

令和5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

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修得を目的に標記事業を実施します。

1 研修の目的

認知症や終末期、経済困窮や独居等、高齢者を取り巻く環境がより複雑となる中、最後まで自宅で暮らしたいという希望を叶えるためには、医療をはじめとする多職種が連携することが重要です。今回は、完全非公開型 医療介護専用SNS（メディカルケアステーション）を活用して実現した多職種連携に関する好事例を基に、ICTの導入を踏まえた多職種連携協働の促進を図り、ケアマネジメントの質の向上をめざし開催します。

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12月19日（火）13：45～16：30（受付13：15～）

4 会 場 JA・AZMホール 大ホール （住所）宮崎市霧島1丁目1番地1

5 内 容

【講 義】テーマ「最期まで自宅で暮らしたい」ご利用者の希望を叶えるために  
～メディカルケアステーションで実現した多職種連携～

講師：訪問看護ステーションなでしこ3号館 中村 久美 様

【演 習】テーマ「ICTを導入したケアマネジメントの現状と課題」

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 150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10月16日（月）消印～令和5年11月24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) 災害等により延期又は開催方法を変更する場合があります。

(2) 一般的な感染対策を講じてご参加ください。

(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

当日の連絡先 080-2696-3407

問い合わせ時間 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  
～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 ・ <input type="checkbox"/> 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	（ ） ー
5	F A X 番号	（ ） ー	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	@	緊急時の連絡に使用します

FAX 0985-61-1832

受付期間 令和5年10月16日（月）消印～令和5年11月24日（金）必着  
※受付期間前後は受け付けできません