高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施要領

1　趣旨

この要領は、高松市訪問型サービスの人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成２８年４月１日制定）第４４条第３項及び第４項並びに第５２条第２項並びに高松市通所型サービスの人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成２８年４月１日制定）第５２条第２項に掲げる研修（以下「介護予防・生活支援サービス提供者養成研修」という。）の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

2　実施主体

介護予防・生活支援サービス提供者養成研修の実施主体は、次の表の左欄に掲げる研修の種類の区分に応じ、同表の右欄に掲げるものとする。

研修の種類	実　施　主　体
研修Ａ、研修Ｂ又は研修Ｃ	（１）　高松市（その実施に当たり、十分な能力を有すると市長が認める法人等に事務の一部又は全部を委託できるものとする。） （２）　５（５）イの高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者届出済証の交付を受けたもの（以下「事業者」という。）
研修Ｄ	（１）　高松市（その実施に当たり、十分な能力を有すると市長が認める法人等に事務の一部又は全部を委託できるものとする。）

3　受講対象者

本市において、介護予防・生活支援サービス（訪問型サービスＡ、訪問型サービスＢ又は通所型サービスＢに限る。）の提供に従事しようとする者とする。

4　従事できる職務

次の表の左欄に掲げる研修を受講した者は、それぞれ同表の右欄に掲げる職務に従事できるものとする。

研修の種類	従事できる職務
研修Ａ	訪問型サービスＡの訪問事業責任者
研修Ｂ	訪問型サービスＡのうち、生活援助サービスの全てを提供するＡ(Ⅰ)の従事者
研修Ｃ	訪問型サービスＡのうち、調理及び配下膳を除く生活援助サービスを提供するＡ(Ⅱ)又はＡ(Ⅲ)の従事者
研修Ｄ	訪問型サービスＢの従事者又は通所型サービスＢの従事者

※　研修Ａの修了者は研修Ｂ、研修Ｃ及び研修Ｄ（訪問型サービスＢの従事者に限る。）の修了者と、研修Ｂの修了者は研修Ｃ及び研修Ｄ（訪問型サービスＢの従事者に限る。）の修了者と、研修Ｃの修了者は研修Ｄ（訪問型サービスＢの従事者に限る。）の修了者と、研修Ｄの修了者は研修Ｃの修了者と、それぞれみなすものとする。

5　研修の実施

（1）　カリキュラム

	項目	内容（例）	必要受講時間（単位：分）			
			研修Ａ	研修Ｂ	研修Ｃ	研修Ｄ
1	介護保険制度	介護保険制度の概要 総合事業の仕組みとサービスの種類	６０	６０	６０	４５
2	高齢者の特徴と対応	高齢者の心身と生活像の理解	６０	６０	６０	４５
3	認知症の理解	認知症高齢者の理解と対応	６０	６０	６０	４５
4	訪問マナー コミュニケーションの手法 生活援助の方法	福祉業務従事者としての倫理 介護職員の倫理や職務、基本的マナー 訪問介護サービスの制度と業務内容　等	１２０	１２０	１２０	９０
5	通所型サービスＢの運営	通所型サービスの運営に関するポイント	－	－	－	３０
6	事故防止・緊急時の対応 リスクマネジメント	相談・連絡・報告 事故発生時・緊急時の対応	９０	９０	９０	４５
7	個人情報保護	個人情報保護、守秘義務				
8	生活援助の方法、利用者への接し方	グループワークを通じた課題の抽出とその支援方法	９０	９０	－	－
9	業務に関わる法律の理解	介護予防・日常生活支援総合事業の仕組みの理解	６０	６０	－	－
10	サービス提供の基本的視点	福祉理念とケアサービスの意義	９０	－	－	－

11	個別サービス計画作成	個別サービス計画作成方法、作成時の留意点	１２０	－	－	－
合　　計（分）			７５０	５４０	３９０	３００

※１　項目ごとに、遅刻、離席、退席による未受講時間が１５分未満である場合は、当該項目を修了したものとする。

※２　研修の種類ごとに、項目全てを同一の研修期間内に受講した場合に限り、修了したものとする。

※３　研修の進行を妨げる場合、講師の指示に従わない場合等は、受講を取り消し、又は修了を認めないことがあるものとする。

（２）　講師の要件

事業者が介護予防・生活支援サービス提供者養成研修を実施する場合における講師の要件は、次の表の左欄に掲げる研修の区分に応じ、それぞれ同表の右欄に掲げる者とする。

研修の種類	講師の要件
研修Ａ 研修Ｂ	現に訪問介護事業所等でサービス提供責任者の職にあるもの
研修Ｃ	サービス提供責任者の資格要件を満たす者

（３）　実施方法

実施主体は、本市が作成するテキストを使用し、受講者との対面により実施するものとする。

（４）　受講費用

受講費用は、原則として無料とする。ただし、教材費等の実費については、徴収できるものとする。

（５）　実施の流れ

ア　実施の届出

介護予防・生活支援サービス提供者養成研修を実施しようとする者（高松市又は高松市からの委託を受けた者を除く。）は、高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者届出書（様式第１号）を、市長に提出しなければならない。

