

## 10 受講申込み・手続き

受講を希望される方は、参加申込書にてファックスまたはメールでお申し込み下さい。受講の可否は研修1週間前を目途にご自宅に郵送にて送付します。

## 11 研修内容

### 1日目 体験しよう医療連携

内容	講師
●医療知識に関する講義 神経難病患者における在宅療養上の留意点について学びます。	クローバーホスピタル 丹野 善博氏
●医療介護連携に関する講義演習 退院カンファレンスのロールプレイを行います。医療従事者との多職種連携について、コミュニケーションツールを通じて学びます。	神奈川県介護支援専門員協会 多職種連携研修部会

### 2日目 創ろう地域援助

内容	講師
●地域課題に関する講義 地域包括ケアと地域包括ケアシステムについての講義から地域を見る視点を学びます。	神奈川県介護支援専門員協会 多職種連携研修部会
●地域課題に関する演習 共通事例とご自身の事例から「自助」「互助」「共助」「公助」の整理を行い、利用者のつながり、地域の共通課題を考えます。	

※2日目にご自身が担当されているケースのサービス計画書(1)(2)(3)をご持参ください。

- ①利用者個人、サービス事業所名が特定できないよう個人情報(個人名や住所等)はイニシャル表記やマスキングして下さい。
- ②研修での使用にあたっては利用者の同意を得てください。
- ③地域にある資源を活用したケアプランを選定してください。

## 12 参加申込書

申込日 令和元年 月 日

受講申し込み先 神奈川県介護支援専門員協会 ファックス 045-671-0287

申込会場	<input type="checkbox"/> 第1回目 横浜会場 <input type="checkbox"/> 第2回目 藤沢会場		
フリガナ氏名			
事業所名			
事業所種別	<input type="checkbox"/> 居宅系( ) <input type="checkbox"/> 施設系( )		
事業所連絡先	TEL	FAX	
自宅住所	〒		
介護支援専門員登録番号		主任介護支援専門員研修修了の有無	<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員研修修了 <input type="checkbox"/> 未受講
保有資格	<input type="checkbox"/> 看護師・保健師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他( )		

〒231-0023 横浜市中区山下町2番地 日土地山下町ビル9階 TEL 045-671-0284 FAX 045-671-0287

一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会 E-mail: jimucare@care-manager.or.jp