

平成 30 年 2 月 吉日

(一社) 宮崎県理学療法士会 会員各位

(一社) 宮崎県理学療法士会
会長 中田 洋輔
社会局局长 平島 段
(公印省略)

地域ケア会議派遣における会員の登録について (お願い)

謹啓 (一社) 宮崎県理学療法士会会員の皆様に於かれましては、益々ご健勝のことと心よりお喜び申し上げます。

平素は、当社会局の活動に対しまして、各段のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、地域包括ケアシステムの推進に伴い、地域ケア個別会議また、介護予防事業等の会員派遣依頼が急増する中、それらの事業に対して参加意欲のある人材バンク作成が急務となっております。

当会では一定の基準を満たされた会員を、依頼のあった事業等へ推薦したいと考えております。

今回、地域ケア会議の派遣に関して、皆様のご意思を表示いただきたくご案内させていただきました。

つきましては、別添の【宮崎県理学療法士会行政連携事業派遣基準】をご確認の上、下記の事項についてご入力いただき、メールまたは FAX にて各所属ブロック部長までご一報賜りますようお願い申し上げます。

また、各市町村で行われている地域ケア個別会議の情報(開催日時、問い合わせ先等)につきましては、県士会ホームページに掲載しておりますので、そちらよりご確認ください。

本件でご申請いただいた情報につきましては、県士会の人材バンクとして登録し、関係各所にて共有させていただきますが、他団体へ情報開示することはございません。

詳細をご確認の上、ご検討の程宜しくお願い致します。

多数の会員の皆様のご登録をお待ちしております。

謹白

～ 記 ～

記載情報

【件名】：行政連携事業派遣に関する意思表示について

- ①氏名 ②所属施設 ③基準要件該当番号 (県士会行政連携事業派遣基準より選択)
- ④介護関連事業の経験歴 (例：訪問リハを〇年) ⑤地域ケア会議への参加歴 (自治体・回数)
- ⑥介護予防事業への参加歴 ⑦各自治体における会議体への参加歴 (例：介護認定審査会)

以上

文書取扱

(一社) 宮崎県理学療法士会
社会局 平島 段

【宮崎県理学療法士会行政連携事業派遣基準】

必須要件
地域包括ケア推進リーダーもしくは介護予防推進リーダーの何れかを有し、且つ地域ケア会議の傍聴もしくは県主催による地域ケア会議に関する研修会の参加歴のあるもので、 下記の要件の中で <u>3つ以上</u> の基準を満たしているもの
該当要件
① 経験年数5年以上 ② 個別ケア会議に参加希望のあるもの ③ 介護保険関連業務に従事した経験があるもの ④ 認定理学療法士（地域関連）取得者 ⑤ 介護支援専門員の資格を有するもの ⑥ 介護認定審査会の経験があるもの ⑦ 回復期セラピストマネージャー（回復期リハビリテーション病棟協会）の資格を有するもの ⑧ 社会局の推薦があるもの（推薦基準については下記の《問い合わせ先》へご連絡ください。）

【各ブロック部長連絡情報】

[宮崎市郡ブロック部長] 石川 博隆 (所属：宮元整形外科医院)

Mail : 1203hirotaka@gmail.com FAX : 0985-73-0767

[北部ブロック部長] 黒木 慎太郎 (所属：延岡リハビリテーション病院)

Mail : shintarou_kurogi@junwakai.com FAX : 0982-21-6212

[児湯ブロック部長] 江上 健 (所属：川南病院)

Mail : takeshi.egami@k-seizan.jp FAX : 0983-27-5002

[西諸ブロック部長] 前原 誠 (所属：介護老人保健施設すこやかセンターこばやし)

Mail : maehara0808@gmail.com FAX : 0984-22-3423

[都城市郡ブロック部長] 福永 誠司 (所属：藤元総合病院)

Mail : sei.ji.fukunaga@fujimoto.or.jp FAX : 0986-25-3950

[南部ブロック部長] 押川 信昭 (所属：日南市立中部病院)

Mail : n-oshikawa_ni@city.nichinan.lg.jp FAX : 0987-27-1111

《問い合わせ先》

(一社) 宮崎県理学療法士会社会局 平島段

所属：介護老人保健施設 並木の里

Mail : d.hirashima.number9@gmail.com

FAX : 0983-44-5109

送信票

行政連携事業派遣に関する意思表示について

_____ブロック

_____部長 宛

① 氏名	
② 所属施設	
③ 基準要件該当番号	
④ 介護関連事業の経験歴 (例：訪問リハを○年)	
⑤ 地域ケア会議への参加歴 (自治体・回数)	
⑥ 介護予防事業への参加歴	
⑦ 各自治体における会議体への参加歴 (例：介護認定審査会)	
その他、ご意見等ございましたら ご記入ください。	

送信者情報

氏名： _____

連絡先： _____