

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 主催

# ライフサポートワークセミナーinながの

(小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修／長野県「みなし指定」事業)

## 募集要項

---

### 1. 研修の目的

この研修は、「認知症介護実践者等養成事業の実施について（平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）」に基づき、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会（以下、「本会」という。）が運営するもので、指定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ている者が小規模多機能型居宅介護計画（ライフサポートワーク）を適正に作成するうえで、必要な知識・技術を取得することを目的に実施する。

### 2. 研修の対象者

次のいずれかに該当する者のうち、指定小規模多機能型居宅介護事業所（指定申請を行う予定の事業所を含む。）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者。当該事業所が所属する市区町村の長が受講を認めたものであること。

介護支援専門員の有資格者であって

(1) 痴呆介護実務者研修（基礎過程）の修了者

(2) 認知症介護実践研修（実践者研修）の修了者

(3) 再度、本研修で学びたい者（フォローアップ受講者及び聴講者）

※自治体職員については、上記によらず聴講可とする。

### 3. 受講定員

研修受講者の定員は40人とする（修了証授与対象者）。

### 4. 実施日程・研修場所

日 時：2010年11月21日（日）～22日（月）

会 場：長野アイビースクエア3階 会議室

〒380-0823 長野県長野市南千歳1-3-12 アイビースクエアビル3階

### 5. 主催

特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

### 6. 共催

特定非営利活動法人長野県宅老所・グループホーム連絡会

7. 研修カリキュラム（全 750 分／標準カリキュラム 540 分）

■11月21日（日）1日目

時 間	内 容
09:45～10:00	開校式 オリエンテーション
010:00～11:00 (60分)	「総論・小規模多機能ケアの視点Ⅰ」 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 副代表 小山 剛
11:00～12:00 (60分)	「総論・小規模多機能ケアの視点Ⅱ」 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 代表 川原秀夫
12:00～13:00	昼食・休憩
13:00～15:00 (120分)	「ケアマネジメント論Ⅰ」 ～生活支援の意義と方法～ 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 副代表 宮島 渡
15:00～17:00 (120分)	「ケアマネジメント論Ⅱ」 ～地域生活支援～ 日本認知症グループホーム協会 副代表理事 岩尾 貢

■11月22日（月）2日目

時 間	内 容
09:30～11:30 (120分)	「ケアマネジメント論Ⅲ」 ～チームケア～ 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 代表 黒岩尚文
11:30～12:30 (60分)	「小規模多機能型居宅介護のライフサポートワークⅠ」 居宅介護支援計画作成の実際Ⅰ 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 代表 川原秀夫
12:10～13:00	休 憩
13:00～16:30 (210分)	「小規模多機能型居宅介護のライフサポートワークⅡ」 居宅介護支援計画作成の実際Ⅱ 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 事務局長山越孝浩 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 副代表 宮島 渡
16:30～17:00	閉校式

8. 使用テキスト

『ライフサポートワーク実践テキストブック

—小規模多機能型居宅介護・グループホームのケアマネジメント—』

発行：中央法規出版／A4判／172頁

価格：2,310円（税込）

9. 研修に要する費用

10,000円（長野県内受講者／修了証あり）

5,000円（フォローアップ受講者／修了証なし）

※自治体職員については、無料。

10. 受講者の決定

受講申込者が定員を超える場合は、公正な選考を行い受講者を決定する。なお、所属する（所属予定を含む）事業所の長を通じて申込者全員に選考結果を通知する。また、受講者多数の場合は、修了証発行対象者を優先する。

11. 申込締切

2010年10月29日（金）17:00まで

12. 修了証の交付

全研修プログラム修了者に終了証を交付します。

※遅刻、欠席等による不履行プログラムがある場合は、修了証の交付は行いませんので、ご注意願います。

※フォローアップ受講者の場合は、修了証は発行されません。

13. 受講申込

別添の受講申込書に必要事項を記入のうえ、当該市町村から推薦書を添付のうえ、お申し込みください。※当該市町村の推薦書がない場合は、受講できません。

なお、自治体職員が聴講を希望する場合は、別途所属、氏名、連絡先を明記（様式任意）のうえ、お申し込みください。

14. 問合せ・郵送先

特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会  
〒105-0013 東京都港区浜松町 1-4-8-413  
TEL03-6430-7916 FAX03-6430-7918 携帯電話 080-1855-7445  
担当：山越孝浩（やまこし たかひろ）  
e-mail: info@shoukibo.net URL <http://www.shoukibo.net>

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

年 月 日

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会  
理事長 川原 秀夫 様

所属機関名：

代表者名： 印

次の者の受講について申し込みます。

氏名		性別	男 ・ 女
職名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
勤務先 (予定含む)	名称：		
	住所：		
	電話：		
	FAX：		
介護保険施設・事業所等において介護業務に従事した年数（通算）	年 月 ※平成22年11月1日現在の年数を御記入願います。		
介護支援専門員資格	有 ・ 無 （無の場合は受講できません）		
研修受講歴	認知症介護実践者研修 年 月 日 痴呆介護実務者研修 基礎課程 年 月 日		
受講目的 (いずれかひとつに○)	1. 新規開設予定 2. 計画作成担当者変更(平成 年 月変更(予定)) (介護支援専門員) 3. その他( )		
テキスト購入希望の有無	<input type="checkbox"/> 購入希望 <input type="checkbox"/> 購入不要 (いずれかにレ点)		

■記入上の諸注意について

- ※1 申込書に記載された「氏名」「生年月日」をもとに、修了証書を作成しますので、楷書ではっきりと御記入ください。特に、氏名に旧字体等を用いる場合には、御注意ください。
- ※2 原則として遅刻、欠席、早退は認めません。
- ※3 決定した受講者を、法人内で変更することはできません。
- ※4 記載内容に事実と反する記載が発見された場合、修了を取り消します。
- ※5 認知症介護実践者研修若しくは痴呆介護実務者研修基礎課程の修了証書（修了見込み者は受講決定通知）の写しを添付してください。
- ※6 介護支援専門員証若しくは介護支援専門員登録証明書の写しを添付してください。

平成 年 月 日

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会  
理事長 川原 秀夫 様

(市町村名)

推 薦 書

下記の者について、平成 22 年度の下記研修を受講させたいので、特段の配慮をお願いしたい。

受講させたい研修	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修		
推薦する者	氏 名		
	事業者名	住所 :	
		電話 :	
		FAX :	
	経験年数		
既を受講した研修		受講年次	
		( 年)	
		( 年)	
		( 年)	
研修を受講することにより基準を満たす職名	<input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input checked="" type="checkbox"/> 計画作成担当者		

■記入上の諸注意について

※フォローアップ受講者については、推薦書は不要です。