

令和元年度（第2回）小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

開催要綱

1 目 的

認知症高齢者の介護に携わる指定（介護予防）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が、認知症高齢者の処遇、介護に関する知識の修得及び技術の向上を図り、もって認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図ることを目的とします。

2 実施主体

福岡県

3 実施機関

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会

4 実施協力者

福岡県認知症介護指導者

5 期 日

1日目 令和2年2月18日（火）

2日目 令和2年2月25日（火）

6 会 場

クローバープラザ 東棟5階 508研修室
春日市原町3-1-7

7 受講定員

50名

※定員に達し次第、締切らせていただきます。

※定員超過等で受講をお断りする場合は、その旨本会から連絡します。

8 受講料

6,000円（資料代等を含む）

9 受講対象者

福岡県内（北九州市及び福岡市を除く。）に所在する新規開設予定又は開設している指定（介護予防）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**^{※1}に就任予定の者。

なお、本研修の受講にあたっては、下記及び別添「認知症介護研修の受講要件について」を参照ください。

※ 計画作成担当者は、居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画の作成に専ら従事する介護支援専門員である。(介護保険法「地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準について」から抜粋)

※受講申込者の資格について、御不明な点がある場合は、市町村介護保険担当課（広域連合の場合は本部）にお問い合わせください。

※本研修は事前に、平成13年度から16年度まで実施の旧痴呆介護実務者研修（基礎課程）又は、平成17年度から実施の認知症介護実践者研修を修了された方または修了予定の方が受講対象となります。

10 研修内容

別添カリキュラムを御参照ください。

11 受講申込について

(1) 申込関係書類の提出方法

下記の書類に必要事項を記入のうえ、各市町村介護保険担当課に提出してください。

- ア 受講申込提出書（別紙）
- イ 受講申込書（様式第1号）
- ウ 受講申込者経歴書（様式第2号）
- エ 認知症介護実践者研修の修了証書のコピー
- オ 受講における同意書

(2) 市町村介護保険担当課への提出締切日

令和元年12月4日（水）必着

※締切日は厳守願います。

なお、期限後は、受け付けられませんので御承知おきください。

12 受講者の決定について

本会は、各市町村介護保険担当課から提出のあった受講申込書を確認後、受講者を決定し、各市町村介護保険担当課及び各事業所に通知します。

13 修了証書について

カリキュラムの全科目を修了した者に対し、福岡県知事名の修了証書を交付します。

14 天災等の災害による研修の延期等について（ホームページの掲載について）

(1) 天候不良等のため研修の開催が危ぶまれる場合には、研修前日の17時までに本会研修課のホームページに延期する等のお知らせを掲載しますので、各自確認をお願いします。

