**令和５年度(2023年度)北海道小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修実施要綱兼募集要項**

１ 目的

小規模多機能型サービス等計画作成担当者となる者に対して、利用者及び事業の特性を踏まえたサービス等の利用に係る計画又は介護計画を作成するために必要な知識及び技術を修得するための研修を実施する。

２ 実施主体

北海道とする。ただし、事業の一部をこの事業を適切に実施することができると認められる者に委託することがある。

この場合において、知事は委託先に対し、当該事業が適正かつ効果的に行われるよう指導監督を行う。

３　研修の対象者

　　次の(1)、(2)の条件をいずれも満たし、知事が適当と認めた者

(1) 介護支援専門員として以下の事業所（今後開設を予定している事業所を含む。）の計画作成担当者に従事している者又は計画作成担当者になることが予定されている者

|  |
| --- |
| ○　指定小規模多機能型居宅介護事業所（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（平成18年厚生労働省令第34号。以下「指定基準」という。）第63条第１項に規定するものをいう。）  ○　指定看護小規模多機能型居宅介護事業所（指定基準第171条第１項に規定するものをいう。）  ○　指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号。）第44条第１項に規定するものをいう。） |

※　サテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所又はサテライト型指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所については、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) 本研修の受講時点で下記のいずれかの研修を修了している者

　　　なお、本年度の認知症介護実践研修（実践者研修）を受講される方で、本研修の受講申込時には実践者研修が未修了であっても、本研修の受講初日までに実践者研修を修了する見込みである場合には、受講可能とします。

|  |
| --- |
| ○　痴呆（認知症）介護実務者研修（基礎課程）（平成12年度～平成16年度実施）  ○　認知症介護実践研修（実践者研修）（平成17年度～現在まで実施）  ○　認知症高齢者グループホーム管理者研修（平成17年度実施のみ）  ○　認知症対応型サービス事業管理者研修（平成18年度～現在まで実施）  ○　北海道痴呆性老人処遇技術研修（昭和60年度～平成11年度実施）  ○　北海道痴呆性老人グループホーム職員処遇研修（平成10、11年度実施）  ○　北海道痴呆性老人グループホーム管理者研修Ａ（平成12年度実施のみ）  ○　北海道認知症（痴呆）介護実務者研修（平成13年度～平成17年度実施） |

４　募集定員

各回40名

５ 研修の内容

講義・演習　２日間（11時間）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 講　義　名・演　習 | 時　間 |
| 講　義  講　義  講　義  講　義  講　義  講義・演習 | 小規模多機能型居宅介護の概要  小規模多機能ケアの視点  地域生活支援  チームケア（記録・カンファレンス・アセスメントプラン）  ケアマネジメント論  居宅介護支援計画作成の実際 | 60分  90分  90分  60分  60分  300分 |

　　※　時間数については、変更の可能性があります。

６　研修日程及び研修会場

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 研　修　日 | 会　場 |
| 第１回 | 令和５年（2023年）６月13日(火) ～ ６月14日(水) | かでる２．７　1060会議室  （札幌市中央区北２西７） |
| 第２回 | 令和５年（2023年）８月28日(月) ～ ８月29日(火) | かでる２．７　520会議室  （札幌市中央区北２西７） |
| 第３回 | 令和５年（2023年）12月11日(月) ～ 12月12日(火) | かでる２．７　520会議室  （札幌市中央区北２西７） |
| 第４回 | 令和６年（2024年）２月13日(火) ～ ２月14日(水) | かでる２．７　1060会議室  （札幌市中央区北２西７） |

７　受講の手続等

(1) 受講の申込み

受講申込に当たっては、受講依頼書兼申込書を、所属する法人から事業所所在地の市町村担当課まで提出してください。

**※　期日厳守となります。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 申　込　期　日 | |
| 第１回 | 令和５年（2023年）５月19日(金) | 市町村担当課に必着 |
| 第２回 | 令和５年（2023年）７月24日(月) |
| 第３回 | 令和５年（2023年）11月６日(月) |
| 第４回 | 令和６年（2024年）１月９日(火) |

(2) 市町村の推薦書

市町村長は、新規開設を予定する事業所については、当該事業所の開設申請内容等を十分審査し、受講することが適当と認めた場合に、受講依頼書兼申込書に推薦書を添えて、知事に提出してください。

(3) 受講者の決定

知事は、受講依頼書兼申込書に基づき受講要件を審査の上、受講者を決定し、受講申込みを行った法人の代表者に通知します。

なお、申込者数が４の募集定員を超える場合は、受講できないことがあります。

８　研修費用

参加料及び研修教材費として6,000円の負担が必要です。研修初日に受付でお支払いください。

９　修了証書の交付等

全課程を修了した方に、北海道知事名の修了証書（別記様式）を交付します。

10　注意事項

(1) 受講申込みは１事業所あたり１名とします。

(2) ＦＡＸでの申込みは受付しません。（申込みは無効とします。）

(3) 受講決定した受講者の変更は認めません。

(4) 申込書に不実や虚偽の記載が認められた場合には、受講決定の取り消し又は修了証書を交付できない場合があります。また、修了証書発行後に虚偽が認められた場合は、修了を取り消す場合があります。

(5) 次の場合、研修の修了を認めないことがあります。

・研修受講態度が著しく不良である場合

・レポートや関係書類などの提出物が未提出である場合

・その他、研修の目的が達成されないと判断される場合

11　個人情報の取扱い

受講申込みに係る個人情報については、本研修に係る業務にのみ使用し、厳重に管理します。

12　問い合わせ先

【研修の申込みに関して】

各市町村担当課

【受講決定及び研修内容に関して】

　　社会福祉法人幸清会（委託先）

　電話　0142-82-3325

北海道保健福祉部高齢者支援局高齢者保健福祉課地域支援係

電話　011-204-5275

別記様式

|  |
| --- |
| 第　　　　号  修　　　了　　　証　　　書  氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　年( 年)　　月　　日  あなたは、厚生労働省の定める小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了したことを証します。（研修修了日　　年( 年)　月　日）  　年( 年)　月　日  北海道知事　　○　○　○　○ |