

平成23年度 秋田県地域密着型サービス外部評価調査員養成研修開催要綱

1. 目的

地域密着型サービス事業所には、サービスの質の確保・向上を図る目的で、第三者（評価調査員）による評価調査の実施が義務付けられている。

そのため、事業所が外部評価を実施するにあたり、必要な知識、技術を有する評価調査員を養成することを目的とする。

2. 実施主体

公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団（LL財団）

3. 研修日程

第1日目 平成23年7月15日（金）

第2日目 平成23年7月16日（土）

第3日目 平成23年7月28日（木）～8月20日（土）のうち1日間 実習を行う。

第4日目 平成23年9月 3日（土）

4. 研修カリキュラム

カリキュラムは別紙のとおりとする。

5. 会場

中央シルバーエリア 研修室

秋田市御所野下堤5丁目1-1（TEL. 018-829-2151）

なお、実習施設と実習日については、研修2日目にお知らせします。

6. 受講対象者

(1) 外部評価を実施する指定（予定）評価機関に属する方（予定を含む）であって、今後、評価調査員として従事しようとする方とする。

(2) 研修受講資格は、次の要件を満たしている方とする。

① 研修を受講しようとする方は、次のいずれかに該当する者であって、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護（以下「グループホーム等」という。）に関心及び熱意があり、評価を適切に行う能力を有すると認められた方であること。

ア 1年以上の実務経験を有する介護支援専門員

イ 福祉、医療又は保健分野における実務経験（相談援助業務を含む。）が3年以上ある方

ウ ア、イと同等程度の知識経験を有する方

※ 大学、短期大学、専門学校等教育機関で福祉、医療又は保健分野の教育経験を有する方

- ・社会福祉士、精神保健福祉士の資格を有し、1年以上の実務経験を有する方
 - ・管理栄養士の資格を有し、1年以上の実務経験を有する方
 - ・その他知事が適当と認める方
- ② 調査に従事しようとする小規模多機能型居宅介護又は認知症対応型共同生活介護のサービスごとに、そのサービスを提供する事業所の役職員でないこと。
- ③ 調査に従事しようとする小規模多機能型居宅介護又は認知症対応型共同生活介護のサービスごとに、事業者により組織される団体の役職員でないこと。

7. 定 員 25名

8. 研修費用

受講料 12,000円、テキスト代(2,200円+350円) 計 14,550円
(受講決定後下記の振込先に振り込んでください。)

9. 受講の申込み

受講を希望する方はあらかじめ、別添の「評価調査員研修受講申込書」を持参または郵送により所属指定(予定)評価機関まで提出してください。

- ① 評価調査員養成研修受講申込書
- ② 返信用封筒1枚 (あて名を明記し、80円切手を貼ったもの)

10. 受講申込み締め切り

平成23年6月24日(金)必着にて、所属指定(予定)評価機関までお願いします。

11. 受講申し込み先、問い合わせ先

当財団では、直接受講申し込みの受付は行いません。所属指定(予定)外部評価機関経由で、受講申込みをしていただきます。

受講申込みは、受講者から指定(予定)外部評価機関までは、平成23年6月24日(金)必着にてお願いします。指定(予定)外部評価機関からLL財団までは、6月30日(木)までに、受講申込書を取りまとめて、報告をお願いします。

なお本県の現外部評価機関は、次のとおりとなっております。

〈地域密着型サービス指定外部評価機関〉

法人名	法人所在地・調査機関所在地	電話番号 FAX番号
社会福祉法人 秋田県社会福祉事業団	〒010-1412 秋田市御所野下堤5丁目1-1 (中央シルバーエリア内)	018-889-8360 018-889-8361
特定非営利活動法人 秋田マイケアプラン研究会	〒010-0003 秋田市東通3丁目9-31	018-887-3841 018-887-3842

また県では、現在「地域密着型サービス外部評価機関」を募集しております。
外部評価を実施する指定（予定）外部評価機関に所属して、外部評価調査員として従事しようとする方は、当該指定（予定）外部評価機関にお尋ねください。

なお、当該指定（予定）外部評価機関が不明な場合は、下記のLL財団にお問い合わせください。

〈問い合わせ先〉

〒010-1412

秋田市御所野下堤五丁目1番1号（中央シルバーエリア内）

公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団（LL財団）

地域密着型サービス外部評価調査員養成研修担当 堀、豊澤

TEL 018-829-3777 FAX 018-829-2770

URL <http://www.akita-longlife.net> Eメール LL@akita-longlife.com

12. 受講者の選考方法

定員を超える受講申し込みがあった場合は、受講申込書の書類審査により、資格及び実務経験年数等を総合的に勘案し選考します。

13. 受講者の選考結果の通知

- (1) 受講者の選考結果の通知につきましては、指定（予定）評価機関を通じ、速やかにお知らせします。
- (2) 受講者の選考結果に対するお問い合わせには応じることができませんので、ご了承願います。

14. 受講料等の振り込みについて

- (1) 受講料等の振り込みは、受講決定の通知の後に、財団指定の振込用紙により、7月8日（金）までに、各指定（予定）評価機関で受講者分をとりまとめて納付してください。

