　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和5年7月吉日

会員各位

一般社団法人　山形県作業療法士会

　　　　　　　　最北支部担当理事　高山　悠二

地域包括ケア推進部担当理事　奥山　典子

山崎　卓礼

三原　裕子

令和5年度　最北支部・地域包括ケア推進部共催研修会

支援事業に関する情報交換会のご案内

盛夏の候、会員の皆様におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。　　　　　　平素より県士会活動にご協力賜り、感謝申し上げます。

さて、例年各支部・地域包括ケア推進部共催で開催している地域支援事業に関する研修会を下

記の通り企画いたしましたのでご案内いたします。

コロナ後の再開に向けた通いの場支援、また地域共生社会の実現に向けた取り組みや今後の在り方等を共有・検討する機会としたく考えております。地域ケア会議助言者・助言指導者に限らず、今後の地域での作業療法のニーズに対応していくために、まだ地域ケア会議に携わっていない方、これから携わりたいとお考えの方のご参加も歓迎いたします。

ご多忙中とは存じますが、万障お繰り合わせの上多数ご参加下さいますようご案内申し上げます。

記

令和5年度　最北支部・地域包括ケア推進部共催研修会

地域ケア会議に関する情報交換会

日　時：令和5年8月7日（月）18：30～20：30

主目的：地域で専門職ができること、地域ケア会議での助言方法の情報交換

内　容：①オリエンテーション（5分）

　　　　②講義：「通いの場の立ち上げから、これまで継続して」

村山市在宅介護を支える家族の会　代表　工藤美惠子様（20分）

③協会と県士会の地域包括ケア推進に関しての情報交換（20分）

④MTDLP事例を使用した地域ケア会議の助言の検討と情報交換

個人ワーク（20分）

　　　　　グループディスカッションにて助言の検討・情報交換（40分）

　　　　　発表・質疑応答（15分）

※内容は一部変更になる場合がございます。

開催方法：Zoom（Web会議ツール）を使用したオンライン研修会

参加費：無料

　　参加申し込み、研修会開催に関する注意・連絡事項：別紙をご参照ください。

※なお、この情報交換会は各支部で開催いたします。内容は各支部で必要とする情報を得られるように検討中です。詳細が決まり次第ご案内いたします。所属支部以外へのご参加も可能です。

以上

（別紙）

研修会開催に関する注意・連絡事項

1．オンライン研修について

・Zoom使用に関する詳細は、県士会ホームページ会員専用「2020/08/11オンライン模擬研修会」、「別紙1.Zoomマニュアル」、「別紙2．Zoomの使い方」をご参照ください。

・スマートフォンでの参加も可能ですが、資料閲覧のため、PC 等での参加をお勧めします。

また、安定したWi-Fi 環境での接続をお勧めいたします。なお、通信料は自己負担となりますので、ご了承ください。

2．参加による派遣要件の該当、協会生涯教育ポイント等について

・**原則として2年に1回以上関連研修会に参加することが、地域ケア会議など地域支援事　業への派遣要件となっております。本研修会も該当いたしますので、派遣登録されている方はぜひご参加ください。昨年度の研修会に参加されていない方は、今年度中の参加をお願いします。なお、受講証は発行いたしておりません。**

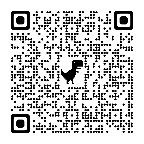
　　　・本研修は日本作業療法士協会生涯教育ポイント（2ポイント）対象となります。

　　参加申し込み

・下記申し込みフォームにアクセスいただき、お申し込みください。

　（フォームでのお申し込みが難しい場合は、メール添付用書式にご記載の上、下記問い合せ先まで、件名を「8月7日研修会申込」としてメール添付にてお申込みください。）

申し込み先：　<https://forms.gle/G6tFRS88uNRYXmXY7>



申し込み締め切り：最北7月28日（金）

・Zoom参加URLは申し込み頂いた方に個別にご案内いたします。

・個人申し込み、個人参加が原則となりますが、Wi-Fi 環境などの事情から、

　職場のパソコン 1 台（1 画面）での複数名の参加等のご希望がありましたら、

事前に下記までご相談下さい。

問い合せ先：

介護老人保健施設ナーシングホームさくらんぼ　石澤 思観

メールアドレス　[nhs@lapis.plala.or.jp](mailto:nhs@lapis.plala.or.jp)

電話番号　0237-36-0017 FAX 0237-36-0018

メール添付用書式

令和５年度　最北支部・地域包括ケア推進部共催研修会参加申込書

**問い合わせ先へのメールに添付してください**

参加申込者

所属施設

分野：　病院・施設（入所・通所）・訪問・その他（　　　　　　）

氏 名（フリガナ）

　　　　　　　　　　　　　　※協会に申請している正式な漢字でご記入下さい。

連絡先/電話番号

　　　　　　　　　　　　　　※研修会当日に連絡のつく番号をお願いします。

連絡先/メールアドレス

　　　　　　　　　　　　　　※研修に関するご連絡をいたしますので随時メールチェック願います。

協会会員番号

以下、地域ケア会議について、地域支援事業について、市町村との連携について等、当日意見交換したいこと、業務やかかわり方で困っていることや感じていることなどご自由にご記入ください。