

主任介護支援専門員
介護支援専門員 各位

令和2年12月10日

主催：松江地域介護支援専門員協会
共催：松江市在宅医療・介護連携支援センター

新型コロナウイルス感染症対策研修会について

(ご案内)

時下、皆様にはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

各事業所におかれましては、日々新型コロナウイルス感染症対策にご尽力されていること
と思いをます。

さて、この度、新型コロナウイルス感染症対策について、下記の通り研修を実施致します。
リモートでつながることを体験していただき、事業所内外の会議やミーティング、研修等が
できる体制を構築すること、また新型コロナウイルス発生時の備えや困りごとを共有する
ことができれば、と思いをます。

システムの都合上、参加人数が限られますので、各事業所1名までの参加にさせていただきます。

ご理解、ご協力をお願いいたします。

記

【対象事業所】：松江市内居宅介護支援事業所
地域包括支援センター

【日時】：①1月14日(木) 14:00～15:30

リモート研修のみ

②1月16日(土) 10:30～12:00

リモートと会場の集合研修同時開催 場所：いきいきプラザ 401.405 研修室

※どの日程も、同じ内容です。ご希望の日程でお申し込みください。

※感染状況により、集合研修は中止の可能性もございます。可能な方は、できるだけリモートでの参加をお願いします。

【研修内容】：新型コロナウイルス感染症対策について

以下①②の内容について、事前に事業所内で検討し、参加者が事業所の意見を持って参加

① 松江市のフローチャート(別添参照)をもとに担当ケースにあてはめて

- ・支援者がいなくて困ったこと
- ・同居家族への対応や帰省等で困ったこと

- ② 感染症予防対策について、事業所内で工夫していることや困っていること
(担当者やモニタリング訪問の仕方、事務所の環境、勤務体制、健康管理、消毒等)

【方法】：ZOOM を利用してのグループワーク (ZOOM 会議の環境が整わない場合は、いきいきプラザにて集合研修への参加も可能です)

【申し込み受付】：在宅医療介護連携支援センター 担当：角
12月25日までにメールもしくはFAXでのお申し込みをお願いします

メールの場合：renkei@shakyou-mastue.jp

- ① 件名 (研修会参加申し込み)
- ② 事業所名
- ③ 参加者名
- ④ 電話番号 FAX 番号
- ⑤ メールアドレス (必須)

ファックスの場合

添付の申込書にご記入の上、FAX してください

【事前準備】 ※ダウンロード方法等は別紙参照

・パソコンもしくはスマートフォンと Wi-Fi が繋がる静かな環境であれば、勤務先からでも家でも OK

(携帯で参加の方は、充電しながらの参加をお勧めします)

・ZOOM アプリのダウンロード (スマートフォンの場合は必須)

(パソコンの場合はインストールなしで招待メールをクリックしていただければ、自動的につながります)

・初めてで不安な方は個別で事前につながることを確認を受け付けます

確認の日程調整等は、担当角までご連絡をお願いします 0852-61-3741

・当日はグループワークを実施しますので、メモの取れるよう、筆記用具とノート等を準備してください。

※この研修会は、主任介護支援専門員更新研修の受講要件に該当する研修 (法廷外の研修) のため、研修参加証明書が必要な方は生年月日をご記入し、お申し込み下さい。

※会場への参加者様には、マスク着用の上、手指消毒、うがい等感染防止対策にご協力ください。

※感染症拡大により、集合研修の方は中止の可能性もございます。ご了承ください。

renkei@shakyou-mastue.jp

在宅医療介護連携支援センター 担当：角

メールでの申し込みは上記アドレスに

- ①事業所名
- ②参加者氏名
- ③電話：FAX 番号
- ④メールアドレス（必須）
- ⑤主任ケアマネ受講証明書が必要かどうか
- ⑥↑必要な方は生年月日
- ⑦研修希望日（リモートか集合研修かも含め）

記入の上、送信をお願いします。

F A X送信票（このままお送り下さい）

松江市在宅医療・介護連携支援センター

担当 角 宛て（FAX：21-5377）

研修参加申し込み 締め切り 令和2年 12月 25日（金）

研修名「新型コロナウイルス感染症対策研修会」

参加申し込み用紙

事業所名	
参加者氏名	
電話番号 FAX 番号	
メールアドレス	
主任ケアマネ受講証明書 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（記入→）	<input type="checkbox"/> 日本介護支援専門員協会会員（会員番号： ） <input type="checkbox"/> 島根県介護支援専門員協会会員（会員番号： ） (生年月日) 年 月 日
研修希望日 (ご希望の番号①~③を ○で囲んでください)	1月14日（木） ① リモート研修 1月16日（土） ②リモート研修 ③来場しての研修