イ　届出の受理

市長は、アの届出書の提出があった場合は、その内容を確認し、適当

と認めたときは、高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者届出済証（様式第２号）を交付するものとする。

ウ　研修実施計画書の提出

事業者は、研修を実施しようとする日のおおむね１か月前までに、研修実施計画書（様式第３号）を市長に提出しなければならない。

エ　修了証の交付等

実施主体は、カリキュラムの全てを修了した者に対し、高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修修了証（様式第４号又は様式第５号）を交付するものとする。なお、修了証の有効期限は、無期限とする。

オ　研修実施報告書の提出

事業者は、研修実施後、遅滞なく、高松市介護予防・生活支援提供者養成研修実施報告書（様式第６号）に修了者名簿（様式第７号）を添えて、市長に提出しなければならない。

カ　修了者台帳の整備

実施主体は、研修修了者を記録した台帳を整備し、永年保存しなければならない。

６　届出事項の変更等

（１）　事業者は、届出事項に変更があったときは、当該変更の日から１０日以内に高松市介護予防・生活支援提供者養成研修実施事業者届出事項変更届（様式第８号）を、市長に提出しなければならない。

（２）　事業者は、研修の実施を廃止し、休止し、又は再開するときは、当該廃止、休止又は再開の日から１０日以内に、高松市介護予防・生活支援提供者養成研修実施事業者廃止・休止・再開届（様式第９号）を、市長に提出しなければならない。

附　則

この要領は、平成３０年４月１日から施行する。

附　則

この要領は、令和５年４月１日から施行する。

様式第１号

年　　月　　日

（宛先）高松市長

届出者　所　在　地

事業所名称

代表者氏名

電 話 番 号

高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者届出書

実施する研修の種類	研修Ａ　　研修Ｂ　　研修Ｃ
実施（予定）年月	
実施（予定）会場	
講師氏名	
【添付書類】 講師の要件を証する書類、サービス提供責任者として勤務していることを証する書類	

様式第２号

第　　号

高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者届出済証

事　業　所　名	
事業所所在地	
届　出　日	

高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施要領の規定に基づく介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者の届出をした者であることを証明します。

年　　月　　日

高松市長

様式第３号

（宛先）高松市長

届出者　所　在　地

事業所名称

代表者氏名

電 話 番 号

研修実施計画書

１　実施日時	自：　　年　　月　　日　　時～　　時 至：　　年　　月　　日　　時～　　時
２　実施する研修 （実施するものに○）	研修Ａ　　研修Ｂ　　研修Ｃ
３　実施場所	
４　定員	
５　申込期間	
６　申込先	
７　申込方法	
８　受講費用の有無	
９　受講費用の金額 （受講費用「有」の場合に記入してください。）	
【添付書類】 募集チラシ（作成している場合）	

様式第４号

第　　号

高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修修了証

殿

年　　月　　日　生

あなたは　　年度高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修の全課程を修了したことを証明します

修了した研修の区分 （修了したものに○）	研修Ａ　・　研修Ｂ　・　研修Ｃ

年　　月　　日

介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者

代表者職氏名　　印

様式第５号

第　　号

高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修修了証

殿

年　　月　　日　生

あなたは　　年度高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修の全課程を修了したことを証明します

修了した研修の区分 （修了したものに○）	研修Ａ　・　研修Ｂ 研修Ｃ　・　研修Ｄ

年　　月　　日

高松市長　　印

様式第６号

（宛先）高松市長

届出者　所　在　地

事業所名称

代表者氏名

電 話 番 号

高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施報告書

１　実施日時	自：　　年　　月　　日　　時～　　時 至：　　年　　月　　日　　時～　　時
２　実施場所	
３　修了者数	研修Ａ　　人　研修Ｂ　　人　研修Ｃ　　人
４　申込期間	
【添付書類】 研修カリキュラム、修了者名簿（様式第６号）	

様式第７号

修了者名簿

番号	修了証番号	氏名（フリガナ）	住所	生年月日	修了した研修の区分	修了日
１						
２						
３						
４						
５						
６						
７						
８						
９						
１０						

様式第８号

年　　月　　日

（宛先）高松市長

届出者　所　在　地

事業所名称

代表者氏名

電 話 番 号

高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者変更届

次のとおり届け出た事項を変更したので、届けます。

変更があった事項		変　更　の　内　容
１	事業者名称	（変更前）
２	事業所の所在地	
３	代表者の氏名	（変更後）
４	講師	
５	その他	
変　更　年　月　日		年　月　日

備考

１　変更があった事項については、該当する番号を○で囲んでください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第９号

年　　月　　日

（宛先）高松市長

届出者　所　在　地

事業者名称

代表者氏名

電 話 番 号

高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者廃止・休止・再開届

次のとおり事業の廃止・休止・再開をしたので、届けます。

届　出　の　種　別	廃　止・休　止・再　開
廃止・休止・再開した年月日	年　　月　　日
廃止・休止・再開した理由	
休　止　予　定　期　間 （休止の場合のみ記入）	年　月　日～　年　月　日

備考　廃止、休止又は再開の日から１０日以内に提出してください。