

令和6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） 開催要項

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7年3月12日（水）・13日（木）

5 開催方法 Zoomによるオンライン研修

※Webによる環境とカメラ・マイク機能付きのパソコン等が必要です。

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5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①②、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

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 石川県社会福祉協議会ホームページの「福祉の研修」内の「研修申込」に、必要項目を入力してください。
- ② 推薦依頼書を市町担当課へ提出してください。

上記①②の受付期間は、1月21日（火）～2月3日（月）です。※締切厳守

※ ①②共に必要。

※ ①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」を参照のこと。

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

- ① 石川県社会福祉協議会ホームページ (URL : <http://www.isk-shakyo.or.jp/>) の上部メニューから **福祉の研修** をクリックします。
- ② 「研修新着情報」から受講希望の研修名をクリックすると、「検索結果」が画面の下方に表示されます。
- ③ 受講希望の研修であることを確認の上、右欄の **申込** をクリックすると、「研修申し込み」が表示されます。
- ④ 必要事項(※印は必須項目)を入力後、**申込確認画面へ** をクリックし、入力内容を確認の上、**申し込む** をクリックして、申し込み完了です。
- ⑤ 申し込み後、すぐに「受付確認書」がメールで送信されます。
メールが届かない場合は、メールアドレスが正しく入力されていない可能性がありますので、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」は受講を承認するものではありません。後日、「受講選考結果」がメールで送信されます。

※ メールアドレスは、受講の選考結果やオンライン研修時に必要 URL の送付など重要な通知に利用しますので、常に確認可能なものを使用してください。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。

※ ホームページでの入力申込みの他、推薦依頼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19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メールにて送信します。
- ② 2月19日(水)頃、長寿生きがいセンターから市町担当課へ、受講選考結果通知を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

15 Zoom 接続テスト及び操作説明会について

研修がスムーズに開始できるよう、研修で使用するZoomの接続テスト及び操作説明会を3月3日(月) 13:30より行います。(10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、同じパソコン等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、欠席扱いにさせていただきますので、ご了承ください。

16 受講における留意事項

- (1) 原則、ネットワーク環境は有線が推奨されます。無線Wi-Fi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。
 - ・ 各自でオンライン研修を受講できる環境(パソコン等によるWeb環境)を整えていただきます。
- (2) 修了証書は、後日郵送にて各事業所へ郵送いたします。

別紙

令和6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11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)	「総論・小規模多機能ケアの視点」
	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12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 基準第65条 基準第173条		
管理者	認知症介護実践研修(実践者研修)			
	↓ ↓ ↓ ↓			
	認知症対応型サービス事業管理者研修 基準第43条 基準第91条 基準第64条 基準第172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 基準第171条	

令和6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）市町推薦依頼書

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
	経歴年数	年 ヶ月（過去を含む経歴年数）		
	優先順位	※同一法人から複数名申込み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/令和 年 月 日		
	実践者研修 (基礎課程) 修了の確認	※受講修了した年度と修了証書番号を記入して下さい。 ・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]		
	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） _____			
<input type="checkbox"/> 石川県社会福祉協議会 HP にて申し込みを行っている。（✓を付けてください）				

上記のとおり推薦を依頼します。

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6年度 一般会計	8	2	4	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。