

令和4年度
自立支援型ケアマネジメント推進事業
～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

2021年4月施行の「令和3年度介護報酬改定における改定事項について」内で、2024年から介護事業所でのBCP策定が義務付けられました。介護サービスは、要介護者とその家族の生活を支える上で欠かせないものであり、災害や感染症等の非常事態であっても、サービスが安定的・継続的に提供される体制を構築することが重要です。そこで本研修では、BCP作成の中でも「多職種連携」に視点を置き、どのような職種とどのような方法で連携を図っていくべきか、また、発災時の多職種連携を踏まえた初動対応について、実際の事例を通して学ぶことで、BCP作成を支援す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1月13日（金）13：30～16：45（受付13：00～）

4 会 場 シーガイア・コンベンションセンター 4階蘭玉
（住所）宮崎市山崎町浜山

5 内 容

講義 テーマ「BCPとは何か、介護支援専門員として押さえておくべきこと」

演習 テーマ「地震に見舞われた直後にやるべきことをまとめる：多職種連携を踏まえた初動対応」

講師 ミネルヴァベリタス株式会社 顧問・信州大学 特任教授

本田 茂樹 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 100名 ※定員の関係により事業所より1名の参加とさせていただきます。
※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4年12月5日（月）消印～令和4年12月23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 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。

12 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。

13 その他

- (1) 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、参加を控えてください。
- (2) 新型コロナの感染状況次第では、延期又は開催方法を変更する場合があります。
- (3) 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。希望者に研修修了証明書を発行します。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。

14 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
～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4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	@	緊急時の連絡に使用します
BCP作成に関して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4年12月5日（月）消印～令和4年12月23日（金）必着

※受付期間前後は受け付けできません。

