

令和5年度 第1回 神奈川県認知症対応型サービス事業管理者研修における申込概要

1 目的

神奈川県内の単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所、共用型指定認知症対応型通所介護事業所、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、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の管理者又は管理者になることが予定されている方を対象として、当該事業所を管理・運営する上で必要な知識・技術の習得する研修を実施することで、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図ることを目的とします。

2 実施主体・研修場所

神奈川県（公益社団法人 日本認知症グループホーム協会に委託）

3 実施日

令和5年6月20日（火）・6月21日（水） ウィリング横浜

4 定員

80名

5 受講対象者（次の要件をすべて満たしている方）

- ・ 県内に所在する単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所、共用型指定認知症対応型通所介護事業所、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、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の管理者または管理者になることが予定される方。
- ・ 認知症介護実践者研修（又は旧基礎課程）を修了している方または研修開催日までに修了予定の方

6 申込期間

申込期間につきましては、市町村によって異なりますので、事業所所在の市町村担当課へお問い合わせください。

7 提出書類

- ・ 令和5年度 第1回 神奈川県認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書
※申込書は、事業所所在の市町村担当課へお問い合わせください。
- ・ 認知症介護実践者研修（又は旧基礎課程）修了証書の写し

8 申込方法

事業所所在の市町村担当課に、上記「7 提出書類」を添えて、郵送または宅配便等で期限内に提出してください。

※提出先は神奈川県ではございませんのでご注意ください。

9 研修日程・会場・内容

別紙「令和5年度 第1回 神奈川県認知症対応型サービス事業管理者研修日程表」のとおり。

10 受講料

8,500 円

支払方法については、受講者決定通知書により案内致します。

※納入された受講料はいかなる理由でも返金できません。

※受講決定後に研修を取り下げられた場合も受講料は徴収させていただきますのでお含み下さい。

※交通費・昼食代は受講者のご負担となります。

11 受講決定通知

令和5年6月2日（金）までに受講決定結果を郵送により通知いたします。

関係書類はご指定の方宛てにお送りいたします。（申し込み書に記入欄がございます）

期日までに書類が届かない場合は、下記にお問い合わせください。

12 終了認定の基準

原則として全日程を出席した方に修了証書を交付します。

※研修修了後1か月前後に郵送いたします

13 注意事項

- ・受講申込書に虚偽の記載があった場合は、受講決定及び修了証書を取り消すとともに、同事業所は、今年度中に開催される本研修を受講することはできません。
- ・受講決定後は、事業所内であっても受講者の変更はできません。
- ・本研修受講中に、受講することが適切でないと判断された方はご退席いただきます。
以降の研修を受講することはできません。なお、その際の受講料は返金いたしません。
- ・感染症拡大や自然災害等により研修主催者である神奈川県の判断により研修が中止変更になる事があります。その際には研修実施主体である日本認知症グループホーム協会神奈川県支部よりご連絡いたします。

14 個人情報の取り扱い

本研修の申込書等に記載された事項は、個人情報保護の規定に則り適正な管理を行い、本研修以外に使用することはありません。

お問い合わせ先

〒233-0016 横浜市港南区下永谷 3-10-7

社会福祉法人 大富福祉会内

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会

神奈川県支部 研修部門 担当：渡辺

TEL&FAX: 045-824-1031

メール：s-watanabe@daitomi.org