

令和5年度 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

この要領は、宮城県認知症介護実践者等養成研修事業実施要綱及び仙台市小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修事業実施要綱に基づき、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図るために認知症介護の専門職を養成するための研修を行うものとする。

うち計画作成担当者研修は、「小規模多機能ケアの視点」「地域生活支援」「居宅介護支援計画作成の実際」等の計画作成担当者に必要な専門的知識と技術を修得することを目的とする。
- 2 実施主体 宮城県・仙台市
- 3 実施機関 宮城県社会福祉協議会 宮城県介護研修センター
- 4 対象者 次の要件を全て満たす者で知事が適当と認めた者
 - (1) 県内 ①～③の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。
 - ① 指定小規模多機能型居宅介護事業所
 - ② 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所
 - ③ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所
 - (2) 認知症介護実践者研修を修了している者（宮城県認知症介護実践研修事業実施要綱（平成17年4月7日施行）に基づく認知症介護実践者研修修了者含む）
（申込時、修了証書の写し添付すること）
※実践者研修未受講の場合、本年度の実践者研修第1期もしくは第2期を受講すること。
 - (3) 介護支援専門員
※サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者に就任予定で、介護支援専門員の資格を要さない場合を除く。
 - (4) 市町村長の推薦を受けた者（別紙1）
- 5 研修期間 講義・演習（2日間）
令和5年12月13日（水）、14日（木）
- 6 研修内容 別紙日程表参照
- 7 研修会場 宮城県介護研修センター
〒989-4103 宮城県大崎市鹿島台平渡字上敷19-7
- 8 受講定員 20名
- 9 募集期間 令和5年7月20日（木）～8月9日（水）
（期間内に市町村担当課へお申込みください。）
※募集期間以外の申込みは受付しません。

- 10 受講決定 令和5年9月中旬頃
(1) 受講の可否については施設宛に文書で通知します。研修日の10日前になりましても通知が届かない場合は、ご連絡ください。
(2) 受講の可否にかかわらず、申込書類は返却いたしません。
(3) 受講決定者の変更はできません。
- 11 修了証書 所定のプログラム（課程）を修了した方に交付します。このため、遅刻・早退・途中退席があった場合等は交付できないことがあります。
- 12 受講料 5,500円
受講決定通知に記載の銀行口座へ、指定する期日までにお振込みください。
振込手数料は、受講者側でご負担ください。
(原則として返金対応はお受けしておりません。)
- 13 講義資料 受講決定通知送付後、e-mailにて資料ダウンロード用URL・パスワードをお送りします。各自印刷していただき、当日必ずご持参ください。
- 14 申込方法 研修センターのホームページから申込書をプリントし必要事項を全て記入の上、「認知症介護実践者研修修了証の写し」を添え、**市町村担当課**へ郵送またはご持参ください。(募集期間内必着)
なお、別紙1の推薦書については、市町村で記入しますので添付は不要です。
※申込書に記載された内容は、本研修のみに使用し、適正に管理します。
ホームページ：<https://fukushi.miyagi-sfk.net/kkc/>
申 込 先：**申込者現所属事業所所在地の市町村認知症施策担当課**
- 15 問い合わせ先 宮城県介護研修センター
Tel：0229-56-9608
担当：工藤，澤田
- 16 申込みにあたっての留意事項
(1) 受講申込書に不備があった場合は、受理できないことがあります。申込書様式の全ての項目について記載漏れのないよう、提出の際は十分ご確認ください。
(2) 申込書に記入する受講希望者の氏名（漢字の表記）、生年月日については、正確にご記入ください。
(3) 宿泊をご希望の方は、受講決定通知送付時に併せて宿泊申込書をお送りいたしますので、必要事項を記入の上ご提出ください。

令和5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

1 日目 令和5年12月13日(水)

時 間		カリキュラム名		講 師 (講師補助)
9:20 9:30	10分	オリエンテーション		宮城県介護研修センター
9:30 10:30	60分	1.総論・小規模多機能ケアの視点	<ul style="list-style-type: none"> ・法的制度の理解 ・小規模多機能ケアとその視点の理解 	我妻 学 (仙台市指導者)
10:40 11:40	60分	2.ケアマネジメント論	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護のサービスのあり方の理解 ・本人本位の視点の理解 ・在宅生活を支えるための機能マネジメントを理解 	仙台市指導者 (我妻 学)
昼食・休憩				
12:40 13:40	60分	3.地域生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ・地域生活支援のためのネットワークづくりとそのあり方の理解 ・地域・他機関との連携についての理解 	仙台市指導者 (我妻 学)
13:50 14:50	60分	4.チームケア	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能ケアの基本であるひとりひとりのニーズにチームで応えるチームケアについての理解 	仙台市指導者 (我妻 学)

