

# 令和5年度第2回茨城県認知症対応型サービス事業管理者研修受講者募集要項

## 1 目的

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、指定(介護予防)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の管理者となる者が、これらの事業所を管理・運営していく上で必要な「指定基準等の正しい理解」「職員の労務管理」「適切なサービス提供のあり方」などの必要な知識・技術を身につけることをねらいとする。

## 2 受講対象者(受講要件)

以下の(1)・(2)の要件を満たす者

- (1) 茨城県内にある(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所、指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所、指定(介護予防)認知症対応型通所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となる者又は管理者になることが予定される者で、認知症介護実践者研修(または旧実務者研修基礎課程)の修了者
- (2) WEBによる同時双方向の研修受講環境が整うこと。

なお、上記(1)茨城県内の事業所に該当しない場合でも、申し込みできますが、この場合の受講は、定員に空きがある場合に限りです。また、(2)WEB研修は、新型コロナウイルス感染症が収束するまでの一時的な要件になります。

**以下に該当する方は、この研修の受講が義務づけられています。**

- ・ 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
- ・ 指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所の管理者
- ・ 指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所の管理者(ただし、平成17年度末までに指定済の事業所の管理者を除く)
- ・ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者

ただし、平成17年度末までに認知症介護実務者研修(基礎課程)を修了し、かつ平成17年度末時点で特別養護老人ホーム・老人デイサービスセンター・介護老人保健施設・指定認知症対応型共同生活介護事業所等の管理者として従事していた方は、新たに受講する必要はありません。

## 3 日程・カリキュラム

令和5年12月5日(火)・7日(木) 両日ともWeb研修

時刻	研修内容
1日目 12月5日(火) 9:00~15:15 講義	開講式・オリエンテーション 講義 地域密着型サービス基準について 講義 地域密着型サービスの取組について 講義 介護従事者に対する労務管理について
2日目 12月7日(木) 9:00~16:30 講義	講義 適切なサービスの在り方について ・ 権利擁護とリスクマネジメント ・ 家族・地域・医療との連携 ・ 運営推進会議 ・ アセスメントとケアプランの基本的考え方 ・ サービスの質の向上と人材育成

※研修カリキュラムは変更することもあります。

#### 4 定員 60名

#### 5 申込方法

4 ページの申込書様式をダウンロードし必要事項を記入してください。更に所属施設の代表者等の推薦を受けた上で、期日までに必要書類を添付し事業所のある市町村に申し込みをしてください。

申込期日：10月20日(金)必着 事業所を所管する市町村の介護保険担当課へ提出してください。(市町村へ提出した受講申込書は、市町村を通して県へ提出されます。)

申込書類：①茨城県認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

※5 ページの記入例をご参照ください。

②実践者研修の修了証(又は、実務者研修基礎課程の修了証)のコピー

**記載に不備のある場合や市町村長の推薦を受けず、県に直接送付された方は受講決定されません。**

#### 6 受講者の決定

申込書等を審査のうえ決定し、茨城県保健医療部健康推進課より受講3週間程前までに受講決定通知を申込書に記載していただいた勤務先にお送りします(**応募者が定員を超えた場合は、受講義務がある職務の方を優先します**)。なお、期限後の申込み者には結果を通知しません。

#### 7 受講にかかる負担金

受講料3,000円/1名 後日、指定の金融機関へ振込をしてください。

※振込手数料は、受講者側の負担となります。なお、負担金は、理由を問わず返還いたしません。

※テキスト購入の必要はありませんが、各事業所で行っていただく資料の印刷は、自己負担となります。研修は、資料を用いて講義を進めてまいります。

※オンライン講義の視聴環境の確保は受講料に含まれておりません。受講者の負担となります。

#### 8 受講方法

- ・研修はすべてWEB研修(Zoomライブ配信)で行います。
- ・受講にあたり、安定して高速な定額の接続環境が推奨されます。モバイルWi-Fiルータなどを利用した場合、通信量オーバーにより速度制限がかかると接続が切断されてしまう場合がありますので、十分御注意ください。
- ・受講場所については、各事業所・自宅等問いませんが、事業所の管理者の指示に従ってください。
- ・視聴方法の詳細は、受講決定後、改めて御案内をお送りします。

