

大福研発第275号
令和4年10月21日

関係者各位

大分県社会福祉介護研修センター所長
(公印省略)

令和4年度「介護職員現任者研修」の開催について（通知）

当センターの推進につきましては、平素よりご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、諸般の事情により延期としておりました上記研修会を別添「開催要綱」のとおり開催しますので、対象職員の参加についてご配慮いただきますようお願い申し上げます。

【お問い合わせ】

大分県社会福祉介護研修センター
〒870-0161 大分市明野東3-4-1
TEL : (097) 552-6888/FAX: (097) 552-6868
E-mail : yobou@okk.or.jp
担当 : 社会福祉研修部 相澤・中西

令和4年度 介護職員現任者研修 開催要綱

延期版

※延期に伴い、開催日程（1日目、2日目）、会場、締切日を変更（赤字にて表記）しています。

※すでにお申込みされている方は、再度のお申込みは不要です。

- 1 目的 介護保険制度における現任の介護職員等を対象に、日々の業務で直面する個別の問題に対応するため、介護保険制度の基本理念である自立支援や介護予防等の必要な知識の習得及び技術の向上をさらに深め、実践事例発表を通して、介護サービスの質の向上を図ることを目的とする。
- 2 主催 大分県
社会福祉法人大分県社会福祉協議会(大分県社会福祉介護研修センター)
- 3 開催日時 **【通所】**
1日目 令和4年12月9日(金) 9:20～16:40
2日目 令和4年12月21日(水) 9:30～16:40
3日目 令和5年1月19日(木) 9:50～16:00
【訪問】
1日目 令和4年12月13日(火) 9:20～16:40
2日目 令和4年12月14日(水) 9:30～16:40
3日目 令和5年1月20日(金) 9:50～16:00

※3日目は『サービス計画担当者研修(応用課程)』との合同開催です。
- 4 受講対象者 下記(1)～(3)の条件を全て満たす方
(1) 指定訪問・通所介護事業所に所属する現任の介護職員で、介護福祉士、介護職員実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者(介護職員基礎研修課程修了者、訪問介護に関する1級課程又は2級課程修了者は介護職員初任者研修修了者とみなす)
(2) 受講者は、原則として事業所が推薦する方であって、かつ当該事業所内において、伝達研修等を通じ、本研修の趣旨及びその効果を最大限に周知することができる方
(3) 3日間全日程を会場で受講できる方
- 5 定員 **【通所】・【訪問】**各組24名程度(先着順)
- 6 会場 大分県社会福祉介護研修センター 3階 大ホール
- 7 修了証 3日間のすべての日程を受講した方には修了証を交付します。

8 研修日程

< 1 日目 > 【通所】 12月9日（金） ・ 【訪問】 12月13日（火）

時間	研修内容	
8 : 5 0	受付	
9 : 2 0	開会・オリエンテーション	
9 : 3 0	講義Ⅰ 「大分県における地域包括ケアの 構築と推進について」 講師：大分県福祉保健部高齢者福祉課 地域包括ケア推進班 主査 瀧石 亜津子 氏	
1 0 : 0 0	講義Ⅱ－1 「生活機能アセスメントについて」 講義Ⅱ－2 「昨年度実践事例 体験発表」 【通所】 12/9 発表者：社会福祉法人 恵愛会 茶寿苑通所介護サービス事業 松村 孝幸 氏 【訪問】 12/13 発表者：社会福祉法人 臼杵市社会福祉協議会 指定訪問介護事業所 佐藤 真美 氏	
1 2 : 3 0	昼 食 ・ 休 憩	
1 3 : 3 0	講義Ⅲ 「運動機能向上のアセスメントと実際」 講師：大分県理学療法士協会	
1 5 : 0 0		
1 5 : 1 0	【通所】 12/9 講義Ⅳ 「口腔機能向上 アセスメントと実際」	【訪問】 12/13 講義Ⅶ 「コミュニケーション障害と その対応」
1 6 : 4 0	講師：大分県歯科衛生士会	講師：大分県言語聴覚士協会
	1 日目 終了	

