あいの里　小野寺
電　話　０１３８－４７－４３３１
ＦＡＸ　０１３８－４７－４８４０

平成２９年度特定非営利活動法人ＮＰＯ社会福祉振興会
後援：南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、平成29年度の予定１回、函館会場にて実施する。

函館会場　　住　所：函館市本町24番１号
　　建物名：函館コミュニティープラザ（シエスタハコダテ４階）
　　ＴＥＬ：０１３８－３５－４０００

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。

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２月２８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。

〒０６０－０００４
札幌市中央区北４条西７丁目５番地　緑苑木下ビル２０１
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　０１１－２２１－２３３７　ＦＡＸ　０１１－５２２－８８１６

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	函館会場	平成３０年３月５日（月）～　３月６日（火）

別表４

講 師 名 簿

函　館　会　場
林崎　光弘　（認知症介護指導者）
加藤　和也　（認知症介護指導者）
谷口　俊弘　（社会保険労務士・認知症介護指導者）
※市町村担当者（開催地の行政担当者）

※は、指導者以外の外部講師

（敬称略）

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

認知症対応型サービス事業管理者研修　標準カリキュラム

（６５０分）　　平成29年度

１日目				講　師
12：50 13：00	10分	オリエンテーション	・研修の目的、目標の明示 ・研修の機会を主体的に個々学習の場として活用する意義 ・事務連絡等	事務局
13：00 14：30	90分	介護従事者に対する労務管理について	・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 ・就業規則や雇用形態を理解し、勤務日数や勤務時間、休憩時間等の理解をし、無理のない勤務体制の重要性を知る ・労務管理に関する質疑・応答	特別養護老人ホーム　札幌市稲寿園 施設福祉課長 谷口　俊弘 認知症介護指導者・社会保険労務士
14：30 16：00	90分	地域密着型サービス基準について	・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。60分 ・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の各指定基準を理解する。	行政担当者
16：00 16：20	20分	振り返り	・この日の振り返りを行う	事務局

２日目				講　師
10：00 11：30	90分	地域密着型サービスの取り組みについて	・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	社会福祉法人　函館光智会 理事長　林崎　光弘 認知症介護指導者
11:30 13:00	90分	適切なサービス提供のあり方①	・サービス提供に当たり、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。	
13：00 14：00	60分	昼休み		特定非営利活動法人 ＮＰＯ社会福祉振興会 理事長　加藤　和也 認知症介護指導者
14:00 18:00	240分	適切なサービス提供のあり方②	＜地域等との連携＞ ・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＞ ・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 ＜その他＞ ・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	
18：00 18：20	20分	研修のレビュー（振り返り）	・研修を通じての振り返り	事務局

（様式１）

特定非営利活動法人 NPO 社会福祉振興会

後援：南北海道グループホーム協会

平成２９年度認知症対応型サービス事業管理者研修（実践者研修）

管理者研修（実践者研修）　受講依頼書

平成　　年　　月　　日

特定非営利活動法人 NPO 社会福祉振興会
理事長　　加藤　和也　　様

（法　　人　　名）
（法人代表者氏名）　　印

次の職員について、特定非営利活動法人 NPO 社会福祉振興会平成２９年度認知症対応型サービス事業管理者研修の受講を依頼します。

職 員 氏 名	所属施設・事業所名	職　　名

（様式２）　　特定非営利活動法人 NPO 社会福祉振興会

平成２９年度認知症対応型サービス事業管理者研修（実践者研修）

管理者研修　受講申込書

※記載漏れや誤りのないよう、必ず裏面の注意事項を御参照の上、御記入ください。

ふりがな		性　別	男　・　女	
氏　名		生年月日	昭和 平成	年　月　日
職　名 （※１）				
法人名				
事業所名 ・施設名				
事業所・施設所在地（※２）	〒			
開設年月 （※３）	年　月	TEL		
		FAX		

主な職歴 （現に勤務する事業所・施設での経験年数も含む。）	期　間	通算期間	勤　務　先	職 務 内 容
	年　月～　年　月	年　ヶ月		
	年　月～　年　月	年　ヶ月		
	年　月～　年　月	年　ヶ月		
	年　月～　年　月	年　ヶ月		
	年　月～ 研修受講月	年　ヶ月		

該当する方どちらかにチェックし、チェックした方のみの合計年数を記入願います

□　認知症介護の経験年数（介護保険施設、認知症高齢者グループホーム、通所介護、訪問介護、通所リハビリテーションの事業所等において認知症介護業務に従事した年数）

□　居宅介護支援事業所等で居宅サービス計画等の作成に従事する介護支援専門員の、認知症の利用者に係る計画等作成の経験年数

合　計　　年　　ヶ月（研修受講月現在）

主な資格 （※４）	取得年月	免　許　・　資　格
	年　月	
	年　月	
	年　月	

研修受講歴 （※５）	実践者研修等 ※別表１で定めている修了した研修名を右記に記入し修了証書の有無に○をつけること	修了研修名： 有（交付　年　月　日・証書番号　第　号） 無
受講理由 （※６）		

裏面へ続く

必ず全項目記載してください

【注意事項】

※１　上段には、介護主任等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるように記載してください。
　　下段には、従事予定の職名と従事予定年月を記載してください。

※２　必ず受講者の所属する施設・事業所の住所を御記入ください。開設準備中の場合は、設立予定地を御記入ください。

※３　開設済みの施設・事業所は開設した年月を、今後開設が予定されている施設・事業所は開設予定年月を記入してください。

なお、別に連絡先を指定する場合は、下記に御記入ください。

住　所	〒			連　絡　先 名　　称	
電　話		ＦＡＸ		担当者	

※４　保健・医療・福祉に係る免許及び資格については、正式名称を御記入ください。
　　例：介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保健師、看護師、准看護師、
　　訪問介護員など

※５　「認知症介護実践研修（実践者研修）」等の修了証書の写しを添付してください。

※６　受講理由の欄には、受講を希望する理由・事情などを記入してください。

※その他　座席等に必ず配慮が必要な場合（お体に障がいがある等）がございましたらご記入ください。