

令和2年度研修の受講にあたって

社会福祉法人 石川県社会福祉協議会

1 本会では、新型コロナウイルス感染症発生に伴い、受講者の安全確保を図るため、次の対策を行います。

- (1) 研修の定員は100人以下かつ研修室の収容人員の半分以上の人数とします。そのため、申込者数が定員を超過した場合は、抽選等(又は先着順)により受講者を決定させていただきますので、あらかじめご了承ください。
- (2) 受付前に非接触型体温計による検温を実施し、37.5度以上の方は、参加不可といたします。
- (3) 手指用アルコール消毒液を会場出入口に配置いたします。
- (4) 会場の換気、ドアノブ等の消毒を適宜行います。
- (5) 受講者間の距離を確保した座席の配置を行います。
- (6) 職員はマスク着用で対応いたします。

2 受講者の皆様へのお願い

- (1) 受講確定後、次に該当する方は、参加を控えて、速やかに下記事務局へ連絡してください。
 - ・発熱や風邪症状などがあり体調不良の方
 - ・研修日前2週間以内に感染が拡大している地域を訪問した方及び当該地域からの来訪者と濃厚接触した方
 - ・身近に感染が疑われる方がいる場合や、所属法人・施設等から受講の自粛を求められている場合など、新型コロナウイルス感染症の影響により受講が難しくなった方
- (2) 各自でマスクを必ず用意の上、着用してください。マスクをしていない場合は、参加をお断りします。
- (3) こまめな手洗い・うがい・咳エチケット、備え付けの消毒液の使用、休憩時間においても受講者間の距離を取り、会話も出来る限り控えるなどの感染症対策にご協力をお願いいたします。
- (4) サインペンやマーカーなどの文房具の持参の指示があった場合は、必ず用意してください。
- (5) 会場では、定期的に換気を行いますので、衣類等による温度調整とともに、マスクを着用しているため、研修中のこまめな水分補給をお願いいたします。
- (6) 保健所等より要請があった場合は、必要な情報を提供することがありますので、予めご了承ください。

3 その他

県社会福祉会館別館は、敷地内及び周辺での喫煙は禁止されていますので、ご留意願います。

※本書は、10月1日時点のものであり、今後の状況に応じて随時見直しを行います。

令和2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

小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所（以下、「小規模多機能型居宅介護事業所等」といいます。）において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及び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や技術を修得することを目的とします。

2 主催 石川県

3 実施機関 社会福祉法人石川県社会福祉協議会

4 期 日 令和3年3月10日（水）・11日（木）

5 会 場 石川県社会福祉会館別館 研修室2・3（金沢市八田町東1025番地）

6 受講料 5,000円

下記13②の受講選考結果通知で「選考結果：承認」と連絡があった者は、「使用料（手数料）納入票」に5,000円分の石川県証紙を添付し、研修初日に受付へ提出してください。（※厳守）

※ 「使用料（手数料）納入票」の提出方法は、受講選考結果通知をご覧ください。

7 受講対象

次の①②、両方の要件を満たしている者とします。

① 小規模多機能型居宅介護事業所等の計画作成担当者又は計画作成担当者になることが予定されている介護支援専門員（ただし、サテライト型指定小規模多機能型居宅介護支援事業所等については介護支援専門員証の交付を受けていない者も含まれます。）

