

地域リハ発第18号  
令和5年2月22日

関係団体長様

熊本地域リハビリテーション支援協議会  
会長 福田 稷  
(公印省略)

令和4年度 熊本県地域リハビリテーション支援センター研修会  
の開催について(ご案内)

平素より、皆様方には地域リハビリテーション支援体制の向上、発展にご尽力頂き心から感謝申し上げます。

さて、本協議会では、地域リハビリテーション事業を推進するため標記研修会を下記のとおり開催することにいたしました。

今回は、「地域包括ケアシステムを2025年に向けてどのようにまとめ上げていくのか」をテーマに熊本県よりご講演の後、広域リハビリテーション支援センターより各地域の取組み発表を予定しております。

つきましては、ご多忙のところ大変恐縮ですが、貴会員への周知についてご高配の程よろしくお願い申し上げます。

なお、本件については、熊本地域リハビリテーション協議会ホームページ並びに熊本県医師会ホームページ「講演会のご案内」に掲載いたします。

#### 記

1. 日 時 : 令和5年3月22日(水) 19:00~20:45
2. 場 所 : 熊本県医師会館 2階大ホール (ハイブリッド方式)  
(熊本市中央区花畑町1-13 TEL096-354-3838)
3. 開催内容 : 別紙ご案内のとおり
4. 参加費 : 無料

熊本地域リハビリテーション支援協議会事務局  
(熊本県医師会業務Ⅱ課) 担当: 山下  
〒860-0806 熊本市中央区花畑町1番13号  
TEL 096-354-3838 FAX 096-322-6429  
E-mail:yamashita-office@kumamoto.med.or.jp

## 令和4年度 熊本県地域リハビリテーション支援センター研修会のご案内

<日本医師会生涯教育講座 1.5 単位：カリキュラムコード 13 医療と介護および福祉の連携 1.0 単位、12 地域医療 0.5 単位>

謹啓 立春の候、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、地域リハビリテーション事業の推進にご尽力を賜り誠にありがとうございます。

さて、熊本県地域リハビリテーション支援センターでは、令和4年度研修会を下記のとおり開催いたしますのでご案内申し上げます。

つきましては、参加ご希望の方は下記申込方法をご確認の上、お申込み頂きますようよろしくお願い申し上げます。

敬 具

令和5年2月

熊本地域リハビリテーション支援協議会長 福 田 稠

関係各位

### 記

1. 日 時：令和5年3月22日（水）午後7時00分～午後8時45分
2. 場 所：熊本県医師会館 2階大ホール（ハイブリッド方式）
3. 研 修 会：テーマ「“地域包括ケアシステムを2025年に向けて  
どのようにまとめ上げていくのか”」

講演（30分）

「第8期熊本県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画の概要と進捗について  
～地域リハビリテーションに期待すること～」

熊本県健康福祉部

シンポジウム（60分）

【テーマ】「地域包括ケアシステムを2025年に向けてどのようにまとめ上げていくのか」  
～with コロナ 密着リハや包括との連携 今後の地域づくり～

1) 地域リハビリテーション広域支援センターより（30分／各8分）

- ①阿蘇地域リハビリテーション広域支援センター／阿蘇温泉病院 林 寿恵 氏
- ②宇城地域リハビリテーション広域支援センター／済生会みすみ病院 五十嵐稔浩 氏
- ③熊本地域リハビリテーション広域支援センター／青磁野リハビリテーション病院 徳丸由美子 氏

2) ディスカッション（30分）

4. 申込方法：原則、E-メールにて受付いたします。

- ①件名「3月22日 地域リハビリテーション支援センター研修会（座学 or オンライン）」
- ②施設名（連絡先）、③氏名（ふりがな）④職種、⑤招待 URL 送信用 E-メールアドレス（申込受付後、このアドレスに返信いたします）

を記載の上、下記の申込先アドレス宛に E-メールにて送信下さい。受付確認後、⑤に記載のアドレスに受付メールをお送りいたします。3月20日（月）までに受付メールが届かない場合は、6. 問合せ先にご連絡ください。

申込先：[miyamoto-office@kumamoto.med.or.jp](mailto:miyamoto-office@kumamoto.med.or.jp)

5. 申込締切：令和5年3月17日（金）

6. 問い合わせ先：熊本県医師会業務Ⅱ課 [TEL:096-354-3838](tel:096-354-3838)

※座学形式（県医会場）で受講される方でメールでの申込が不可能な方は、本紙に上記②～④を記載の上、FAX（096-355-6507）にて送信下さい。

<座学形式受講者・FAXの方>

① 3月22日 地域リハビリテーション支援センター研修会参加申込（座学形式）

② \_\_\_\_\_ (TEL \_\_\_\_\_) ③ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) ④ \_\_\_\_\_