

宮 介 専 発 第 号  
平成 2 6 年 1 0 月 2 4 日

所属団体・機関の長 殿

一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会  
会長 牛谷 義秀 (公印省略)

平成 2 6 年度介護予防支援従事者研修の実施について (通知)

晩秋の候 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

本協会の事業推進につきましては、日頃より御理解と御協力を賜り感謝申し上げます。  
さて、標記研修を下記の通り実施いたします。

つきましては、該当する職員の参加について御配慮いただきますようお願いいたします。

記

- 1 目 的 指定介護予防支援事業所において介護予防支援の業務に従事する者又は指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターから介護予防支援の一部を委託することとなる指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員がアセスメントを実施し、介護予防サービス計画を作成できるよう必要な知識の習得及び技能の向上を図り、もって適切な介護予防支援の提供を確保することを目的とする。
- 2 実施主体 宮崎県
- 3 受 託 者 一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会
- 4 日 程 平成 2 6 年 1 2 月 1 8 日 (木)  
平成 2 6 年 1 2 月 1 9 日 (金) の計 2 日間
- 5 対 象 者 次の①又は②に該当する者で、過去にこの研修を受講していない者  
①指定介護予防支援事業所において、介護予防支援事業に従事する予定の職員  
②指定居宅介護支援事業所において、介護予防支援事業に従事する予定の介護支援専門員
- 6 定 員 1 0 0 名
- 7 会 場 宮崎県福祉総合センター 人材研修館 4 階 大研修室  
住所 宮崎県宮崎市原町 2 番 2 2 号

## 8 日程及び内容

日 程	研 修 科 目	講 師	
1日目 12月18日 (木)	9:15	受 付	
	9:50	開講・オリエンテーション	
	10:00 ～ 16:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>●介護予防の制度的位置づけ</li> <li>●介護予防の理念とこれからの介護予防</li> <li>●介護予防ケアマネジメントのプロセス</li> <li>●介護予防支援サービス計画書の記入方法と内容 【講義3時間】</li> <li>●アセスメント面接の実践</li> <li>●事例を通して介護予防の基本的な考え方を学ぶ 【演習2時間】</li> </ul>	宮崎市中央西地区 地域包括支援センター 主任介護支援専門員 藤澤 宏年 氏
1日目 12月19日 (金)	9:30	受 付	
	10:00 ～ 16:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>●事例を通して介護予防の基本的な考え方を学ぶ</li> <li>●介護予防支援サービス計画書の作成 【演習3時間】</li> <li>●まとめ 【講義2時間】</li> </ul>	
	16:00	閉 講・アンケート作成	

## 9 申し込み方法

- (1) 別紙受講申込書に必要事項を記入の上、11月19日(水)までに郵送でお申し込みください。**※必着(消印有効ではありません)**
- (2) 1事業所2名まで申し込み可能としますが、定員を超える場合は、どちらか1名のみのお受講をお願いすることがあります。また、先着順にて受講をお断りする場合がありますので、悪しからずご了承ください。

10 受講決定通知 受講決定の有無については、11月28日(金)までに事業所を通じて決定通知にてお知らせいたします。

## 11 駐車場の利用について

駐車台数に限りがあるため、公共交通機関又は相乗りでお越してください。なお、研修会場の駐車場の利用については、下記のとおりです。

- (1) 別紙『受講申込書』の「駐車場の利用について」欄を必ず御記入ください。
- (2) 駐車場の利用を希望される方は、理由を御記入ください。当協会が駐車場の利用を認めた方へは決定通知発送時に『駐車券』を同封します。研修当日、ダッシュボードの上にはわかるように置いて御入場ください。駐車券のない方は、駐車できません。

- (3) 相乗りで来られる方は、運転者のお名前を御記入ください。運転者宛てに『駐車券』を発行いたします。
  - (4) 駐車場利用申込が定数を越えた場合、駐車をお断りする場合があります。
  - (5) 研修途中での車の移動はできませんので御了承ください。
- 12 その他 昼食は、各自でご準備いただくか、研修当日受付にて弁当の斡旋販売を行いますのでご利用下さい。

13 問い合わせ先

一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会 事務局 担当 小島・井上  
〒880-0001 宮崎市橘通西5丁目6-57 山崎ビル4階  
TEL 0985-61-1830 FAX 0985-61-1832  
問合せ時間 平日9:00~17:00

# 平成26年度介護予防支援従事者研修受講申込書

1	氏名（ふりがな）	（ ）		
	性別	男 ・ 女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	勤務先名			
	勤務先住所	〒		
		TEL	FAX	
	連絡先	TEL (自宅・勤務先・携帯)		
	基礎となる資格	例) 看護師・介護福祉士・社会福祉士		
駐車場の 利用について	利用する（単独・相乗）		・	利用しない
	※該当するものに丸を付けてください。			
	利用する	相乗	運転者の氏名	
単独		※理由をお書きください		
2	氏名（ふりがな）	（ ）		
	性別	男 ・ 女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	勤務先名			
	勤務先住所	〒		
		TEL	FAX	
	連絡先	TEL (自宅・勤務先・携帯)		
	基礎となる資格	例) 看護師・介護福祉士・社会福祉士		
駐車場の 利用について	利用する（単独・相乗）		・	利用しない
	※該当するものに丸を付けてください。			
	利用する	相乗	運転者の氏名	
単独		※理由をお書きください		

※名簿に記載された個人情報については、研修目的以外には使用いたしません。

平成26年11月19日(水)迄 **※必着 FAX不可**