② 認知症介護実践研修における実践者研修（又は旧基礎課程）を修了している者

8 定 員 15名程度

9 研修プログラム 別紙「研修プログラム」参照

10 参加申込方法

① 参加申込書を市町担当課へ提出し、申込みください。

② 石川県社会福祉協議会ホームページの「福祉の研修」内の「研修申し込み」に、必要項目を入力し、申込みください。

③ 申込み受付期間は、令和3年1月12日（火）～令和3年1月22日（金）です。

（市町担当課から長寿生きがいセンターへの推薦締切日は、1月29日（金）です。）

※ ①の参加申込書の提出、②のホームページの入力、共に必要。

※ 参加申込書は、FAX・メールでの提出は認められません。必ず郵送又は持参してください。

※ ②の詳細は、「11 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力方法」を参照してください。

11 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力方法

下記手順で必要事項を入力してください。

- (1) 石川県社会福祉協議会ホームページ (URL <http://www.isk-shakyo.or.jp/>) のトップ画面にある上部メニューから「福祉の研修」ボタンをクリックします。
- (2) 「研修新着情報」の一覧から、受講希望の研修名を選び、クリックします。
- (3) 受講希望の研修名を選択すると、「研修検索」ページに移動します。「研修検索」ページ画面の下方にある「検索結果」に、研修が表示されています。
- (4) 「検索結果」欄の研修の右欄に【要綱】と【申込】ボタンが表示されます。受講希望の研修であることを確認のうえ、【申込】ボタンを選択してください。
- (5) 「研修申し込み」画面に移動します。必要事項を入力してください。(※マークは必須項目) 入力後に「申込確認画面へ」をクリックして入力内容を確認し、最後に「申し込む」ボタンをクリックしてください。「受付確認書」メールが届けば、申し込み入力が完了です。

※ メールアドレスは、受講の選考結果など重要な通知に利用しますので、正しく入力してください。メールアドレスに誤りがあると、最初から申込み入力していただく必要があります。

※ 受付確認書メールが届かない場合、入力されたメールアドレスが誤っている可能性があります。事務局(石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター)までご連絡ください。なお、受付確認書メールは、受講が決定したという意味ではありません。

※ ホームページでの入力申込みの他、参加申込書の提出も必要です。

12 受講者の決定

- ① 定員の範囲で受講者を決定します。
- ② 申込者が定員を超えた場合は、申込多数の法人等から調整させていただきます。
- ③ それでも定員を超えている場合は、抽選とさせていただきます。

13 選考結果の通知

- ① 2月9日(火)頃、長寿生きがいセンターから市町担当課へ、選考結果通知を電子メールにて送信します。その後、市町担当課から各事業所へ連絡していただきます。
- ② 2月10日(水)頃、長寿生きがいセンターから各事業所へ、受講選考結果通知を電子メールにて送信します。

※ 送信予定日を2日以上経過しても通知が届かない場合、長寿生きがいセンターまでお問い合わせください。

14 申込み・問合せ先

石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター 担当：森田
〒920-3104 金沢市八田町東1025番地 石川県社会福祉会館別館
TEL：076(258)3135 FAX：076(258)3149

※ 新型コロナウイルスを始めとする感染症予防のため、受講時にはマスクを着用するとともに、受講当日の体調をご確認いただき、発熱や咳等の症状が見られる方は、受講をお控えください。

別紙

令和2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）
プログラム

日	時	研 修 科 目
3月10日 (水) 【1日目】	8:30～ 8:45	受付
	8:45～ 8:50	開講・オリエンテーション
	8:50～ 9:30 (40分)	「行政説明 ～小規模多機能型居宅介護について～」
	9:30～10:50 (80分)	「総論・小規模多機能ケアの視点」
	10:50～11:00	休憩
	11:00～12:30 (90分)	「地域生活支援」
	12:30～13:30	昼食・休憩
	13:30～17:00 (210分)	「ケアマネジメント論」
3月11日 (木) 【2日目】	8:45～ 8:55	受付
	8:55～ 9:00	オリエンテーション
	9:00～12:00 (180分)	「チームケアについて」 「居宅介護支援計画作成の実際Ⅰ」 「居宅介護支援計画作成の実際Ⅱ」
	12:00～13:00	昼食・休憩
	13:00～17:00 (240分)	「居宅介護支援計画作成の実際Ⅰ」 「居宅介護支援計画作成の実際Ⅱ」
17:00～	閉講・修了証書交付	

