

平成30(2018)年度 広島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 主 旨 指定小規模多機能型居宅介護事業所又は指定看護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者(介護支援専門員)が、利用登録者に関する居宅介護支援計画や指定小規模多機能型居宅介護支援事業所における小規模多機能型居宅介護計画又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における看護小規模多機能型居宅介護計画を適切に作成するうえで必要な、当該サービスに係る「基準の正しい理解」「適切なサービスの提供」「利用計画の作成」などの必要な知識・技術を身につける。

2 主 催 広島県

3 実施主体 公益社団法人広島県介護福祉士会(広島県からの委託実施)

4 実施期日、会場及び定員

実施期日	会場	定員
平成31年 3月 6日(水)～ 7日(木)	広島会場	60名

※今年度の研修は1回のみ開催であるため、受講漏れのないよう注意すること。

【広島会場】広島県社会福祉会館 講堂(2階)

〒732-0816 広島市南区比治山本町 12-2 TEL 082-254-3411

5 対 象 者 指定小規模多機能型居宅介護事業所及び指定看護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者で、実践者研修又は痴呆介護実務者研修(基礎課程)を修了している者とする。

6 受 講 料 15,000円(税込・資料代含む。)

※受講料は、受講決定通知書に同封する払込取扱票で指定の振込期日までに郵便局にて支払うこと。なお、振込手数料は受講者が負担すること。

※納入された受講料は、原則として返還しない。ただし、受講開始の14日前までに受講を辞退した場合は、全額受講料を返還する。なお、返還金は手数料を除いた金額を口座振り込みにより返還する。

7 研修日程

9:30 10:00 10:10 10:40 10:50 12:05 13:00 15:00 15:15 16:45

1 目 目	受 付	開 会 オリ エン テー ション	I 「小規模多機能 型居宅介護の取 り組み」	II-1 「小規模多機能の 制度」	昼 食 休 憩	II-2 「小規模多機能 ケアの視点」	III 「地域ケア・チーム ケア」
-------------	--------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------	------------------	---------------------------	-------------------------

9:30 10:00 12:00 13:00 16:00 16:30

2 目 目	受 付	IV 「ケアマネジメント論」			昼 食 休 憩	V 「居宅介護支援計画の実際」		修 了 式
-------------	--------	-------------------	--	--	------------------	--------------------	--	-------------

8 研修内容

I 「小規模多機能の取り組みについて」	広島県介護福祉士会	相談役	廣山 初江
II-1 「小規模多機能の制度について」	広島県健康福祉局地域福祉課	職員	橋高 裕行
II-2 「小規模多機能ケアの視点」	特定非営利活動法人匠の家	理事長	梶川 正三
III 「地域ケア・チームケア」	特定非営利活動法人匠の家	理事長	梶川 正三
IV 「ケアマネジメント論」	居宅介護支援事業所ふぁみりい	所長	橋高 裕行
V 「居宅介護支援計画の実際」	居宅介護支援事業所ふぁみりい	所長	橋高 裕行

9 テキスト テキストは、当方が準備する。

10 申込み方法等

申し込みについては、同一の施設・事業所等から1名とする。

(1)提出書類

- ①「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」(様式1)
- ②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

(2)提出先

各事業所が所在する市町の介護保険担当課へ申し込む。

(3)受講申込受付期間及び市町への提出期限

受講申込受付期間	市町への提出期限
平成31年 1月 7日(月)～平成31年 1月 21日(月)	平成31年 1月 21日(月)

※市町から公益社団法人広島県介護福祉士会への提出期限：平成31年 1月 28日(月)

(4)その他

- ・新規開設予定事業所等で市町が必要と認めた場合は、「推薦書」(様式2及び様式2別紙)により受講者を推薦する。
- ・各市町の介護保険担当課は、様式3により取りまとめの上、広島県介護福祉士会に受講申込書を提出する。

