

令和4年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 開催要綱

1 目的

指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定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となる者が、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。

2 主催 石川県

3 実施機関 社会福祉法人石川県社会福祉協議会

4 期日及び会場

① 講義 令和5年1月24日(火)

Z o o mによるオンライン研修

※W e b環境とカメラ・マイク機能付きのパソコン等が必要です。

② 現場体験 令和5年1月31日(火)～令和5年2月13日(月)の間、1日

※今年度は新型コロナウイルス感染防止のため、自施設にて実施していただきます。

5 受講料 8,000円

12 ②の受講選考結果通知で「選考結果：承認」と連絡があった者は、「使用料(手数料)納入票」に8,000円分の石川県証紙を添付し、1月17日(火)まで(厳守)に提出してください。

※「使用料(手数料)納入票」の提出方法は、受講選考結果通知をご覧ください。

6 受講対象

指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定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又は代表者になることが予定されている者

※ 代表者とは、理事長、代表取締役など法人の代表権をもつ者です。

ただし、多数の事業所を県をまたいで有するなど大規模な法人である場合に、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的でないと判断される場合は、地域密着型サービス部門の責任者などを代表者として差し支えありませんので、事業所所在市町にご相談ください。

<受講義務について>

本研修は、地域密着型サービス事業所の指定基準において、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定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が指定を受ける際に受講が義務付けられています。

また、代表者が変更となる場合にも受講が必要です。

<みなし措置について>

以下の研修を修了している者は、既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えありません。

ア 実践者研修又は実践リーダー研修、認知症高齢者グループホーム管理者研修

都道府県及び指定都市において、17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたものをいう。(※平成17年度実施分のみ)

イ 基礎課程又は専門課程

都道府県及び指定都市において、12年局長通知及び12年課長通知に基づき実施されたものをいう。

- ・ 認知症高齢者グループホーム管理者研修

ウ 認知症介護指導者研修

都道府県及び指定都市において、12年局長通知及び12年課長通知並びに17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたものをいう。

(※平成17年度以前のもの)

エ 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修

都道府県及び指定都市において、「介護予防・地域支え合い事業の実施について」(平成13年5月25日老発第213号厚生労働省老健局長通知)に基づき実施されたものをいう。

7 定員 30名程度

8 研修プログラム 別紙「研修プログラム」参照

9 参加申込方法

① 参加申込書を市町担当課へ提出し、申込みください。

(複数の市町に事業所をもつ開設者は、いずれか一箇所の市町に参加申込書を提出してください。)

② 石川県社会福祉協議会ホームページの「福祉の研修」内の「研修申し込み」に、必要項目を入力し、申込みください。

② 申込み受付期間は、令和4年12月1日(木)～12月15日(木)です。

(市町担当課から長寿生きがいセンターへの推薦締切日は、12月21日(水)です。)

※ ①の参加申込書の提出、②のホームページの入力、共に必要。

※ ①参加申込書は、郵送又は持参していただくか、FAX・メールにてご提出ください。

※ ②の詳細は、「10 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力方法」を参照してください。

10 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力について

9②については、①～⑤の下記手順に沿って必要事項を入力してください。

① 石川県社会福祉協議会ホームページ (URL <http://www.isk-shakyo.or.jp/>) のトップ画面にある上部メニューから「福祉の研修」ボタンをクリックします。

② 「研修新着情報」の一覧から、受講希望の研修名を選び、クリックします。

③ 受講希望の研修名を選択すると、「研修検索」ページに移動します。「研修検索」ページ画面の下方にある「検索結果」に、研修が表示されています。

④ 「検索結果」欄の研修の右欄に【要綱】と【申込】ボタンが表示されます。受講希望の研修であることを確認のうえ、【申込】ボタンを選択してください。

⑤ 「研修申し込み」画面に移動します。必要事項を入力してください。(※マークは必須項目) 入力後に「申込確認画面へ」をクリックして入力内容を確認し、最後に「申し込む」ボタンをクリックしてください。「受付確認書」メールが届けば、申し込み入力が完了です。

※ メールアドレスは、受講の選考結果やオンライン研修受講時に必要なURLの送付など重要な通知に利用しますので、正しく入力してください。メールアドレスに誤りがあると、最初から申込み入力していただく必要があります。

※ 受付確認書メールが届かない場合、入力されたメールアドレスが誤っている可能性があります。事務局(石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター)までご連絡ください。なお、受付確認書メールは、受講が決定したという意味ではありません。

※ ホームページでの入力申込みの他、参加申込書の提出も必要です。

11 受講者の決定

- ① 定員の範囲で受講者を決定します。
- ② 申込者が定員を超えた場合は、申込多数の法人等から調整します。
- ③ それでも定員を超えている場合は、抽選とします。

12 選考結果の通知

- ① 令和5年1月4日(水)頃、長寿生きがいセンターから市町担当課へ、選考結果通知を電子メールにて送信します。その後、市町担当課から各事業所へ連絡していただきます。
- ② 令和5年1月5日(木)頃、長寿生きがいセンターから各事業所へ、受講選考結果通知を電子メールにて送信します。
※ 送信予定日を2日以上経過しても通知が届かない場合、長寿生きがいセンターまでお問い合わせください。

13 修了証書の交付について

研修の全課程(講義、現場体験)を修了された方に対し、現場体験終了後に提出していただくレポートの内容を審査した上で、修了証書を交付します。

- ※ 講義において遅刻・早退・欠席があった場合は、修了証書は交付しません。
- ※ レポートが提出期日を過ぎても提出されない場合は、修了証書は交付しません。
- ※ レポートを審査した結果、内容等に問題がある場合は再提出をお願いすることがあります。

14 申込み・問合せ先

石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター 担当：森田
〒920-3104 金沢市八田町東1025番地 石川県社会福祉社会館別館
TEL 076-258-3135 FAX：076-258-3149
E-mail morita@isk-shakyo.or.jp

15 Zoom接続テストについて

研修がスムーズに開始できるよう、研修で使用するZoomの接続テストを1月13日(金)に行います。(10分程度を予定しております)。原則、研修受講予定の方が、研修当日と同じ場所・環境、同じパソコン等にて参加してください。

16 受講における留意事項

- ・今年度の現場体験は、原則各自の施設にて行っていただきます。受講を希望される新規開設予定事業者は事前に必ずご相談いただきますよう、お願いいたします。
- ・各自でオンライン研修を受講できる環境(パソコン等によるWeb環境)を整えていただきます。
- ・1人1台の端末で受講してください。

別紙 令和4年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 プログラム

① 講義（令和5年1月24日（火）、オンライン（Web会議システム「Zoom」）で実施）

時 間	研 修 科 目
9:00～ 9:20	受付（Zoomに接続）
9:20～ 9:30	開講・オリエンテーション
9:30～12:00	講義①「認知症の基本的理解とケアのあり方」
12:00～13:00	昼食・休憩
13:00～14:10	講義②「地域密着型サービス基準について」 ・認知症対応型共同生活介護 ・小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護
14:20～16:30	講義③「地域密着型サービスの取組について」
	講義④「認知症高齢者を支えるために」
16:40～	連絡事項伝達

② 現場体験（令和5年1月31日（火）～2月13日（月）の間、1日）

体 験 日	体 験 内 容
各自調整	事業者や介護従事者の視点ではなく、利用者の立場から各事業所におけるケアを体験する。

③ 体験レポート作成、提出

項 目	注 意 事 項
仕 様	A4用紙3枚程度（3000文字以上）
内 容	①研修（現場体験を含む）の受講を通じ、認知症高齢者について理解したこと ②現場体験及び現場職員との意見交換を通して感じたこと ③今後の事業所運営に関して取り組みたいこと （※ ①～③の内容を必ず入れてください。）
提出締切	令和5年2月28日（火）
提 出 先	①石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター ②事業所設置市町担当課 （※新たに事業所を開設する場合には、指定申請時に提出。）

認知症対応型サービス事業開設者研修における現場体験について

1 目的

事業者や介護従事者の視点ではなく、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提供のあり方、サービスの質の確保等について理解する。

