

# 令和3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4年3月9日（水）・10日（木）

## 5 開催方法 Zoomによるオンライン研修

※Web環境とカメラ・マイク機能付きのパソコンが必要です。

※グループワークがあるので、必ず一人一台の端末とし、静かな環境で受講してください。

## 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、3月2日（水）までに提出してください。（※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①②③、両方の要件を満たしている者としてします。

- 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みます。）
- 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
- ③ カメラ機能付き（内蔵・外付けを問わない）パソコン、インターネット環境を準備することができ、Zoomにて受講が可能な者

## 8 定 員 20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4年1月12日（水）～1月24日（月）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31日（月）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、郵送又は持参していただくか、メール・FAXにてご提出ください。

※ 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、受講の選考結果や受講時必要なURLの送付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(水)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(木)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  
E-mail [morita@isk-shakyo.or.jp](mailto:morita@isk-shakyo.or.jp)

## 15 接続テストについて

研修をスムーズに開始できるよう、研修で使用するZ o o mの接続テストを2月21日(月)に行います。(15分程度を予定しております)。必ず研修受講予定の方が、研修当日と同じ場所・環境、同じパソコンにて参加してください。研修当日に受講者側の理由により接続トラブルが発生し、研修へ参加できなかった場合は、欠席として扱います。修了の対象とはなりませんので、ご注意ください。

## 16 受講における留意事項

- ・今回はオンライン研修を受講できるWe b環境に対応できる方を対象としています。受講環境として「有線ケーブル」「We bカメラ内蔵のパソコン(外付け可)」「ヘッドセットまたはマイク付きイヤホン」をご用意ください。

※ 原則、ネットワーク環境は有線が推奨されます。無線Wi - F i環境を利用する場合は、同じ建物内でも電波状況にムラがあるので、電波状況の良い場所で受講してください。

- ・グループワークがあるので、必ず集中できる場所・環境で1人1台の端末で受講してください。音声のトラブル防止と講師や他の受講者の声を聴き取りやすくするため、「ヘッドセット又はマイク付きイヤホン」をご使用ください。

- ・修了証書は、全研修科目を修了した方に、後日各事業所へ郵送いたします。

- ・受講者が長時間に渡って映っていない等、受講確認ができない場合には、修了を認めない場合がありますので、ご注意ください。

令和3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9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10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	

「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		認知症対応型サービス事業開設者研修 基準第92条	認知症対応型サービス事業開設者研修 基準第65条	認知症対応型サービス事業開設者研修 基準第173条
		↓	↓	↓
管理者		認知症介護実践研修(実践者研修)	認知症介護実践研修(実践者研修)	認知症対応型サービス事業管理者研修 基準第172条
	基準第43条	基準第91条	基準第64条	
計画作成 担当者		認知症介護実践研修(実践者研修)	↓	↓
			小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修 基準第63条	小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修 基準第171条

令和3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			
	申込担当者名 連絡先	担当者名	Tel	Fax
受講者	ふりがな			
	氏名			
	職名			
	生年月日	S・H 年 月 日		
	採用年月日	S・H・R 年 月 日		
	経過年数	年 月 (過去を含む経過年数)		
	優先順位	※同一法人から複数名申込む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・修了予定 〔修了証書番号 第 号〕		
	受講場所	※該当する番号に丸を付けてください。 ① 所属事業所 ② 自宅 ③ その他 ( )		
	緊急時の連絡先 (携帯電話等)	※研修日当日、Zoom等に関するトラブルがあった際に使用します。 (Tel )		
	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)

## 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3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、納入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。