

デイサービスセンター職員交流・実践研修 実施要項

1 目的

利用者への質の高いサービスを提供（確保）する上で、職員には当該利用者の障害等への高度な理解と処遇のための専門的な知識・技術に加え、様々な視点から利用者を捉え、必要な支援を柔軟に創造し、かつ実践する能力が求められます。

このことを実現するための方策の一つとして、自らが属する「デイサービスセンター（以下「センター」という。）」とは異なるセンターにて、その業務等を見聞し、実際に関わりを持つことで新たな知識・技術を修得するとともに、幅広いものの考え方を深め、更なる成長を促す契機とすることを目的とします。

2 主 催 福井県デイサービスセンター協議会（以下「本会」という。）

3 実施期間 平成 28 年 9 月 1 日～11 月末

4 研修対象 本会会員センターに勤務する職員

5 研修先 他会員センター職員の受入を可能とする本会会員センター

6 研修期間 1 日間

<スケジュール例>

9:30	9:45	11:30	12:30	13:00	15:45	17:00	17:30
オリエンテーション	入浴	昼食	休憩	レクリエーション	送迎	意見交換	

7 研修内容等

- (1) 研修に派遣できる職員は、1センターにつき1人とします。
- (2) 研修受入センターにおかれましては、研修担当職員を置いてください。
- (3) 研修実施日につきましては、研修受入センター、研修者派遣センター間で調整し、決定してください。
- (4) 研修当日の日程および内容につきましては、受入センターの研修担当職員と研修者の間で事前に相談し、決定してください。
- (5) 研修実施に際し、必ずオリエンテーション、実習後（実習当日）の意見交換の時間を設けてください。

8 実施手続き

- (1) 研修受入に関する意向確認

本会会員センターで、研修者の受入に関する意向等を（様式1）「デイサービスセンター職員交流・実践研修受入意向調査票」にご記入の上、平成 28 年 7 月 25 日（月）までに、事務局までご提出ください。（FAX、メール可）

(2) 研修実施申込

本研修で他センターに職員の派遣を希望するセンターは、(様式2)「デイサービスセンター職員交流・実践研修参加申込書」に必要事項を記入の上、平成28年7月25日(月)までに、事務局までご提出ください。(FAX、メール可)

9 経 費

- (1) 本研修の実施にかかる費用として、本会が受入センターからの研修報告書を受理した後、研修者1人につき日額2,000円を受入センターに支払います。
- (2) 研修者が本研修時に受入センターでとる食事等は、研修者または研修者を派遣するセンターの実費負担とします。なお、この支払い方法、時期等については双方で調整してください。

10 実施手順

	手順	日時	受入センター	デイ協	研修者
①	研修者受入意向調査票および実践研修参加申込書の提出(様式1、様式2)	期限: 7月25日(月)	○ →	○ ←	○
②	研修者の研修先の調整 ※ 組み合わせは本会で行います。なお、センターの受入意向の結果により、研修者の希望に応じられない場合がありますので、予めご了承ください。なお、この場合は本会から個別に相談させていただきます。	8月上旬		○	
③	研修実施調整結果の報告	8月中旬	○ ←	○ →	○
④	実施日等の調整 ※ 研修者から受入センターへ個別に連絡して調整してください。	8月中旬～ 8月31日(水)	○ ←	→ ○	○
⑤	実施日の報告(様式3)		○ →	○	
⑥	事前説明会の実施 ※ 場所: 福井県社会福祉センター内 ※ 詳細については別途通知いたします。	8月23日(火) 10:00～12:00		○	○
⑦	研修の実施	9月1日～ 11月末日	○		○
⑧	研修報告書の提出(様式4) ※ 研修者が報告書上半分を記入し、受入センターに提出した後、受入センターが下半分を記入し、デイ協事務局に提出してください。	研修終了後 1ヶ月以内	○ ←	→ ○	○
⑨	研修に関するアンケートの提出(様式5)			○ ←	○
⑩	経費の振込 ※ 全ての研修が終了したのち、各受入センターに一括してお振込みします。	1月中	○ ←	○	

11 その他

研修に際し、本会は研修者を被保険者とする一定額の傷害・賠償補償のための保険に加入します。万が一事故が発生した際には、事務局まで速やかにご連絡ください。ただし、事故の原因、内容等によっては補償対象外となる場合もあります。

