

# 令和6年度 認知症対応型サービス事業管理者研修（第1回）

## 開催要項

### 1 目的

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及び指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を、管理・運営していくために必要な知識及び技術を修得するとともに、認知症介護を提供する事業所を管理する立場にある者として適切なサービスの提供に関する知識等を修得し、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します。

### 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 令和6年11月20日（水）・21日（木）

### 5 開催方法 Zoomによるオンライン研修 ※Web環境とカメラ・マイク機能付きのパソコン等が必要です。

### 6 受講料 2,000円

下記13②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2,000円分の石川県証紙を添付し、11月13日（水）までに提出してください。（※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。

### 7 受講対象 次の①②③、全ての要件を満たしている者としてします。

- ① 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及び指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者になることが予定されている者
- ② 認知症介護実践研修における実践者研修（又は旧基礎課程）を修了している者
- ③ 各事業に係る指定基準における管理者の要件(当該研修の受講を除く)を満たしている者  
（※要件の詳細は各市町にご確認ください）

### 8 定 員 40名程度

## 9 研修プログラム 別紙「研修プログラム」参照

### 10 参加申込方法

- ① 推薦依頼書を市町担当課へ提出し、申込みください。
- 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6年9月25日(水)～10月8日(火)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、令和6年10月15日(火)です。)  
※ ①の推薦依頼書の提出、②のホームページの入力、共に必要。  
※ ②の詳細は、「11 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。

### 11 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

- ① 石川県社会福祉協議会ホームページ (URL: <http://www.isk-shakyo.or.jp/>) の上部メニューから **福祉の研修** をクリックします。
- ② 「研修新着情報」から受講希望の研修名をクリックすると、「検索結果」が画面の下方に表示されます。
- ③ 受講希望の研修であることを確認の上、右欄の **申込** をクリックすると、「研修申し込み」が表示されます。
- ④ 必要事項 (※印は必須項目) を入力後、**申込確認画面へ** をクリックし、入力内容を確認の上、**申し込む** をクリックして、申し込み完了です。
- ⑤ 申し込み後、すぐに「受付確認書」がメールで送信されます。  
メールが届かない場合は、メールアドレスが正しく入力されていない可能性がありますので、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」は受講を承認するものではありません。後日、「受講選考結果」がメールで送信されます。

※ メールアドレスは、受講の選考結果やオンライン研修受講時に必要なURLの送付など重要な通知に利用しますので、常に確認可能なものを使用してください。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。

※ ホームページでの入力申込みの他、推薦依頼書の提出も必要です。

### 12 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させていただきます。
- ③ それでも定員を超えている場合は、抽選とさせていただきます。

### 13 選考結果の通知

- ① 10月29日(火)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 10月30日(水)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。

### 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：森田  
〒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

### 15 接続テストについて

研修がスムーズに開始できるよう、研修で使用するZoomの接続テスト及び操作説明会を11月11日(月)13:30より行います。(10分程度を予定しております。) 必ず研修受講予定の方が、研修当日と同じ場所・環境、同じパソコン等にて参加してください。

### 16 受講における留意事項

- ・修了証書は研修終了後、後日郵送にて各事業所へ郵送いたします。
  - ・各自でオンライン研修を受講できる環境(パソコン等によるWeb環境)を整えていただきます。
- ※ 原則、ネットワーク環境は有線が推奨されます。無線Wi-Fi環境を利用する場合は、同じ建物内でも電波状況にムラがありますので、電波状況の良い場所で受講してください。受講者が長時間に渡って映っていない等、受講確認ができない場合には欠席扱いとし、修了を認めない場合がありますので、ご注意ください。
- ・1人1台の端末で受講してください。

令和6年度認知症対応型サービス事業管理者研修（第1回）研修プログラム

日 時		研 修 科 目
11 月 20 日 (水) ・ 1 日 目	12:40～13:25	受付（Zoomに接続）
	13:25～13:30	開講・オリエンテーション
	13:30～14:40 (70分)	「地域密着型サービスの基準について」
	14:40～14:50	休憩
	14:50～16:30 (100分)	「管理者の実際の役割」
11 月 21 日 (木) ・ 2 日 目	8:45～ 9:15	受付（Zoomに接続）
	9:15～ 9:20	オリエンテーション
	9:20～10:20 (60分)	「介護従事者に対する労務管理について」
	10:20～10:30	休憩
	10:30～12:00 (90分)	適切なサービス提供のあり方について① 「高齢者の権利擁護と身体的拘束について」
	12:00～13:00	昼食・休憩
	13:00～14:00 (60分)	適切なサービス提供のあり方について② 「第三者評価の実施について」
	14:00～14:10	休憩
	14:10～16:10 (120分)	適切なサービス提供のあり方について③ 「アセスメントとケアプランの基本的考え方」
16:10～	閉講	

「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」に規定される研修について

	認知症対応型 通所介護	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
代表者		認知症対応型サービス事業開設者研修 基準第92条      基準第65条      基準第173条		
管理者	認知症介護実践研修(実践者研修)			
	↓	↓	↓	↓
	認知症対応型サービス事業管理者研修 基準第43条      基準第91条      基準第64条      基準第172条			
計画作成 担当者	認知症介護実践研修(実践者研修)			
			小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修 基準第63条      基準第171条	

## 令和6年度 認知症対応型サービス事業管理者研修（第1回）市町推薦依頼書

項目	申込内容			
所 属	介護保険事業所番号	※必ず記入してください。		
	住 所	〒		
	事業所名	※法人・会社名から記入してください。		
	事業種別			
	申込担当者名 連絡先	担当者名	Tel	Fax
受 講 者	ふりがな			
	氏 名			
	職 名			
	生 年 月 日	S ・ H	年	月 日
	採用年月日	S ・ H ・ R	年	月 日
	経 験 年 数	年          ヶ月（過去を含む経験年数）		
	優 先 順 位	※同一法人から複数名申込み場合ご記入ください。		
	実践者研修 （基礎課程） 修了の確認	※受講修了した年度と修了証書番号を記入して下さい。 ・平成    年度 痴呆介護実務者研修 基礎課程 修了 ・平成/令和    年度 認知症介護実践研修 実践者研修 修了・修了予定 <b>【修了証書番号 第          号】</b>		
	受 講 場 所	※該当する番号に○を付けてください。 ① 所属事業所          ② 自宅          ③ その他（          ）		
	緊急時の連絡先	※研修日当日、Zoom等に関するトラブルがあった際に使用します。 （Tel          ）		
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） 事業種別：_____ 事業所名：_____ ② 管理者の交代 交代時期：令和_____年_____月_____日（予定） 旧の管理者名：_____ 事業種別：_____ 事業所名：_____ ③ その他 理由（具体的に）_____				

石川県社会福祉協議会 HP にて申し込みを行っている。（✓を付けてください）

上記のとおり申し込みます。

令和6年    月    日

（市町の長）

様

（事業者法人名及び代表者名）

## 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6年度 一般会計	8	2	4	4	7
		※ 金 額		¥2,000		
※ 納 入 理 由	認知症対応型 サービス研修 (管理者研修)	※ 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。