

(公印・割印省略)

20小介第966号
平成20年11月11日

小郡三井医師会
会 長 丸 山 泉 様



小郡市長 平 安 正 知
(介護保険課高齢者サービス係)

福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修の周知について（依頼）

平素より、本市の高齢者施策にご尽力賜り感謝申し上げます。

さて、福岡県において、別紙のとおり、かかりつけ認知症対応力向上研修が開催されます。お忙しい折、恐縮に存じますが、小郡三井医師会会員の方々への周知を宜しく願います。また、ご案内が遅れましたこと、深くお詫び申し上げます。

〒838-0198
小郡市小郡255-1
小郡市介護保険課高齢者サービス係
担当／牟田
Tel 72-2111（内線454）

小郡三井医師会より

介護保険・地域保健担当理事 名取一幸
介護保険副担当理事 廣瀬真恵
地域保健副担当理事 毛利康茂
会 長 丸 山 泉

出席者を医師会で取りまとめますので、11月20日（木）までに当医師会事務局へご連絡下さい。医師会非会員の先生については別紙により福岡県医師会へお申し込み下さい。

福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修 募集案内

福岡県では、かかりつけ医（高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医）を対象に、認知症に対する適切な診断知識・技術及び家族からの悩みを聞く姿勢を習得するための研修を下記のとおり実施します。

1 研修の位置づけ及び研修修了者名簿について

当該研修は、医療と介護が一体となった認知症支援体制構築の一環として位置づけられています。よって、当該研修修了者名簿については、研修修了者の同意を得た上で、市町村が設置する地域包括支援センターへの配布もしくは、ホームページへの掲載等により公に提供することによって、認知症の早期発見及び適切な治療へつなげることが求められています。本県においても、上記の方法で研修修了者名簿を提供する予定です。名簿の提供に関する研修修了者の意向については、別紙にて当日伺う予定ですので、ご理解とご協力をお願いします。

2 研修実施方法

福岡県より社団法人福岡県医師会へ委託

3 受講対象者

福岡県内（政令市除く）に所在する診療所及び病院に勤務する医師

4 研修日

平成20年11月30日（日）

5 研修会場

福岡県医師会館（福岡市博多区博多駅南 2-9-30）

6 申し込み方法

- ・ 医師会会員の方は各郡市医師会にお問い合わせ下さい。
- ・ 医師会非会員の方は、別紙「3-参加申込書（非会員用）」にて県医師会本部に直接申し込み下さい。 締切：平成20年11月20日（木）必着

【申し込み先（非会員用）】

県医師会本部（地域医療課）

電話 092-431-4564

FAX 092-411-6858

福岡市博多区博多駅南 2-9-30

*受講決定通知は行いません。定員オーバーで受講できない事態が生じた場合のみ、該当者にその旨連絡します。

7 研修カリキュラム

別紙参照

8 研修に関する問い合わせ先

福岡県高齢者支援課 施設整備係 電話 092-643-3249

福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修

平成20年11月30日(日) 10:00

1. 開 会

2. 挨拶

3. 福岡県における認知症支援体制について

福岡県保健医療介護部高齢者支援課

4. 研 修

	研 修 内 容	講 師 (予定)
I 「基礎知識」 編 10:30 ～11:30	・ 家族が最初に気づいた認知症高齢者の日常生活の変化 ・ 認知症の考え方 (DSM) ・ 認知症の中核症状と周辺症状 ・ アルツハイマー型認知症の典型例の経過 など	福岡県医師会 理事 大橋 輝明
II 「診断」 編 11:30 ～12:30	・ 認知症初期の発見のポイント ・ 中核症状のアセスメント (質問式) ・ 認知症の原因疾患の同定の手順 など	雁の巣病院 副院長 鹿井 博文
昼 休 み 12:30～13:30		
III 「治療とケア」 編 13:30 ～14:30	・ 早期発見・早期治療の意義 ・ 認知症患者・家族への対応や支援のあり方 ・ アルツハイマー型認知症への薬物療法 ・ 周辺症状に対する薬物療法と非薬物療法など	福岡県医師会 理事 瀬戸 裕司
IV 「連携」 編 14:30 ～15:30	・ 主治医意見書の役割 ・ かかりつけ医とケアマネージャーとの連携 ・ 認知症高齢者ケアの基本 など	福岡県医師会 常任理事 山内 孝
V 「権利擁護」 編 15:30 ～16:00	・ 認知症患者を取り巻く人権問題について など	地域包括支援センター 社会福祉士 篠原 博幸

5. 閉 会

FAX送信票

送信先	福岡県医師会 地域医療課 宛
	FAX: 092-411-6858

平成20年度かかりつけ医認知症対応力向上研修
参加申込書

【申込〆切:平成20年11月20日(木)】

△とき 平成20年11月30日(日) 10:00～

△ところ 福岡県医師会5階研修室

医療機関名	
連絡先	TEL: FAX:
参加者①	氏名:
参加者②	氏名:
参加者③	氏名:

※注意事項※

- ・福岡県医師会地域医療課宛に郵送又はFAXにてお申し込みください。
受講決定通知は行いません。
- ・定員を上回った場合、参加人数を調整させていただくことがありますので、あらかじめ御了承ください。お断りする場合のみ、11月27日までにその旨ご連絡いたします。

◆お問い合わせ◆

福岡県医師会

地域医療課 山下・王子野・大川内

TEL: 092-431-4564

FAX: 092-411-6858

かかりつけ医認知症対応力向上研修

研修修了者名簿の公表について

本日の研修を修了された方の研修修了者名簿の公表について、下記①②のいずれかにマル印をお願いします。

研修修了者名簿の公表に

① 同意する。

* 「①同意する」にマルをされた方は、同意する公表方法にマル印をお願いします。（複数回答可。）

ア) 地域包括支援センターへの名簿提供による公表

イ) 県および市町村のホームページへの掲載による公表

② 同意しない。

下記事項をご記入下さい。

尚、上記にて「①同意する」にマルをされた方の場合、公表される内容は、下記の事項となります。

氏名	
勤務先（診療所・病院名）	
勤務先 住所	
勤務先 電話番号	

☆ご協力ありがとうございました☆