

(主任介護支援専門員更新研修の受講要件②を満たす法定外の研修)

令和元年度主任介護支援専門員フォローアップ研修 ～主任介護支援専門員による事例検討会の開催に向けて～

【目的・趣旨】

主任介護支援専門員の役割として、他の介護支援専門員に対する助言・指導や地域づくりが求められています。

本研修では、効果的な事例検討会の開催やそれに向けての準備をわかりやすく学ぶことにより、地域等における事例検討会の開催を促進します。

主任介護支援専門員が事例検討会の手法を通じて、他の介護支援専門員に対する助言・指導を行うための知識及び技術が習得できることを目的としています。

また、事例検討会に参加する介護支援専門員や主任介護支援専門員のスキルアップが図られ、利用者の自立支援に資するケアマネジメントが推進されることを期待します。

【 開 催 要 項 】

◆日時・会場

日時：令和元（2019）年8月5日（月）10：00～16：00（受付開始：9：30より開始します。）

会場：広島県健康福祉センター 8階 大研修室（〒734-0007 広島県広島市南区皆実町1-6-29）

◆研修テーマ「主任介護支援専門員による事例検討会の開催に向けて」

◆研修内容

1. 主任介護支援専門員の役割を意識した事例検討とは
 2. 事例検討会開催に向けて行動計画を作成しよう
 3. 事例検討会開催のポイントと個別事例を通じた介護支援専門員に対するアドバイス
- ※本研修では、受講者自身の事例を提出する必要はありません。

◆講 師 今吉 光弘 先生（熊本学園大学 非常勤講師／日本福祉大学 非常勤講師） （*広島県主任介護支援専門員研修の講師）

◆対象者 広島県内の事業所等に従事している主任介護支援専門員

◆定 員 120名（定員超過の場合の優先順位：①正会員、②同意書提出者、③先着）

◆注意事項・申込方法・締切等 【締切日：7/22（月）正午】

- (1) 参加申込書に必要事項を記載の上、締切日までにFAX又は郵送により申込をしてください。
* 締切日より前に定員超過になった場合、お断りする方へ連絡するとともに当会HPでお知らせします。
- (2) 締切日以降、受講可能な申込者に対し、受講決定通知、研修受講カード、請求書兼払込取扱票、地図を送付します。
* 届いたら必ず確認し、払込取扱票を用いて、研修日までにコンビニ又は郵便局で参加費を納入してください。
* 納入後のキャンセルは、返金の対応はありません。（資料も渡せません。受講者の交替も認められません。）
- (3) 当日は研修受講カードを持参し受付で提示してください。当日の朝、弁当の食券販売があります。（お茶付：600円）
* 遅刻・中座・早退があった場合は、「主任介護支援専門員更新研修の受講要件②を満たす法定外研修」の修了者として認められませんので、注意してください。（出席とみなされない場合があります。）

◆生涯学習制度：申請中（*当日の研修終了時、生涯学習シートを配布します。）*C-4-4・E-4（各1単位）予定

◆主任介護支援専門員更新研修の受講要件②を満たす法定外の研修等：該当する（予定）

◆参加費 正会員：10,000円 ※令和元年度会費納入済みの方

（令和元年度新規入会希望の方は、当会HP掲載の入会申込書に記入の上、当会まで送付してください。
その後、令和元年度入会金・年会費の請求書を送付しますので、必ず納入してください。）

主任介護支援専門員支援業務等の名簿への登載同意書提出者：15,000円

一般：20,000円

◆主催 一般社団法人広島県介護支援専門員協会（事業部会）

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 】

8/5 (月) 『令和元年度主任介護支援専門員フォローアップ研修』

参加申込書【締切日時 : 7/22 (月) 正午 (12時)】

※FAX送信の際、申込書の送信面 (表と裏) をよく確認してください。

(表と裏が逆の用紙が届いた場合、どなたからの申込か判断がつかないため、申込受付ができません。)

※太枠の部分に未記入がある場合及び締切日時を過ぎた申込は受付できませんので、注意してください。

当会の会員番号	<input type="checkbox"/> 不明 (会員番号が不明な場合に☑)	
介護支援専門員 登録番号	(8桁の数字)	当会の会員区分 (該当項目に☑)
主任介護支援専門員 取得年度	平成_____年度 (不明な場合、主任介護支援専門員研修の修了証明書で確認)	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 同意書提出者 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不明 (会員区分が不明な場合) <input type="checkbox"/> 新規入会希望 (令和元年度～) →当会 HP 掲載の入会申込書に記入の上、当会へ送付してください。
フリガナ		
氏名		
受講決定通知 送付先 (該当に○印)	自宅・勤務先 (*送付先の指定がない場合、当会に一任とみなします。)	
弁当希望調査 *お茶付 600円 (該当に○印)	希望する・希望しない (*注文は、研修当日の朝、食券購入をもって確定します。)	
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(10桁の数字): _____)	
勤務先の連絡先 (住所・TEL・FAX)	〒 _____	
	TEL:	FAX:
	<input type="checkbox"/> 次の「個人情報の取り扱いについて」に同意して申し込みます。 (↑同意する場合は□に必ず☑印を記入の上、申込をしてください。 同意しない場合は、申込を受理できませんので注意してください。) ※【個人情報の取り扱いについて】 申込の際に提出の個人情報については、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しません。	

◆申込・問合せ先 一般社団法人広島県介護支援専門員協会

〒734-0000 広島県広島市南区皆実町 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 :