

令和5年度第2回茨城県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講者募集要項

1 目的

指定(介護予防)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の計画作成担当者となる者が、利用登録者に関する指定居宅サービス若しくは指定介護予防サービス等の利用に係る計画又は指定(介護予防)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における(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画、看護小規模多機能型居宅介護計画を適切に作成する上で必要な、当該サービスに係る「基準の正しい理解」「適切な研修対象者サービスの提供」「利用計画作成演習」などの必要な知識・技術を身につけることをねらいとする。

2 受講対象者(受講要件)

以下の(1)・(2)の要件を満たす者

- (1) 茨城県内にある茨城県内の指定(介護予防)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務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、認知症介護実践者研修(旧実務者研修基礎課程を含む)を修了している者
- (2) WEBによる同時双方向の研修受講環境が整うこと。

なお、上記(1)茨城県内の事業所に該当しない場合でも、申し込みできますが、この場合の受講は、定員に空きがある場合に限りです。また、(2)に関しては、一時的な要件になります。

3 日程・カリキュラム 令和5年12月13日(水)・14日(木) ※両日ともWeb研修です。

時刻	研修内容
	開講式・オリエンテーション
1日目 12月13日(水) 9:00~14:50 WEB研修	講義 総論・小規模多機能ケアの視点 講義 地域生活支援 ・地域生活支援の考え方 ・小記簿多機能型施設の取組報告 講義 ケアマネジメント論
2日目 12月14日(木) 9:00~16:10 WEB研修	講義 チームケア 講義 居宅介護支援計画作成の実際 演習 居宅介護支援計画作成の実際

※カリキュラムは、変更する場合があります。

4 定員 20名程度

5 申込方法

5ページの申込書様式をダウンロードし必要事項を記入してください。更に所属施設の代表者等の推薦を受けた上で、期日までに必要書類を添付し事業所のある市町村に申し込みをしてください。

申込期日：**10月27日(金)必着**

事業所を所管する**市町村の介護保険担当課**へ提出してください。(市町村へ提出した受講申込書は、市町村を通して県へ提出されます。)

申込書類：①茨城県小規模多機能型サービス等計画作成担当者受講申込書

※6ページの記入例をご参照ください。

②実践者研修の修了証（又は、実務者研修基礎課程の修了証）のコピー

記載に不備のある場合や市町村長の推薦を受けず、県に直接送付された方は受講決定されません。

6 受講者の決定

申込者等を審査の上決定し、茨城県保健医療部健康推進課より受講3週間程前までに受講決定通知を申込書に記載していただいた勤務先にお送りします（応募者が定員を超えた場合は、受講義務がある職務の方を優先します）。なお、期限後の申し込み者には結果を通知しません。

7 受講にかかる負担金

受講料 5,000 円/1 名 後日、指定の金融機関へ振込をしてください。

※振込手数料は、受講者側の負担となります。なお、負担金は、理由を問わず返還いたしません。

※テキスト購入の必要はありませんが、各事業所で行っていただく資料の印刷は、自己負担となります。研修は、資料を用いて講義を進めてまいります。

※オンライン講義の視聴環境の確保は受講料に含まれておりません。受講者の負担となります。

8 受講方法

- ・研修はすべて WEB 研修（Zoom ライブ配信）で行います。
- ・受講にあたり、安定して高速な定額の接続環境が推奨されます。モバイル Wi-Fi ルータなどを利用した場合、通信量オーバーにより速度制限がかかると接続が切断されてしまう場合がありますので、十分ご注意ください。
- ・受講場所については、各事業所・自宅等問いませんが、事業所の管理者の指示に従ってください。
- ・視聴方法の詳細は、受講決定後、改めて御案内をお送りします。

<Zoom ライブ配信研修>

- ① 研修中使用する PC に Zoom のインストールをすませてください。
- ② PC は、1 人一台の端末での参加をお願いします。PC で受講できる環境を前提とし、タブレット端末は推奨いたしません。スマートフォンは不可です。
- ③ 双方向型の研修のため、Web カメラ・マイクが必要となります。PC 等にそれらの機器がついていない場合は、別途レンタルをするか、もしくは購入する必要があります。（茨城県や茨城県老人福祉施設協議会に、貸出機器の準備はありません。）
- ④ ヘッドホンとマイクの使用を推奨します。
- ⑤ 同じ場所で複数の受講者がいる場合は、マイク同士の干渉によりハウリングを起こしますので、注意が必要です。また、周囲の音声をマイクが拾いますので、静かな場所を確保してください。
- ⑥ その他、受講決定通知に記載のある作業をしていただいた後、数日中に茨城県老人福祉施設協議会からメールが届きます。研修受講に必要な準備資料をダウンロードしてください。
- ⑦ 運営事務局（茨城県老人福祉施設協議会）が、研修開催日の出席の確認を行います。

＜参考＞受講料支払までの流れ

受講決定通知が到着した方は、記載のある研修委託先の茨城県老人福祉施設協議会に必要事項をメールで送信すると（受講決定通知に記載のアドレスに）、受講料振り込みの案内等が添付された電子メールが届きますので、ご対応願います。

