

平成30年7月17日

会員各位

鎌倉市医師会会長 井口 和幸  
地域保健担当理事 花岡 正人  
宮下 明

## 在宅医療トレーニングセンターのお知らせ②

神奈川県医師会を通じて通知がまいりましたのでお知らせいたします。  
参加ご希望の方は8月14日までに直接お申し込みください。  
こちらは鎌倉市医師会HPにもアップロードしてありますので、ご確認ください。

---

神奈川県医師会  
理事 篠原 裕 希

「高次脳機能障害について～症状の理解や対応方法・関わり方～」の開催について

時下 益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

また、日頃より本会活動に種々ご協力を賜り深く感謝申し上げます。

さて今般、標記について神奈川県医師会が地域医療介護総合確保基金により運営しております在宅医療トレーニングセンターにおいて、別紙のとおり研修会を開催いたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会関係医療機関等へ周知いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

また、お申込みにつきましては、在宅医療トレーニングセンターに直接FAX(045-453-8704)にてお申し込みくださいますようよろしくお願いいたします。

なお、今回の研修会の対象者は在宅医療に関わる医療職・福祉職でありますことを申し添えます。

お問い合わせ先

地域医療企画課 担当:岩田

横浜市中区富士見町3-1

TEL 045(241)7000 FAX 045(241)1464

E-mail g-iwata@kanagawa.med.or.jp

平成30年7月吉日

関係各位

在宅医療トレーニングセンター

「高次脳機能障害について～症状の理解や対応方法・関わり方～」の開催について

平素より本会活動につきましては、格別なご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度下記の日程で研修会を企画致しました。高次脳機能障害とは、脳の機能のうち、言語や記憶、注意、情緒といった認知機能に起こる障害のことをいい、目に見えにくい障害のため、ご本人・ご家族・支援している方が気付きにくいこともあります。今回の研修は、高次脳機能障害についての知識（症状や原因・関わり方など）を正しく理解し、在宅医療・福祉の現場でのケアに活かして頂くことを目的とする内容となっております。

つきましては、貴会からご参加を賜りたく、貴会会員へご周知いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

別紙様式により平成30年8月14日（火）までにFAX（045-453-8704）にてお申込みを頂きますようよろしくお願い申し上げます。

記

1. 開催日：平成30年8月20日（月）14：00～16：00（受付13：30～）
2. 会場：神奈川県医師会在宅医療トレーニングセンター  
（〒241-0815 横浜市旭区中尾1-5-1 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター2F）  
交通アクセス 相鉄線二俣川駅北口バスターミナル \*別紙地図参照  
旭23系統「運転免許試験場循環」バス「中尾町」下車 徒歩2分
3. 研修会名：高次脳機能障害について～症状の理解や対応方法・関わり方～
4. 講師：横浜市総合リハビリテーションセンター医療部機能訓練課 臨床心理士 野路井未穂氏  
横浜市総合リハビリテーションセンター 総合相談部高次脳機能障害支援課  
ソーシャルワーカー 薬師寺奈津美氏
5. 対象：在宅医療に関わる医療職・福祉職
6. 定員：先着 40名（応募者多数の場合、1事業所からの参加者数を制限させていただきます）  
\*必ず、お申込みを受理後に当センターから研修参加の可否をご連絡させていただきます。  
お申込み後にこちらから連絡がない場合は、お手数ですがご連絡下さい。
7. 参加費：無料
8. 主催：公益社団法人神奈川県医師会在宅医療トレーニングセンター  
\*駐車場利用可能時間帯ではありませんのでお車・バイク・自転車でのご来場は  
ご遠慮下さい。

[担当]神奈川県医師会地域医療企画課 岩田 剛  
TEL045-453-8666 / FAX045-453-8704  
電子メール：zaitaku-toresen@dune.ocn.ne.jp  
<http://zaitaku-toresen.jp/>

(別紙様式)

