

平成30年12月10日

地域包括支援センター
居宅介護支援事業所
介護保険施設
御中

八王子市福祉部介護保険課
八王子介護支援専門員連絡協議会

平成30年度1月開催介護支援専門員研修会について（通知）

日頃より、本市の介護保険事業に御理解、御協力をいただきありがとうございます。
標記の件について下記のとおり通知します。受講を希望される方は、お申込みくださいますようお願いいたします。

記

(1)	研修名称等	医療連携研修 医療連携3 ～精神疾患の理解と対応～
	開催日時	平成31年1月21日（月） 午後6時30分から午後9時00分まで
	開催場所	八王子市役所 本庁舎 8階 801・802会議室
	定員	150名
	研修内容	精神疾患について講義にて学び、パネルディスカッションを通じて疑問の解消を行う。
	講師	平川病院 医師 加藤 英之氏 座長、主なパネリスト：主任介護支援専門員・精神保健福祉士・相談支援専門員（障害福祉サービス）・看護師など

(2)	研修名称等	主任研修 ファシリテーション
	開催日時	平成31年1月25日（金） 午後1時00分から午後5時00分まで
	開催場所	八王子労政会館（八王子市明神町3-5-1）第4会議室
	対象・定員	主任介護支援専門員の資格を有する者、60名
	研修内容	主任介護支援専門員としての、地域や事業所の新任・現任の介護支援専門員への支援・介入方法について、グループワークを通して考える。
	講師	公立大学法人 埼玉県立大学 保健医療福祉学部 看護学科 准教授 柴山 志穂美氏
	注意事項	・日程は、年度初めにご案内した当初のものから変更しております。

- 1 対象者 八王子市地域包括支援センター職員、八王子市をサービス提供地域とする居宅介護支援事業所及び介護保険施設等（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、及び特定施設入居者生活介護）に所属する介護支援専門員等

- 2 申込方法 下の受講申込票に必要事項をご記入のうえ、12月17日(月)(必着)までに介護保険課へファクシミリ(FAX 042-620-7418)にてお申込みください。
- 3 受講決定 受講決定通知書の交付をもって受講決定とします。受講決定通知書は、申込みした者のうち、受講決定者にのみ12月21日(金)までにファクシミリにて送付します。参加申込者が定員を超えた場合は、抽選を行い受講者の決定をします。受講決定通知書の届かない方は、研修会当日お越しいただいても受講することができませんので、ご注意ください。
- 4 問合せ先 ①「医療連携3」に係ること
八王子介護支援専門員連絡協議会 電話 042-686-3850
- ②「主任研修ファシリテーション」その他受講に係ること
八王子市介護保険課 給付担当 中山・下平・吉井・高鳥 電話 042-620-7459

平成 30 年度 1 月開催研修会受講申込票

ひと枠内 1 名の氏名記載とします。受講を申込み研修の番号を記入してください。

申込票の枠が足りない場合は、用紙をコピーのうえお申込みください。

受講申込研修名	(1) 医療連携研修 医療連携 3 (2) 主任研修 ファシリテーション *受講を申込み研修の番号を記入してください。(両方も可) →	申込番号記入欄
事業所名称		
受講カード番号		
フリガナ		
氏名		
電話番号		
F A X 番号		

【注意】「受講カード番号」とは、受講カードのバーコードの下に書かれたアルファベット a にはさまれた数字 8 桁です。（「受講カード」は、平成 25 年 5 月以降開催の研修会で交付しています。お持ちでない方は、受講カード番号の記載は必要ありません。）

*以下の質問は「医療連携研修 医療連携 3」にお申込みいただく方のみご回答をお願いいたします。

日頃の業務で精神疾患について疑問に思っていること、パネリストへの質問はありますか？

*「以下の質問は主任研修 ファシリテーション」にお申込みいただく方のみご回答をお願いいたします。

受講目的			
ケアマネ歴	年	主任ケアマネ歴	年
現在、所属事業所の管理者ですか？	はい	いいえ	
現在、どのような場で事業所内や地域のケアマネジャーの支援を行っていますか？			
事業所内や地域のケアマネジャーの支援を行う上で課題だと思うことはありますか？			

F A X 送信先 : 0 4 2 - 6 2 0 - 7 4 1 8 介護保険課