

令和5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

地域包括ケアシステムの中核を担う介護支援専門員の医療連携や多職種協働を支援し、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て、自立支援に繋がる適切な医療系サービスの提供が行えるよう疾患や医療系サービスについての知識の習得を目的に標記事業に取り組みます。

1 目 的

人生の最終段階にある高齢者に対し、本人の意思決定に基づいた在宅ケアを提供するためには、医療従事者との連携強化は不可欠である。そのために、看取り期の高齢者に多い疾患やその特徴、在宅医療での留意事項等について学び、介護支援専門員の専門性を活かし、在宅医療に係る多職種からなるチームケアが実現できることを目的とする。

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5年11月18日（土）10：00～12：30（受付9：30～）

4 開催方法 Zoomミーティングを活用したオンライン開催

5 内 容 講義及び事例検討

テーマ：「看取り期における疾患の理解と多職種連携について」

講 師：彩り在宅クリニック 院長 坂田 鋼治 先生

6 対象者 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

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

7 受講料 無 料

8 定 員 200名 ※受付期間であっても定員になり次第、申し込みを締め切ります。

9 申込受付期間 令和5年9月15日（金）消印～令和5年11月1日（水）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

- (1) 受講申込書に必要事項を記入の上、FAX・郵送・メールのいずれかでお申し込みください。
- (2) 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。FAX返信をご確認ください。

#### 11 参加方法について

- (1) ZoomのID・パスワードについては、11月10日(金)までにメールにてお知らせいたします。
- (2) ブレイクアウトルームでグループワークを実施します。一人1台、カメラ・マイク付きの端末で  
ご参加ください。※スマートフォンは不可

#### 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 その他

- (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) 災害等により開催を延期又は中止する場合があります。

#### 14 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。

#### 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  
問合せ時間 平日9:00~17:00

受付印

令和5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	宮崎県介護支援専門員協会 会員の有無	会員	・ 非会員
3	介護支援専門員番号（8桁）		
4	勤務先	名 称	
		住 所	
		T E L	（ ） —
5	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。
6	緊急時の電話番号	（自宅・勤務先・携帯）	
7	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	
8	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。

FAX0985-61-1832

受付期間 令和5年9月15日（金）消印～令和5年11月1日（水）必着

※受付期間前後は受け付けできません。