

住民と専門職が共同で築く

第1回地域共同ケア全国セミナー

in鳥取

2013年1月26日(土)

会場:鳥取県民ふれあい会館

(〒680-0846 鳥取県鳥取市扇町21番地)

参加費 3,500円

定員 300人(先着順)

主催 特定非営利活動法人 全国コミュニティライフサポートセンター

Supported by  日本 THE NIPPON
財団 FOUNDATION

「介護の社会化」を目指して2000年に介護保険制度が施行されて以降、要介護高齢者への支援は、介護保険サービスで専門職が行うものという理解が定着しました。その一方で、要介護者とサービスがつながった途端、それまで声かけやおすそ分けなど日常のなかで支え合ってきた近所は、「専門職が来てくれたのでもう安心」となって、支え合う関係が崩れてしまうという現実があります。さらには、「自宅を訪ねたけれど、今日はデイサービスで留守だった」とか「ホームヘルパー車が玄関先に止まっていたので訪問を遠慮した」など、介護保険サービスを利用することで日常的なつながりが希薄になったという事例は枚挙に暇がありません。

こうした反省にたつて、支援が必要になっても、地域のなかで、可能な限りそれまでと同じような暮らしを続けるためには、本人(や家族)を中心に、ご近所や友人、地域ボランティアなどによる支え合い活動や制度外の有償サービスの提供などのほか、商店や交通機関、医療機関など地域にあるさまざまな資源にも参加していただき、それを取り巻くように専門職による制度サービスも一緒になって支え合うような地域の協同性にもとづく多様な協働活動が全国に広がっています。こうした取り組みを、このセミナーでは「地域共同ケア」と名づけています。

このセミナーは、全国の先進事例とともに、鳥取県内の取り組み事例を題材に、地域共同ケアの意味を明らかにするとともに、可能性や課題について、実践者、研究者、自治体職員が一緒になって議論することを目的に、開催します。

専門職や制度サービスだけにゆだねない、地域みんなで支え合う新たなケアのあり方を探るこのセミナーに、ぜひ、ご参加ください!

プログラム

10:00~10:30	受付
10:30~10:40	開会
10:40~11:40	基調講演 「住民と専門職が共同した地域での支え方—支え合い活動から介護まで」 神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 教授 藤井 博志
11:40~12:20	行政説明 「住民と専門職が共同して築く地域福祉の方向と施策」 厚生労働省 社会・援護局総務課 課長 古都 賢一
12:20~13:20	昼食休憩
13:20~13:40	行政説明 「とっとり支え愛とは」 鳥取県福祉保健部 長寿社会課 課長 日野 力
13:40~15:00	ディスカッション 「とっとり支え愛の実際」 ●パネラー いくのさん家 副代表 竹本 匡吾 鳥取大学地域学部 准教授 竹川 俊夫 鳥取市福祉保健部 次長兼高齢社会課 課長 中島 陽一 鳥取県福祉保健部 長寿社会課 課長 日野 力 ●コーディネーター 日本福祉大学社会福祉学部 教授 平野 隆之
15:00~15:15	休憩
15:15~16:45	最終セッション 「住民と専門職が共同して築く福祉の実際と今後の方向」 ●パネラー 国見・千代田のより処ひなたぼっこ 石巻・開成のより処あがらいん(宮城県) 理事長 池田 昌弘 全国コミュニティライフサポートセンター 代表 鈴木 恵子 ボランティアグループ すずの会(神奈川県) 地域福祉係 吉田 瑞穂 中津市社会福祉協議会(大分県) 課長 古都 賢一 ●サポーター 厚生労働省 社会・援護局総務課 教授 藤井 博志 ●コーディネーター 神戸学院大学 総合リハビリテーション学部
16:45~16:50	閉会



お申込の手順

- 参加をご希望の方は、下記の参加申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送にてお申し込みください。
- 参加費を右記郵便口座にお振込みください。
- 参加費の振り込みを確認し次第、参加票をお送りいたします。
セミナー当日は、参加票をご持参ください。

お申し込み・お問い合わせ

全国コミュニティライフサポートセンター(CLC) / 担当: 島田・田村
〒981-0932 宮城県仙台市青葉区木町16-30 シンエイ木町ビル1階
TEL:022-727-8730

お振込先

- ゆうちょ銀行振替口座の場合
口座記号・番号:02260-9-46303
加入者名:全国コミュニティライフサポートセンター
※お近くのゆうちょ銀行、または郵便局の貯金窓口をご利用ください。

※FAX番号の間違いにご注意願います

FAX 022-727-8737

第1回地域共同ケア全国セミナー in鳥取 参加申込書

全国コミュニティライフサポートセンター(CLC)あて

申込者		団体名	
所在地	〒	(自宅・職場)	TEL
			FAX
お名前	役職	お名前	役職
①		③	
②		④	