

令和6年11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
村山支部担当理事 樋口 亨
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 第3回最北支部研修会（村山支部・地域包括ケア推進部共催研修会）
地域支援事業および報酬改定におけるリハビリテーション部門の医療・介護
連携に関する情報交換会のご案内

向寒の候、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、例年開催しております各支部・地域包括ケア推進部共催の地域支援事業に関する研修会を、下記の通り企画しましたのでご案内申し上げます。

今年度は、医療・介護・障害福祉のトリプル改訂で期待されているリハビリテーション分野の連携に関する講義と、地域ケア会議や研修会で使用できる資料の紹介、そして情報交換の時間を設けて情報共有と自身の取り組みを検討する機会にしたいと考えております。地域の中で潜在している作業療法士のニーズは多岐にわたり、それらに対応していく必要があると考えております。地域ケア会議助言者・助言指導者に限らず、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お待ちしております。

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

日時：令和6年12月5日（木）17：30～19：00

主目的：地域支援における医療・介護・障害福祉のリハビリテーション分野の連携について
視点や現状の共有を図り業務に役立てる

- 内容：①講義：「令和6年度報酬改定に関するリハビリテーション部門の連携および地域包括ケアシステムに関するリハビリテーションの医療・介護連携について」
山形県 健康福祉部 高齢者支援課 主事 瀬尾 美智子様
②講義に関連する事項についての情報交換
③他職種・一般向け研修会および地域ケア会議助言資料の紹介
「自立に向けた安全な住環境の工夫」
地域ケア会議・総合事業推進委員会
公立高島病院 作業療法士 小下弘嗣氏

※講義や質疑応答は、主に介護保険領域の改訂内容と、それをもとに、リハビリテーションの連携に関連した医療、障害福祉領域の改定に関する内容になります。

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。

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、次項のメール添付用書式にご記載の上、件名を「12 月 5 日研修会申込」としてメール添付にてお申し込みください。)

申し込み先: [こちらをクリック](#) または QR コード



申し込み締め切り: 11 月 29 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、申込時に下記までご連絡下さい。

問い合わせ先:

光生園 新田遥

メールアドレス haruka557@gmail.com

電話番号 0233-32-2770

メール添付用書式

令和6年度 最北支部・村山支部・地域包括ケア推進部共催研修会参加申込

書

申込先：新庄薬師園：yakusiriha04@gmail.com
件名を「12月5日研修会申込」として、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、今年度の改訂後のリハビリテーション部門での各分野間の連携について、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。

また、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のご質問もありましたらご記入ください。