（研修当日に使用する PC からメールを送信願います。）

9 修了認定

修了証書は、全カリキュラム（全日程）を修了し、次の（1）～（2）の基準を満たした方に限り後日、事業所へ送付いたします。

＜修了認定基準＞

（1）全科目を履修したこと。

（なお、特段の事情がない限り、10分以上遅れて参加した場合は、当該科目の履修を認めません。）

（2）受講中は指導者の指示に従って研修を受講し、内容の理解や受講態度に著しい問題がないと認められること

ただし、受講中、研修態度が好ましくないと判断された場合（携帯電話の使用、研修に関係のない行為、居眠り、離席等）、映像の指示に従わない場合、研修指導者の注意に従わない場合は、取り消し、または修了を認めない場合があります。演習の取組状況や、その他の点から研修内容を理解していないと判断される場合には、別途レポートの提出を求めるか、または修了を認めない場合があります。なお、アンケート等は、各々、指定期日までに研修委託先である一般社団法人茨城県老人福祉施設協議会へ提出してください

10 受講に当たっての注意事項

インターネット環境（PC、ネット環境、受講生の接続スキル、Webカメラやマイク等の機器など）がある者、及び、資料をダウンロードし、印刷する環境が整っている者が受講の要件で、接続不備により受講できなかった場合は、研修終了の対象にはなりませんのでご注意ください。

受講の可否にかかわらず、申込書類は返却いたしませんのでご了承ください。

受講決定後、やむを得ない事情により参加ができなくなった場合は、速やかに茨城県保健医療部健康推進課地域包括ケア推進室認知症対策担当(029-301-3333)へその旨をご連絡ください。

○その他 研修当日までに準備する物等

＜研修で使用する物＞

- ・受講者は、自らのメール送信後に茨城県老人福祉施設協議会から届く受講案内等を確認し、送付される研修資料の印刷をしておいて下さい。研修に使用するテキストはありません。ダウンロードしていただく研修資料は、かなりの量があります。
- ・黒以外のペンも数色用意してください。

＜研修前の案内等＞

- ・受講決定者の皆さんは、研修当日に申込用紙に記載してある職場のパソコンから研修当日の URL にログインしていただきます（詳細は受講決定通知の中に説明があります）。十分、時間に余裕を持ち初日の準備をなさってください。

11 本件に係る問い合わせ先

<研修全般・申込に関する連絡・お問い合わせ先>

茨城県保健医療部健康推進課 地域包括ケア推進室 認知症対策担当宛

〒310-8555 水戸市笠原町 978-6 茨城県庁舎 16 階

電話 029-301-3333 Fax 029-301-3318

※研修日の 10 日程前になりましても**受講決定通知**が到着しない場合は、

上記へご連絡の程、お願いいたします。

<受講方法に関する連絡・受講料・インターネット接続についてなどのお問い合わせ先>

一般社団法人 茨城県老人福祉施設協議会 研修担当

電話 029-241-8529 Fax 029-241-4456

茨城県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 受講申込書 (楷書で丁寧に記入を)

ふりがな		性別	1 男	2 女	氏名と生年月日は修了証に ←印刷されます。間違いのないよう 記入してください。
氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	
住所	〒	電話番号	-	-	←ご自分の住所・連絡先 TEL を記入。
受講するPC のアドレス	記入必須				←研修に使用予定の職場のPCのアド レスを必ず記入願います。
勤務先	法人名 施設名	所在地	〒	※受講決定通知送付先です。	役職名
			電話番号	-	FAX 番号
事業所形態	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他()				
受講目的	1 指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護を開設予定のため(☆) 2 看護小規模多機能型居宅介護を開設予定のため(☆) 3 指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護の計画作成担当者を変更するため(★) 4 看護小規模多機能型居宅介護の計画作成担当者を変更するため(★) 5 既に計画作成担当者であるが、研修を未受講のため(計画作成担当者就任: 年 月~) 前任者名 _____ 6 上記以外の目的() ※具体的な受講目的を必ず記入してください。				
	(☆)受講目的が1、2の方は、以下もすべて記入して下さい。		(★)受講目的が3、4の方は、以下もすべて記入して下さい。		
	ア 開設の予定	_____年__月__日頃	ア 変更時期	令和_____年__月__日頃・未定	
イ 事業者指定申請の予定	_____年__月__日頃	イ 変更役職	1 計画作成担当者 2 管理者兼計画作成担当者 3 その他()		
ウ 施設の名称	_____	ウ 前任者の役職・氏名	_____		
エ 開設予定住所	_____	エ 変更の理由	_____		
オ 予定役職	1 計画作成担当者 2 管理者兼計画作成担当者 3 その他()	オ 市町村への報告・相談	未・済(____年__月頃) 上記2行も記入		
カ 開設ユニット数	_____ユニットから_____ユニットへ				
キ 管轄市町村への相談	未・済(令和____年__月) 済の場合→ 1 同意を得ている 2 相談中				
認知症介護実践者研修(または実務者研修基礎課程)の受講の有無	有(平成・令和 年度 第 回)・無				
認知症介護の実務経験	勤務先	職種・役職	従事期間(令5年9月現在)		
			昭和・平成・令和 年 月 日~	昭和・平成・令和 年 月 日(年 ヶ月間)	
			昭和・平成・令和 年 月 日~	昭和・平成・令和 年 月 日(年 ヶ月間)	
			昭和・平成・令和 年 月 日~	昭和・平成・令和 年 月 日(年 ヶ月間)	
	R5.9月 現在で記入→		認知症介護の実務経験 : 計 年 ヶ月間		
高齢者福祉に 関する資格	資格の名称		取得年月日		
			昭和・平成・令和 年 月 日		
			昭和・平成・令和 年 月 日		
		昭和・平成・令和 年 月 日			

