

居宅介護支援事業所の現場で役立つ 実務事務研修

介護支援専門員の事務業務を円滑に行うには、運営基準に基づいたケアマネジメントの流れ、介護報酬算定の要件、他制度との関連、給付管理業務など実際の業務に必要な知識を習得しておく必要があります。

現場で役立つ実務事務のスキルを身に付けることを目的として、実務事務研修を行います。ぜひ、この機会に法的根拠を学び、自信をもって書類作成できるようになりましょう。結果として利用者と向き合う時間を増やし、本質的なケアマネジメントが実践できるようになることを目的としています。

実務経験の短い方はもちろん、経験が長い管理者クラスの方も事務業務の再確認を行う上で受講をおすすめいたします。

- 1 主 催 一般社団法人 山口県介護支援専門員協会
- 2 日 時 1日目：令和6年9月1日（日）午前9時30分から午後4時30分まで
2日目：令和6年9月2日（月）午前9時30分から午後4時30分まで
※受付時間は両日とも午前9時からになります。
- 3 会 場 両日：山口県セミナーパーク 社会福祉研修棟 社会福祉研修室
山口市秋穂二島 1062 TEL 083-987-1410
- 4 対 象 介護支援専門員
- 5 内 容 【1日目】根拠法令に基づいた居宅介護支援（ケアマネジメント）の進め方
・運営基準等に基づいた居宅介護支援の流れと留意点
・ケアマネジメントにおける各プロセスの進め方と留意点・記録の方法
・介護保険に関する法令等の仕組み、給付管理業務の実際
【2日目】ケアプラン作成に係る各サービスの介護報酬算定の仕組みと留意点
・居宅介護支援および居宅サービス等の介護報酬の算定上の要件・留意点
・利用者負担、低所得者等への負担軽減の仕組み（補足給付、生活保護など）
- 6 講 師 庄原市地域包括支援センター 主任介護支援専門員 平田 知伯 氏
（元一般社団法人広島県介護支援専門員協会研修部会会長、介護支援専門員指導者）
- 7 定 員 90名（定員になり次第、締め切らせていただきます。）
- 8 受講申込 （1）下記QRコードを読み取り「参加申込フォーム」に入力のうえ、送信ください。
別紙申込書に必要事項を記入の上、FAX・郵送でのお申込みも可能です。
※電話による申込は御遠慮願います。
（2）申込期限 令和6年7月31日（水）
- 9 受講料 会 員：5,000円 非会員：14,000円
※会員とは、山口県介護支援専門員協会の会員です。
※日本介護支援専門員協会他支部の正会員の方は当会正会員と同じ参加費区分を適用します。
- 10 受講料の納入 （1）受講決定通知と併せて、振込用紙を送付しますので、指定された期日までに振込ください。
（2）振込手数料は受講料とは別途、各自で負担してください。
（3）受講料振込後のキャンセルはできません。いかなる場合も返金いたしません。
（4）指定期日までに入金がない場合はキャンセルとします。
- 11 個人情報取扱い 本研修での個人情報の取扱いは、個人情報保護法に関する条項を含んだ業務委託契約を「名鉄観光サービス株式会社 山口支店」と交わっています。
「参加申込書」に記載された個人情報は、本研修会の運営管理にのみ使用させていただきます。
- 12 宿 泊 （1）宿泊施設は、山口県セミナーパークで連日研修の場合のみ利用可能となります。
（2）原則として、2人一室（1,520円）ですが、利用日の7日（土日祝日を除く）前の時点で部屋の余裕があれば希望により一人利用が可能となり、この場合の利用料金は1,820円となります。（ただし、一人利用はあらかじめ受け付けておりません。）
- 13 申 込 先 一般社団法人 山口県介護支援専門員協会 事務局 担当：岡村、福本
〒753-0072 山口市大手町9-6 山口県社会福祉会館内
TEL：083-976-4468 FAX：083-976-4469





※オンライン申込が
可能な方はご活用ください

QRコードで申込ができない方のみFAXをご使用ください。

*提出先:山口県介護支援専門員協会 事務局

*FAX:083-976-4469

*申込締切日 令和6年7月31日(水)

【参加申込QRコード】

居宅介護支援事業所の現場で役立つ実務事務研修 参加申込書

ふりがな	
氏名	
自宅住所	〒
勤務先	
申込種別	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 (いずれかに○をつけてください。)
電話番号	() - - <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯番号 (いずれかに○をつけてください。) ※日中ご連絡のつく番号を御記入ください。
メールアドレス	※ 連絡の際メールでお問合せする場合があります。必ず記載してください。
実務経験 (居宅ケアマネ)	実務経験なし <input type="checkbox"/> 実務経験 () 年 () か月 (○もしくは、経験年数(令和6年6月時点)を記載してください。)
宿泊希望	<input type="checkbox"/> 9月1日(日) ※宿泊を希望される方は☑をいれてください。研修当日までに宿泊案内をメールでお送りします。 なお、宿泊状況によりましてはご希望に添えない場合がございますのでご了承ください。

※申込締切日 令和6年7月31日(水)

※記載された個人情報は本研修会の運営管理にのみ使用させていただきます。

実務事務を行う上で困っていること、不安なことなどありましたら記入してください。

会場地図

