

8. 研修内容

(1) 講義・演習（1日）

I 「開設者研修の意義について」

講師 公益社団法人広島県介護福祉士会 相談役 廣山初江

II 「認知症高齢者の基本的理解」

講師 医療法人みやうち 理事長 野村陽平

III 「地域密着型サービスの指定基準について」

講師 広島県健康福祉局地域福祉課 職員

IV-1 「認知症高齢者ケアのあり方Ⅰ」

講師 広島弁護士会 高齢者・障害者等の権利に関する委員会 弁護士 坂下宗生

IV-2 「認知症高齢者ケアのあり方Ⅱ」

講師 公益社団法人広島県介護福祉士会 相談役 廣山初江

V 「家族の理解・高齢者との関係の理解」

講師 公益社団法人認知症の人と家族の会広島県支部

(2) 現場体験（1日）

VI 現場体験

オレンジアドバイザーのいる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等

9. 申込み方法等

(1) 提出書類：認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書（様式1）

(2) 提出先：各事業所等が所在する市町の介護保険担当課

(3) 受講申込受付期間及び市町への提出期間

受講申込受付期間	市町への提出期限
平成30年 7月 2日（月）～ 7月17日（火）	平成30年 7月17日（火）

※市町から公益社団法人広島県介護福祉士会への提出期限：平成30年7月23日（月）

(4) その他

- ・新規開設予定事業者で市町が必要と認めた場合には、「推薦書」（様式2及び様式2別紙）により受講者を推薦する。
- ・各市町の介護保険担当課が様式3によりとりまとめの上、広島県介護福祉士会に受講申込書を提出する。

10. 受講決定

- ・受講申込みが多数の場合は、市町から推薦のあった人を優先し、抽選等により受講者を決定する。
- ・受講の可否については、研修日の2週間前までに、各市町に受講の可否を通知するとともに、所属長宛にも受講の可否を通知する。

11. 修了認定及び修了証書の交付

(1) この研修を受講した人については、広島県知事及び事業所設置市町の長に対し、研修（現場体験含む）の受講を通じ、①認知症高齢者ケアについて理解したこと②今後の事業所運営に関して取組みたいこと等について、レポート（A4用紙5枚程度）を作成し、提出すること。

なお、新たに事業所を開設する人については、市町長あてに指定申請時に提出すること。

(2) この研修の修了証書の交付は、上記（1）のレポートの提出と引き換えに交付する。

12. 個人情報の保護

- ・受講申込書に掲載された個人情報は、研修の目的のみに利用する。
- ・この研修の参加者名簿には、名前、所属及び職名を掲載する。
- ・受講申込書は、研修終了後に適切な方法で廃棄する。

13. 受講にあたっての注意事項

- ・広島県社会福祉会館の駐車場は利用できないため、公共交通機関又は近隣の有料駐車場を利用すること。
- ・昼食（弁当等）の販売はないので、各自で用意すること。

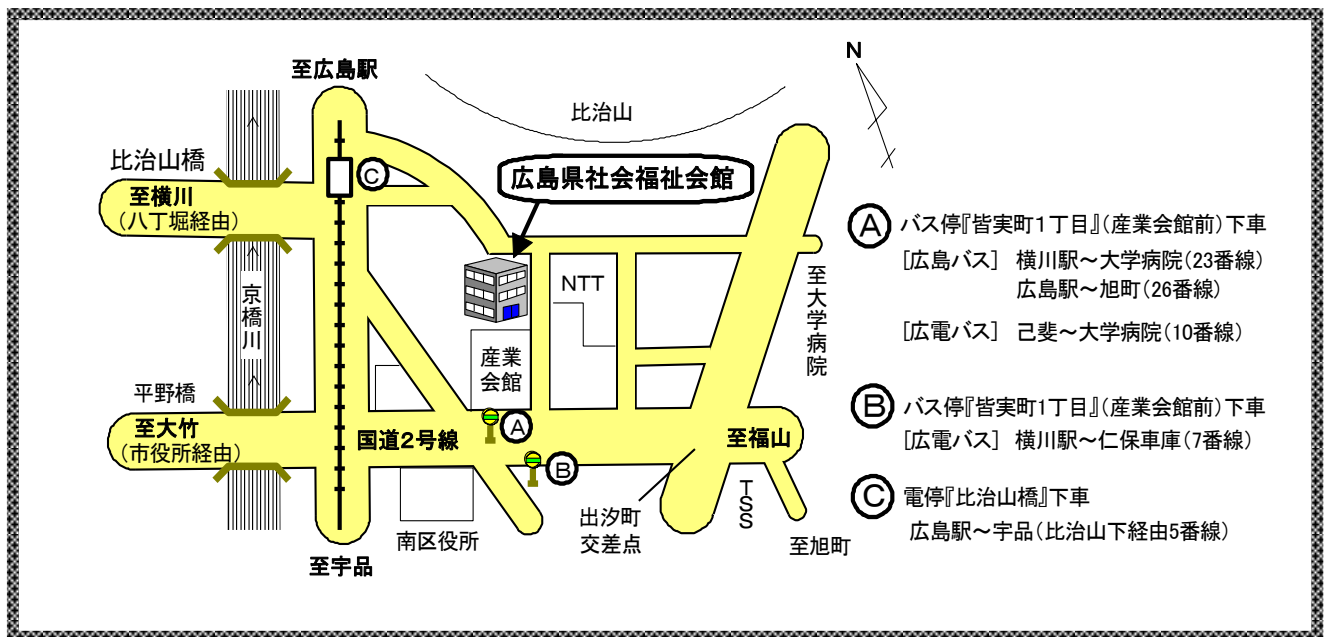
14. 問合せ先

公益社団法人広島県介護福祉士会 事務局

〒732-0816 広島市南区比治山本町 12-2 TEL.(082)254-3016 FAX.(082)254-3017

会場案内図

●広島県社会福祉会館（広島市南区比治山本町 12-2）



(様式 1)

平成 30 年度 広島県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

申込者 法人の主たる事務所の所在地

〒

法人の名称及び代表者の職氏名

申込日 平成 年 月 日

フリガナ				昭和 年 月 日生	
受講希望者氏名		生年月日		平成 年 月 日生	
役職名					
開設 予定 事業所	種 別 (該当する番号に○をしてください)	1 指定小規模多機能型居宅介護事業所 2 指定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 その他 ()			
	名 称				
所 属 先 事 業 所 等	種 別 (該当する番号に○をしてください)	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所 5 通所介護事業所 6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム 8 小規模多機能型居宅介護 9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護 11 地域密着型介護老人福祉施設 12 その他 ()			
	名 称				
	住 所	〒			
	連絡先	電話番号		F A X	
	施設設置者 (法人の名称)				担当者

- ※ 1) 記入漏れがあった場合は受付できない場合があります。
2) 役職名は施設（法人）における役職名を記入してください。

役職名の記入例：施設長・事務長・介護主任・チームリーダー・サービス提供責任者・計画作成担当者・ケアマネジャー・介護職員・相談員・指導員・栄養士等

【個人情報の保護について】

- この受講申込書に記載された個人情報は、研修の目的のみに使用します。
なお、この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。
- この受講申込書は、研修終了後、適正な方法で廃棄します。

【申込書の提出先】

事業所が所在する市町の介護保険担当課