秋田銀行 御所野ニュータウン支店 普通預金 NO. 120320

北都銀行 御所野支店 普通預金 NO. 121606

名義 公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団 理事長 市川 講二

- (2) 銀行の振込書の控えをもって領収証にかえさせていただきます。改めて領収証の発行はいたしませんので、ご了承願います。
- (3) 一度お振り込みいただいた受講料は返金できませんので、ご了承願います。
- (4) 振込み手数料は、研修受講者に負担願います。

15. その他

- (1) 外部評価調査員養成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、欠席した場合は、修了できませんのでご注意ください。)
- (2) 研修当日の、宿泊費・交通費等は、研修受講者の負担とします。
- (3) 昼食は各自準備してください。

別紙

平成23年度秋田県地域密着型サービス外部評価調査員養成研修カリキュラム

第1日目 7月15日(金)9:30~17:00

時間	履修科目	内容	講師・担当
9:30 ～ 10:00	開会にあたって オリエンテーション		
10:00 ～ 12:00	高齢者が地域で暮らし続ける ための介護の理解 (講義100分、演習20分)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域での高齢者の暮らし ・認知症のもたらす病気 ・認知症の人の特徴とたどる経過 ・これからの高齢者及び認知症の人の介護 	外部評価機関等
13:00 ～ 17:00	小規模多機能型居宅介護 及び認知症対応型共同生活 介護の基本的理解 (講義180分、演習60分)	<ul style="list-style-type: none"> ・歴史 ・特徴と役割 ・制度の理解 (制度改正等について) ・地域密着型サービスの現状と課題 	外部評価機関等

第2日目 7月16日(土)10:00~17:00

10:00 ～ 12:00	サービス評価の必要性と目的 (講義90分、演習30分)	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス評価の目的 ・サービス評価の位置付け ・サービスの質の確認 ・評価項目の構造理解 	外部評価機関等
13:00 ～ 17:00	サービス評価の流れと手続き (実習打ち合わせ)	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス評価の進め方 ・評価項目の内容と理解 ・訪問調査の具体的な手法 (事業所との対話方法等) 	外部評価機関等

第3日目 7月28日～8月20日までの1日間 10:00～18:00

10:00 ～ 18:00	訪問調査実習 (訪問330分、演習150分)	<ul style="list-style-type: none"> ・実地訪問調査 ・調査報告書記入演習 	各実習先事業所
---------------------	---------------------------	---	---------

第4日目 9月3日(土) 10:00~17:00

10:00 ～ 16:30	実習を踏まえた調査方法項目 の理解(途中、昼食休憩あり) (講義150分、演習180分)	<ul style="list-style-type: none"> ・講義方法について ・評価項目の理解について ・報告書記入方法について 	外部評価機関等
16:30 ～ 17:00	研修のまとめ (30分)	<ul style="list-style-type: none"> ・研修修了後レポート作成 	事務局

計 1,560分

平成23年度 秋田県地域密着型サービス外部評価調査員養成研修受講申込書

所属（予定）評価機関名 _____

1. 住所、氏名等

フリガナ 氏名		生年 月日	年 月 日	年齢	歳
				性別	男・女
フリガナ 住所				電話番号	
				FAX番号	
職業				電話番号	
勤務先名				E-mail	

2. 介護の実務経験の有無等（該当するところに○印を）

介護の実務経験の有無	あり・なし
------------	-------

介護の実務経験ありの場合には、該当する欄の口にチェックして、経験年数を記入してください。

<input type="checkbox"/> 職業（福祉・医療・保健分野）として	年	<input type="checkbox"/> ボランティアとして	年
<input type="checkbox"/> 家族等の介護	年	<input type="checkbox"/> その他（ ）	年
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	年		年

3. 高齢者介護に関する研修受講の有無（該当するところに○印を）

研修受講の有無	あり・なし
---------	-------

これまでに高齢者介護に関する研修を受けたことのある方は、下欄にもご記入ください。

既に受けた研修	受講年度	内 容
<input type="checkbox"/> 認知症介護実務者研修	平成 年度	
<input type="checkbox"/> その他の研修	平成 年度	
	平成 年度	
	平成 年度	

その他の研修の内容には、具体的な研修名をご記入ください。

4. 福祉・医療・保健分野に関する相談・支援等の経験の有無（該当するところに○印を）

相談・支援等の経験の有無	あり・なし
--------------	-------

経験ありの場合は、どのような相談内容であったか簡単にお書きください。
経験年数もお書きください。

--

5 大学、短期大学、専門学校等教育機関で、福祉、医療又は保健分野の教育経験の有無（該当するところに○印を）

教育経験の有無	あり・なし
---------	-------

経験ありの場合は、どのような教育機関でどのような分野の教育内容であったか、簡単にお書きください。

--

6 保健・医療・福祉関係の資格がありましたら、下欄にご記入ください。

--

7 評価調査員として、地域密着型サービス事業所に訪問調査に行くことが可能な日数（該当する事項の□にチェックしてください。）

<input type="checkbox"/> 週に1回程度、 <input type="checkbox"/> 月に2回程度、 <input type="checkbox"/> 月に1回程度、 <input type="checkbox"/> 2月に1回程度 <input type="checkbox"/> 年に3～4回程度、 <input type="checkbox"/> 年に1～2回程度

8 応募した動機

--

公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団 理事長

上記のとおり、評価調査員研修の受講を申し込みます。

平成23年 月 日

氏 名 _____ 印 _____