

令和元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～

【本研修の目的】

平成 28 年度の介護支援専門員法定研修カリキュラムの改正に伴い、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」は必須項目です。

本県においては、実務研修の指定機関である広島県社会福祉協議会が、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の居宅介護支援事業所に委託して実習しています。

本研修は、実習受入の際、指導を担当する主任介護支援専門員を対象に、実習における主任介護支援専門員の役割と視点を確認する場として企画しました。

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及び注意点について確認することを目的としています。

【 実 施 要 綱 】

◆日時・会場 ※各会場とも同じ講義内容です。いずれか希望する会場を選択してください。

広島会場

日時：令和元（2019）年11月12日（火）9:30～12:00（受付開始9:00～）

会場：安芸区民文化センター 1階 ホール（〒736-8509 広島市安芸区船越南三丁目2-16）

福山会場

日時：令和元（2019）年11月19日（火）9:30～12:00（受付開始9:00～）

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

（広島県介護支援専門員研修向上委員会 実習体制検討WG）

②「実習受入に伴う事務手続について」：

社会福祉法人 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（手続中を含む）特定事業所加算取得（予定を含む）の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）

◆定員 広島：400名、福山：400名（計800名）

定員超過の場合は、次のとおり優先します。

優先順位：①当会の正会員（令和元年度会費納入済の方）、②先着の順

◆申込方法・締切・参加申込書・注意事項

次の申込書に必要事項を記載の上、FAX又は郵送により10/31（木）の正午までに申込んで下さい。

* 定員超過により申込を断る場合、速やかに連絡します。

* 研修が近づきましたら受講決定通知（葉書）を送付します。（11月1日（金）頃発送）

* 研修をキャンセルされる場合、メールにより連絡してください（info@hcma.or.jp）。なお、欠席の場合は、資料を渡しかねます。

* 弁当販売はありません。

◆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（予定）

* 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ませんので、注意してください（出席とみなさない場合があります）。

◆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：『令和元年度 実務研修実習指導者養成研修』

参加申込書【締切：10/31（木）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 | | | 介護支援専門員証に記載の有効期間満了日 | |
| | | | 年 | 月 日 |
| フリガナ | | | 主任介護支援専門員研修 受講年度 | |
| 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(令和元年度) (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 (希望に○を記入) | 広島会場 (11/12) 9:30~12:00 | | 福山会場 (11/19) 9:30~12:00 | |
| 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) | 〒 ー | | | |
| | TEL: | | FAX: | |
| | 携帯電話: | | | |
| 勤務先名称 | (介護保険事業者番号:)10桁 ※次の項目の内、該当する箇所には☑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「個人情報の取扱について」に同意し、申込ます。 (↑同意する場合は□に必ず☑印を記入の上、申込ください。 同意できない場合は、申込はできません。) ※【個人情報の取扱について】 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及び第三者への提供はしません。 | | | |

◆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 :