

平成23年度介護支援専門員実務従事者基礎研修開催要綱

1. 目的

介護支援専門員として一定の実務を経験した後に、実務従事者として必要な技術・技能の研鑽を図ることで、介護支援専門員の実務能力の向上を図ることを目的とします。

2. 主催

公益財団法人秋田県長寿社会振興財団（L L財団）

3. 対象者

介護支援専門員としての実務に携わっている者で実務就業後1年未満の方全員が対象となります。（必須）また、実務経験はあるがその後5年以上実務に従事していない方で、今後新たに介護支援専門員証の交付を受けようとする者に該当し再研修を受講した者で、実務経験後期間を経過していることから、本研修を受講することが望ましいとされております。

4. 研修期日・会場

第1組目

基礎研修（4日間）

| | 期 日 | 会 場 | 定 員 |
|------|--------------------|-----------|------|
| 全県対象 | 平成23年7月5日（火）～8日（金） | 中央シルバーエリア | 120名 |

第2組目

基礎研修（4日間）

| | 期 日 | 会 場 | 定 員 |
|------|----------------------|-----------|------|
| 全県対象 | 平成23年9月15日（木）～18日（日） | 中央シルバーエリア | 120名 |

5. 研修日程

第1日目 7月5日（火）・9月15日（木）

| 9:00 | | 9:45 | | 10:00 | | 12:00 | | 13:00 | | 14:00 | | 17:00 | |
|-------------|--------|--------|--------------------------------------|-------|--|-------|-------|--------------------------------------|--|-------|--|--------|--|
| 1 日 目 | 受 付 | 開 会 | 専門員の倫理 担当介護支援 ケアマネジメ ントとそれを | | | | 昼食・休憩 | 専門員の倫理 担当介護支援 ケアマネジメ ントとそれを | | | | 対人援助技術 | |

第2日目 7月6日（水）・9月16日（金）

| 8:45 | | 9:15 | | 12:15 | | 13:00 | | 15:00 | | 18:00 | | |
|-------------|--------|------------------------------------|--|-------|--|-------|------------------------------------|-------|--|-------|------------------|--|
| 2 日 目 | 受 付 | ケアマネジメ ントのプロセ スとその基本 的考え方 | | | | 昼食・休憩 | ケアマネジメ ントのプロセ スとその基本 的考え方 | | | | ケアマネジメ ント点検演習 | |

第3日目 7月7日（木）・9月17日（土）

| 8:45 | | 9:15 | | 12:15 | | 13:00 | | 18:00 | | |
|-------------|--------|------------------|--|-------|--|-------|------------------|-------|--|--|
| 3 日 目 | 受 付 | ケアマネジメ ント点検演習 | | | | 昼食・休憩 | ケアマネジメ ント点検演習 | | | |

第4日目 7月8日（金）・9月18日（日）

| 8:45 | | 9:15 | | 12:15 | | 13:00 | | 15:00 | | 17:00 | | |
|-------------|--------|------------------|--|-------|--|-------|------------------|-------|--|-------|------------------------------------|--|
| 4 日 目 | 受 付 | ケアマネジメ ント演習講評 | | | | 昼食・休憩 | ケアマネジメ ント演習講評 | | | | 研修を振り返 つての意見交 換、ネットワ ーク作り | |