< 2日目 > 【通所】 12月21日（水） ・ 【訪問】 12月14日（水）

時間	研修内容	
9 : 0 0	受付	
9 : 3 0	オリエンテーション	
9 : 4 0	講義V「おいしく食べるための支援」 講師：大分県栄養士会	
11 : 0 0		
11 : 1 0	講義VI「正しい薬の管理のための支援」 講師：大分県薬剤師会	
12 : 4 0	昼 食 ・ 休 憩	
13 : 3 0	【通所】 12/21 講義IV「コミュニケーション障害と その対応」 講師：大分県言語聴覚士協会	【訪問】 12/14 講義VII「口腔機能向上 アセスメントと実際」 講師：大分県歯科衛生士会
15 : 0 0		
15 : 1 0	講義VIII「認知症の方への支援 ～アセスメントと支援の方略を学ぶ～」 講師：大分県作業療法協会	
16 : 4 0	2日目終了	

< 3日目 > 【通所】 1月19日（木） ・ 【訪問】 1月20日（金）

時間	研修内容	
9 : 2 0	受付	
9 : 5 0	オリエンテーション	
10 : 0 0	講義IX「自立支援型サービス実践事例発表と 関連ミニレクチャー」 講師：株式会社ライフリー 代表取締役 佐藤 孝臣 氏 大分県栄養士会 大分県歯科衛生士会 大分県作業療法協会 大分県理学療法士協会 大分県言語聴覚士協会	
	講義X まとめ 講師：株式会社ライフリー 代表取締役 佐藤 孝臣 氏	
16 : 0 0	事務連絡・修了証の交付 閉会	

※講義の間には適時に休憩及び昼食休憩の時間を取ります。

※カリキュラム内容等は、若干変更する場合があります。

- 9 資料代 3,000円（マニュアル購入希望の方：資料代+マニュアル代）
2,000円（マニュアルをお持ちの方：資料代のみ）



当日はおつりのないようご準備ください。

※1 事前連絡無しでの欠席は原則として資料代を徴収します。

※2 当日は以下のマニュアルを使用しますので必ずご準備下さい。

【通所】自立支援型通所サービス生活機能向上支援マニュアル

【訪問】自立支援ヘルパー 実務マニュアル

大分県高齢者福祉課のホームページより印刷して持参することも可能です。冊子にしたマニュアルを希望の方は申込用紙にご記入ください。

マニュアルに沿って講義をしていきますので、購入されることをおすすめします。

- 10 受講申込 申込の手順は以下のとおりです。

(1) 別紙「受講申込書」と「事前アンケート」を研修センターホームページからダウンロード後、印刷して記入してください。

(2) 「受講申込書」と「事前アンケート」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) 受講申込書に「受講決定」と押印したものをFAXで返送し、受講決定通知に代えさせていただきます。押印された申込書が一週間経っても返送されない場合は、お手数ですが当研修センターの担当者までご連絡ください。

(4) 締切日：令和4年11月29日（火）必着

- 11 その他 (1) 新型コロナウイルス感染症拡大防止対策については、以下のとおりです。

・会場は出入口や窓を開けて適宜換気を実施します。

・会場入室前には手指の消毒及びマスクの着用をお願いします。

※マスクを着用していない方は会場に入室できません。

・当日は必ず検温を行い、体温及び気になる症状があれば「体調確認票」に記入のうえ受付時にご提示ください。また、発熱や体調不良等が認められる場合は研修担当までご連絡いただき、受講をお控えください。

(2) 今後の新型コロナウイルス感染症の情勢や自然災害等により、研修の開催が困難であると判断したときは、急遽、日程変更等の対応をとる場合があります。その際は、研修センターのホームページにてお知らせします。

