

# 令和2年度 滋賀県認知症介護サービス事業開設者研修 実施要領

## 1. 目的

認知症介護を提供する事業所を管理・運営する立場にある者が、適切なサービスの提供に関する知識等を修得することにより、認知症高齢者に対する介護サービスの充実に努めることを目的とします。

## 2. 実施主体等

実施主体 滋賀県

実施機関 社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会（以下、事務局）

## 3. 研修日程等

- (1) 日 時 令和3年2月9日（火）9時10分～17時00分
- (2) 内 容 別紙1の「プログラム」をご覧ください。
- (3) その他 集合研修（2月9日）とは別に「現場体験」（8時間）があります。  
また、「現場体験」終了後は、レポートの提出が必要です。

## 4. 受講定員 30名

## 5. 研修対象者

別紙2の「令和2年度 滋賀県認知症介護サービス事業開設者研修の受講対象者について」によるものとします。

## 6. 受講申込の流れ

当研修は、事業所所在地の市町からの推薦が受講の要件であり、申込手続きの流れは次の通りです。

### (1) 受講申込書の提出

受講を希望する事業者の代表者は、「受講申込書（別紙様式1）」を当該事業所の所在する市町の担当課に送付してください。

### (2) 市町からの推薦

「受講申込書（別紙様式1）」を受け付けた市町担当課は、申込書等の内容を審査し、受講が適当と認められる場合のみ、「推薦書（別紙様式2）」を添えて、事務局（社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 滋賀県社会福祉研修センター）あてに提出してください。

### (3) 市町担当課から事務局への提出期限

令和2年12月25日（金）必着（郵送または持参）

※ファクシミリでの提出は受け付けません。

## 7. 受講の決定

事務局において受講者を決定し、その結果を当該市町の長および事業者の代表者に通知します。

## 8. 現場体験

現場体験(職場体験)における実習施設については、原則として指定小規模多機能型居宅介護事業所および指定認知症対応型共同生活介護事業所としますが、地域の実情に応じて、指定認知症対応型通所介護事業所で行うこともできるものとします。

現場体験(職場体験)は、受講者2～3名程度のグループ内で、相互に相手方の職場を体験することにより行うものとします。

## 9. レポートの提出

受講者は現場体験終了後に、事務局および当該事業所の所在する市町の担当課へレポートを提出します。

レポートは、現場体験をふまえ、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り組みたいことを、A4用紙(目安として、2,000字以上)にまとめて提出してください。

なお、新たに事業所を開設する受講者については、市町の担当課への指定申請を行う際にレポートの添付が必要です。

## 10. 研修修了の認定方法

所定の全課程を修了し、かつレポートを提出した方に、修了証を交付します。

※ 遅刻・早退・欠席の場合は補講等の対象になり、修了証書を交付できない場合があります。

## 11. 受講料

受講者 1人につき 2,880円

受講決定後、指定する期日までに振り込みにてお支払ください。

※ 受講決定後、受講料を振り込まれた後は、受講者都合による返金はいたしませんのでご了承ください。

## 12. 個人情報の保護について

申込書に記載された個人情報は、本研修の実施のみに使用することとし、本人の許可なく、その他の用途に使用することはありません。

## 13. 留意事項

(1) 感染予防対策を講じて研修を実施します。ご協力をお願いします。(別紙3参照)

※現場体験に際しては、集合研修当日に行うオリエンテーションで、その時期の状況に応じた対応について説明予定です。

- (2) 昼食は各自でご用意ください。館内にレストラン等はございません。
- (3) 受講決定後に参加できなくなった場合は、事務局へ早急に連絡してください。
- (4) 今年度における本研修の開催は今回のみです。受講が必要な方は申し込み漏れのないようにお願いします。

何らかの警報が発令された場合や県から事業の自粛勧告が出された場合、研修を延期または中止せざるを得ない状況となる可能性があります。

このような場合は、下記のホームページの「緊急のお知らせ」をご確認いただくか、お電話にて開催の有無をご確認いただいた上、会場へお越しいただきますようご協力をお願いいたします。

