

令和5年度 宮城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 この要領は、宮城県認知症介護実践者等養成研修事業実施要綱に基づき、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図るために認知症介護の専門職を養成するための研修を行うものとする。
うち管理者研修は、「地域密着型サービスの基準・取組」「介護従事者に対する労務管理」「適切なサービス提供のあり方」などの統括的に管理運営できる知識と技術を修得することを目的とする。
- 2 実施主体 宮城県
- 3 実施機関 宮城県社会福祉協議会 宮城県介護研修センター
- 4 対象者 次の要件を全て満たす者とする。
(1) 県内（仙台市を除く）①～⑨の事業所の管理者又は管理者になることが予定されている者
① 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所
② 共用型指定認知症対応型通所介護事業所
③ 指定小規模多機能型居宅介護事業所
④ 指定認知症対応型共同生活介護事業所
⑤ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所
⑥ 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
⑦ 共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所
⑧ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所
⑨ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
(2) 認知症介護実践者研修を修了している者（宮城県認知症介護実践研修事業実施要綱（平成17年4月7日施行）に基づく認知症介護実践者研修修了者含む）
（修了証書の写し添付）
※実践者研修未受講の場合、本年度中に下記の期間で受講すること。
第1期に管理者研修を受講する場合：本年度の実践者研修第1期受講
第2期に管理者研修を受講する場合：本年度の実践者研修第1期～3期のいずれかを受講
(3) 当該事業所所在地の市町村長の推薦を受けた者（別紙1）
- 5 研修期間 講義・演習（2日間）
第1期 令和5年10月23日(月)、24日(火)
第2期 令和6年1月24日(水)、25日(木)
- 6 研修内容 別紙日程表参照
- 7 研修会場 宮城県介護研修センター
〒989-4103 宮城県大崎市鹿島台平渡字上敷19-7
- 8 受講定員 60名（各期30名）
- 9 募集期間 令和5年7月20日（木）～8月9日（水）
（期間内に市町村担当課へ申込み願います）
※募集期間以外の申込みは受付しません。

- 10 受講決定 令和5年9月中旬頃
(1) 受講の可否については施設宛に文書で通知します。研修日の10日前になりましても、通知が届かない場合はご連絡ください。
(2) 受講の可否にかかわらず、申込書類は返却いたしません。
(3) 受講決定者の変更はできません。
- 11 修了証書 所定のプログラム(課程)を修了した方に交付します。ただし、遅刻・早退・途中退席があった場合等は交付できないことがあります。
- 12 受講料 4,500円
受講決定通知に記載の銀行口座へ、指定する期日までにお振込みください。
振込手数料は、受講者側でご負担ください。
(原則として返金対応はお受けしておりません。)
- 13 講義資料 受講決定通知送付後、e-mailにて資料ダウンロード用URL・パスワードをお送りします。各自印刷していただき、当日必ずご持参ください。
- 14 申込方法 研修センターのホームページから申込書をプリントし、必要事項を全て記入の上、「認知症介護実践者研修修了証の写し」を添え、**市町村担当課**へ郵送又はご持参願います。(募集期間内必着)
なお、別紙1の推薦書については、市町村で記入しますので添付は不要です。
※申込書に記載された内容は、本研修のみに使用し、適正に管理します。
ホームページ：<https://fukushi.miyagi-sfk.net/kkc/>
申 込 先：**事業所が所在する市町村の認知症施策担当課**
- 15 問い合わせ先
宮城県介護研修センター
Tel：0229-56-9608 担当：工藤，澤田
- 16 申込みにあたっての留意事項
(1) 受講定員を超えた場合は、第2希望までの中で調整します。
(2) 受講申込書に不備があった場合は、受理できないことがあります。申込書様式の全ての項目について記載漏れのないよう、提出の際は十分ご確認ください。
(3) 申込書に記入する受講希望者の氏名(漢字の表記)、生年月日については、正確にご記入ください。
(4) 宿泊をご希望の方は、受講決定通知送付時に併せて宿泊申込書をお送りいたしますので、必要事項を記入の上ご提出ください。

