

令和5年度 広島県認知症対応型サービス事業開設者研修 実施要領

1. 主 旨 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及び指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表となる者が，これらの事業所を運営していくうえで必要な知識・技術を身につけ提供するサービスの質の向上を図ることを目的とする。
2. 主 催 広島県
3. 実施主体 一般社団法人広島県介護福祉士会（広島県からの委託実施）
4. 実施期日，会場及び定員

実施期日	会場	定員
講義・演習（1日） 令和5年10月4日（水） 現場体験（1日） 令和5年10月18日（水）～ 11月1日（水）のうち1日 ※体験日，体験先については，受講決定後，本会で調整し連絡する（調整後の体験日及び体験先の変更は出来ない）。	広島会場	35名

※今年度の研修は1回のみ開催であるため，受講漏れのないように注意すること。

【会場】広島県社会福祉会館 会議室4・5（2階）
〒732-0816 広島市南区比治山本町12-2

※新型コロナウイルス感染拡大の状況により，オンラインでの開催に変更する場合がございます。予めご了承ください。

5. 対象者 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及び指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者等となる者とする。
6. 受講料 17,000円（税込，資料代及び現場体験費用を含む。）
 - ※ 受講料は，受講決定通知書に同封する払込取扱票で指定の振込期日までに，郵便局にて支払うこと。なお，振込手数料は受講者が負担すること。
 - ※ 納入された受講料は，原則として返還しない。ただし，受講開始の14日前までに受講を辞退した場合は，全額受講料を返還する。なお，返還金は手数料を除いた金額を口座振り込みにより返還する。
 - ※ 振込の有無にかかわらず，受講を辞退される場合は，申込担当者より必ず事務局まで連絡を行う事とする。
 - ※ 受講決定後のキャンセル等が無いように，「実施要領・研修日程」等十分に確認の上，申し込むこと。
 - ※ 受講料には，受講者の会場までの交通費及び食費等は含まれない。

7. 研修日程

(1) 講義・演習（1日）

	9:00	9:20	9:30	10:20	10:30	11:30	11:40	12:10	13:00	14:10	14:20	15:40	15:50	16:40
第一日目	受付	開会 オリエンテーション	I 「開設者研修の意義について」	II 「認知症高齢者の基本的理解」	III 「地域密着型サービスの指定基準について」	昼食 休憩	IV-1 「認知症高齢者ケアのあり方Ⅰ」	IV-2 「認知症高齢者ケアのあり方Ⅱ」	V 「家族の理解・高齢者との関係の理解」					

(2) 現場体験 (1日)

	9:00	10:00	12:00	13:00	15:00	16:00	
第二日 目 (指定日)	VI 「現場体験」						
	事業所の紹介	事業所の見学	現場実習	昼食休憩	現場実習	事業所との意見交換	終了

8. 研修内容

(1) 講義・演習 (1日)

- I 「開設者研修の意義について」
- II 「認知症高齢者の基本的理解」
- III 「地域密着型サービスの指定基準について」
- IV-1 「認知症高齢者ケアのあり方Ⅰ」
- IV-2 「認知症高齢者ケアのあり方Ⅱ」
- V 「家族の理解・高齢者との関係の理解」

(2) 現場体験 (1日)

VI 現場体験

オレンジアドバイザーのいる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等

9. 申込み方法等

(1) 提出書類：認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書（様式1）

(2) 提出先：各事業所等が所在する市町の介護保険担当課

(3) 受講申込受付期間及び市町への提出期間

受講申込受付期間	市町への提出期限
令和5年7月31日（月）～8月14日（月）	令和5年8月14日（月）

※市町から広島県介護福祉士会への提出期限：令和5年8月18日（金）

(4) その他

- ・新規開設予定事業者で市町が必要と認めた場合には、「推薦書」（様式2及び様式2別紙）により受講者を推薦する。
- ・各市町の介護保険担当課が様式3によりとりまとめの上、広島県介護福祉士会に受講申込書を提出する。

10. 受講決定

- ・受講申込みが多数の場合は、市町から推薦のあった人を優先し、抽選等により受講者を決定する。
- ・受講の可否については、研修日の2週間前までに、各市町に受講の可否を通知するとともに、所属長宛にも受講の可否を通知する。

11. 修了認定及び修了証書の交付

(1) この研修を受講した人については、広島県知事及び事業所設置市町の長に対し、研修（現場体験含む）の受講を通じ、①認知症高齢者ケアについて理解したこと②今後の事業所運営に関して取組みたいこと等について、レポート(A4用紙5枚程度)を作成し、提出すること。