令和2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）参加申込書

項目		申込内容		
所 属	介護保険事業所番号	※必ず記入してください。		
	住 所	〒		
	事業所名	※法人・会社名から記入してください。		
	事業種別			
連絡先	Tel	Fax		
受 講 者	住 所	〒		
	ふりがな		年齢	歳
	氏 名			
	職 名			
	生年月日	S・H	年	月 日
	採用年月日	S・H・R	年	月 日
	経 験 年 数		年	ヶ月（過去を含む経験年数）
	優 先 順 位	※同一法人から複数名申込みの場合ご記入ください。		
	介護支援専門員 資格の確認	[番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>] [交付年月日] 平成 年 月 日		
	実践者研修 (基礎課程) 修了の確認	※該当するものに○を付けて必要事項を記入して下さい。 ・平成 年度 痴呆介護実務者研修 基礎課程 修了 ・平成/令和 年度 認知症介護実践研修 実践者研修 修了 [修了証書番号 第 号]		
今回申込みの理由（該当する番号に○を付けて、必要事項を記入してください。） ① 新規開設予定 開設時期：令和 年 月 日 開設場所： _____（※市町名のみで可） ② 計画作成担当者の交代 交代時期：令和 年 月 日 旧の計画作成担当者名： _____ ③ その他 理由（具体的に） _____				

上記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

（市町の長）

様

（事業者法人名及び代表者名）

印

使用料（手数料）納入票

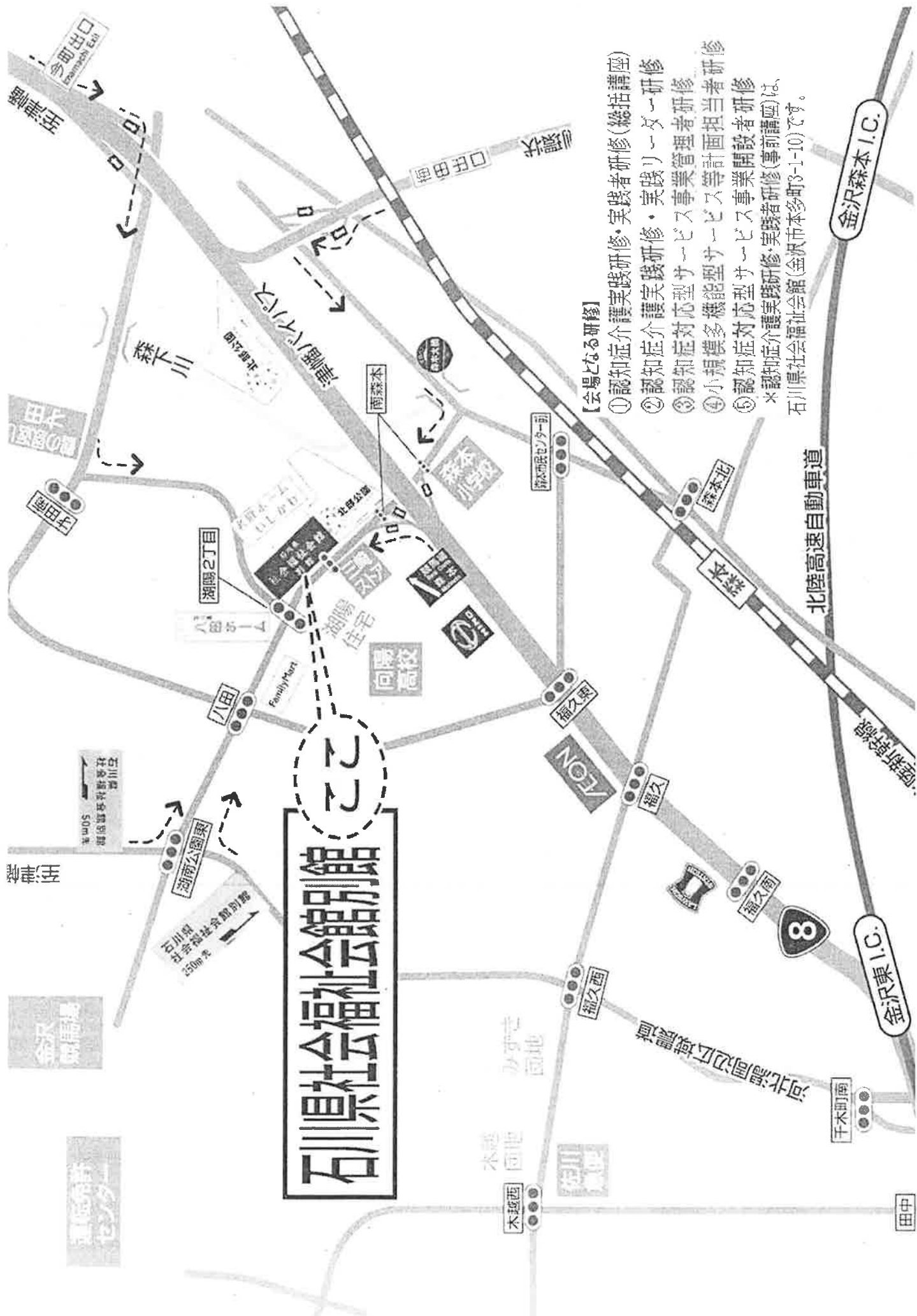
申請書、願書等 整理番号	第 号	科 目				
		款	項	目	節	附記
年度・会計	令和2年度 一般会計	8	2	3	4	7
		※ 金 額		¥5,000		
※ 納 入 理 由	小規模多機能型 サービス等 計画作成担当者研修	※ 納 人	住 所			
			氏 名			

