

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11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 | 主任研修 スーパービジョン |
| 開催日時 | 平成29年11月11日（土） 午前9時30分から午後1時まで |
| 開催場所 | 八王子市役所 本庁舎 8階 801会議室 |
| 対象・定員 | 主任介護支援専門員の資格を有する者・40名 |
| 研修内容 | ライブスーパービジョン
アセスメントからニーズの抽出（ケアプラン第2表を作成する素材の発見を含む）を学ぶ。 |
| 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 |
- (2)
- | | |
|-------|-----------------------------------|
| 研修名称等 | 主任研修 地域援助技術 |
| 開催日時 | 平成29年11月13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会議室 |
| 対象・定員 | 主任介護支援専門員の資格を有する者・70名 |
| 研修内容 | 地域資源の活用に必要な視点を、講義及びグループワークを通して学ぶ。 |
| 講師 | 首都大学東京 都市教養学部 准教授 室田信一 氏 |
- (3)
- | | |
|-------|--|
| 研修名称等 | 医療連携研修 医療連携3 |
| 開催日時 | 平成29年11月21日（火） 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会議室 |
| 定員人数 | 100名 |
| 研修内容 | 1 難病の制度と保健所との連携
2 難病の利用者における訪問看護ステーションとの連携 |
| 講師 | 1 八王子市健康部保健対策課 課長補佐兼主査 保健師 片岡幸子
2 八王子市医師会立訪問看護ステーションサテライト西
所長 看護師 小野志江 氏 |

- 1 対象者 (1) 及び(2) 八王子市内の地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び介護保険施設等に勤務する**主任介護支援専門員**
(3) 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 (1) 及び(2) の主任研修は本ページの「主任研修受講申込票」をお使いください。
(3) の医療連携研修は次ページ「医療連携研修受講申込票」をお使いください。
必要事項をご記入のうえ、**10月19日(木)(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10月26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11月開催 主任研修受講申込票

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) 11/11 主任研修 スーパービジョン (2) 11/13 主任研修 地域援助技術 *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		
東京都主任介護支援専門員(更新)研修修了日	平成 年 月 日	
修了証書番号		
フリガナ		
氏名		
電話番号		
FAX番号		

平成 29 年度 1 1 月 開催 医療連携研修受講申込票

受講申込研修名	(3) 11/21 医療連携研修 医療連携 3
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	

受講申込研修名	(3) 11/21 医療連携研修 医療連携 3
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。）

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