6. 研修内容

| 研修内容 | | 時間 | 研修目的 |
|------|--------------------------|-----|--|
| 第1日目 | ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理 | 3 H | 机上の実務研修内容を就業後の実践に照らして確認することにより重要な倫理を会得する。 |
| | 対人援助技術 | 3 H | 利用者の権利擁護の視点に立ち、自立支援を図る上で必要なアセスメントを行うための相談面接技術の向上を図る。 |
| 第2日目 | ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方 | 5 H | ケアマネジメントの各プロセスの担う役割、目的を再確認するとともに重要性を理解する。また、各自の実践を省みることにより問題点・課題を認識する。 |
| | ケアマネジメント点検演習 | 3 H | 自ら担当している事例を持ち寄り、アセスメントの手法や策定したケアプランについて点検し、問題点・課題を明確にして改善方策を見出す。 |
| 第3日目 | ケアマネジメント点検演習 | 8 H | 自ら担当している事例のアセスメントの手法や策定したケアプランについて点検し、問題点・課題を明確にして改善方策を見出す。 |
| 第4日目 | ケアマネジメント演習講評 | 5 H | 演習の結果を踏まえ今後の改善点を考察する。 |
| | 研修を振り返っての意見交換、ネットワーク作り | 2 H | ケアマネジメントの原則に沿った実践を行うための決意を醸成する。 |

7. 指導講師

| 対象講義 | | 時間 | 講師 |
|------|--------------------------|-----|--|
| 第1日目 | ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理 | 3 H | 学識経験者 |
| | 対人援助技術 | 3 H | 学識経験者 |
| 第2日目 | ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方 | 5 H | 厚生労働省主催・ケアマネジメントリーダー養成研修修了者 厚生労働省主催・平成15年度介護支援専門員指導者研修修了者 |
| | ケアマネジメント点検演習 | 3 H | 秋田県介護支援専門員連絡協議会指導者等 |
| 第3日目 | ケアマネジメント点検演習 | 8 H | 秋田県介護支援専門員連絡協議会指導者等 |
| 第4日目 | ケアマネジメント演習講評 | 5 H | 秋田県介護支援専門員連絡協議会指導者等 |
| | 研修を振り返っての意見交換、ネットワーク作り | 2 H | 秋田県介護支援専門員連絡協議会指導者等 |

8. 受講申し込み

- (1) 別紙受講申込書に記入の上、**6月10日(金)までに**、郵送もしくはご持参により申込ください。(受講決定通知書をお送りいたしますので**期限厳守**をお願いいたします。)
- (2) 受講申込みの際には、**実務経験証明書**を事業所に記入していただき、別紙受講申込書と合わせて提出してください。別添1(5ページ)
なお、**実務経験証明書につきましては一部でも自書の箇所があると証明書としては無効**となりますので、氏名を含めて全ての項目を所属長等証明権限の有する方が記入してください。

- (3) 受講申込書の「提出事例内容（点検演習に使用される事例についてお答えください）」において、居宅を選択されながら、予防プランか介護プランか記載されていない場合は、自動的に介護プランとなりますので、どちらかを必ず選択されますようお願いいたします。
- (4) 第1組目・第2組目のご希望に添えない場合は、事務局より6月15日（水）までにご本人にご連絡を申し上げます。ご連絡がなかった場合は希望通りに受講できますので予めご承知おきください。なお、受講につきましては、「受講決定通知書」を、お送りいたしますので、受講時にご持参ください。

9. 受講料及び納入方法

(1) 受講料 8,000 円

(2) 納付方法

受講決定通知書（申込受付後に発送）がお手元に届きましたら、同封されている振込用紙で指定銀行にて受講決定通知書に記載されている期日まで納付してください。金融機関への振込み手数料は、別途本人負担となります。

*納付が期日まで間に合わない場合は事務局までご連絡ください。

(3) 一度お振入いただいた受講料は返金できませんのでご了承ください。

(4) 振込み受領証は、本人の控えになります。当財団からは領収書は発行しませんので、大切に保管してください。（研修日の違いにより、振込みの期日指定日が異なりますのでご注意ください）

