

# 平成 31 年度仙台市認知症対応型サービス事業管理者研修 開催要領

## 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、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所、指定介護予防認知症対応型通所介護事業所、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所を管理・運営していくために必要な知識・技術を修得する。

## 2 研修実施主体 仙台市

## 3 研修事務局(仙台市委託先)

公益財団法人仙台市健康福祉事業団  
介護研修室(仙台市シルバーセンター5階)  
TEL:022-215-3711/FAX:022-215-3718

## 4 研修目標

- (1) 管理者としての役割及びサービス提供のあり方について理解する。
- (2) 地域密着型サービスの目的や理念、サービスのあり方について理解する。
- (3) 認知症高齢者を支える地域の社会資源及びその活用について理解し、連携のあり方について学ぶ。

## 5 対 象 者

### 次の要件をすべて満たす者

- (1) 仙台市内の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、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所、指定介護予防認知症対応型通所介護事業所、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所又は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となる者及び管理者になることが具体的に予定される者
- (2)「認知症介護実践研修(実践者研修)」又は「痴呆介護実務者研修(基礎課程)」を修了した者  
※上記研修を修了していない場合は、別に本研修開催前の「認知症介護実践研修(実践者研修)」の受講が必要です。
- (3)全日程【講義・演習(2日間)】受講可能であること(遅刻・早退不可)

### 【認知症対応型サービス事業の基準と研修の関係】

認知症対応型サービス事業所の管理者は、「認知症対応型サービス事業管理者研修」を修了している必要があります。

※介護保険法施行令附則により、みなし指定を受けた認知症対応型共同生活介護事業所及び認知症対応型通所介護事業所については、みなし指定が行われた際の管理者が、引き続き当該事業所で勤務する場合には研修の受講を要しないが、その者が他の認知症対応型サービス事業所の管理者となるためには、この研修を修了している必要がある。

## 6 日 程

第1回	令和元年7月3日(水)・7月4日(木) 2日間
第2回	令和2年2月12日(水)・2月13日(木) 2日間

※日程詳細は別紙カリキュラムのとおり

## 7 定 員 各回 24 名

## 8 会 場 仙台市シルバーセンター(仙台市青葉区花京院 1-3-2)6階 第2研修室

9 研修内容 別紙カリキュラムのとおり

10 受講料 2,500 円 ※受講料は研修初日にご持参ください。

11 申込方法 受講申込書を公益財団法人仙台市健康福祉事業団ホームページよりダウンロードし、必要事項をご記入のうえ、研修事務局まで **郵送** でお申し込みください。  
(ホームページURL <https://www.senkenhuku.com/>)

**【提出書類】**

- (1) 申込書
- (2) 認知症介護実践研修(実践者研修) 又は 痴呆介護実務者研修(基礎課程)の  
修了証書の写し 1部

※本研修は個人での申し込みは受け付けておりません。必ず施設(事業所)等の責任者がお申し込みください。

※これまでに本「管理者研修」を修了した方は申し込みできません。

**【申し込み先】**

〒980-0013 仙台市青葉区花京院 1-3-2 仙台市シルバーセンター5階  
公益財団法人仙台市健康福祉事業団 介護研修室 宛

※封筒表面に朱書きで「管理者研修申込書在中」と記載してください。

12 申込期間・受講決定

受講決定者のみ所属長宛に通知します。受講不可の場合は通知いたしません。

	申込期間	決定通知
第1回	平成31年4月15日(月)～4月26日(金)	令和元年5月17日(金)頃
第2回	令和元年11月11日(月)～11月22日(金)	令和元年12月6日(金)頃

13 修了証書の交付

全日程(講義・演習)を受講した受講者に対し、仙台市から修了証書が交付されます。

※「認知症介護実践研修(実践者研修)」を修了していない受講者については修了後に交付されます。

14 その他注意事項

- (1) 申し込みにあたり、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。また、研修受講要件の申告に虚偽又は不正があった場合は、受講決定・研修修了を取り消すことがあります。
- (2) 受講決定後、万一、参加できなくなった場合等は、早急に連絡してください。
- (3) 一旦納入された受講料は返金いたしません。
- (4) 原則として遅刻・早退・欠席は認められません。
- (5) 指導者から改善の指示や指導があった場合は、迅速に改善へ取り組みください。
- (6) 研修中に受講者としてふさわしくない行為があったとき(受講態度の良くない方)は、退室していただき、修了を認めない場合があります。
- (7) 研修で知り得た個人情報、正当な理由なく第三者に漏らしてはいけません。
- (8) 研修の申し込みに関して研修事務局が知り得た受講者の個人情報は「個人情報取扱特記事項」に基づき、受講者の決定、受講者名簿及び修了証書の作成等、研修事業の円滑な運営のために使用し、適正な利用・管理を行います。
- (9) 本研修中に疑義が生じた場合は、仙台市、研修事務局等で対応を協議することがあります(受講者所属事業所の責任者を含む場合もあります)。

