

平成28年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修開催要項

1 趣 旨

小規模多機能型居宅介護事業所又は指定複合型サービス事業所において、利用者及び事業の特性を踏まえた小規模多機能型居宅介護計画又は複合型サービス計画を作成するために必要な知識及び技術を習得することを目的とします。

2 主 催

山口県

3 実施機関

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会

4 受講対象者

小規模多機能型居宅介護事業所又は指定複合型サービス事業所の計画作成担当者又は計画作成担当者になることが予定されている者等であって、認知症介護実践研修(実践者研修)又は痴呆介護実務者研修(基礎課程)を修了している者

5 受講定員

30名

6 実費負担金

4,000円

※ 納入方法については、受講決定者に対して別途お知らせします。

※ 研修受講後の実費負担金の返還はしませんので、了承願います。

7 研修日程、会場及び講師

別紙「平成28年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 日程表」を参照してください。

8 申込方法等

(1) 申込先

所管する市町(指定地域密着型サービス事業所指定担当課)に必要な応じてお問い合わせの上、各施設・事業所の長より、市町担当課を通して申込みください。

申込書類は市町の担当課へ送付してください。なお、受講が義務付けられている方は、市町の推薦書が必要となります。また、本研修を早期に修了する必要があると市町が認める場合は、実践者研修を受講中で本研修開講日までに修了見込みでの申込みも可能です。

(2) 申込期間

平成28年10月28日(金)～平成28年11月28日(月) 必着

※ 各市町担当の方は12月5日(月)(必着)までに福祉研修センターまで郵送されますようお願いいたします。

(3) 提出書類

- ① 受講申込書(別紙様式1)
- ② 認知症介護実践研修(実践者研修)又は痴呆介護実務者研修(基礎課程)の修了証書の写し
- ③ 返信用封筒
送付先(所属事業所)住所・所属長氏名を記入した返信用封筒(長3封筒82円切手添付)1枚

9 受講決定

- (1) 受講の可否については、後日申込者へ通知書を送付します。
- (2) 受講定員を超える申込みがあった場合は、山口県長寿社会課と協議の上、選考基準により選考します。ただし、その際には小規模多機能型居宅介護事業所の指定等に際して受講を義務付けられている者(市町の推薦書のある者)を優先します。

10 受講上の注意事項

遅刻、早退、欠席等により、全日程修了できない場合は、修了証明書は交付できません。

また、学習意欲に著しく欠け、研修態度が他の受講者の迷惑になると事務局が判断した場合も、修了証明書の交付ができない場合がありますので、注意してください。

11 昼食について

昼食は各自で準備するか、併設の食堂を利用してください。

12 修了証明書の交付について

全日程修了された方には、山口県知事名による修了証明書を交付します。

13 修了者の管理について

修了者は、修了者名簿に記載し、山口県で指定された様式に基づき知事に報告します。

また、修了者名簿は永年保存とし、記載された内容は、本会の個人情報保護規定に基づき厳正に管理します。

14 個人情報の取扱いについて

本研修の申込者に係る個人情報は、本会「個人情報保護規定」に基づき、下記により適切に取り扱うこととし、他の目的で使用することはありません。

- (1) 受講申込書に記載された個人情報は、本研修に係る企画、受講者名簿の作成・管理等本研修に関することのみで使します。
- (2) 受講者相互の交流、情報交換を円滑に行うことを目的として、受講者名簿を作成し、受講者に配布します。

15 宿泊について（希望者のみ）

(1) セミナーパーク内の宿泊棟が利用できます。

1泊1,500円(2人部屋)、1,800円(2人部屋を個室で利用)があります。
バス、トイレ、テレビは各宿泊室にはありません。洗面用具、寝巻き等は各自で用意してください。

