

令和8年2月吉日

会員施設 施設長 各位

広島県老人保健施設協議会  
会長 藤井 功  
同 支援相談員・介護支援専門員部会  
部会長 小山 峰志

**令和7年度 第2回西西部地区支援相談員・介護支援専門員部会開催について(職員の派遣依頼)**

時下、貴施設におかれましては、日々ご清栄のことと推察致します。  
さて、今年度第2回の西西部支援相談員部会を下記の通り開催致します。  
つきましては、業務多忙の折とは存じますが、貴施設の職員派遣をお願い致します。

記

- 期 日 令和8年3月13日(金) 13:30～15:30
- 会 場 安佐南区民文化センター 2階 中会議室  
広島市安佐南区中筋1丁目22番17号  
電話 082-879-3060
  
- プログラム  
13:15 ～ 受付  
13:30 ～ 開会・オリエンテーション  
13:35 ～ テーマ「地域を支える老健へ ～強化型に移行までのストーリー～」  
発表者：三滝ひまわり  
13:50 ～ グループ討議「施設区分について」  
14:20 ～ グループ発表  
14:30 ～ 休憩  
14:40 ～ グループ討議 「フリートークタイム」  
ケアマネ・通所・入所でテーブルを分けてのフリートークタイム  
特にテーマは決めませんので自由に情報交換してください  
15:10 ～ グループ発表  
15:30 ～ 閉会
  
- 対象者 支援相談員、施設ケアマネージャー
- 参加費 無料
- 申込み 申込み用紙に必要事項をご記入の上、2月28日(土)までにFAXにて  
お申込み下さい。不参加の場合も返送をお願いします。
- 他ブロックからの参加について  
会場席数の都合により、他ブロックからの参加は5名までとさせていただきます。  
参加希望の際は、必ず事前に担当者までご連絡ください。
- 部会事務局 介護老人保健施設 シェスタ 担当：岡本  
介護老人保健施設 さんさん高陽 担当：伊藤
  
- 申込先 介護老人保健施設 さんさん高陽 担当：伊藤 **FAX 082(841)1593**  
**TEL 082(845)1211**

令和8年2月吉日

会員施設 支援相談員・介護支援専門員 各位

広島県老人保健施設協議会  
会長 藤井 功  
同 支援相談員・介護支援専門員部会  
部会長 小山 峰志

**令和7年度 第2回西西部地区支援相談員・介護支援専門員部会開催について(職員の派遣依頼)**

時下、貴施設におかれましては、日々ご清栄のことと推察致します。  
さて、今年度第2回の西西部支援相談員部会を下記の通り開催致します。  
つきましては、業務多忙の折とは存じますが、貴施設の職員派遣をお願い致します。

記

- 期 日 令和8年3月13日(金) 13:30～15:30
- 会 場 安佐南区民文化センター 2階 中会議室  
広島市安佐南区中筋1丁目22番17号  
電話 082-879-3060
  
- プログラム  
13:15 ～ 受付  
13:30 ～ 開会・オリエンテーション  
13:35 ～ テーマ「地域を支える老健へ ～強化型に移行までのストーリー～」  
発表者：三滝ひまわり  
13:50 ～ グループ討議「施設区分について」  
14:20 ～ グループ発表  
14:30 ～ 休憩  
14:40 ～ グループ討議 「フリートークタイム」  
ケアマネ・通所・入所でテーブルを分けてのフリートークタイム  
特にテーマは決めませんので自由に情報交換してください  
15:10 ～ グループ発表  
15:30 ～ 閉会
  
- 対象者 支援相談員、施設ケアマネージャー
- 参加費 無料
- 申込み 申込み用紙に必要事項をご記入の上、2月28日(土)までにFAXにて  
お申込み下さい。不参加の場合も返送をお願いします。
- 他ブロックからの参加について  
会場席数の都合により、他ブロックからの参加は5名までとさせていただきます。  
参加希望の際は、必ず事前に担当者までご連絡ください。
- 部会事務局 介護老人保健施設 シェスタ 担当：岡本  
介護老人保健施設 さんさん高陽 担当：伊藤
  
- 申込先 介護老人保健施設 さんさん高陽 担当：伊藤 **FAX 082(841)1593**  
**TEL 082(845)1211**

表書き不要

介護老人保健施設 さんさん高陽 担当：伊藤

F A X : 082-841-1593

令和7年度 第1回 西西部地区 支援相談員・介護支援専門員部会  
参加申込書

施設名			
住 所			
電 話		F A X	
E-mail			

※ 参加・不参加に関係なく、必ずご回答いただきますようお願い致します。

フリガナ 氏名 (全員記入)	経験年数	担当	部 会
	年 ヶ月	入所・ショート・通所・ケアマネ	参加・不参加
	年 ヶ月	入所・ショート・通所・ケアマネ	参加・不参加
	年 ヶ月	入所・ショート・通所・ケアマネ	参加・不参加
	年 ヶ月	入所・ショート・通所・ケアマネ	参加・不参加
	年 ヶ月	入所・ショート・通所・ケアマネ	参加・不参加

※ 算定状況 → (超強化型・強化型・加算型・基本型・その他)

※ 施設定員 ( 床 (一般 床・認知症 床・療養 床))・デイケア定員 ( 名)

※ フリートークは通所相談員・施設ケアマネ同士でお話できるテーブルを設けます。

フリートークを施設ケアマネテーブルで参加希望の方はお名前の横に「◎」

通所テーブルで参加希望の方はお名前の横に「☆」をご記入下さい。

※ 今後、部会で検討したいテーマ等があれば、ご記入下さい。

--

※ 【締め切り 令和8年2月28日(土) 必着】