

# 平成29年度第2回主任介護支援専門員

## フォローアップ(オープン)研修

～スーパービジョンの観点から、事例検討、事例研究を実施する  
うえで必要となる知識と技術～

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・趣旨】

本研修では、スーパービジョンの観点から事例提供者に焦点を当てて行う事例検討、事例研究の留意点と必要となる知識と技術について学修します。

スーパービジョンの観点から行う事例検討、事例研究では、事例提供者の事例に対する解釈を再構成していくことで新たな視点の獲得を促進し、行動変容を促すことが期待できます。

事例提供者の担当事例に対する思考過程を十分に引き出したうえで、事例提供者の抱える検討課題を共有し、行動化を促すための論点を明確にしていきます。その検討過程は、ケアマネジャーの省察的思考と実践そのものであり、プロフェッショナルとしてのケアマネジャーの成長を支えるものです。

以上の開催目的、趣旨をご理解のうえ、参加申込されることを期待しています。

### 【 実 施 要 綱 】

#### ◆日時・会場

日時：平成29(2017)年12月22日(金)13:00～15:30(受付開始:12:30～)

場所：広島県健康福祉センター 8階 大研修室(〒734-0007 広島県広島市南区皆実町1-6-29)

#### ◆研修内容

1. スーパービジョンの観点から行う事例検討、事例研究の留意点
2. ケアマネジャーの省察的思考と実践を支える事例検討、事例研究の要件
3. 行動変容を促進するために必要となる知識と技術

◆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 280名(定員超過の場合、①正会員、②賛助会員、③同意書提出者、  
④先着の順で優先いたします)

#### ◆注意事項・申込方法・締切等

\*研修については、Q&Aを交え、受講者参加型(受講者に発言を求める)で行いますので、事前に  
了承した上で申込みください。

\*申込書に必要事項を記載の上、FAXまたは郵送により申込みください(締切日:12/8正午)。

\*定員超過によりお断りする場合のみ、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。

\*参加費を納入後、キャンセルされた場合は、返金できかねます(資料郵送も不可)。

\*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：申請中 \*当日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：3,000円、賛助会員：4,000円 ※平成29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記入の上、当会まで送付ください。その後、  
平成29年度入会金・年会費の請求書を送付いたしますので、必ず納入ください)  
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：5,000円  
一般：6,000円

FAX送信票 (送付状は不要) FAX : 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年度第2回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【申込締切日 : 12/8 (金) 正午 (12時)】

※研修については、Q&Aを交え、受講者参加型 (受講者に発言を求める) で行いますので、事前に了承した上で、申込みください。

※太枠の部分に未記入がある場合及び申込締切日時を過ぎた申込み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	
主任介護支援専門員 取得年度	<input type="checkbox"/> 同意書提出者 ・ <input type="checkbox"/> 一般	
ふりがな	<input type="checkbox"/> 新規入会希望 (H29年度～)	
氏名	→ 当会 HP 掲載の入会申込書に記入いただき、当会まで送付ください。	
自宅の連絡先 (住所・TEL・FAX)	〒 ー	
	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 ・ 勤務先	
勤務先の連絡先 (住所・TEL・FAX)	〒 ー	
	TEL:	FAX:
個人情報の同意について (同意の上チェック)	<input type="checkbox"/> 次の「個人情報の取り扱いについて」に同意して申し込みます。 (↑同意いただける場合は☐に必ず☑印を記入の上、申込みください。 同意いただけない場合は、申込みを受理いたしかねますのでご注意ください。)	
	※【個人情報の取り扱いについて】 申込みの際に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いたします。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・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 7階)

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 :