

【オンライン開催】

令和2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 20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2年12月14日（月）10：00～17：00（受付9：00～）

【2日目】令和2年12月15日（火）9：30～12：30（受付8：30～）

	10：00	12：00	13：00	14：00	17：00
1日目	<u>小規模多機能ケアの視点 ケアマネジメント論</u> 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		<u>地域生活支援</u> 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	<u>チームケア</u> 60分 <u>居宅介護支援計画作成の実際</u> 120分 天晴れ介護サービス 総合教育研究所 榑原 宏昌
2日目	9：30	12：30			
	<u>居宅介護支援計画作成の実際</u> 180分 天晴れ介護サービス 総合教育研究所 榑原 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2年10月23日(金) 必着)
 - ②各市町村から事務局への申込期限 (令和2年10月29日(金) 必着)

6. オンライン開催に係る留意事項

今般の新型コロナウイルス感染症の状況を鑑み、本研修をビデオ会話ツール Zoom を使用した、オンラインでの開催といたします。受講申し込みは、以下の事項を必ずご確認の上、お申し込みください。同意いただけない場合は受講申し込みの受付ができませんので、予めご了承ください。

(1) ご準備いただきたいもの

- ・ Zoom が使用できる環境
- ・ パソコン (タブレット不可) ※受講者1名につき1台
- ・ マイク (パソコン内蔵・ヘッドセットであれば不要)
- ・ Web カメラ (パソコン内蔵であれば不要)
- ・ イヤホン (パソコン内蔵スピーカーでもよいですが、イヤホンをご使用いただくとより聞きやすくなります。)
- ・ 研修受講に適した環境 (個室や会議室等可能な限り受講者以外の声が入らない環境)

※Zoom とは

オンラインで会議やセミナーができる Web システムです。

アプリでも、ブラウザからでも参加することが可能です。

Zoom の操作方法等については下記のサイトをご参照ください。

<https://support.zoom.us/hc/ja>

Zoom は下記『ミーティング用 Zoom クライアント』からダウンロードできます。

<https://zoom.us/download>

(2) 留意事項

- ・ 講座の録音、録画、撮影は禁止いたします。(受講決定通知書と併せて誓約書様式を送付いたします。研修当日までにご返送いただきます。)
- ・ システムトラブル、接続の不具合などにより、本研修に参加できなかった場合や途中の切断、画像・音声の乱れが生じた場合は、原則、参加費の返金はいたしません。
- ・ 再配信はいたしません。
- ・ URL 等は本研修受講者のみ利用可能です。
- ・ URL 等の再配布は禁止です。
- ・ 研修当日までに接続テストを行います。(受講決定通知書と併せて日程等通知いたします。)

7. 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2年11月20日(金)までに法人・会社宛へ郵送いたします。

8. 経 費

(1) 受講料 一人 2,900円

(2) 支払方法 受講料は法人・会社単位にて受講者分の総額を振込みください。

※振込手数料は受講者負担とします。

※誤って手数料を差し引いて受講料を振込された際には、不足分をお支払いいただきますので
ご了承下さい。

(3) 振込期間

受講決定通知書受領日 ～ 11月30日(月)

(4) 振込先

以下の何れかの口座にお振込みください。

金融機関	店番	支店	口座番号	名義
山陰合同銀行	067	倉吉	3655940	フク) ケイジンカイ
鳥取銀行	151	倉吉中央	1872263	社会福祉法人敬仁会 理事長 藤井一博

(5) その他

①振込期間内(上記(3))に受講料納入がない場合、受講決定が取り消しとなります。

②納入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。

③受講に係る旅費等の経費は、受講者負担とします。

9. 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。

10. 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 吉田

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

【オンライン開催】

令和2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 2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> <u>生年月日</u> S・H 年 月 日	<u>所属事業所名</u> <u>申込理由</u>	①・②
2	<u>氏名(ふりがな)</u> <u>生年月日</u> S・H 年 月 日	<u>所属事業所名</u> <u>申込理由</u>	①・②
3	<u>氏名(ふりがな)</u> <u>生年月日</u> S・H 年 月 日	<u>所属事業所名</u> <u>申込理由</u>	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2年10月23日（金） ※郵送必着