

# 平成 29 年度京都府認知症介護実践者等養成研修要項 (認知症対応型サービス事業管理者研修)

## 1. 目的

本研修は、京都府内（京都市域除く。）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又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者となる者に対して、上記事業所を管理・運営していくために必要な知識及び技術を修得することを目的として実施する。

## 2. 実施主体

京都府

## 3. 実施機関

一般社団法人京都府老人福祉施設協議会

## 4. 研修概要

### (1) 研修対象者

次のア及びイの要件を満たす者で、知事が適当と認める者

(ア) 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又は指定看護小規模多機能型居宅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者

(イ) 「痴呆介護実務者研修（基礎過程）」又は「認知症介護実践者研修」のいずれかを修了している者

### (2) 研修内容

別紙「カリキュラム（管理者研修）」のとおり

### (3) 募集定員

120名／回

## 5. 研修日程及び会場

### (1) 研修日程

平成 30 年 1 月 25 日 (木)・26 日 (金)

### (2) 会場

京都社会福祉会館 (アクセス : <http://www.kyo-syafuku.net/access>)

## 6. 修了証書

下記ア及びイの要件を満たす者に対し、修了証書を交付する。

なお、研修に遅刻、早退又は欠席するなどした場合は、修了を認めない。

- ア) 4. (3) のカリキュラムに定める講義等研修の全課程を修了した者
- イ) 各講義後のふりかえりシートに十分に取り組んだ者

## 7. 受講費用

7, 0 0 0 円 (受講料 (4,000 円) 及び資料代 (3,000 円))

※受講費用及びその納入方法の詳細については、受講決定時に通知する。

※その他研修会場までの交通費等は受講者が負担すること。

## 8. 受講申込み及び受講決定

### (1) 受講申込み

- 申込期限 : 平成 29 年 11 月 24 日 (金) (当日消印有効)
- 申込先 : 事業所が所在する市町村の介護保険担当課  
(※開設予定の場合は、開設予定地の市町村介護保険担当課)
- 申込方法 : 郵送
- 申込書類
  - 様式 1 (受講申込書)
  - 様式 2 (1 事業所から 2 名以上申込み場合に添付すること)
  - 認知症介護実践者研修又は痴呆介護実務者研修 (基礎課程) の修了証書の写し
  - 返信用封筒 1 枚 (受講可否通知送付に使用、封筒は角 2 号 (24cm×33.2cm) 120 円切手貼付)

### (2) 受講決定

4. (1) の受講要件を確認の上、受講決定を行う。(受講可否に係る通知は、12 月 22 日頃に発送予定。希望者多数の場合は、受講できないことがある。)

受講決定又は非決定の通知が研修初日の2週間前になっても届かない場合は、速やかに一般社団法人京都府老人福祉施設協議会（075-802-4642）まで問い合わせること。

## 9. その他受講にあたっての注意事項

### ・研修の辞退について

受講決定後は、研修の辞退を認めない。やむを得ず辞退しなければならない状況になった者は、京都府健康福祉部介護・地域福祉課（075-414-4672）まで速やかに連絡すること。（無断の辞退は厳禁とする。）

### ・申込書送付先の市町村について

申込書送付先の市町村は、研修修了後管理者として勤務する予定の事業所が所在する市町村介護保険担当課へ送付すること。

## 10. 問い合わせ先

### ■受講申込に係ることについて

一般社団法人京都府老人福祉施設協議会 事務局

〒602-8143

京都市上京区猪熊通丸太町下る中之町519番地

(TEL：075-802-4642 FAX：075-802-4699)

### ■受講決定に係ることについて

京都府健康福祉部介護・地域福祉課 法人・事業者指導担当

〒602-8570

京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町

(TEL：075-414-4672 FAX：075-414-4572)