

令和元年度「多職種連携アセスメント研修」のご案内

時下益々ご清祥のお慶び申し上げます。日頃は本会事業にご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて標記につきましては、今後の介護保険制度改正においてもケアマネジメントの在り方が課題となる中、「多職種協働（チーム）による地域包括ケア」が強調されています。

平成25年度より県の委託を受け、「多職種連携アセスメントの視点」の一層の普及を図るべく、例年通り地域別研修会（全3回）を開催致します。

つきましては、今年度の「チームエントリー」をご対応くださいますようお願い致します。

1. 目 的

- ソフト「介護・ラ針盤」を用いた多職種でのアセスメントにより、要介護者等の個々の生活リズムに視点をおくサービスが提供可能な居宅介護支援事業所及び居宅サービス事業所等の普及
- 医療と介護の連携により、最期まで暮らし慣れた自宅（地域）で暮らし続けられるよう、県下各地域における在宅サービス充実のための基盤（ネットワーク）の構築

2. 対 象【委託事業により全て無料】

- 県内の居宅介護支援事業所及び居宅サービス事業所等に属する現任者によるチーム

● ● ● ● ● チーム参加について ● ● ● ● ●

- ①利用者に係り普段から連携のある居宅サービス事業所（通所介護・訪問介護・訪問看護等）と共にチームで申し込みます。
- ②可能な範囲で医療系サービス（訪問看護・通所リハビリテーション等）の参加を得てください。
- ③本研修は基本的に年間3回分（県内4会場）開催の「地域別研修会」への参加をお願い致します。

イメージの一例（利用者Aさんに関わるチームとして）

- B居宅介護支援事業所のケアマネジャー
- C訪問介護事業所のサービス提供責任者
- D訪問看護ステーションの訪問看護師
- その他関係職種（通所介護・福祉用具貸与事業所等）



3. 参加のメリット

- ①利用者のケアマネジメントが深まりケアプラン・個別援助計画の検証ができます。
- ②利用者にとって更に丁寧なチームケアが進み利用者・介護者の満足に繋がります。
- ③年間を通じたプログラムにより「本来のサービス効果」を実感できます。

