

令和2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～  
開催要綱

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 時 令和2年12月19日（土）13：30～17：00（受付12：45～）

4 会 場 受講者の自宅や勤務先（ZOOMを活用したオンライン研修）

5 内 容 講義及び事例検討

テーマ「介護支援専門員に求められる口腔アセスメントの視点について」

（目的）高齢者の口腔内のトラブルや機能低下についての知識を深めるとともに、口腔ケアや口腔リハビリは、要介護高齢者のQOL向上を目指した生活支援として重要であることを理解する。また、事例を通して歯科と介護支援専門員の連携の重要性や口腔アセスメントの視点について学ぶ。

6 講 師 【歯科医師】一般社団法人宮崎県歯科医師会 理事

医療法人社団秀歌会 青山歯科医院 院長 青山 修 先生

【歯科衛生士】医療法人社団秀歌会 青山歯科医院 歯科衛生士 山本 美香 氏

7 対 象 者 主任介護支援専門員・介護支援専門員・歯科医師・歯科衛生士  
その他、口腔ケアに関わる専門職

8 受 講 料 無 料

9 定 員 300名 ※定員になり次第受付を終了いたします。

10 受講方法

パソコン、タブレット、スマートフォン等、原則一人が一つの端末でご受講ください。受講時には、「受講番号+氏名」を表示していただき出欠確認を行います。ZOOMのブレイクアウトルーム機能を活用し、グループワークを実施するため、カメラ・マイク付きの端末でご受講いただくことが必須です。ZOOMを初めて利用される方は、<https://zoom.us/download> から事前にインストールをお願いします。

11 申込受付期間 令和2年11月4日（水）消印～令和2年11月30日（月）必着

※申込期間前後の受付はできません。

12 受講申込について

別紙「受講申込書」に必要事項を記入の上、郵送又はFAX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。11月30日（月）以降にオンラインでの受講方法等について、申込書に記載があるメールアドレスに送信しますので、必ず確認してください。

13 受講取消について

受講を取り消す際は、速やかに下記事務局までご連絡下さい。

14 接続テストについて

下記日程で接続テストを行いますので、都合の良い日程で参加してください。接続テストでは「挙手機能」や「ブレイクアウトルーム機能」を活用したグループワークの参加方法について、説明を行います。研修当日は、接続環境の質問やトラブル等の対応はできかねますので、ご注意ください。

第1回	12月8日（火）	13：00～13：20	※12：45～接続可能
		ミーティング ID: 966 8460 5861	パスコード: 940098
第2回	12月9日（水）	14：00～14：20	※13：45～接続可能
		ミーティング ID: 917 1171 5509	パスコード: 446136

15 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。

16 その他

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）を満たす研修です。研修受講証明書の発行を希望する方は演習シートの提出が必須です。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。

17 問い合わせ及び申込先

一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会 事務局 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 9：00～17：00  
当日の連絡先 080-2696-3407

受付印

令和2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～  
受講申込書

申込日：令和2年 月 日

下記のとおり受講を申し込みます。

※必要事項を記入又は☑して下さい。

1	氏名（ふりがな）	（ ）	
2	県介護支援専門員協会 会員の有無	<input type="checkbox"/> 会員（会員番号 ） ・ <input type="checkbox"/> 非会員	
3	勤務先	名 称	
		住 所	
		T E L	（ ） —
4	F A X 番号	（ ） —	申込み受付後、受付印押印の上、F A X を返信します。 お受け取りができる F A X 番号をご記入ください。
5	緊急時の電話番号	（自宅・勤務先・携帯）	
6	職種	<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 ・ <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 歯科医師 ・ <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他、口腔ケアに関わる専門職（ ）	
7	メールアドレス	@	ミーティングID及びパスワード、研修資料を送付します。必ずご記入ください。
8	接続テスト 希望日	<input type="checkbox"/> 第1回 12月8日（火）13：00～13：20 <input type="checkbox"/> 第2回 12月9日（水）14：00～14：20	
歯科に関する質問等ありましたらご記入ください。可能な限り講義の中で回答します。		（自由記載）	

FAX0985-61-1832

受付期間 令和2年11月4日（水）消印～令和2年11月30日（月）必着

※受付期間前後は受け付けできません。