2 日目 令和5年12月14日(木)

時 間		カリキュラム名		講 師 (講師補助)
9:30 10:30	60分	居宅介護支援計画作成の実際(講義)	1 日目の講義内容を踏まえ、講義及び実際の事例を用いた演習を通じて、小規模多機能型居宅介護計画の作成、並びに他の居宅サービス利用を含めた居宅介護支援計画及び看護小規模多機能型居宅介護計画の作成についての理解	仙台市指導者 (我妻 学)
10:40 11:40	60分	居宅介護支援計画作成の実際(演習)		仙台市指導者 (我妻 学)
昼食・休憩				
12:40 15:40	180分	同上		仙台市指導者 (我妻 学)

令和5年度 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 申込書

年 月 日

各市町村長 宛

施設(事業所)名 _____ (法人名も記載)

施設(事業所)長
(職名・氏名) _____ (印)

連絡担当者氏名 _____ TEL: - -
FAX: - -

以下のとおり申込みます。

受講希望者 氏名(職名)	ふりがな _____ (男・女) 氏 名 _____ 職名 _____																
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (歳)																
受講目的 (該当する番号に○をつける)	① 指定小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者 ② 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 ③ 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 ④ その他(理由 _____)																
受講理由 (該当する内容を記載)	① 事業所開設の為(新規事業所に着任) 開設予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 頃 ② 前任者と交代の為(退職・人事異動・その他[_____]) 前任者氏名 _____ 交代日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ③ 計画作成担当者に従事しているが研修未受講のため 従事年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 未受講の理由 _____																
資 格 (番号に○をつける) (複数回答可)	① 訪問介護員(1・2級) ② 介護職員基礎研修修了 ③ 介護福祉士 ④ 介護職員初任者研修修了 ⑤ 介護支援専門員 ⑥ 社会福祉士 ⑦ 准看護師 ⑧ 看護師 ⑨ なし ⑩ その他医療・福祉等の資格(_____)																
所属事業所名	_____																
事業所所在地	〒 _____ TEL: _____ FAX: _____																
e-mail アドレス	※ 受講決定後、配布資料ダウンロードのための URL 等をお送りします																
事業所種別 (番号に○をつける) (研修申込者の所属 する事業所1つ)	① 特別養護老人ホーム ② 老人保健施設 ③ 通所介護事業所 ④ 訪問介護事業所 ⑤ 通所リハビリ ⑥ グループホーム ⑦ 小規模多機能型居宅介護 ⑧ 居宅介護支援事業所 ⑨ 看護小規模多機能型居宅介護事業所 ⑩ その他(_____)																
勤務施設名 (①から順に直近のも のから記入)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">施設・事業所名</th> <th style="width: 20%;">期 間</th> <th style="width: 20%;">業 務 内 容</th> <th style="width: 20%;">年 月 数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① _____</td> <td>_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月</td> <td>_____ (_____)</td> <td>_____ 年 _____ 月</td> </tr> <tr> <td>② _____</td> <td>_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月</td> <td>_____ (_____)</td> <td>_____ 年 _____ 月</td> </tr> <tr> <td>③ _____</td> <td>_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月</td> <td>_____ (_____)</td> <td>_____ 年 _____ 月</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">介護業務従事年数 計 _____ 年 _____ 月</p> <p>※ 欄が足りない場合は別紙を作成し記入してください。</p>	施設・事業所名	期 間	業 務 内 容	年 月 数	① _____	_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月	_____ (_____)	_____ 年 _____ 月	② _____	_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月	_____ (_____)	_____ 年 _____ 月	③ _____	_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月	_____ (_____)	_____ 年 _____ 月
施設・事業所名	期 間	業 務 内 容	年 月 数														
① _____	_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月	_____ (_____)	_____ 年 _____ 月														
② _____	_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月	_____ (_____)	_____ 年 _____ 月														
③ _____	_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月	_____ (_____)	_____ 年 _____ 月														
上記記載内容に間違いはありません。 _____ 年 月 日																	
受講希望者氏名(自筆) _____																	