

# 令和5年度茨城県認知症対応型サービス事業開設者研修 受講者募集要項

## 1 目的

指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者、指定(介護予防)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の代表者となる者が、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」などの必要な知識を身につけることをねらいとする。

## 2 受講対象者(受講要件)

以下の(1)・(2)の要件を満たす者

- (1) 茨城県内にある指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者、指定(介護予防)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の代表者又は代表者になることが予定される者
- (2) インターネット環境(パソコン、ネット環境、受講者本人の接続スキル、WEBカメラやマイク等の機器など)がある者、及び資料をダウンロードし印刷する環境が整っている者 (詳細は、5 受講方法を御確認ください。)

なお、上記(1)に該当しない場合でも、申し込みできますが、この場合の受講は、定員に空きがある場合に限りです。また、(2)に関しては、新型コロナウイルス感染症が収束するまでの一時的な要件になります。

**以下に該当する方は、この研修の受講が義務づけられています。**

- ・ 指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所の代表者
- ・ 指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所の代表者
- ・ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者

ただし、以下の研修を修了した方は、受講する必要はありません。

- ア 実践者研修又は、実践リーダー研修、認知症高齢者グループホーム管理者研修  
17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたもの。
- イ 基礎課程又は専門課程  
12年局長通知及び12年課長通知に基づき実施されたもの。
- ウ 認知症介護指導者研修  
12年局長通知及び12年課長通知並びに十七年局長通知及び十七年課長通知に基づき実施されたもの。
- エ 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修  
「介護予防・地域支え合い事業の実施について」に基づき実施されたもの。  
(平成18年3月31日付老計発第0331006号「指定地域密着型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」に規定する研修について)より抜粋)

※指定小規模多機能型居宅介護事業者の代表者について

※指定認知症対応型共同生活事業所の代表者についても同趣旨。

「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、指定小規模多機能型居宅介護事業所の指定申請書の記載者と異なることはあり得る。

なお、管理者とは、各事業所の責任者を指す者であり、各法人の代表者とは異なるが、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るものである。」

(平成18年3月31日付老計発第0331004号「指定地域密着型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)

### 3 日程・カリキュラム 令和5年9月15日（金）

9月16日（土）～9月21日（木）うち1日現場体験

9月22日（金）

#### (1) 講義及び演習

1日目・3日目の日程についてZoomライブ配信等によるWEB研修で実施いたします。

#### (2) 現場体験

2日目は、原則として、受講予定者が所属する法人内の職場（介護現場）で行います。

日 時	研 修 内 容
1 日目 9月15日（金） 9:15～16:50 WEB 研修	開講式・オリエンテーション 講 義 地域密着型サービスの指定基準について 講 義 認知症の人の基本的理解について 講 義 認知症高齢者のケアのあり方について 講 義 家族理解・高齢者との関係の理解について 講 義 現場体験の取り組みと視点について
2 日目 9月16日（土） ～9月21日（木） のうち1日 9:00～16:00	現場体験 原則として、受講予定者が所属する法人内の職場（介護現場）で行います。
3 日目 9月22日（金） 13:00～16:50 WEB 研修	講 義 地域密着型サービスの取り組みについて 現場体験発表・体験まとめ

#### ※3日間の研修終了後、レポートを提出して研修修了となります。

修了証は全課程（レポート提出）修了後に事業所に郵送いたします。

#### レポート課題のテーマ

研修（現場体験を含む）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 今後の事業所の運営に関して取り組みたいこと

#### ○提出様式：原稿用紙に記入すること

・県ホームページに掲載の茨城県用原稿用紙または準ずる他の原稿用紙を使用すること。レポート用紙など文字数が数えられない用紙の使用は、不可です。

#### ○提出期限：最終受講日から1か月以内

○提出先：茨城県保健医療部健康推進課 地域包括ケア推進室 認知症対策担当  
送付先住所は、5P下段に記載してあります。

### 4 定 員 20名

## 5 受講方法

- ・研修は、講義はWEB研修（Zoomライブ配信）、現場体験は受講予定者が所属している事業所で行います。
- ・WEB研修の受講にあたり、安定して高速な定額の接続環境が推奨されます。モバイルWi-Fiルータなどを利用した場合、通信量オーバーにより速度制限がかかると接続が切断されてしまう場合がありますので、十分御注意ください。受講場所については、各事業所・自宅等問いません。
- ・視聴方法の詳細は、受講決定後、改めて研修委託先の茨城県老人保健福祉施設協議会から案内をお送りします。

