

北九福祉研第 206号
平成22年12月24日

各施設長・代表者 様

社会福祉法人北九州市福祉事業団
北九州市社会福祉研修所
所長 高崎 郁夫
(公印省略)

平成22年度第3期認知症対応型サービス事業管理者研修の開催について(ご案内)

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

当研修所の研修事業につきましては、何かとご配慮を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、このたび当研修所では平成22年度第3期認知症対応型サービス事業管理者研修を下記のとおり開催しますのでご案内します。

記

- 1 研修名 平成22年度第3期認知症対応型サービス事業管理者研修
- 2 実施要領 別紙のとおり
- 3 会場 北九州市社会福祉研修所 12階JK研修室
戸畑区汐井町1番6号 ウェルとばた
- 4 対象者 北九州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及び指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者又は管理者になることが予定されているものであって、認知症介護実践者研修(旧基礎課程を含む)を修了している者
- 5 定員 60名
- 6 参加費 5,000円(資料代を含む)
- 7 申込方法及び申込期限
別紙申込書に所定事項を記入して、平成23年1月21日(金) 17:00までに必着で郵送してください。
- 8 その他
ご不明な点がございましたら、当研修所へお問い合わせください。
連絡先：電話 873-7655 (担当：早高・加藤)

平成 22 年度 第 3 期

認知症対応型サービス事業管理者研修

実施要領

1 目的

北九州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及び指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者となる者が、これらの業務を管理・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目的とする。

2 実施機関

社会福祉法人 北九州市福祉事業団 北九州市社会福祉研修所

3 研修概要

(1) 期日

平成 23 年 3 月 3 日 (木)

(2) 場所

ウェルとばた (戸畑区汐井町 1 番 6 号 TEL : 873-7655)

(3) 研修対象者

北九州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及び指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者又は管理者になることが予定されている者であって、認知症介護実践者研修 (旧基礎課程を含む) を修了している者。

(4) 募集人員 60 人

(5) 受講料 5,000 円 (資料代を含む)

(6) 研修内容

※講師等の都合により研修プログラムが変更する場合があります。ご了承ください。

	時間	形式	プログラム
3 月 3 日	8 : 00~8 : 30	—	受付
	8 : 30~8 : 55	—	開講式・オリエンテーション
	9 : 00~10 : 30	講義	地域密着型サービス基準について
	10 : 40~11 : 40	講義	地域密着型サービスの取組みについて
	11 : 50~12 : 50	講義	介護事業者に対する労務管理について
	13 : 40~16 : 40	講義	適切なサービス提供のあり方について (地域等との連携、サービスの質の向上)
	16 : 50~19 : 20	講義	適切なサービス提供のあり方について (リスクマネジメントと記録の重要性)
	19 : 30~19 : 50	—	閉講式・修了証書交付

4 受講手続き

(1) 提出書類

- ・ 認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書
- ・ 実践者研修（旧基礎過程）修了証書の写し

(2) 提出方法

研修受講希望者が所属する介護保険施設・事業所等の長を通じて受講申込書を提出する。提出は郵送又は持参とし、FAXでの申込みは不可とする。

(3) 提出先

社会福祉法人 北九州市福祉事業団 北九州市社会福祉研修所
〒804-0067 北九州市戸畑区汐井町1番6号 ウェルとばた8階

5 申込期限

平成23年1月21日（金）17:00 必着

6 受講者の決定等

(1) 受講者の決定

受講申込期限後、提出された受講申込書等を確認のうえ、申込施設・事業所に対して、受講可・不可についての結果を通知する。

なお、申込多数の場合は、管理者への就任に係る特別推薦等を考慮して受講者を決定する。

(2) 受講料の納付

受講料は、受講決定通知に同封する納付書で、研修前日までに納付し、研修日に領収書の写し（A4サイズの紙に印刷）を提出する。

原則として、一旦納付された受講料は返金しない。

(3) 受講決定通知書の提出

研修日に受講者確認を行うため、受講決定通知書（以下、通知書という）を提示する。さらに、修了証書交付の際には通知書を提出する。

7 修了証書の交付

全研修プログラム修了者に修了証書を交付する。

なお、遅刻や欠席等による不履修プログラムがある場合は、修了証書の交付は行わないので注意すること。

8 その他

研修実施要領及び受講申込書等は、北九州市福祉事業団のホームページにも掲載する。

ホームページアドレス <http://www.kitafj.or.jp/>

9 問い合わせ先

- ・ 受講申込みに関すること 社会福祉法人 北九州市福祉事業団 北九州市社会福祉研修所
TEL 873-7655 FAX 873-7656
- ・ 受講者決定に関すること 北九州市 保健福祉局 地域支援部 介護保険課
TEL 582-2771 FAX 582-2095

北九州市長 様

住 所：〒

（申込者）

事業所名：

代表者名：

事業所印

電話番号：

担当者名：

平成22年度 第3期 認知症対応型サービス事業管理者研修
受講申込書

フリガナ		生年月日	S . H 年 月 日
受講希望者氏名		実践者研修 (旧基礎過程) 修了年月日	H 年 月 日
職 種 (※該当するもの全てに チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
資 格 (※該当するもの全てに チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<p>< 該当する項目の“□”に“レ”でチェックし、内容を記載してください。 ></p> <p><input type="checkbox"/> <u>すでに管理者に就任している</u> 【事業所名及び所在区】 _____ (_____ 区) 【事業所の種別】 <input type="checkbox"/> <u>認知症対応型共同生活介護事業所</u> <input type="checkbox"/> <u>認知症対応型通所介護事業所</u> <input type="checkbox"/> <u>小規模多機能型居宅介護事業所</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>今後、管理者に就任する予定である</u> 【就任予定年月日】 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 【就任予定事業所名及び所在区】 _____ (_____ 区) 【事業所の種別】 <input type="checkbox"/> <u>認知症対応型共同生活介護事業所</u> <input type="checkbox"/> <u>認知症対応型通所介護事業所</u> <input type="checkbox"/> <u>小規模多機能型居宅介護事業所</u></p>			
<p>< 特記事項 ></p>			

※ 実践者研修（旧基礎過程）修了証書の写しを必ず添付してください。

上記に掲載された個人情報、本研修実施に関する目的以外での利用は致しません