

平成 30 年度 神戸市自立支援型ケアマネジメント研修

(神戸市地域包括ケア推進事業)

「介護支援専門員スキルアップ研修」募集要項

精神疾患を有する支援困難事例から自立支援を学ぶ

1. 目的

自立支援型ケアマネジメントを実務として展開していくことを学べる機会にしていきます。
特に支援困難に陥りやすい精神疾患を有する方の支援に重点をおき、社会資源や多職種連携の必要性が再確認できることを目的に研修を実施します。

2. 実施主体 一般社団法人 神戸市ケアマネジャー連絡会（神戸市より研修運営を委託）

3. 対象者 神戸市内の事業所に勤務している者

4. 定員 200名

5. 開催日時 平成30年10月16日（火） 13:30～16:30

6. 会場 神戸市 医師会館4階 市民ホール（中央区橋通4-1-20）

7. 講師 山口大学大学院医学系研究科 教授 山根 俊恵 氏

8. プログラム

- 精神障害者の生活のしづらさを知る
- 精神疾患の話
- 多職種連携の必要性
- その人らしさを支える支援のために

9. 受講料 1,000円

10. 申込受付期間 平成30年9月1日（土）から9月30日（日）必着（期間厳守）
※受付期間中でも定員になり次第、締め切らせて頂きます

11. 申込方法 申込方法 裏面 申込書に必要事項を記入し、お送りください
先着順で受付後、「受講票」をお送りしますので期日までに参加費をお振込ください
お振込みがない場合はキャンセル扱とさせていただきます

12. 研修受講にあたっての留意事項

本研修の趣旨を踏まえ、有意義な研修となるよう研修実施にご協力ください

- ・欠席・遅刻・早退は厳禁です
- ・講義開始から15分以上遅刻した場合は、欠席扱いとなります
- ・講義途中での退出が確認できた場合は、欠席扱いとさせていただきます
- ・講義中には、携帯電話・パソコンの使用はご遠慮いただきます
- ・研修実施に影響のある状況が見受けられた場合には、受講を取りやめていただく場合があります

13. 研修受講証明書発行について

※主任介護支援専門員更新研修の受講要件となる受講証明書発行の対象となる研修です

以上

神戸市ケアマネジャー連絡会事務局行

FAX 362-5277



締切日 9月30日締切

《介護支援専門員スキルアップ研修・参加申込書》

フリガナ	介護支援専門員登録番号									
氏名	(男・女)									
所属事業所名										
所属事業所住所	〒 神戸市 区									
日中に連絡がつく電話番号	(携帯・自宅・勤務先)									
受講票が受取れるFAX番号	(自宅・勤務先)									
研修受講証明書の発行主任介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※必ずチェックをお願いします。チェックが無い場合は、希望しないものとして、証明書は発行しません。研修当日及び研修終了後にお申出いただいても、発行できかねます。									

問い合わせ先等 一般社団法人神戸市ケアマネジャー連絡会 事務局

業務時間：月・水・金曜日 10時～16時

TEL：078-362-6222