

平成30年度 課題整理総括表を活用したケアプラン研修 ～介護支援専門員の資質向上に向けた 課題整理総括表の具体的な展開方法～ 開催要綱

1 目的

平成26年度に厚生労働省が策定した課題整理総括表は、アセスメントを行った介護支援専門員の分析過程を「見える化」することで、利用者等への説明や多職種協働の際にかかる情報共有のツールの1つとして示されています。現在、介護支援専門員法定研修での演習資料として用いたり、また、サービス担当者会議や地域ケア会議等で積極的な活用が期待されています。

本研修は、課題整理総括表が考案された背景および活用方法について理解するとともに、具体的な展開方法を学び、介護支援専門員等の資質向上を目的として開催します。

2 主催

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会

3 開催日

(1) 施設介護支援対象コース

A日程 ~~平成30年8月7日(火)~~ ※定員に達したため締切ました。

(2) 居宅介護支援対象コース

B日程 平成30年8月8日(水)

C日程 平成30年9月25日(火)

4 会場

A・B日程 クローバープラザ 東棟5階 506研修室

C日程 クローバープラザ 東棟5階 508研修室

5 対象者

(1) A日程

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護付有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所等の介護支援専門員及び施設サービス計画作成に関わる職員

(2) B・C日程

居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの介護支援専門員及び居宅サービス計画作成に関わる職員

6 定員

各日程 90名

7 受講料
各日程 5,000円

8 日程

9:00	9:30		12:30	13:30		16:30
受付	開会	講義・演習	昼食	講義・演習		閉会

※9:20の開会までに受付を済ませてください。

9 内容

課題整理総括表の記載要領と留意点について講義・演習を通して学びます。

- ◆介護支援専門員の役割
- ◆課題整理総括表の趣旨・目的・手引き
- ◆持参した事例のアセスメント、ケアプランによる課題整理総括表の作成
- ◆事例を用いた課題整理総括表の作成（講師提供事例）

10 講師

社会福祉法人 八女福祉会 理事 中園 紀明 氏（主任介護支援専門員）
特別養護老人ホーム 富寿園
施設介護支援専門員 草場 栄作 氏（主任介護支援専門員）

11 申込方法

- (1) 別紙「受講申込書」に必要事項を記入の上、下記事務局あてFAXでお申込みください。
- (2) FAXの送信エラーにより「受講申込書」が受信できない場合は、受講できませんのでFAX送信確認について、十分御注意ください。
- (3) 締切日
平成30年8月3日（金）

12 受講決定について

受講は先着順に決定し、受講できない場合にのみ御連絡します。

13 修了証書について

本研修を受講された方に、修了証書を発行いたします。

※主任介護支援専門員更新研修における受講要件の『地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修に年4回以上参加した者』に該当する研修の対象となります。

14 個人情報の取り扱いについて

「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修会の運営管理の目的のみに利用させていただきます。

15 事務局（申込先）

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 県民サービス部 研修課 担当 鳥居、矢野
〒816-0804 春日市原町3-1-7 クローバープラザ東棟4階
TEL 092-584-3401 FAX 092-584-3402