10. 点検演習事例提出について

(1) 演習時に各自が担当している1事例を使用しますので、当日8部コピーしてご持参ください。詳細については、別紙 1（6ページ）を参照してください。

(2) 演習協力者には、承諾をいただき承諾書を必ずもらってください。

11. その他

(1) 実務従事者基礎研修を修了された方には、修了証明書を発行いたします。研修日に遅刻、早退又は欠席をした場合は、修了できませんので、十分注意してください。

(2) 昼食は各自準備してください。（当エリア内でのレストランでもお弁当の注文を当日受け付けております）

(3) 申し込みいただいて当日欠席された方には、資料をお送りします。

(4) 日程・内容・会場等については要綱と一部変更する場合がありますがご了承ください。なお、受講決定通知の際に詳細について改めてお知らせいたします。

(5) 駐車場については、駐車台数が限られる場合もありますので、あらかじめご了承ください。

(6) 中央シルバーエリアの開館時間は午前8時30分からとなります。

(7) 申し込み先・連絡先

〒010-1412

秋田市御所野下堤5丁目1-1（シルバーエリア内）

公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団（LL財団）

介護支援専門員養成事業担当 山谷・船木

TEL 018-829-3666

FAX 018-829-2770

e-mail LL@akita-longlife.com

平成23年度介護支援専門員実務従事者基礎研修受講申込書

平成23年 月 日

平成23年度介護支援専門員実務従事者基礎研修について、次のとおり申し込みます

事業所住所

事業所名

担当職員

電話番号

| 受講希望日 (希望する組を○で囲んでください) | 提出事例内容 (点検演習に使用される事例についてお答えください) | | 受講者 | | 介護支援専門員業務経験年数 |
|----------------------------|-------------------------------------|-------|----------|------|---------------|
| | | | (ふりがな)氏名 | 保有資格 | |
| | | | 登録番号 | | |
| 第1組目 | 居宅 | 予防プラン | (ふりがな) | | |
| 第2組目 | | 介護プラン | | | |
| どちらでも良い | 施設 | | | | |

| | | | | | |
|---------|----|-------|--------|--|--|
| 第1組目 | 居宅 | 予防プラン | (ふりがな) | | |
| 第2組目 | | 介護プラン | | | |
| どちらでも良い | 施設 | | | | |

- * 保有資格は、看護師、社会福祉士、介護福祉士、社会福祉主事、訪問介護員等を記入してください。
- * ここに記載された個人情報、本研修以外の目的には使用しません。

申込先

〒010-1412 秋田市御所野下堤5丁目1-1
 公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団 (LL財団)
 介護支援専門員養成事業担当 山谷・船木
 TEL 018-829-3666
 FAX 018-829-2770
 e-mail ll@akita-longlife.com

介護支援専門員実務経験証明書

| | | | |
|--|---------------|-----|-------------------|
| フリガナ | | | 生年月日 |
| 氏名 | (姓) | (名) | 昭和 平成 年 月 日 |
| サービス種別 | | | |
| 介護支援専門員としての実務経験期間 (管理者との兼務は実務経験に含める) | () 年 () ヶ月間 | | |
| <p>上記の者は、平成 年 月 日から 当施設・事業所において介護支援専門員として勤務していることを 証明します。</p> <p>平成 2 3 年 月 日</p> <p>公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団理事長 殿</p> <p>所在地</p> <p>施設・事業所名</p> <p>施設・事業者代表者氏名</p> <p>電話番号</p> <p>担当者氏名</p> | | | |

代表者の職印

- * 一部でも自書の箇所があると証明書としては無効となりますので、氏名を含めての全項目を所属長等証明権限の有する方がご記入ください。
- * 記入漏れや不備・不明な箇所がある場合には、事務局より確認させていただき、必要に応じて書類追加・再提出をしていただくことがあります。
- * サービス種別には、業種をご記入下さい。(例：居宅介護支援事業所・介護老人保健施設等)
- * 介護支援専門員として現在実務に携わっている方が対象となります。

