



福岡医発第 2835 号 (地)
令和 7 年 1 月 24 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

第 1 回かかりつけ医等発達障がい者地域包括支援研修
(ハイブリッド開催) の開催について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

本会においては、福岡県より委託を受け、日常の診療の中で最初に発達障がいのある方を診療する機会の多いかかりつけ医等に対し、発達障がいに関する国の研修を踏まえた対応力向上研修を実施し、日頃の診療に役立てていただくことを目的として、標記研修会を開催しており、本年度は会場または Web (Zoom) でのご出席が可能なハイブリッド形式にて開催いたします。

つきましては、貴会におかれまして、多数の会員の先生方にご出席いただきますよう周知方よろしくお願いいたします。

なお、

- 1) 参加希望者につきましては、令和 7 年 2 月 17 日 (月) までに別添開催要綱に記載の方法により、お申込みいただきますようお願いいたします。
- 2) 本研修修了者に対しては、福岡県知事名の修了証書が発行されます。
- 3) 会場参加及び Web 参加のいずれの場合でも、生涯教育講座 3 単位 (CC : 4、12)、日医かかりつけ医機能研修制度応用研修 1 単位が取得できます。

小郡三井医師会より

精神保健担当理事 柳 大三郎
会長 島田昇二郎

第1回かかりつけ医等発達障がい者地域包括支援研修（ハイブリッド開催） 開催要綱

1. 開催日時：令和7年2月23日（日）10：00～13：00
2. 開催形式：①会場参加＋②WEB参加のハイブリッド形式で開催
①会場：福岡県医師会館5階大ホール（福岡市博多区博多駅南2-9-30）
②ZOOMウェビナーによるWEB配信
3. プログラム：別紙のとおり
4. 対象者：医師、看護師、その他発達障がい者支援に携わる者等
5. 申込方法：令和7年2月17日（月）〆切

【①会場参加】

会場参加者申込用紙により福岡県医師会宛にFAX（092-411-6858）にてお申込み

【②WEB参加】

URL（https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_N9QF-jIRS2S0-IXI3B9aaA）

又は右記QRコードよりお申込み



6. 資料：当日の資料を開催の前日までに、下記の本会ホームページに掲載いたしますので、各自ダウンロードしていただきますようお願いいたします。会場受講者については、本会でご準備いたします。

福岡県医師会ホームページ＞お知らせ＞令和6年度第1回かかりつけ医等発達障がい者地域包括支援研修

7. 取得単位：会場参加及びWEB参加のいずれの場合でも、生涯教育講座3単位（CC：4、12）、日医かかりつけ医機能研修制度応用研修1単位が取得できます。
8. 修了証書：本研修修了者に対しては、本会より直接、福岡県知事名の修了証書を郵送いたします。

連絡・問合せ先

福岡県医師会地域医療課

TEL：092-431-4564 FAX：092-411-6858

E-Mail：fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp

第1回かかりつけ医等発達障がい者地域包括支援研修（ハイブリッド開催）

プログラム

開催日時：令和7年2月23日（日）10：00～13：00

開催形式：①会場：福岡県医師会館5階大ホール（福岡市博多区博多駅南2-9-30）

②ZOOMウェビナーによるWEB配信

時間	研修内容	講師	単位
10：00～11：00	発達障害のある子への療育（仮）	のぞえの丘病院 堀川 直希	CC12：1
11：00～12：00	女性の発達障害（仮）	産業医科大学病院神経精神科 秋山 麻耶	CC4：1
12：00～13：00	発達障害とジェンダー（仮）	のぞえ総合心療病院 矢野 庄一郎	CC12：1

＊ 日本医師会生涯教育講座単位 3単位（CC：4、12）

＊ 日医かかりつけ医機能研修制度応用研修 1単位

※会場で受講される方のみ、こちらの用紙を使用して下さい。

第 1 回かかりつけ医等発達障がい者地域包括支援研修
(ハイブリッド開催)

【会場参加者 申込用紙】

△と き 令和 7 年 2 月 23 日 (日) 10 : 00～13 : 00

△ところ 福岡県医師会館 5 階大ホール
(福岡市博多区博多駅南 2 - 9 -30)

1. フリ ガナ
氏 名 : _____

2. 生 年 月 日 : _____

3. 所属機関先 : _____

4. 職 種 : (医師・看護師・その他 (_____))

5. 医師の方のみお答え下さい。

ア・医師会会員 (所属医師会 : _____)

イ・医師会非会員

医籍登録番号 : _____

6. 住 所 : 〒 _____

※ (ご記入いただいた住所に修了証書を送付いたします。)