

令和5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修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一般社団法人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方で、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方とします。

※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、ご注意ください。

4 研修カリキュラム

別紙のとおり

5 研修日程等

令和6年2月1日（木）～ 2月2日（金）

講師 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 理事長

日本社会事業大学専門職大学院 特任教授

宮島 渡 氏

受講定員 20名

6 研修場所

ケアハウスまどか5階 善通寺市原田町1496番地1 TEL：0877-63-8000

※新型コロナウイルス感染症等の感染拡大状況により、Web会議システム（Zoom）を活用したオンライン研修に切り替わる場合があります。

7 研修受講料

無 料

8 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 令和5年12月20日（水）（必着）
- ・市町から県への申込期限 令和5年12月27日（水）（必着）

9 受講決定

- ・申し込み状況によっては、受講人数を調整する場合があります。
- ・受講の可否は、後日文書で法人・事業所の代表者あてに通知します。
- ・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。

10 修了証書

- ・研修終了後、課題レポートを提出していただきます。
- ・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。

11 その他

- ・全課程に参加できる方を推薦してください。
- ・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。
- ・原則として、研修当日の遅刻・早退・欠席は認められません。
- ・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しません。

別紙

令和5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
2/1 (水)	9:30	受付	全国小規模多機能型居宅介護 事業者連絡会 理事長 日本社会事業大学専門職大学院 特任教授 宮島 渡 氏
	10:00 10:10	オリエンテーション	
	10:15 11:15	(講義 60分) 総論・小規模多機能ケアの視点	
	11:25 12:25	(講義 60分) ケアマネジメント論	
	13:25 14:25	(講義 60分) 地域生活支援	
	14:35 15:35	(講義 60分) 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 16:30	振り返り	
2/2 (木)	10:00 12:00	(講義・演習 120分) 居宅介護支援計画作成の実際	
	13:00 14:30	(講義・演習 90分) 居宅介護支援計画作成の実際	
	14:40 16:10	(講義・演習 90分) 居宅介護支援計画作成の実際	
	16:10 16:25	事務連絡	

※研修終了後に、課題レポートを提出していただきます。

別紙様式

令和5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

令和 年 月 日

香川県健康福祉部長寿社会対策課長 様

法人・事業所名

代表者名

郵便番号

法人・事業所住所

事務担当者

(TEL 番号 - -)

(FAX 番号 - -)

令和5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次の者の受講を申込みます。

受講者氏名	ふりがな	性別	生 年 月 日		
		男・女	昭和	年	月 日
勤務先事業所名					
勤務先所在地	(〒 -)	(TEL - -)			
Mailアドレス	(Web研修に切り替わった際、参加URLをこちらのアドレスにお知らせします)				
資料送付先及び当日の連絡先	(Web研修に切り替わった際、参加URLをこちらにお送りします)				
	(〒 -)	(TEL - -)			(Fax - -)
開設年月日	年 月 日 (予定)	事業者指定申請年月日	年 月 日 (予定)		
事業所名称及び所在地					
職名	1 計画作成担当者 2 管理者兼計画作成担当者 3 その他 ()				
介護支援専門員実務研修受講状況	介護支援専門員実務研修受講年度	平成 令和	年度 年度	介護支援専門員証番号	
介護支援専門員以外の資格	1 介護福祉士 5 初任者研修	2 社会福祉士 6 看護職員	3 訪問介護員1級 7 その他 ()	4 訪問介護員2級	
実践者研修修了の状況	平成・令和 年度		修了証書番号 第 号		
受講希望理由	(受講者が記入すること)				

※「実践者研修修了の状況」欄は、修了年度及び修了証番号を記入し、修了証書のコピーを添付してください。