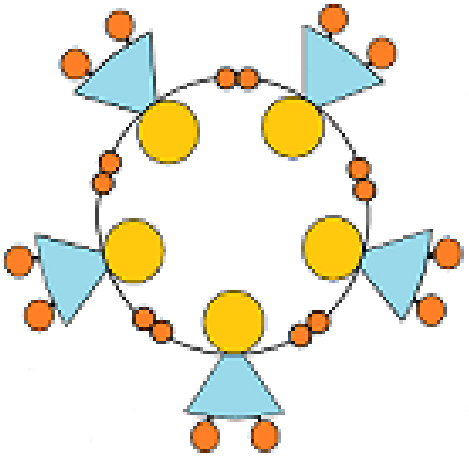
Akushu

２０１９年度　あく手の会

協賛のお願い



介護者支援団体　あく手の会

https://akushu.wixsite.com/mysite

ご挨拶

「あく手の会」代表を務めさせていただいております　渡邊　匠　と申します。

この会は、日々、お世話になっている地域の方々に対して、私たちの知識で私たちにできることはないかと考え、平成 29 年 3 月に瀬谷区の介護・医療・福祉で活躍されている事業所に在籍している職員及び、瀬谷区在宅医療相談室と共に任意の職能団体として立ち上がりました。

会の特色として、瀬谷区医師会の後援を受け、医師を招いた疾患別の介護者の会、老々介護の方々のことを考え送迎付きの介護者の会の開催等を行っております。疾患別、世代別、介護をされている方、された方、これから介護をされる方等、個々の疾患や環境があるように、介護者の方々にも個々の介護方法や環境に合わせた悩みがあります。

あく手の会は、その個々に合わせた介護者支援の実現を行うことで地域の介護者が気軽に「あく手の会」に参加し、地域の情報共有・介護方法や医療に対する不安が少しでも軽減できるよう活動の輪を広げていく予定です。

これからの会ではありますが、今後ともご指導・ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。

敬具

２０１９年２月吉日

あく手の会

代　表　　渡邊　匠

◎あく手の会　概要

名　称	あく手の会
運営主体	瀬谷区の介護・医療・福祉関係事業所で勤務する職員が任意参加の職能団体
目　的 概　要	■瀬谷区在住の介護をされている方(以下、家族等)を対象に、介護者同士が互いに支えあう場所、介護に対しての勉強ができる場所、将来の不安等を軽減できる場所を提供することにより、介護疲れの解消や近年増えている家族等による虐待、自殺・他殺等を防ぐことを目的とする。 ■家族等を対象に、介護と子育て、介護と仕事が介護者一人に対し重複する時代となってきている為、世代別に抱える課題への精神的な支援を行うことで、子育てや仕事を継続しながら介護が行えることを目的とする。（老々介護、ダブルケアラー、ヤングケアラー向けの支援） ■地域医療と地域福祉との連携により「点と点をつなぐ新しい『線のシステム』」の構築を今後３年間の間で行い、将来的には瀬谷区全域へと拡大し『線のシステムから面のシステム』となり、誰もが参加できる新しい地域参加型家族支援システムの構築を目的とする。
将来性 目　標	地域で活躍されている相談援助職にて企画運営を行い、地域における介護をされている方々が誰でも気軽に参加し、ご自宅での介護負担について地域全体での支えあいが行えることを目的に安心感が得られることを目標としています。
共　催	瀬谷区在宅医療相談室
後　援	一般社団法人　横浜市瀬谷区医師会
活　動 実　績	・２０１８年 11 月２２日　第４回　あくしゅの会 「芋煮会」 協力：ひらの内科クリニック　平野雄介　医師 協力：心理カウンセラー　音楽療法セラピスト　遠藤　亜希子氏 ・２０１８年５月２４日　第３回　あくしゅの会 「第１回　詩音の会」 協力：心理カウンセラー　音楽療法セラピスト　遠藤　亜希子氏 ・２０１７年 10 月 19 日　第２回　あく手の会 「神経難病・脳神経疾患　介護者の会」 講師：川口　千佳子　医師 ・２０１７年３月 23 日　第１回　あく手の会 「認知症疾患　介護者の会」 講師：川口　浩人　医師

【協賛の概要】

◆協賛団体様には以下のご案内をいたします。

１．当団体のホームページへの名称記載。名称より各団体及び、企業様のホームページへのリンクを貼らせていただきます。

☆ページ割寸は一任ください。
☆ホームページにバナー広告掲載をご希望の協賛事業者は以下の規格でお送りください。

★ データの送り先 mail：handshake@hitohana.co.jp

★ サイズ 縦 80 ピクセル×横 200 ピクセル
画像形式 GIF(アニメ可、透過 GIF 不可)、JPEG、PNG

２．その他、配布物への団体名記載
＊当団体主催研修会等開催時の資料に貴社の名称を掲載いたします。

◆協賛のお問い合わせ・お申し込み方法

TEL：045－364―1084　介護相談センターひとはな　あく手の会事務局
＊お申し込みは、別紙「協賛事業者（団体）申込書」をご利用ください。

◆費用について

＊1 年間　１口１０,000 円（税込）
＊下記口座にお振込みください。ご入金確認後領収書を発行いたします。

横浜銀行　三ツ境支店 358　　6112429　あく手の会
会計　橋本あかね

２０１９年度　あく手の会　協賛事業者（団体）申込書

『あく手の会の活動に賛同し、協賛団体として申し込みを致します。』

申　　込　　者　（申し込み日：平成　　年　　月　　日）			
事業者名 （団体名）			
部 署 名		ふりがな ご担当者名	
住　　所	〒　　－		
電話番号		ＦＡＸ番号	
E－MAIL			
HP ｱﾄﾞﾚｽ			

※ご連絡は、担当者様あてに入れさせて頂きます。

申込ＦＡＸ送付先　⇒０４５－４５３－８７８７　小松　宛

問い合わせＴＥＬ番号 ⇒
045－364―1084　介護相談センターひとはな　あく手の会事務局

※申し込み期限：２０１９年３月３１日（土）まで
（以降のご協力も随時お受けいたします。）

◆入金日　　平成　　年　　月　　日

※入金いただいていない場合は、下記に入金予定日を記入してください。
※入金日・入金予定日を記載いただけると、領収証の発行が速やかに行えます。

入金予定日　　平成　　年　　月　　日

◆請求書の郵送　　要　・　不要　（○をつけて下さい）

（振込先）