

平成 30 年 8 月 8 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

第 7 回神奈川県小児在宅医療実技講習会について

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。
参加ご希望の方は申込用紙ご記入の上、8 月 24 日までに直接お申込みください。
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 久保田 毅

第 7 回神奈川県小児在宅医療実技講習会について

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、標記について日本小児科学会神奈川地方会代表幹事より、別添のとおり通知がありました。
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、貴会関係医療機関へ周知いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

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

関係各位

小児科学会神奈川地方会 小児在宅医療小委員会委員長
横浜市立大学附属病院 西巻 滋

第 7 回神奈川県小児在宅医療実技講習会 受講生募集

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

近年の小児医療事情から、医療ケアをもって在宅療養するこどもたち（小児在宅医療）が増えています。小児科学会神奈川地方会ではそうした事情を鑑みて、神奈川県小児等在宅医療連携拠点事業との共催によって、在宅医療における子どもたちの生活を安全で安心できるものにするために小児在宅医療実技講習会を定期開催しています。

本講習会は事前申し込み制です。参加希望者は添付の申し込み用紙に必要事項を記載のうえ、8月24日（金）まで FAX にてお申し込みください。希望者多数の場合はやむを得ずお断りさせていただく場合もございますので、お早めにお申し込みください。定員は 40 名を予定しています。

謹白

【申し込み先・問合せ先について】

1. 申し込みは神奈川県医師会宛まで FAX にてお願いします。
2. 講習会についてのお問い合わせは下記にメールにてお願いします。

（神奈川県小児等在宅医療連携拠点事業委託先）

神奈川県立こども医療センター患者家族支援部

星野陸夫（新生児科） 問合せメールアドレス：rhosino@kcmc.jp

第7回神奈川県小児在宅医療実技講習会 プログラム

テーマ「在宅医療を必要とするこどもを診るコツ」

- 日時 : 2018年9月2日(日) 9:30-16:30 (受付開始9:00) 予定
会場 : 神奈川県総合医療会館
対象 : 40名を予定
医師・看護師・その他
(医師以外の職種の方は原則として職場の医師と一緒に参加する
ようにしてください)
受講料 : 3000円(当日持参)

プログラム(案)

1. 神奈川県における小児在宅医療の現状
「県内で在宅医療を受けている子、必要な子、それに関わる状況を説明します」
2. 重症心身障害児および医療的ケア児に関わる諸制度について
「馴染みはありませんが、法律や諸制度を上手く使うための情報を提供します」
3. 在宅での子ども達の呼吸管理(気管切開・酸素・人工呼吸器等)
「子ども達に必要な呼吸管理や気管切開の扱いについて講義をします」
4. 胃瘻の扱いとリスク
「子ども達に必要な栄養管理や胃瘻の扱いについて講義をします」
5. 外来・自宅で診療する時のポイント
「診察・診断・検査結果の解釈などについて講義をします」
6. 動画で見る重心児のケア、あれこれ
「処置・嚥下障害・ポジショニングなど、子ども達を扱うコツをお見せします」
7. 企業機材展示見学

特色

- ・ 小児科学会が作成した実技講習会テキストも参考に、神奈川独自のエッセンスを加えたものを企画しています。
- ・ 各講義の後にディスカッションの時間を十分にとり、現場での悩みの解消やコツを手に入れる時間にします。
- ・ 在宅医療に関わる医療機材の展示も行います。実際に手にとって説明を受けることができます。

ファックス申し込み用紙

送付先：神奈川県医師会事務局 松本 宛

FAX：045-241-1464

第7回神奈川県小児在宅医療実技講習会

申込日： 月 日

(締切/8月24日(金))

連絡担当者：

所属 _____

氏名 _____

職種 医師・看護師・その他 ()

所属 _____

氏名 _____

職種 医師・看護師・その他 ()

電話/FAX _____

Mail _____

複数で参加申し込みの場合は、代表者（氏名に代表と明記）の電話/FAX/Mail
を記載してください。

連絡担当者が申込参加者と所属・連絡先が異なる場合は、所属・連絡先を空
欄に記載してください。