

第45回ご案内

～ “顔の見える関係” から “手をつなぎ合える関係” をめざして



ことう地域チームケア研究会

【日時】2020年9月10日(木)18:30～20:30

くすのきセンター3階

【開催方法】Web研修(ZOOMを使用) (*「会場参加」もできます)

*Web参加が難しい場合は、くすのきセンターで参加していただくことも可能です。
会場は人数制限を設けますので、必ず事前に事務局にご連絡ください。

テーマ：『地域リハビリテーション』

～一人ひとりのエンパワメントを高めるかかわりとは～』

内容

- 【情報提供】 ○『地域リハビリテーション』とは
○ 湖東地域リハビリ推進センターより

【話題提供(事例報告)】

『一人ひとりのエンパワメントを高めるかかわりとは』

医療法人恭昭会 デイケアはるのうみ(通所リハビリ)

多賀町地域包括支援センター・彦根市地域包括支援センターハピネス



*意見交換・情報共有

☆話題提供や意見交換を通して職種間の相互理解を深め、今後のチームケアにつなげていきましょう。

参加申し込みについて (事前にメールで申し込みをお願いします)

☆ご自宅や事業所からでも参加可能です。
是非ご参加ください!

開催までの流れ

- ①研究会のご案内
- ↓
- ②参加受付(メールでの受付)
- ↓
- (前日)
- ③招待メール・資料送信
- ↓
- (当日)
- ④Web研修 開催



○参加を希望される方は、9月7日(月)正午までに、メールでお申し込みください。

***件名**:「研究会参加」 ***宛先**:事務局 info@gen-ai-ken-kaigo.jp

***申込内容**:「①お名前」「②事業所名」「③職種」「④メールアドレス」

○Web参加の方には、前日に「ミーティング招待メール」と「資料」を送信します。
万が一、招待メールが届かない場合は、事務局にご連絡ください。

◎事前に **ZOOM アプリ(無料版)**を 当日利用する端末(パソコンやスマートフォン)にダウンロードしてください。

ご不明な点がございましたら、事務局にお問い合わせください。

○会場参加の方は、**健康観察票(別紙)**を当日受付にてご提出ください。マスク着用、手指消毒など感染拡大防止にご協力をよろしくお願いします。

◎なお、この研究会への参加は、医療介護福祉の関係者(専門職、行政職等)に限りますのでご了承ください。

【お問合せ】 ことう地域チームケア研究会事務局

◆彦根愛知犬上介護保険事業者協議会

TEL: 0749-49-2455 E-mail: info@gen-ai-ken-kaigo.jp

◆彦根市医療福祉推進課

TEL: 0749-24-0828

【世話人団体】 彦根医師会・彦根歯科医師会・彦根薬剤師会・第5地区訪問看護ステーション連絡協議会・彦根愛知犬上介護保険事業者協議会・彦根愛知犬上介護支援専門員連絡協議会・市町地域包括支援センター・湖東圏域リハビリテーション部門・湖東圏域4病院相談支援部門・滋賀県歯科衛生士会・湖東食と栄養を考える会 (*湖東健康福祉事務所)

研究会参加時における新型コロナウイルス感染症の

感染予防対策へのご協力をお願い

本研究会では、新型コロナウイルス感染症の感染予防対策の徹底を図りながら実施いたします。つきましては下記内容の徹底にご協力をお願いします。

1. 研究会当日の検温、健康観察

○研究会当日朝に検温と健康観察をお願いします。また、発熱、咳・味覚異常等の症状がみられる場合は参加の自粛にご協力をお願いします。

○健康観察は、「参加にあたっての健康観察票」に記入し、当日の受付に提出をお願いします。

2. マスクの着用

○参加に際しては、マスクの着用の徹底をお願いします。

3. 会場の換気

○研究会開催時は換気の為、出入口、窓を開放して行いますので、ご自身で衣類調整等を行っていただくようお願いします。

4. 手洗い、手指消毒の徹底

○手指消毒液を設置しますので、こまめな手洗い・手指消毒をお願いします。

5. ソーシャルディスタンス

○受付時、トイレ、休憩時には密にならないように一定間隔をあげ、適正な距離をとっていただくようお願いします。

(会場参加の皆様)

研究会参加にあたっての健康観察票

研修名：ことう地域チームケア研究会

研修日：令和2年（2020年）9月10日（木）

所属事業所名 _____

氏名 _____

- ・研究会参加に際して、当日の健康チェックをお願いいたします。
- ・この健康チェックは、研修の場を介する感染拡大防止目的として実施しております。皆様のご理解とご協力をお願いいたします。
- ・このため、以下の項目に該当がある場合の出席については、自粛のご協力をお願いいたします。
- ・本用紙は、研修当日に受付までご提出いただきますようお願いいたします。

(1) 本日の朝の体温を記入してください。 (_____ °C)

(2) 症状がある場合は「はい」の欄、ない場合は「いいえ」の欄にチェックをしてください。

質問事項	はい	いいえ	備考
① 咳嗽症状がありますか			
② 鼻汁・鼻閉がありますか			
③ 咽頭痛がありますか			
④ 頭痛がありますか			
⑤ 下痢症状がありますか			
⑥ 味覚異常がありますか			
⑦ 嗅覚異常がありますか			
⑧ 胸痛がありますか			
⑨ 息がしにくい感じがありますか			