

# ことう地域チームケア研究会

～どんなときでも こんなときこそ “顔の見える関係”から“手をつなぎ合える関係”をめざして～



## 脳卒中について



【担当世話人団体】：湖東圏域 4 病院相談支援部門 ・ 湖東地域のリハビリ職

### 【主な内容(予定)】

- ◇脳卒中の疾患理解 (彦根市立病院 脳神経外科部長 千原英夫氏)
  - ◇在宅復帰に向けた取組、再発予防、多職種連携
    - 「湖東地域脳卒中地域連携パス」について
    - 急性期・回復期・維持期のリハビリテーション 等
- (彦根市立病院・彦根中央病院・デイケアはるのうみのセラピストの皆様から情報提供いただきます)

【開催日時】 2021年 5月13日(木) 18:30～20:30

【開催方法】 **オンライン**(ZOOMを使用)

(\*オンライン参加が難しい場合、会場参加もできます。人数制限あり、**先着順事前申込先**です)



### 参加申込方法

**【申込締切】**

5月12日(水)

☆事前にメールで申し込みをお願いします。

☆ご自宅からでもご参加いただけます！

☆接続方法などご不明な点はお気軽にお問い合わせください。

【申込先】 [info@gen-ai-ken-kaigo.jp](mailto:info@gen-ai-ken-kaigo.jp) (ことう地域チームケア研究会事務局)

【申込内容】 \*件名:「第49回研究会参加」 \*申込記載内容:①お名前、②所属事業所名と連絡先(電話番号)、③職種、④参加方法(「オンライン」あるいは「会場」、⑤メールアドレス)

☆お申込み確認後、開催日前日正午までに、事務局より ZOOM ミーティング招待メール(ID とパスコード)を送信します。事務局からのメールを受け取れるように設定をお願いします(資料も添付します)。万が一、届かない場合はお手数ですが事務局にご連絡ください。

☆事前に使用する端末(パソコンやスマートフォン)に ZOOM アプリ(無料版)をダウンロードしてください。

### 【会場での参加の場合】

☆会場での参加には **人数制限**を設けています。**必ず事前に申し込みをお願いします(先着順)**。参加いただけない場合のみ連絡いたします。(会場参加申込は、電話または FAX でも OK です)

☆会場参加の方は、検温(37.5 度以下)を実施します。また、**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いたします。グループワークでは**フェイスシールド**を使用します。お持ちの方はご持参ください。

\*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)に限りますので予めご了承ください。

### 【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 FAX:0749-49-2433

◆彦根市医療福祉推進課 TEL:0749-24-0828

### 【ことう地域チームケア研究会 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・湖東圏域リハビリ職・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のお願い

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いたします。

### 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いたします。

### 6. その他

○グループワークの際は、フェイスシールドの着用をお願い致します。

○会場出入り口にて検温を実施します。発熱(37.5 度以上)の場合は、参加をお断りさせていただきますので予めご了承ください。

(会場参加の皆様)

提出用

## 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 年 月 日 ( )

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 |    |     |    |