- なお、新たに事業所を開設する人については、市町長あてに指定申請時に提出すること。
 (2) この研修の修了証書の交付は、上記(1)のレポートの提出と引き換えに交付する。

12. 個人情報の保護

- ・受講申込書に掲載された個人情報は、研修の目的のみに利用する。
- ・この研修の参加者名簿には、名前、所属及び職名を掲載する。
- ・受講申込書は、研修終了後に適切な方法で廃棄する。

13. 受講にあたっての注意事項

- ・広島県社会福祉会館の駐車場は利用できないため、公共交通機関又は近隣の有料駐車場を利用すること。
- ・昼食(弁当等)の販売はないので、各自で用意すること。

14. 研修時の遅刻及び欠席

- ・修了証の発行には、厚生労働省が定めた時間数の講義を受講することが必須となる為、遅刻・欠席・早退の場合は、研修の修了証の発行はできない。
- ・やむを得ず遅刻・欠席する場合は、講義開始前に必ず電話にて連絡を行う事とする。なお、連絡がなく10分以上遅刻した場合は、欠席扱いとする。
- ・いかなる理由があっても、講義中無断離席することは遅刻や早退と同様の扱いとする。

※やむを得ず欠席とは、身内(第三親等内及び配偶者の第二親等内)の不幸、もらい事故による遅刻、公共交通機関の遅延による遅刻、インフルエンザ等出勤停止を受けたもの。(遅延証明、治癒証明など確認を行う。)

15. 新型コロナウイルス感染防止対策について

別紙《研修受講に関する大事なお願い》参照。

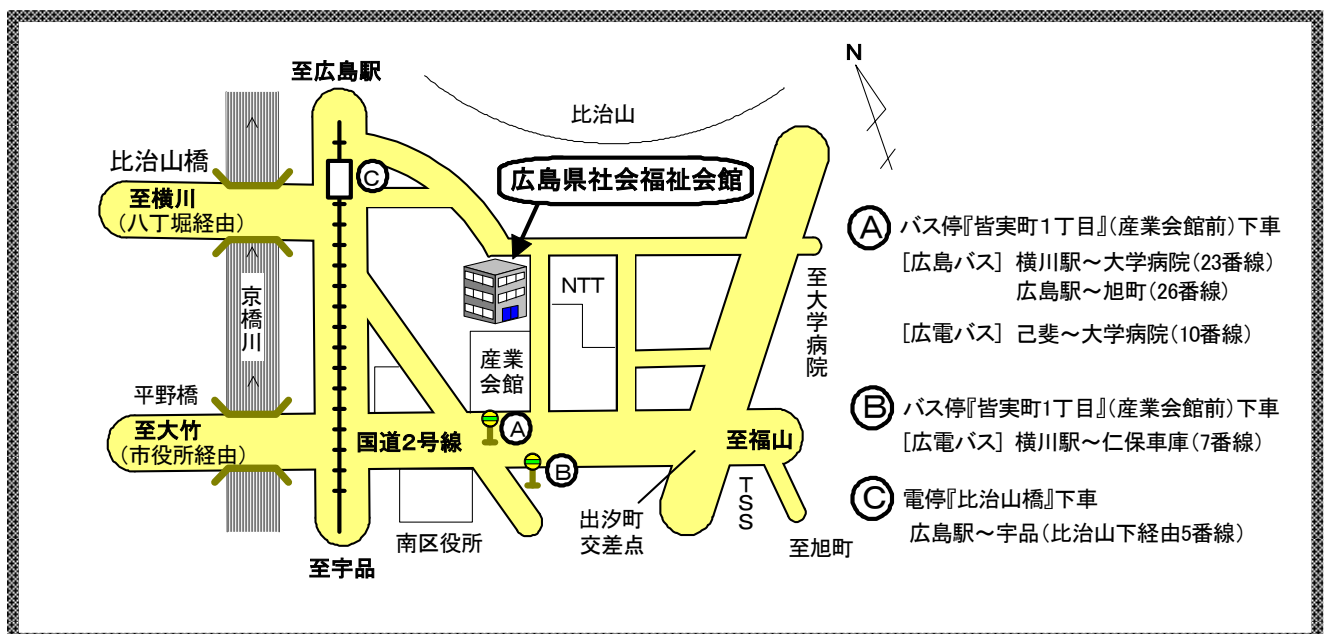
16. 問合せ先

一般団法人広島県介護福祉士会 事務局

〒732-0816 広島市南区比治山本町 12-2 TEL.(082)254-3016 FAX.(082)254-3017

会場案内図

● 広島県社会福祉会館 (広島市南区比治山本町 12-2)