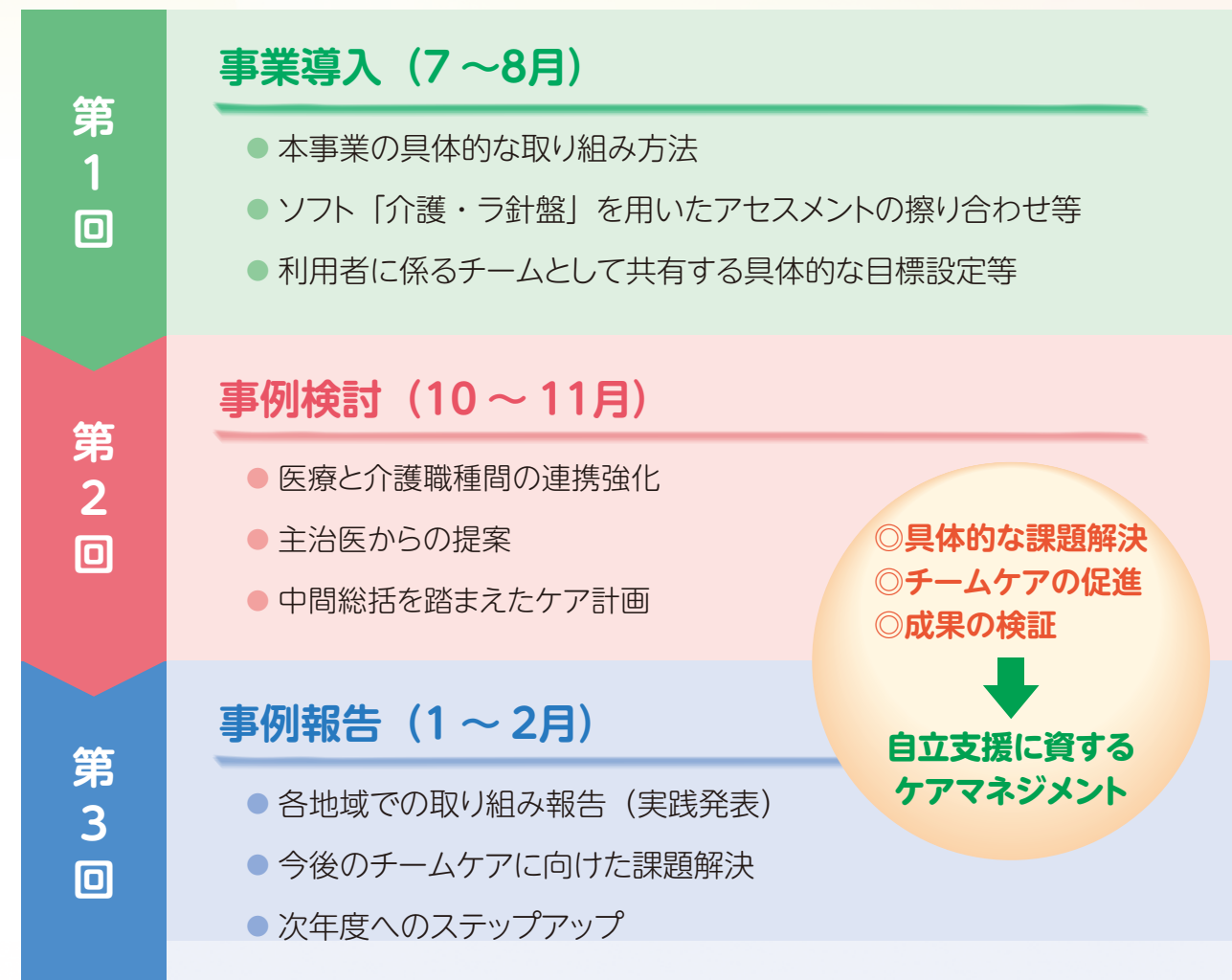
県から多職種連携の実践的な研修受講を証する修了証が授与されます。

4. 年間研修のイメージ（詳細は別紙）

年間研修（全3回）のイメージ

チームで共通の利用者について「介護・ラ針盤」を用いて多職種連携アセスメントを行い、年間を通じてチームアプローチを個別・具体的に検討・展開します。

- 第1～3回全て13：30～16：00の開催です。
- 第1～3回全て4会場毎に開催します。各会場は基本的に同一内容です。



まずは「チームとしてのエントリー」を考えてみましょう。
1年間で「具体的な結果」が見えてきます。



本研修に関する
お問い合わせ先

岐阜県居宅介護支援事業協議会
〒501-0222 岐阜県瑞穂市別府 1193 番地 1
TEL 058-322-3155 FAX 058-322-3156
E-mail shien@gifu-kyokai.jp

令和元年度「多職種連携アセスメント研修」

「よくあるご質問(Q & A)」について

Q.1 エントリーはケアマネジャーからの呼びかけでないとダメですか？

- ケアマネジャー以外の事業所の方（訪問看護・デイ・ヘルパー等）から呼びかけてのチームエントリー也大歓迎です。同一法人内の事業所同士でも参加出来ます。

Q.2 取り組む利用者さん(事例)が固まらないと申込できませんか？

- 利用者さんご本人やチームの了解到に調整を要する場合、居宅介護支援事業所のケアマネジャーから一旦申込の後、調整後に再度エントリーくだされば十分です。

Q.3 3回シリーズ全てにチームの全員が参加しないとダメですか？

- 現場のご都合により参加できない際は、事前に情報収集する等の柔軟対応が可能です。

Q.4 医療系サービス(医療職種)の参加は必須ですか？

- 主治医を含め医療系サービスとの連絡調整で十分です。医療系サービスの利用も必須ではありません。

Q.5 ソフト「介護・ラ針盤」を購入しないとダメですか？

- エントリー頂いた皆さんが共通の尺度を基に研修を進められるよう配慮する趣旨ですので、紙の用紙によるチェックシート記入に代替します。(ソフトがなくても参加可)

利用者さんにとっての「普段の連携の効果」が再確認できる好機です。

岐阜県居宅介護支援事業協議会 ☎058-322-3155

FAX送信状
058-322-3156

岐阜県居宅介護支援事業協議会 行

令和元年度「多職種連携アセスメント研修」チームエントリー 申込書

1.居宅介護支援事業所等について

居宅介護支援事業所名等	事業所名
	〒
	TEL () — FAX () —
	E-mail
ケアマネジャー氏 名	

2.ケアチームのメンバー(事業所等)について ※下記3事業所以上の際は本書コピー

サービス種別(通所介護等)	事業所名・連絡先等
	TEL () — ご担当：
	TEL () — ご担当：
	TEL () — ご担当：

※① 可能な限りお早目にお申込ください。

※② FAX受領後に個別連絡の上「参加票」等のご案内をお送りします。

一次締切 6月28日(金)