11 受講決定

- ・受講申込みが多数の場合は、市町から推薦のあった人を優先し、抽選等により受講者を決定する。
- ・受講の可否については、研修日の2週間前までに、各市町に受講の可否を通知するとともに、申込者の所属長宛てにも受講の可否を通知する。

12 修了認定及び修了証書

すべての課程を修了した人に、修了証書を交付する。

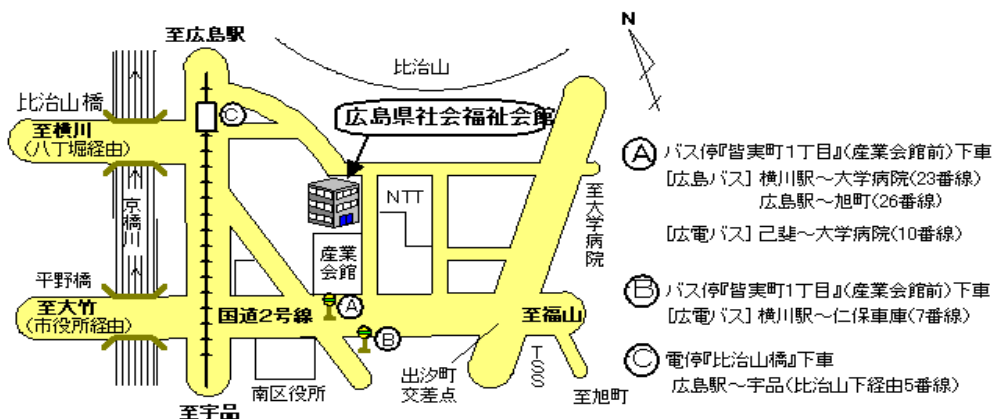
13 個人情報の保護

- ・受講申込書に掲載された個人情報は、研修の目的のみに利用する。
- ・この研修の受講者名簿には、名前、所属及び職名を掲載する。
- ・受講申込書は、研修終了後に適切な方法で廃棄する。

14 受講にあたっての注意事項

- ・広島県社会福祉会館の駐車場は利用できないため、公共交通機関又は近隣の有料駐車場を利用すること。
- ・昼食(弁当等)の販売はないので、各自で用意すること。

15 会場案内図



16 問合せ先

公益社団法人広島県介護福祉士会 事務局

〒732-0816 広島市南区比治山本町 12-2 TEL.(082)254-3016 FAX.(082)254-3017

(様式1)

平成30年度 広島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

申込者 法人の主たる事務所の所在地
〒

法人の名称及び代表者の職氏名

申込日 平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日生	
受講希望者氏名					
職種(資格) (該当する番号すべてに○してください)	1 医師 2 保健師 3 助産師 4 看護師 5 准看護師 6 理学療法士 7 作業療法士 8 社会福祉士 9 介護福祉士 10 言語聴覚士 11 精神保健福祉士 12 介護支援専門員(ケアマネジャー) 13 訪問介護員(ホームヘルパー) 14 その他()				
実践者研修 修了日(予定日)	平成 年 月 日				
役職名					
所属 先 事 業 所 等	種別 (該当する番号に○してください)	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所 5 通所介護事業所 6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム 8 小規模多機能型居宅介護 9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護 11 地域密着型介護老人福祉施設 12 その他()			
	名称				
	住所	〒			
	連絡先	電話番号		FAX	
	施設設置者 (法人の名称)			担当者	

- ※ 1) 記入漏れがあった場合は受付できない場合があります。
2) 役職名は施設(法人)における役職名を記入してください。

役職名の記入例：施設長・事務長・介護主任・チームリーダー・サービス提供責任者・計画作成担当者・ケアマネジャー・介護職員・相談員・指導員・栄養士など

【個人情報の保護について】

- この受講申込書に記載された個人情報は、研修の目的のみに使用します。
なお、この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。
- この受講申込書は、研修終了後、適正な方法で廃棄します。

【申込書の提出先】

事業所が所在する市町の介護保険担当課