

関係各位

一般社団法人新発田北蒲原医師会
しばた地域医療介護連携センター
センター長 平塚雅英

令和2年度「ときネット研修会」のご案内

仲秋の候 ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日ごろより、かえつ医療・介護ネットワークシステム（通称：ときネット）にご理解とご協力を賜り厚く御礼を申し上げます。

さて、今年度の「ときネット研修会」を別紙開催要項のとおり企画いたしました。

なお、今年度は新型コロナウイルス感染拡大予防の観点から、Web形式にて開催することと致します。

また、Web形式でのご参加が難しい方につきましては、サテライト会場にて配信映像をご覧いただけます。

ご多用のこととは存じますが、ときネットの加入、未加入を問わず先生並びに連携担当スタッフの皆様、そして関連多職種の皆様に多数ご参加いただきたく、ご案内申し上げます。

記

1. 日時 令和2年11月19日（木）14：00～15：20
2. テーマ
 - 1) 救急時患者情報システム『既往歴バンク』について
 - 2) 『ときネットによる入院3日以内の情報提供』について
 - 3) セキュリティーについて

【お問い合わせ】

しばた地域医療介護連携センター

（ときネット事務室）宮野・田中

TEL：0254-28-7914 FAX：0254-28-7915

メール：tokinet@pop.shibata.ne.jp

令和2年度ときネット研修会 開催要項

- ねらい 医療介護連携における情報共有の効率性と質向上を目指し、「ときネット」の活用方法について学ぶ
- 方法 Web 研修（※サテライト会場あり）
- 日時 令和2年11月19日（木）14：00～15：20（配信・受付開始：13：30～）
- 会場 サテライト会場
①新発田会場：下越総合健康開発センター 2階大講堂（住所：新発田市本町 4-16-83）
②村上会場：村上市岩船郡医師会館 1階研修室（住所：村上市若葉町 10-7）
- 対象 医療・介護専門職 ときネットへの加入未加入は問いません
- 人数 Zoom 定員端末 100 台、YouTubeLive 定員なし
サテライト会場 ①新発田会場 定員 20 名 ②村上会場 定員 30 名
- テーマ 1) 救急時患者情報システム『既往歴バンク』について
2) 『ときネットによる入院3日以内の情報提供』
①ケアマネジャーからの事例紹介
②受け取る病院側からのアンケート結果報告
3) セキュリティーについて
- 講師 しばた地域医療介護連携センター センター長 平塚雅英 先生
居宅介護支援事業所陽だまり苑 管理者 長谷川かおり 様
関川村社会福祉協議会居宅介護支援事業所 管理者 高橋陽子 様
- 参加費 無料（インターネット接続にかかる費用は参加者でご負担ください。）
- 申し込み **参加申込書**にて、ときネットメールまたは電子メール・FAXでお申込みください。
送付先 ときネットメール：新発田北蒲原医師会 田中または宮野 宛
メール：tokinet@pop.shibata.ne.jp FAX：0254-28-7915
- 締め切り 11月5日（木曜日）16時まで
- その他 ・Web 研修には、Zoom と YouTubeLive が使用できます。
・視聴用 ID や事前配布資料は研修3日前までにときネットメール（未加入施設の方は電子メール・FAX・郵送）でお知らせいたしますのでご確認ください。

| 視聴ツール | 送 信 物 |
|-------------|--------------------------|
| Zoom | ID・パスワード・事前配布資料 |
| YouTubeLive | URL・QR コード・事前配布資料 |
| サテライト会場 | サテライト会場のお知らせ・注意事項・事前配布資料 |

- ・Zoom の使い方についてはしばた地域医療介護連携センター（在宅医療・介護連携推進事業）のホームページ内「[Zoom（ズーム）の使い方【保存版】](#)」をご確認ください。
- ・サテライト会場は新型コロナウイルス感染症感染拡大状況等によっては開設できない場合もございます。あらかじめご了承ください。

主催：しばた地域医療介護連携センター(在宅医療推進センター整備事業)・かえつ医療介護連携協議会

共催：しばた地域医療介護連携センター（在宅医療・介護連携推進事業）

村上地域在宅医療推進センター

参加申込書

〆切：11月5日（木）

令和2年度ときネット研修会 11月19日（木）14：00

(送信表不要)
新発田北蒲原医師会（ときネット事務局）
田中・宮野 行き
FAX 0254-28-7915
メール tokinet@pop.shibata.ne.jp

住所： _____
所属： _____
担当者氏名： _____
電話番号： _____
メールアドレス： _____

※参加人数の適切な把握のため、参加者すべての方のご記入をお願いします。

| | 職 種 | 氏 名 | 参加方法（□に✓を入れてください） | |
|---|-----|-----|---|---|
| 1 | | | <input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> サテライト①新発田会場 | <input type="checkbox"/> YouTubeLive <input type="checkbox"/> サテライト②村上会場 |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> サテライト①新発田会場 | <input type="checkbox"/> YouTubeLive <input type="checkbox"/> サテライト②村上会場 |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> サテライト①新発田会場 | <input type="checkbox"/> YouTubeLive <input type="checkbox"/> サテライト②村上会場 |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> サテライト①新発田会場 | <input type="checkbox"/> YouTubeLive <input type="checkbox"/> サテライト②村上会場 |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> サテライト①新発田会場 | <input type="checkbox"/> YouTubeLive <input type="checkbox"/> サテライト②村上会場 |

●初めて Zoom を利用される方は、接続のテストをお勧めします。

テスト接続を希望しますか？□に✓を入れてください。

テスト接続を希望する（テスト接続の希望日をご記入ください） テスト接続を希望しない

第1希望： ____月 ____日 ____時 ____分 第2希望： ____月 ____日 ____時 ____分

※テスト接続をご希望の方には申し込み確認後に事務局よりご連絡いたします。

~~~~~事前質問~~~~~

- 1) 救急時患者情報システム『既往歴バンク』について 3) セキュリティーについて  
2) 『ときネットによる入院3日以内の情報提供』について 質問等ありましたらご記入ください。

|                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ご質問内容 1) <input type="checkbox"/> 既往歴バンクについて 3) <input type="checkbox"/> セキュリティーについて<br>2) <input type="checkbox"/> 病院側へ <input type="checkbox"/> ケアマネジャー側へ <input type="checkbox"/> 訪問看護師側へ <input type="checkbox"/> その他 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

用紙が足りない場合はコピーをお願いします。