

岐阜県医師会長 }  
岐阜県歯科医師会長 } 様  
岐阜県看護協会会長 }

岐阜県健康福祉部地域医療推進課長

「平成27年度多職種連携アセスメント研修」チーム発表会の開催について（通知）

平素より在宅医療の提供体制の整備並びに在宅医療・介護の連携推進につきましては、格別の御理解とご尽力を賜り、深く感謝申し上げます。

さて、県では単身または重度の要介護者であっても、可能な限り住み慣れた地域での生活を継続できるよう、ケアマネジャーを中心として、在宅サービスに関わる多職種かつ多様な事業所の職員がチームを組んで、ケアのあり方を考える実例を踏まえたケーススタディ型の研修を昨年度に引き続き行ってまいりました。

当研修会は各5圏域で3回シリーズにて実施しておりますが、最終回は、実例として取り上げた利用者に対してチーム構成員がそれぞれの立場をふまえ、利用者の目指す姿を共有しながら検討を重ねた結果を発表する場として、下記のとおり開催することといたしました。

つきましては、ご多用のところ誠に恐縮ですが、貴会より貴会員様へ本研修発表会の周知ご協力についてご高配賜りますとともに、貴会員様にご参加いただきますようよろしくお願いいたします。

記

1 開催日時・場所

地域	開催日時	会場
岐阜地域	2月15日(月) 13:30~16:10	岐阜県庁 大会議室
西濃地域	2月23日(火) 13:30~16:10	大垣市情報工房 セミナー室
中濃地域	1月19日(火) 13:30~16:10	関市わかくさ・プラザ 多目的ホール
東濃地域	1月26日(火) 13:30~16:10	瑞浪市総合文化センター 3階講堂
飛騨地域	2月17日(水) 13:30~16:10	県飛騨総合庁舎 別館3階大会議室

2 参加申し込み・お問い合わせ先

岐阜県居宅介護支援事業協議会

TEL: 058-322-3155

FAX: 058-322-3156

申し込み方法: FAX (別添申込書を「058-322-3156」へ送信してください)

参加料: 無料

※会場によって収容できる人数に限りがございますので、事前申し込みにご協力ください。

3 発表チーム構成メンバー（予定）

地域	主な構成サービス種別
岐阜地域	医師、居宅介護支援、訪問介護、訪問看護、福祉用具貸与 有料老人ホーム等
西濃地域	医師、居宅介護支援、訪問介護、福祉用具貸与、訪問看護 訪問リハビリテーション
中濃地域	医師、訪問看護、居宅介護支援、通所介護、福祉用具貸与 訪問介護
東濃地域	医師、居宅介護支援、通所介護、福祉用具貸与、訪問介護 訪問リハビリテーション
飛騨地域	医師、居宅介護支援、通所介護、訪問介護

※都合により変更になる場合があります。



(参考) 研修参加者の声

- ① 連携をすることでデータを多くとれたり、自分ではわからなかった医学的意見をもらえてケア方法に自信を持つことができた。
- ② 医療関係者を含む顔の見える多職種間の話し合いを行うことで、統一したケアができ問題解決のスピードがあがる。早く解決することで介護する側も利用者側も安心できる。
- ③ 普段は利用者との接点が少ないが、この研修会で利用者の知らない一面をたくさん知ることができた。どのサービス種別でも対等に話し合えるので連携が強化できるし、みんなが信頼しあえるので、今後の利用者へのケアにプラスだと思う。

岐阜県健康福祉部地域医療推進課在宅医療係			
担当係長	馬 渕	担当者	井 藤
TEL : 058-272-8878 (直通)			
FAX : 058-278-2871			
E-mail : <a href="mailto:c11230@pref.gifu.lg.jp">c11230@pref.gifu.lg.jp</a>			

(別紙)

「平成27年度多職種連携アセスメント研修」チーム発表会スケジュール

13:00～	受付
13:30～	開会あいさつ・オリエンテーション 岐阜県地域医療推進課
13:40～	講義 「介護保険制度の方向性について ～多職種連携と私達の専門性発揮～」 岐阜県居宅介護支援事業協議会 会長 立木孝幸氏
14:10～	チームによる事例発表 ～ 多職種連携による利用者Aさんの支援についての実践発表 ～ 今年度チームエントリーのあった連携チーム
14:40～	講義 「多職種連携のコツについて ～ノウハウとタイミング～」
14:55～	休憩
15:05～	演習
15:45～	全体会・まとめ
16:10	閉会

※スケジュールは変更の可能性があります。

岐阜県居宅介護支援事業協議会 宛

FAX番号：058-322-3156

平成27年度

岐阜県多職種連携アセスメント研修会参加申込書

機関・事業所等名：

連絡先TEL：

参加希望地域	参加者氏名	サービス種別

注1：5名を超える場合は、適宜行を追加してください。

注2：参加者多数の場合は人数制限もしくはお断りすることもございますので、ご了承ください。

**※参加希望地域の開催日2日前までに送信ください。**