令和２年度 認知症対応型サービス事業管理者研修（令和元年度延期分）
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及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及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

４　期　　日　　令和２年５月１９日（火）・２０日（水）

５　会　　場　　石川県社会福祉会館別館　研修室２・３（金沢市八田町東１０２５番地）

６　受 講 料　　２，０００円

13 ②の受講選考結果通知で「選考結果：承認」と連絡があった者は、「使用料（手数料）納入票」に２，０００円分の石川県証紙を添付し、研修初日に受付へ提出してください。（※　厳守）

※　「使用料（手数料）納入票」の提出方法は、受講選考結果通知をご覧ください。

７　受講対象　　次の①②③、全ての要件を満たしている者とします。

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及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（又は旧基礎課程）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）を満たしている者　（※　要件の詳細は各市町にご確認ください）

８　定　　員　　４０名程度

９　研修プログラム　　別紙「研修プログラム」参照

10　参加申込方法

①　参加申込書を市町担当課へ提出し、申込みください。

②　石川県社会福祉協議会ホームページの「福祉の研修」内の「研修申し込み」に、必要項目を入力し、申込みください。

③　申込み受付期間は、令和元年１２月３日(火)～１２日(木)です。

（市町担当課から長寿生きがいセンターへの推薦締切日は、令和元年１２月２０日(金)です。）

※　①の参加申込書の提出、②のホームページの入力、共に必要。

※　参加申込書は、FAX・メールでの提出は認められません。必ず郵送又は持参してください。

※　②の詳細は、「11　石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力方法」を参照してください。

11　石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力方法

下記手順で必要事項を入力してください。

①　石川県社会福祉協議会ホームページ（ＵＲＬ　http://www.isk-shakyo.or.jp/）のトップ画面にある上部メニューから「福祉の研修」ボタンをクリックします。

②　「研修新着情報」の一覧から、受講希望の研修名を選び、クリックします

③　受講希望の研修名を選択すると、「研修検索」ページに移動します。「研修検索」ページ画面の下方にある「検索結果」に、研修が表示されています。

④　「検索結果」欄の研修の右欄に【要綱】と【申込】ボタンが表示されます。受講希望の研修であることを確認のうえ、【申込】ボタンを選択してください。

⑤　「研修申し込み」画面に移動します。必要事項を入力してください。（※マークは必須項目）入力後に「申込確認画面へ」をクリックして入力内容を確認し、最後に「申し込む」ボタンをクリックしてください。「受付確認書」メールが届けば、申し込み入力が完了です。

※　メールアドレスは、受講の選考結果など重要な通知に利用しますので、正しく入力してください。メールアドレスに誤りがあると、最初から申込み入力していただく必要があります。

※　受付確認書メールが届かない場合、入力されたメールアドレスが誤っている可能性があります。事務局（石川県社会福祉協議会　長寿生きがいセンター）までご連絡ください。なお、受付確認書メールは、受講が決定したという意味ではありません。

※　ホームページでの入力申込みの他、参加申込書の提出も必要です。

12　受講者の決定

①　定員の範囲で受講者を決定します。

②　申込者が定員を超えた場合は、申込多数の法人等から調整します。

③　それでも定員を超えている場合は、抽選とします。

13　選考結果の通知

①　令和２年１月１５日（水）頃、長寿生きがいセンターから市町担当課へ、選考結果通知を電子メールにて送信します。その後、市町担当課から各事業所へ連絡していただきます。

②　令和２年１月１６日（木）頃、長寿生きがいセンターから各事業所へ、受講選考結果通知を電子メールにて送信します。

※　送信予定日を２日以上経過しても通知が届かない場合、長寿生きがいセンターまでお問い合せください。

14　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：村上

〒920-3104　金沢市八田町東1025番地　石川県社会福祉会館別館

TEL：076(258)3135　　FAX：076(258)3149

別紙

令和２年度認知症対応型サービス事業管理者研修（令和元年度延期分）

プログラム

日　時		研　修　科　目
令和２年 ５月１９日 （火） ＜１日目＞	13:00～13:30	受付
	13:30～13:40	開講・オリエンテーション
	13:40～14:40 （60 分）	「地域密着型サービス基準について」
	14:40～14:50	休憩
	14:50～16:30 （100 分）	「管理者の実際の役割」
令和２年 ５月２０日 （水） ＜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」
	12:10～13:10	昼食・休憩
	13:10～14:10 （60 分）	「第三者評価の実施について」
	14:10～14:20	休憩
	14:20～15:50 （90 分）	「高齢者の権利擁護と身体的拘束について」
	15:50～	閉講・修了証書交付

令和２年度 認知症対応型サービス事業管理者研修（令和元年度延期分）参加申込書

項目		申込内容		
所属	介護保険事業所番号	※必ず記入してください。		
	住所	〒		
	事業所名	※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		年齢	歳
	氏名			
	職名			
	生年月日	S・H　年　月　日		
	採用年月日	S・H　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む場合ご記入ください。		
	実践者研修（基礎課程）修了の確認	※該当する研修に○を付けて、修了年度と修了証書番号を記入して下さい。 ・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〕		
	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：令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 開設場所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（※市町名のみで可） 事業種別：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ② 管理者の交代 交代時期：令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日（予定） 旧の管理者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 事業種別：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ③ その他 理由（具体的に）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		

上記のとおり申し込みます。

令和元年　　月　　日

（市町の長）

様

（事業者法人名及び代表者名）

印

別記様式第１号（第４条関係）

使用料（手数料）納入票

申請書、願書等整理番号	第　　号	科目				
		款	項	目	節	附記
年度・会計	令和２年　度 一般会計	8	2	3	4	7
		※　金　額		¥2,000		
※納入理由	認知症対応型サービス研修（管理者研修）	※納人	住所			
			氏名			

（証紙はりつけ欄）

注　意　１．証紙はり付け欄に証紙をはり付け、欄が不足するときは裏面を利用してください。
２．※印箇所は、納人が記入してください。（申請書等と同時に提出する場合は住所の記入を省略することができます。）
３．国の収入印紙と混同しないでください。
４．自己の印章等で割印しないでください。
５．証紙は、北國銀行本支店のほか、証紙売りさばき人からお求めください。

【会場となる研修】

①認知症介護実践研修・実践者研修(総括講座)

②認知症介護実践研修・実践リーダー研修

③認知症対応型サービス事業管理者研修

④小規模多機能型サービス等計画担当者研修

⑤認知症対応型サービス事業開設者研修

＊認知症介護実践研修・実践者研修(事前講座)は、石川県社会福祉会館(金沢市本多町3-1-10)です。

石川県社会福祉会館別館
〒920-3104
金沢市八田町東1025番地
TEL 076-258-3135
FAX 076-258-3149
社会福祉法人石川県社会福祉協議会
長寿生きがいセンター