

令和元年度鳥取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. 研修の目的

小規模多機能型サービスについて理解し、認知症高齢者が住み慣れた地域で自立した生活ができるよう支援するためのサービス計画の作成並びにケアマネジメントの知識及び技術を修得し、実践できるスタッフを養成する。

2. 実施主体

鳥取県 （事業委託：社会福祉法人 敬仁会）

3. 受講対象者

(1) 定員 45人 （受講希望者が定員を超えた場合は選考により決定）

(2) 対象者

次回研修開催までに、以下事業所の計画作成担当者となることが予定されている者、かつ、認知症介護実践者研修(平成17～令和元年度)又は痴呆介護実務者研修基礎課程(平成13～16年度)を修了している者

- ・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

4. 日時・会場・カリキュラム

日時 【1日目】令和元年9月18日（水） 10:00～17:00（受付9:30～）

【2日目】令和元年9月19日（木） 9:30～12:30（受付9:00～）

会場 倉吉体育文化会館中研修室（倉吉市山根 529-2）

	10:00	12:00	13:00	14:00	17:00
1日目	「小規模多機能ケアの視点」 「ケアマネジメント論」 120分 鳥取県小規模多機能型 居宅介護事業所連絡会 竹本 匡吾	昼 休 憩	「地域生活支援」 60分 鳥取県小規模多機 能型居宅介護事業 所連絡会 竹本 匡吾	「チームケア」60分 「居宅介護支援計画作成の実際」 120分 天晴れ介護サービス 総合教育研究所 榊原 宏昌	
2日目	9:30	12:30			
	「居宅介護支援計画作成の実際」 180分 天晴れ介護サービス 総合教育研究所 榊原 宏昌				

5. 受講申し込み

- (1) 受講を希望する者は別紙受講申込書に必要事項を記載し、事業所が所在する(所在予定)各市町村に郵送で申し込みください。(FAX不可)
- (2) 受講申込書が不足する場合にはコピーを使用してください。
- (3) 提出期限
 - ①事業所から各市町村への申込期限 (令和元年7月1日(月)必着)
 - ②各市町村から事務局への申込期限 (令和元年7月5日(金)必着)

6. 受講決定

- (1) 申込人数が定員を超えた場合は、受講希望優先順位により定員に達するまでの方を受講者として決定します。
- (2) 受講決定通知は令和元年8月9日(金)までに法人・会社宛へ郵送いたします。

7. 経 費

- (1) 受講料 一人 2,600円
- (2) 支払方法
研修初日に会場にて現金で納付ください。なお、つり銭は準備いたしませんのでご注意ください。
- (3) その他
 - ①納入された受講料は資料作成等に充当するため、途中で欠席された場合でも返還いたしません。
 - ②受講に係る旅費等の経費は、受講者負担とします。

8. 修了証書

研修の全日程を修了した者に対し、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了証書を交付します。

9. 連絡先

〒682-0023 鳥取県倉吉市山根5-5
社会福祉法人敬仁会 本部 総務課 青目
電 話：0858-26-3864
Eメール：n-training@med-wel.jp

【提出先】 事業所が所在する（所在予定）の市町村

令和元年度鳥取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

令和元年 月 日

法人・会社名

郵便番号・住所

電話・FAX

申込担当者名

優先順位	氏名	所属事業所名	事業種別
1	<u>氏名(ふりがな)</u> 生年月日 S・H 年 月 日		①・②
2	<u>氏名(ふりがな)</u> 生年月日 S・H 年 月 日		①・②
3	<u>氏名(ふりがな)</u> 生年月日 S・H 年 月 日		①・②

※「事業種別」欄は、以下の種別より選び、「事業種別」欄の該当番号に○をして下さい。

①指定（介護予防）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

市町村への申込締め切り 令和元年7月1日（月） ※郵送必着