### <Zoomライブ配信研修>

- ① 研修中使用するパソコンまたはタブレットにZoomのインストールをすませてください。
- ② 1人一台での参加をお願いします。パソコン・タブレット以外のご使用は避けてください。スマートフォンは不可です。（小さいと画面が見えません）
- ③ 双方向型の研修のため、Webカメラ・マイクが必要となります。パソコン等にそれらの機器がついていない場合は、受講者が別途レンタルもしくは購入する必要があります。（茨城県や茨城県老人福祉施設協議会に、貸出機器の準備はありません。）
- ④ ヘッドホンとマイクの使用を推奨します。
- ⑤ 同じ場所で複数の受講者がいる場合は、マイク同士の干渉によりハウリングを起こしますので注意が必要です。また、周囲の音声をマイクが拾いますので、静かな場所を確保してください。
- ⑥ 受講決定後、受講料の振込先やダウンロードして準備する研修資料の入手方法などの連絡については、受講決定者が受講決定通知に示す手続きを行った後、茨城県老人福祉施設協議会から届くメールで確認してください。  
なお、茨城県老人福祉施設協議会からのメールが受信できるよう、本研修に関して利用するメールアドレスは、原則研修日に使用する事業所のPCから送受信願います。
- ⑦ 運営事務局（老人福祉施設協議会）が、当日の出席を確認します。

## 6 受講にかかる負担金

(5,000円/1名)

オンライン講義の視聴環境の確保は受講料に含まれておりません。また、振込手数料も受講者負担となります。なお、負担金は理由を問わず返還致しません。

### <参考>受講までの流れ

- ① 受講決定通知は、茨城県保健医療部健康推進課より各事業所に郵送します。
- ② その後、受講決定通知に記載している研修委託先である茨城県老人福祉施設協議会のメールアドレスに、メールを送信する。（メール記載項目は、受講決定通知に示す。）
- ③ 受講料振込先の案内などが、②で送信した各事業所のPCのアドレスに届きますので、対応願います。
- ③ 入金確認ができ次第、茨城県老人福祉施設協議会から再度、電子メールをお送りします。

7 申込方法 6 ページの申込書様式をコピーして必要事項をご記入の上、所属施設の現在の代表者等の推薦を受けたうえで、事業所を所管する市町村の介護保険担当課へ8月1日(火)必着で提出してください。

※ 7 ページの記入例をご参照ください。

※ 記載に不備のある場合や市町村長の推薦を受けず、県に直接送付された方は受講決定しません。

※ 推薦者の方は、推薦にあたり、受講者の受講要件や受講意欲に問題がなく、かつ研修の全日程を受講できることをご確認ください。特定の法人・施設から無断欠席や直前辞退が相次いだ場合、当該法人等からの次回の受講をお断りすることがあります。

## 8 受講者の決定

申込書等を審査のうえ決定し、受3週間程前までに結果通知を申込者の勤務先事業所にお送りします。(応募者が定員を超えた場合は、受講義務がある職務の方を優先します。)  
なお、期限後の申込には通知しません。

## 9 修了認定

修了証書は、全カリキュラム(全日程)を修了し、次の(1)～(3)の基準を満たした方に限り、後日、事業所へ送付いたします。

なお、研修終了後に提出するレポートは、研修終了後、1ヶ月以内に11.の連絡先の茨城県健康推進課認知症対策担当まで送付願います。レポートの送付がない場合は、原則として修了証書は交付しません。また、終了証書は大切に保管なさってください。

※事業所に修了証書が届きましたら、受講者名のフルネームのサインの記載のある受取書を指定のFAXまで送付していただきます。

### <修了認定基準>

(1) 全科目を履修したこと。なお、特段の事情がない限り、10分以上遅れて参加した場合は、当該科目の履修を認めません。

(2) 講義の受講・現場体験に積極的に取り組んだことが認められること。

ただし、現場体験の取組状況や、その他の点から研修内容を理解していないと判断される場合には、別途レポートの提出を求めるか、または修了を認めない場合があります。なお、アンケート等は、各々、指定期日までに研修委託先である一般社団法人茨城県老人福祉施設協議会へ提出してください。

また、研修終了後のレポートの提出先は、茨城県庁となっております。

(3) 指導者の指示に従って研修を受講し、内容の理解や受講態度に著しい問題がないと認められること。

ただし、受講中、研修態度が好ましくないと判断された場合(携帯電話の使用、研修に関係のない行為、居眠り、離席等)、映像の指示に従わない場合、研修指導者の注意に従わない場合は、受講を取り消し、または修了を認めない場合があります。

