

令和7年度岩手県小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修実施要領

1 目的

認知症介護サービスを提供する事業所を管理する立場にある者等が、適切なサービス事業の管理・運営等に関する必要な知識・技術を修得し、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図ることを目的とします。

2 実施主体 岩手県

3 研修実施機関 公益財団法人いきいき岩手支援財団

4 受講対象者

岩手県内の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又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所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る者であって、認知症介護実践研修における認知症介護実践者研修(旧基礎課程を含む)の修了者

※ 介護支援専門員資格取得者であること。ただし、サテライト型の場合は、介護支援専門員資格は未取得でも受講が可能な場合あり。

5 受講定員 30名

6 研修日程及び会場

(1)日程 ※ 下記以外に、事務連絡の時間を予定しています。

日 時 (予定)		科 目
11月26日(水)	12:30~12:50	開会、オリエンテーション
	12:50~15:30	(総論) 小規模多機能ケアの視点 (講義) ケアマネジメント論
	15:40~16:40	(講義) 地域生活支援
11月27日(木)	9:20~10:20	(講義) チームケア (記録・カンファレンス・アセスメント・プラン)
	10:30~12:30	(講義・演習) 居宅介護支援計画作成の実際
	12:30~13:30	昼休憩
	13:30~16:30	(講義・演習) 居宅介護支援計画作成の実際
	16:30~16:50	閉会、修了式

(2)会場

盛岡市勤労福祉会館 (盛岡市紺屋町2-9)

7 受講料 (資料代含む) 4,800円 (税込)

- ・ 納入方法については、受講決定通知でお知らせします。
なお、一度納入された受講料は、原則返還いたしません。
- ・ 研修に係る交通費、駐車料金、宿泊費等は自己負担とします。

8 受講申込

(1) 申込書 別添の受講申込書に必要事項を**もれなく御記入**ください。

(2) 添付書類

①認知症介護実践者研修（旧基礎課程含む）の修了証書（写し）

認知症介護実践者研修を未修了の場合は、今年度の当該研修を修了する必要がありますので、「岩手県認知症介護実践者研修実施要領」及び「受講申込書」により、申込み手続きを行ってください。

②介護支援専門員証（写し）

(3) 申込先

事業所を管轄する各市町村介護保険担当課（地域密着型サービス指定担当課）

※ 事業所を管轄する各市町村から研修事務局に申込書の提出をしていただくことになります。

(4) 申込締切

5月12日(月) 消印有効

9 受講者の決定

各研修開始1か月前頃までに申込者あて通知します。

10 修了証書の交付

本研修は厚生労働省老健局長通知(平成18年3月31日付老発第0331010号)に基づいて実施し、研修修了者に岩手県知事名の修了証書を交付します。

11 その他の注意事項

- (1) 災害等やむを得ない事情により研修が中止、延期、時間等が変更となる場合があります。その場合の連絡は、下記ホームページでお知らせします。
- (2) 欠席や遅刻等により未履修の科目が生じた場合、修了証書を交付できません。
- (3) 研修初日に欠席された場合は、受講キャンセルとみなします。
- (4) 講義の進行状況によって講義終了時間を超えて講義や演習が行われる場合がありますので、受講に支障がないことを確認のうえお申込みください。
- (5) 本研修では、eラーニングは行っておりません。

12 個人情報の取り扱い

受講申込書類に記載された個人情報につきましては、「岩手県認知症介護実践者等養成研修事業委託契約」等に基づき適正に管理します。

なお、当該研修の修了者の情報につきましては、同契約に基づき岩手県知事に提出します。

【問合せ先】 〒020-0015 盛岡市本町通三丁目19-1 3階

(公財)いきいき岩手支援財団 研修課 認知症研修担当

TEL : 019-629-2300(直通) FAX : 019-625-7494

ホームページ : <https://www.silverz.or.jp/>

※申込先は、事業所を管轄する各市町村介護保険担当課となりますので御注意ください。