

# 令和元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～令和元年度)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】令和元年9月10日(火) 13:00～17:00(受付12:30～)

【2日目】令和元年9月11日(水) 9:30～16:00(受付9:00～)

会場 倉吉体育文化会館中研修室(倉吉市山根529-2)

1日目	12:30 13:00 13:10		14:10 14:20		15:20 15:30		17:00
		受付	オリエンテーション	「介護従事者に対する労務管理について」 60分 安田社会保険労務士事務所 安田岳歩	休憩	「地域密着型サービスの指定基準について」 60分 県長寿社会課	休憩
2日目	9:30		12:30		13:30		16:00
	「適切なサービス提供のあり方について」 180分 特別養護老人ホーム大原の杜2016 吉田恵			昼休憩	「適切なサービス提供のあり方について」 150分 特別養護老人ホーム大原の杜2016 吉田恵		

## 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 (令和元年7月1日(月)必着)
  - ②各市町村から事務局への申込期限 (令和元年7月5日(金)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) 受講決定通知は令和元年8月9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

研修の全日程を修了した者に対し、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

〒682-0023 鳥取県倉吉市山根55  
社会福祉法人敬仁会 本部 総務課 青目  
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

## 令和元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

令和元年 月 日

法人・会社名

郵便番号・住所

電話・FAX

申込担当者名

優先順位	氏名	所属事業所名	事業種別
1	<u>氏名(ふりがな)</u>  生年月日 S・H 年 月 日		①・②・ ③・④・⑤
2	<u>氏名(ふりがな)</u>  生年月日 S・H 年 月 日		①・②・ ③・④・⑤
3	<u>氏名(ふりがな)</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 令和元年7月1日（月） ※郵送必着