## 10 受講にあたっての注意事項

(1) 受講の可否にかかわらず、申込書類は返却いたしませんのでご了承ください。

(2) 受講決定後、やむを得ない事情により参加ができなくなった場合は、速やかに茨城県健康推進課認知症対策担当へその旨を御連絡ください。→連絡先は、下記11.に記載あり。

(3) インターネット環境(パソコン、ネット環境、受講生自身の接続スキル、Webカメラ

やマイク等の機器など)がある事、印刷する環境が整っている事が必要となります。  
Zoom ライブ時に視聴できなかった場合や、接続不備により受講できなかった場合でも、研修修了の対象にはなりませんのでご注意ください。

- (4) 受講決定者の皆さんは、余裕をもって9月15日(金)の朝は、研修日のアドレスにアクセスしてください。接続に関して不安がある場合は前日までに老人福祉施設協議会に連絡をするか、事業所においてサポート体制を整えて研修に臨んでください。
- (5) 研修受講の際は、県及び研修実施機関からの受講上の注意事項を遵守してください。

## 11 本件に係る問い合わせ先

### <研修全般・申込みに関する連絡・お問い合わせ先>

茨城県保健医療部健康推進課 地域包括ケア推進室 認知症対策担当  
〒310-8555 水戸市笠原町978-6 茨城県庁舎16階  
電話 029-301-3333 Fax 029-301-3318

※研修日10日前になりましても**受講決定通知が到着しない場合は**上記へご連絡の程、  
お願いいたします。

### <受講方法に関する連絡・お問い合わせ先>

一般社団法人 茨城県老人福祉施設協議会 研修担当  
電話 029-241-8529 Fax 029-241-4456

■茨城県認知症対応型サービス開設者研修 受講申込書■

(楷書で丁寧に記入ください)

開

ふりがな			性別	1 男	2 女	氏名と生年月日は修了証に ←印刷されます。間違いのない よう記入してください。
氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日	
自宅住所	〒		電話番号	( - - )		←左にご自分の住所と連絡先を
受講時利用のPCのアドレス			<b>記入必須</b>			←アドレスは研修受講予定の職場のPCの アドレスを記入願います。 ※高さを揃え大文字やアンダーバー等 は、わかるように記入してください。
勤務先	法人名 施設名	( ) ( )	役職名			
	所在地	〒	電話番号	- -	FAX 番号	- -
事業所形態 チェック願います。 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他( )						
受講目的	1 指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)を開設予定のため(☆) 2 指定(介護予防)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を開設予定のため(☆) 3 グループホーム・小規模多機能の代表者を変更するため(★) 4 既に代表者であるが、研修を未受講のため(代表者就任: 年 月) 5 上記以外の目的( ) ※具体的な受講目的を必ず記入してください。					
	(★)受講目的が1・2の方は、以下もすべて記入して下さい。 ア 開設の予定 令和 年 月 日頃 イ 事業者指定申請の予定 令和 年 月 日頃 ウ 施設の名称 _____ エ 開設予定住所 _____ オ 予定役職 1 代表者 2 その他( ) カ 開設ユニット数 _____ユニット キ 受講予定者以外の有資格者の確保状況 1 現時点で予定なし 2 採用・異動予定あり キ 管轄市町村への相談 未・済 (令和 年 月) 済の場合→ 1 同意を得ている 2 相談中			(★)受講目的が3の方は、以下もすべて記入して下さい。 ア 変更時期 令和 年 月 日頃・未定 ※変更時期もしくは時期未定であることを必ず記入願います。 イ 変更役職 1 代表者 2 その他( ) ウ 変更の理由 退職 異動 増員 その他( ) エ 前任者の役職・氏名 _____ オ 管轄市町村への報告・相談 未・済 ( 年 月 頃)		
認知症介護の実務経験	勤務先	職種・役職	従事期間			
			昭和・平成・令和 年 月 日～	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 年 ヶ月間)		
			昭和・平成・令和 年 月 日～	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 年 ヶ月間)		
			昭和・平成・令和 年 月 日～	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 年 ヶ月間)		
			昭和・平成・令和 年 月 日～	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 年 ヶ月間)		
6月30日現在で記入を→			認知症介護の実務経験 : 計 年 ヶ月間			
高齢者福祉に関する資格	資格の名称			取得年月日		
				昭和・平成・令和 年 月 日		
				昭和・平成・令和 年 月 日		
			昭和・平成・令和 年 月 日			

