

令和2年度 施設長等研修会 開催要綱

1. 趣 旨

未だ世界的に猛威をふるっている新型コロナウイルスの終息の見えないなか、様々な課題について検討が行われるなどウィズコロナ時代に向けて動き始めています。このような社会情勢のなかで、令和3年度障害福祉サービス等報酬改定について議論が進められ、私たちにはそれに向けて適切に対応し、障害のある方へ良質なサービスを安定して提供することが求められています。

今回の施設長等研修会は、この課題に精通された講師をお迎えし、これらの課題に適切に対応するために正しい知識を習得することを目的として開催します。

2. 期 日 令和2年12月21日（月）

3. 会 場 鹿児島サンロイヤルホテル 2階 中央の間
鹿児島市与次郎1丁目8-10 TEL099-253-2020

4. 日 程

14:30~ 受 付

14:50~15:00 開会の挨拶

鹿児島県知的障害者福祉協会会長 水流 純大

15:00~16:00 障害者支援に特化した「eラーニング研修」について

説 明 株式会社 Lean on Me（リーンオンミー）

16:00~16:15 休 憩

16:15~17:45 講 演「令和3年度 障害福祉サービス等の報酬改定について」

講 師：（公財）日本知的障害者福祉協会 政策委員会 委員長

社会福祉法人 常盤会 理事長 久木元 司氏

17:45~ 閉会の挨拶

鹿児島県知的障害者福祉協会 副会長 中村 隆一郎

5. 参 加 者 理事長・施設長・幹部職員等

6. 参 加 費 2,000円

*費用の支払いについて（お支払期限 令和2年12月7日（月））

下記の期日までに下記口座へお振込み下さい。

鹿児島信用金庫 郡元支店 普通 5609751

鹿児島県知的障害者福祉協会 会長 水流 純大

・「振込人」には、施設・事業所名のみご記入下さい。（法人名は記入しないでください）

・記入例……障害者支援施設〇〇〇 → 振込人 〇〇〇

障害者支援センター△△△ → 振込人 △△△

7. お申込み 別紙、参加申込書をご記入の上、令和2年12月4日（金）までに FAX
にて事務局まで送信して下さい。

8. そ の 他 「新型コロナウイルス感染拡大予防」のため、マスク着用、手指消毒の徹底、十分な間隔、参加者の体調確認を行い開催いたします。会場の鹿児島サンロイヤルホテルには、顔記憶型サーモグラフィが各出入り口に設置されております。当日、体調のすぐれない方の参加はご遠慮ください。

F A X 送 信 票

鹿児島県知的障害者福祉協会・事務局行き

FAX 099-250-9358

施設・事業所名 _____

記載責任者 _____

令和2年度 施設長等研修会参加申込書

標記については下記の通りです。

◆出席します。

お名前	現職名	研修会	入金予定日

※必要事項をご記入の上、出席の方は、○印を、欠席の方は×印をお付けください。

※法人でまとめてお振込みの場合は、備考欄にその旨ご記入ください。

[_____]

◆欠席します。

★令和2年12月4日（金）までに、出席の有無をFAXで事務局までお知らせ下さい。