

平成27年度介護支援専門員チームケア推進リーダー養成研修事業
「平成27年度 チームケア推進研修」募集要綱

1 目的

在宅等において人生の最期を迎えることを希望する人達のニーズに応えるため、終末期ケアに重点化したケアプラン作成および自立支援をめざした総合的なケアプラン作成ができるようになる。

2 到達目標

以下の知識・技術を身につけることを目標とします。

- ①「本人・家族の意思を尊重し、望む生活を支える」という基本姿勢を身につける。
- ②「終末期の生活支援に必要なケアを整える」ために必要な知識を学ぶ。
- ③「継続的・包括的ケアマネジメントの展開」にむけた視点と技術を磨く。
- ④「自立支援をめざした総合的なケアプラン作成」ができる。

3 研修受講資格

主任介護支援専門員および介護支援専門員

4 研修日程・会場および定員

日時 (各会場 9:30~16:30)	担当講師	研 修 会 場	定 員 (名)
10月17日(土)	谷 義幸	兵庫県立のじぎく会館(神戸市中央区山本通4-22-15)	100
10月20日(火)	針山大輔	尼崎市中小企業センター(尼崎市昭和通2-6-68)	70
10月22日(木)	前川嘉彦	明石市立産業交流センター(明石市大久保町ゆりのき通1-4-7)	100

* 平成27年度チームケア推進リーダー養成研修の修了者が、本研修のファシリテーターを務めます。

5 研修カリキュラム 裏面をご参照下さい。

6 受講料 5,000円(税込 5,400円)

一旦納入された受講料は、理由の如何を問わずお返しできませんのでご了解下さい。

7 申込締切 平成27年 10月 7日(水)

8 申込方法

別紙「平成27年度 チームケア推進研修受講申込書」に必要事項を記入し、事務局までFAXにてお申し込みください。

先着順で受付後、「受講料払い込み票」をお送りしますので、期日までにお振込みください。万一、協会から何の連絡もない場合は、必ず事務局までご連絡ください。

9 修了証明書 研修を修了した方には兵庫県介護支援専門員協会会長名の修了証明書を発行します。

10 その他

- (1) なるべく公共交通機関でお越し下さい。
- (2) 食事は各自でご準備ください。

11 申込書送付先及び問い合わせ先

〒651-0062 神戸市中央区坂口通2-1-1 兵庫県福祉センター5階
一般社団法人 兵庫県介護支援専門員協会 事務局
TEL 078-221-4102

平成 27 度(第 3 回) チームケア推進研修 カリキュラム

時 間	研修内容(プログラム)	講師・演習指導
9:00～ 9:30	受付	
9:30～ 9:40	開会あいさつ／オリエンテーション	研修単位認定委員会
9:40～10:50	【導 入】 グループワーク（自己紹介・個々の学習課題） 【講 義】 ①終末期ケアとケアマネジャーの役割 ②利用者本位を基盤としたチームケアの考え方・進め方	チームケア推進リーダー養成研修修了生 （以下チームケア推進リーダー養成研修省略）
11:00～12:30	【事例による演習①】 終末期におけるケアマネジメントの展開	修了生
12:30～13:30	昼食・休憩	
13:30～14:00	【講 義】 ①自立支援にむけた総合的なケアプラン作成の基本視点 ②事例にもとづくケアマネジメント点検演習の方法	修了生
14:00～14:50	【事例による演習②】 自立支援をめざした事例検討とチームケア	修了生
15:00～15:20	【ふりかえり】 グループワーク（研修での学び・今後の取り組み）	修了生
15:20～16:20	【総 括 講 義】	担当講師
16:20～16:30	「ふりかえりシート（研修アンケート）」の記入 閉会	研修単位認定委員会

本研修では、演習（体験学習）による参加者相互の実践的な学びを促進します。この研修を通して、参加者自らが、①終末期におけるよりよいケアマネジメントを展開していく力を身につけ、②研修後も自他のケアプランを自立支援の観点から点検できる視点と方法を学ぶ、ことをめざしています。

FAX: 078-221-4122

一般社団法人 兵庫県介護支援専門員協会事務局行

平成27年度 介護支援専門員チームケア推進リーダー養成研修事業

平成27年度チームケア推進研修 受講申込書

1. 申込事業所(現在、勤務していない方は、事業所名は「なし」、所在地には現住所、電話番号、FAX番号を記入ください)

事業所名			
事業所所在地	〒		
	<input type="checkbox"/> 払込票発送先		
自宅住所	〒		
	<input type="checkbox"/> 払込票発送先		
電話番号	(自宅・事業所・携帯)	FAX番号	
事業所種別 (いずれかの番号を○)	1. 居宅介護支援事業所	2. 地域包括支援センター	3. その他

※ 電話番号には自宅・事業所・携帯のいずれかに○をつけ、昼間連絡が取れる番号をご記入ください。

※ 払込票の発送先は、自宅又は、事業所のいずれかに✓をつけて下さい。

2. 受講申込希望者

*下の枠内はすべてご記入ください。

氏名	(フリガナ)	介護支援専門員登録番号 ※							
		登録 県							
		生 年 月 日	年 月 日						
性別	(男 ・ 女)	介護支援専門員実務経験(平成27年9月30日時点)	年 月						

※兵庫県で介護支援専門員の初回登録をした方は、28から始まる8桁の介護支援専門員登録番号をご記入ください

3. 受講希望日(第1希望日、第2希望日に○印をお付けください)

研 修 日 程	研 修 会 場	第1希望	第2希望
平成27年 10月17日(土)	兵庫県立のじぎく会館		
10月20日(火)	尼崎市中小企業センター		
10月22日(木)	明石市立産業交流センター		

※受講日は必ずしもご希望に添えない場合があります。

申込期限 平成27年10月7日(水)