

令和4年度認知症対応型サービス事業開設者研修

(第2回)開催要綱

1 目 的

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、又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の代表者が、認知症介護に関する基本的な知識及び認知症対応型サービス事業の運営に必要な知識を修得することにより、認知症高齢者に対する介護サービスや事業運営の充実を図ることを目的とします。

2 実施主体

福岡県

3 実施機関

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会

4 期 日

令和5年2月1日(水)・3日(金)

5 研修会場

クローバープラザ 西棟5階502研修室 (春日市原町3丁目1-7)

※集合研修を実施します。

6 受講定員

30名

※定員に達し次第、締切らせていただきます。

※定員超過等で受講をお断りする場合は、その旨本会から連絡します。

7 受講料

6,000円

8 受講対象者

福岡県内(福岡市及び北九州市内の事業所は除く)の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法人代表者。

※本研修の受講にあたっては、別添「認知症介護研修の受講要件について」を御参照ください。

※受講申込者の資格について、御不明な点がある場合は、市町村介護保険担当課(広域連合の場合は本部)にお問い合わせください。

9 研修内容

別添カリキュラムを御参照ください。

10 受講申込みについて

(1) 申込関係書類の提出方法

別紙及び受講申込書に必要事項を記入のうえ、**各市町村介護保険担当課**に提出してください。

(2) 市町村介護保険担当課への提出締切日

令和4年12月23日(金)必着

※締切後は受けられません。

11 受講者の決定について

各市町村介護保険担当課から提出のあった受講申込書を確認後、受講者を決定し、決定通知及び振込用紙等を事業所に送付します。

12 修了証書について

カリキュラムの全科目を修了された方に対し、福岡県知事名の修了証書を交付します。

13 個人情報の取扱いについて

「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修の運営管理の目的のみに利用させていただきます。

14 その他

(1) 遅刻・早退は認められません。

(2) **欠席による補講はありません。**

(3) 受講申込の内容に事実と異なる記載があった場合、受講取消を含めて厳正に対処いたします。

15 事務局

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 福祉・介護研修センター 担当 糸山、藤
〒816-0804 春日市原町3-1-7 クローバープラザ 東棟4階
TEL 092-584-3401 FAX 092-584-3402