※ 個室で申請しますが宿泊者が多い場合は、2人部屋での利用となります。

(2) 宿泊を希望される場合は受講申込書の該当欄に記入してください。

16 問い合わせ先

(1) 研修内容に関すること

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
福祉研修センター（担当：高井、櫛崎）

TEL 083-987-0123 FAX 083-987-0124

(2) 研修事業全般および受講要件、経過措置等に関すること

山口県健康福祉部 長寿社会課地域包括ケア推進班（担当：小林）

TEL 083-933-2796

(3) 地域密着型サービス事業所の指定等について

所管する市町の担当課

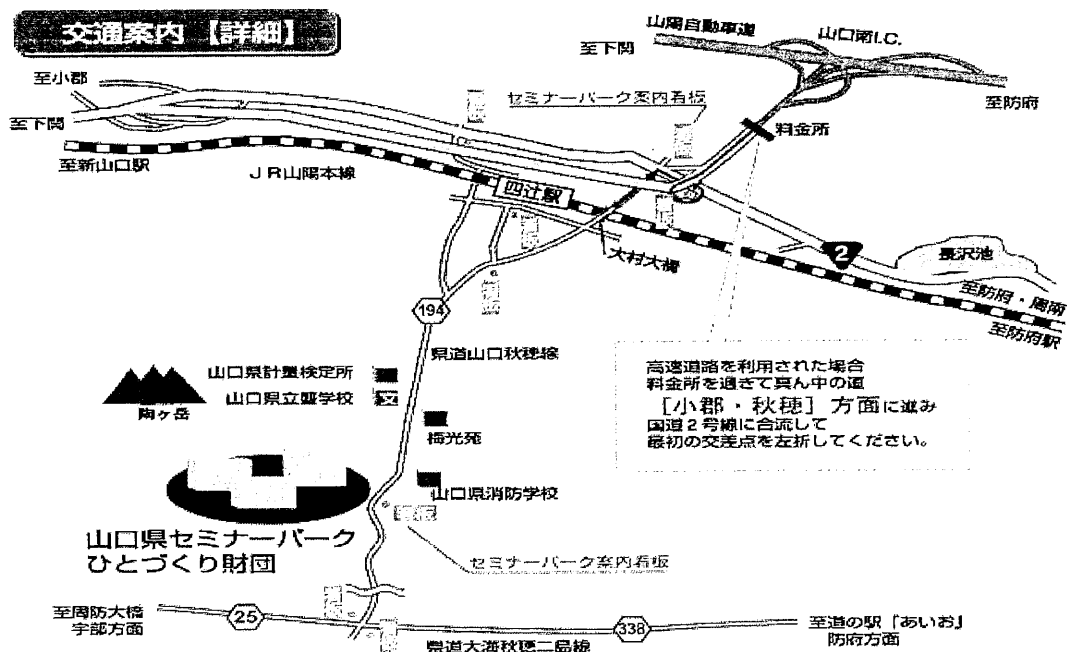
指定地域密着型サービス事業の運営等に関する基準と本研修の受講について

■ 本研修受講の義務付け

小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者となるためには、認知症介護実践研修（実践者研修）又は、痴呆介護実務者研修（基礎課程）に加え、本研修の受講が義務付けられています。

17 会場周辺地図

<山口県セミナーパーク> 〒754-0893 山口市秋穂二島1062
TEL 083-987-0123



平成28年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 日程表

期日	平成29年1月30日(月)	平成29年1月31日(火)	
受付	9:15～9:45	9:00～9:30	
時間	9:45～15:00	9:30～15:30	
研修プログラム	8:30		
	9:00	受付	
	9:15		
	9:30	「居宅介護支援計画作成の実際」 【講師】 ㈱エポカケアサービス マネージャー 中島 雅之	
	9:45		
	10:00		
	11:00	「総論・小規模多機能ケアの視点」 「ケアマネジメント論」 【講師】 ㈱エポカケアサービス マネージャー 中島 雅之	
	12:00	昼食・休憩	昼食・休憩
	13:00	「地域生活支援」 ～地域・他機関との連携と支援～ 「チームケア」 ～効果的なカンファレンス～ 【講師】 認知症介護指導者 早河 泰子	「居宅介護支援計画作成の実際」 【講師】 ㈱エポカケアサービス マネージャー 中島 雅之
	14:00		
15:00		閉講	
16:00			
16:30			
17:00			
17:30			
会場	山口県セミナーパーク リハビリテーション実習室 山口市秋穂二島1062	山口県セミナーパーク リハビリテーション実習室 山口市秋穂二島1062	

山口県社会福祉協議会
平成 28 年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 受講申込書

このことについて、下記のとおり申込みます。

平成 年 月 日

(法人・事業所名)

(代表者氏名) _____ 印

ふりがな			生 年	昭和	年 月 日		
受講希望者氏名			月 日	平成			
			性 別	男 ・ 女			
受講希望者住所連絡先	〒 - TEL - -						
事業所住所連絡先	〒 - TEL - -						
事業所名				当該申込に関する連絡担当者氏名			
受講希望者の役職							
事業所種別	※ 該当項目に○をしてください。 1 認知症対応型共同生活介護 2 認知症対応型通所介護 3 小規模多機能型居宅介護 4 その他 ()						
受講目的	※ 該当項目に○をしてください。 1 事業所開設のため (平成 年 月 日開設予定) 2 ユニット増設のため (平成 年 月 日増設予定) 3 管理者変更のため (平成 年 月 日就任・就任予定) 4 その他 ()						
受講希望者の取得している資格等	※ 該当項目に○をしてください。 1 介護支援専門員 2 介護福祉士 3 社会福祉士 4 精神保健福祉士 5 訪問介護員 () 級 6 看護師・准看護師 7 保健師 8 その他 ()						
受講希望者の研修受講歴	※ 該当項目に○をしてください。 1 認知症介護実践研修 (実践者研修) (年度修了) (修了証書番号) 2 認知症介護実践研修 (実践者研修) 28年度受講中 (修了見込) 3 認知所介護実践研修 (実践リーダー研修) (年度修了) (修了証書番号) 4 痴呆介護実務者研修 (基礎課程) (年度修了) (修了証書番号) 5 痴呆介護実務者研修 (専門課程) (年度修了) (修了証書番号) ※ 山口県以外で受講した場合 (県・ 研修) (年度修了) (修了証書番号)						
宿泊希望の有無	※ 該当する箇所をチェックし、希望日に○をしてください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (宿泊日 1月30日 (月)) 部屋種類 <input type="checkbox"/> 個室で利用希望 <input type="checkbox"/> 二人部屋 (相部屋) 希望						

裏面も必ず記入してください。

別紙様式 1

介護業務等に関する実務経験について記入してください。

なお、実務経験年数合計は、申込日現在で、通算の年数を記入してください。(1か月未満切り捨て)

勤 務 先	職 種 ・ 役 職	従 事 期 間
		昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで (※計 年 か月)
		昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで (※計 年 か月)
		昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで (※計 年 か月)
		昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで (※計 年 か月)
		①実務経験年数合計 (年 か月) ②うち認知症介護経験年数 (年 か月)