

# 平成 29 年度京都府認知症介護実践者等養成研修要項 (認知症対応型サービス事業管理者研修)

## 1. 目的

本研修は、京都府内（京都市域除く。）の単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所、共用型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又は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に対して、上記事業所を管理・運営していくために必要な知識及び技術を修得することを目的として実施する。

## 2. 実施主体

京都府

## 3. 実施機関

一般社団法人京都府老人福祉施設協議会

## 4. 研修概要

### (1) 研修対象者

次のア及びイの要件を満たす者で、知事が適当と認める者

(ア) 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又は指定看護小規模多機能型居宅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

(イ) 「痴呆介護実務者研修（基礎過程）」又は「認知症介護実践者研修」のいずれかを修了している者

### (2) 研修内容

別紙「カリキュラム（管理者研修）」のとおり

### (3) 募集定員

120名／回

## 5. 研修日程及び会場

### (1) 研修日程

平成 30 年 1 月 25 日 (木)・26 日 (金)

### (2) 会場

京都社会福祉会館 (アクセス：<http://www.kyo-syafuku.net/access>)

## 6. 修了証書

下記ア及びイの要件を満たす者に対し、修了証書を交付する。

なお、研修に遅刻、早退又は欠席するなどした場合は、修了を認めない。

- ア) 4. (3) のカリキュラムに定める講義等研修の全課程を修了した者
- イ) 各講義後のふりかえりシートに十分に取り組んだ者

## 7. 受講費用

7, 0 0 0 円 (受講料 (4,000 円) 及び資料代 (3,000 円))

※受講費用及びその納入方法の詳細については、受講決定時に通知する。

※その他研修会場までの交通費等は受講者が負担すること。

## 8. 受講申込み及び受講決定

### (1) 受講申込み

- 申込期限：平成 29 年 11 月 24 日 (金) (当日消印有効)
- 申込先：事業所が所在する市町村の介護保険担当課  
(※開設予定の場合は、開設予定地の市町村介護保険担当課)
- 申込方法：郵送
- 申込書類
  - 様式 1 (受講申込書)
  - 様式 2 (1 事業所から 2 名以上申込み場合に添付すること)
  - 認知症介護実践者研修又は痴呆介護実務者研修 (基礎課程) の修了証書の写し
  - 返信用封筒 1 枚 (受講可否通知送付に使用、封筒は角 2 号 (24cm×33.2cm) 120 円切手貼付)

### (2) 受講決定

4. (1) の受講要件を確認の上、受講決定を行う。(受講可否に係る通知は、12 月 22 日頃に発送予定。希望者多数の場合は、受講できないことがある。)

受講決定又は非決定の通知が研修初日の2週間前になっても届かない場合は、速やかに一般社団法人京都府老人福祉施設協議会（075-802-4642）まで問い合わせること。

## 9. その他受講にあたっての注意事項

### ・研修の辞退について

受講決定後は、研修の辞退を認めない。やむを得ず辞退しなければならない状況になった者は、京都府健康福祉部介護・地域福祉課（075-414-4672）まで速やかに連絡すること。（無断の辞退は厳禁とする。）

### ・申込書送付先の市町村について

申込書送付先の市町村は、研修修了後管理者として勤務する予定の事業所が所在する市町村介護保険担当課へ送付すること。

## 10. 問い合わせ先

### ■受講申込に係ることについて

一般社団法人京都府老人福祉施設協議会 事務局

〒602-8143

京都市上京区猪熊通丸太町下る中之町519番地

(TEL : 075-802-4642 FAX : 075-802-4699)

### ■受講決定に係ることについて

京都府健康福祉部介護・地域福祉課 法人・事業者指導担当

〒602-8570

京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町

(TEL : 075-414-4672 FAX : 075-414-4572)

## 平成29年度京都府認知症介護実践者等養成研修(認知症対応型サービス事業管理者研修)

### 講義・演習

○会場：京都社会福祉会館（二条城北側…地下鉄東西線「二条城前」下車 北へ徒歩約5分）  
京都市上京区堀川丸太町下る中之町 519 （TEL075-801-6301）

日 程	時 間	講 義 科 目	講 師
1 日 目 平成 30年 1月 25日 (木)	12:45～ 13:00～13:10	受付 開講式    オリエンテーション	
	13:10～14:00 (50分)	高齢者社会における地域包括 ケアについて	京都府健康福祉部
	14:10～15:40 (90分)	認知症高齢者のケアのあり方1 ～虐待防止と権利擁護について～	特別養護老人ホーム神の園 施設長 齊藤 裕三 氏
	15:50～16:40 (50分)	介護従事者に対する労務管理に ついて	京都労働局労働基準部監督課
2 日 目 1月 26日 (金)	9:30～11:30 (120分)	地域密着型サービスの取組みに ついて ・地域等との連携 （地域・医療・利用者の家族との 連携について） ・運営推進会議    等	西木津ぬくもりの里 管理者 福井 敦子 氏
	12:30～16:30 (240分)	認知症高齢者のケアのあり方2 ～サービスの質の向上～ ・アセスメントとケアプラン ・ケース会議、職員ミーティング ・自己評価・外部評価の実施 ・サービスの質の向上と人材育成 ・リスクマネジメント ・記録の重要性    等	特別養護老人ホーム 山城ぬくもりの里 施設長 松下 智子 氏  グループホーム京都ひまわり園 管理者 和田 聡史 氏
	16:30～	閉講式	

