

**令和3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、コロナ禍が長期化していることもあり、介護支援専門員と病院内のリハビリテーション専門職の連携が十分に図れていない現状がある。そうした状況を受け、今回はコロナ禍の終息後まで見据えて、再度互いの専門性と多職種連携の在り方を確認することで、利用者の自立支援に向けた更なる多職種連携・協働の強化を図ることを目的に開催する。

**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4年1月22日(土) 14:00~17:00 ※13:30~受付
- 3 会 場 受講者の自宅や勤務先 (Zoom を活用したオンライン研修)
- 4 定 員 300名 ※定員を超える場合は先着順にてお断りする場合があります。
- 5 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
- 6 受講料 1,000円
- 7 内 容  
【講 義】テーマ「苦難を乗り越えたその先の多職種連携の重要性」  
講 師 宮崎県立宮崎病院 患者支援センター  
看護師長 松浦 佳子 氏  
【シンポジウム】テーマ「コロナ禍から見えてきた連携の在り方」
- 8 オンラインでの受講方法  
(1) パソコン、タブレット等、原則一人が一つの端末でご受講ください。  
(2) 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3年11月8日（月）消印～12月10日（金）必着**

※受付期間前後の受付はできません。

9 受講申込について

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。  
受付が完了しましたら、FAXにてご連絡いたします。

10 決定通知について

**令和3年12月14日（火）まで**に決定通知をメールにて送信します。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。

11 受講料のお支払について

- (1) 決定通知にて振込口座をお知らせいたします。**12月27日（月）まで**に指定の口座にお振込みください。振込手数料はご負担ください。事業所名義または複数名分まとめて振り込まれる際は、その旨、ご連絡ください。
- (2) 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。

12 資料の送付等について

受講料の振り込みを確認し、研修当日のID・パスワード・研修資料を「受講申込書」に記載いただいた「6 資料の送付先」に郵送いたします。

13 受講の取り消しについて

**令和3年12月27日（月）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。

14 接続テストについて

下記日程で接続テスト(15分程度)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	3日（金）	12：30～12：45	※12：15～接続可能
第2回	12月	15日（水）	16：00～16：15	※15：45～接続可能
ミーティングID: 997 8258 2111 パスコード: setuzoku03				

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、本研修の運営・管理・広報以外への使用はいたしません。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 その他

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。  
研修受講証明書の発行を希望する方は演習シートの提出が必須です。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。

16 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  
〒880-0001 宮崎市橋通西5丁目6-57 山崎ビル4階  
TEL0985-61-1830 FAX0985-61-1832 平日9:00~17:00  
当日の連絡先 080-2696-3407

受付印

**令和3年11月8日（月）消印～12月10日（金）必着**  
※受付期間前後の受付はできません。

令和3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3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		FAX
3	緊急時の電話番号	(自宅・勤務先・携帯)		
4	職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	会員 番号	
5	メールアドレス	@ ※決定通知を送信します。必ず受け取りができるメールアドレスをご記入ください。		
6	資料の送付先 (住所)	<input type="checkbox"/> 勤務先（同上） <input type="checkbox"/> 自宅	〒   ー	

申込先：FAX 0985 - 61 - 1832