2 実施日

開設者研修講義日の翌週・翌々週の中で1日

3 モデルスケジュール（8時間）

時間	内 容	
9:00～10:00	オリエンテーション	・施設の概要、スケジュール、留意事項などの説明 ・施設見学、利用者・スタッフとの顔合わせ
10:00～16:00	体験	・利用者の立場で過ごす
16:00～17:00	1日の振り返り	・体験をとおして感じたことについて意見交換 ・質疑応答

※ スケジュールは、事業所のご都合により、適宜変更していただいてもかまいません。

4 現場体験の進め方

<現場体験受入事業所>

(1) 日程の調整

各自の事業所にて、現場体験日を調整のうえ決定してください。

(2) 現場体験担当者の設定

各自の事業所において現場体験の担当者を1名決めてください。

(3) 現場体験担当者へのお願い

- ・現場体験は、あくまでも利用者の立場を理解するためのものなので、特別なことをしていただく必要はありません。
- ・上記3は現場体験のモデルスケジュールです。各事業所の対応できる範囲で、体験内容を設定してください。

(5) 事務局への報告等

「認知症対応型サービス事業開設者研修 現場体験に係る実績報告書」

体験終了後、現場体験者のサインの入った実績報告書を提出してください。

<現場体験者>

(1) 現場体験受入事業所の指定

受入事業所は、各自の事業所となります。

(2) 日程の調整

各自の事業所にて調整の上、現場体験日を決定してください。

(3) 現場体験に際しての注意事項

- ・現場体験担当者の指示に従い、利用者の視点でサービスを体験してください。

- ・質問は、決められた時間に行ってください。
- ・質問内容は、基本的にサービスに関することに限定してください。

(4) 現場体験に関する報告等

- ① 「現場体験確認書」
- ② 「体験レポート」

※ 報告に関する詳細は、開催要綱をご参照ください。

【申込み・問合せ先】

社会福祉法人石川県社会福祉協議会

長寿生きがいセンター 担当：森田

TEL 076-258-3135 FAX 076-258-3149

「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に 関する基準」に規定される研修について

	認知症対応型 通所介護	認知症対応型 共同生活介護	小規模多機能型 居宅介護	看護小規模多機 能型居宅介護
代表者		<p style="text-align: center;">認知症対応型サービス事業開設者研修</p> <p style="text-align: center;">基準第92条</p>	<p style="text-align: center;">基準第65条</p>	<p style="text-align: center;">基準第173条</p>
管理者	<p style="text-align: center;">↓</p>	<p style="text-align: center;">↓</p>	<p style="text-align: center;">↓</p>	<p style="text-align: center;">↓</p>
計画作成 担当者	<p style="text-align: center;">↓</p>	<p style="text-align: center;">認知症介護実践研修(実践者研修)</p> <p style="text-align: center;">基準第91条</p>	<p style="text-align: center;">↓</p>	<p style="text-align: center;">基準第172条</p>
		<p style="text-align: center;">↓</p>	<p style="text-align: center;">↓</p>	<p style="text-align: center;">↓</p>
			<p style="text-align: center;">小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修</p> <p style="text-align: center;">基準第63条</p>	<p style="text-align: center;">基準第171条</p>

使用料（手数料）納入票

申請書、願書等 整理番号	第 号	科 目				
		款	項	目	節	附記
年度・会計	令和4年度 一般会計	8	2	3	4	7
		※ 金 額		¥8,000		
※ 納 入 理 由	認知症対応型 サービス研修 (開設者研修)	※ 納 人	住 所			
			氏 名			

(証紙はりつけ欄)

- 注 意
1. 証紙はりつけ欄に証紙をはり付け、欄が不足するときは裏面を利用してください。
 2. ※印箇所は、納人が記入してください。（申請書等と同時に提出する場合は住所の記入を省略することができます。）
 3. 国の収入印紙と混同しないでください。
 4. 自己の印章等で割印しないでください。
 5. 証紙は、北國銀行本支店のほか、証紙売りさばき人からお求めください。