

令和元年度 訪問・通所介護事業所
サービス計画担当者研修（応用課程）開催要綱

1 目 的

介護保険制度における居宅サービスの中心となる訪問・通所介護サービスの中で、訪問・通所介護計画を作成するなど、重要な役割を担うサービス計画担当者の研修の応用課程において、演習・事例等を通して、居宅介護サービスの適正な提供及び質の向上を図ることを目的とする。

2 主 催

大分県

社会福祉法人大分県社会福祉協議会（大分県社会福祉介護研修センター）

3 開催日程

【通所】	1日目	令和元年	7月	2日（火）		9：00～16：00
	2日目	令和元年	8月	2日（金）	A班	9：00～12：00
					B班	13：00～16：00
	3日目	令和元年	11月	13日（水）	A班	9：00～12：00
					B班	13：00～16：00
	4日目	令和2年	1月	17日（金）		10：00～16：00
【訪問】	1日目	令和元年	7月	16日（火）		9：00～16：00
	2日目	令和元年	8月	22日（木）	A班	9：00～12：00
					B班	13：00～16：00
	3日目	令和元年	11月	14日（木）	A班	9：00～12：00
					B班	13：00～16：00
	4日目	令和2年	1月	29日（水）		10：00～16：00

* 2日目と3日目は、午前（A班）か午後（B班）のいずれか3時間の受講となります。（グループ毎の講義・演習となるため、事務局で班の編成を行う都合上研修初日にお知らせします。）

4 受講対象者

(1) 『平成25～30年度、今年度のサービス計画担当者研修（基礎課程）』を修了した方。

(2) 4日間全日程を必ず受講できる方。

* 事前課題（取組み実践事例）を研修1日目、全員に提出してもらいます。
忘れた方は、受講できかねますのでご注意ください。

5 定 員 各組 50名

6 会 場 大分県社会福祉介護研修センター

- 7 修了証 応用課程4日間のすべての日程を受講した方には修了証を交付します。
- 8 資料代 2,000円 (1日目に、4日分の資料代として徴収します。
おつりのないようご準備ください)
事前連絡無しでの欠席については、原則として資料代2,000円を徴収します。

9 受講申込

- (1) 以下の手順に従って受講申込書を提出してください。
①同封の受講申込書に必要事項を記載する。
②受講申込書を、大分県社会福祉介護研修センター宛にFAXで提出する。

(2) 締切日 令和元年6月21日(金) 17:00までに必着

10 受講決定

- (1) 受講申込書が届き次第、申込書に「受講決定」と押印してFAXで返送します。
これにより受講決定通知に代えさせていただきます。
- (2) 受講申込書を提出後、1週間経っても「受講決定」と押印された申込書が返送されない場合は、お手数ですが、ご連絡ください。

11 その他

- (1) この研修には、事前課題(取組み実践事例)があります。別紙参照の上、必ず当日持参してください。当日のグループ毎の演習の中で使用しますので、各自7部(研修センター提出分及び本人分含む)準備してください。
- (2) 本研修は、介護予防職員育成推進事業の一つで、今年度も、事業所開設者及び管理者向けの『介護保険事業所トップセミナー』、介護職員向けの『介護職員現任者研修』があります。開設者・管理者から介護職員の方々にそれぞれの研修の受講を勧め、職務能力の向上を図る研修としてご活用ください。
なお、介護保険事業所トップセミナー、介護職員現任者研修の開催要綱は、今後、随時メールにてご案内いたします。
- (3) 申込書に記載した各事業所の研修担当者へ連絡をすることもありますので、必ず参加申込用紙に担当者名の記入をお願いします。
- (4) 昼食は各自で用意願います。なお、会場で業者が弁当の予約を受け付けますので、希望の方は申し込みください。(お茶付き 500円)
- (5) 研修会場周辺の坂道や信号のない交差点において交通事故が多発していますので、交差点での一旦停止や左右の安全確認を徹底してください。
- (6) 自然災害により、研修の開催が困難であると判断した時は、急遽、日程変更等の対応をとる場合があります。その際は、当研修センターのホームページよりお知らせします。
- (7) 適切な室温管理に努めていますが、個人差がありますので、服装や膝掛けを持参する等、自己管理にご協力をお願いします。