<Zoomライブ配信研修>

- ① 使用する機械は、1人一台の端末での参加をお願いします。PCで受講できる環境を前提とし、タブレット端末は推奨いたしません。**スマートフォンは不可**です。
- ② 双方向型の研修のため、Webカメラ・マイクが必要となります。PCにそれらの機器がついていない場合は、別途レンタルをするか、もしくは購入する必要があります。(茨城県や茨城県老人福祉施設協議会に、貸出機器の準備はありません。)
- ③ 研修には、ヘッドホンとマイクの使用を推奨します。
- ④ 同じ場所で複数の受講者がいる場合は、マイク同士の干渉によりハウリングを起こしますので、注意が必要です。また、周囲の音声をマイクが拾いますので、静かな場所を確保してください。
- ⑤ その他、接続テスト終了後、数日中に茨城県老人福祉施設協議会からメールが届きます。研修受講に必要な準備資料をダウンロードしてください。
- ⑥ 運営事務局(茨城県老人福祉施設協議会)が、研修開催日の出席を確認します。

## ＜参考＞受講料支払いまでの手続き

受講決定通知が到着後、記載のある研修委託先の茨城県老人福祉施設協議会に、必要事項をメールで送信すると（決定通知にアドレスを記載）、受講料振込先の案内等が添付された電子メールが届きますので、ご対応願います。

（研修当日に使用する PC からメールを送信願います。）

## 9 修了認定

修了証書は、全カリキュラム（全日程）を修了し、次の（1）～（2）の基準を満たした方に限り、後日、事業所へ送付いたします。

### ＜修了認定基準＞

- （1） 全科目を履修したこと。  
（なお、特段の事情がない限り、10分以上遅れて参加した場合は、当該科目の履修を認めません。）
- （2） 受講中は、指導者の指示に従って研修を受講し、内容の理解や受講態度に著しい問題がないと認められること。

ただし、受講中、研修態度が好ましくないと判断された場合（携帯電話の使用、研修に関係のない行為、居眠り、離席等）、映像の指示に従わない場合、研修指導者の注意に従わない場合は、受講を取り消し、または修了を認めない場合があります。演習の取組状況や、その他の点から研修内容を理解していないと判断される場合には、別途レポートの提出を求めるか、または修了を認めない場合があります。

なお、アンケート等は、各々、指定期日までに研修委託先である一般社団法人茨城県老人福祉施設協議会へ提出してください。

## 10 受講に当たっての注意事項

- ・インターネット環境（PC、ネット環境、受講生の接続スキル、WEBカメラやマイク等の機器など）がある者、及び、資料をダウンロードし、印刷する環境が整っている者が受講の要件で、接続不備により受講できなかった場合は、研修終了の対象にはなりませんのでご注意ください。
- ・
- ・受講決定後、やむを得ない事情により参加ができなくなった場合は、速やかに茨城県保健医療部健康推進課地域包括ケア推進室認知症対策担当（029-301-3333）へその旨をご連絡ください。

### ○その他 研修当日までに準備する物等

#### ＜研修で使用する物＞

- ・受講者は、自らのメール送信後に茨城県老人福祉施設協議会から届く受講案内等を確認し、接続テストの後、メールで送られる研修資料は印刷をしておいて下さい。
- ・黒以外のペンも数色ご用意ください。

#### ＜研修前の案内等＞

- ・受講決定者は、研修当日、届けていただいているパソコンから受付時間に遅れることなく指示のあった所につないでいただきます。そのため事前に名前や事業所の登録などを行います（受講決定通知に記載）。