(2) 施設等でのホームページ閲覧ができない方についてのみ、本会から申込書に記載の緊急連絡先に連絡を行いますので、必ず御記入ください。

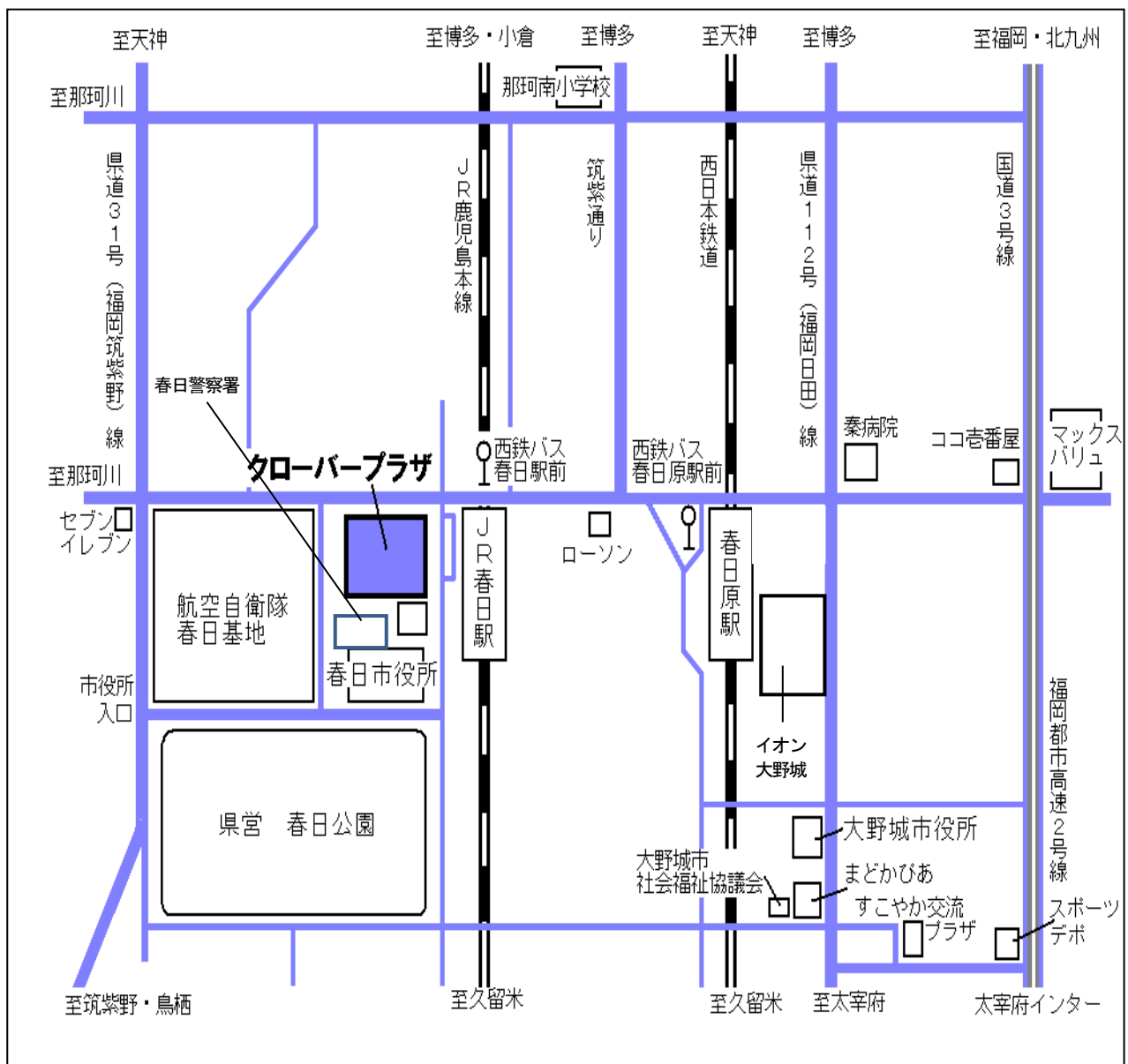
15 事務局

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 県民サービス部 研修課 担当 笠野、松田
〒816-0804 春日市原町3-1-7 クローバープラザ 東棟4階
TEL 092-584-3401 FAX 092-584-3402

16 その他

- (1) 個人情報の取扱について、「受講申込書」に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ利用させていただきます。なお、本研修の受講者名簿に氏名・所属・職名・経験年数を記載します。
- (2) 主催者による駐車場の確保はできません。研修会場へは、可能な限り公共の交通機関を御利用くださるようお願いいたします。
- (3) 研修会場は、個人の状況に合わせた室内温度調整はできません。温度調節が可能な服装で御参加ください。
- (4) 受講申込の内容に事実と異なる記載があった場合、受講取消を含めて厳正に対処いたします。

会場案内図



※ JR春日駅前

※ 西鉄春日原駅から徒歩8分

※ 春日公園への駐車は、公園利用者の妨げとなりますので御遠慮ください。

令和元年度（第2回）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

(※講義等の進行により、終了時間が変更になることがあります。)

