

関係機関の長 様

岩手県精神保健福祉センター所長

令和 6 年度 地域ケア検討会（6 月～9 月）の実施について

当センター業務の推進につきましては、日頃から御協力をいただき感謝申し上げます。

さて、当センターでは、事例を通し、相談担当者のアセスメントや相談技術の向上を図ること等を目的として、別添要領により「地域ケア検討会」を実施しています。

なお、コロナ禍の収束に伴い、従来どおり参集型の検討会形式での開催のみとなります。ZOOM での配信は行いませんので、お間違えのないよう、よろしくお願いたします。

6 月～9 月は、下記日程で実施いたしますので、関係職員の出席について御配慮くださいますよう、お願いたします。

記

1 日時

6 月 6 日（木） 14：00～16：00	・ミニレクチャー 精神疾患の理解と対応の基礎① 「精神科診療の基礎」 ・事例検討 1 事例	岩手医科大学附属病院 精神科医師 福本 健太郎先生
7 月 25 日（木） 14：00～16：00	・ミニレクチャー精神疾患の理解と対応の基礎② 「発達障害」 ・事例検討 1 事例	
9 月 19 日（木） 14：00～16：00	・ミニレクチャー 精神疾患の理解と対応の基礎③ 「統合失調症」 ・事例検討 1 事例	

※ミニレクチャーの疾患名と検討する事例に関連はありません

2 場所

岩手県福祉総合相談センター 4 階 大会議室

3 参加対象者

精神保健福祉に関する相談対応に従事している方で、事例提出を希望する方、又は事例検討への参加を希望する方

4 申込み

- ・会場での検討会参加希望者は、別紙 1 参加申込書により、検討会 2 週間前までに申込みこと。
- ・事例提出を希望する方は、別紙「事例提出様式 2」に記入し、検討会 2 週間前までに、担当者宛てにメールにて提出すること。

担当 岩手県精神保健福祉センター
高橋・山田
Tel 019-629-9617 Fax 019-629-9603
Mail CC0030@pref.iwate.jp

令和6年度 地域ケア検討会実施要領

1 目的

事例を通し、相談担当者のアセスメントや相談技術の向上を図るとともに、地域の課題を把握し、関係機関の連携や支援ネットワークの強化を促進することにより、地域のケアマネジメント能力の向上を図ることを目的として実施する。

2 主催

岩手県精神保健福祉センター

3 参加対象者

精神保健福祉に関する相談対応に従事している方で、事例提出を希望する方又は事例検討への参加を希望する方

4 実施期間及び場所

- (1) 実施期間：令和6年6月～令和7年2月（別紙予定表のとおり）
- (2) 場 所：岩手県福祉総合相談センター 大会議室

5 内容

1 オリエンテーション	ファシリテーター
2 ミニレクチャー（精神疾患の理解と対応の基礎）	助言者等
3 事例検討（1事例60～90分） ① 事例概要、検討事項の説明 ② 質問による事例理解の促進、事例の要約 ③ 支援方法の検討、支援計画・モニタリング時期の確認	事例提供者 全員 全員
4 まとめ	助言者

*ファシリテーター（進行）・サブファシリテーター（板書）は、当センター職員が輪番にて行う。

6 助言者

精神保健福祉分野における高度な専門性を有する者に助言を依頼する。

7 検討事例の決定

- (1) 保健所、市町村、相談機関等から、以下のような事例を募集する。
 - ・対応や助言内容に不安や迷いを感じている事例
 - ・地域で対応方法を共有したい事例
 - ・継続した相談対応や支援を行っている事例で、処遇方法を検討したい事例
- (2) 事例提出を希望する方は、別紙「事例提出様式2」に記入し、検討会2週間前までに、当センター担当者宛て、メールにて提出する。
- (3) 多数の事例提出があった際は、当センターにて、検討事例を選定する。

8 その他

- ・その他、必要な事項は別に定める。

令和6年度 地域ケア検討会 予定表

R6.4.4

開催日時	テーマ・概要（予定）	講師	会場	対象者
6月6日（木） 14:00～16:00	地域ケア検討会① ・ミニレクチャー「精神科診療の基礎」 ・事例検討 1事例	岩手医科大学附属病院 精神科医師 福本 健太郎 先生	岩手県福祉総合 相談センター 4階 大会議室	精神保健福祉に 関する相談対応 従事者
7月25日（木） 14:00～16:00	地域ケア検討会② ・ミニレクチャー「発達障害」 ・事例検討 1事例			
9月19日（木） 14:00～16:00	地域ケア検討会③ ・ミニレクチャー「統合失調症」 ・事例検討 1事例			
11月28日（木） 14:00～16:00	地域ケア検討会④ ・ミニレクチャー「認知症」 ・事例検討 1事例			
1月16日（木） 14:00～16:00	地域ケア検討会⑤ ・ミニレクチャー「気分障害」 ・事例検討 1事例			
2月27日（木） 14:00～16:00	地域ケア検討会⑥ ・ミニレクチャー「依存症」 ・事例検討 1事例			

岩手県精神保健福祉センター（地域ケア検討会担当）あて

（ Mail : CC0030@pref.iwate.jp ）

所 属 _____

申込担当者氏名 _____

連絡先 (TEL) _____

令和 6 年度 地域ケア検討会 会場での参加申込書

(6/6・7/25・9/19) *参加ご希望日に○をつけて下さい。

職名	氏名	参加の動機
職種		(あてはまる項目全てに○をつけてください)
		ア 事例のアセスメントや相談技術について学びたい イ 関係機関との連携や役割分担について学びたい ウ 事例検討の進め方について学びたい エ 検討したい事例がある オ その他 ()
		ア 事例のアセスメントや相談技術について学びたい イ 関係機関との連携や役割分担について学びたい ウ 事例検討の進め方について学びたい エ 検討したい事例がある オ その他 ()
		ア 事例のアセスメントや相談技術について学びたい イ 関係機関との連携や役割分担について学びたい ウ 事例検討の進め方について学びたい エ 検討したい事例がある オ その他 ()
		ア 事例のアセスメントや相談技術について学びたい イ 関係機関との連携や役割分担について学びたい ウ 事例検討の進め方について学びたい エ 検討したい事例がある オ その他 ()

*各回の 2 週間前までに申し込み願います。

*当センターからの研修案内等をメール送信できる所属機関アドレスがございましたらご記入ください。

所属機関メールアドレス : _____

検討ケースの概要

(年 月 日現在)

検討の目的			
氏名 (仁シヤル)	さん (男・女)	住 所	市 町
年齢	歳	現在、利用 中の制 度・サービ ス・機関等	・ ・ ・ ・
障害手帳	身体・知的・精神 級 介護認定又は障害認定区分 :		
治療中の病気 *身体疾患も記 載すること	病名 () 医療機関名 ()		
ご本人の 主訴・希望			
経過概略 (生育歴、職歴、 治療歴、相談歴等 に関すること)		家族構成	
		家族の 特記事項等	
		経済状況 その他	
	精神病の場合：発症 (歳頃) 入退院 (回) 最終入退院 (年 月～ 年 月)	自殺の リスク	<input type="checkbox"/> 自殺念慮 <input type="checkbox"/> 自殺の計画性 <input type="checkbox"/> 過去の自殺未遂・自傷歴
担当者の 所見・見立て(現 時点でのアセス メント)			現時点で の生活等 の支援の 方向(案)

(担当者所属 :

氏名 :)