(3) 昼食は各自でご用意ください。なお、当日会場にて弁当の予約受付をしますので、ご希望の方はお申込みください。（お茶なし500円）

(4) 研修会場は適切な室温調整に努めておりますが、体感温度には個人差があるため、温度調整のできる服装でお越しください。

(5) 研修会場周辺にて交通事故が多発しております。特に、坂道・信号

のない交差点での一旦停止や左右の安全確認を徹底してください。

12 お問い合わせ先 大分県社会福祉介護研修センター
〒870-0161 大分市明野東3-4-1
TEL : 097-552-6888 FAX : 097-552-6868
E-mail : yobou@okk.or.jp
担当 : 社会福祉研修部 相澤・中西

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

別紙 1

大分県社会福祉介護研修センター

FAX 097-552-6868

締切:令和4年11月29日(火) 必着

受付NO.

センター記入欄

令和4年度 介護職員現任者研修 受講申込書

《 対象:指定通所・訪問介護事業所の現任の介護職員 》

(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	経験年数(通算)	資格	※該当する方に ○印をしてください
()	昭和 ・ 平成 年 月 日	男 ・ 女	年 月	1. 介護福祉士 2. 介護職員実務者研修 3. 介護職員初任者研修 4. その他 ()	通所介護事業所 訪問介護事業所
マニュアル冊子購入希望		する ・ しない ※該当する方に○をしてください。			
備考					

事業所郵便番号	〒
事業所住所	
法人名	
事業所名	
研修担当者名	※本研修参加について把握している方。ご本人不在時等にご連絡をさせていただく場合があります。
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

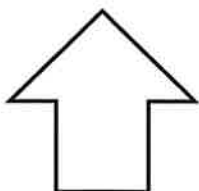
【受講申込者(管理者)記入欄】

上記の者を標記研修会に受講させたく申し込みます。

役職名 _____ 氏名 _____

※1必要事項を全て記入してください。記入方法等不明な点がありましたら、担当までご連絡ください。

※2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)にのみ使用し、他の目的で使用することはありません。



「受講申込書」と一緒にFAX送信してください。(送信票不要)
 締切:11月29日(火)必着

令和4年度 介護職員現任者研修 ≪ 事前質問票 ≫

コース (通所 ・ 訪問) 氏名()

①地域ケア会議に参加したことはありますか？		
1. はい	2. いいえ	
②マニュアルを参考に介護予防の支援に取り組んでいますか？		
1. 取り組んでいる	2. 取り組んでいない	3. 今後取り組みを検討中
③参考になっているマニュアルの内容を記入してください。		
④あなたが介護予防・自立支援として現場で利用者さんの支援にあたる中で困っていることは何ですか？具体的に記入してください。(複数可)		
★項目 (例 栄養・運動・生活機能・認知症・口腔・言語聴覚障害など)		
★内容 (例 ○○のため、糖尿病食の工夫について○○に困っている。)		
項目	内容	
⑤各講師の方に質問したいことがあれば具体的にお書きください。		

大分県社会福祉介護研修センター
 FAX: 097-552-6868

受付時提出

令和4年度 介護職員現任者研修（ 通所 ・ 訪問 ）
『体調確認票』

所属施設・職場：

氏名：

事前に体温を測り、記入してください。
体調不良がある場合には、症状を具体的に書いてください。

日目	月日 ()	体温 (度)	体調不良の状況	その他	受付印
例	9/1 (木)	37.2	咳やくしゃみ、 寒気がします	8/24に発熱あり (37.7) 等	
1日目		°C			
2日目		°C			
3日目		°C			

※マスクの着用をお願いします。

※37.5°C以上の発熱、風邪症状がある場合は受講をお控えください。

※受講日の2週間前までに発熱があった場合も記入してください。

※朝、自宅検温し、記入してください。受付時に確認します。

※その他の体調不良でも、受付でお断りする場合があります。

※感染予防対策のため、エアコン使用時でも定期的に換気を行います。カーディガン等の羽織ものをお持ちいただき、各自で調節できるようにしてください。