

令和6年度（2024年度）北海道認知症対応型サービス事業開設者研修実施要綱兼募集要項

1 目的

認知症対応型サービス事業の代表者となる者に対して、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ための研修を実施する。

2 実施主体

北海道とする。ただし、事業の一部をこの事業を適切に実施することができる者と認められる者に委託することがある。

この場合、知事は受託者に対し、当該事業が適正かつ効果的に行われるよう指導監督を行う。

3 研修対象者

以下の事業者の代表者（今後開設を予定している事業者の代表者を含む。）で知事が適当と認めた者

- 指定小規模多機能型居宅介護事業者（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年厚生労働省令第34号。以下「指定基準」という。）第63条第1項に規定するものをいう。以下同じ。）
- 指定認知症対応型共同生活介護事業者（指定基準第90条第1項に規定するものをいう。以下同じ。）
- 指定看護小規模多機能型居宅介護事業者（指定基準第171条第1項に規定するものをいう。以下同じ。）
- 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者（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年厚生労働省令第36号。以下「指定予防基準」という。）第44条第1項に規定するものをいう。以下同じ。）
- 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者（指定予防基準第70条第1項に規定するものをいう。以下同じ。）

ただし、下記研修の修了者は既に必要な研修を修了しているとみなされることから、本研修を受講する必要はありません。

- 痴呆（認知症）介護実務者研修（基礎課程）（平成12年度～平成16年度実施）
- 痴呆介護実務者研修（専門課程）（平成12年度～平成16年度実施）
- 認知症介護実践研修（実践者研修）（平成17年度のみ実施）
- 認知症介護実践研修（実践リーダー研修）（平成17年度のみ実施）
- 認知症高齢者グループホーム管理者研修（平成17年度のみ実施）
- 認知症介護指導者養成研修（平成12年度～平成17年度実施）
- 認知症高齢者グループホーム開設予定者等研修（平成13年度～平成17年度実施）

4 募集定員

各回 40 名

5 研修の内容

(1) 講義・演習 3 日間 (19 時間)

区 分	講 義 名 ・ 演 習	時 間
講 義 1	地域密着型サービスの指定基準について	90 分
講 義 2	地域密着型サービスの目的と理念	90 分
講 義 3	認知症介護の理念	90 分
講 義 4	認知症高齢者の基本的理解	90 分
講 義 5	認知症高齢者の人権とリスクマネジメント	90 分
講 義 6	家族の理解・高齢者との関係	90 分
講 義 7	認知症介護の技法・技術について	150 分
講 義 8	介護従事者に対する労務管理	90 分
講 義 9	地域密着型サービスの取り組みについて	120 分
講 義 10	地域密着型サービス事業の経営と事業運営	120 分
講 義 11	今後の地域密着型サービス事業所の運営に関するビジョンづくり	120 分

※ 時間数については、変更の可能性があります。

(2) 現場体験 1 日間

現場体験先は、原則として、受講者が代表者を務めている以下の事業所とします。

- 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
- 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所
- 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

ただし、地域の実情に応じて、以下の事業所で行うこともできるものとします。

- 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所（指定基準第 42 条第 1 項に規定するものをいう。）
- 共用型指定認知症対応型通所介護事業所（指定基準第 45 条第 1 項に規定するものをいう。）
- 単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所（指定予防基準第 5 条第 1 項に規定するものをいう。）
- 共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所（指定予防基準第 8 条第 1 項に規定するものをいう。）

なお、新規開設予定の場合等自事業所がない受講者については、各自で受入事業所をお探しいただき、現場体験を行っていただきます。

(3) レポート作成 (2,000 字程度)

受講者は、現場体験後にレポートを作成し、別に定める期日までに知事へ提出してください。

6 研修日程及び研修会場

区 分	研 修 日	会 場
第1回	令和 年 (年) 月 日() ~ 月 日()	
第2回	令和 年 (年) 月 日() ~ 月 日()	
第3回	令和 年 (年) 月 日() ~ 月 日()	

7 受講の手続等

(1) 受講の申込み

下記の申込期日までに、所定の受講申込書を事業所所在地（個人で申し込む場合にあっては居住地の）市町村担当課まで提出してください。

なお、道外の方は、事業所所在地又は居住地の市町村担当課からあらかじめ承諾を得た上で提出してください。

※ 期日厳守

区 分	申 込 期 日
第1回	令和 年 (年) 月 日() 市町村担当課に必着
第2回	令和 年 (年) 月 日() 市町村担当課に必着
第3回	令和 年 (年) 月 日() 市町村担当課に必着

(2) 複数の市町村に事業所がある代表者の申込みについて

複数の市町村に事業所がある法人で代表者が同一である場合については、いずれかの事業所が所在する市町村に研修の申込みを行ってください。

(3) 代表者の確認について

この研修は、指定小規模多機能型居宅介護事業者、指定認知症対応型共同生活介護事業者、指定看護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者又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者の代表者が受講する研修であるため、指定申請書に記載された法人の代表者が受講することが原則ですが、指定申請書に記載された法人の代表者以外の者から受講申込みがあった場合には、市町村は、その者がこの研修の対象者（法人の地域密着型サービス部門を代表する者）であることを確認のうえ、受講の申込みを受け付けてください。

(4) 市町村の推薦書

市町村長は、新規開設を予定する事業所については、当該事業所の開設申請内容等を十分審査し、受講することが適当と認めた場合に、受講申込書に推薦書を添えて、知事に提出してください。

(5) 受講者の決定

知事は、受講申込書に基づき受講要件を審査の上、受講者を決定し通知します。

なお、申込者数が4の募集定員を超える場合は、既に開設者として就任している（就任予定日が近い）道内の方を優先としますので、次の開催回への振替等を行うことがあります。

8 研修費用

研修教材費として3,000円の負担が必要です。研修初日に受付でお支払いください。

9 修了証書の交付等

全課程を修了（レポート提出を含む。）した方に、北海道知事名の修了証書（別記様式）を交付します。

10 各市町村へのレポートの提出について

受講者は、本研修の修了証書が交付された後に、必要に応じ上記5により作成したレポートの写しを市町村に提出してください。

なお、新たに事業所を開設する者については、指定申請時に、事業所が所在する市町村に提出してください。

11 注意事項

(1) 受講申込みは1法人あたり1名とします。

(2) FAXでの申込みは受付しません。（申込みは無効とします。）

(3) 受講決定後、受講者の変更は認めません。

(4) 申込書に不実や虚偽の記載が認められた場合には、受講決定の取り消し又は修了証書を交付できない場合があります。また、修了証書発行後に虚偽が認められた場合は、修了を取り消す場合があります。

(5) 次の場合、研修の修了を認めないことがあります。

- ・研修受講態度が著しく不良である場合
- ・レポートや関係書類などの提出物が未提出である場合
- ・職場実習を行っていないと判断される場合
- ・その他、研修の目的が達成されないと判断される場合

12 個人情報の取扱い

受講申込みに係る個人情報については、本研修に係る業務にのみ使用し、厳重に管理します。

13 問い合わせ先

(1) 研修の申込みに関して

事業所所在地又は居住地の市町村担当課

なお、札幌市の方は、札幌市介護保険課（011-211-2972）へお問い合わせください。

(2) 受講決定及び研修内容に関して
北海道高齢者保健福祉課地域支援係
011-204-5275

別記様式

第 号
修 了 証 書
氏 名
生年月日 年 月 日
あなたは、厚生労働省の定める認知症対応型サービス事業開設者研修を修了したことを証します
令和 年(年) 月 日
北海道知事 ○ ○ ○ ○