

令和5年度 新潟市認知症対応型サービス事業開設者研修募集要項

1 研修種別

認知症対応型サービス事業開設者研修の目的及び対象者は下記のとおりです。

研修名	認知症対応型サービス事業開設者研修 (講義6時間、職場体験8時間、レポート提出)
目的 (内容)	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の修得
対象者	<p>指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業所(※指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を含む。以下同じ。)又は指定認知症対応型共同生活介護事業所(指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所を含む。以下同じ。)(以下「事業所」という。)を運営する法人の代表者(※1)で、次の1～3の事項に該当する方を対象とします。(※2)</p> <p>1 令和5年度に指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業所又は指定認知症対応型共同生活介護事業所を開設する法人の代表者(既に本研修を受講された方は除きます。)</p> <p>2 令和6年度に指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業所又は指定認知症対応型共同生活介護事業所を開設する予定の法人の代表者(指定を受ける際に修了が義務付けられているもので、来年度の開設者研修受講では間に合わないと認められる方)</p> <p>3 指定を受けた後、変更により代表者に就任された方(変更の届出を行う際に修了が義務付けられています。)</p>

(※1) 代表者とは、「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(平成18年3月14日厚生労働省令第34号)」第65条、第92条、第173条及び「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(平成18年3月14日厚生労働省令第36号)に規定される者のことです。具体的には4ページを参照してください。

(※2) 一定の研修を修了している方は本研修を修了しているとみなされ、本研修の受講は必要ありません。詳細は4ページをご覧ください。

2 日程・会場

※詳細は5ページをご覧ください。

日時 令和5年11月20日(月)

会場 新潟テルサ 2階 特別会議室

(〒950-1141 新潟市中央区鐘木185-18)

3 受講定員

30名

4 申込方法

受講を希望する法人の代表者は、期限までに、申込専用フォームから受講申込を行ってください。

(1) 申込期限 令和5年10月13日(金)

(2) 申込方法

下記の新潟市電子申請サービス専用フォームからお申込ください。

<https://lgpos.task-asp.net/cu/151009/ea/residents/procedures/apply/82c0013c-d19f-4d22-b8cb-585abb5a8d04/start>

(3) 注意事項

- ・提出期限以降の申し込みは一切受けません。
- ・受講申込の内容に不備、不足等がある場合は受講決定されない事があります。
- ・複数の市町村で事業を運営している法人の場合、複数の市町村から同一の募集要項が通知されますが、任意の1市町村に対してのみ、申し込みを行ってください。

5 申込締切後の急な欠員等により基準を満たせなくなった場合

上記4の申込締切後に生じた緊急の事由(単なる申込忘れ等は対象外とします)により、事業所が人員等の基準を満たせなくなった場合で、かつ新潟市が適当と認める者の受講について、可能な範囲で対応を行いますので、速やかに新潟市地域包括ケア推進課にご相談願います。ただし、受講を保証するものではありません。

6 受講決定・不決定

(1) 受講者の決定・不決定は、申し込みを行った事業所に対し、10月27日(金)頃までに郵送で通知します。

(2) 受講希望者が定員を超えた場合は、次の優先順位により受講者を決定します。

① 本研修を受講しなければ基準を満たすことができない場合

② 上記①以外の方については、定員の範囲内で抽選により決定します。

7 費用

研修受講負担金として、資料代5,400円を負担していただきます。
別途、市が発行する「納入通知書」により、所定金融機関にて各自お支払い
願います。（支払手続については研修時にご案内します。）

8 研修への参加が不可能となった場合について

受講決定通知後に研修への参加が不可能となった場合は、別記様式「新潟市
認知症介護研修受講辞退届」を新潟市福祉部地域包括ケア推進課あてに提出し
てください。

なお、研修開始後の受講辞退は、受講負担金の返却はできませんので、ご了
承願います。

9 修了について

本研修の全過程を修了した方には、新潟市長名の修了証書を交付します。

※全過程を修了した方に修了証書を交付します。原則、自然災害による公共交通
の遅れ等のやむを得ない事情を除き、遅刻・欠席は修了と認めませんのでご注
意ください。

また、体調不良による欠席も、原則、終了と認めませんので、体調管理に努め
て下さい。

※研修の成果物や受講態度が著しく不適切な方（居眠り、私語等）については、
修了と認めない場合がありますのでご注意ください。

10 その他

- 本研修は、社会福祉法人桜井の里福祉会に委託して実施します。
- 申込をした時点で、受講申込に際して取得した個人情報、委託先へ提供するこ
とに同意したものと見なします。
- 受講申込に際して取得した個人情報は、研修事務以外には使用しません。
- 受講決定後に、委託法人より詳細なスケジュール等を郵送する予定です。
- 研修の際は、換気の実施、一定の間隔を空けての着席、近距離での会話を避ける
など新型コロナウイルス感染防止対策を行います。

