

病 院 長 様

一般社団法人岡山県病院協会会長

第 1 回地域包括ケア研究会（介護報酬改定の影響と対策）の開催について

2024年度の介護報酬改定では、社会情勢や環境の変化に対応することが挙げられ、処遇改善やICTの活用、経営状況の適正化などあらゆる対策を図ることが重要であり、各事業所としても疑問点について随時解消しながら、安定した事業運営になるよう日々取り組まれていると存じます。

そこで今回の研究会は、介護報酬改定に関する疑義回答を岡山県子ども・福祉部 指導監査課へお願いし、その後、皆さんで介護報酬改定に伴う対応について意見交換をしていきたいと思っております。

つきましては、関係職員以外の皆様にも多数受講いただきたくご案内申し上げます。

記

1. 日 時 令和6年7月23日（火） 13時30分～16時30分
2. 会 場 岡山県医師会館 4階 401会議室（一部402会議室使用）
※講演のみ聴講を希望される方はオンライン参加（Zoom）が可能です。
（参加方法は裏面をご覧ください。）
3. 日程・研修内容

13時30分～13時40分 開会・オリエンテーション

13時40分～14時40分

《講演》「介護報酬改定に関する疑義題の回答と留意事項の説明」

講師：岡山県子ども・福祉部 指導監査課 の担当者

— 休 憩 —

15時00分～16時30分

《グループ意見交換》

～ テーマ・介護報酬改定に伴う対応について ～

*グループに分かれて意見交換（情報交換）を行います。介護報酬改定に伴う対応について意見交換したい内容を記入のうえお申込み下さい。

16時30分

各グループで閉会・解散

4. 対象者 **病院職員及び病院に関連する介護保険施設・事業所の職員**
※職種は問いませんので、関係職員以外の方も是非ご参加下さい。
（講演のみの聴講も可能です。）
5. 受講料 1人 5,000円（10%対象税込額5,000円、消費税額454円）
※会場へ参加される方はご持参下さい。
6. 申込み 7月10日（水）【厳守】までに 協会事務局へお申込み下さい。

（裏面もご覧ください）

7. オンライン(Zoom)参加について

- ①講演のみ聴講を希望される方はオンライン参加(Zoom)が可能です。オンラインで受講される方には、オンライン研修の注意事項やZoomの招待状、研修資料等全てメールで送付しますので、受講申込書へメールアドレスをはっきりと正確に記入して下さい。

※今後「oka-hosp-a@syd.odn.ne.jp」のアドレスから送信がありますので、メールが受信できるよう設定をお願いします。

- ②受講申込み後にオンラインで参加される受講者人数分の受講料を病院でまとめて以下の口座へお振込み下さい。 [前払い制/支払期限：7月10日 厳守]

※支払期限までに受講料のご入金を確認できない場合は「キャンセル扱い」とさせていただきます。なお、受講料のお振込み後は原則返金できませんのでご了承下さい。

【振込先】中国銀行本店営業部 普通 No.3604736 一般社団法人岡山県病院協会

* 「0723 病院名」でお振込みをお願いします。研修会終了後に領収証をお送りいたします。
(お手数ですが振込手数料はご負担下さい。)

* 受講者人数分の合計額の領収証を経理ご担当者様宛にお送りしますが、領収証の宛名や送付先等についてご希望がありましたら、申込みの際に記載して下さい。

- ③受講料の入金確認後、オンライン研修の注意事項についてメールで送信しますので、ご確認願います。
- ④ネット環境(LAN 接続推奨)やパソコン動作の確認等の事前準備を充分にお願いします。

【お問合せ先】 (一社) 岡山県病院協会事務局 (担当：土谷)

TEL: 086-250-1124 ・ FAX: 086-250-3458

E-mail: oka-hosp-a@syd.odn.ne.jp

第1回 地域包括ケア研究会 受講申込書

令和6年 月 日

令和6年7月23日（火）開催の第1回地域包括ケア研究会（介護報酬改定の影響と対策）に下記のとおり受講を申込みます。

記

病院名（ ）

申込み担当者 氏名（ ） 職名（ ）

所属部署	職名(役職名) (職 種)	氏 名	備 考
	()		
*講演のみ受講を希望される方（現地参加・オンライン参加）※該当に○をして下さい。 ・オンラインで参加の方はメールアドレスを記入 []			
介護報酬改定に伴う対応について意見交換したい内容をお書き下さい。※グループ意見交換へ参加の方のみ			
	()		
*講演のみ受講を希望される方（現地参加・オンライン参加）※該当に○をして下さい。 ・オンライン参加の方はメールアドレスを記入 []			
介護報酬改定に伴う対応について意見交換したい内容をお書き下さい。※グループ意見交換へ参加の方のみ			

*講演のみ受講を希望される方はその旨を申込書へ記載して下さい。複数名お申込みの場合は申込書をコピーしてご使用下さい。

*グループ意見交換へ参加の方は、意見交換したい内容を記入のうえお申込み下さい。
出された意見交換したい内容は、グループ分け名簿と合わせて開催日の数日前に病院へFAXにて連絡いたします。関連する介護保険施設・事業所からお申込みの方は病院の方でご確認下さい。

※お申込みは

FAX : (086) 250-3458 / E-mail : oka-hosp-a@syd.odn.ne.jp で