

令和4年度
自立支援型ケアマネジメント推進事業
～第2回 在宅医療・介護、多職種連携協働に関する研修会～

開 催 要 綱

1 目 的

介護保険制度の基本理念は、一人ひとりの尊厳の保持と自立支援、そして住み慣れた地域での生活をできる限り継続することです。それを実現するためには、幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測に基づく支援の調整を行うことが必要であり、各職種の視点や知見を活かし、連携して取り組む体制を整えるために、必要な情報の共有や有意義な意見交換、双方が共通する知識や視点を持つことが必要不可欠です。そうした中、要介護高齢者本人と家族の生活の継続を支えるために、各職域で培われた知見に基づいて想定される支援を体系化した「適切なケアマネジメント手法」は、令和6年度以降、介護支援専門員の法定研修にも組み込まれる予定となっています。

そこで、本研修では、「適切なケアマネジメント手法」の基本を学ぶとともに、今年度より全国に先駆けて都城市で事業化されたIoT機器を活用した「デジタル・ケアマネジメント～ケアマネジメントの標準化に準拠したシステム」についての取り組みの報告から、より実践的な「適切なケアマネジメント手法」への理解を深めることを目的に開催します。

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5年3月7日（火）13：30～16：00（受付13：00～）

4 開催方法

会場参加とオンライン参加を選択できるハイブリット開催にて実施します。

【会場】MRTmicc ダイヤモンドホール （住所）宮崎市橘通西4丁目6番3号

5 内 容

○講 義

テーマ「適切なケアマネジメント手法を用いた基本ケア及び疾患別ケアの理解」

講 師：宮崎県介護支援専門員協会 副会長 大峯伸一 氏

○実践事例の発表

テーマ「デジタル・ケアマネジメント～ケアマネジメント標準化に準拠したシステム～」

都城市の先駆的な取り組みについて

講 師：宮崎県都城市 健康部介護保険課

包括ケア担当 高田怜奈 氏

6 対象者 介護支援専門員、医師、歯科医師、歯科衛生士、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、栄養士、福祉用具専門相談員、その他、在宅医療に係る専門職、各市町村の介護保険担当課の職員

7 受講料 無 料

8 定 員 300名（会場100名・オンライン200名）

※定員になり次第受付を終了いたします。

9 申込受付期間 令和5年1月10日（火）消印～令和5年2月17日（金）必着

※申込期間前後の受付はできません。

10 受講申込について

受講希望者は、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。

11 参加方法について

（1）オンライン参加用のID・パスワード等については、2月27日（月）までにメールにてお知らせいたします。

（2）カメラ・マイク付きの端末でご参加ください。但し、1台の端末から複数名が一緒に参加されてもかまいません。

12 受講取消について

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。

13 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、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。

14 そ の 他

（1）会場では、一般的な感染対策を講じてご参加ください。当日、体調等に不安がある方は、オンライン参加に変更してください。

（2）新型コロナの感染状況次第では、すべてをオンライン開催に変更する場合があります。

15 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

受付印

令和4年度
自立支援型ケアマネジメント推進事業
～第2回 在宅医療・介護、多職種連携協働に関する研修会～

受講申込書

申込日：令和5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	
		TEL	（ ） —
4	FAX番号	（ ） —	申込み受付後、受付印押印の上、FAXを返信します。 お受け取りができるFAX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"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/> その他、在宅医療に係る専門職（ ） <input type="checkbox"/> 各市町村の介護保険担当課の職員	
7	メールアドレス	@	※添付資料の受け取りができる アドレスをご記入ください。
8	参加方法	会場（MRTmicc） ・ オンライン	

FAX0985-61-1832

受付期間 令和5年1月10日（火）消印～令和5年2月17日（金）必着

※受付期間前後は受け付けできません。