



令和6年9月10日

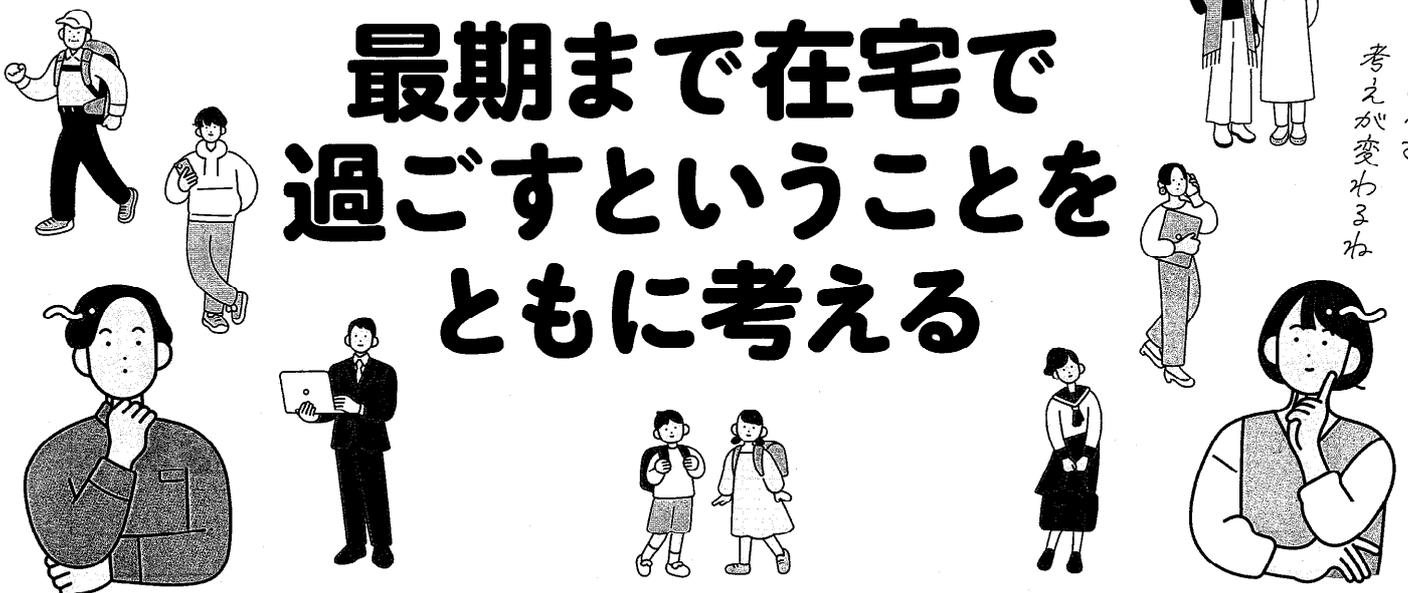
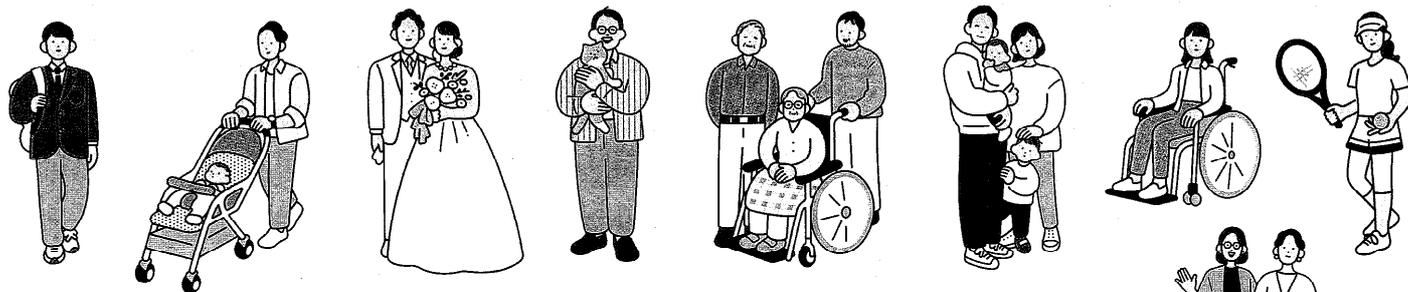
午前10時00分