（証紙はりつけ欄）

- 注 意
1. 証紙はりつけ欄に証紙をはり付け、欄が不足するときは裏面を利用してください。
 2. ※印箇所は、納人が記入してください。（申請書等と同時に提出する場合は住所の記入を省略することができます。）
 3. 国の収入印紙と混同しないでください。
 4. 自己の印章等で割印しないでください。
 5. 証紙は、北國銀行本支店のほか、証紙売りさばき人からお求めください。

「指定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」に規定される研修について

	認知症対応型 通所介護	認知症対応型 共同生活介護	小規模多機能型 居宅介護	看護小規模多機 能型居宅介護
代表者		<p>認知症対応型サービス事業開設者研修</p> <p>基準第92条</p>	<p>基準第65条</p>	<p>基準第173条</p>
管理者		<p>認知症介護実践研修(実践者研修)</p> <p>基準第43条</p>	<p>基準第64条</p>	<p>基準第172条</p>
		<p>認知症対応型サービス事業管理者研修</p> <p>基準第91条</p>	<p>基準第63条</p>	<p>基準第171条</p>
計画作成 担当者		<p>認知症介護実践研修(実践者研修)</p>	<p>小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修</p> <p>基準第63条</p>	<p>基準第171条</p>



【会場となる研修】

- ① 認知症介護実践研修・実践者研修(総括講座)
 - ② 認知症介護実践研修・実践リ～ダ～研修
 - ③ 認知症対応型サービス事業管理者研修
 - ④ 小規模多機能型サービス等計画担当者研修
 - ⑤ 認知症対応型サービス事業開設者研修
- * 認知症介護実践研修(事前講座)は、石川県社会福祉会館(金沢市本多町3-1-10)です。

石川県社会福祉会館別館

北陸高速自動車道

金沢森本I.C.

金沢東I.C.

