

“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

第60回

## 「事例検討会」

【担当世話人団体】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



### 『思い出の多いこの家で、暮らし続けたい』

77歳、桃枝さん(仮名)の願いです。桃枝さんは夫と二人暮らし、足腰に痛みがあります。

桃枝さんのように、多くの方が「住みなれた場所で暮らし続けたい」と願いながら、実際には(何らかの事情で)難しいかもしれない、と感じることもあるのではないかと思います。

桃枝さんの思いに対し、私たちはどのようにかわり、支えていけるでしょうか？

事例検討を通して、各専門職の事例(桃枝さん)に対する思いを共有し、それぞれの専門性を活かした支援や、チームケアについて考えていきたいと思ひます。

【開催日時】 2023年3月9日(木)18:30～20:30

【開催方法】 オンライン(ZOOMを使用) と 会場(くすのきセンター3階)



### 参加申込方法

☆メール(またはお電話)で必ず事前に申し込みをお願いします。

【申込締切】 3月6日(月)正午

【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60回研究会参加」

- ①お名前 ②職種 ③所属事業所名と連絡先(電話番号) ④メールアドレス  
⑤参加方法(「オンライン」か「会場」か) ⑥端末数(オンライン参加の場合) ⑦お問合わせ・ご意見など

#### 【お願い】

☆登録いただく「メールアドレス」は、資料などを送信しますので、受信できる容量が小さな携帯電話のキャリアメール(@docomo.@ezweb,softbank)はできるだけお避け下さいますようご協力をお願いします。

☆同じ事業所(又は端末)から複数ご参加される場合も、すべての参加者名を記載してください。

☆お申込み確認後、開催日前日正午までに、事務局より 資料と招待メール(IDとパスワード)を送信しますのでご確認下さい。事務局からのメールが受け取れるように設定をお願いします。

☆万が一届いていない場合は、お手数ですが、当日の正午までに事務局にご連絡ください。

#### 【会場での参加をご希望の場合】

☆会場は人数制限がありますので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します。申込は、電話・FAXでもOKです。

#### 【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
- ◆彦根市高齢福祉推進課 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・POS連絡協議会湖東支部・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。

#### 6. その他

○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。

【会場での検温】

(1) 本日の朝の体温を記入してください。 ( \_\_\_\_\_ °C)

\_\_\_\_\_ °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			