

令和2年4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 平 島 段  
(公印省略)

## 地域ケア会議派遣における会員の登録のお願い及び連絡先変更について

謹啓 会員の皆様にかかれましては、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。

さて現在、地域包括ケアシステムの推進に伴い、昨年度より別添の【宮崎県理学療法士会行政連携事業派遣基準】を設け、地域ケア会議の派遣会員登録を進めている状況であります。

本事業は、当会の一定の基準を満たされ、且つ行政連携事業に関する意思表示をされた方を人材バンクとして登録し、行政機関等からの地域ケア会議会員派遣依頼に対して、その登録会員の中から推薦するシステムの運用であります。

本事業にご興味のある会員の皆様にかかれましては、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、別紙の【各所属ブロック会員 意思表示提出先】までご一報賜りますようお願い申し上げます。

なお、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○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
地域ケア会議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。）

【各所属ブロック会員 意思表示提出先】

[宮崎市郡北部・南部ブロック] 石川 博隆 (宮崎市郡北部ブロック部長 所属：コモン広瀬)

Mail : [1203hirotaka@gmail.com](mailto:1203hirotaka@gmail.com) FAX : 0985-71-2713

[県北ブロック] 黒木 慎太郎 (県北ブロック部長 所属：延岡リハビリテーション病院)

Mail : [shintarou\\_kurogi@junwakai.com](mailto:shintarou_kurogi@junwakai.com) FAX : 0982-21-6212

[児湯ブロック] 櫻井 清君 (児湯ブロック部長 所属：山口整形外科)

Mail : [kiyokimi.sakurai@gmail.com](mailto:kiyokimi.sakurai@gmail.com) FAX : 0983-22-3158

[西諸ブロック] 市来 義人 (西諸ブロック部長 所属：小林市立病院)

Mail : [ichiki4410@yahoo.co.jp](mailto:ichiki4410@yahoo.co.jp) FAX : 0984-23-7717

[都城市郡ブロック] 福永 誠司 (都城市郡ブロック部長 所属：藤元総合病院)

Mail : [seiji.fukunaga@fujimoto.or.jp](mailto:seiji.fukunaga@fujimoto.or.jp) FAX : 0986-25-3950

[県南ブロック] 阿久根 大輔 (県南ブロック部長 所属：吾社クリニック)

Mail : [gosha-cl@mnet.ne.jp](mailto:gosha-cl@mnet.ne.jp) FAX : 0987-71-3362

《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：医療法人 暁星会 三財病院

Mail : [d.hirashima.number9@gmail.com](mailto:d.hirashima.number9@gmail.com)

FAX : 0983-44-5221

# 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： \_\_\_\_\_