

## 平成 30 年度香川県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修実施要領

### 1 目的

指定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又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者又は計画作成担当者になる方が、当該事業所において利用者及び事業の特性を踏まえた指定居宅サービス若しくは指定介護予防サービス等の利用に係る計画又は小規模多機能型居宅介護計画等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 実施主体

香川県（研修実施事業者として香川県グループホーム・小規模多機能連絡協議会に委託）

### 3 研修対象者

指定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又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護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る者であって、かつ、認知症介護実践研修における実践者研修（旧基礎課程を含む。）を修了しており、知事が適当と認めた者とします。

※小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所又は介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者（介護支援専門員）は、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の修了が義務付けられていますので、御留意ください。

### 4 研修カリキュラム等

別紙のとおり

### 5 研修日程

平成 31 年 2 月 4 日（月）及び 5 日（火）

### 6 研修場所

ケアハウスまどか

善通寺市原田町 1496 番地 1 TEL 0877-63-8000

### 7 受講定員

20 名

### 8 経費

受講料 無料

### 9 受講手続

受講希望者は、法人・事業所の代表者を通じて別添申込書に必要な事項を記入のうえ、認知症介護実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了証書のコピーを添付し、当該事業所が所在する市町介護保険担当課に提出してください。

- ・ 事業所から市町への申込期限 平成 30 年 11 月 2 日（金）（必着）
- ・ 市町から県への申込期限 平成 30 年 11 月 9 日（金）（必着）

## 10 受講者の決定等

- ・受講希望者数及び新規開設を予定している事業所数の状況を考慮し、受講定員を調整することがあります。
- ・受講の可否については、後日文書で法人・事業所の代表者あてに通知します。

## 11 修了証書の交付

本研修の全課程を修了された方には、修了証書を交付します。

## 12 その他

- (1) 全課程に参加できる方が受講してください。
- (2) 受講決定後の受講者の変更は原則としてできません。やむを得ず変更する場合は、法人・事業所の代表者を通じて「変更届」(様式任意)を提出していただきます。
- (3) やむを得ず研修を辞退する場合は、法人・事業所の代表者を通じて「辞退届」(様式任意)を提出していただきます。
- (4) 原則として、研修当日の遅刻・早退・欠席は認められません。
- (5) 受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外には使用することはありません。

別紙

平成 30 年度香川県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修カリキュラム

| 日          | 時              | 科目   | 講師   |
|------------|----------------|--|--|
| 2/4<br>(月) | 9:30           | 受付   | 社会福祉法人 恵仁福祉協会<br>高齢者総合福祉施設<br>アザレアンさなだ<br>常務理事・総合施設長<br>宮島 渡 氏 |
|            | 10:00<br>10:10 | オリエンテーション                                  |  |
|            | 10:15<br>11:15 | (講義 60 分)<br>総論・小規模多機能ケアの視点                |  |
|            | 11:25<br>12:25 | (講義 60 分)<br>ケアマネジメント論                     |  |
|            | 13:25<br>14:25 | (講義 60 分)<br>地域生活支援                        |  |
|            | 14:35<br>15:35 | (講義 60 分)<br>チームケア (記録・カンファレンス・アセスメント・プラン) |  |
|            | 15:35<br>16:30 | 振り返り                                       |  |
| 2/5<br>(火) | 10:00<br>12:00 | (講義・演習 120 分)<br>居宅介護支援計画作成の実際             |  |
|            | 13:00<br>14:30 | (講義・演習 90 分)<br>居宅介護支援計画作成の実際              |  |
|            | 14:40<br>16:10 | (講義・演習 90 分)<br>居宅介護支援計画作成の実際              |  |
|            | 16:10<br>16:25 | 事務連絡                                       |  |
|            |                |  |  |

別紙様式

平成 30 年度香川県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

平成 年 月 日

香川県健康福祉部長寿社会対策課長 あて

法人・事業所名  
 代表者名 印  
 郵便番号  
 法人・事業所住所  
 事務担当者  
 (TEL ー ー )  
 (FAX ー ー )  
 担当者名 ( )

平成 30 年度香川県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修に下記の者の受講を申込みます。

|                          |   |       |                     |            |                |
|--------------------------|---|-------|---------------------|------------|----------------|
| ふりがな<br>受講者氏名            |   |       | 性別                  | 生年<br>月日   | 昭和<br>平成 年 月 日 |
|                          | ④   |       | 男・女                 |            |                |
| 勤務先<br>事業所名              |   |       |                     |            |                |
| 勤務先<br>所在地               | (〒 ー ) (TEL ー ー )   |       |                     |            |                |
| 開設年月日                    | 年 月 日 (予定)  |       | 事業者指定<br>申請年月日      | 年 月 日 (予定) |                |
| 事業所名称                    |   |       |                     |            |                |
| 事業所<br>所在地               | (〒 ー ) (TEL ー ー )   |       |                     |            |                |
| 職 名                      | 1 計画作成担当者 2 管理者兼計画作成担当者<br>3 その他 ( )                                |       |                     |            |                |
| 介護支援専<br>門員実務研<br>修受講状況  | 介護支援専<br>門員実務研<br>修受講年度   | 平成 年度 | 介護支援<br>専門員証<br>番 号 |            |                |
| 介護支援専<br>門員以外の<br>資 格 等  | 1 介護福祉士 2 社会福祉士 3 訪問介護員 1 級 4 訪問介護員 2 級<br>5 初任者研修 6 看護職員 7 その他 ( ) |       |                     |            |                |
| 実践者研修<br>修了の状況           | 平成 年度、修了証書番号 第 号  |       |                     |            |                |
| 受講希望理由<br>(受講者本人<br>が記入) |   |       |                     |            |                |

※1 実践者研修修了の状況については、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)の受講年度及び修了証書番号を記入し、修了証書のコピーを添付してください。

※2 受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外に使用しません。