

平成29年度 認知症対応型サービス事業管理者研修（第2回） 開催要綱

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およ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およ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 福祉総合研修センター

4 期 日

平成30年1月24日（水）・25日（木）

5 会 場

石川県社会福祉会館別館 研修室1（金沢市八田町東1025番地）

6 受講料

2,000円

受講承認通知に同封する使用料（手数料）納入票に2,000円分の石川県証紙を添付し自宅住所・氏名を記載の上、研修初日の受付でご提出ください。（厳守）

なお、県証紙は、北國銀行でお買い求めください。

7 参加対象

下記の要件①②③の全てを満たしている者

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およ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（または旧基礎課程）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)を満たしていること （※要件の詳細は各市町にご確認ください）

8 定 員

40名程度 同一法人から申込み人数が多数の場合は調整をさせていただきます。

9 参加申込方法

参加申込書に必要事項をご記入のうえ、各法人の代表者を通じて、市町担当課へお申し込みください。

（施設から市町担当課への申込受付期間は11月27日（月）～12月8日（金）※締切厳守）

（市町担当課から長寿生きがいセンターへの申込締切日12月14日（木）※締切厳守）

参加申込書にて市町担当課へ申込みとともに、石川県社会福祉協議会ホームページの指定コーナーに必要項目を入力をしてください。[13 参照]

10 受講者の決定

定員の範囲で受講者を決定し、結果については12月20日（水）頃に所属施設宛に電子メールにて通知します。

なお、受講希望者が、定員を超えた場合は、抽選とさせていただきます。

送信予定日から2～3日経過しても、通知が届かない場合は長寿生きがいセンターまでお問い合わせください。

11 研修プログラム

	日 時	研 修 科 目
1月24日 (水) 1日目	13:00～13:30	受付
	13:30～13:40	開講・オリエンテーション
	13:40～15:10 (90分)	「地域密着型サービス基準について」
	15:10～15:20	休憩
	15:20～16:50 (90分)	「管理者の実際の役割」
1月25日 (木) 2日目	8:45～ 8:55	受付
	8:55～ 9:00	オリエンテーション
	9:00～10:00 (60分)	「介護従事者に対する労務管理について」
	10:00～10:10	休憩
	10:10～12:10 (120分)	「アセスメントとケアプランの基本的考え方」
	12:10～13:00	昼食・休憩
	13:00～14:30 (90分)	「第三者評価の実施について」
	14:30～14:40	休憩
	14:40～16:10 (90分)	「高齢者の権利擁護と身体的拘束について」
	16:10～	閉講・修了証書交付

12 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
TEL076(258)3135 FAX076(258)3149

13 石川県社会福祉協議会ホームページ (URL : <http://www.isk-shakyo.or.jp>) 指定コーナーへの入力

下記手順で必要事項を入力してください。(下記期間以外の入力無効)

入力期間…11月27日(月)～12月8日(金)

ホームページからの申込手順

- ①石川県社会福祉協議会サイト（URL：<http://www.isk-shakyo.or.jp/>）の上部メニュー「福祉の研修」ボタンをクリックしてください。
- ②「研修新着情報」の一覧が表示されています。ここには10件までしか表示されませんが、この他の受付中の研修は右上の「研修新着情報の一覧」をクリックすれば、すべてが表示されます。
- ③受講希望の研修名をクリックすれば、画面の下方に「検索結果」が表示されます。
- ④希望の研修であることを確認のうえ、右欄に「要綱」と「申込」がありますが、この「申込」ボタンをクリックすると「研修申し込み」画面に変わります。
- ⑤必要事項を入力（※マークは必須項目）した後、「申込確認画面へ」で内容を確認し、「申し込む」ボタンをクリックして、申込完了です。
- ⑥申し込まれた方にはすぐに「受付確認書」がメールで送信されます。もし、このメールが届かない場合に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、ご注意ください。（なお、このメールは受講承認の意味ではありません。）

認知症対応型サービス事業管理者研修（第2回） 参加申込書

項 目		申 込 内 容	
所 属	介護保険事業所番号	※事務処理上必要ですので必ず記入してください。	
	住 所	〒	
	施 設 名	※法人・会社名から記入してください。	
	事 業 種 別		
	連 絡 先	Tel	Fax
受 講 者	住 所	〒	
	ふ り が な		男・女（ 歳）
	氏 名		
	職 名		
	生 年 月 日	S・H	年 月 日
	採 用 年 月 日	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の場合のみ記入してください。	
	実 践 者 研 修 （ 基 礎 課 程 ） 修 了 の 確 認	※該当するものに○を付けて必要事項を記入して下さい。 ・平成 年度 痴呆介護実務者研修 基礎課程 修了 ・平成 年度 認知症介護実践研修 実践者研修 修了 【修了証書番号 第 号】	
1 ※ 該当するものにご記入ください。 ・認知症対応型共同生活介護事業所名 _____（ユニット数__） ・小規模多機能型居宅介護事業所名 _____ ・認知症対応型通所介護事業所名 _____ ・看護小規模多機能型居宅介護事業所名 _____ 2 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：平成__年__月__日 開設場所（市町名のみで可）： _____ サービス種別： _____ ② 管理者の交代 交代時期：平成__年__月__日（予定） 旧の管理者名： _____ サービス種別： _____ ③ その他 理由（具体的に） _____ 通知文書送付先（※該当する方に○を付けてください。「その他」の方はご記入ください。） ・所属施設住所 ・その他 【住所】 〒 _____ 【名称】 _____			

上記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

（市町の長）

殿

（事業者法人名及び代表者名）

印