

令和元年度認知症対応型サービス事業開設者研修開催要項

1 趣 旨

指定小規模多機能型居宅介護事業者、指定認知症対応型共同生活介護事業者、指定看護小規模多機能型居宅介護事業者、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者の代表者となる者が、これらの事業を運営していく上で必要な知識を身につけることをねらいとします。

2 主 催

山口県

3 実施機関

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会

4 受講対象者

指定小規模多機能型居宅介護事業者、指定認知症対応型共同生活介護事業者、指定看護小規模多機能型居宅介護事業者、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者の代表者（就任予定者、事業所の開設を予定している代表者を含む。）で、原則として現場体験を行う実習先を確保できる者

5 受講定員

30名

6 実費負担金

4,000円

※ 納入方法については、受講決定者に対して別途お知らせします。

※ 研修受講後の実費負担金の返還はしませんので、了承願います。

7 研修日程、会場及び講師

別紙「令和元年度認知症対応型サービス事業開設者研修 日程表」を参照してください。

8 現場体験（1日8時間）について

現場体験では、利用者の立場から各事業所におけるケアを体験することにより、利用者にとって適切なサービスの質の確保等について理解することを目的とします。

現場体験に関する注意事項等

- (1) 本研修の現場体験として実習ができる対象事業所の種別は、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、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所、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です。
 - (2) 所属事業所を含め自法人内に上記の対象事業所がある場合は、その事業所での実習となります。また、その場合、他の受講者1～2名程度の実習受入をしていただくこともありますので、よろしくお願いいたします。
 - (3) 開設予定等で実習を行う対象事業所がない場合も、原則として、受講に際し各自で実習先を確保できることが受講の条件となります。
- ※ 詳細は、受講決定通知及び研修日当日にお伝えします。

9 研修レポートの作成

現場体験後にレポート（A4用紙5枚程度）を作成し提出していただきます。新たに事業所を開設する場合、指定申請時に市町の長宛てに本レポートを提出していただく必要があります。

10 申込方法等

(1) 申込先

所管する市町（指定地域密着型サービス事業所指定担当課）に必要な応じてお問合せの上、市町担当課を通して申し込んでください。

申込書類は市町の担当課へ送付してください。なお、受講が義務付けられている方は、市町の推薦書が必要となります。

(2) 申込期間

令和元年10月15日（火）～令和元年11月22日（金）必着

※各市町担当の方は、11月28日（木）必着までに福祉研修センターへ郵送されますようお願いいたします。

(3) 提出書類

① 受講申込書（別紙様式1）

② 返信用封筒2種類

※ 両封筒には、送付先（所属事業所）住所・所属長氏名を記入してください。

ア 受講の可否についての通知用封筒（長3封筒94円切手添付）1枚

イ 修了証書送付用封筒（角2封筒140円切手添付）1枚

11 受講決定

(1) 受講の可否については、後日申込者へ通知書を送付します。

(2) 受講定員を超える申込みがあった場合は、山口県長寿社会課と協議の上、選考基準により選考します。

12 受講上の注意事項

遅刻、早退、欠席等により、全日程修了できない場合、修了証書は交付できません。
また、学習意欲に著しく欠け、研修態度が他の受講者の迷惑になると事務局が判断した場合も、修了証書の交付ができない場合がありますので、注意してください。

13 昼食について

昼食は各自で準備するか、併設の食堂を利用してください。

14 修了証書の交付について

全日程修了された方には、山口県知事名による修了証書を交付します。

15 修了者の管理について

修了者は修了者名簿に記載し、山口県で指定された様式に基づき知事に報告します。
また、修了者名簿は永年保存とし、記載された内容は、本会の個人情報保護規程に基づき厳正に管理します。

16 個人情報の取扱いについて

本研修の申込者に係る個人情報は、本会「個人情報保護規程」に基づき、下記により適切に取扱うこととし、他の目的で使用することはありません。

- (1) 受講申込書に記載された個人情報は、本研修に係る企画、受講者名簿の作成・管理等本研修に関することのみでの目的で使用します。
- (2) 受講者相互の交流、情報交換を円滑に行うことを目的として、受講者名簿を作成し、受講者に配布します。

17 問合せ先

- (1) 研修内容に関すること

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
福祉研修センター（担当：阿部、光安）

TEL 083-987-0123 FAX 083-987-0124

- (2) 研修事業全般及び受講要件、経過措置等に関すること

山口県健康福祉部 長寿社会課地域包括ケア推進班（担当：吉田）

TEL 083-933-2788

- (3) 地域密着型サービス事業所の指定等について

所管する市町の担当課

指定地域密着型サービス事業の運営等に関する基準と本研修の受講について

■ 本研修の義務付け

認知症対応型共同生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者

■ 本研修受講の免除等

次のいずれかの研修を受講済みの方

- ・ 平成17年度認知症介護実践研修（実践者研修又は実践リーダー研修）
- ・ 平成17年度までの認知症介護指導者養成研修
- ・ 痴呆介護実務者研修（基礎課程又は専門課程）

18 会場周辺地図

<山口県セミナーパーク>

【住所・連絡先】〒754-0893 山口市秋穂二島1062

TEL 083-987-0123

