

令和2年1月20日

関係機関の長 様

福島県保健福祉部障がい福祉課長  
(公印省略)

令和元年度福島県高次脳機能障がい圏域連絡会議（県南圏域）  
の開催について（通知）

本県の障がい福祉行政の推進につきましては、日頃より御尽力いただき厚くお礼申し上げます。

さて、本県では高次脳機能障がいの県南圏域の支援拠点機関として、公益財団法人会田病院を指定し、高次脳機能障がい者及びその家族等に対して支援コーディネーターによる専門的な相談支援を行っております。

本事業を推進していくうえで、行政機関、医療機関、相談支援事業所及び居宅介護事業所等の障害福祉サービス事業所並びに地域包括支援センター等、関係機関の連携を図ることが重要であり、身近な地域での支援体制を構築するため、毎年、圏域連絡会議を開催しております。

つきましては、県南圏域の連絡会議を下記により開催しますので、御出席くださるようお願いいたします。

記

- 1 開催日時 令和2年2月14日（金） 13：30～15：30
- 2 開催場所 公益財団法人会田病院 3階 講義室  
(西白河郡矢吹町本町216)
- 3 内 容
  - (1) 福島県高次脳機能障がい支援事業の概要
  - (2) 県南圏域支援拠点より（活動報告）
  - (3) 高次脳機能障がいの支援の実際について（事例提供）
  - (4) グループワーク等
- 4 その他

出席される場合のみ、令和2年2月6日（木）までに、別紙にてFAX又は電子メールで、県南圏域支援拠点機関の会田病院に報告願います。

【別紙】

福島県 県南圏域高次脳機能障がい支援室  
(会田病院) 支援コーディネーター 永沼 行  
FAX 0248-42-2276  
E-mail msw@aida-hp.or.jp  
※添付書不要です。このまま送信してください。

**2月6日【木】 〆切**

**出席される場合のみ提出してください。**

# 令和元年度福島県高次脳機能障がい圏域連絡会議 (県南圏域) 出席報告書

所属名：

担当者：

電話番号：

メールアドレス：

◇令和2年2月14日(金)の出席者を下記に記入してください。

所 属

職 名

氏 名

電話番号