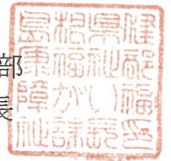


30.8.30

障 第 7 4 5 号
平成30年8月24日

日本精神科病院協会島根県支部 支部長 様
島根県精神保健福祉士会 会長 様
島根県相談支援専門員協会 会長 様
島根県介護支援専門員協会 会長 様
島根県作業療法士会 会長 様

島根県健康福祉部
障がい福祉課長



「精神障がい者地域移行・地域定着支援研修」の開催について（依頼）

県行政の推進につきましては、平素よりご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

県では、障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進めています。

また、入院が長期化しがちな精神障がい者の地域移行を進めるにあたっては、入院医療機関をはじめとした各関係団体の連携のもとに支援体制の構築を進める必要があります。

そこで、各関係団体が共通認識のもとで、より連携を密にしながら支援体制の構築に取り組むことを目的として、別添写しのとおり研修会を開催いたしますので、貴団体会員の皆様にご周知いただきますようお願いいたします。

○お問い合わせ先

島根県健康福祉部障がい福祉課 細田

電話：0852-22-6321

○参加申込について

精神科看護協会島根県支部 事務局

(社会医療法人 松ヶ丘病院内) 山田

電話 (FAX)：0856-25-7340

「精神障がい者地域生活移行・地域定着研修会」

～精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築にむけて～

1、目的：精神障がい者が地域において安定した病状を維持しながら、安心して自分らしく暮らすことができるような地域支援体制の構築を目的とし、精神科医療機関、地域援助事業者、行政等がともに支援体制のあり方を共有できるよう研修会を開催する。

また、多機関、多職種による圏域毎の演習を組み込み、今後、各圏域、市町村において精神科医療機関と地域関係機関等が連携した具体的取組を展開する一助とする。

2、概要

(1) 日時

平成30年10月13日(土) 10:00～16:00

(2) 場所

松江商工会議所 1階 教養文化センター (〒690-0886 松江市母衣55-4)

(3) 主催

島根県/日本精神科看護協会島根県支部(委託)

(4) 対象者

- ・精神科医療機関の医療従事者
- ・関係機関職員 (精神保健福祉士、相談支援専門員、介護支援専門員、作業療法士、訪問看護師等)
- ・保健所及び市町村の担当者 (精神障がい福祉担当課、介護保険担当課、地域包括支援センター等)

(5) 内容

9:30～	受付
9:50～10:00	オリエンテーション
10:00～10:10	あいさつ
10:10～12:10	講演 テーマ:「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築とは」 講師:厚生労働省地域生活支援推進室 吉野 智 障害福祉専門官 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"><ul style="list-style-type: none">・事業の概要(目的、意義)・院内での取組みの好事例・地域の多職種で取組むためのポイント</div>
12:10～13:10	昼食・休憩
13:10～13:30	報告 テーマ:「市町村におけるシステム構築に向けた取組の経過報告」 報告者: 調整中
13:40～15:40	演習 (圏域ごとのグループに分かれて多機関、多職種ワーク) テーマ:「長期入院患者の退院にむけて多機関が連携してできること」 進行:日本精神科看護協会 東 美奈子 業務執行理事
15:40～15:50	まとめ (厚生労働省 地域生活支援推進室 吉野 智 障害福祉専門官)
15:50～	あいさつ

(6) その他

障害福祉サービス報酬における精神障害者支援体制加算対象となる研修です。修了証書が必要な方は、別紙「修了証書の発行について(依頼)」を作成の上、返信用封筒(角形2号封筒に郵便番号・住所・氏名を記載、切手不要)を併せて当日会場にお持ちください。

申し込み及びお問い合わせ先

日精看 島根県支部事務局 山田 智浩宛

TEL・FAX 0856-25-7340 [不在時TEL 0856-22-8711 (松ヶ丘病院)]

〒698-0041 島根県益田市高津四丁目24-10 正光会 松ヶ丘病院内

島根県委託 日精看島根県支部研修会

「精神障がい者地域生活移行・地域定着研修会」 松江会場

参加申込書

申込み締切：平成30年9月28日（金）

施設名：

代表者名：

TEL：

FAX：

No.	ふりがな氏名	会員 ※無料	非会員 ※無料	お弁当 600円
1				要・不要
2				要・不要
3				要・不要
4				要・不要
5				要・不要
6				要・不要
7				要・不要
8				要・不要
9				要・不要
10				要・不要

※お申し込みにより受付とさせていただきますので、当日会場へお越し下さい。

平成 年 月 日

島根県知事様

住所
氏名
電話番号

印

修了証書の発行について（依頼）

このことについて、下記のとおり発行いただきますようお願いいたします。

記

研修名

精神障がいにも対応した地域包括システム構築事業
地域移行関係職員研修（平成30年度）

氏名

生年月日

事業所名