

(公印省略)

福福士発 17-175

2017年9月1日

一般社団法人沖縄県社会福祉士会  
会長 竹藤 登 様



公益社団法人福岡県社会福祉士会  
会長 青柳 壮悟

2017年度 地域包括支援センター社会福祉士 実務研修  
「地域ケア会議実践研修～地域ケア会議の基本的な理解と実践～」  
の開催について (ご案内)

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より本会の活動につきまして、ご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、地域包括支援センターは地域包括ケアシステム構築の中核機関として、寄せられる期待は益々大きくなり、地域ケア会議を開催しながら地域課題に対応しているところと存じます。

そこで、本会では地域ケア会議を開催するための知識・準備を基本的なところから確認し、効果的会議の実践のために必要な技術の習得を図ることを目的とし、別紙開催案内のとおり標記研修会を開催致しますので、皆さまの参加を心よりお待ちしております。

お問合せ先・お申込み先

公益社団法人福岡県社会福祉士会事務局 (月～金9:00～17:30) 担当 江澤・安永  
◆ 〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-9-12 アイビーコートⅢビル5F  
◆ TEL 092-483-2944 ◆ FAX 092-483-3037  
◆ E-mail info@facsw.or.jp

# 2017年度 地域包括支援センター社会福祉士 実務研修 地域ケア会議実践研修

## ～地域ケア会議の基本的な理解と実践～

地域包括支援センターは、フォーマル、インフォーマルを含めた関係機関や地域住民を交えた多職種協働の支援体制(以下、地域包括支援ネットワーク)の構築を行い、そのネットワークを用いた地域ごとの「地域包括ケアシステム」の中でも重要な役割を担います。

「地域包括ケアシステム」を構築するためには、『地域ケア会議』の開催が重要であり、その具体的な運営方法については、市町村の特徴に応じて異なりますが、効率的かつ効果的な会議の実施が求められています。

そこで本会では、地域包括支援ネットワークを構築するために必要な『地域ケア会議』、その中でも地域住民を交えて地域課題などを検討する会議の手法について、事前準備から開催までを初任者にもわかりやすく、自ら実践できるようになることを目的に研修会を開催いたします。

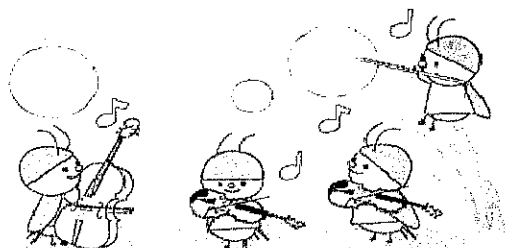
1. 日時：2017年 11月 18日(土) 10:00～16:45(受付9:30～)
2. 場所：クローバープラザ セミナールームAB (福岡県春日市原町3丁目1番7号)
3. プログラム

時間	内容・講師
10:00～12:00	① 講義「地域包括支援ネットワーク構築と地域ケア会議」 講師:筑後市社会福祉協議会 牛島 道太 ※実践報告予定あり
12:00～13:00	( 昼 食 休 憩 )
13:00～15:00	② 演習Ⅰ・Ⅱ「地域課題の共有・解決のための、地域ケア会議に向けての準備」
15:00～16:45	③ 演習Ⅲ「参加者が主体的になる地域ケア会議」 進行:筑後市社会福祉協議会 牛島 道太 筑前町地域包括支援センター 井上 明美

\* プログラムは予定です。時間・内容は変更することがあります \* 随時休憩が入ります

4. 受講対象者：① 地域包括支援センターに従事する職員  
② 地域ケア会議の企画、運営に関心がある者  
③ ネットワーク構築業務に携わる者 など
5. 定 員：60名 ※先着順 定員を超えた場合のみご連絡いたします
6. 参加費：会員:5,000円 県外会員:6,000円 非会員:8,000円  
※会員とは(公社)福岡県社会福祉士会 会員のことです
7. 生涯研修制度単位：5.5時間
8. 申込み：研修参加申込書にご記入頂き、FAX 又は、メールでお申し込み下さい。
9. 注意事項:本研修は認定社会福祉士制度の分野専門研修として認証されています。認証研修として受講の際は、5月13日、7月30日、11月18日の研修を全て受講し、全3回の研修を通じてレポートを提出し、修了することが必要です。
10. 締 切 り: 2017年10月20日(金) 必着

主任ケアマネ更新研修の「研修修了状況申告書」の証明を希望される方は、所定の用紙に必要な事項を記入のうえ、切手を貼った返信用封筒をご用意ください。後日事務局から返送致します。



公益社団法人福岡県社会福祉士会 事務局 行き  
FAX 092-483-3037

## <<< 研修会参加申込書 >>>

以下のとおり、研修会に申し込みます。

( 記入日 月 日 )

開催日	2017年11月18日 (土) 10:00~16:45
研修名	2017年度地域包括支援センター社会福祉士実務研修 地域ケア会議実践研修

※ Eメールでお申し込みの場合は、必要事項を全てご記入の上送信ください。

※ グループで参加する場合も、おひとりさま1枚ずつご提出ください。

ふりがな ご氏名	生年月日 ※認証研修を受講される方は必須です。 西暦 年 月 日		
日中の連絡先	(自宅・携帯・勤務先) ( ) -		
住所 □ご自宅 □勤務先 ※いずれかに☑を入れて下さい	〒	TEL Eメール	FAX
勤務先名		職 種	
社会福祉士 登録番号	※認証研修を受講される方は必須です。		
会員ですか	<input type="checkbox"/> 会 員 (No. ) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 県外会員 (No. )		
備 考	《質問・連絡事項等ご記入ください》		

### 【注意事項】

- ・定員を超えるお申し込みがありご参加いただけない場合には、事務局よりご連絡を差し上げます。
- ・上記の個人情報は、本会の研修会受付と本会のご案内以外には使用いたしません。
- ・勤務先名はグループ分けする場合の参考にする事がありますのでご記入ください。
- ・FAXでのお申し込みの場合は、申し込み受付のご連絡をしておりませんのでご了承ください。
- ・施設見学の場合は見学日当日に連絡がとれる連絡先をご記入ください。

お問い合わせ先	公益社団法人福岡県社会福祉士会 事務局 江澤・安永 〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-9-12-5F TEL 092-483-2944 FAX 092-483-3037 E-mail info@facsw.or.jp
---------	--

※FAX 番号はお間違いのないようお願い致します。

※もしこの FAX が誤って届きましたら、ご面倒ですがご一報いただき破棄して下さいますようお願い致します。