12 問合せ先

「福井県デイサービスセンター協議会」事務局(担当: 木村)

福井県社会福祉協議会 総務施設課 施設サービスグループ

TEL 0776-24-2347/FAX 0776-24-8942/E-mail shisetsu@f-shakyo.or.jp

(様式 1)

デイサービスセンター職員交流・実践研修 受入意向 調査票

[7月25日(月)締切] 県デイ協事務局行 FAX 0776-24-8942

センター名: _____

住 所: _____ TEL (_____) - _____

担当者名 (本研修担当職員をお願いできる方) _____

1 研修受入の意向

受け入れる 受け入れられない

(理由: _____)



2 1日あたり何人程度受入が可能ですか? ⇒ _____人

3 昼食は、ご用意いただけますか?

できる (1食 _____円) できない

4 研修受入に際しての注意事項

(様式 2)

デイサービスセンター職員交流・実践研修参加申込書

〔7月25日(月)締切〕 県デイ協事務局行 FAX 0776-24-8942

センター名： _____
住 所： _____ TEL (_____) - _____
連絡担当者名： _____

以下のとおり申し込みます。

1 研修申込者について

ふりがな
氏 名： _____ (男 ・ 女)
職 名： _____ (経験年数 _____ 年 _____ か月)

2 研修実施希望センターの有無について

実施先の希望がある 特にない



3 研修先として希望するセンターについて

	市町名	センター名	備考
第1希望			
第2希望			
第3希望			

※できるだけ具体的なセンター名をご記入ください。

具体的なセンター名がない場合には、市町名の記入のみでも構いません。

4 研修で学びたいこと(目的等)について(簡潔にご記入ください。)

※該当するものすべてに○印をつけてください。 ・入浴 ・レクリエーション ・食事 ・建物、設備等のハード面 ・介護計画 ・従業員の処遇 ・介護サービスの内容(加算の有無) ・職員研修 ・苦情処理 ・家族、地域への対応 ・その他(_____)
上記以外のこと(簡潔に)

(様式 3)

デイサービスセンター職員交流・実践研修 研修実施日

〔8月31日(水)締切〕 県デイ協事務局行 FAX 0776-24-8942

センター名： _____

住 所： _____ TEL _____

本研修担当職員： _____

研修者氏名 _____

研修者所属センター _____

《研修実施》

研修実施日	研修時間
平成28年 月 日 ()	午前 時 分 ~ 午後 時 分

デイサービスセンター職員交流・実践研修 実施報告書

(研修者記入)	研修者	所属センター名																									
		氏名	職種																								
	研修日	平成 年 月 日 ()																									
	研修先センター名																										
	実習目標																										
(受入れセンター記入)	実習スケジュール																										
	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00																
	実習所感																										
	実習後の意見交換																										
受入れセンターの所感																											
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px;">請 求 書</div>																											
<p>福井県デイサービスセンター協議会長 小川 弥仁 様</p> <p>上記のとおり、本研修が終了しましたので、経費 (2,000 円) を請求します。</p> <p>【振込先】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">金融機関名</td> <td style="width: 45%;"></td> <td style="width: 15%;">支店名</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>口座種別</td> <td>・普通 ・当座</td> <td>口座番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>口座名義</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>												金融機関名		支店名		口座種別	・普通 ・当座	口座番号		フリガナ				口座名義			
金融機関名		支店名																									
口座種別	・普通 ・当座	口座番号																									
フリガナ																											
口座名義																											
平成 年 月 日 事業所名 印																											

デイサービスセンター職員交流・実践研修 アンケート

県デイ協事務局行 FAX 0776-24-8942

※今後の事業の参考とさせていただくものです。率直なご意見等をお聞かせ下さい。
該当する項目に「○」をつける、または必要事項をご記入ください。

1. 業務経験年数 (1) 1年未満 (2) 1~3年未満 (3) 3~5年未満 (4) 5~10年未満 (5) 10年以上
2. 内容について (1) 良い (2) (3) (4) (5) 悪い
(上記の理由がある場合)
3. 研修で分かったこと、大事だと思ったこと、感想等をお書きください。
4. 今後取り上げてほしい研修内容、要望等、自由にお書きください。
5. 差し支えなければ、お名前をご記入ください。
所属 氏名

ご協力ありがとうございました。貴施設で学ばれたものを、自施設に一つでも持ち帰っていただき、職員の質の向上に努めていきましょう。