

# 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会

## 「地域包括ケアにおけるあなたの役割を考えましょう」

### 研修会ご案内

【一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会は日本医学会の第109分科会です。そして、プライマリ・ケア認定薬剤師制度は公益社団法人薬剤師認定制度認証機構(CPC)から「特定領域」の認定薬剤師制度としての認証(P-02)を取得いたしております。】

これからの日本の地域医療ビジョンの核となる地域包括ケアシステムは、医療と介護の一体化を目指した世界に類のない試みです。そのシステムの中で私たちはどのような役割を果たすべきなのでしょう。地域包括ケアシステムは地域の環境や人的及び物的資源によって違って来るし、個人の能力や立場によって関わり方が違ってきます。しかし、地域包括システムについて学び、地域の社会資源を知り、その連携・協働方法を知ることで自分の役割や可能性が見えてきます。今回の研修では、地域包括ケアシステムのなんたるかを知り、多職種協働の方法と地域における自分の役割を知ることで、明日からの自分の活動が見えるようになることを目的に、グループワークを行います。本研修会は日本プライマリ・ケア連合学会の地域包括ケア委員会、IPE委員会、多職種協働委員会、生涯学習委員会、プライマリ・ケア薬剤師認定制度委員会の共同企画で開催します。

要 項		
1	主 催	一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会 地域包括ケア委員会 + 生涯学習委員会 + 多職種協働委員会 + IPE委員会 + プライマリ・ケア薬剤師認定制度委員会
2	開催日	平成26年11月3日(月・文化の日)
3	研修会場	㈱白寿生科学研究所本社ビル 2階会議室 〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷 1-37-5 案内図 <a href="http://www.hakujuhall.jp/access/index.html">http://www.hakujuhall.jp/access/index.html</a>
4	認定単位	薬剤師:4単位 (薬剤師にプライマリ・ケア認定薬剤師の認定単位を付与 認定薬剤師の細則による必須領域A,J) 医師:5単位 (医師に日本プライマリ・ケア連合学会認定医・専門医の更新単位を付与)
5	受講資格	薬剤師、医師、看護師、管理栄養士、ケアマネ、関係他職種
6	定員	80名(先着順)
7	受講申込	締切り:平成26年10月20日(月)午後5時 別紙の職種別専用FAX申込書による先着順となり、定員になり次第締切ります。 電話、メールによる申込は受付けておりません。
8	受講振込	申込書を受信後、順次ご入金方法についてご案内させていただきます。 ※ 指定期日にお振込みの確認ができない方は、キャンセル扱いとなりますのでご留意願います。
9	受講料	医師・歯科医師・薬剤師:8,000円、他職種:3,000円(職種により受講料が異なります) ※ 受講票送付後のキャンセル又は欠席の場合、原則として受講料の返金はできません。
10	受講票送付	受講料の振込が確認された受講者には順次、受講票(ハガキ)を送付いたします。 ※ 受講票(ハガキ)を必ず当日ご持参ください。

#### ※受講までの流れ

FAX送信申込 → 受講案内送付(振込) → 入金確認済み → 受講票送付 → 受講票を当日お持ち下さい

\* 申 込 先 \*プライマリ・ケア認定薬剤師短期集中研修会事務局

〒107-0062 東京都港区南青山 5-10-5-904 株式会社ヘルストラスト内

TEL(03)3409-4037 FAX(03)3409-4075

# プログラム

2014年11月3日(月・文化の日)

9:00～	受付
9:20～12:30  休憩を含む	<p>①「地域包括ケアシステムを紐解く」 <b>講師 石橋クリニック 石橋幸滋先生</b> 地域包括ケアシステムの成り立ちからこれからの方向性について、国の基本的な考え方を解説し、今後地域でどのようなケアシステムが構築されようとしているかを医療と介護の両面から解説する。</p> <p>②「多職種協働に必要なコンピテンシー」 <b>講師兼コーディネーター 日本社会事業大学 鶴岡浩樹先生</b> 多職種協働(IPW)に必要なコンピテンシーについて考える。個々の専門職に必要な能力とは何か？チームで問題解決するにはどのような力が必要か？</p>
12:30～13:20	昼食（各自でご持参ください）
13:20～16:30  休憩を含む	<p>③「他職種を知り、自分の役割を考える」 <b>講師兼コーディネーター 日本社会事業大学 鶴岡浩樹先生</b> 他職種の仕事、実はよくわかっていなかった。自分の仕事を他職種に伝えること、これも意外と難しい。まずは模擬 IPW で互いの仕事を理解することから始めよう。</p> <p>④「明日からできる明日から取り組む地域包括ケア」 <b>コーディネーター 石橋クリニック 石橋幸滋先生</b> グループワークを用いて、地域包括ケアにおける自分の役割を考える。それをもとに自分が明日から何ができるか、何をすべきかを考え、そのために必要な環境、資源、戦術などを具体的に検討する。</p>