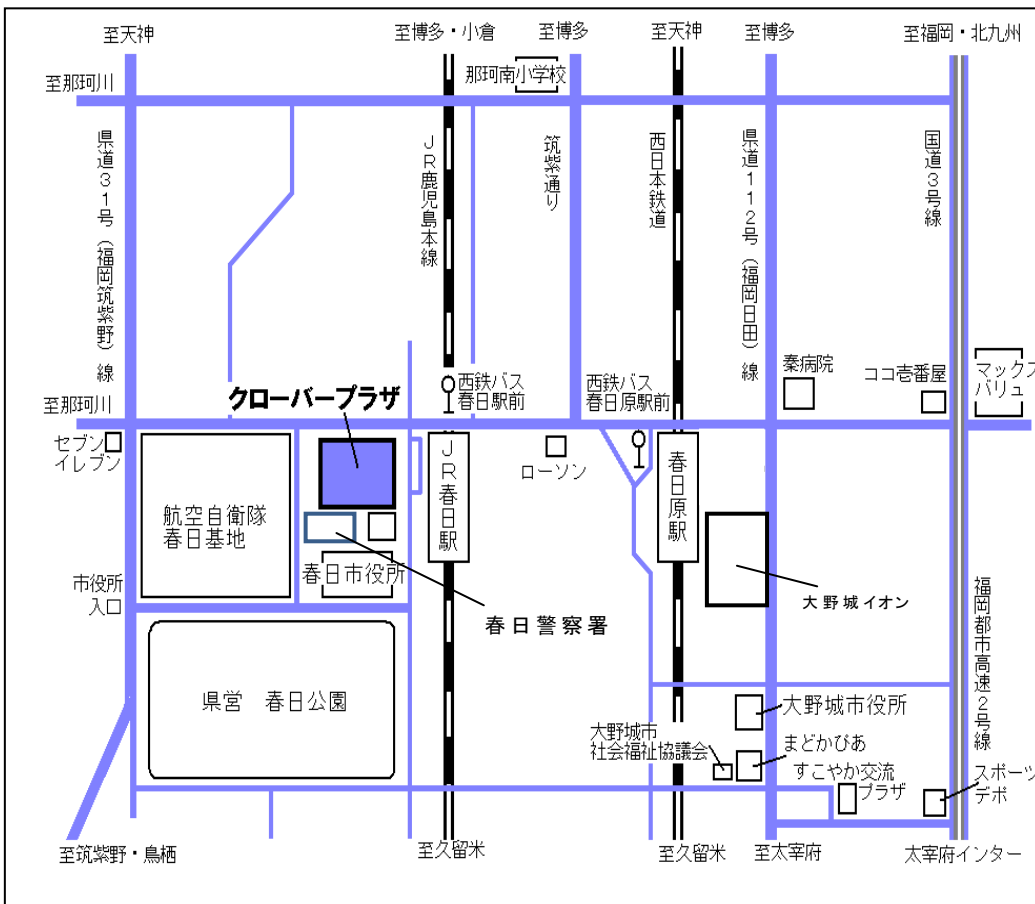
16 天災等の災害による研修の延期等について（ホームページの掲載について）

- (1) 天災等の災害により、研修を延期又は中止する場合は、研修前日の17時までに本会研修課のホームページにその旨を掲載しお知らせしますので、各自確認をお願いします。
- (2) 施設等でのホームページ閲覧ができない方についてのみ、申込書に記載の緊急連絡先に連絡しますので、必ず御記入ください。

17 その他

- (1) 昼食は各自御準備ください。
- (2) 当日は主催者による駐車場の確保はできません。公共交通機関を御利用ください。
なお、クローバープラザ駐車場の利用料減免はありません。
- (3) 研修会場は、個人の状況に合わせた室内温度調節はできません。温度調整が可能な服装で御参加ください。

会場案内 クローバープラザ （春日市原町3-1-7）



※ JR春日駅前

※ 西鉄春日原駅から徒歩8分

※ 春日公園への駐車は、公園利用者の妨げとなりますので御遠慮ください。

平成30年度課題整理総括表を活用したケアプラン研修
受講申込書

福岡県社会福祉協議会長 様

施設種別
居宅介護支援事業所・地域包括支援センター
介護老人福祉施設・介護老人保健施設
介護付有料老人ホーム・グループホーム
小規模多機能型居宅介護事業所
(※○で囲んでください。)

施設名 _____

担当者名 _____

〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

- 期 日 (1) 施設介護支援対象コース A : 平成30年 8月 7日 (火)
(2) 居宅介護支援対象コース B : 平成30年 8月 8日 (水)
C : 平成30年 9月25日 (火)

No. 県社協記入欄	日 程 (希望の日程に○印)	ふりがな 氏 名	職 種	経験年数
	A ・ B ・ C			年
				月
	A ・ B ・ C			年
				月

※経験年数は、平成30年8月1日現在で記入してください。

※受講は先着順に決定し、定員超過等で受講をお断りする場合は本会から連絡します。

福岡県社協研修課のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先

※ホームページを閲覧できない方のみ緊急連絡先をお知らせください。

(_____)