

令和3年8月吉日

一般社団法人山形県理学療法士会

会長 岩井 章洋殿

一般社団法人山形県作業療法士会令和3年度地域ケア会議・総合事業研修会

「自立支援型地域ケア会議の現在とこれから

～精神科疾患の事例を通して自立支援を考える～のご案内

一般社団法人山形県作業療法士会

会長 松木 信

地域包括ケア推進部 奥山 典子

三原 裕子

山崎 卓礼

謹啓 残暑の候、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。平素より県士会活動にご理解とご協力を賜り御礼申し上げます。

さて、この度令和3年度山形県地域包括ケアシステム構築推進事業費補助金を活用し、地域ケア会議総合事業研修会を下記の通り企画いたしました。全市町村で自立支援型地域ケア会議が開催されるようになり数年経過し、さまざまな経験を積む中で改めて対象者の「自立」の気持ちを引き出す支援・介入や、認知症を始めとする精神科疾患を抱える事例（家族含む）への対応の難しさに直面している、との声が聞かれます。昨今「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の国の取り組みが示され、地域ケア会議においても幅広い事例への対応が求められて来ていることから、今回は精神科疾患を持つ事例を通し、多職種の皆様と「自立支援型地域ケア会議」の現状を確認・共有し、自立支援の在り方を考える機会といたたく考えております。また、山形県の今年度事業に関し理解を深めるご講演も予定しています。精神科領域に携わる職種である作業療法士だからこそ、精神科事例を取り上げての研修会を開催する必要性を強く感じております。ご多忙の折とは存じますが、貴会会員様へご周知のうえぜひ多数ご参加くださいますようご案内申し上げます。

謹白

#### 記

日時：令和3年9月26日 日曜日 13時30分～16時（13時15分より入室可）

内容：講演1「仮」山形県における地域包括ケアシステム構築推進の取り組み

～短期集中予防サービス（通所型サービスC）の展開を中心に～

講師：山形県健康福祉部高齢者支援課 地域包括ケア推進主査 紀伊邦彦氏  
グループワーク「精神科疾患を抱える事例の自立支援を考える」

講演2「地域ケア会議の現在とこれから～地域ケア会議における精神科疾患の理解」

講師：一般社団法人日本作業療法士協会副会長

東北文化学園大学リハビリテーション学科 作業療法専攻 教授 香山明美氏

開催方法：Zoom（Web会議ツール）を使用したオンライン研修会

参加費：無料

申し込み方法：別紙参照

以上

### オンライン研修に関する注意・連絡事項

・スマートフォンでの参加も可能ですが、資料閲覧のため PC 等での参加をお勧めします。また、安定した Wi-Fi 環境での接続をお勧めいたします。なお、通信料は自己負担となりますので、ご了承ください。

### 参加申し込み

- ・別紙参加申込書を添付し、メールにて研修担当までお申し込みください。  
メール件名は「9月26日研修会申し込み」としてください。
- \*お申し込み頂いた方には、下記についてメールにてご案内いたします。
  - ・Zoom ID など参加に関する案内 ・連絡事項
- \*研修会関連の連絡確認のため適宜メールチェックをお願いします。
- \*申し込み後数日たってもメール連絡がない場合は、お手数ですが申込先まで電話でお問い合わせください。

申し込み先：山形医療技術専門学校 武田祐児 e-mail : y-takeda@ymisn.ac.jp

電話番号：023-645-1245

申し込み締め切り：令和3年9月17日金曜日

### その他

\*お1人につき1台のパソコン等での参加を原則といたしますが、通信環境等の事情でやむを得ず1台で複数名の参加を希望される場合は申込用紙連絡欄にその旨をご記入ください。その場合 1台2名までの対応とさせていただきます。

研修会全般に関する問合せ先  
社会医療法人二本松会山形さくら町病院 作業療法科 奥山典子  
TEL : 023-631-2321 (作業療法科直通)  
E-mail : y-sagyou@nihonmatsukai.or.jp

一般社団法人山形県作業療法士会

「令和3年度地域ケア会議・総合事業研修会」参加申込書

申し込み先／山形医療技術専門学校 武田祐児 e-mail : y-takeda@ymisn.ac.jp  
電話番号 : 023-645-1245

申し込み先宛のメールに添付してお申し込みください  
メール件名は「9月26日研修会申し込み」としてください

研修日時 令和3年9月26日 日曜日 13:30 ~ 16:00

※申し込み締め切り 令和3年9月17日 金曜日

参加申込者

ご所属

\_\_\_\_\_

お名前

\_\_\_\_\_

職 種

\_\_\_\_\_

ご連絡先

電話番号

\_\_\_\_\_

メールアドレス

(必須)

\_\_\_\_\_

※申し込み後担当よりご連絡いたしますので適宜メールチェックをお願いします

※申し込み後数日してもメール連絡がない場合は、お手数ですが

申し込み先へ電話でお問い合わせください。

研修会に関する連絡事項、

自立の気持ちや意欲を引き出すうえでご苦労されている点、介入が成功したご経験、  
精神科疾患を抱える方への支援についてのご意見、質問などをご記入ください

\_\_\_\_\_