※ 講義科目については、一部仮題を含む。

平成29年度京都府認知症介護実践者等養成研修  
認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

平成29年 月 日

法人名  
 代表者 印

事業所名  
 代表者 印

平成29年度京都府認知症介護実践者等養成研修（認知症対応型サービス事業管理者研修）について、下記のとおり申込みます。

記

受講者勤務先	事業所名 (サービス種別)	( )	問い合わせ担当者名
	所在地		電話： FAX：

受講申込者	生年月日	実務経験年数	現事業所での勤続年数
(フリガ) ----- 氏名	昭和 平成 年 月 日	年 月 (申込日現在)	年 月 (申込日現在)
受講希望理由	1 新たに開設する事業所の管理者となるため (就任予定日：平成 年 月 / サービス： ) 2 管理者が変更となるため (就任予定日：平成 年 月 / サービス： ) 3 その他( )		
認知症介護実践者研修修了年度 又は 基礎課程の修了年度	年度	修了証書番号 号	介護に係る 取得資格

\* 提出書類一覧

- ・様式1 (本紙)
- ・様式2「受講申込者優先順位一覧表」(※1事業所から2名以上申込みの場合)
- ・認知症介護実践者研修又は痴呆介護実務者研修(基礎課程)の修了証書(写し)
- ・申込者1名につき1枚の返信用封筒(※角2号(24cm×33.2cm)のもの)  
(受講者勤務先の住所・事業所名・郵便番号等記載の上、120円切手を貼付)

\* 提出期限

平成29年11月24日(金) (当日消印有効) (※封筒に「管理者研修 受講申込書」と記載し郵送)

\* 提出先

事業所所在地の市町村介護保険担当課 (開設予定の場合は、開設予定地の市町村)

※ 1事業所から2名以上申込み場合には、各研修の受講申込書に併せて提出願います。

平成29年度京都府認知症介護実践者等養成研修  
認知症対応型サービス事業管理者研修

受講申込者優先順位一覧表

法人名	
事業所名	
サービス種別	

優先順位	受講申込者氏名

平成29年度京都府認知症介護実践者等養成研修  
認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

平成28年 月 日

※サービス種別

申込日現在で、申込者の勤務先事業所のサービス種別を記載してください。(次ページのサービス一覧を参照してください。)

※受講申込者・生年月日

修了証書発行の際に必要な情報になりますので、楷書で丁寧に記載してください。

法人名 **社会福祉法人〇〇〇会**

代表者 **丹後 太郎** 印

事業所名 **グループホーム洛央苑**

管理者 **中丹 次郎** 印

本研修 (認知症対応型サービス事業管理者研修) に

記

受講者勤務先	事業所名 (サービス種別)	<b>グループホーム洛央苑</b> ( <b>認知症対応型共同生活介護</b> )	問い合わせ担当者名 <b>乙訓 花子</b>
	所在地	〇〇市△△町4番地	電話：〇〇〇-〇〇〇〇 FAX：〇〇〇-●●●●

受講申込者	生年月日	実務経験年数	現事業所での勤続年数
(フリガナ) <b>ヤマノ イロハ</b> 氏名 <b>山城 一郎</b>	<b>昭和</b> 平成 <b>59</b> 年 <b>5</b> 月 <b>5</b> 日	<b>10</b> 年 <b>7</b> 月 (申込日現在)	<b>4</b> 年 <b>7</b> 月 (申込日現在)
受講希望理由	<b>①</b> 新たに開設する事業所の管理者となるため (就任予定日：平成 <b>30</b> 年 <b>4</b> 月 / サービス： <b>小規模多機能型居宅介護</b> ) <b>2</b> 管理者が変更となるため (就任予定日：平成 年 月 / サービス： ) <b>3</b> その他( )		
認知症介護実践者研修修了年度 又は 基礎課程の修了年度	年度 <b>22</b>	修了証書番号 <b>150</b> 号	介護に係る 取得資格 <b>介護福祉士</b> <b>介護支援専門員</b>

\* 提出書類一覧

※実務経験年数

申込日時点で、介護保険サービス事業所において介護業務に直接従事した年数を記載してください。(事務職員や調理員など、介護業務に直接従事していない期間は含みません。)

\* 提出期限

平成29年11月

※現事業所での勤続年数

申込日時点で所属している事業所の勤続年数を記載してください。

\* 提出先

事業所所在地

※受講希望理由

本研修を受講する希望を1~3の中から選び、就任予定日と就任する予定の事業所のサービス種別も漏れなく記入してください。

\* サービス一覧

**居宅サービス**

- 訪問介護 ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導
- 通所介護 ○通所リハビリテーション ○短期入所生活介護 ○短期入所療養介護
- 特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売

**地域密着型サービス**

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護
- 認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護 ○地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設 ○看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

**介護保険施設**

- 介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設

**その他**

- 居宅介護支援 ○介護予防支援

※予防サービスに所属している場合は、本体サービスを記載してください。

（例）予防訪問介護事業所に所属 → 「訪問介護」と記載