

## 【5】平成30年度 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 実施要項

「本実施要項」及び「認知症介護研修における留意事項」をあらかじめご理解の上、申込みください。

### 1 目的

指定認知症対応型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所・指定認知症対応型共同生活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における計画作成担当者（予定者を含む）が、対象となる事業所において、利用者及び事業の特性を踏まえたサービス計画を作成するために必要な介護の手法や地域での生活支援その他の事項に関する知識及び技術を習得する。

### 2 実施主体

兵庫県（研修実施事業者として兵庫県社会福祉事業団に委託）

### 3 定員・申込要件

〔定員〕各回 30名（計2回 実施予定）

〔対象者〕以下の要件全てを満たす者（②はア又はイのいずれか一つ）

①	申込者が勤務する法人の所属長等（申込責任者）が受講を認めた者
②	ア <b>新規に開設</b> する予定の小規模多機能型サービス事業所等※の計画作成担当者に就任予定であるが当研修を受講していない者
	イ <b>既に関設</b> している小規模多機能型サービス事業所等※の計画作成担当者に既に就任している、または今後計画作成担当者に就任することが決まっているが、当研修を受講していない者
③	<b>認知症介護実践研修における実践者研修（旧基礎課程を含む）を修了している者</b> ※平成12年度～16年度に実施した「認知症（痴呆）介護実務者研修基礎研修・基礎課程」を修了した者は上記認知症介護実践研修（実践者研修）を修了した者とみなします ※昭和59年度～平成11年度までに実施した「認知症（痴呆性）老人処遇技術研修」の受講者について、次の条件の両方を満たす場合には、上記、認知症介護実践研修（実践者研修）修了した者とみなします ・認知症（痴呆性）老人処遇技術研修の集中基礎講座（2日間）及び実践研修（3週間）を修了書により確認できる ・認知症（痴呆性）老人処遇技術研修の修了後、引き続き認知症介護の実務に従事している