12 研修日程

<1日目> 通所：7月2日（火）・訪問：7月16日（火）

時間	研修内容	ねらい
8:30 9:00	受付 オリエンテーション	
9:05	講義Ⅰ 「大分県における地域包括ケアの構築と推進について」 講師：大分県福祉保健部 高齢者福祉課 地域包括ケア推進班 宇野 絵里花 氏	大分県では地域包括ケアシステムの構築を推進していることから県内、各市町村の取り組みの現状と成果、今後の課題について理解を深める。
10:00	講義Ⅱ 「実践！自立支援に向けた介護計画を目指した課題抽出の仕方（応用編）」 講師：（株）ライフリー 代表取締役 佐藤 孝臣 氏	アセスメントによって明らかとなった「生活課題」に対し「自立支援に向けた介護計画」を作成し、実際のサービス提供、自立・改善に至るまでの過程を学び、実践力の向上を図る。
12:00	昼食・休憩	
13:00	講義Ⅲ・演習 「前年度の自立支援型サービス実践事例発表の体験について」 発表者： 7/2 社会福祉法人永生会 デイサービスセンター舞鶴清流苑 亀井 厚志 氏 7/16 社会福祉法人日出町社会福祉協議会 訪問介護事業所 山口 まり 氏 「事前課題の発表・事例検討・発表事例の決定」 講師（株）ライフリー 代表取締役 佐藤 孝臣 氏	事前課題の発表・事例検討で代表事例を選出する。 事例検討・発表を通して洞察・アセスメント能力、プレゼンテーション能力の向上を図る。
16:00		

< 2日目 > 通所：8月2日（金） 訪問8月22日（木）

時間 上段：A班 下段：B班	研修内容	ねらい
8：30 12：30 9：00 13：00	通所－A班・訪問－A班 受付 通所－B班・訪問－B班 受付	
12：00 16：00	<p>講義Ⅳ・演習 (実践課程での課題検討) A班・B班 「やってみよう！自立支援に向けた ケースカンファレンス」 講師：(株)ライフリー 代表取締役 佐藤 孝臣 氏</p> <p><アドバイザー> 大分県栄養士会 大分県歯科衛生士会 大分県作業療法協会 大分県理学療法士協会 大分県言語聴覚士協会</p>	<p>各班の代表・発表事例をさらに検討することで、情報を共有しながら、個々の生活課題を抽出、整理していく。</p> <p>「取り組むべき課題」に対し、各専門職からの助言で、自立・改善を阻む要因について、個人・環境因子、心身の状態（口腔・運動・栄養・言語・生活・疾患等）によるものかを明確にしていく。</p> <p>課題解決に向けた支援の糸口を紐解くことで、「取り組むべき課題」「実際の自立支援に向けた取り組み支援内容」「目標」を明確にしていく。</p> <p>また、実際の取り組み事例を発表することで実践を通しての、説明能力・プレゼンテーション能力の向上を目指す。</p>

< 3日目 > 通所11月13日（水） 訪問11月14日（木）

時間 上段：A班 下段：B班	研修内容	ねらい
8：30 12：30 9：00 13：00	通所－A班・訪問－A班 受付 通所－B班・訪問－B班 受付	
12：00 16：00	<p>講義Ⅴ・演習 (実践途中経過時点の検証・評価) A班・B班 「実証！元気になる自立支援ケースカンファレンス」 講師：(株)ライフリー 代表取締役 佐藤 孝臣 氏</p> <p><アドバイザー> 大分県栄養士会 大分県歯科衛生士会 大分県作業療法協会 大分県理学療法士協会 大分県言語聴覚士協会</p>	<p>各班代表・発表事例の「3ヶ月間の取り組み内容・支援経過と結果」を発表し、各班の発表・代表事例の中から、最終日4日目の発表者、代表8事例（通所4事例・訪問4事例）を選出する。</p> <p>また、各事例の「3ヶ月間の取り組み、経過・結果」についてケースカンファレンスを通し、検証と評価を行う。課題に対して「自立に向かった要因・向かわなかった要因」を明確にすることや「自立・改善に至った成功事例、自立・改善に向けた取り組みの実際」等の経験を通じて、今後事業所でのサービス提供時における、実践力のさらなる向上へつなげる。</p>

< 4日目 > 通所：令和2年1月17日（金）・訪問：1月29日（水）

時間	研修内容	ねらい
9:20 9:50 10:00	受付 開講	
	講義Ⅵ 「自立支援型サービス実践事例発表」と 関連ミニレクチャー 講師：（株）ライフリー 代表取締役 佐藤 孝臣 氏 大分県栄養士会 大分県歯科衛生士会 大分県作業療法協会 大分県理学療法士協会 大分県言語聴覚士協会	実践事例報告会として「自立・改善に向けた取り組み事例」について代表者8名（通所4事例、訪問4事例）が、3ヶ月間の経過・結果を報告する。 ケースカンファレンス通しての自立支援の取り組みを発表・報告することで、実践力、プレゼン能力の向上を図る。 また、ミニレクチャーでは、専門職より、報告事例に関連する項目に着眼し、自立支援型サービスを実践するために必要なリハビリテーション等の基礎知識を学ぶ。
15:00	講義Ⅶ まとめ	支援の基本となる、利用者との合意形成・求められる説明力について、介護保険の理念・自立支援型サービス提供の実際。多職種連携での取り組みに向けた人材育成等について学び、理解を深める。
16:00		

