

北海道薬剤師会と北海道病院薬剤師会の合同研修会の共同開催について

北海道薬剤師会と北海道病院薬剤師会では下記のように11回目の合同研修会を開催いたします。連携強化は、良質な医療を提供するためにも必要不可欠なものです。各地域における取り組みから地域連携の必要性があらためて理解できるものと思いますので、皆様のご参加をお願いします。

北海道薬業連携シンポジウム 2019

日時：令和元年12月15日（日曜日） 13:00～17:00
場所：札幌医科大学臨床教育研究棟 講堂
札幌市中央区南1条西16丁目 TEL：011-611-2111
主催：（一社）北海道薬剤師会、（一社）北海道病院薬剤師会
共催：（一社）札幌薬剤師会、札幌病院薬剤師会
会費：無料

テーマ：シームレスな多職種連携の実践

■開会挨拶 13:00～13:05

【報告】 13:05～13:15

1. 薬業連携の推進に向けた北海道薬剤師会と北海道病院薬剤師会の活動
北海道薬剤師会病診委員会委員 北海道社会事業協会小樽病院 谷岡 哲

【発表】 13:15～15:05

1. 「在宅事例からみえる課題と薬業連携の取り組みの紹介-保険薬局の立場から-」
あしりべつ薬局 薬剤師 大瀬戸 翔大 先生
2. 「ケアマネジャーと薬剤師の有効な連携について ～現状と今後の展望～」
医療法人尚仁会 居宅介護支援事業所「しんえい」所長 橋本 恭尚 先生
3. 「訪問看護ステーションと薬剤師の連携」
医療法人尚仁会 訪問看護ステーション「しんえい」所長 長谷川 健 先生
4. 「連携のきっかけ作り、病院薬剤師がすべきこと -実際の業務をもとに-」
医療法人尚仁会 真栄病院 薬剤科 科長 五十君 篤哉 先生
5. 「介護医療院の創設と介護保険施設における薬剤師との連携」
医療法人尚仁会 介護医療院しんえいの社 副施設長 藤井 謙一 先生

■休憩 15:05～15:15

【特別講演】 15:15～16:15

特別講演

「病気を治す医療から生活を支える医療へ
～地域と共に実現する地域包括ケアについて～」

医療法人尚仁会 真栄病院 理事長・院長 小笠原 俊夫 先生

■休憩 16:15～16:25

【総合ディスカッション】 16:25～16:55

シンポジスト（6名）

■閉会挨拶 16:55～17:00

関係各位

「北海道薬業連携シンポジウム 2019」開催のご案内

一般社団法人北海道薬剤師会と一般社団法人北海道病院薬剤師会が共催する「北海道薬業連携シンポジウム 2019」が、12月15日（日）に札幌医科大学臨床教育研究棟 講堂におきまして開催されます。

11回目を迎える今回は、「シームレスな多職種連携の実践」をテーマに、札幌市清田区において多職種連携により地域医療を実践されている病院薬剤師、保険薬局薬剤師に加えて、訪問看護ステーション、介護医療院、居宅介護支援事業所の各管理者の先生をお迎えしたシンポジウムを企画いたしました。

また、特別講演として医療法人尚仁会 真栄病院 理事長・院長の小笠原 俊夫先生を講師にお招きしております。小笠原先生からは、これまで地域医療に携わってこられた経験や札幌市医師会の地域包括ケア推進委員会の委員という立場から多職種連携の中で薬剤師に期待することなど、先生のお考えを伺えるものと考えております。

今回は、各講師の先生に実際に経験された効果的な多職種連携の事例やその中で見えてきた薬剤師との連携の必要性についてご講演いただきます。今後、地域包括ケアシステムの運用にあたり、病院薬剤師と保険薬局薬剤師との更なる連携の推進並びに多職種との連携は重要な課題と考えております。在宅医療や多職種連携について理解を深めたい先生には日常業務に役立つお話が聞けると思います。

年末のご多忙の時期とは存じますが、奮ってご参加いただきますようご案内申し上げます。

令和元年 10月吉日

一般社団法人北海道薬剤師会 担当副会長 山田英俊

一般社団法人北海道病院薬剤師会 担当副会長 遠藤 泰

北海道薬業連携シンポジウム 2019 参加申し込み用紙

送付先：北海道薬剤師会 病診委員会 係

FAX 番号：011-831-6133

電話番号：011-811-0184

申し込み期限：令和元年 12月6日（金）まで

※（公財）日本薬剤師研修センターの集合研修 2 単位、（一社）日本病院薬剤師会病院薬学認定薬剤師制度 2 単位の受講シールを配付予定です。

当日、いずれか一方の受講シールを選択して下さい。（重複交付はできません）

また、日本薬剤師研修センターのシールをご希望の先生は薬剤師名簿登録番号を申込時にご記入ください。日本薬剤師研修センターより、研修認定薬剤師制度の適正な運用のため、研修受講シールを配付した受講者の名簿の提出が求められております。同センターに、受講申込に係る個人情報を提供することについてご了承のほどお願いいたします。

※ 定員になりましたら参加申込み受付を終了させていただきます。

勤務先

住所

TEL：（ ） —

FAX：（ ） —

※日本薬剤師研修センターのシールをご希望の先生は薬剤師名簿登録番号を必ずご記入ください。

ふりがな：

氏名

薬剤師名簿登録番号：