## 11 本件に係る問い合わせ先

### ＜研修全般・申込に関する連絡・お問い合わせ先＞

茨城県保健医療部健康推進課 地域包括ケア推進室 認知症対策担当宛  
〒310-8555 水戸市笠原町 978-6 茨城県庁舎 16 階  
電話 029-301-3333 Fax 029-301-3318

※研修日の10日前前になりましても受講決定通知が到着しない場合は、上記へご連絡の程、お願いいたします。

### ＜受講方法に関する連絡・インターネット接続についてなどのお問い合わせ先＞

一般社団法人 茨城県老人福祉施設協議会 研修担当  
電話 029-241-8529 Fax 029-241-4456

楷書で丁寧に記入願います。

管

### 茨城県認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

ふりがな		性別	1 男 2 女	←氏名と生年月日は修了証に印刷されます。間違いのないよう記入してください。
氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成	
自宅住所	〒		電話 番号	←左記に、ご自分の住所・連絡先のTELを記入。
受講するPC のアドレス			記入必須 (職場のアドレス)	←研修で使用する職場のPCのアドレスを記入。

勤務先	法人名 施設名	職種名	
	所在地	〒	電話 番号
受購決定通知送付先		FAX 番号	

事業所 形態

グループホーム 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 認知症対応型通所介護

その他( )

受講目的

1 指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)を開設予定のため(☆)

2 指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所・指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を開設予定のため(☆)

3 指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所を開設予定のため(☆)

4 施設の管理者を変更するため(★)

5 既に管理者であるが、研修を未受講のため(管理者就任: 年 月)前任者氏名: \_\_\_\_\_

6 上記以外の目的( ) ※具体的な受講目的を必ず記入してください。

(☆)受講目的が1~3の方は、以下もすべて記入して下さい。	(★)受講目的が4の方は、以下もすべて記入して下さい。
ア 開設の予定 令和 年 月 日頃	ア 変更時期 年 月 日頃・未定 ※変更の時期、もしくは、時期が未定であるかどちらかを記願います。
イ 事業者指定申請の予定 令和 年 月 日頃	イ 変更役職 1 管理者 2 管理者兼計画作成担当者 3 その他( )
ウ 施設の名称 _____	ウ 前任者の役職・氏名 _____
エ 開設予定住所 _____	エ 変更の理由 _____
オ 予定役職 1 管理者 2 管理者兼計画作成担当者 3 その他( )	オ 市町村への報告・相談 未・済( 年 月頃)
カ 増設ユニット数 _____ユニット→_____ユニットへ	※上記2行も記入
キ 管轄市町村への相談 未・済(平成 年 月)	
済の場合→ 1 同意を得ている 2 相談中	

認知症介護実践者研修(または実務者研修基礎課程)の受講の有無 有(平成・令和 年度 第 回)・無

認知症介護の実務経験	勤務先	職種・役職	従事期間(令和5年9月30日現在)	
			昭和・平成・令和 年 月 日～	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 年 ヶ月間)
			昭和・平成・令和 年 月 日～	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 年 ヶ月間)
			昭和・平成・令和 年 月 日～	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 年 ヶ月間)
			昭和・平成・令和 年 月 日～	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 年 ヶ月間)
右は、令和 5年9月30日現在で記入を→			認知症介護の実務経験 : 計 年 ヶ月間	

高齢者福祉に関する資格	資格の名称	取得年月日
		昭和・平成・令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日

