

2019年3月19日(火曜日) 午前・午後、2 研修、同日開催のご案内

愛知県介護支援専門員協会

研修①(午前開催)【課題整理総括表の活用研修】のご案内

厚生労働省は、地域包括支援ケアシステム構築に向け、介護支援専門員の研修や会議等いろいろな場面での「課題整理総括表」の活用を求めています。本研修では、講義・演習を通して課題整理総括表・評価表の使い方を理解し、ケアマネジメントの実践の場での展開方法を学び、ケアマネジメントの質の向上を図ります。

利用者の状態等を把握し、情報の整理、分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面で説明する際に活用できるようにしていきましょう。

より実践的な業務に反映する内容といたしますので、是非ご参加くださいますようご案内申し上げます。

研修②(午後開催)【自立支援・重度化防止に資するケアプラン作成研修】のご案内

——訪問介護の「自立生活支援のための見守りの援助」、「生活機能向上連携加算」の活用——

訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、リハビリテーション専門職の訪問、助言を受けて、介護方法などを検討し自立支援・重度化防止に向けた「生活機能向上連携加算」や身体介護と生活援助の内容を規定している通知(老計第10号(訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について))で、身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」が明確化されました。

これをふまえて、介護支援専門員としてどのように訪問介護と連携して、自立支援・重度化防止の支援をすることができるか。ケアプランや個別計画に記載していくのか。事例をもとに一緒に考えて行きましょう。

記

**1. 研修の対象 ◎介護支援専門員・主任介護支援専門員・訪問介護サービス提供責任者
訪問介護員**

【本研修は主任介護支援専門員更新研修受講要件・個別要件②に該当する研修です】

2. 日程・開催場所 2019年3月19日(火曜日) 研修① 9時30分～12時30分(9時受付開始)
研修② 13時30分～16時40分(13時受付開始)

名古屋商工会議所3階第5会議室

3. 講師 愛知県介護支援専門員協会 理事 奥田 亜由子
愛知県介護支援専門員協会 理事 小藤 あけみ**4. 募集定員** 研修①②共に、各100名(定員になり次第締め切ります)**5. 受講料** 会員 ①②共に同一人物の場合3,500円 ①のみ2,200円 ②のみ2,300円
非会員 ①②共に同一人物の場合9,500円 ①のみ5,200円 ②のみ5,300円
非会員の方でも、この機会にご入会戴ければ会員扱いにさせていただきます。入会申込書は愛知県介護支援専門員協会ホームページに掲載されています。ご連絡頂ければ、郵送させていただきます。

受講料払込方法は「受講決定のお知らせと受講料払込のお願い」にて別途ご案内します。

研修①を受講される方は、現在お使いの「アセスメントシート」(※必須・事例の記載されているアセスメントシート)を研修当日に持参して下さい。研修で使用します。

6. 申込方法 裏面申込書に必要事項をご記入の上で Fax・郵送等でお申込下さい。
7. 申込期限 平成 31 年 3 月 5 日（火）＜定員に達した場合期限前でも締め切ります＞
8. 受講可否の連絡 ◆受講可能な方は「受講決定のお知らせと受講料払込のお願い」
《郵送・メール便等》でお知らせします。
◆定員オーバーなどで受講できない方には、FAX 等でご連絡します。

9. お問い合わせ先

愛知県介護支援専門員協会（愛知県シルバーサービス振興会内）
〒460-0008 名古屋市中区栄2丁目10番19号 商工会議所ビル8階
＜担当＞徳村 TEL052-219-2071 fax052-212-1615
e-mail:info@aichi-silver.com

→ FAX 052-212-1615 ←

愛知県介護支援専門員協会行

201 年 月 日

3月19日開催（2研修）受講申込書

参加申込書＜申込期限：3月5日（火）＞

受講内容 (受講希望に○をつけてください)	愛知県介護支援専門員協会会員 向け記入欄 (会員外の方は下段へ記入してください) A, B, C, 両研修を同一人物が受講 (受講料 3,500 円) 研修①のみ (受講料 2,200 円) 研修②のみ (受講料 2,300 円)
受講内容 (受講希望に○をつけてください)	会員外の方々 (一般の方々はこちらです) A, B, C, 両研修を同一人物が受講 (受講料 9,500 円) 研修①のみ (受講料 5,200 円) 研修②のみ (受講料 5,300 円)
受講者氏名	愛知県介護支援専門員協会の個人会員は名前の前に○を付けて下さい (生年月日) 西暦 年 月 日
職種	
住所 (受講決定通知書送り先住所) 事業所の場合事業所名も明記	〒 TEL Fax
事業所区分 (しをお付けください)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム・ケアハウスなど) <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> (看護) 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他 ()