新型コロナウイルス感染防止対策に伴う《研修受講に関する大事なお願い》

- 受講当日朝の検温 及び、セルフチェック（咳や咽頭痛の有無）※
- スタッフによる 研修会場入室時の検温
- アルコールによる手指の消毒
- マスクの着用（必ずご持参ください）

※受講の10日前から当日において以下の内容に該当する場合、受講をご遠慮いただく事となります。その際は大変恐縮ですが、速やかに広島県介護福祉士会 事務局までご連絡をお願い致します。（決定通知書と一緒に健康管理確認の為のチェックシートをお送りします）

- ①検温時、37.5℃以上の発熱が確認された場合。
- ②「咳」、「咽頭痛」「だるさ（倦怠感）」、「息苦しさ（呼吸困難）」、「嗅覚や味覚の異常」などの症状がある場合。
- ③新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触がある場合。
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合。
- ④過去10日以内に、政府からの入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合。

尚、研修受講修了後10日間、健康チェックをご自身で行って頂き、新型コロナウイルス感染症の陽性者となった場合は、当会事務局までご連絡下さい。

ご理解とご協力の程、よろしくお願い致します。

《感染症予防への取り組み》

- 講師のマスク着用 ●アルコールの設置 ●施設内の換気
- 座席の間隔確保 ●講師、スタッフの健康管理

- ・受講中に体調に変化を感じられた場合は、無理をなさらずお申し出ください。
- ・休憩時間等の会場内でのソーシャルディスタンスの確保にご協力をお願い致します。

※受講決定通知書をお送りする時に、
具体的な対応方法をご案内させていただきます。

(様式1)

令和5年度 広島県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

申込者 法人の主たる事務所の所在地

〒

法人の名称及び代表者の職氏名

申込日 令和 年 月 日

フリガナ					
受講希望者氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日生	
役職名					
開設 予定 事業所	種別 (該当する番号に○をしてください)	1 指定小規模多機能型居宅介護事業所 2 指定認知症対応型共同生活介護事業所 3 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所 4 その他 ()			
	名称				
所属 先 事業所等	種別 (該当する番号に○をしてください)	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所 5 通所介護事業所 6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム 8 小規模多機能型居宅介護 9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護 11 地域密着型介護老人福祉施設 12 その他 ()			
	名称				
	住所	〒			
	連絡先	電話番号		FAX	
	施設設置者 (法人の名称)				担当者

- ※ 1) 記入漏れがあった場合は受付できない場合があります。
2) 役職名は施設（法人）における役職名を記入してください。

役職名の記入例：施設長・事務長・介護主任・チームリーダー・サービス提供責任者・計画作成担当者・ケアマネジャー・介護職員・相談員・指導員・栄養士等

【個人情報の保護について】

- この受講申込書に記載された個人情報は、研修の目的のみに使用します。
なお、この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。
- この受講申込書は、研修終了後、適正な方法で廃棄します。

【申込書の提出先】

事業所が所在する市町の介護保険担当課

記入時参照

(様式1)

令和5年度 広島県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

記入もれがある場合、お電話で確認または再提出をしていただく場合があります。記入もれのないようをお願い致します。

申込者 法人の主たる事務所の所在地

〒

法人の名称及び代表者の職氏名

申込日 令和 年 月 日

フリガナ				昭和 年 月 日生	
受講希望者氏名		生年月日		平成 年 月 日生	
役職名					
開設予定事業所	種別 (該当する番号に○をしてください)	1 指定小規模多機能型居宅介護事業所 2 指定認知症対応型共同生活介護事業所 3 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所 4 その他 ()			
	名称	その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。			
所属先事業所等	種別 (該当する番号に○をしてください)	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所 5 通所介護事業所 6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム 8 小規模多機能型居宅介護 9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護 11 地域密着型介護老人福祉施設 12 その他 ()			
	名称	その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。			
	住所	〒			
	連絡先	電話番号		FAX	
	施設設置者 (法人の名称)	担当者の方と連絡が取れる番号をご記入ください。			担当者

※ 1) 記入漏れがあった場合は受付できない場合があります。

2) 役職名は施設(法人)における役職名を記入してください。

役職名の記入例：施設長・事務長・介護主任・チームリーダー・サービス提供責任者・計画作成担当者・ケアマネジャー・介護職員・相談員・指導員・栄養士等

受付窓口または受講者本人をご記入ください。

【個人情報の保護について】

- この受講申込書に記載された個人情報は、研修の目的のみに使用します。
なお、この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。
- この受講申込書は、研修終了後、適正な方法で廃棄します。

【申込書の提出先】

事業所が所在する市町の介護保険担当課