滋賀県社会福祉研修センター ホームページアドレス <http://shiga-sfk.jp>  
TEL:077-567-3927

#### 14. 参 考

本研修は、プログラムの一部について「令和2年度 滋賀県認知症対応型サービス事業管理者研修(後期)」と合同開催としています。

#### 15. 研修会場 県立長寿社会福祉センター（草津市笠山七丁目8番138号）

【交通案内】JR瀬田駅からバスで約15分

帝産バス：滋賀医大行き（レストタウン・長寿社会経由）

③番のりば 長寿社会福祉センター下車

〃：滋賀医大行き

①番のりば 滋賀医大西門下車 徒歩約15分

※バスの運行状況は、ダイヤ改正等により変更される場合がありますので、お確かめのうえご利用ください。

【会場付近地図】最寄り駅は瀬田駅です。



問い合わせ先（事務局）

〒525-0072 草津市笠山7丁目8-138 県立長寿社会福祉センター内

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会

滋賀県社会福祉研修センター 藤田

TEL 077-567-3927 FAX 077-567-3910

滋賀県社会福祉研修センター ホームページ <http://shiga-sfk.jp>

## 令和2年度 滋賀県認知症介護サービス事業開設者研修プログラム

【ねらい】

認知症介護を提供する事業所を管理・運営する立場にある者が、適切なサービスの提供に関する知識等を修得することにより、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図ることを目的とします。

日程	時間	目的および内容	講師
2/9(火)	8:40~9:10	受付	
	9:10~9:20	オリエンテーション	
	9:20~10:50	<b>地域密着型サービス基準について</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>適切な事業所運営を図るため、地域密着型サービスの目的や理念を理解する。</li> <li>適切な事業所管理を行うため、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、複合型サービスの各指定基準を理解する。</li> <li>その他</li> </ul>	滋賀県医療福祉推進課 在宅介護指導係 主任主事 木下 裕也 氏
	11:00-12:00	<b>地域密着型サービスの取組みについて</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所からの実践報告を通じ、各事業のサービス提供のあり方について理解する。</li> </ul>	特定非営利活動法人 宅老所 心 理事長 村田 美穂子 氏
	13:00~14:00	<b>認知症の疾患理解 (60分)</b> 認知症という病気と症状について、下記の事項に関し、基本的な理解を図ります。 <ul style="list-style-type: none"> <li>「医学的理解」—医学面から本人の生活に及ぼす影響を示し、生活障害としての理解を深めること。</li> <li>「心理的理解」—高齢者への周囲の不適切な対応・環境が及ぼす心理面の影響の内容を理解すること。</li> <li>認知症という障害を抱える中で自立した生活を送ることの意味と、それを支援することの重要性を理解すること。</li> </ul>	滋賀県認知症介護指導者 榎本 千代 氏
	14:00~15:30	<b>認知症高齢者ケアのあり方 (90分)</b> 「認知症高齢者の基本的理解」を基に、「権利擁護」や「リスクマネジメント」の基本的な知識を付与し、認知症高齢者が、自分の能力に応じて自立した生活を送るための支援に必要な、基本的な考え方を理解します。	
	15:30~16:30	<b>家族の理解・高齢者との関係の理解 (60分)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>家族介護者のみではなく、他の家族も含めた家族の理解と、高齢者と家族の関係を通して、認知症介護から生じる家庭内の様々な問題や課題を理解し、家族への支援の重要性について理解します。</li> </ul>	
	16:30~17:00	現場体験についてのオリエンテーション	事務局
※日程は後日決定	<b>現場体験（利用者体験）8時間</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所や介護従事者の視点ではなく、利用者の立場から各事業所におけるケアを体験することにより、利用者にとって適切なサービス提供のあり方、サービスの質の確保等について理解します。</li> <li>*現場体験は、受講者の所属事業所間において実施します。</li> </ul>		

※研修当日は、遅刻、早退、途中退席等のないようにしてください。

※受講決定後に参加できなくなった場合は、事務局あてに早急に連絡してください。

令和2年度 滋賀県認知症介護サービス事業開設者研修の受講対象者について

認知症介護サービス事業開設者研修の受講対象者の要件は、下記のとおりですので、受講申込にあたって漏れのないよう十分に確認してください。

1. 受講対象者

「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」または「指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者」の代表者であって、「認知症高齢者の介護に従事した経験」または「保健医療サービスもしくは福祉サービスの経営に携わった経験」を有する者とします。

