

# 【3】2024年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 実施要項

予め、『本実施要項』及び『認知症介護研修留意事項』をご理解の上、申込みください。

集合研修で実施します。

## 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及び指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における代表者（となる者）が、これらの事業を運営していく上で必要な「認知症高齢者の基本的な理解」「認知症高齢者ケアのあり方」「適切なサービス提供のあり方」等の必要な知識を身につける。

## 2 実施主体

兵庫県（研修実施事業者として兵庫県社会福祉事業団に委託）

## 3 定員・申込要件

〔定員〕30名（1回 実施予定）

〔対象者〕認知症対応型サービス事業の代表者（予定者を含む。）

※代表者とは基本的には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するが、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は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ない。したがって、指定申請書に記載する代表者と異なることはありうる。  
（平成18年3月31日付厚生労働省老健局計画課長等通知「指定サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」より抜粋）

※認知症対応型サービス事業所とは、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、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所です。介護予防を含みます。

## 4 日程・プログラム

『プログラム』のとおり。 ※日程は、都合により変更する場合があります。

〔本研修における留意事項〕

研修センターが指定する事業所での1日間の現場体験が必須となっております。  
現場体験については、他施設実習ではなく自職場での代替実習を行っていただきます。  
原則、就任する地域密着型サービスの事業所で実習を行ってください。  
※新規開設等により、自施設での実習を行えない場合は、ご自身が開設者として就任予定の市町にご相談いただき、実習の受入れ先を決定してください。

## 5 研修会場

集合研修	兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 他 ※会場は変更になる場合があります研修会場等は、受講決定時及び研修中に受講決定者へ通知します。
------	--

※ 本研修では、多数の受講者が集まり研修を実施します。  
集合研修にあたっては、感染防止の観点からマスクの着用について、ご協力をお願いいたします。  
研修当日は検温・手指消毒等を必要に応じてお願いすることがあります。  
その他、感染症対策を実施し、研修を実施いたします。  
確実に感染しないということではないことをご理解いただうえでお申込みください。

## 6 修了証の交付

修了者に対して兵庫県知事の修了証を交付します。

研修受講者であっても、研修の目的が達成されないと判断された場合や、欠席・遅刻・早退等があった場合は修了証を交付できないことがあります。

## 7 受講料（受講決定者のみ）

受講料 16,000円

※その他、受講にかかる通信費や旅費、宿泊費、申込みや提出書類の送付（簡易書留を含む）等を負担していただきます。

※納入方法については受講決定者に対して別途通知します。

## 8 申込方法

**申込は、開設者として就任する（予定の）事業所がある市町の長を通じて行います。**

（現在所属している事業所と就任する（予定の）事業所の所在地が異なる場合、注意してください。）

申込みから受講までの手続きは『受講までの流れ』を確認してください。

記載している申込提出物を作成し、**各市町介護保険担当課**へ問合わせの上、申込みください。

〔申込提出物〕

	提出書類物	内容
①	受講申込書 様式 3-①	<b>申込者 1 名につき 1 部作成</b> ※白黒印刷可 ※いずれも代表者、申込者本人の要押印
②	受講可否 返信用封筒	『受講申込書』1 部につき 『返信用封筒』1 枚 長形 3 号(120mm×235mm)に <b>110 円切手</b> を貼付け、表面に以下(1)～(3)の内容を明記して提出する。（裏面は何も記入しない。） (1) 返信先の住所・法人名・事業所名・宛先名 (2) <b>開設者研修 受講可否返信用</b> （ <input type="checkbox"/> 内 赤色で記載。） (3) 申込者氏名(必ず記載すること。)（例 申込者 ○○ ○○） ※切手金額の不足があった場合、受取人払いにて発送します。

※『受講申込書』の記入漏れがあった場合、選考の優先順位を下げる又は受講不可とする等の不利益が生じる場合があります。

〔提出先〕

各市町介護保険担当課

※『受講可否返信用封筒』については、作成例を参考にしてください。

## 9 申込期間

申込期間内に各市町介護保険担当課へ申込みください。

〔申込受付期間〕

各市町への申込受付期間	各市町より当研修センターへの 申込締切日
2024 年 10 月 15 日 (水) ～ 11 月 11 日 (月)	2024 年 11 月 22 日 (金)

※申込期間以外は受付を行いません。

## 10 受講決定

- 申込者が定員を上回った場合は、申込締切り後に受講者の選考を行います。**先着順ではありません。**
- 受講の可否の連絡は、受講可否返信用封筒を使用し申込者全員に通知します。また申込みのあった市町介護保険担当課にも通知します。
- 受講の可否の通知の際、受講決定者のみ、現場体験先（研修センターの指定事業所）の一覧表及び現場体験先希望調査票を同封します。その場合、希望調査票に希望先事業所名等必要事項を記入して、記載のある送付期限までに提出してください。（状況に応じて変更となる場合有。）  
**必ずしも希望通りの現場体験先にはなりません。ご理解ください。**
- 選考後、受講者のみ、事前課題の提出が必要です。**

〔事前課題〕※受講者のみ作成（申込時に事前課題を提出しないでください。）

- 『事前課題の作成・提出について』をご確認いただき、『様式 3-③』を提出してください。

提出書類物	内容	対象者
事前課題 様式 3-③	<b>受講者 1 名につき 1 枚作成</b> ※手書き不可 研修時、様式 3-③の原本とコピーを用意してください。	受講者

※『様式 3-③』は更新する場合があります。必ず、受講決定後に福祉のまちづくり研究所ホームページからダウンロードした様式を使用して作成してください。

※事前課題は変更となる場合があります。必ず受講決定通知書を確認してください。

## 11 その他

- 神戸市を所在地とする事業所については、原則神戸市主催の同研修に申込みください。  
(神戸市を除く兵庫県内の事業所を優先的に受講決定します。)
- 申込締切り日後、2週間以内に『受講可否返信用封筒』が届かない場合は、研修センターへ問合せください。
- 集合研修の受講に際して、会場には研修受講者用の駐車スペースは用意していませんので公共交通機関を利用してください。やむを得ず車で来られる場合は、近隣の有料駐車場を使用してください。  
車での交通事情による遅刻はやむを得ない理由に該当しません。

### 問合せ先

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター  
福祉のまちづくり研究所 研修センター 認知症介護研修担当  
住所 〒651-2181 神戸市西区曙町1070  
ホームページ(研修部門) <http://www.hwc.or.jp/kensyuu>  
質問・お問合せ(研修部門 > お問合せ) <http://www.hwc.or.jp/kensyuu/form/contact/contact.cgi>  
※質問・お問合せは、当方ホームページ『研修部門のお問合せ』からお願いします。