【1日目】 2月18日（火） クローバープラザ 東棟5階 508研修室

時 間		プログラム（講義題・講師名等）
9:00		受 付
9:20		開会・オリエンテーション
9:30	60	【講義1】小規模多機能ケアの視点（総論） 特定非営利活動法人 コレクティブ 代表 川原 秀夫 氏
10:30		休 憩
10:40	90	【講義2】ケアマネジメント論 ～小規模多機能のケアマネジメントの理解～ 特定非営利活動法人 コレクティブ 代表 川原 秀夫 氏
12:10		昼食休憩
12:55	90	【講義3】チームケアのための記録 ～ライフサポートプランの活用～ 特定非営利活動法人 コレクティブ 代表 川原 秀夫 氏
14:25		休 憩
14:35	60	【講義4・演習】小規模多機能型サービス等計画作成担当者の役割 ～実践を通して～ 認知症介護指導者 小規模多機能型居宅介護あおぎり荘 松本 昭子 氏
15:35		休 憩
15:45	90	【講義5】コンプライアンスに基づいたケアマネジメントのあり方 認知症介護指導者 (株) パーソン・サポート絆 川島 豊輝 氏
17:15		レビュー
17:30		閉会

【2日目】 2月25日（火） クローバープラザ 東棟5階 508研修室

時 間		プログラム（講義題・講師名等）
9:00		受 付
9:30	90	【講義6】地域生活支援 ～地域生活支援のためのネットワークづくり～ 認知症介護指導者 特別養護老人ホーム青楽園 大庭健司郎 氏
11:00		休 憩
11:10	60	【講義7・演習】居宅介護支援計画作成の実際 認知症介護指導者 特別養護老人ホーム青楽園 大庭健司郎 氏
12:10		昼食休憩
12:55	180	【講義7・演習】居宅介護支援計画作成の実際 認知症介護指導者 特別養護老人ホーム青楽園 大庭健司郎 氏
15:55		休 憩
16:05	60	【講義8】人権学習 福岡県人権・同和对策局 講師団講師 橋津 和寛 氏
17:05		レビュー
17:20		閉会

認知症介護研修の受講要件について

指定地域密着型サービスの指定・運営基準に規定される研修について

	認知症対応型 共同生活 介護事業所 (グループ ホーム)	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	認知症対応型 通所介護事業所 (認知症デイ)	●受講免除(みなし措置)について 【注意】 介護保険法に基づき当該事業所を「指定」する際に、 下記「みなし措置」を適用するかは各保険者(市町村)の判断によります。 必ず事業所の所在する市町村(もしくは広域連合)に確認してください。	
代表者	認知症対応型サービス事業 開設者研修				<ul style="list-style-type: none"> ・認知症介護実践者研修(H17実施分) ・認知症介護実践リーダー研修(H17実施分) ・認知症高齢者グループホーム管理者研修(H17のみ実施) ・旧痴呆介護実務者研修基礎課程(H13～H16実施) ・旧痴呆介護実務者研修専門課程(H13～H16実施) ・認知症(痴呆)介護指導者養成研修(H13より実施中) ・認知症(痴呆性)高齢者グループホーム開設予定者研修(H16～H17実施) <p>※上記いずれかの研修修了者は、既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない。</p>	
管理者	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 80%; height: 40%; background-color: #00FFFF; margin-bottom: 10px;">認知症介護実践者研修</div> <div style="font-size: 2em; margin-bottom: 10px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 80%; height: 40%;">認知症対応型サービス事業管理者研修</div> </div>				<p>・グループホーム</p> <p>①平成18年3月31日までに「実践者研修」又は、「基礎課程」を修了した者であつて、平成18年3月31日の日に現に特養、老人デイサービスセンター、老健、グループホーム等の管理者の職務に従事している者</p> <p>②「認知症高齢者グループホーム管理者研修」(H17年度のみ実施)を修了した者</p> <p>※上記①又は②の要件をみたしている者はグループホームの管理者として既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能型居宅介護支援事業所 ・看護小規模多機能型居宅介護支援事業所 ・認知症対応型通所介護事業所 <p>平成18年3月31日までに「実践者研修」または、「基礎課程」を修了した者であつて、平成18年3月31日の日に現に特養、老人デイサービスセンター、老健、グループホーム等の管理者の職務に従事している者は、小規模多機能型居宅介護支援事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所または認知症対応型通所介護事業所の管理者として既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない。</p>
計画作成 担当者	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 80%; height: 40%; background-color: #00FFFF; margin-bottom: 10px;">認知症介護実践者研修</div> <div style="font-size: 2em; margin-bottom: 10px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 80%; height: 40%;">小規模多機能型 サービス等計画 作成担当者研修</div> </div>				なし	

