

令和6年度（2024年度）北海道認知症対応型サービス事業管理者研修実施要綱兼募集要項

1 目的

認知症対応型サービス事業の管理者となる者に対して、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ための研修を実施する。

2 実施主体

北海道とする。ただし、事業の一部をこの事業を適切に実施することができる者と認められる者に委託することがある。

この場合において、知事は受託者に対し、当該事業が適正かつ効果的に行われるよう指導監督を行う。

3 研修対象者

次の(1)、(2)の条件をいずれも満たし、知事が適当と認めた者

(1) 以下の事業所（今後、開設が予定されている事業所を含む。）の管理者又は管理者になることが予定されている者

- 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所（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（平成18年厚生労働省令第34号。以下「指定基準」という。）第42条第1項に規定するものをいう。）
- 共用型指定認知症対応型通所介護事業所（指定基準第45条第1項に規定するものをいう。）
- 指定小規模多機能型居宅介護事業所（指定基準第63条第1項に規定するものをいう。）
- 指定認知症対応型共同生活介護事業所（指定基準第90条第1項に規定するものをいう。以下同じ。）
- 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所（指定基準第171条第1項に規定するものをいう。）
- 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（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号。以下「指定予防基準」という。）第5条第1項に規定するものをいう。）
- 共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所（指定予防基準第8条第1項に規定するものをいう。）
- 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所（指定予防基準第44条第1項に規定するものをいう。）
- 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所（指定予防基準第70条第1項に規定するものをいう。）

(2) 本研修の受講時点で以下のいずれかの研修を修了している者

なお、本年度の認知症介護実践者研修（以下「実践者研修」という。）を受講される方で、本研修の受講申込時には実践者研修が未修了であっても、本研修の受講初日までに実践者研修を修了する見込みである場合には、受講可能とします。

○ 痴呆（認知症）介護実務者研修（基礎課程）（平成 12 年度～平成 16 年度実施）
○ 認知症介護実践研修（実践者研修）（平成 17 年度～現在まで実施）
○ 北海道痴呆性老人処遇技術研修（昭和 60 年度～平成 11 年度実施）
○ 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）
○ 北海道痴呆性老人グループホーム管理者研修 A（平成 12 年度のみ実施）
○ 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）
<u>ただし、指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者については、下記研修の修了者であれば、既に必要な研修を修了しているとみなされることから、本研修を受講する必要はありません。</u>
○ 認知症高齢者グループホーム管理者研修（平成 17 年度のみ実施）

4 募集定員

各回 40 名

5 研修の内容

講義・演習 2 日間（10 時間）

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組み	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

※ 時間数については、変更の可能性がります。

6 研修日程及び研修会場

区 分	研 修 日	会 場
第 1 回	令和 年（ 年） 月 日（ ）～ 月 日（ ）	
第 2 回	令和 年（ 年） 月 日（ ）～ 月 日（ ）	
第 3 回	令和 年（ 年） 月 日（ ）～ 月 日（ ）	
第 4 回	令和 年（ 年） 月 日（ ）～ 月 日（ ）	

7 受講の手続等

(1) 受講の申込み

下記の申込期日までに、所定の受講申込書を事業所所在地（個人で申し込む場合にあっては居住地の）市町村担当課まで提出してください。

なお、道外の方は、事業所所在地又は居住地の市町村担当課からあらかじめ承諾を得た上で提出してください。

※ 期日厳守

区 分	申 込 期 日
第1回	令和 年（ 年） 月 日（ ） 市町村担当課に必着
第2回	令和 年（ 年） 月 日（ ） 市町村担当課に必着
第3回	令和 年（ 年） 月 日（ ） 市町村担当課に必着
第4回	令和 年（ 年） 月 日（ ） 市町村担当課に必着

(2) 市町村の推薦書

市町村長は、新規開設を予定する事業所については、当該事業所の開設申請内容等を十分審査し、受講することが適当と認めた場合に、受講申込書に推薦書を添えて知事に提出してください。

(3) 受講者の決定

知事は、受講申込書に基づき受講要件を審査の上、受講者を決定し通知します。

なお、申込者数が4の募集定員を超える場合は、既に管理者として就任している（就任予定日が近い）道内の方を優先としますので、次の開催回への振替等を行うことがあります。

8 研修費用

研修教材費として2,000円の負担が必要です。研修初日に受付でお支払いください。

9 修了証書の交付等

全課程を修了した方に、北海道知事名の修了証書（別記様式）を交付します。

10 注意事項

(1) 受講申込みは原則1事業所あたり1名とします。ただし、事業所の新・増設、管理者の退職等、緊急かつやむを得ない事情がある場合は、複数名の申し込みを認めます。

(2) FAXでの申込みは受付しません（申込みは無効とします。）。

(3) 受講決定後、受講者の変更は認めません。

(4) 申込書に不実や虚偽の記載が認められた場合には、受講決定の取り消し又は修了証書を交付できない場合があります。また、修了証書発行後に虚偽が認められた場合は修了を取り消す場合があります。

(5) 次の場合、研修の修了を認めないことがあります。

- ・研修受講態度が著しく不良である場合
- ・レポートや関係書類などの提出物が未提出である場合
- ・その他、研修の目的が達成されないと判断される場合

11 個人情報の取扱い

受講申込みに係る個人情報については、本研修に係る業務にのみ使用し、厳重に管理します。

12 問い合わせ先

(1) 研修の申込みに関して

事業所所在地又は居住地の市町村担当課

なお、札幌市の方は、札幌市介護保険課（011-211-2972）へお問い合わせください。

(2) 受講決定及び研修内容に関して

北海道高齢者保健福祉課地域支援係

011-204-5275

別記様式

第	号
修 了 証 書	
氏 名	
生年月日	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	
令和 年(年) 月 日	
北海道知事 ○ ○ ○ ○	