■ 上記のとおり申し込みます。  
 ■ 令和5年 月 日 申込者(受講者)氏名 \_\_\_\_\_ 【自筆でフルネームサイン】  
 ■ 上記の者を研修の受講生として推薦します。  
 ■ 令和5年 月 日 法人名、事業所名、所属長氏名 \_\_\_\_\_ 【自筆でフルネームサイン】

※この申込みに関する連絡先  
 事業所名 \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

記入例

茨城県認知症対応型サービス開設者研修 受講申込書

ふりがな	まるの まるこ	性別	1 男 ② 女	氏名と生年月日は修了証に ←印刷されます。間違いのない よう記入してください。
氏名	○野 ○子	生年月日	昭和 平成 年 月 日	
自宅住所	〒300-0000 〇〇市〇〇町5-9-63 〇〇ミッドタウン 〇〇号	電話番号	090 - 1111 -22▲▲	←左にご自分の住所と連絡先を。
記入必須 (受講予定のPCの職場のアドレス)		Kaigo_1234@△△.Jp		←アドレスは、研修受講予定職場のPCの アドレスを記入願います。 高さを揃え、大文字やアンダーバーなどがわかる ように記入してください。

勤務先	法人名 施設名	社会福祉法人〇〇会 グループホーム〇〇園	役職名	副理事長
	所在地	〒300-0011 ××市××ヶ谷464-9 こちらに受講可否の連絡を郵送いたします。	電話番号	029 - ●●● - 4567
	FAX番号	029 - ××× - 6543		

事業所形態チェック願います。  グループホーム  小規模多機能型居宅介護  
 看護小規模多機能型居宅介護  その他( )

受講目的

- 指定 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業所 (グループホーム) を開設予定のため(☆)
- 指定 (介護予防) 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を開設予定のため(☆)
- ③ グループホーム・小規模多機能の代表者を変更するため(★)
- 既に代表者であるが、研修を未受講のため (代表者就任：平成 年 月)
- 上記以外の目的 ( ) ※具体的な受講目的を必ず記入してください。

(☆)受講目的が1・2の方は、以下もすべて記入して下さい。	(★)受講目的が3の方は、以下もすべて記入して下さい。
ア 開設の予定 令和 年 月 日頃	ア 変更時期 令和5年 12月 1日頃・未定 ※変更時期もしくは時期未定であることを必ず記入願います。
イ 事業者指定申請の予定 令和 年 月 日頃	イ 変更役職 ① 代表者 2 その他 ( ) 変更の理由 <input checked="" type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 異動 <input type="checkbox"/> 増員 その他 ( )
ウ 施設の名称	ウ 前任者の役職・氏名 理事長 △田 △美
エ 開設予定住所	オ 管轄市町村への報告・相談 未・済 (年 月頃)
オ 予定役職 1 代表者 2 その他 ( )	
カ 開設ユニット数 ユニット	
キ 受講予定者以外の有資格者の確保状況 1 現時点で予定なし 2 採用・異動予定あり	
ク 管轄市町村への相談 未・済 (令和 年 月) 済の場合→ 1 同意を得ている 2 相談中	

勤務先	職種・役職	従事期間
グループホーム△△△	施設長	昭和・平成・令和 25年 4月 1日～ 30年 9月 30日 (5年 6ヶ月間)
グループホーム〇〇園	副理事長	昭和・平成・令和 30年 10月 1日～ 5年 6月 30日現在 (4年 9ヶ月間)
		昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月間)
		昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月間)
6月30日現在で記入を→		認知症介護の実務経験 : 計 10年 3ヶ月間

資格の名称	取得年月日
介護支援専門員	昭和・平成 18年 9月 1日
	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日

■ 上記のとおり申し込みます。  
 ■ 令和5年 7月 20日 申込者(受講者)氏名 ○野 ○子 【自筆でフルネームサイン】  
 ■ 上記の者を研修の受講生として推薦します。  
 ■ 令和5年 7月 21日 法人名、事業所名、所属長氏名 社会福祉法人〇〇会 グループホーム〇〇園 茨 福三  
 【自筆でフルネームサイン】

※この申込に関する連絡先  
 事業所名 グループホーム〇〇園 担当者 総務 ○山 電話番号 029 - △△△ - 4567