

# 主任介護支援専門員更新研修 受講申込書

令和2年度主任介護支援専門員更新研修を下記のとおり申込みます。

令和2年 月 日

ふりがな		介護支援専門員登録番号（8ケタ）	第1希望 コース	第2希望 コース	どちらで もよい
氏名	印				
滋賀県以外で登録を受けている場合、該当するものに○をつけてください。 (滋賀県で研修を受講する場合、どちらかの手続が必要です)		登録地の都道府県に研修の受講地変更の手続きをした			
		登録地の都道府県に登録移転（滋賀県へ転入）の申請をした			
所属機関	名称				
	住所	〒 (      -      )			
	連絡先	TEL (      )	FAX (      )		
自宅	住所	〒 (      -      )			
	連絡先	TEL (      )	FAX (      )		
受講対象者決定通知の送付先		所属機関 ・ 自宅 (*どちらかを○で囲んでください)			
受講資格	※申込み時点の状況で該当するものに ○をつけてください。(該当資格を証明する書類を添付のこと)				
	①介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者				
	②地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年4回以上参加した者				
	③日本ケアマネジメント学会等が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者				
	④日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャー				
	⑤介護支援専門員実務研修に係る実習指導者の実績がある者				
⑥滋賀県主任介護支援専門員地域同行型実施研修をアドバイザーとして受講した者					
<b>指導事例について</b> ※現時点での指導事例の提出についての確認です。 下記の7類型のなかで指導ができた類型には ○、適切な指導ができた類型には ◎、指導は適切であったか疑問や不安を感じている類型には △を記入してください。					
リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例 (例：自宅内での移動動作の改善ために、理学療法士等を活用するように指導した等)					
看取り等における看護サービスの活用に関する事例 (例：看取りをすることが初めてだったため、その指導をした等)					
認知症に関する事例 (例：家族の本人への対応が不適切なため、BPSDが悪化している事例を指導した等)					
入退院時等における医療との連携に関する事例 (例：退院時、医療(職)との連携が十分でなく、連携を深められるように指導した等)					
家族への支援の視点が必要な事例 (例：家族に依存的なため家族負担が増えている事例を指導した等)					
社会資源の活用に向けた関係機関[介護保険担当部署、高齢者福祉担当部署、地域包括支援センター、生活保護担当部署、障がい者福祉担当部署、保健所、社会福祉協議会(日常生活自立支援事業、生活福祉資金、地域福祉推進、地域ボランティア等)等]との連携に関する事例 (例：虐待事例において、どのように対応したらよいか困っていた事例を、上記関係機関との連携を活用するように指導した等)					
状態に応じた多様なサービス〔地域密着型サービス〔(看護)小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設〕、施設サービス〔介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、〕等〕の活用に関する事例 (例：現在利用しているサービスでは在宅介護が難しくなり、小規模多機能型居宅介護へ移行した事例を指導した等) (例：リハビリテーションの必要性から、一定期間介護老人保健施設を利用するように指導した等)					

※第1希望コース、第2希望コースには「A」又は「B」を、どちらでもよいを選択される場合は「O」を記入してください。

【事務局記入欄】

受付		CM		SCM	
----	--	----	--	-----	--