

令和6年8月吉日

会員各位

一般社団法人 山形県作業療法士会  
庄内支部担当理事 安野 仁  
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6年度 庄内支部・地域包括ケア推進部共催研修会のご案内

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を賜り、感謝申し上げます。

さて、今年度の庄内支部と地域包括ケア推進部の共催研修会を下記の通り企画いたしました。各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、関心のある方、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、ご参加下さいますようご案内申し上げます。

記

日 時 : 令和6年9月11日(水) 18:30~20:00

内 容 : 1. 地域包括ケア推進部・テクノエイド委員会作成  
「自立支援を念頭に置いた住宅環境調整について」資料のご紹介  
講師: 公立高島病院 小下弘嗣

2. 令和6年度 診療報酬、介護報酬改定に係る意見交換会  
※当日は医療と介護の2グループに分かれて行います。  
事前にご質問がある方は、参加申込み時に指定箇所にご記入ください。  
同じ病院等で複数参加される場合、質問等をまとめて頂けますと幸いです。

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  
※本研修会は、令和6年度山形県地域包括ケアシステム構築推進事業(地域ケア会議助言者資質向上事業)費補助金を活用し開催いたします。

連絡事項・参加申込み: 別紙をご参照ください。

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. 参加による受講書等の発行、協会生涯教育ポイント等について

- ・今年度の地域包括ケア推進部研修会の参加にあたっては受講証の発行は致しません。
- ・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。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。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。
- ・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

- ・原則、QR コードまたは URL からお申し込みください。



[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfRHeuvtA3kzSt5KfI33pK-\\_cTDzqqITZFpgMgcQxK5mPBe8w/viewform?usp=pp\\_url](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfRHeuvtA3kzSt5KfI33pK-_cTDzqqITZFpgMgcQxK5mPBe8w/viewform?usp=pp_url)

- ・QR コードでの申し込みが難しい場合は、別紙参加申込書に必要事項をご記入の上、下記申込先までご連絡ください。件名は「9 月 11 日研修会申し込み」としてください。
- ・Zoom 参加 URL 等はお申し込みを頂いた方に個別にご案内いたします。

申し込み締め切り：令和 6 年 9 月 4 日（水）

注) 個人参加が原則となりますが、諸事情により、PC1 台（1 画面）で複数名の参加を希望される場合は、事前に山崎（研修会全般に関する問合せ）までご連絡をお願いいたします。

申込先・研修会全般に関する問合せ

介護老人保健施設シェ・モワ 山崎卓礼

E-mail : [lasch555@outlook.jp](mailto:lasch555@outlook.jp)

電話番号：0234-22-1400

令和6年度 庄内支部・地域包括ケア推進部共催研修会  
申し込み先のメールに添付してください

参加申込者

所属 \_\_\_\_\_

領域 医療・介護・その他 ( \_\_\_\_\_ )

※いずれかに○をつけてください

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ご記入ください。

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 \_\_\_\_\_

令和6年度 診療報酬、介護報酬改定に関するご質問等は下記に記載してください。

ご質問等