

平成21年度熊本県介護支援専門員実務従事者基礎研修実施要項

1 目的

介護支援専門員として、一定の実務を経験した後に、実務従事者として必要な技術・技能(ケアマネジメントプロセスやケアプラン作成等)の研鑽を図ることで、介護支援専門員の実務能力の向上を図ることを目的とする。

2 実施主体

熊本県知事指定研修事業者 熊本県介護支援専門員協会

3 受講対象者

平成21年12月1日現在、介護支援専門員としての実務に従事し、実務就業後1年未満であり、3日間とも受講できる方

※厚労省が定める実施要綱により、介護支援専門員としての実務に携わっている方で、従事期間が1年未満の方は、原則として全員受講することとなっています。

※「実務に従事している」とは、現にサービス計画の作成を行っている場合で、単に要介護認定(要支援認定)のための調査業務のみや利用者及びサービス提供事業者との連絡調整等のみを補助的に行っている場合は受講できません。

4 研修時間

19時間(3日間)

5 期日・会場

対象地域(勤務先の所在地)	期 日	会 場
【県北ブロック】 熊本市、荒尾、玉名、 鹿本、菊池、阿蘇	1日目：12月14日(月) 9時30分～17時30分 (受付開始：9時00分) 2日目：12月19日(土) 9時30分～16時30分 (受付開始：9時00分) 3日目：12月20日(日) 同 上	熊本県総合福祉 センター 研修ホール 熊本市南千反畑 3-7 TEL096-322-8440
【県南ブロック】 上益城、宇城、八代、 芦北、球磨、天草	1日目：1月21日(木) 9時30分～17時30分 (受付開始：9時00分) 2日目：1月30日(土) 9時30分～16時30分 (受付開始：9時00分) 3日目：1月31日(日) 同 上	火の君総合文化 センター 学習室1・2・3 下益城郡城南町 大字舞原394-1 TEL0964-28-1800

6 研修内容

別紙「平成21年度熊本県介護支援専門員実務従事者基礎研修内容」参照

※自分が作成した1事例のケアプラン一式(アセスメントからモニタリングまでがわかるすべての記録)1部を、研修2・3日目に必ず持参してください。その際、個人が特定される情報は削除をお願いします。

7 定員

200名(県北ブロック100名、県南ブロック100名)

※申込みは先着順とし、受講希望者が定員を上回った場合はお断りすることになりますので予めご了承ください。

8 研修費用

受講料(資料代を含む)6,000円

※受講料は研修会初日に納入ください。

※納入された研修費用は、原則として返還いたしません。

9 受講申込方法

別紙「受講申込書」(様式1)に必要事項を記入し、熊本県介護支援専門員協会事務局まで、郵送またはFAXにて申し込んで下さい。

※FAXの場合は送信後に確認のお電話をお願いします。

〆切：平成21年11月27日(金)

- 1 0 受講決定
受講をお断わりする場合には限り連絡します。受講券等の送付はしませんので、連絡がない場合は受講が受け付けられたとご理解ください。
- 1 1 修了証明書
全課程（19時間）修了者には、修了証明書を交付します。
※ 主催者の判断により次のような場合は修了となりませんのでご注意ください。
①天災等やむを得ない理由以外による研修への遅刻及び早退
②学習意欲に著しく欠け、受講態度が他の受講者の迷惑になっている場合
- 1 2 その他
①インフルエンザ等の集団感染防止のため、自己の体調管理には充分配慮し受講してください。
②研修には、印鑑を持参し出席簿に押印してください。
③研修会場への旅費、昼食費については自己負担となります。
④会場によっては駐車スペースが限られることもありますので、乗り合わせまたは公共交通機関等の利用もご検討ください。
⑤本研修は、資格更新に必要な研修ではありません。
- 1 3 個人情報について
受講申込書で取得した個人情報は、本研修事業の運営管理のみに利用させていただきます。

【申込先・問い合わせ先】

熊本県介護支援専門員協会事務局
住 所 熊本市南熊本3丁目14-138
(株)キューイシステム内
電 話 096-234-8338 FAX 096-375-7520
メー ル info@kcma.gr.jp

熊本県介護支援専門員協会事務局行き



FAX 096-375-7520

(様式1)

※コピーしてご使用ください

平成21年度熊本県介護支援専門員実務従事者基礎研修受講申込書

平成 年 月 日

申 込	フリガナ			生年月日	大正			年	月	日	
	氏名	姓	名		昭和						
	自宅住所	(〒)									
	介護支援専門員としての通算の実務従事期間 ※平成21年12月1日現在				()ヶ月 ※12ヶ月未満が対象						
	介護支援専門員 登録番号										登録都 道府県
現 勤 務 先	事業所名										
		事業所番号							4	3	
	所在地	(〒) 熊本県									
	地区ブロック (該当地区 に○)	県北ブロック	熊本市 ・ 荒尾 ・ 玉名 ・ 鹿本 ・ 菊池 ・ 阿蘇								
	県南ブロック	上益城 ・ 宇城 ・ 八代 ・ 芦北 ・ 球磨 ・ 天草									
連絡先	TEL :				FAX :						
該当する種 別に○	<input type="checkbox"/> ①居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> ②介護予防支援事業所(地域包括支援センター) <input type="checkbox"/> ③介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> ④介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> ⑤介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> ⑥小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> ⑦地域密着型老人保健施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> ⑧地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> ⑨特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> ⑩認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> ⑪その他 ()										

【日常業務の中で、悩んでいたり困っていることがあれば、ご自由にお書き下さい】

※研修3日目の意見交換の参考とします。