認知症対応型サービス事業開設者研修での代表者の考え方

1 原則

代表者とは、指定（看護）小規模多機能型居宅介護事業所又は指定認知症対応型共同生活介護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。

2 代表者の範囲

上記1に関わらず、全国展開している大規模の法人である等、理事（長）や（代表）取締役が地域密着型サービス部門の代表者として合理的でない場合、当該法人の地域密着型サービス事業部門の責任者等が「代表者」として本研修を受講しても差し支えありません。

3 代表者と管理者が兼ねるケース

基本的に、代表者と管理者が同一であることは想定していません。

ただし、法人が1つの地域密着型サービス事業所のみを運営している場合は、代表者と管理者が同一であっても差し支えありません。

開設者研修を修了したものとみなされる場合について

下記1～8のいずれかに該当する代表者は、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了したものとみなされます。

- 1 平成17年度に実施の認知症介護実践者研修修了者
- 2 平成17年度に実施の認知症介護実践リーダー研修修了者
- 3 平成17年度に実施の認知症高齢者グループホーム管理者研修修了者
- 4 平成12年度から平成16年度の間の実施の痴呆介護実務者研修（基礎課程）修了者
- 5 平成12年度から平成16年度の間の実施の痴呆介護実務者研修（専門課程）修了者
- 6 平成12年度から平成17年度の間の実施の認知症介護指導者研修修了者
- 7 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修修了者
- 8 その他、新潟県や新潟市が実施する認知症介護実践者研修修了者と同等に取り扱うと県や市が認めた研修修了者

研修日程・プログラム（予定）

1. 日 程 令和5年11月20日（月）
2. 会 場 〒950-1141
新潟市中央区鐘木 185-18
新潟テルサ 2階 特別会議室
電話：025-281-1888

3. 研修プログラム

① 講義

日 時	内 容	
11月20日（月）	9:10～9:20	受付
	9:20～9:30	オリエンテーション
	9:30～9:45	開講式
	9:50～10:50	地域密着型サービスの指定基準について
	11:00～12:30	認知症の人の基本的理解（医学的・心理的理解）
	12:30～13:30	昼休み
	13:30～14:30	家族の理解・高齢者との関係の理解
	14:40～16:10	地域密着型サービスの取組み
	16:20～17:50	認知症高齢者ケアのあり方
	18:00～18:20	実習オリエンテーション
	18:20～18:30	1日のふりかえり

② 現場体験

11月21日（火）～11月30日（木）のうち任意の1日間（8時間）

＜実習場所＞

※実習施設は自分の法人内の事業所以外の（看護）小規模多機能型居宅介護事業所又は認知症対応型共同生活介護事業所が原則ですが、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、自分の法人内の地域密着型サービス事業所でも可とします。

（実習先は受講者各自で自身の受講目的にあった施設を選定し、直接実習の受け入れを申し込んで実施していただきます。詳細については研修時に説明します。）

③ レポート提出締切 令和5年12月15日（金）必着

※ 講義及び現場体験終了後、下記の内容についてレポート（6,000字程度）を作成していただきます。

内容：現場体験実習まで含む研修全体を総括し、まとめたもの

※ 修了証書は提出されたレポートが審査された後、交付します。

※ 提出されたレポートは、各所管市町村へ研修の成果報告として送付させていただきます。

(別記様式)

新潟市認知症介護研修受講辞退届

令和 年 月 日

新潟市長 様

(法人名)

(住所)

(代表者名)

令和 年 月 日付け新地包ケ第 号で通知のあった下記の者に係る
認知症介護研修受講の受講決定について、下記の理由により辞退させていただきます。

記

研修を辞退する者	氏 名	
	所属施設等	
辞退する研修の名称		
辞 退 の 理 由		