

津軽地域ケアネットワーク交流会 2017 実施要領

1 目的

住民が疾病を持ちながらも、住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を続けていくためには、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう保健、医療、福祉、介護に関わる多職種の連携が重要となる。

本年8月に実施したアンケート調査（津軽地域における保健医療福祉介護に関する実態調査）の結果をもとに、本人の望む生活を阻害している実態を学び、津軽地域に不足している社会資源を抽出し、津軽地域らしい地域包括ケアの実現を目指すことを目的とする。

2 テーマ

第一部 「津軽地域における患者の望む生活を阻害しているもの」

第二部 「津軽地域らしい地域包括ケアの実現のために」

3 開催方法

主催：津軽地域ケアネットワーク

共催：中南地域県民局地域健康福祉部保健総室（弘前保健所）、一般社団法人弘前市医師会、

一般社団法人弘前歯科医師会、一般社団法人弘前薬剤師会、

公益社団法人青森県介護支援専門員協会津軽支部会、

弘前大学大学院保健学科研究科地域保健医療教育研究センター

（順不同）

後援：一般社団法人南黒医師会、南黒歯科医師会、

青森県訪問看護ステーション連絡協議会中弘南黒支部、

助けあいたい浪岡チームフクロウ、黒石けっばるケアマネジャーの会

（順不同）

4 日時

平成29年10月21日（土） 13:30～17:00

5 会場

(1) メイン会場

岩木文化センターあそべる

弘前市大字賀田1-18-4（0172-82-3214）

(2) サブ会場

中央公民館岩木館 *当日は暖房設備をご利用いただけませんので、暖かい服装でお越しください。

弘前市大字賀田1-18-3（0172-82-3426）

6 参集範囲

二次保健医療圏にある病院・診療所・歯科診療所及び薬局、市町村及び福祉事務所（保健、障害、介護、生活保護担当）、津軽広域連合消防組合、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、特別養護老人ホーム、老人保健施設、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、認知症グループホーム協会、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、社会福祉協議会等の職員

7 定員

300名（定員になり次第締め切り）

8 日程

| 時 間 | 内 容 | | 会 場 |
|--------|------|---|-----|
| 13:30 | 開会挨拶 | 津軽地域ケアネットワーク 会長 葛西 孝幸 一般社団法人弘前薬剤師会 会長 前田 淳彦 | メイン |
| 13:40～ | 第一部 | テーマ 「津軽地域における患者の望む生活を阻害しているもの」 1. 講演 健生黒石診療所 所長 坂戸 慶一郎 2. アンケート結果報告（第二部の進行・説明含む） 津軽地域ケアネットワーク 尾崎麻理 | メイン |
| 14:45～ | 休憩 | 会場移動 | |
| 15:00～ | 第二部 | テーマ「津軽地域らしい地域包括ケアの実現のために」 1. グループワーク | サブ |
| 16:10～ | 休憩 | 会場移動 | |
| 16:25～ | 第二部 | 2. 全体会 グループワーク発表 意見交換 助言者 健生黒石診療所 所長 坂戸 慶一郎 | メイン |
| 16:55 | 閉会挨拶 | 中南地域県民局地域健康福祉部（弘前保健所） 部長 山中 朋子 | メイン |

9 参加費用

無料

10 申込先及び方法と締切

申 込 先：津軽地域ケアネットワーク事務局（弘前脳卒中・リハビリテーションセンター内）

申込方法：上記宛てに申込書（別紙）をFAX送信 FAX 0172-28-7780

申込締切：平成29年9月22日（金）必着

11 当日の各自の持ち物

(1) 「弘前地区在宅医療・介護連携支援センターそよかぜ」ホームページより資料をダウンロードしていただきご持参下さい。 <http://www.hirosaki.aomori.med.or.jp/soyokaze/>

10月上旬からダウンロード可能です。

(2) 事業所等で使用している名札をご持参下さい。

12 問合せ先

中南地域県民局地域健康福祉部保健総室（弘前保健所）健康増進課

（弘前市大字下白銀町14-2 電話 0172-33-8521）

※ 本研修は、主任介護支援専門員更新研修受講のための受講要件（2）に該当します。研修終了後、青森県介護支援専門員協会津軽支部会より修了証をお渡しします。

参加申込票 (FAX 送信票)

津軽地域ケアネットワーク事務局
 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター 工藤 慎 宛
 FAX 0172 - 28 - 7780

(送信票は不要です。)

提出日:平成29年 月 日

平成29年10月21日(土)の 津軽地域ケアネットワーク交流会2017への参加について

事業所名: _____

送信者氏名: _____

連絡先電話番号: _____

参加者名簿

| 職種 | フリガナ | 第一部 | 第二部 | 修了証 | 職種 | フリガナ | 第一部 | 第二部 | 修了証 |
|----|------|-----|-----|-----|----|------|-----|-----|-----|
| | 氏名 | | | | | 氏名 | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

- * 第一部、第二部の欄に参加○、不参加×をご記入ください。
- * 主任介護支援専門員更新研修受講修了証希望の方は修了証欄に○をご記入ください。
- * 職種欄には、現在就いている職種をご記入ください。
- * 参加申込が定員になり次第締め切りますので、ご了承ください。
- * 配布用のパンフレットや資料等を御持参していただければ、施設紹介ブースへ設置し配布することも可能となっております。

締切日：9月22日(金) 必着