

平成30年度
自立支援型ケアマネジメント推進事業
～医療系サービスの理解と在宅医療に係る多職種事例検討会～

実 施 要 綱

1 目 的

高齢者に多く見られる疾患や医療系サービスについての知識を習得し、在宅医療に関わる多職種との事例検討会を通して、在宅において医療と介護の両方を必要とする高齢者に対し、自立支援に繋がる適切な医療系サービスが提供でき、介護給付費の適正化を図られることを目的に開催する。

2 実施主体 宮崎県（委託先：一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会）

3 日にち及び会場及び定員

【県北】平成30年11月3日（土）

ホテルベルフォート日向（定員100名）

（住所）宮崎県日向市上町7-3 TEL：0982-52-0001

【県央】平成30年11月11日（日）

J A・A Z Mホール本館 大ホール（定員180名）

（住所）宮崎県宮崎市霧島1丁目1番地1 TEL：0985-31-2000

【県南】平成30年11月25日（日）

都城ロイヤルホテル（定員100名）

（住所）宮崎県都城市北原町1106-48 TEL：0986-25-0111

4 時間及び内容

【午前の部】9：30～12：30（※9：00～受付）

講師：宮崎県栄養士会

内容：講 義 ①高齢者（低栄養）に多い身体的特徴や症状

②在宅高齢者に関わる栄養士の役割

③栄養士の立場から介護支援専門員に求める事 他

事例検討 テーマ「低栄養高齢者の事例を通して対処方法を検討する」

【午後の部】13：30～16：30（※13：00～受付）

講師：宮崎県薬剤師会

内容：講 義 ①高齢者の服薬管理

②残薬の課題や多剤投与

③薬剤師の立場から介護支援専門員に求める事

事例検討 テーマ「薬剤管理に課題のある事例を通して解決策を考える」

5 対 象 者 介護支援専門員・薬剤師・栄養士、その他、在宅医療に関わる専門職

6 参加費 無 料

7 参加申込について

参加希望者は、別紙申込書に必要事項を記入の上、下記申込先にFAX又は郵送にてお申し込みください。申込み受け付け後、当協会事務局よりFAXを返信いたします。参加決定通知は送付いたしませんので、FAX返信を確認し、お間違いのないように受講してください。

8 受付期間 平成30年9月10日（月）消印～平成30年10月12日（金）必着

※申込期間前後の受付はできません。

※定員になり次第受付を終了いたします。

9 参加取消 参加を取り消す際は、速やかに下記事務局までご連絡下さい。

10 個人情報の取り扱いについて

受講申込書に記載された情報は、研修資料に受講者名簿として掲載する他、宮崎県への報告として使用しますのでご承知おきください。ただし、本研修の運営・管理・広報以外への使用、また本人の同意なく第三者への開示・提供はいたしません。

11 受講証明等について

- (1) 主任介護支援専門員更新研修の受講要件（年4回以上研修に参加した者）を満たす研修会です。
対象となる方は、ご自身の受講履歴の管理をお願いします。
- (2) 主任介護支援専門員の有資格者で受講証明書が必要な方は、『参加申込書』の受講証明書の希望欄に☑をして下さい。研修終了後に発行いたします。但し、30分以上の遅刻・早退等は、「受講証明書」の交付はできません。また、再発行はできません。

12 その他

- (1) 会場の駐車場は、収容台数に限りがありますので、できるだけ公共の交通機関の利用にご協力ください。万が一満車の場合は、当協会では対応出来かねます。予めご了承ください。
- (2) 自然災害等により、本協会が研修開催不可能と判断した時は、日程を変更する場合があります。

13 申込及び問合せ先

一般社団法人 宮崎県介護支援専門員協会 事務局 担当：小島 井上
〒880-0001 宮崎市橘通西5丁目6-57 山崎ビル4階
TEL0985-61-1830 FAX0985-61-1832

【問い合わせ時間】（平日）午前9時から午後5時まで

受付印

平成30年度
自立支援型ケアマネジメント推進事業
～医療系サービスの理解と在宅医療に係る多職種事例検討会～

参加申込書

申込日：平成 年 月 日

申込責任者 氏名 ()

所属 ()

電話 ()

FAX ()

※申込み受付後、FAXにて返信しますので、必ずお受け取りになれるFAX番号をご記入ください。

下記のとおり参加を申し込みます。
※必要事項を記入又はチェックして下さい。

1	ふりがな 氏名		県介護支援専門員協会 会員の有無	<input type="checkbox"/> 会員 ・ <input type="checkbox"/> 非会員
2	職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員（登録番号_____） ・ <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 ・ <input type="checkbox"/> その他（_____）		
3	参加 希望	<input type="checkbox"/> 県北	（ <input type="checkbox"/> 午前の部 ・ <input type="checkbox"/> 午後の部 ）	
		<input type="checkbox"/> 県央	（ <input type="checkbox"/> 午前の部 ・ <input type="checkbox"/> 午後の部 ）	
		<input type="checkbox"/> 県南	（ <input type="checkbox"/> 午前の部 ・ <input type="checkbox"/> 午後の部 ）	
4	受講証明書の発行	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない		

FAX0985-61-1832

受付期間 平成30年9月10日（月）消印～平成30年10月12日（金）必着

※受付期間前後は受け付けできません。