

平成 30 年度 実務研修実習指導者養成研修

～介護支援専門員実務研修実習における主任介護支援専門員の役割と視点～

【この研修の目的】

平成 28 年度介護支援専門員の研修カリキュラムの変更に伴い、介護支援専門員実務研修において、居宅介護支援事業所で行う「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」が必須項目となっております。

本県においては、実習受入先として、指導体制が整っている特定事業所加算取得事業所に、広島県社会福祉協議会が委託して実習実施を予定しております。

本研修では、実習受入担当者となる主任介護支援専門員を対象に、ケアマネジメントプロセスの再確認と実習受入時の指導方法や注意点について確認いただきたく企画いたしました。

【 実 施 要 綱 】

◆日時・会場 ※各会場、各部とも同じ内容です。いずれかをご選択ください。

広島会場

日時：平成 30（2018）年 11 月 1 日（木）①午前の部 9:30～12:00（受付開始 9:00～）
②午後の部 13:00～15:30（受付開始 12:30～）

会場：広島市南区民文化センター 2 階 ホール（〒732-0816 広島市南区比治山本町 16-27）

福山会場

日時：平成 30（2018）年 11 月 13 日（火）③午前の部 9:30～12:00（受付開始 9:00～）
④午後の部 13:00～15:30（受付開始 12:30～）

会場：広島県民文化センターふくやま 1 階 ホール（〒720-8519 福山市東桜町 1-21）

◆研修内容・講師（予定）

①「実務研修実習の指導内容について」：介護支援専門員指導者（実習体制検討WG）

②「実習受入に伴う事務手続きについて」：

（社福）広島県社会福祉協議会 社会福祉研修センター職員

◆対象者：広島県社会福祉協議会と「実習委託契約」を締結している（手続き中を含む）特定事業所加算取得（予定を含む）居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員

（実習受入先の事業所で実習生を指導する予定がある主任介護支援専門員）

※昨年度受講された方も必ず受講ください。

◆定員：300名ずつ（各会場、各部とも）

定員を超過した場合は、会場（日程）・部（時間）の変更をお願いする場合がございます。

※優先順位：①当会の会員（平成 30 年度会費納入済みの方）、②先着の順で優先いたします。

◆申込方法・締切・参加申込書

次の申込書に必要事項を記載の上、FAXまたは郵送により 10/22（月）の正午までに申込みください。

* 定員超過によりお断りする場合がございます。

* 研修が近づきましたら受講決定通知（葉書）を送付いたします。

* 研修をキャンセルされる場合、資料は郵送できませんので、ご了承ください。

◆生涯学習制度：B-1-2（1単位） *生涯学習シート配布予定

◆主任介護支援専門員更新研修の受講要件②に該当する研修：該当する

◆参加費：無料 ※広島県地域医療介護総合確保事業による（予定）

FAX送信票 (送付状は不要) FAX : 082-250-8133 一般社団法人広島県介護支援専門員協会宛

【郵送の場合：〒734-0007 広島市南区皆実町 1-6-29 一般社団法人広島県介護支援専門員協会宛】

研修会名：『平成 30 年度 実務研修実習指導者養成研修』

参加申込書【締切：10/22 (月) 正午 (12 時)】

※太枠部分が未記入の場合及び締切日時を過ぎた申込みは受付できませんので、ご注意ください。

介護支援専門員 登録番号			介護支援専門員有効期間満了日	
			平成	年 月 日
フリガナ			主任介護支援専門員研修 受講年度	
ご氏名			平成	年度
当会の会員区分	正会員・特別会員・賛助会員・一般・不明 ※新規入会希望(平成 30 年度) (新規入会申込書を提出ください。入会金・年会費の支払いをもって正会員となります)			
当会の会員番号				
受講希望会場・部 (希望に○を記入)	広島会場(11/1) ※午前か午後どちらかに○		福山会場(11/13) ※午前か午後どちらかに○	
	①午前の部 (9:30~12:00)		③午前の部 (9:30~12:00)	
	②午後の部 (13:00~15:30)		④午後の部 (13:00~15:30)	
受講決定通知送付先 (どちらかに○を記入)	自宅 ・ 勤務先			
自宅の連絡先 (住所・TEL・FAX)	〒			
	TEL:		FAX:	
	携帯電話:			
勤務先名称	(介護保険事業者番号:) ※次の項目の内、該当する箇所に☑をつけてください。 ☑がない場合は、受講できませんので、ご注意ください。 (<input type="checkbox"/> 特定事業所加算Ⅰ ・ <input type="checkbox"/> 特定事業所加算Ⅱ ・ <input type="checkbox"/> 特定事業所加算Ⅲ ・ <input type="checkbox"/> 今後、特定事業所加算を取得予定)			
勤務先の連絡先 (住所・TEL・FAX)	〒			
	TEL:		FAX:	
※個人情報の同意について (同意の上チェック)	<input type="checkbox"/> 次の「個人情報の取り扱いについて」に同意して申込みます。 (↑同意いただける場合は□に必ず☑印を記入の上、申込みください。 同意いただけない場合は、申込みはお受けできませんのでご了承ください。) ※【個人情報の取り扱いについて】 申込みの際に提出いただいた個人情報につきましては、連絡のためや当会の会員・受講履歴管理システムへの登録のために使用いたします。当会以外の者が使用することおよび第三者への提供はいたしません。			

◆主催・問合せ先 一般社団法人広島県介護支援専門員協会

〒734-0007 広島市南区皆実町 1-6-29 (広島県健康福祉センター 7 階)

TEL : 082-555-1450 FAX : 082-250-8133 メール : info@hcma.or.jp HP : http://www.hcma.or.jp/

(※当会記入欄) 受付年月日: 受付番号: