

平成30年度仙台市小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 開催要領

1 目 的

この要領は、仙台市小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修事業実施要綱に基づき、指定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またはその担当者になる予定の者に対し、利用者及び事業の特性を踏まえた小規模多機能型居宅介護事業計画または指定看護小規模多機能型居宅介護事業計画を作成するために必要な知識と技術を習得するための専門的な研修を実施することにより、介護サービスの質の向上を図ることを目的とする。

2 研修実施主体 仙台市

3 研修事務局(仙台市委託先)

公益財団法人仙台市健康福祉事業団
介護研修室(仙台市シルバーセンター5階)
TEL:022-215-3711/FAX:022-215-3718

4 対 象 者

市内の指定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またはその予定の者で、事業所の長が適任と認めた者で、**次の要件をすべて満たす者**。

- (1) 「認知症介護実践研修(実践者研修)」または「痴呆介護実務者研修(基礎課程)」を修了した者
※上記研修を修了していない場合は、別に本研修開催前の「認知症介護実践研修(実践者研修)」の受講が必要です。
- (2) 介護支援専門員(サテライト型事業所の場合は不要)
- (3) 全日程【講義・演習(2日間)】受講可能である者。(遅刻・早退不可)
※現在交代の予定はないが、次期計画作成担当者候補として受講を希望する者は、受講定員に満たない場合に限り受け付ける。1事業所1名、認知症介護実践研修(実践者研修)」または「痴呆介護実務者研修(基礎課程)」を修了している者を対象とする。

5 日程・内容

講義・演習	平成31年1月23日(水)・24日(木) 2日間
-------	--------------------------

※詳細は別紙カリキュラム参照

6 定 員 20名

7 会 場 仙台市シルバーセンター(仙台市青葉区花京院1-3-2)6階 第2研修室

8 受 講 料 5,200円 ※受講料は研修初日にご持参ください。

- 9 申込方法** 必要書類を公益財団法人仙台市健康福祉事業団ホームページよりダウンロードし、(<http://www.senkenhuku.com/>)必要事項をご記入のうえ、研修事務局まで **郵送(必着)** でお申し込みください。

【提出書類】

- (1) 申込書 1枚/人
- (2) 事業所推薦書 1枚/人
- (3) 課題レポート用紙 1枚/人
- (4) 認知症介護実践研修(実践者研修)または「痴呆介護実務者研修(基礎課程)」の修了証書(写し) 1枚/人

※本研修は個人での申し込みは受け付けておりません。必ず事業所等の責任者がお申し込みください。

※これまでに本「計画作成担当者研修」を修了した方は申込できません。

【申し込み先】

〒980-0013 仙台市青葉区花京院 1-3-2 仙台市シルバーセンター5階
公益財団法人仙台市健康福祉事業団 介護研修室 宛

※封筒表面に朱書きで「計画作成担当者研修申込書在中」と記載してください。

10 申込期間・受講決定

受講決定者については所属長宛に通知します。なお、受講不可の場合は通知いたしません。

申込期間	決定通知
平成30年11月12日(月)～11月22日(木)	平成30年12月6日(木)頃

11 修了証書の交付

全日程(講義・演習)を受講した受講者に対し、仙台市から修了証書が交付されます。

※「認知症介護実践研修(実践者研修)」を修了していない受講者については修了後に交付されません。

12 その他の注意事項

- (1) 申込の際、受講申込書に不備があった場合は、受理できないことがあります。また、研修受講要件の申告に虚偽または、不正があった場合は、受講決定・研修修了を取り消すことがあります。
- (2) 受講決定後、万一、参加できなくなった場合等は、早急に連絡してください。
- (3) 一旦納入された受講料は返金いたしません。
- (4) 原則として遅刻・早退・欠席は認められません。
- (5) 指導者から改善の指示や指導があった場合は、迅速に改善へ取り組みください。
- (6) 研修中に受講者としてふさわしくない行為があったときは、退室していただき、修了を認めない場合があります。
- (7) 研修で知り得た個人情報、正当な理由なく第三者に漏らしてはいけません。
- (8) 研修の申込に関して事務局が知り得た受講者の個人情報は「個人情報取扱特記事項」に基づき、受講者の決定、受講者名簿及び修了証書の作成等、研修事業の円滑な運営のために使用し、適正な利用・管理を行ないます。
- (9) 本研修中に疑義が生じた場合は、仙台市、研修事務局等で対応を協議することがあります。
(受講者所属事業所の責任者を含む場合もあります)