「ケアマネジメント点検演習」課目について

提出書類の作成についての注意事項

作成書類全般にわたる注意としては、まず、演習協力者のプライバシー保護に十分な配慮をすることが必要です。

グループ演習の際に、個人情報伝わらないようにご注意ください。

共通に守るルールとして次のようなことがあげられます。

- 個人名、住所などは、記載せず、匿名ないし仮名、で表示する。
- 個人に関連する町名や家族等の具体的な職業などにも注意し、特定されないように配慮して記載してください。
- 事業者名、病院名等も匿名又は仮名にする。
- 演習に不必要なことは、記載あるいは発言しない。
- 介護支援経過への記載の際は、事業者名も匿名ないし仮名してください。
- 個人情報の取り扱いには十分ご留意されるとともに、守秘義務を遵守してください。

| 持 参 書 類 | | 持参部数 |
|---------|--|--------|
| 1 | 課題分析表等（アセスメント表等アセスメント内容がわかるもの・・・簡潔にまとめたものでもかまいません。） | 8部 |
| 2 | ケアプラン第1表～第3表（居宅・施設サービス計画書標準様式に該当するもの） | 8部 |
| 3 | ケアプラン第6表に相当する（介護経過記録など）内容を簡潔にまとめたもの、施設の場合は、ケース記録等の内容を簡潔にまとめたものを準備下さい（様式は問いません） *特記事項や特変内容等で、介護計画を作成する際に注意した点、考慮した点をピックアップしてまとめる | 当日1部持参 |
| 4 | 承諾書・誓約書 | 当日1部持参 |

提出書類をもとに、どのようなプロセスを経て計画に位置付けたサービスが必要と考えたかを発表し、ディスカッションする演習内容となります。

「ケアマネジメント演習講評」において演習の結果を踏まえ、明らかになったケアマネジメントのプロセスの各項目の問題点と改善策を指導者の方から解説していただく内容となっております。

* 演習に協力していただく方を選定し、事前に承諾・了解を得ておくことが必要です。

承諾を得るためには、まず、

- ・ 演習で何をさせていただくのかを明確にすること。
- ・ 演習者が、演習の際に守ることをはっきり伝えること。
- ・ 演習の文書や事例検討会でも個人名は出さないこと。
- ・ 演習協力者に不利益になることは行わないこと。

こうした点を明確にするために、演習協力者からの承諾を、演習承諾書、演習誓約書によった書面での確認が必要です。

演習承諾書、演習誓約書を別途添付してありますので、必ず利用者からの承諾を文書で交わし、演習者、演習協力者双方の署名捺印したものを持参してください。

※演習協力者が署名捺印できない場合は、代理人に署名捺印していただき、その際は演習協力者との関係も記入していただけてください。

※演習承諾書、演習誓約書は、2通作成し、演習協力者に1通お渡しください。

介護支援専門員実務従事者基礎研修
演習承諾書

私は、_____さんが、介護支援専門員実務従事者基礎研修のケアマネジメント点検演習として、下記の「誓約書」に基づき、必要な情報を提供することを承諾します。

- アセスメント表等（課題分析表等）
- サービス計画書
- 介護支援経過表

____年____月____日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

代筆者（関係）氏 名 (_____)

介護支援専門員実務従事者基礎研修
演習誓約書

私は、介護支援専門員実務従事者基礎研修のケアマネジメント点検演習の事例として提出する際_____さんに、お願いするに当たり以下のことをお約束し、また、演習後も誠実に守ることを誓います。

1. この演習は(1) アセスメント表等（課題分析表等）、(2) サービス計画書、(3) 介護支援経過表を点検し、問題点・課題を明確にして改善方策を見出すことが目的ですので、それと関係ないことはしません。
2. 演習以外の場で漏らすことはしません。
3. ケアマネジメント点検演習に提出する際には個人名や個人がわかることは記載しません。
4. 事例検討会においても個人名等はいません。
5. 演習中はもちろん、演習後においても、あなたに不利益になることはいたしません。

以上、お約束いたします。

____年____月____日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

* 本書は2通を作成して、1通を演習協力者に渡してください。

