埼医業Ⅰ第２０５３号
令和３年１月７日

郡市・大学医師会長　殿

埼玉県医師会長　金井　忠男
（担当常任理事　丸木　雄一）

令和２年度高次脳機能障害に関する研修会の開催について

このことについて、埼玉県福祉部長より別添のとおり通知がありました。

つきましては、貴会管下会員へご周知いただきますようお願い申し上げます。

なお、受講される場合、別添中の受講申込書により県福祉部障害者福祉推進課あて直接ＦＡＸ（０４８－８３０－４７８９）にて申し込みください。

また、県障害者福祉推進課より、高次医療機能障害に対応できる医療機関、埼玉県精神科病院協会及び埼玉精神神経科診療所協会に所属する医療機関には通知済みでありますことを申し添えいたします。

担　当：業務Ⅰ課　石川
ＴＥＬ：０４８－８２４－２６１１
ＦＡＸ：０４８－８２２－８５１５

鳩ヶ谷八潮医師会
収受
3.1.12
第 1199 号

障福推第９３４－２号
令和２年１２月２５日

一般社団法人 埼玉県医師会
会長　金井　忠男　様

埼玉県福祉部長　山崎　達也
（公印省略）

令和２年度高次脳機能障害に関する研修会の開催について（通知）

本県の障害者福祉行政の推進につきましては、日頃格別の御理解、御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記研修会を下記のとおり開催することとし、関係医療機関に対して別添写しのとおり通知いたしますので、御承知おきくださいますようお願い申し上げます。

記

１　日時・会場等

別紙１のとおり

※医療関係者向け専門研修（オンライン講義）、医療と福祉の連携に向けた研修（オンライン講義）を計２回開催いたします。

２　対象者

高次脳機能障害の診断・評価に関係する医師、看護師、作業療法士、言語聴覚士、理学療法士、臨床心理士、ソーシャルワーカー等。

医療と福祉の連携研修については、福祉の関係職員（相談支援専門員、ケアマネージャー、市町村職員等）も対象とする。

３　研修内容等

（１）医療関係者向け専門研修

高次脳機能障害に関するトピックスについて、講義形式で研修を行う。

（２）医療と福祉の連携に向けた研修

高次脳機能障害者が、医療から福祉まで途切れのない支援を受けるために、関係機関での連携の強化を目的とした講義を行う。

担　当　障害者福祉推進課
障害福祉・自立支援医療担当　佐藤
電　話　０４８－８３０－３２９５
ＦＡＸ　０４８－８３０－４７８９

写

障福推第９３４－１号
令和２年１２月１４日

各医療機関の長　様

埼玉県福祉部障害者福祉推進課長
村瀬　泰彦（公印省略）

令和２年度高次脳機能障害に関する医療関係者向け専門研修会の開催について（通知）

本県の障害者福祉行政の推進につきましては、日頃格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記の研修会を下記のとおり実施します。貴医療機関の関係職員の参加について御配慮くださるようお願いします。

記

１　実施日時・実施方法
別紙１のとおり
※今回は、医療関係者向け専門研修会（オンライン講義形式）の参加者を募集します。

２　対象者
埼玉県内の医療機関において高次脳機能障害の診断・評価に関係する医師、看護師、作業療法士、言語聴覚士、理学療法士、臨床心理士、ソーシャルワーカー等の職員。

３　申込方法
ＦＡＸ又はメール。申込期限：令和３年１月２７日（水）
※ＦＡＸの場合は申込用紙（別紙２）をお送りください。
メールの場合は本文に所属、連絡先、参加者名、職種を記載してください。

担　当：障害福祉・自立支援医療担当　佐藤
電　話：０４８－８３０－３２９５
ＦＡＸ：０４８－８３０－４７８９
E-mail：a3310-04@pref.saitama.lg.jp

写

別紙１

令和２年度　高次脳機能障害研修会日程

（１）医療関係者向け専門研修（オンライン講義形式）

日　時	開催方法	内　容	講　師	定　員	申込期限
２月１日（月） 正午 ～ ２月１０日（水） 午後５時まで 公開	動画配信サイト「YouTube」 にて限定公開 （申込者にＵＲＬを送付）	「高次脳機能障害の診断書作成のための留意事項と能力障害・生活障害のとらえ方～医師の役割とコメディカルの役割～」	埼玉県高次脳機能障害者支援センター長 先﨑　章　医師	なし	１月２７日（水）

※ ＦＡＸ（別紙２）又はメールで申込。

※ この研修会は、令和元年１０月２日に川越市内（ウェスタ川越）で開催した研修会と同一内容です。

（２）医療と福祉の連携研修（オンライン講義形式）

日　時	開催方法	講　師	定　員	申込期限
３月１日（月） 正午 ～ ３月１０日（水） 午後５時まで 公開（予定）	動画配信サイト「YouTube」 にて限定公開 （申込者にＵＲＬを送付）	川口市相談支援事業所職員	なし	別途御案内 します。

(写)

別紙２

埼玉県福祉部障害者福祉推進課　行

ＦＡＸ番号　０４８－８３０－４７８９

＊送信面を必ず御確認ください（送付票不要）

ふりがな
医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和２年度高次脳機能障害に関する医療関係者向け専門研修会（令和３年２月１日公開分）　受講申込書

ＵＲＬ送付先メールアドレス　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以下に受講する方の氏名、職種をご記載ください。

ふりがな 氏　名	職　種（いずれかに○を付けてください）
	医師・看護師・ＯＴ・ＰＴ・ＳＴ・ＣＰ・その他（　　）
	医師・看護師・ＯＴ・ＰＴ・ＳＴ・ＣＰ・その他（　　）
	医師・看護師・ＯＴ・ＰＴ・ＳＴ・ＣＰ・その他（　　）
	医師・看護師・ＯＴ・ＰＴ・ＳＴ・ＣＰ・その他（　　）
	医師・看護師・ＯＴ・ＰＴ・ＳＴ・ＣＰ・その他（　　）

（申込期限は、令和３年１月２７日（水））