平成 30 年度仙台市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

会場：仙台市シルバーセンター

■ 1 日目 ■ 平成 31 年 1 月 23 日(水)

(敬称略)

時 間	内 容	講 師
9:20～ 9:30 (10 分)	開講にあたって オリエンテーション	(公財) 仙台市健康福祉事業団介護研修室
9:30～10:10 (40 分)	地域密着型サービスの動向と展開	仙台市健康福祉局介護事業支援課
10:20～11:50 (90 分)	総論・小規模多機能ケアの視点	仙台市認知症介護指導者
11:50～12:40	昼 食	
12:40～14:10 (90 分)	ケアマネジメント論	小規模多機能型居宅介護 管理者 (仙台市認知症介護指導者)
14:20～15:50 (90 分)	地域生活支援	
16:00～17:00 (60 分)	チームケア	
17:00～17:10	アンケート・振り返り	(公財) 仙台市健康福祉事業団介護研修室

■ 2 日目 ■ 平成 31 年 1 月 24 日(木)

(敬称略)

時 間	内 容	講 師
9:30～10:30 (60 分)	居宅介護支援計画作成の実際 (講義)	小規模多機能型居宅介護 管理者
10:40～12:00 (300 分)	居宅介護支援計画作成の実際 (演習)	
12:00～12:50	昼 食	
12:50～16:30	居宅介護支援計画作成の実際 (演習)	小規模多機能型居宅介護 管理者
16:30～16:40	アンケート・振り返り	(公財) 仙台市健康福祉事業団介護研修室
16:40～17:00	修了証書授与	

平成 30 年度仙台市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

平成 年 月 日

(公財)仙台市健康福祉事業団理事長 あて

[申込責任者]

施設(事業所)名 _____ (法人名も記載)

施設(事業所)長
(職 ・ 氏 名) _____ ㊟(公印又は代表者印)

TEL: _____

担当者氏名 _____ FAX: _____

以下のとおり申し込みます。

1.受講者氏名 (ふりがな・性別・職名)	ふりがな _____	(男 ・ 女)		
	氏名 _____	職名 _____		
2.生年月日	昭和・平成 年 月 日 ()歳 ※修了証書に記載しますので、氏名と年生年月日を正確に記入ください。			
3.職種 (番号1つに○)	①介護職員・ケアワーカー ②介護主任・副主任(リーダー、係長等) ③ホームヘルパー ④サービス提供責任者 ⑤介護支援専門員 ⑥計画作成担当者 ⑦看護職員 ⑧生活相談員 ⑨管理者・施設長 ⑩その他()			
4.資格 (番号に○、複数回答可)	①ホームヘルパー ②介護職員基礎研修修了 ③介護福祉士 ④介護職員初任者研修修了 ⑤介護支援専門員 ⑥社会福祉士 ⑦准看護師 ⑧看護師 ⑨なし ⑩その他医療・福祉等の資格()			
5.所属事業所名	_____			
6.事業所所在地	〒 _____ TEL: _____ FAX: _____			
7.法人種別 (番号1つに○)	①市町村・社会福祉協議会 ②医療・財団・社会福祉法人 ③企業・生協・JAみやぎ ④特定非営利活動法人 ⑤その他()※個人事業所等			
8.事業所種別 (所属する事業所の番号1つに○)	①特別養護老人ホーム ②老人保健施設 ③通所介護事業所 ④訪問介護事業所 ⑤通所リハビリ ⑥訪問看護事業所 ⑦グループホーム ⑧小規模多機能型居宅介護 ⑨療養型病床群 ⑩居宅介護支援事業所 ⑪看護小規模多機能型居宅介護 ⑫その他()			
9.勤務施設名	施設・事業所名	期間	業務内容	年月数
	①	年 月～ 年 月		年 ヶ月
	②	年 月～ 年 月		年 ヶ月
	③	年 月～ 年 月		年 ヶ月
※欄が足りない場合は別紙を作成し、記入してください。 高年齢者介護実務経験計 _____ 年 _____ ヶ月				
10.上記記載内容に間違いはありません。 平成 年 月 日 _____ 受講者氏名 ㊟				

* 申込書に記載された内容は、本研修のみに使用し、適正に管理します。

