

平成 30 年 12 月 26 日

医療機関各位

鎌倉市医師会会長代行 井上 俊夫
地域保健担当理事 花岡 正人
宮下 明

第 8 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。
ご出席ご希望の方は申込書ご記入の上、2 月 28 日までに直接お申し込みください。
(受講料は 3,000 円です)
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 8 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 12 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 8 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。

この小児在宅医療実技講習会も8回目になりました。

今までは、3次医療機関、2次医療機関の小児科医を対象に開催し、次に、在宅医療の現場であるクリニックの小児科医を対象にして開催しました。

この度は、小児科に限らず在宅医療の現場で診療を担っている先生やスタッフに向けて、実技講習会を開催することにしました。小児の診療や扱いに慣れていただくことを目指した内容になります。在宅医療を求めている小児へ関わる機会が増えることを期待しております。

謹白

【問合せ先・申し込み先】

申し込みは神奈川県医師会宛まで FAX にてお願いします。

講習会の内容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地域連携家族支援局

星野陸夫 (新生児科) rhosino@kcmc.jp

第8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 : 2019年3月17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

(原則として、医師以外の職種の方は職場の医師と一緒に参加するようにしてください。それが難しい場合は、ご連絡ください)

方法 : 2月28日(木)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。

受講料 : 3000円 (当日持参)

プログラム (案)

1. レクチャー

「訪問診療を担当している医師から、その実際について講演してもらいます」

2. 神奈川県における小児在宅医療の現状

3. 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

「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。
馴染みがありませんが、法律や諸制度を上手く使うための情報も提供します」

4. 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。
また、小児医療的ケアモデルを使つての実習もあります」

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

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8回神奈川県小児在宅医療実技講習会

申込日： 月 日

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、記載してください。