

平成29年度鳥取県認知症対応型サービス事業管理者研修実施要領

1. 研修の目的

地域密着型サービス事業所の管理者が、その目的や理念を理解し、認知症高齢者の生活支援の為に重要な地域資源として地域密着型サービス事業所の適切な管理・運営していくために必要な知識・技術を修得する。

2. 実施主体

鳥取県（事業委託：社会福祉法人 敬仁会）

3. 受講対象者

(1) 定員 80名（受講希望者が定員を超えた場合は選考により決定）

(2) 申込み要件

次回研修開催までに、以下事業所の管理者となることが予定されている者、かつ、認知症介護実践者研修(平成17～29年度)又は痴呆介護実務者研修基礎課程(平成13～16年度)を修了しているもの

- ・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
- ・共用型指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所
- ・指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所
- ・指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所
- ・指定看護小規模多機能型居宅介護事業所

4. 日時・会場・カリキュラム

日時 【1日目】平成29年9月6日（水） 9：30～16：00（受付9：00～）
 【2日目】平成29年9月7日（木） 9：30～14：30

会場 地域交流センターアゼリアホール（倉吉市山根 43）

	9：45	10：45	11：00	12：30	13：30	16：00
1 日目	オリエンテーション	地域密着型サービス基準について 県長寿社会課	休憩	「地域密着型サービスの取り組みについて」～地域等との連携～ 株式会社あおいけあ 加藤忠相	昼休憩	「適切なサービス提供のあり方について」～地域等との連携～ 株式会社クロス・サービス 小林厚子
2 日目	9：30	「適切なサービス提供のあり方」～サービスの質の向上、その他～ 株式会社クロス・サービス 小林厚子		12：00	13：00	14：30
			昼休憩	「介護従事者に対する労務管理について」 門脇裕之 社会保険労務士事務所 門脇裕之		

5・受講申し込み

- (1) 受講を希望する者は別紙受講申込書に必要事項を記載し、事業所が所在する（所在予定）各市町村に郵送で申し込みください。(FAX 不可)
- (2) 受講申込書が不足する場合にはコピーを使用してください。
- (3) 提出期限
 - ①事業所から各市町村への申込期限 (平成29年7月27日(木) 必着)
 - ②各市町村から事務局への申込期限 (平成29年8月 1日(火) 必着)

6．受講決定

- (1) 申込み人数が定員を超えた場合は、受講希望優先順位により定員に達するまでの方を受講者として決定します。
- (2) 受講決定通知は平成29年8月11日(金)までに法人・会社宛へ郵送いたします。

7．経 費

- (1) 受講料 一人 1,900円
- (2) 支払方法
研修初日に会場にて現金で納付ください。なお、つり銭は準備いたしませんのでご注意ください。
- (3) その他
 - ①納入された受講料は資料作成等に充当するため、途中で欠席された場合でも返還いたしません。
 - ②受講に係る旅費等の経費は、受講者負担とします。

8．修了証書

研修の全日程を終了した者に対し、認知症対応型サービス事業管理者研修修了証書を交付します。

9．連絡先

鳥取県倉吉市山根55
社会福祉法人敬仁会 本部 総務課 吉田、藤井
電 話：0858-26-3864
E メール：n-training@med-wel.jp

【提出先】 事業所が所在する（所在予定）の市町村

平成29年度鳥取県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7月 日

法人・会社名
郵便番号・住所
電話・FAX
担当者名

優先 順位	氏 名	所属事業所名	事業種別
1	<u>氏名</u> 生年月日 S・H 年 月 日		①・②・ ③・④・⑤
2	<u>氏名</u> 生年月日 S・H 年 月 日		①・②・ ③・④・⑤
3	<u>氏名</u> 生年月日 S・H 年 月 日		①・②・ ③・④・⑤

※「事業種別」欄は、以下の種別より選び、「事業種別」欄の該当番号に○をして下さい。

- ①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
- ②共用型指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所
- ③指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所
- ④指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所
- ⑤指定看護小規模多機能型居宅介護事業所

市町村への申込締め切り 平成29年7月27日（木） ※郵送必着