

令和4年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

(第2回)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

令和5年2月27日(月)・28日(火)

6 研修会場

クローバープラザ 西棟5階501研修室 (春日市原町3丁目1-7)

7 受講定員

80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

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。

※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)

※本研修の受講にあたっては、別添「認知症介護研修の受講要件について」を御参照ください。

※**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4年12月23日（金）必着

※締切後は受けられません。

12 受講者の決定について

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、決定通知及び振込用紙等を事業所に送付します。

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 個人情報の取扱いについて

「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修の運営管理の目的のみに利用させていただきます。

15 その他

- (1) 遅刻・早退は認められません。
- (2) **欠席による補講はありません。**
- (3) 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。

16 事務局

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 福祉・介護研修センター 担当 糸山、藤
〒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