

平成18年度 子どもの健康支援ネットワークづくり研修会 開催要項

1 趣 旨

近年、児童生徒の新たな健康問題として、保健室登校、性の逸脱行動、アレルギー疾患、感染症等の増加・深刻化が指摘されている。これらの健康問題に適切に対応するためには、身近な地域の専門家等と連携し、学校保健活動を一層充実させることが重要である。このため、学校と地域が一体となった研修を行うことにより、学校・地域保健の連携強化及び地域に根ざしたネットワークづくりの機会とする。

2 主 催 山口県教育委員会 学校・地域保健連携推進連絡協議会

3 共 催 岩国市教育委員会 周南市教育委員会 山口市教育委員会
宇部市教育委員会 下関市教育委員会 萩市教育委員会

4 期 日 ・ 会 場

宇部	平成18年	7月27日(木)	ときわ湖水ホール
萩	平成18年	8月10日(木)	萩市民館
岩国	平成18年	9月14日(木)	岩国総合庁舎
周南	平成18年	9月28日(木)	周南総合庁舎
山口	平成18年	10月12日(木)	山口県総合保健会館
下関	平成18年	10月19日(木)	菊川ふれあい会館

旧教育事務所管内別としているが、公務の都合等で開催日に参加ができない場合は他管内の参加も可能です。

5 対 象

各会場 約50人程度

学校関係者(管理職、教諭、養護教諭、学校栄養職員、
学校医、学校歯科医、学校薬剤師、PTA等)
医師、臨床心理士、精神保健福祉士、保健師、助産師、
児童相談所職員、学校保健担当行政職員、その他

申込みが対象者数を越える場合は、お断りする場合がありますので、御了承ください。

6 日程

9:40 10:10 10:40 12:00 13:00 14:45 15:00 15:50 16:00

受付	開所 会管 行説 事明	専門家との対談 ～連携あれこれ～	昼 食 休 憩	ワークショップ ～地元ネットワー クづくり～	休 憩	まとめ	閉 会 行 事
----	----------------------	---------------------	------------------	------------------------------	--------	-----	------------------

7 参加申込み

- (1) 参加希望者は、別紙申込書により、公立小・中学校においては、市町教育委員会で取りまとめの上、その他の学校においては直接教育庁学校安全・体育課へ、お申込みください。(FAX、メール可)
- (2) 研修会の円滑な進行のために、事前のアンケートを添付しておりますので、可能な範囲で記入いただき、申込みの際にあわせて提出してください。

8 申込期限

会場・開催日		締切日
1 宇部	7月27日	7月13日(木)
2 萩	8月10日	7月19日(水)
3 岩国	9月14日	
4 周南	9月28日	9月7日(木)
5 山口	10月12日	
6 下関	10月19日	

9 申込先

学校地域保健連携推進事業連絡協議会事務局

山口県教育庁学校安全・体育課 こども元気づくり班 担当 小田

住所：〒753-8501 山口市滝町1-1
TEL：083-933-4685
FAX：083-922-8737
E-mail：oda.mieko@pref.yamaguchi.lg.jp

10 その他

昼食希望の方は、700円程度で幹旋しますので、申込書に 印をご記入ください。

平成18年度 子どもの健康支援ネットワークづくり研修会参加申込書

第1回目申込み

7月13日 1 宇部地区

第2回目申込み

7月19日 2 萩地区 3 岩国地区

第3回目申込み

9月7日 4 周南地区 5 山口地区 6 下関地区

【 教育委員会、 県立、 国立、 私立、 その他 】

	所 属	職 名	氏 名	参加地区 番号記入	昼食希望 ×
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

参加地区番号

1 宇部地区 2 萩地区 3 岩国地区
4 周南地区 5 山口地区 6 下関地区

連携についてのアンケート

これまで、子どもの健康問題について大なり小なり、様々な方と連携をとられた経験があたりだと思いますが、「こんなときは誰に相談したらいいのだろう」「課題をどう解決したらよいのだろう」と、連携について悩んでおられることはありませんか？自分一人で考えていたことを、みんなで共有してみませんか。簡単で結構ですので、ご記入ください。

このアンケートは会を進める上での参考とさせていただきます、名前等は公表いたしません。申込書と一緒にご提出ください。よろしくお願いいたします。

所属 _____ 職名 _____ 氏名 _____

あなたが日頃困っている子どもの健康問題、あるいは地域の健康課題は何でしょうか？
(いくつでも可)

その問題を解決するために、どこかと連携をとっていますか？または、これからどこと連携をとりたいですか？

連携している

連携先に をし、該当がない場合はその他にご記入ください。

- ・ 医師 ・ 臨床心理士 ・ 精神保健福祉士 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 児童相談所
- ・ 学校医 ・ 学校歯科医 ・ 学校薬剤師 ・ 学校栄養職員 ・ 養護教諭
- ・ その他 (_____)

連携していない、もしくは、連携しているが他の機関も考えている

所属地域において、今後どんな連携の内容で、どんな方を求めていますか。

(_____)

現在、執務上で、連携について困っていることや課題があれば60字以内でご記入ください。

あなたの地域における連携についての課題もしくは足りないものがあればそれは何だと思われますか？

ありがとうございました。