

2021年6月吉日

青森県作業療法士会
上十三ブロック会員各位

『上十三ブロックの作業療法士を対象とした認知症サポーター養成講座』ご案内

青森県作業療法士会認知症の人の生活支援推進委員会

理事 大塚基永

上十三ブロック担当 関橋克矢

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

「認知症の人の生活支援推進委員会」では青森県作業療法士会が医療・介護分野だけに留まらず、地域支援活動にも積極的に取り組んでいくための第一歩として「認知症サポーター養成講座」を企画しております。より多くの作業療法士にオレンジリングを取得して頂き「作業療法士が認知症に積極的に関与している事」を認知症関連団体や住民に広めていきたいと考えております。

ご多忙中とは存じますが、皆様のご参加を心よりお待ちしております。

敬具

記

日時：令和3年7月31日（土曜日）10:00～11:30（9：30 受付開始）

※当初、令和3年6月19日に開催予定しておりましたが、日時の変更がありました。

場所：市民交流プラザ「タワーレ」 多目的研修室②

内容：認知症サポーター養成講座

講師：在宅介護支援センター ハートランド

十和田市委託事業 相談員 高田 千尋 氏

十和田市西南地域包括支援センター 小又 佳奈子 氏

対象者：上十三ブロックの作業療法士【先着15名】

参加費：無料

申込方法：メールでの申し込みとなります

【宛先】 egao-reha@way.ocn.ne.jp

【件名】 「認知症サポーター養成講座」と入力

【本文】 ①氏名・②勤務先・③経験年数・④返信用メールアドレスを入力

【締切】 2021年7月27日(火)

【その他】

*今後、新型コロナウイルス感染拡大の状況によっては変更や中止も考えられますので、その際はこちらからご連絡させていただきます。

*当日、体調不良や熱のある方は、不参加となります。ご了承くださいようお願い致します。皆様のご協力、お願い申し上げます。

*別紙の「**新型コロナウイルス感染症への対策について**」を必ずご確認の上、ご参加ください。

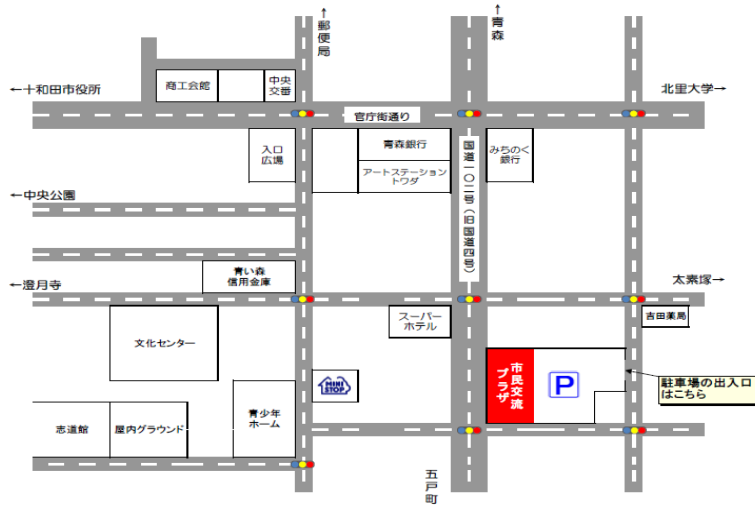
会場案内

十和田市市民交流プラザ

住所：青森県十和田市稲生町 18-33

TEL：0176-58-5670

市民交流プラザ 周辺MAP



以上

<お問い合わせ>

訪問看護ステーションえがお 関橋克矢

TEL：0176-23-3369

mail：egao-reha@way.ocn.ne.jp

新型コロナウイルス感染症への対応について

一般社団法人青森県作業療法士会
認知症の人の生活支援推進委員会

新型コロナウイルス感染症の発生及び感染拡大防止策が求められていることを受け、研修当日は体温を計測の上、37.5 度以上の熱がある場合または風邪等により体調不良の場合には、研修への参加を御遠慮いただきますようお願いいたします。

また、以下の記載内容に御留意の上、御参加くださいますようお願いいたします。

なお、今後、新型コロナウイルス感染症の感染が拡大するなど、状況に変化があった場合は研修の開催について変更する場合がありますので御留意ください。

【次の方は参加を御遠慮いただきますようお願いいたします。】

- 1 研修前日より遡って14日以内に特定警戒都道府県の移動歴がある方
※同居の御家族等も対象となります。
- 2 研修前日より遡って7日以内に37.5度以上の発熱があった方
- 3 研修当日に次の症状がある方
※37.5度以上の発熱、頭痛、倦怠感、鼻汁、咽頭痛、咳、息苦しさ、味覚障害、下痢、吐き気

【研修当日の注意点】

- 1 必ずマスクを持参し、着用をお願いします。
- 2 公共交通機関を御利用の際も、マスクの着用をお願いします。
- 3 開催会場への入室前には、手指消毒をお願いします。開催会場入口に手指消毒剤（アルコール消毒）を準備していますので御利用ください。
- 4 研修当日は「健康状態申告シート」を予め御記入の上、会場受付に御提出ください。

【日常生活で御注意いただきたいこと】

「3つの密」 ①換気の悪い密閉空間、②多数が集まる密集場所、③間近での会話・発声する密接場面を避けてください。また、イベントや会議、スポーツ、そして夜間の飲食等も含め、あらゆる場面において、「3つの密」が同時に重なる場を避け、プライベートタイムにおいても感染リスクを避けるための慎重な対応をお願いします。

健康状態申告シート

| 開催期日 | 研修名 |
|--------------|--------------|
| 令和3年7月31日(土) | 認知症サポーター養成講座 |

| 施設名 | | | |
|-------|---|-----------------------|-------|
| 氏名 | | | |
| 今日の体温 | ℃ | 過去1週間以内の37.5度以上の発熱の有無 | あり・なし |

明らかな持病以外の症状で、自覚している症状及び県外移動歴についてお答えください。

| | |
|---|-------|
| 1 頭痛はありませんか？ | あり・なし |
| 2 倦怠感はありませんか？ | あり・なし |
| 3 鼻汁は出ていませんか？ | あり・なし |
| 4 咽頭痛はありませんか？ | あり・なし |
| 5 咳は出ていませんか？ | あり・なし |
| 6 息苦しさはありませんか？ | あり・なし |
| 7 味覚障害はありませんか？ | あり・なし |
| 8 嗅覚障害はありませんか？ | あり・なし |
| 9 下痢はありませんか？ | あり・なし |
| 10 吐き気はありませんか？ | あり・なし |
| 11 その他、何か気になる症状はありませんか？ | あり・なし |
| 12 本人または同居する家族等に、14日間以内に感染拡大地域(首都圏や大都市圏等)への移動歴はありますか？ | あり・なし |