

平成29年度 主任介護支援専門員 フォローアップ(オープン)研修

主任介護支援専門員更新研修の受講要件②に該当する研修です

【この研修の目的】

現在、政府・厚生労働省は、「経済再生なくして財政健全化なし」の基本方針の下、強力に構造改革を推進しており、地域包括ケア構築もその一環である。平成29年2月に国会上程された「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」は、「地域共生社会」を推進する文脈で、社会福祉法や障害者総合支援法、児童福祉法の改正案も含んだものとなっており、戦後の社会保障・社会福祉制度は、いま大きな分岐点に差し掛かっていると見えよう。

本研修では、こうした制度・施策の動向を踏まえ、主任介護支援専門員に、いま何が求められているのか、その期待される役割を果たすため、どのような知識と技術をブラッシュアップし、力量を高めていく必要があるのかを考えます。受講者が、自らの立ち位置を確認すると共に、今後の学習課題を明確にし、自己の学習計画を立案する契機とします。

【 実 施 要 綱 】

◆日時・会場

日時：平成29(2017)年4月22日(土) 10:00~15:00 (昼休憩 12:00~13:00)

場所：広島市東区民文化センター 1F ホール(〒732-0055 広島県広島市東区東蟹屋町10-31)

※会場は椅子のみの座席で、テーブルがありません(バインダーが必要な方はご持参ください)。

◆研修内容

1. 地域包括ケアシステム強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案の内容を経済財政一体改革と関連づけ理解する。
2. 「我が事、丸ごと、共生社会実現」がもたらす、現場への影響を考える。
3. 公的サービス分野(準市場)と一般市場との違いを理解したうえでポジショニングする。
4. 主任介護支援専門員に求められる知識と技術を踏まえた今後の学習課題を考える。

◆講 師 金子努(一般社団法人 広島県介護支援専門員協会副会長)

◆対象者 広島県内の事業所等に従事している主任介護支援専門員

◆定員 500名(定員超過の場合、①当会の会員(H28年度会費納入済みの方)、②同意書提出者、③先着の順で優先いたします)

◆お申込方法・締切・参加申込書・注意事項

次頁の申込書に必要事項を記載の上、FAXまたは郵送によりお申込みください(締切日:4/14正午)。

* 定員超過によりお断りする場合のみ、ご連絡いたします。

* 研修が近づきましたら研修受講カード・地図・請求書等を送付いたします。

* キャンセルされた場合、資料は郵送いたしかねますのでご了承ください。

* 研修中に退出される場合は、主任介護支援専門員更新研修の受講要件を満たす法定外研修の受講者として認められませんので、ご注意ください。

◆生涯学習制度：A-1(2単位) *生涯学習シート配布

◆主任介護支援専門員更新研修の受講要件を満たす法定外の研修等：該当する(予定)

◆参加費 正会員 2,000円・賛助会員 ※平成28年度会費納入済みの方

(平成29年度新規入会希望の方は、当会HP掲載の入会申込書にご記入の上、当会までご送付ください。その後、平成29年度入会金・年会費の請求書をご送付いたしますので、4/21(金)までに、必ずご納入ください)

主任介護支援専門員支援業務等の名簿への登載同意書提出者 4,000円

一般 6,000円

F A X 送信票 (送付状は不要) F A X : 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 】

『平成29年度 主任介護支援専門員フォローアップ (オープン) 研修』参加申込書

【締切 : 4/14 (金) 正午】

※太枠の部分に未記入がある場合及び締切日時を過ぎたお申込は受付いたしかねますので、ご注意ください。

当会の会員番号			当会の会員区分 (該当項目に☑)
介護支援専門員 登録番号			<input type="checkbox"/> 正会員 ・ <input type="checkbox"/> 賛助会員 <input type="checkbox"/> 非会員 ・ <input type="checkbox"/> 同意書提出者 <input type="checkbox"/> 新規入会希望 (H29.4~) → 当会 HP 掲載の入会申込書にご記入いただき、当会までお送りください。
主任介護支援専門員 取得年度	年度 (※ご不明な場合は、主任介護支援専門員の 修了証明書をご確認ください)		
ふりがな			
ご氏名			
ご自宅の連絡先 (住所・TEL・FAX)	〒 —		
	TEL:	FAX:	
	携帯電話:		
勤務先名称	(介護保険事業者番号:)		
受講票送付先 (該当に○印)	自宅 ・ 所属		
勤務先の連絡先 (住所・TEL・FAX)	〒 —		
	TEL:	FAX:	
昼食 (弁当) 希望 (該当に○印)	希望する ・ 希望しない (概数把握のため。当日の朝、食券を購入することで確定となります)		
※ 個人情報の 同意について (同意の上チェック)	<input type="checkbox"/> 次の「個人情報のお取り扱いについて」に同意して申し込みます。 (↑ ご同意いただける場合は□に必ず☑印をご記入の上、お申し込みください。 ご同意いただけない場合は、お申込はお受けできませんのでご了承下さい。) ※【個人情報のお取り扱いについて】 お申込みの際にご提出いただいた個人情報につきましては、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致します。当会以外の者が使用することおよび第三者への提供はいたしません。		

◆主催・お問い合わせ先 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 7F)

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 :