富士見市訪問型サービスＡにおける訪問介護従事者に対する研修実施要領

１　趣旨

この要領は、富士見市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成２９年告示第１６号）に規定する富士見市訪問型サービスＡにおいて、訪問型サービスAの事業所（以下「事業所」という。）が介護福祉士や介護職員初任者研修修了者等でない者を雇用する際、修了することが必要となる市が認定する研修について、その実施方法等の必要な事項を定めるものとする。

２　研修内容

　　研修は、以下の内容（旧訪問介護員養成研修３級程度）を含むものとする。

　　(1) 介護保険制度の理解

　　(2) 高齢者の特徴の理解

　　(3) 介護現場の理解

　　(4) 運営面の理解

　　(5) 不正防止の理解

(6) 認知症の理解

(7) コミュニケーション

３　研修時間

　　研修時間は、少なくとも７～１０時間を目安として実施する。

４　市への認定申請

　　研修を実施しようとする事業所は、実施前に、参考様式１により市へ認定申請を

行う。

５　市からの認定

市は、申請内容を審査し、認定か不認定かを回答する。なお、認定時には認定番号を付すこと。

６　修了証の発行

　　事業所は、研修修了者に対し、参考様式２により修了証を作成するものとする。なお、修了証には上記５で受けた認定番号を明記すること。

７　その他

　　富士見市の認定研修修了者は、ふじみ野市及び三芳町の事業所での従事が可能となること、両市町以外の地域での従事を希望する場合は、当該市町村に確認が必要となること、上記２の内容が含まれていれば、他市町村の認定研修修了者も、富士見市内の事業所で従事が可能となることについて留意すること。

参考様式１

富士見市認定訪問型サービスＡ従事者研修申請書

（あて先）富士見市長

申請者

所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　印

富士見市認定訪問型サービスＡの従事者への研修を下記のとおり実施いたします。

記

１　研修期日　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

２　研修場所

３　研修内容

市記載欄

□認定（認定番号　　　　　　　　）

□不認定

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　）

参考様式２

**通し番号**

**西暦の下二桁**

富士見市○○－○○－○○○

**認定番号**

修　了　証

氏　　名

生年月日

　貴殿は、富士見市認定訪問型サービスＡ従事者研修を修了したことを証明する。

　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　印