※講義の間には適時に休憩及び昼食・休憩の時間をとります。カリキュラム内容等は、若干変更する場合がありますので、ご了承ください。

演習課題「取り組み実践事例」の作成・提出要領

I 提出事例と提出方法

1. 提出事例

以下の①～⑤の5点について、取組実践事例として作成して提出してください。

- ①基本情報・・・ケアマネージャー作成のもの
- ②生活機能評価票 (ADL・IADL)
・・・ケアマネ作成がない場合は、各事業所作成のもの
- ③介護予防サービス・支援計画表・・・ケアマネ作成のもの
- ④介護予防 (通所・訪問) 介護計画書・・・各事業所作成
- ⑤経過記録 (3ヶ月～6ヶ月頃まで)・・・各事業所作成

各様式については、任意とします。各自、現在使用している様式を使用されるか、②と⑤については、大分県社会福祉介護研修センターホームページ『演習課題様式一覧』に様式を掲載していますので、ダウンロードして使用してください。

2. 提出方法

①～⑤の課題を7部 (センター事務局提出分1部+演習参加者人数分6部) をコピーして、必ず、研修初日に持参してください。

受付時に提出していただきます。①～⑤の順で綴り、①の右肩に「事業所名と氏名」を記入 (手書きで結構です) しておいて下さい。

初日の演習で使用しますので、忘れた方は受講できかねます。ご注意ください。

II 取り組み・実践事例の作成

1. 「取り組み実践事例」作成の趣旨

今回の事例は、次の趣旨を念頭に作成してください。

実践を通して、事業所の自立支援型サービス実践のスキルアップに繋げていくことを目的とする。

2. 取り組み実践事例の要件

- ①短期間で結果が出ると思われる、要支援1、2 (要介護1) の事例の自立支援型の介護予防計画書であること。
- ②困難事例ではなく、自立支援を前提とし、改善可能性が高く、チーム全体で取り組みやすい事例、または取り組んでみたい事例であること。
- ③1日目の演習時に、各自の事例紹介を行い、発表事例1つを選出するが、今回、班の代表にならなかった受講者も2・3日目の研修時、発表事例 について、ディスカッションしながら、共に取り組み、経過・取り組み 結果を共有していきます。班の代表にならなかった受講者も、各自の事例 (課題) について取り組んでもらうので、今後、取り組み可能な事例であること。

3. 作成時の留意点

介護予防訪問介護計画書等を作成する場合には、日常の実践において、関わる利用者のケースがモデルとなることは当然です。

そのため、上記の『実践・取り組み事例』の趣旨を十分理解した上で、事例検討する際に、当該事例のモデルとなるご利用者の匿名性をいかに担保するかに最大限注意を払わなければなりません。そこで、下記に例示した留意点を十分参考のうえ、作成してください。

記

(1) 事例の本人、支援者の氏名、役職などの表記について

本名は用いず、イニシャル表記は避けてPさん、もしくは介護員A、B…とし、登場人物が混同しないように注意してください。当該事業所しか用いない特別な職名などがあれば、それに代わる一般的な呼称に置き換えて記述してください。

(2) 住所地の表記について

住所地は事業所を特定する大きな要素となりえます。H市（日田市）、K市（杵築市）といった市町村が限定可能な表記は、そこからの類推による事業所の特定も可能となることから、イニシャル表記は避けてP市、Q市、X町といった表記を用いてください。

(3) 地域が特定される施設名について

記録の中で、本人の活動エリアと日常の出来事などが特定されますので、次のような固有名詞は、内容を損なわないように配慮の上、表記を変えてください。

例) 大分メンタルクリニック →××病院（精神科）
うみたまご →水族館
わさだタウン →ショッピングモール など

(4) 年齢等について

事例を検討する際には重要な要素ですが、「〇〇歳代」で統一します。

生育歴の記述が必要な場合も、モデル像が崩れない程度に若干上下にずらすなど、配慮は不可欠です。

生年月日などの表記についても月日までの正確な記述は、ほぼ個人を特定してしまうので避けてください。

※本票のみFAX送信してください。
※メール添付での返信による申込みは受付できません。

受付No. (研修センター記入欄)

大分県社会福祉介護研修センター
FAX (097)552-6868

締切:令和元年 6月21日(金)17:00までに必着

令和元年度 サービス計画担当者研修(応用課程)
受講申込書

〈対象:サービス計画担当者研修【基礎課程】修了者〉

ふりがな 氏名	生年月日	性別	計画担当者としての 経験年数	修了年度	※該当する方に ○印をしてください
	昭和・平成 年 月 日	男・女	年 月	サービス計画担当者 研修(基礎課程) 年度修了	通所介護事業所 訪問介護事業所

事業所郵便番号	〒
事業所住所	
法人名	
事業所名	
研修担当者名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

【受講申込者(管理者)記入欄】

上記の者を標記研修会に受講させたく申し込みます。

役職名 _____ 氏名 _____

※記載された受講者に関する個人情報は、受講者の名簿の作成や演習時の班分け等、研修事業関連の目的にのみ使用し、他の目的で使用することはありません