千木町南

田中

木越西

石川郵便

河北瀬田辺区域センター

福久南

福久

福久東

森本北

森本小学校

南森本

湖陽2丁目

森下川

運動免許センター

金沢競馬場

金沢

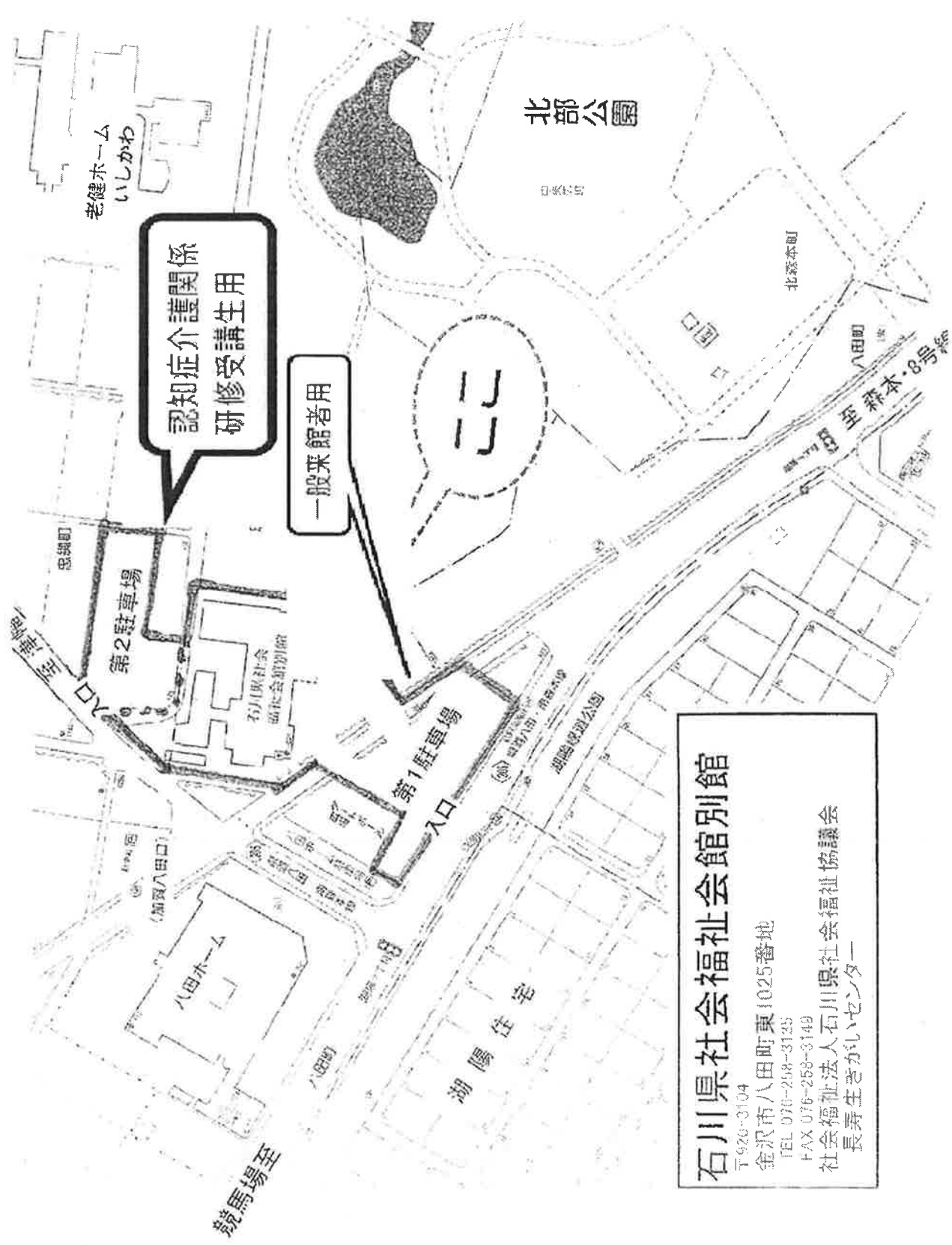
石川県社会福祉会館別館 550m先

湖南公園東

石川県社会福祉会館別館 550m先

田中

今町出口



石川県社会福祉会館別館
 〒926-3104
 金沢市八田町東1025番地
 TEL 076-258-3125
 FAX 076-258-3149
 社会福祉法人石川県社会福祉協議会
 長寿生きがいセンター