# 平成 31 年度仙台市認知症対応型サービス事業管理者研修 第1回 カリキュラム

会場：仙台市シルバーセンター

## ■ 1 日目 ■ 令和元年 7 月 3 日 (水)

時 間	内 容	講 師
9:30～ 9:40 (10 分)	開講にあたって オリエンテーション	(公財) 仙台市健康福祉事業団介護研修室
9:40～11:10 (90 分)	地域密着型サービス基準について	仙台市健康福祉局介護保険課
11:20～12:30 (70 分)	介護従事者に対する労務管理について	仙台労働基準監督署第二方面主任監督官
12:30～13:30	昼 食	
13:30～16:30 (180 分)	適切なサービス提供のあり方 1. 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 ・ 権利擁護とリスクマネジメント ・ 記録のあり方	仙台市認知症介護指導者
16:30～17:00	アンケート・振り返り	

## ■ 2 日目 ■ 令和元年 7 月 4 日 (木)

時 間	内 容	講 師
9:30～12:00 (150 分)	適切なサービス提供のあり方 2. 地域との連携 ・ 利用者の家族・地域・医療との連携 ・ 運営推進会議の開催	仙台市認知症介護指導者
12:00～13:00	昼 食	
13:00～15:30 (150 分)	地域密着型サービスの取り組みについて ～地域密着型サービス事業所からの報告～	小規模多機能居宅介護管理者 認知症対応型共同生活介護管理者 仙台市認知症介護指導者
15:30～16:00	アンケート・振り返り	
16:00～16:10	修了証書授与	(公財) 仙台市健康福祉事業団介護研修室長 仙台市認知症介護指導者

# 平成 31 年度仙台市認知症対応型サービス事業管理者研修 第1回 受講申込書

年 月 日

(公財)仙台市健康福祉事業団 理事長 あて  
 経営主体  
 所 属  
 [施設(事業所)名]  
 施設(事業所)長  
 職・氏名

㊟(公印又は代表者印)

標記について、下記のとおり受講を申し込みます。

1 事業所	名 称		電話 番号	-	-
	所在地	〒	FAX 番号	-	-
2 種 別 ※1つ選択	①指定認知症対応型通所介護事業所      ②指定小規模多機能型居宅介護事業所 ③指定認知症対応型共同生活介護事業所   ④指定看護小規模多機能型居宅介護事業所 ⑤その他( )				
3 受講者氏名	ふりがな			( 男 ・ 女 )	
4 生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳 ) ※修了証書に記載しますので、氏名と生年月日は正確に記入してください。				
5 現在の職種 ※1つ選択	①管理者   ②計画作成担当者   ③介護職員   ④その他( )				
6 受講目的 ※( )1つ選択	(1)新規事業所の管理者に従事予定のため ①開設予定年月 年 月頃 ②事業所名(仮称可) _____ ③事業所種別 _____ ④開設予定住所 〒 - _____				
	(2)既存事業所の管理者に従事予定のため ①従事変更理由 _____ ②変更予定年月 年 月頃 ③事業所種別 _____ ④事業所名 〒 - _____				
	(3)既存事業所の管理者にすでに従事しているが受講が必要 ①受講理由 _____ ②管理者の従事年月日 年 月 日				
7 所有資格 ※複数可。	①介護福祉士   ②ホームヘルパー   ③介護支援専門員   ④看護師   ⑤准看護師   ⑥保健師 ⑦社会福祉士   ⑧理学療法士   ⑨作業療法士   ⑩言語聴覚士   ⑪精神保健福祉士   ⑫なし				
8 実務経験	合計 年 ヶ月 ※介護サービス等の直接的な援助や、相談・援助業務の実務経験年数を記入。				
9 認知症介護実践研修(実践者研修)または 痴呆介護実務者研修(基礎課程)の修了年月日	平成 年 月 日 修了 ※修了証書の写しを必ず添付してください。				
研修事務局記入欄(記入不要)					

申込責任者 職・氏名

㊟