**在宅医療・介護連携市民フォーラムを開催します**

医療と介護の両方が必要な状態となっても住み慣れた地域で暮らしていけるよう、在宅医療と介護の連携について考えるフォーラムを次のとおり開催します。

- 1 日時 11月2日(土) 午後1時30分～4時
- 2 場所 一関文化センター 中ホール (大手町2-16)
- 3 主催 一関市、一関市医療と介護の連携連絡会
- 4 テーマ 最期まで在宅で過ごすということをとともに考える
- 5 内容 (1) 基調講演  
【講師】 岩手県医師会人生最終段階の医療をかかりつけ医とともに考える委員会ワーキンググループ委員長  
岩手医科大学 緩和医療学科 特任教授 木村祐輔  
(2) パネルディスカッション  
【パネリスト】 一関市成年後見支援センター  
一関市消防本部消防課  
一関西部居宅介護支援事業所協議会  
【助言者】 岩手医科大学 緩和医療学科 特任教授 木村祐輔  
【座長】 一関市医療と介護の連携連絡会 幹事長 長澤茂
- 6 参加料 無料。どなたでも参加できますが、事前の申し込みが必要です。
- 7 申し込み 10月25日(金)までにチラシに記載の二次元コードからオンラインで、または申込書をFAX(21-4656)により申し込んでください。

問い合わせ先 一関市役所  
〒021-0026 岩手県一関市山目字前田13-1 一関保健センター内  
健康こども部健康づくり課地域医療係 主任主事 高橋  
電話:(0191)21-2160 (ダイヤル)  
FAX:(0191)21-4656  
メールアドレス:hokesen@city.ichinoseki.iwate.jp



# 最期まで在宅で 過ごすということ とともに考える

日時 2024年 11月2日土 13:30~16:00 開場 13:00

会場 一関文化センター 中ホール 入場無料 定員 300名(申込先着順)

基調講演 13:40~14:40 [60分]

### 講師

岩手県医師会人生最終段階の医療をかりつけ医とともに考える委員会ワーキンググループ委員長

岩手医科大学 緩和医療学科 特任教授

木村 祐輔 氏

### 職歴

1994年5月 岩手医科大学第一外科入局  
2002年10月 岩手医科大学 救急センター助手  
2005年10月 岩手医科大学 外科学講座助手 食道グループチーフ  
2007年7月 岩手医科大学附属病院 緩和ケアチームリーダー  
2009年4月 岩手医科大学 外科学講座 講師  
岩手医科大学附属病院 緩和ケアチーム 室長  
2014年1月~ 岩手医科大学 緩和医療学科 特任教授  
2018年4月~ 岩手医科大学高度看護研修センター センター長  
2019年9月~ 岩手医科大学附属病院 緩和ケアセンター センター長



## パネルディスカッション

14:50~16:00 [70分]

### 一関市成年後見支援センター

・成年後見制度の概要 ・一関市成年後見支援センターの取組

### 一関市消防本部消防課

・心肺蘇生を望まない方への救急隊の活動

### 一関西部居宅介護支援事業所協議会

・在宅での看取り支援の実際

### パネリスト

#### 助言者

岩手医科大学 緩和医療学科特任教授 木村祐輔 氏

#### 座長

一関市医療と介護の連携連絡会幹事長 長澤 茂

### お申し込み方法

FAXとオンラインで受け付けています。詳しくは裏面をご確認ください。

お願い：会場の駐車場には限りがあります。なるべく公共交通機関または会場付近の駐車場などご利用ください。

参加に当たっては、マスクの着用・咳エチケットの励行など感染予防対策にご協力ください。

主催：

一関市・一関市医療と介護の連携連絡会

このチラシは厚生労働省作成のポスターを一部加工しています

問い合わせ先：一関市健康子ども部健康づくり課地域医療係

TEL 0191-21-2160 FAX 0191-21-4656

〒021-0026 一関市山目字前田 13-1 一関保健センター内

# 最期まで在宅で過ごすということ とともに考える

## 参加申込書

●日時/2024年11月2日(土) 13:30~16:00 ●会場/一関文化センター 中ホール  
この申込用紙か申込フォームに必要事項をご記入の上、お申し込みください。

申し込み締め切り **10月25日(金)** ※定員になった場合は締め切ります

### ファックスでお申し込みの場合

この申込用紙に必要事項をご記入の上、宛先までお送りください。

宛先 **一関市 健康づくり課**  
**FAX 0191-21-4656**

### フォームから お申し込みの場合

右の二次元バーコードより  
お申し込みください。



参加者(代表)	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者
	連絡先 電話番号	連絡先 FAX番号	<input type="checkbox"/> 介護福祉関係者	<input type="checkbox"/> 行政の方

複数名でお申し込みされる場合は、以下にご記入ください。

参加者(代表以外)	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者
	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 介護福祉関係者	<input type="checkbox"/> 行政の方
	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者
	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 介護福祉関係者	<input type="checkbox"/> 行政の方

講師の方にご質問があれば、ご記入ください。

※ 参加申し込みされた方の氏名や電話番号などの個人情報は、個人情報の保護に関する法律に基づき取り扱います。  
※ 参加申し込みされた皆様(複数名で申込の場合は代表者様)に、開催中止や変更などのご連絡をする場合があります。