FAX : 045-453-8704

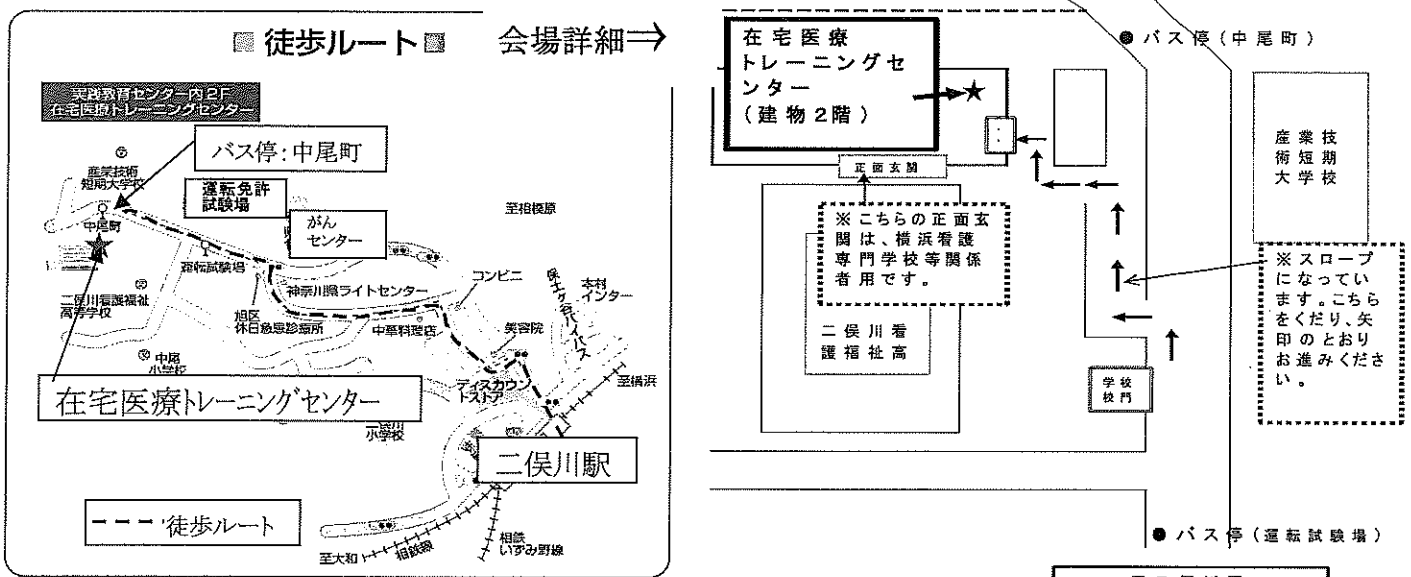
神奈川県医師会 在宅医療トレーニングセンター 行

- 1. 研修会名 : 高次脳機能障害について～症状の理解や対応方法・関わり方～
- 2. 開催日 : 平成30年8月20日(月) 14:00～16:00 (受付13:30～)
- 3. 会場 : 神奈川県医師会在宅医療トレーニングセンター

交通アクセス 相鉄線二俣川駅北口バスターミナル

旭 23 系統「運転免許試験場循環」バス「中尾町」下車 徒歩 2 分

\* 駐車場利用可能時間帯ではありませんのでお車・バイク・自転車でのご来場はご遠慮下さい。



参加申込書

所属機関名

所在市町村 : \_\_\_\_\_ 市

TEL :

FAX :

お申込み担当者名 :

お名前		職種 (○をお願いします。)
1	ふりがな	医師・歯科医師・看護師・PT・OT・ST・薬剤師・栄養士(管理)・ 歯科衛生士・介護福祉士・介護職・社会福祉士(MSW)・ ケアマネ・サ責・福祉用具・その他( )
2	ふりがな	医師・歯科医師・看護師・PT・OT・ST・薬剤師・栄養士(管理)・ 歯科衛生士・介護福祉士・介護職・社会福祉士(MSW)・ ケアマネ・サ責・福祉用具・その他( )
3	ふりがな	医師・歯科医師・看護師・PT・OT・ST・薬剤師・栄養士(管理)・ 歯科衛生士・介護福祉士・介護職・社会福祉士(MSW)・ ケアマネ・サ責・福祉用具・その他( )

※平成30年8月14日(火)までにFAXにてご回報ください。

神奈川県医師会

