

令和3年度 社会福祉施設等給食担当職員研修会 《管理栄養士・栄養士コース》開催要綱

- 1 目的 栄養マネジメントの基礎を学び、専門職としての役割を習得する。
また、演習を通して丁寧な栄養ケアの実施や体制強化へつなげる。
- 2 主催 大分県社会福祉介護研修センター
- 3 共催 公益社団法人 大分県栄養士会
- 4 開催日時 令和3年6月15日（火）10：00～16：00
- 5 会場 大分県社会福祉介護研修センター 3階 大ホール
〒870-0161 大分県大分市明野東3-4-1
TEL：097-552-6888 FAX：097-552-6868
- 6 対象者 管理栄養士もしくは栄養士の資格を有する方（従事されている方）、
栄養マネジメントに関心のある介護・施設職員 等
- 7 定員 80名
- 8 資料代 1,000円
※受付時に徴収しますので、お釣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、原則として資料代を徴収します。
- 9 参加申込 以下の手順に従って受講申込書を提出してください。
(1)別紙にて受講申込書様式をダウンロードし印刷をしてください。
(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
してください。（メール添付による受講申込は不可）
(3)締め切り：令和3年5月28日（金）
- 10 受講決定 (1)受講決定通知は「受講決定」と押印して締め切り日以降FAXで通
知します。押印された申込書が返送されない場合は、当研修センタ
ーの担当者までご連絡ください。
(2)参加申込書の住所・電話番号・FAX番号等は、連絡・返送する際
に必要となりますので、必ずご記入してください。

- 1 1 当日準備 (1)ご自身が作成している栄養プラン(スクリーニング・アセスメント・モニタリング・カンファレンス・栄養ケアプラン等、普段ご家族に説明する際に使用している物を氏名がわからないようにしてご持参ください。) ※新書式で記入されているものでも可
演習のグループワークにて使用しますので、班の人数分(4名分)の部数を印刷してご準備いただきますようお願いいたします。
 (2)演習にて計算がありますので、電卓をご持参ください(携帯の電卓機能でも可)※当日物品の貸し借りが出来ませんのでご注意ください。
 (3)「体調確認票」(別紙)をご記入のうえ、受付にて提出してください。
 (4)研修当日は必ずマスクの着用をお願いします。

1 2 研修日程

令和3年6月15日(火)《管理栄養士・栄養士コース》

時間	研修内容	研修のねらい
9:30	受付	
9:50	開会・オリエンテーション	
10:00	<p>【講義】 「栄養ケア・マネジメントの基礎」</p> <p>【演習】 「介護報酬改定後のプラン作成 (経口維持加算を含む)」</p> <p>【講師】 公益社団法人 大分県栄養士会 管理栄養士 濱田 美紀 氏 管理栄養士 曾我 優子 氏</p>	<p>令和3年度の介護報酬改定等の概要と医療・介護との多職種連携や、地域包括ケアの更なる推進に向けて、管理栄養士・栄養士として今後期待される役割について理解を深める。</p> <p>新しいアセスメントシートについての質問事項の共有やアセスメントの方法を確認することで、自身の栄養ケアに活用できるようになる。</p>
16:00	閉会	

※講義の間には適時休憩及び昼食の時間をとります。カリキュラム内容は、若干変更する場合があります。

- 1 3 その他 (1)昼食は各自でご用意願います。なお当日会場にて業者がお弁当の予約受付をしますので、ご希望の方はお申し込みください。(お茶なし500円)
 (2)研修会場周辺の坂道や信号機のない交差点において交通事故が多発していますので、一時停止や左右の安全確認を徹底してください。
 (3)自然災害等により、研修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によりお知らせします。

(4)今年度は、新型コロナ感染防止より、研修会場は、常に窓を開けて換気をしております。体感温度には、個人差がありますので出来るだけ温度調整のできる服装でお越しく下さい。また、会場入室前には、手消毒のご協力及び、必ずマスクの着用をお願いいたします。

※マスクを着用していない方は、会場に入室できません。

1 4 申し込み・お問い合わせ先

社会福祉研修部 担当：植田

TEL：097-552-6888 FAX：097-552-6868

※本票のみFAX送信してください（別途送信票等は不要です）。
 （メール添付での返信による申込みは受付できません）

大分県社会福祉介護研修センター
FAX (097) 552-6868

締め切り：令和3年5月28日（金）

大分県社会福祉介護研修センター 記入欄	
受付 No.	
1	
2	

**令和3年度社会福祉施設等給食担当職員研修会
 （管理栄養士・栄養士コース）受講申込書**

法人名	
-----	--

NO	ふりがな 受講希望者氏名	演習グループ希望組に○印をしてください。		現職 経験年数
	1		A :管理栄養士・栄養士の方で、栄養ケアマネジメントを現在行っている B :管理栄養士・栄養士の方で、栄養ケアマネジメントを現在行っておらず 今後取り入れていきたい方 C :管理栄養士・栄養士以外の方で、栄養ケアマネジメントに関心のある方	
	勤務先名称	受講者職種名	研修当日、栄養プランの 持参の可否	
			可・不可	
NO	(ふりがな) 受講希望者氏名	演習グループ希望組に○印をしてください。		現職 経験年数
	2	()	A :管理栄養士・栄養士の方で、栄養ケアマネジメントを現在行っている B :管理栄養士・栄養士の方で、栄養ケアマネジメントを現在行っておらず 今後取り入れていきたい方。 C :管理栄養士・栄養士以外の方で、栄養ケアマネジメントに関心のある方	
	勤務先名称	受講者職種名	研修当日、栄養プランの 持参の可否	
			可・不可	

勤務先 住所	〒 -		
電話番号 担当者名	TEL () - ()	FAX () - ()	
	氏名 ()		

※ 記載された受講者に関する個人情報、研修事業関連の目的にのみ使用することとし、他の目的で使用することはありません。

※事前アンケートも一緒に送って下さい。



送信先：大分県社会福祉介護研修センター

FAX:097-552-6868

令和3年度 社会福祉施設等給食担当職員研修会 (管理栄養士・栄養士等コース) 事前アンケート

Q1：あなたが勤務している施設種別及び職種について該当するものに○印をしてください。

特別養護老人施設 ・ 老人保健施設 ・ 介護医療院 ・ 介護療養型施設 ・
グループホーム ・ その他 ()

障がい施設 (身体・知的・精神・児童)

管理栄養士・栄養士・施設長・介護支援専門員・介護職員・その他 ()

Q2：現在取り組んでいる内容はどれですか？該当するもの全てに○印をしてください。

施設サービス	栄養マネジメント ・ 経口移行 ・ 経口維持 ・ 療養食
--------	------------------------------

Q3：平成30年度以降、加算を算定しましたか？

はい ・ いいえ

↓ 加算の算定をした方は該当するものに○印をお願いします。

施設サービス	栄養マネジメント ・ 経口移行 ・ 経口維持 ・ 療養食
--------	------------------------------

居宅サービス	スクリーニング加算 ・ 栄養改善加算
--------	--------------------

Q4：栄養プランの作成・説明に関して気になることがあれば記入してください。

Q5：その他悩んでいる事や講師に質問したいことがあれば記入してください。

※アンケートへのご協力ありがとうございました。アンケートへ記載された内容は研修の参考にさせていただきます。講師へ提供させていただきます。