

平成29年度鳥取県認知症対応型サービス事業開設者研修実施要領

1. 研修の目的

地域密着型サービス事業所の開設者が、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 15名（受講希望者が定員を超えた場合は選考により決定）
 (2) 対象者 次回研修開催までに、以下事業所の代表者となることが予定されている者
- ①指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所
 - ②指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所
 - ③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 平成29年9月5日（火） 9：30～17：00（受付9：00～）

会場 倉吉未来中心 セミナールーム7（倉吉市駄経寺町212-5）

9:30	9:40	11:10	11:20	12:50	13:50	14:50	15:00	17:00
オリエンテーション	「認知症高齢者の基本的理解」 森本外科・脳神経外科医院 金田弘子	休憩	「認知症高齢者のケアのあり方」 介護付有料老人ホーム翠のさと 阿部美穂子	昼休憩	「家族の理解・高齢者との関係の理解」 公益社団法人認知症の人と家族の会 吉野立	休憩	「地域密着型サービスの取り組みについて」 株式会社あおいけあ 加藤忠相	
◆講義6時間、現場体験8時間、研修受講後レポート提出								

○研修後実習及びレポート提出について

*現場体験（8時間）

講義受講後 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（原則、受講者所属事業所又は法人内の地域密着型事業所で実施。）において行うこと。

*研修（現場体験含む）受講後レポート提出

- ①現場体験の場所、時間、内容
- ②利用者の立場からケア体験をした感想
- ③利用者にとって適切なサービス提供の在り方、サービスの質の確保等について、今後取り組みたいこと（2000字程度、文字数記入のこと）

◆10月 5日（木）（必着）までに郵送かメールで提出（FAX 不可）

◆期限までに提出されない場合は、修了とみなされません。

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 5,300円
- (2) 支払方法
研修初日に会場にて現金で納付下さい。なお、つり銭は準備いたしませんのでご注意下さい。
- (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

研修の全日程を修了した者に対し、認知症対応型サービス事業開設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開設者研修

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	氏名 生年月日 S・H 年 月 日		①・②・③
2	氏名 生年月日 S・H 年 月 日		①・②・③
3	氏名 生年月日 S・H 年 月 日		①・②・③

※「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指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護代表者予定者
- ②指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護代表者予定者
- ③指定看護小規模多機能型居宅介護代表者予定者

市町村への申込締め切り 平成29年7月27日（木） ※郵送必着