

平成 29 年度 神戸市自立支援型ケアマネジメント研修

(神戸市地域包括ケア推進事業)

「介護支援専門員現任研修(3日間)」募集要項

1. 目的

利用者の自立支援に資する適切なケアマネジメントの実現に資するため、多職種協働によるケアカンファレンス（サービス担当者会議や退院時カンファレンス等）の実践力向上をはかることで、介護支援専門員としての専門性を高めることを目的に実施します

2. 実施主体 一般社団法人 神戸市ケアマネジャー連絡会（神戸市より研修運営を委託）

3. 対象者 神戸市内の事業所に勤務している者

4. 定員 100名

5. 開催日時 【1日目】平成 29 年 9 月 22 日（金） 13：30～16：30
【2日目】平成 29 年 10 月 11 日（水） 13：30～16：30
【3日目】平成 29 年 11 月 7 日（火） 13：30～16：30

6. 会場 たちばな職員研修センター（中央区橘通 3-4-3）地下鉄大倉山駅下車 5 分

7. 講師 【1日目】 あたご研究所 代表 後藤佳苗氏
【2・3日目】 兵庫県対人援助研究所 主宰 稲松真人氏
うきうきクラブなだ居宅介護支援事業所 所長 河井眞知子氏
高齢者ケアセンターながた 施設長 山内賢治氏

8. プログラム

【1日目】 自立支援型ケアマネジメントとは何か、多職種協働の必要性や連携の目的を理解する

【2日目】 思考のプロセスを活用し、自立支援を目指したケアプランのポイントを理解する
ケアプランの目的やサービス導入の根拠、自立支援の視点を明確化する

【3日目】 ケアプランを通じてケアマネジャーが行う多職種連携のあり方や実際の展開を理解する
必要と思われる具体的な働きかけを明確にし、標準的な連携の手順と展開方法を学ぶ

9. 受講料 3,000 円（3日間通し）

10. 申込受付期間 平成 29 年 8 月 1 日（火）から 8 月 31 日（木）締切（期間厳守）

※受付期間中でも定員になり次第、締め切らせて頂きます

11. 申込方法 (1)(2) いずれかお選びください

(1) 参加申込書に必要事項をご記入の上事務局まで F A X をお送りください

(2) メール（添付書類の印刷できる）にて必要事項をご記入の上

info@kobe-caremane.net までお送りください

① 必ず、件名に「3日間申込」とお書きください

② 氏名・フリガナ・介護支援専門員番号・事業所名・住所・日中連絡のつく電話番号・FAX 番号
（参加申込書の全部の内容）

受講要件を確認の上、折返しこちらから受講受付票を FAX・メール送信させていただきます

12. 受講決定について

申込の FAX もしくはメールを受付後、申込内容を審査の上受講を決定し、事務局から**受講番号の入った受講票**を FAX もしくはメールの添付にて返信いたします（1 週間～10 日程度）参加費のお振込みをもって受講決定とさせていただきます

※定員に満たない場合は、受講要件を満たす申込者全員に対し受講決定を行います

13. 研修受講にあたっての留意事項

本研修の趣旨を踏まえ、有意義な研修となるよう研修実施にご協力ください

- ・ 欠席・遅刻・早退は厳禁です
- ・ 講義開始から 15 分以上遅刻した場合は、欠席扱いとなります
- ・ 講義途中での退出が確認できた場合は、欠席扱いとさせていただきます
- ・ 講義中には、携帯電話・パソコンの使用はご遠慮いただきます
- ・ 研修実施に影響のある状況が見受けられた場合には、受講を取りやめていただく場合があります

14. 修了証発行について

3 日間すべて受講された方には、「修了証」及び兵庫県介護支援専門員協会認定シールを発行しております
※次年度以降、「介護支援専門員（現任） 継続研修」研修を受講される際に必要となります

以上

神戸市ケアマネジャー連絡会事務局行

F A X 362-5277



締切日 8月31日締切

《介護支援専門員 現任者研修会(3日間)・参加申込書》

フリガナ	介護支援専門員登録番号							
氏名								
事業所名								
事業所住所	〒 神戸市 区							
日中に連絡がつく電話番号	(携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先)							※受講動機をお聞かせください
受講票が受取れる FAX 番号	(自宅 ・ 勤務先)							

15. 問い合わせ先等 一般社団法人神戸市ケアマネジャー連絡会 事務局

業務時間：月・水・金曜日 10時～16時
TEL：078-362-6222