

紫地推セ第26号
令和元年9月19日

紫波町及び矢巾町に所在する介護保険
事業所並びに地域包括支援センター } の長 様

紫波郡地域包括ケア推進支援センター
所長 岡村 鋭次

令和元年度紫波郡医療介護多職種連携研修会（かかりつけ医認知症 対応力向上研修）・多職種連携情報交流会の開催について

紫波町及び矢巾町の共同設置による当センターの事業実施につきましては、日頃、多大なご支援とご協力を賜り、深く感謝申し上げます。

さて、当センターでは、医療機関と介護事業所等の関係者の円滑な連携、「顔の見える関係」づくりから実践的な多職種連携の構築に向けた支援に取り組んでいるところですが、昨年度に引き続き、岩手県（保健福祉部）から一般社団法人紫波郡医師会が受託した事業の一環として、認知症の発症初期から状況に応じた支援体制の構築を進めるため、認知症の対応力向上研修と併せて情報交流会を別添開催要領のとおり開催することといたしました。

つきましては、ご多忙とは存じますが、関係職員の参加にご配慮くださるようよろしく
お願い申し上げます。

記

1 日 時

令和元年10月23日（水曜日） 18時30分～

①認知症対応力向上研修（18時30分～20時00分）

②情報交流会（20時15分～21時00分）

2 会 場

①認知症対応力向上研修 紫波町役場3階 会議室301

（紫波町紫波中央駅前2-13-1）

②情報交流会 オガールエリア内（軽食付き会場「GIRAFFE」を予定）

3 対象者

紫波町・矢巾町内の医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士、リハビリテーション専門職、心理職、社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、訪問介護員、地域包括支援センター職員等の在宅療養支援関係者

4 申込方法

別紙参加申込書に必要事項を記入の上、令和元年10月11日（金）までにファックス
でお申し込み願います。

【連絡先】

紫波郡地域包括ケア推進支援センター
所長 岡村鋭次 次長 滝村光一

TEL：019-611-1381 FAX：019-611-2071

令和元年度紫波郡医療介護多職種連携研修会
(かかりつけ医認知症対応力向上研修)
・多職種連携情報交流会開催要領

1 目的

適切な認知症診療の知識・技術や認知症の人本人とその家族を支える知識と方法に関する講義、医療・介護の連携や生活支援の取組み等に関する行政説明等の研修を実施し、認知症の発症初期から状況に応じた支援体制の構築を図るとともに、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進するため、連携上の課題と対応について情報交換するなど、「顔の見える関係」づくりから実践的な多職種連携の構築を図る。

2 主催（共催）

一般社団法人紫波郡医師会（岩手県からの事業受託者）
紫波郡地域包括ケア推進支援センター（紫波郡医療介護連携支援センター：通称）
紫波町及び矢巾町（地域包括支援センターを含む。）

3 対象者

紫波町・矢巾町内の医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士、リハビリテーション専門職、心理職、社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、訪問介護員、地域包括支援センター職員等の在宅療養支援関係者
約 60 人（交流会は 30 人程度を予定）

4 日時

令和元年 10 月 23 日（水曜日） 18 時 30 分～
①認知症対応力向上研修（18 時 30 分～20 時 00 分）
②情報交流会（20 時 15 分～21 時 00 分）

5 会場

①認知症対応力向上研修
紫波町役場 3 階 会議室 301
（紫波町紫波中央駅前 2-13-1）
②情報交流会
オガールエリア内（軽食付き会場を予定）

7 内容（予定）

(1) 認知症対応力向上研修

- ・座長 はこぎ脳神経外科クリニック 院長 箱崎 誠司 先生
- ・講演 1 「認知症治療におけるかかりつけ医の役割について（仮題）」
南昌病院 脳神経内科部長 佐藤 典子 先生
- ・講演 2 「認知症の診断と治療について（仮題）」
岩手医科大学医学部内科学講座神経内科・老年科分野
准教授 米澤 久司 先生
- ・情報提供 岩手県基幹型認知症疾患医療センターほか

(2) 情報交流会 (1)の研修終了後、多職種連携情報交流会を開催（参加費 2,000 円）

8 参加申込

別紙参加申込書に必要事項を記入の上、令和元年 10 月 11 日（金）までにファクシミリ（Fax:019-611-2071）で申込むこと。

情報交流会については、会場の都合等により、人数の調整を行う場合があること。

(別紙)

あて先：紫波郡地域包括ケア推進支援センター 行

【FAX：019-611-2071】令和元年 10月11日必着

紫波郡地域包括ケア推進支援センター

令和元年度紫波郡医療介護多職種連携研修会

(かかりつけ医認知症対応力向上研修)・情報交流会

参 加 申 込 書

研修会・情報交流会に下記のとおり参加を申込みます。

事業所名/ 連絡担当者	(連絡担当者：)		
住所等 (連絡先)	〒 _____		
	TEL:	FAX:	E-mail:
参加申込者 (受講者)	職(所属)	氏名	情報交流会
			参加・不参加
			参加・不参加
			参加・不参加

※ 情報交流会の参加費は、当日受付で申受けます。