※申込責任者が申込者と同一人物は不可とします。申込者が所属長の場合は法人代表者等が申込責任者になります。

※小規模多機能型サービス事業所等とは、指定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です。

※認知症介護実践者研修の修了見込みの者であっても申込みは可能ですが、対象となる認知症介護実践者研修が修了できなかった場合、受講は取消されます。

（研修初日までに認知症介護実践者研修の実習を除く講義・演習等が終了していることが申込み要件）

※認知症介護実践者研修受講中の申込みは、当研修課で受講状況が確認できる機関での受講の者に限ります。

### 4 日程・プログラム

『プログラム』のとおり ※日程は都合により変更する場合があります。

### 5 研修会場

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 1階 介護実習室 他

※会場は変更になる場合があります。

### 6 修了証の交付

全プログラム終了後、修了者に対して兵庫県知事の修了証を交付します。

研修受講者であっても、研修の目的が達成されないと判断された場合や、欠席・遅刻・早退等があった場合は修了書を交付できないことがあります。

### 7 資料代等（受講決定者のみ）

資料代等 6,000円

※納入方法については受講決定者に対して別途通知します。

## 8 申込方法

**申込みは計画作成担当者として就任する（予定の）事業所がある市町の長を通じて行います。**

申込みから受講までの手続きは『受講までの流れ』を確認してください。

記載している申込提出物を作成し、**各市町介護保険担当課**へ問い合わせの上、申込みください。

〔申込提出物〕

	提出書類物	内容
①	受講申込書 「様式5-①」	<b>申込者1名につき1部作成</b> ダウンロードしてパソコン作成又は印刷して手書き作成したもののいずれか1部を提出する ※いずれも代表者及び所属長の要押印 ※白黒印刷で可
②	認知症介護実践研修 (実践者研修)等の 修了証の写し	(1) 当事業団(兵庫県立総合リハビリテーションセンター及び西播磨総合リハビリテーションセンター)で認知症介護実践研修(実践者研修)受講中の場合は、『受講決定通知書』の写し (2) 他機関で受講中の場合は、『受講決定通知書』等の写しと『研修プログラム』(本研修初日までに、実践者研修の実習を除く講義・演習を終了していることが条件)
③	受講可否 返信用封筒	<b>『受講申込書』1部につき 『返信用封筒』1枚</b> 長形3号(120mm×235mm)に92円切手を貼付け、表面に以下(1)～(3)の内容を明記して提出する(裏面は何も記入しない) (1) 返信先の住所・法人名・事業所名・宛先名 (2) <b>計画作成担当者研修 受講決定返信用</b> ( <input type="checkbox"/> 内 赤色で記載 ) (3) 申込者氏名 (必ず記載すること) 例(申込者 ○○ ○○)

※①②はいずれも白黒印刷で可。

※『受講申込書』の記入漏れがあった場合、選考の優先順位を下げる又は受講不可とする等の不利益が生じる場合があります。

※切手金額の不足があった場合、受取人払いにて発送します。

〔提出先〕

各市町介護保険担当課

※『受講可否返信用封筒』については、作成例を参考にしてください。

## 9 申込期間

申込期間内に各市町介護保険担当課へ申込みください。

〔申込受付期間〕

回	各市町への申込受付期間	各市町より当研修課への 申込締切日	受講対象者 (当事業団で受講した場合)
第1回	平成30年 7月 3日(火) ～ 7月31日(火)	平成30年 8月 14日(火)	平成30年度 第1・2回、西播磨実践者研修を含む、それまでの修了(見込)者が受講対象になります
第2回	平成30年 11月 6日(火) ～12月 4日(火)	平成30年 12月 18日(火)	平成30年度 第3・4回実践者研修を含む、それまでの修了(見込み)者が受講対象になります

※研修初日までに実践者研修の実習を除く講義・演習等が終了していることが申込要件になります。

※実践者研修の修了を見込として本研修を申込まれた場合、同回の実践者研修が修了できなかった際には本研修の受講は取消されます。その後、別回の実践者研修を修了されても無効となります。

※申込期間以外は受付を行いません。

※実践者研修とは認知症介護実践研修(実践者研修)のことを示す。

## 10 受講決定

- ・申込者が定員を上回った場合は、申込締切り後に受講者の選考を行います。先着順ではありません。
- ・受講の可否の連絡は、返信用封筒を使用し申込者全員に通知します。また申込みのあった市町介護保険担当課にも通知します。
- ・選考後、受講者のみ研修初日に事前課題レポートの提出が必要です。

〔事前課題レポート〕※受講者のみ作成

- ・『事前課題レポートの作成・提出について』をご確認いただき、『様式 5-③』を提出してください。

提出書類物	内容	対象者
事前課題レポート 様式 5-③	<b>受講者 1 名につき 1 部作成</b> ※パソコン入力のみ可（手書き不可） 事前課題 <b>未定 決定次第ホームページに掲載します</b>	受講者

『様式 5-③』は更新する場合があります。必ず、受講決定した後に福祉のまちづくり研究所ホームページからダウンロードした様式をご使用ください。

## 11 その他

- ・神戸市を所在地とする事業所については、原則神戸市主催の同研修に申込みください。（神戸市を除く兵庫県内の事業所を優先的に受講決定します）
- ・申込締切り日後、2 週間以内に受講決定通知が届かない場合は、研修課へ問合せください。
- ・受講に際して、研修会場には研修受講者用の駐車スペースは用意していませんので公共交通機関の利用をお願いします。やむを得ず車で来られる場合は、近隣の有料駐車場を使用してください。車での交通事情による遅刻はやむを得ない理由に該当しません。

### 問合せ先

（社福）兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター  
福祉のまちづくり研究所 研修課 認知症介護研修担当  
〒651-2181 神戸市西区曙町 1070  
TEL 078-927-2727（内線 3710） ※12/29～1/3 及び祝日除く 月～金 9時～17時  
ホームページ <http://www.hwc.or.jp/kensyuu>