

【オンライン開催】

令和2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・カリキュラム

日 時 令和2年12月2日（水） 9：30～17：00（受付8：30～）

9:30

	9:35	11:05	11:10	12:10	13:10	14:10	14:20	15:20	15:30	17:00
オリエンテーション	<u>認知症高齢者の ケアのあり方</u> 90分 Office imagine 林原豊	木 憩	<u>認知症高齢者の 基本的理解</u> 60分 森本外科・脳神 経外科医院 金田弘子	昼 休憩	<u>地域密着型サ ービスの指定 基準について</u> 60分 県長寿社会課	木 憩	<u>家族の理解・ 高齢者との 関係の理解</u> 60分 公益社団法人 認知症の人と 家族の会 吉野立	木 憩	<u>地域密着型サービ スの取り組みにつ いて</u> 90分 グループホームはるひ苑 はるひ苑津和野 岡屋淳	
◆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）

- ◆令和2年12月28日（月）（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（令和2年10月23日（金）必着）
 - ②各市町村から事務局への申込期限（令和2年10月29日（木）必着）

6. オンライン開催に係る留意事項

今般の新型コロナウイルス感染症の状況を鑑み、本研修はビデオ会話ツール Zoom を使用した、オンラインでの開催といたします。受講申し込みは、以下の事項を必ずご確認の上、お申し込みください。同意いただけない場合は受講申し込みの受付ができませんので、予めご了承ください。

- (1) ご準備いただきたいもの
 - ・ Zoom が使用できる環境
 - ・ パソコン（タブレット不可）※受講者1名につき1台
 - ・ マイク（パソコン内蔵・ヘッドセットであれば不要）
 - ・ Web カメラ（パソコン内蔵であれば不要）
 - ・ イヤホン（パソコン内蔵スピーカーでもよいですが、イヤホンをご使用いただくとより聞きやすくなります。）
 - ・ 研修受講に適した環境（個室や会議室等可能な限り受講者以外の声が入らない環境）

※Zoom とは

オンラインで会議やセミナーができる Web システムです。
アプリでも、ブラウザからでも参加することが可能です。

Zoom の操作方法等については下記のサイトをご参照ください。

<https://support.zoom.us/hc/ja>

Zoom は下記『ミーティング用 Zoom クライアント』からダウンロードできます。

<https://zoom.us/download>

(2) 留意事項

- ・ 講座の録音、録画、撮影は禁止いたします。（受講決定通知書と併せて誓約書様式を送付いたします。研修当日までにご返送いただきます。）
- ・ システムトラブル、接続の不具合などにより、本研修に参加できなかった場合や途中の切断、画像・音声の乱れが生じた場合は、原則、参加費の返金はいたしません。
- ・ 再配信はいたしません。
- ・ URL 等は本研修受講者のみ利用可能です。
- ・ URL 等の再配布は禁止です。
- ・ 研修当日までに接続テストを行います。（受講決定通知書と併せて日程等通知いたします。）

7. 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2年11月20日(金)までに法人・会社宛へ郵送いたします。

8. 経費

(1) 受講料 一人 5,800円

(2) 支払方法 受講料は法人・会社単位にて受講者分の総額を振込みください。

※振込手数料は受講者負担とします。

※誤って手数料を差し引いて受講料を振込された際には、不足分をお支払いただきますのでご了承下さい。

(3) 振込期間

受講決定通知書受領日 ～ 11月30日(月)

(4) 振込先

以下の何れかの口座にお振込みください。

金融機関	店番	支店	口座番号	名義
山陰合同銀行	067	倉吉	3655940	フク) ケイジンカイ 社会福祉法人敬仁会 理事長 藤井一博
鳥取銀行	151	倉吉中央	1872263	

(5) その他

①振込期間内(上記(3))に受講料納入がない場合、受講決定が取り消しとなります。

②納入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。

③受講に係る旅費等の経費は、受講者負担とします。

9. 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。

10. 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 吉田

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

【オンライン開催】

令和2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

令和 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
2	<u>氏名(ふりがな)</u> 生年月日 S・H 年 月 日		①・②・③
3	<u>氏名(ふりがな)</u> 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 令和2年10月23日（金） ※郵送必着