

岡 医 発 第 333 号  
平成 30 年 11 月 19 日

郡市等医師会長 様

公益社団法人岡山県医師会  
会 長 松山 正春  
(公 印 省 略)

平成 30 年度多職種連携研修会の開催について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より、本会の事業推進につきましましては、格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、岡山県保健福祉部医療推進課長より、標記研修会の開催案内が届きましたのでお知らせいたします。貴会員への周知方よろしくお願いいたします。

記

1. 日 時 平成 31 年 1 月 15 日 (火) 13 : 30 ~ 16 : 00
2. 会 場 ピュアリティまきび 2 階千鳥
3. 内 容 別添「平成 30 年度多職種連携研修会開催要領」のとおり
4. 参加申込 別添「参加申込書」により各自で直接申し込みください。
5. そ の 他 旅費等の支払いはありませんので、ご了承ください。

【問合せ先】

(公社)岡山県医師会 担当 森

TEL:086-250-5111 FAX:086-251-6622

E-mail [chiiki@po.okayama.med.or.jp](mailto:chiiki@po.okayama.med.or.jp)

医推第1074号  
平成30年11月12日

(公社)岡山県医師会長 殿

岡山県保健福祉部医療推進課長  
(公印省略)

平成30年度多職種連携研修会の開催について(通知)

本県の保健福祉行政の推進につきましては、平素より格別の御理解、御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、地域包括ケアシステムを構築するためには、医療・介護等の多職種連携が重要となっています。

そこで、この度、在宅介護・医療連携体制をより一層推進することを目的として、県内における取り組みを共有し、各地域における今後の活動の示唆を得るために、標記研修会を開催します。

つきましては、御多忙のところ誠に恐縮ですが、貴会員への周知方よろしくお願いいたします。

記

- 1 日 時： 平成31年1月15日(火) 13:30~16:00
- 2 会 場： ピュアリティまきび 2階 千鳥  
(住所：岡山市北区下石井2-6-41)
- 3 内容等： 別添「平成30年度多職種連携研修会 開催要領」のとおり
- 4 定 員： 100名
- 5 参加申込： 別紙参加申込書を、12月28日(金)までにメール又はFAXにて御提出ください。
- 6 その他： 旅費等の支払いはありませんので、御了承ください。

【担当】

岡山県保健福祉部医療推進課  
疾病対策推進班 片山、山崎  
TEL：086-226-7321 FAX：086-224-2313  
Mail：ayumi\_katayama@pref.okayama.lg.jp

## 平成30年度多職種連携研修会開催要領

### 1 開催趣旨

医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃瘻等を使用し、痰の吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な医療的ケア児が増加しています。地域で、安心して療養生活を送るためには、在宅医療と介護等の多職種の連携が求められています。

そこで、在宅医療介護連携体制を担う各関係者が、県内の先進的な取組を共有し、今後の活動の示唆を得ることで、地域包括ケアシステムの構築に向けた諸課題の解決を図る。

### 2 日時

平成31年1月15日（火） 13：30～16：00

### 3 会場

ピュアリティまきび 2階 千鳥（岡山市北区下石井2-6-41）

### 4 対象者

医師、薬剤師、介護支援専門員、保健師、看護師、行政職員等で、在宅医療介護連携体制の構築に関係する者

### 5 定員

100名

### 6 主催

岡山県

### 7 内容及びスケジュール

時刻	内 容
13:30～	開会挨拶 <b>【5分】</b>
13:35～	講演 「多職種で支援するとは～現状と取り組み～（仮）」 社会福祉法人 旭川荘 旭川児童院 地域活動支援センター旭川荘（兼）地域療育センター 副所長 本田 順子 氏 <b>【60分】</b>
14:35～	休憩 <b>【5分】</b>
14:40～	情報交換、発表 「各地域での取り組み紹介、自地域で取り組みたいこと」 <b>【情報交換50分、発表15分】</b>
15:45～	まとめ 社会福祉法人 旭川荘 旭川児童院 地域活動支援センター旭川荘（兼）地域療育センター 副所長 本田 順子 氏 <b>【10分】</b>
15:55	閉会

岡山県医療推進課 疾病対策推進班 片山あて(FAX:086-224-2313)

(メール: ayumi\_katayama@pref.okayama.lg.jp)

平成30年12月28日(金) 〆切

多職種連携研修会 参加申込書 <H31.1.15開催>

団体名:

担当者:

TEL:

	所属施設名	所属部署	職名	職種(※)	氏名
(記載例)	〇〇保健所	保健課	主任	事務	〇山 △男
1					
2					
3					
4					
5					

※適宜、行を追加してください。

※職種は医師、薬剤師、保健師、看護師、ケアマネジャー、事務等の御記入をお願いします