

平成29年9月5日

地域包括支援センター  
居宅介護支援事業所 御中  
介護保険施設

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29年度10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2                                      |
| 開催日時  | 平成29年10月13日（金） 午後6時30分から午後9時まで                    |
| 開催場所  | 八王子市役所 本庁舎 8階 801・802会議室                          |
| 定員人数  | 170名  |
| 研修内容  | 高齢者に多い難病を紹介するとともに、臨床倫理について医師とケアマネの共通の認識を持てるようにする。 |
| 講師    | 医療法人永寿会 陵北病院院長 田中裕之 氏                             |
- (2)
- |       |  |
|-------|--|
| 研修名称等 | 現任研修Ⅱ 自立支援に資するケアプランの作成方法2  |
| 開催日時  | 平成29年10月14日（土） 午前9時30分から午後0時30分まで                                    |
| 開催場所  | 八王子市役所 本庁舎 8階 801・802会議室   |
| 対象・定員 | 八王子市での介護支援専門員経験年数が概ね5年以上、100名  |
| 研修内容  | 事例をもとに、自立の概念に基づいた目標設定及び支援方法を検討し、実際にケアプランを作成する。                       |
| 講師    | 認知症介護研究・研修東京センター 副センター長 佐藤信人 氏                                       |
| 注意事項  | ・研修開催日当日は休庁日のため、 <u>正面玄関からの出入りはできません。</u><br><u>守衛室側出入口をご利用ください。</u> |
- (3)
- |       |   |
|-------|---|
| 研修名称等 | 現任研修Ⅰ チームを創るファシリテーション2-2                                      |
| 開催日時  | 平成29年10月20日（金） 午後1時から午後5時まで                                   |
| 開催場所  | 八王子市役所 本庁舎 8階 801・802会議室                                      |
| 対象・定員 | 八王子市での介護支援専門員経験年数が概ね2年以上5年未満、100名                             |
| 研修内容  | 多職種協働の相互理解や合意形成のサポート及び効果的な会議運営を行うための知識と技術を学ぶ。                 |
| 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<br>准教授 柴山 志穂美氏                    |
| 注意事項  | 本研修の受講が、平成29年9月19日（火）開催の「現任研修Ⅰ チームを創るファシリテーション2-2）」受講修了の要件です。 |

- 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、**9月15日（金）（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。受講決定通知書は上記2により申込みした者のうち、受講決定者にのみ9月25日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 八王子市介護保険課 給付担当 中山・西村・最上・高鳥 電話：042-620-7459  
八王子介護支援専門員連絡協議会 電話：042-686-3850

----- 切らずにこのまま送信してください -----

## 平成29年度 10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2 (2) 現任研修Ⅱ 自立支援に資するケアプランの作成方法2 (3) 現任研修Ⅰ チームを創るファシリテーション2-2 *受講を申込み研修の番号を記入してください。(複数可) →	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		
FAX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。）

FAX送信先：042-620-7418 介護保険課