

## 令和8年度滋賀県地域密着型サービス外部評価調査員養成研修実施要領

### 1 目的

認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）を行う事業者に対し、厚生労働省令で定める外部評価を行う評価調査員の新規養成研修を行う。

### 2 実施主体 滋賀県

（ 共催：公益社団法人滋賀県社会福祉士会  
一般社団法人滋賀県介護福祉士会 ）

### 3 受講対象者

養成研修終了後、外部評価機関の評価調査員として登録し活動できる者（評価機関の選定申請を予定している法人で評価調査員として従事する予定の者を含む）であって、介護経験を有し、地域密着型サービスの質の確保と向上について熱意と関心を有する者。

### 4 研修実施日

1日目 講義 令和8年6月18日（木） 10時～17時

2日目 講義実習 令和8年6月19日（金） 9時～17時

3日目 講義 令和8年6月25日（木） 9時～12時

※別紙1 カリキュラム参照

### 5 研修会場

講義 滋賀県大津合同庁舎6-A会議室（大津市松本1丁目2-1）

実習 グループホームなぎさ（草津市集町260-1）

### 6 受講定員 20名程度

### 7 申込み手続き

#### （1）申込書の提出

外部評価機関において、様式1「滋賀県地域密着型サービス外部評価調査員養成研修申込書」により受講希望者を取りまとめの上、受講申込を行ってください。

#### （2）提出先

〒520-8577 滋賀県大津市京町四丁目1-1

滋賀県 健康医療福祉部 医療福祉推進課 企画係 満嶋

#### （3）提出期限 令和8年5月29日（金）

#### （4）受講決定 受講決定は評価機関あて通知します。

## 8 研修の修了

全ての科目を修了した受講生に対し、研修の受講態度、研修レポートの内容等を総合的に勘案し、県医療福祉推進課において修了の可否を判定します。

## 9 個人情報の保護について

申込書に記載された内容については、個人情報保護条例等の規定により適正な管理を行い本研修の実施に関する業務以外には使用しません。

## 10 留意事項

次のア～エに該当する者は、第三者としての客観的な観点から評価を行うことは不適當であり、本研修を受講できるものの、評価調査員として登録することはできないのでご留意願います。

ア 認知症対応型共同生活介護事業所を運営している者

イ 認知症対応型共同生活介護事業所に勤務している者

ウ 認知症対応型共同生活介護事業所等によって組織される団体の役職員

エ 経営コンサルタント

令和8年度滋賀県地域密着型サービス外部評価調査員養成研修カリキュラム

時 間	1日目 令和8年6月18日(木) 研修会場：滋賀県大津合同庁舎6-A会議室	内 容
9:30~	受付	
10:00~10:15	オリエンテーション	
10:15~12:00	介護保険制度の概要 講師：滋賀県医療福祉推進課 職員	①介護保険を取り巻く背景 ②介護保険制度の概要 ③地域密着型サービスについて
13:00~15:00	認知症対応型共同生活介護の基本的理解 講師：社会福祉法人慈恵会 中村 秀樹 氏	①認知症対応型共同生活介護の現状と課題 ②認知症対応型共同生活介護の特徴と役割
15:00~17:00	認知症の人への理解 講師：医療法人社団 瀬田川病院 院長 青木 浄亮 氏	①地域での高齢者の暮らし ②認知症をもたらす病気 ③認知症の人の特徴とたどる経過 ④これからの高齢者及び認知症の人の介護
時 間	2日目 令和8年6月19日(金) 研修会場：滋賀県大津合同庁舎6-A会議室 グループホームなぎさ	内 容
8:45~	受付	
9:00~12:00	サービス評価の必要性と目的①~③ サービス評価の流れと手続き④⑤ 実習のためのオリエンテーション⑥⑦ 講師：社会福祉士会 サービス評価委員会 関守 英幹 氏	①サービス評価の制度概要（目的、位置付け） ②サービスの質の確認 ③評価項目の構造理解 ④サービス評価の進め方 ⑤評価項目の内容と理解
14:00~17:00	事業所への訪問実習 実習先：社会福祉法人誠光福祉会 グループホームなぎさ	⑥訪問調査の具体的な手法 ⑦報告書の作成と提出について
時 間	3日目 令和8年6月25日(木) 研修会場：滋賀県大津合同庁舎6-A会議室	内 容
8:45~	受付	
9:00~12:00	実習を踏まえた調査方法、項目の理解 ①~③ 講師：社会福祉士会 村田 才司 氏  研修のまとめと評価	①訪問調査実習を踏まえた自己点検 ②評価調査員としての心構え ③報告書の記入方法について  研修修了後レポート作成

※カリキュラム内容は変更になる場合があります。（開始・終了時刻の変更はありません）

様式 1

滋賀県地域密着型サービス外部評価調査員養成研修申込書

令和 8 年度地域密着型サービス外部評価調査員養成研修を受講したいので申し込みます。

ふりがな		
氏 名		
生年月日		
住所	(〒 )	
連絡先電話番号	( 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯 )	
所属評価機関名 (予定を含む)		
介護経験の有無等	<input type="checkbox"/> 無し	
	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 職業として <input type="checkbox"/> ボランティアとして <input type="checkbox"/> 家族等の介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )
高齢者介護に関する研修受講の有無	<input type="checkbox"/> 無し	
	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践研修 <input type="checkbox"/> 介護相談員養成研修 <input type="checkbox"/> その他 ( )
保健・医療・福祉関係の取得している資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
応募の動機、評価調査員になることへの抱負などをお聞かせください		