

## 平成 30 年度香川県認知症対応型サービス事業開設者研修実施要領

### 1 目的

認知症対応型サービス事業を開設するものに対し、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習得させるための研修を実施することにより、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図ります。

### 2 実施主体

香川県

### 3 研修対象者

香川県内の指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業者及び指定看護小規模多機能型居宅介護事業者の代表者又は代表者になることが予定される者であって、知事が適当と認めた者とします。

### 4 研修カリキュラム等

別紙のとおり

### 5 研修日程・研修場所

- ・ 講 義：平成 31 年 1 月 9 日（水）  
香川県庁 本館 12 階第 4 会議室  
高松市番町四丁目 1 番 10 号  
TEL 087-832-3275
- ・ 現場体験：平成 30 年 1 月 10 日（木）  
受講者の決定後、指定します。

### 6 受講定員

5 名

### 7 受講料

無 料

### 8 受講手続き

受講希望者は、受講申込書（別紙様式）により、当該事業所が所在する市町介護保険担当課に提出してください。

市町への申込期限 平成 30 年 12 月 10 日（月）（必着）

### 9 受講者の決定等

- ・ 受講希望者数及び新規開設を予定している事業所数の状況を考慮し、受講定員を調整することがあります。
- ・ 受講の可否については、後日文書で法人・事業所の代表者あてに通知します。

### 10 レポートの提出

- ・ 研修終了後 2 週間以内に、県健康福祉部長寿社会対策課に提出してください。

テーマ：①認知症高齢者ケアについて理解したこと

②今後の事業運営に関して取り組みたいこと など

（A4 用紙（20 字×20 行）又は 400 字原稿用紙 2,000 字程度（縦横問わず））

## 11 修了証書の交付

レポートが提出された後、修了証書を交付します。

## 12 その他

(1) 指定地域密着型サービス事業所の指定基準で、次の①～③に就任する者には本研修の受講が義務付けられているのでご注意ください。

- ① 指定認知症対応型共同生活介護事業者（指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所を含む。）の代表者
- ② 指定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所を含む。）の代表者
- ③ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業者の代表者

(2) みなし措置

次の研修を修了している者は、新たに受講する必要はありません。

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

「認知症介護研修等事業の実施について」（平成 17 年 5 月 13 日老発第 0513001 号厚生労働省老健局長通知。以下「17 年局長通知」という。）及び「認知症介護研修等事業の円滑な運営について」（平成 17 年 5 月 13 日老計発第 0513001 号厚生労働省老健局計画課長通知。以下「17 年課長通知」という。）に基づき実施されたものをいう。

イ 基礎課程又は専門課程

「痴呆介護研修事業の実施について」（平成 12 年 9 月 5 日老発第 623 号厚生省老人保健福祉局長通知。以下「12 年局長通知」という。）及び「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」（平成 12 年 10 月 15 日老計発第 43 号厚生省老人保健福祉局計画課長通知。以下「12 年課長通知」という。）に基づき実施されたものをいう。

ウ 認知症介護指導者研修

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。

(3) 「代表者」について

- ① 「代表者」とは、基本的には事業所を運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当しますが、法人の規模によって、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においては、地域密着型サービスの事業部門の責任者などを代表者として差し支えありません。
- ② 「代表者」は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の職員又は訪問介護員等として認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者でなければなりません。

(4) 全日程参加できる方が受講してください。

(5) 受講決定後の受講者の変更は原則としてできません。やむを得ず変更する場合は施設・事業所の代表者を通じて「変更届」を提出していただきます。

(6) やむを得ず研修を辞退する場合は、施設・事業所の代表者を通じて「辞退届」を提出していただきます。

(7) 現場体験は、原則として受講者が所属する事業所間相互で行います。

(8) 受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外に使用することはありません。

別紙

平成 30 年度香川県認知症対応型サービス事業開設者研修カリキュラム

日	時	科 目	講 師
1/9 (水)	9:00 9:20	研修に関する事務連絡	
	9:20 10:20	(講義 60 分) 認知症高齢者の基本的理解	認知症介護指導者
	10:30 12:00	(講義 90 分) 認知症高齢者ケアのあり方	認知症介護指導者
	13:00 14:00	(講義 60 分) 家族の理解・高齢者との関係の理解	認知症介護指導者
	14:10 16:40	(講義 150 分) 地域密着型サービスの取組みについて	認知症介護指導者
	16:40 16:50	事務連絡	
1/10 (木)	1 日 (8 時間)	現場体験	

※ 現場体験は受講者決定後、実習施設を指定します。

別紙

平成 30 年度香川県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

平成 年 月 日

香川県知事 殿

施設・事業者名  
代表者職・氏名  
郵便番号  
施設・事業者住所  
事務担当者名  
電話番号  
FAX 番号

㊟

下記のとおり平成 30 年度香川県認知症対応型サービス事業開設者研修の受講を申込みます。

ふりがな 受講者 氏名		性別	生年月日		
	印	男・女	昭和 平成	年	月 日
勤務先 名称		役職名			
勤務先 所在地	(〒 - ) (Tel - - )				
開設、就任(予定) の施設名		開設、就任 (予定)時期	平成	年	月 日
サービス 種別	1 認知症対応型共同生活介護      2 小規模多機能型居宅介護 3 看護小規模多機能型居宅介護				
認知症介護に従事 した経験又は保健 医療、福祉サービスの 経営に携わった 経験	年 月～ 年 月	勤務先等	職務内容		
認知症介護実践者等 養成研修修了状況	研修名称		修了証書番号	修了年月日	
受講者が理事長・ 代表取締役以外の 場合その理由					
現場体験実習 受入可能施設名					

※ 1 認知症介護実践者等養成研修等修了証書のコピーを添付してください。

※ 2 受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外に使用することはありません。