20分以上の遅刻・早退は原則単位になりませんのでご注意ください。

## 【講師紹介】

石橋 幸滋(医師) 石橋クリニック院長

鶴岡 浩樹(医師) 日本社会事業大学教授 つるかめ診療所

一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会  
**「地域包括ケアにおけるあなたの役割を考えよう」**  
**研修会**

(2014年11月3日文化の日開催)

受講申込書 FAX 送信用紙

FAX 番号 03-3409-4075

宛先: プライマリ・ケア認定薬剤師短期集中研修会事務局

申込月日	平成 年 月 日 ( )			下記の当てはまる□に✓を入れてください	
会 員 認定取得	日本プライマリ・ケア連合学会 プライマリ・ケア認定薬剤師		<input type="checkbox"/> 会員(会員番号 )	<input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 取得済	
フリガナ				2014. 11. 3. (文化の日) <b>薬剤師専用申込書</b>	
氏 名					
所 属	施設名称	所属			
	郵便番号	〒 —			
	住 所				
	電話番号	—	—	FAX 番号	— —
※ 受講案内(振り替用紙)・受講票等を自宅宛に郵送希望の方は、上記の所属欄を記入の上併せて下記欄もご記入ください。					
自 宅	郵便番号	〒 —			
	住 所				
	電話番号	—	—	FAX 番号	— —
通 信 欄					
事 務 局 記 入 欄	受 付	月	日		
	受講案内郵送	月	日		
	受講料納入	月	日		
	受講票送付	月	日		
	キャンセル	月	日		
	(備考)	受講料:8000円			

※ 申込書は必ず1名様ずつ明瞭にご記入をお願いいたします。

一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会  
**「地域包括ケアにおけるあなたの役割を考えよう」**  
**研修会**

(2014年11月3日文化の日開催)

受講申込書 FAX 送信用紙

FAX 番号 03-3409-4075

宛先: プライマリ・ケア認定薬剤師短期集中研修会事務局

申込月日	平成 年 月 日 ( )			下記の当てはまる□に✓を入れてください	
会 員 認定取得	日本プライマリ・ケア連合学会 プライマリ・ケア認定医 家庭医療専門医	<input type="checkbox"/> 会員(会員番号 )	<input type="checkbox"/> 非会員	<input type="checkbox"/> 取得済	<input type="checkbox"/> 取得済
フリガナ 氏 名				2014. 11. 3. (文化の日) 医師・歯科医師専用申込書	
所 属	施設名称	所属			
	郵便番号	〒 —			
	住 所				
	電話番号	— —	FAX 番号	— —	
※ 受講案内(振り替用紙)・受講票等を自宅宛に郵送希望の方は、上記の所属欄を記入の上併せて下記欄もご記入ください。					
自 宅	郵便番号	〒 —			
	住 所				
	電話番号	— —	FAX 番号	— —	
通 信 欄					
事 務 局 記 入 欄	受 付	月	日		
	受講案内郵送	月	日		
	受講料納入	月	日		
	受講票送付	月	日		
	キャンセル	月	日		
	(備考) 受講料 8000 円				

※ 申込書は必ず1名様ずつ明瞭にご記入をお願いいたします。

一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会  
**「地域包括ケアにおけるあなたの役割を考えよう」**  
**研修会**

(2014年11月3日文化の日開催)

受講申込書 FAX 送信用紙

FAX 番号 03-3409-4075

宛先: プライマリ・ケア認定薬剤師短期集中研修会事務局

申込月日	平成 年 月 日 ( )			下記の当てはまる□に✓を入れてください	
会 員 職 種	日本プライマリ・ケア連合学会		□会員(会員番号 )		□非会員
職種名記入(具体的に正式名称でご記入ください):					
フリガナ					2014. 11. 3. (文化の日) <b>他職種専用申込書</b>
氏 名					
所 属	施設名称	所属			
	郵便番号	〒 —			
	住 所				
	電話番号	— —	FAX 番号	— —	
※ 受講案内(振り替用紙)・受講票等を自宅宛に郵送希望の方は、上記の所属欄を記入の上併せて下記欄もご記入ください。					
自 宅	郵便番号	〒 —			
	住 所				
	電話番号	— —	FAX 番号	— —	
通 信 欄					
事 務 局 記 入 欄	受 付	月	日		
	受講案内郵送	月	日		
	受講料納入	月	日		
	受講票送付	月	日		
	キャンセル	月	日		
	(備考)	受講料 3000 円			

申込書は必ず1名様ずつ明瞭にご記入をお願いいたします。