２０２４年度 神戸市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

あらかじめ、「2024 年度 神戸市認知症介護研修について」を確認してください

１．目　　的

（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として、認知症の人の尊厳を支え、自立を支援するため、チームで利用者の地域生活を支えるためのケアマネジメントについて理解する。さらに利用者および事業所の特性を踏まえた介護計画を適切に作成するうえで必要なサービス基準の理解、適切なサービスの提供、利用計画作成等の知識・技術の習得・向上を目指す。

２．研修形式・定員

＜研修形式＞　　対面式　集合研修

（都合により、オンライン研修に変更する場合あり）

＜定　　員＞　　各回　２０名（年度内２回開催）

３．研修日程

※詳細は各カリキュラム参照

回	講　　義
第１回	２０２４年　７月３１日（水）・８月　５日（火）
第２回	２０２５年　１月２２日（水）・１月２９日（水）

４．受講要件

以下の要件をすべて満たしている方。（②はａまたはｂどちらか）

①　従事する施設の施設長または事業所管理者等（受講責任者）の推薦・承認が得られる方。
②　ａ **新規に開設する予定**の小規模多機能型サービス事業所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方 ｂ**既に開設している**小規模多機能型サービス事業所の計画作成担当者に既に就任している、または１年以内に就任が決定しているが、当研修を受講していない方 ※小規模多機能型サービス事業所とは、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をさします。（介護予防を含む）
③　認知症介護実践者研修（または旧痴呆介護実務者研修（基礎課程））を修了している方 ※認知症介護実践者研修修了見込み者であっても申込は可能ですが、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、本研修の受講は取消となります。その後、別回の実践者研修を修了されても計画作成担当者研修修了は無効です。 ※<u>当会以外の機関で</u>実践者研修受講中の場合、本研修初日までに、実践者研修を修了することが要件です。 ※当会で実践者研修を受講中（もしくは申込中）の場合、本研修初日までに、実践者研修２日目の講義を受講することが要件です。

5．会　　場

こうべ市民福祉交流センター（神戸市中央区磯上通３丁目 1-32）

※都合により、会場変更となる場合があります

6．受　講　料

１人　6，000 円

7．申込方法および申込期間

申込みフォームからお申込みください。年度途中で入力フォームは変更になる予定です。

＜研修申込フォームまでのアクセス手順＞

神戸市社会福祉協議会ホームページ　＞　学びたい　神戸市認知症介護研修

https://www.with-kobe.or.jp/nintisyou_kaigo/

＜必要提出物等＞

対象者は「データ注意事項」に留意したうえで、該当の提出物をスキャンまたは撮影によりデータ化（PDF・JPEG 等）したものを、申込フォームに添付してください。

データ注意事項
- ファイル名を申込者名（例：社協　太郎）とすること
- 画像データの字体が読み取れない場合、無効
- 書類の記載事項が見切れている場合、無効
- 送信可能画像データは最大 10MBまで

	名　称	内　　容	対象者
①	証 明 写 真	６ヶ月以内に正面･脱帽･背景無地で撮影された写真	全　員
②	認知症介護実践者研修等の修了証等	認知症介護実践者研修修了証あるいは旧痴呆介護実務者研修（基礎課程）修了証 ※実践者研修修了見込者は受講決定の通知および研修日程がわかる書類 ※当会で実践者研修を受講中(申込中)の場合、選考結果通知のみの提出でかまいません。	
③	新旧の氏名がわかる公的書類等	提出書類と申込者の氏名が異なる場合、氏名変更が記載されている公的書類等(発行から３ヶ月以内) (例)氏名変更が記載されている運転免許証の表裏両面のコピー、戸籍抄本	提出書類と申込者の氏名が異なる方
④	市町推薦状	事業所所在地管轄の市町介護保険担当課等に発行依頼し、神戸市長宛で発行された推薦書 ・推薦書内に申込者氏名、所属事業所、経験年数、発行日、市町長名および押印が記載されているもの	神戸市外の事業所に所属する受講希望者

＜申込受付期間＞　　※申込受付期間外は一切受付できません。

回	研修申込受付期間	受講対象者（当会で受講した場合）
第１回	２０２４年　5月２４日（金）　９：00～ 6月２５日（火）13：００	2024 年度 第１・２回実践者研修を含む、それまでの修了(見込)者
第２回	２０２４年１１月１１日（月）　９：00～ １２月１０日（火）13：００	2024 年度 第３・４回実践者研修を含む、それまでの修了(見込)者

８．事前課題（受講決定者のみ）

受講決定者のみ、選考結果通知とともに案内する『事前課題』の提出が必須になります。

９．研修に関する問い合わせ／連絡先

神戸市社会福祉協議会　認知症介護研修事務局　　TEL：078-200-4013（直通）

※担当者が不在の場合、すぐに回答できないことがあります。