上記のとおり申し込みます。

令和 5年 月 日 申込者(受講者)氏名 _____ 【自筆でフルネームサイン】

上記の者を研修の受講生として推薦します。

令和 5年 月 日 法人・事業所名 _____ および所属長氏名 _____ 【自筆でフルネームサイン】

※この申込みに関する連絡先 事業所名 _____	担当者 _____	電話番号 _____
-----------------------------	-----------	------------

【記入例】茨城県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 受講申込書 (楷書で丁寧に記入)

ふりがな	いばらき こ	性別	1 男 ② 女	←氏名と生年月日は修了証に印刷されます。間違いのないよう記入してください。	
氏名	茨城 みと子	生年月日	昭和 平成 51年 3月 △△日		
住所	〒300-0000 〇〇市・・町5-9-63 〇〇ヒルズ 〇〇号	電話番号	090-1111-〇〇△△	←ご自分の住所・連絡先 TEL を記入。	
受講するPCのアドレス	記入必須 Kaigo-123@△△.co.jp ※Kは大文字、数字の前は、アンダーバー			←研修に使用予定の職場のPCのアドレスを必ず記入。	
勤務先	法人名 施設名	社会福祉法人 〇〇会 小規模多機能型居宅介護 〇〇園		役職名	介護職員
	所在地	〒300-1111 ××市××ヶ谷 321-98 受講決定通知送付先です	電話番号	029- 321 -98××	FAX番号
事業所形態	<input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他()				
受講目的	1 指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護を開設予定のため(☆) 2 看護小規模多機能型居宅介護を開設予定のため(☆) ③ 指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護の計画作成担当者を変更するため(★) 4 看護小規模多機能型居宅介護の計画作成担当者を変更するため(★) 5 既に計画作成担当者であるが、研修を未受講のため(計画作成担当者就任： 年 月～) 前任者名 _____ 6 上記以外の目的() ※具体的な受講目的を必ず記入してください。				
	(☆)受講目的が1、2の方は、以下もすべて記入して下さい。 ア 開設の予定 _____年____月____日頃 イ 事業者指定申請の予定 _____年____月____日頃 ウ 施設の名称 _____ エ 開設予定住所 _____ オ 予定役職 1 計画作成担当者 2 管理者兼計画作成担当者 3 その他() カ 開設ユニット数 _____ユニット キ 管轄市町村への相談 未・済 (令和____年____月) 済の場合→ 1 同意を得ている 2 相談中		(★)受講目的が3、4の方は、以下もすべて記入して下さい。 ア 変更時期 令和6年 4月 1日頃・未定 イ 変更役職 1 計画作成担当者 ② 管理者兼計画作成担当者 3 その他() ウ 前任者の役職・氏名 管理者 兼 計画作成担当者 △山 △夫 エ 変更の理由 前任者 退職のため 上記2行も記入 オ 市町村への報告・相談 未・済 (年 月 頃)		
認知症介護実践者研修 (または実務者研修基礎課程) の受講の有無		<input checked="" type="checkbox"/> (平成・令和 27年度 第 3回) ・ 無			
認知症介護の実務経験	勤務先	職種・役職	従事期間(令和5年9月現在)		
	看護小規模多機能型居宅介護 さつき		昭和・平成・令和 20年 7月 15日～ 22年 3月 31日	昭和・平成・令和 (1年8ヶ月間)	
	小規模多機能型居宅介護 〇〇園		昭和・平成・令和 22年 4月 1日～ 5年 9月 30日現在	昭和・平成・令和 (13年6ヶ月間)	
			昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日	昭和・平成・令和 (年 ヶ月間)	
R5.9.30 現在で記入→			認知症介護の実務経験 : 計 15年 2ヶ月間		
高齢者福祉に関する資格	資格の名称		取得年月日		
	ヘルパー2級		昭和・平成・令和 20年 2月 20日		
	介護福祉士		昭和・平成・令和 25年 4月 15日		
	介護支援専門員		昭和・平成・令和 29年 2月 22日		

上記のとおり申し込みます。

令和 5年 10月 10日 申込者(受講者)氏名 茨城 みと子 自筆サイン

上記の者を研修の受講生として推薦します。

令和 5年 10月 11日 法人・事業所名 および所属長氏名 小規模多機能型居宅介護〇〇園 理事長 那珂 桂子 自筆サイン

※この申込みに関する連絡先
 事業所名 小規模多機能型居宅介護〇〇園 担当者 〇野 (事務担当) 電話番号 029-321-98××