**令和２年度**

**介護支援専門員とリハビリテーション専門職との合同フォーラム**

**開　催　要　綱**

利用者が住み慣れた地域で望む暮らしを全うしていくためには、介護支援専門員が作成するケアプランが個別化され、より実効性が高いものへと精度を高めていく必要がある。特に、最近では自立支援の観点から介護支援専門員とリハビリテーション専門職との協働が重要と認識されているが、コロナ禍においては連携が取りづらくなっている現状がある。そうした状況を受け、今回はコロナ禍における利用者を守る視点と多職種連携の在り方を再確認し、更なる多職種連携・協働の強化を図ることを目的に、オンライン研修も可能としたハイブリット型のフォーラムを開催する。

記

１　共　催　宮崎県介護支援専門員協会/宮崎県理学療法士会

　　　　　　宮崎県作業療法士会/宮崎県言語聴覚士会

２　日　時　令和２年１２月１２日（土）１４:００～１７:００　※１３:３０～受付

３　会場及び定員　※定員を超える場合は先着順にてお断りする場合もあります。

　●シーガイアコンベンションセンター　３階海峰【定員８０名】

　　（住所）宮崎市山崎町浜山

●受講者の自宅や勤務先（ＺＯＯＭを活用したオンライン研修）【定員１００名】

４　対象者　①宮崎県介護支援専門員協会の会員

②宮崎県理学療法士会の会員

　　　　　　③宮崎県作業療法士会の会員

④宮崎県言語聴覚士会の会員

５　受講料　１，０００円

６　内　容

【講　　　　義】テーマ「宮崎市郡在宅医療介護情報連携システム（ＭＩＣＴ）について」

 　　 　　　講　師　外山内科神経内科医院　外山　博一　先生

【シンポジウム】テーマ「コロナ禍における新しい視点による高齢者支援の事例発表」

　　　　　　　　　実践報告とフロアディスカッション

７　オンラインでの受講方法

　　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。カメラやマイク機

能は必要ありません。

※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

いいたします。

８　申込受付期間　**令和２年１１月４日（水）消印～１１月２４日（火）必着**

９　受講申込について

（１）別紙「受講申込書」に必要事項をご記入の上、郵送またはＦＡＸにてお申込み下さい。

（２）**令和２年１１月３０日（月）まで**に決定通知を送付します。それを過ぎても決定通知が届かない場合は至急ご連絡ください。

10　受講料のお支払いについて

決定通知に振込依頼票を同封します。**令和２年１２月４日（金）まで**にお振込みください。

　　期日までにお振込みが確認できない場合は、受講を取り消しいたします。

11　受講の取り消しについて

**令和２年１２月４日（金）まで**にご連絡ください。それ以降のキャンセルについては受講料の返金はできません。

12　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。研修当日は、接続環境の質問やトラブル等の対応ができかねますので、ご注意ください。

第１回　１２月４日（金）１２：３０～１２：４５　※１２：１５～接続可能

　　　　　　　　　　　**ミーティングID: 999 8997 6621　パスコード: 693248**

　　第２回　１２月８日（火）１６：００～１６：１５　※１５：４５～接続可能

**ミーティングID: 965 5896 1216　パスコード: 754690**

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、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）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）新型コロナウイルスの感染防止対策を講じた上で開催します。受講される皆様へ、一般的な感染予防対策にご協力ください。

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　井上　小島

〒880-0001　宮崎市橘通西５丁目６－５７　山﨑ビル４階

　　TEL0985-61-1830　FAX0985-61-1832　9：00～17：00

　　当日の連絡先　080-2696-3407

**令和２年度**

**介護支援専門員とリハビリテーション専門職との合同フォーラム**

**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☑をして下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 氏　名（ふりがな） | （　　　　　　　　　　　　　） |
| ２ | 勤務先 | 名　称 |  |
| 住　所 | 〒 |
| ＴＥＬ |  |
| ３ | 緊急時の電話番号 | （自宅・勤務先・携帯） |
| ４ | 職　種 | □ 介護支援専門員　□ 理学療法士□ 作業療法士　　　□ 言語聴覚士　 | 会員番号 |  |
| ５ | 受講方法 | □　会場　　・　　□　オンライン研修 |
| ６ | メールアドレス | ＠ |
| ※オンライン研修を希望する方に研修資料・ミーティングＩＤ・パスワードを送付します。必ずご記入ください。 |
| ７ | 接続テスト希望日 | □　第１回目　１２月４日（金）　１２：３０～１２：４５　　　□　第２回目　１２月８日（火）　１６：００～１６：１５ |
| ７ | 決定通知の送付先（住所） | □　勤務先（同上）□　自宅 | 〒　　　－　　　　 |

**申込先：FAX ０９８５-６１-１８３２　締切：令和２年１１月２４日（火）**