令和5年度 認知症対応型サービス事業管理者研修 日程表

第1日目		第1期 10月23日(月)	第2期 1月24日(水)	講師 (講師補助)
9:20 9:30	10分	研修オリエンテーション		宮城県介護研修センター
9:30 11:00	90分	地域密着型サービスについて	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型サービスの目的、理念の理解 ・各指定基準の理解 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px; margin-top: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> 小規模多機能型居宅介護 認知症対策型通所介護 認知症対応型共同生活介護 看護小規模多機能型居宅介護 </div>	宮城県長寿社会政策課
11:10 12:40	90分	地域密着型サービスの取り組みについて	<ul style="list-style-type: none"> ・実践報告を通じた、サービス提供のあり方の理解 	1期 中津留 美津江 (高野 裕子) 2期 高野 裕子 (熊谷 光二)
昼食・休憩				
13:40 15:10	90分	介護従事者に対する労務管理について	<ul style="list-style-type: none"> ・労務管理者 	1期 柿崎 裕美 (齋藤 武) 2期 齋藤 武 (柿崎 裕美)

第2日目		第1期 10月24日(火)	第2期 1月25日(木)	講師 (講師補助)
9:20 10:20	60分	適切なサービス提供のあり方について (利用者の家族・地域・医療との連携) (運営推進会議の開催)	<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 	1期 熊谷 光二 (佐々木 真弓) 2期 村山 真美 (及川 みき子)
10:30 12:00	90分	適切なサービス提供のあり方について (サービスの質の向上と人材育成)	<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 	
昼食・休憩				
12:50 16:10	180分	②サービスの質の向上と人材育成	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者としての役割の理解 ・サービスの質の向上と人材育成 ・自己評価・外部評価の実施と活かし方 ・ケース会議・職員ミーティング ・アセスメントとケアプランの基本的考え方 	1期 熊谷 光二 (佐々木 真弓) 2期 小山 一哉 (及川 みき子)

令和5年度 宮城県認知症対応型サービス事業管理者研修 申込書

年 月 日

各市町村長 宛

施設(事業所)名 _____ (法人名も記載)

施設(事業所)長 (職名・氏名) _____ ㊞

連絡担当者氏名 _____ TEL: - -

_____ FAX: - -

以下のとおり申込みます。

受講希望者 氏名(職名)	ふりがな _____ 氏 名 _____				(男・女)
		職名			
生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日	(歳)
研修により運営基準 を満たすもの (該当する番号に○を つける)	① 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所の管理者 ② 共用型指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者 ③ 指定小規模多機能型居宅介護事業所の管理者 ④ 指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者 ⑤ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者 ⑥ 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の管理者 ⑦ 共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の管理者 ⑧ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の管理者 ⑨ 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				
受講理由 (該当する内容を記載)	① 事業所開設の為(新規事業所に着任) 開設予定日 _____ 年 月 頃 ② 前任者と交代の為(退職・人事異動・その他[_____]) 前任者氏名 _____ 交代日 _____ 年 月 日 ③ 管理者に従事しているが管理者研修を未受講のため 従事年月日 _____ 年 月 日 未受講の理由 _____				
受講希望	第1希望	第 期	第2希望	第 期	
資 格 (番号に○をつける) (複数回答可)	① 訪問介護員(1・2級) ② 介護職員基礎研修修了 ③ 介護福祉士 ④ 介護職員初任者研修修了 ⑤ 介護支援専門員 ⑥ 社会福祉士 ⑦ 准看護師 ⑧ 看護師 ⑨ なし ⑩ その他医療・福祉等の資格(_____)				
所属事業所名					
事業所所在地	〒 - -				
	TEL: - -		FAX: - -		
e-mail アドレス	※ 受講決定後、配布資料ダウンロードのための URL 等をお送りします				
事業所種別 (番号に○をつける) (受講希望者の所属 する事業所1つ)	① 特別養護老人ホーム ② 老人保健施設 ③ 通所介護事業所 ④ 訪問介護事業所 ⑤ 通所リハビリ ⑥ グループホーム ⑦ 小規模多機能型居宅介護				

裏面も必ずご記入ください

勤務施設名 (①から順に直近のものから記入)	施設・事業所名	期 間	業務内容	年月数
	①	_____	年 月～ 至現在 (_____)	年 ヶ月
	②	_____	年 月～ 年 月 (_____)	年 ヶ月
	③	_____	年 月～ 年 月 (_____)	年 ヶ月
	介護業務従事年数 計			年 ヶ月
※ 欄が足りない場合は別紙を作成し記入してください。				
上記記載内容に間違いはありません。			年 月 日	
受講希望者氏名 (自筆) _____				