※グループホームにおいて、短期利用共同生活介護サービスを実施するためには、実務者研修(専門課程)、実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修のいずれかを修了している職員が配置されていることが必要です。

根拠法令

○「厚生労働大臣が定める施設基準」(平成24年厚生労働省告示第97号)第34号

○「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成18年3月31日)

※平成16年度までの認知症介護実務者研修(基礎課程・専門課程)修了者は、認知症介護実践研修の実践者研修・実践リーダー研修をそれぞれ修了したものとみなします。

※平成17年度認知症高齢者グループホーム管理者研修修了者は、平成17年度認知症介護実践者研修を修了したものとみなします。

(別 紙)

令和 年 月 日

_____介護保険担当課長 様

法人名 _____

事業所名 _____

管理者名 _____ 印

令和元年度（第2回）小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
受講申込書の提出について

時下ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。
さて、標記研修の受講申込に伴い別添のとおり必要書類を提出いたします。
つきましては、記載内容を御確認いただき、貴職から福岡県社会福祉協議会長
あて提出いただきますようお願い申し上げます。

担当者 _____

TEL _____

FAX _____

※市町村介護保険担当課に提出してください。

(様式第1号)

令和元年度（第2回）
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

受講希望者	ふりがな		性別	男・女	
	氏名				
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生（歳）
所属等	法人名				
	事業所名				
	所在地	(〒 -)			
		TEL () - FAX () -			
	※決定通知等の文書を送付します。 <u>上記と異なる場合のみ</u> 下記に御記入ください。 宛名： 住所：(〒 -)				
	役職				
認知症対応型サービス事業について	事業の種別 (いずれかを○で囲んでください)	・指定（介護予防）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			
	開設時期等 (いずれか御記入ください)	【開設済み】			
		開設（指定）日 平成・令和 年 月 日 就任（予定）日 平成・令和 年 月 日			
	【開設予定】				
	開設予定日 令和 年 月 日 就任予定日 令和 年 月 日				
通信欄	推薦理由等があれば、御記入ください。				
福岡県社協のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先 ※ホームページを閲覧できない方のみ緊急連絡先をお知らせください。					
緊急連絡先 電話番号（ - - ）					

受講申込者経歴書

- 開催要綱「受講対象者」に記載の内容を十分に確認のうえ、記入してください。
 ○ 研修修了者には、修了証書を交付しますので、氏名は正確に記入してください。

ふりがな			
氏名			
受講者 現住所	(〒 -) (TEL - -)		
認知症高齢者の介護業務における実務経験年数 (令和2年2月1日現在)	年 月		
勤務期間	勤務先名	職務内容	
《例》 平成26年4月～令和元年10月(計5年6ヶ月)	特別養護老人ホーム〇〇〇〇〇〇	介護職員	
年 月～年 月(計 年 ヶ月)			
年 月～年 月(計 年 ヶ月)			
年 月～年 月(計 年 ヶ月)			
年 月～年 月(計 年 ヶ月)			
年 月～年 月(計 年 ヶ月)			
年 月～年 月(計 年 ヶ月)			
認知症介護実践者研修 修了(見込)年月日	平成・令和 年 月 日		
痴呆介護実務者研修(基礎過程) 修了年月日	平成 年 月 日		
資格取得免許の種類	資格取得年月日		
介護支援専門員	平成・令和 年 月 日		
	平成・令和 年 月 日		
【備考】			

小規模多機能型サービス等計画作成 担当者研修受講における同意書

社会福祉法人
福岡県社会福祉協議会
会長 小川 弘毅 様

私は、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を受講するにあたり、
下記事項を遵守しなかった場合は、受講取消等の指示に従うことに同意します。

- 1 遅刻、欠席、早退をしません。
- 2 研修期間における提出物は、必ず提出期限を守り、不備なく提出します。
- 3 研修中は、講師等の指示に従います。
- 4 研修中は、常に真剣な態度で臨み、周りの受講生に迷惑をかけません。

令和 年 月 日

所属施設名 _____

受講者氏名 _____ (印)