令和5年 月 日 申込者(受講者)氏名 \_\_\_\_\_ 【自筆サイン】

上記の者を研修の受講生として推薦します。

令和5年 月 日 法人・事業所名 \_\_\_\_\_ および所属長氏名 \_\_\_\_\_ 【自筆サイン】

※この申込みに関する連絡先 事業所名 _____ 担当者 _____ 電話番号 _____ - -
--

茨城県認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

ふりがな	まるの まるこ	性別	1 男 ② 女	氏名と生年月日は修了証に ←印刷されます。間違いのないよう 記入してください。
氏名	○ 野 ○ 子	生年月日	昭和 55 年 1 月 23 日 平成	
自宅住所	〒300-0000 〇〇市〇〇町5-9-63 〇〇ヒルズ 〇〇号	電話番号	090-1111-□□11	←左記に、ご自分の住所・連絡先の TEL を記入。
受講するPCのアドレス	記入必須（職場のアドレス） Kaigo_123@△△.co.jp	分かりやすく、高さを揃えて ※Kは大文字 数字の前はアンダーバーです←必要な時は記載		
勤務先	法人名 施設名 社会福祉法人〇〇会 グループホーム〇〇園	職種名	計画作成担当者	
所在地	〒300-0011 ××市××ヶ谷 494-9	電話番号	029 - 123 - 〇〇〇〇	FAX 番号 029 - △△△- 6543
事業形態	<input checked="" type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> その他( )			
受講目的	1 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）を開設予定のため(☆) 2 指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所・指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を開設予定のため(☆) 3 指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所を開設予定のため(☆) ④ 施設の管理者を変更するため(★) 5 既に管理者であるが、研修を未受講のため（管理者就任： 年 月）前任者氏名： _____ 6 上記以外の目的（ _____ ） ※具体的な受講目的を必ず記入してください。 (☆)受講目的が1~3の方は、以下もすべて記入して下さい。 (★)受講目的が4の方は、以下もすべて記入して下さい。 ア 開設の予定 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日頃 イ 事業者指定申請の予定 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日頃 ウ 施設の名称 _____ エ 開設予定住所 _____ オ 予定役職 1 管理者 2 管理者兼計画作成担当者 3 その他 ( _____ ) カ 増設ユニット数 ____ ユニット→ ____ ユニットへ キ 管轄市町村への相談 未・済 ( ____ 年 ____ 月) 済の場合→ 1 同意を得ている 2 相談中 ア 変更時期 令和6年 4月 1 日頃・未定 イ 変更役職 1 管理者 ②管理者兼計画作成担当者 3 その他 ( _____ ) ウ 前任者の役職・氏名 _____ 管理者 △田 △美 エ 変更の理由 _____ 前任者退職のため ※上記2行も記入 オ 市町村への報告・相談 未・済 ( R5年4月頃)			
認知症介護実践者研修（または実務者研修基礎課程）の受講の有無	有 (平成・令和 28 年度 第 1 回) ・ 無			
認知症介護の実務経験	勤務先	職種・役職	従事期間 (令和5年 9月 30日現在)	
	グループホーム〇〇の谷	介護職	昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 24年 1月 1日～ 27年 9月 30日 ( 3年 9ヶ月間)	
	グループホーム〇〇園	計画作成担当者	昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 27年 10月 15日～ 5年 5月 31日現在 ( 7年 7ヶ月間)	
			昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日 ( 年 ヶ月間)	
右は、令和5年9月30日現在で記入を→			認知症介護の実務経験：計 11年 4ヶ月間	
高齢者福祉に 関する資格	資格の名称		取得年月日	
	介護福祉士		昭和・平成・令和 20年 9月 1日	
	介護支援専門員		昭和・平成・令和 28年 3月 1日	
		昭和・平成・令和 年 月 日		

上記のとおり申し込みます。  
 令和5年 10月 10日 申込者（受講者）氏名 ○ 野 ○ 子 【自筆サイン】  
 上記の者を研修の受講生として推薦します。  
 令和5年 10月 11日 法人・事業所名 社会福祉法人〇〇会  
 および所属長氏名 理事長 ○ 沢 ○ 枝 【自筆サイン】

※この申込みに関する連絡先  
 事業所名 グループホーム〇〇園 担当者 事務：○山 電話番号 029-123-〇〇〇〇