なお、上記「代表者」の定義については、次のとおりとします。

(1) 指定小規模多機能型居宅介護事業者の代表者（基準第65条）

- ① 指定小規模多機能型居宅介護事業者の代表者とは、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取り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。したがって、指定小規模多機能型居宅介護事業所の指定申請書に記載する代表者と異なることはあり得ます。（なお、管理者とは、各事業所の責任者を指すものであり、各法人の代表者とは異なりますが、例えば、法人が1つの介護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ることもあります。）
- ② 指定小規模多機能型居宅介護事業者の代表者は、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、介護医療院、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、指定複合型サービス事業等の職員また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または保健医療サービスも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あることが必要です。
- ③ 上記②の経験とは、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か訪問介護員等として認知症高齢者の介護に携わった経験や、あるいは、保健医療サービスもしくは福祉サービスの経営に直接携わったことがあればよいものとし、一律の経験年数の制約は設けないこととします。なお、経験の有無については、個々のケースごとに判断するものとします。

また、これらのサービスは、高齢者に対して直接ケアを行っているものを想定しており、医療系サービスとしては医療機関や訪問看護ステーションなど、福祉サービスとしては特別養護老人ホームなどが考えられます。

(2) 指定認知症対応型共同生活介護事業者の代表者（基準第92条）

① 上記(1)の①を参照してください。

② 指定小規模多機能型居宅介護事業所の代表者は、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また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または保健医療サービスも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あることが必要です。

③ 上記(1)の③を参照してください。

(3) 複合型サービス事業者の代表者（基準第173条）

上記(1)の①②③を参照してください。

## 2. 経過措置

本研修について、今年度に適用される経過措置はありません。

## 研修受講時における新型コロナウイルス感染症の 感染予防対策へのご協力をお願い

本会開催の研修では、新型コロナウイルス感染症の感染予防対策の徹底を図りながら実施いたします。つきましては下記内容の徹底にご協力をお願いします。

### 1. 受講当日朝の検温、健康観察

○研修当日朝に検温と健康観察をお願いします。また、発熱、咳・味覚異常等の症状がみられる場合は研修受講の自粛にご協力をお願いします。

○健康観察は、（別添）「研修受講にあたっての健康観察票」に記入し毎回研修の受付に提出をお願いします。

### 2. マスク・フェイスシールドの着用

○受講に際してはマスク着用の徹底をお願いします。

また、グループワークの際にはフェイスシールドの着用をお願いします。

※フェイスシールドは事務局で準備をいたします。

### 3. 会場の換気

○研修時は換気の為、出入口、窓を開放して行いますので、ご自身で衣類調整等を行っていただくようお願いします。

### 4. 手洗い、手指消毒の徹底

○手指消毒液を設置しますので、こまめな手洗い・手指消毒をお願いします。

### 5. ソーシャルディスタンス

○受付時、トイレ、休憩時には密にならないよう一定間隔をあけ、適正な距離をとっていただくようお願いします。

### 6. その他

○物品の共有を避けるため、受付やグループワーク等で使用する際の筆記用具（ボールペン、サインペン、色マジック等）の持参をお願いします。

## 研修受講にあたっての健康観察票

研修名： 令和2年度 滋賀県認知症介護サービス事業開設者研修

研修日： 令和3年 月 日（ ）

受講No. \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

- 研修受講に際して、当日の健康チェックをお願いいたします。
- この健康チェックは、研修の場を介する感染拡大防止目的として実施しております。
- このため、以下の項目に該当がある場合の出席については、自粛のご協力をお願いいたします。
- 皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

(1) 本日の朝の体温を記入してください。 (                      °C)

(2) 症状がある場合は「はい」の欄、無い場合は「いいえ」の欄にチェックをしてください。

質 問 項 目	はい	いいえ	備 考
① 咳嗽症状がありますか			
② 鼻汁・鼻閉がありますか			
③ 咽頭痛がありますか			
④ 頭痛がありますか			
⑤ 下痢症状がありますか			
⑥ 味覚異常がありますか			
⑦ 嗅覚異常がありますか			
⑧ 胸痛がありますか			
⑨ 息がしにくい感じがありますか			

この健康観察票は、研修当日に受付で提出をお願いします。