



福岡医発第1213号(地)

平成21年 10月 2日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 横 倉 義 武

(公印省略)

平成21年度福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修の開催について

福岡県保健医療介護部及び福岡市保健福祉局より委託を受け、標記研修を別紙のとおり実施することとなりました。

高齢者が日頃受診する診療所等の主治医(かかりつけ医)に対し、適切な認知症診断の知識・技術や家族からの話しや悩みを聞く姿勢を習得するために本研修を実施することにより、認知症サポート医(推進医師)との連携の下、各地域において、認知症の発症の初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の方への支援体制の構築を図ることを目的とされています。

つきましては、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申し上げます。

当該研修修了者名簿につきましては、認知症支援体制構築の一環として、研修修了者の同意を得た上で、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を検討しております。研修者の意向につきましては、別紙4により研修当日に伺う予定です。

また、本研修は、映像配信によるサテライト研修を予定いたしておりますので、配信の希望の有無につきまして、平成21年10月20日(火)までに別紙1により本会地域医療課宛ご連絡いただきますようお願い申し上げます。

なお、

1) 本研修会の対象は、医師のみです。

2) 出席者(会員)につきましては、貴会にておとりまとめの上、別紙2(サテライト研修希望の場合は、別紙3)により平成21年11月2日(月)までに本会地域医療課宛メール(fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp)にてお送りいただきますようお願い申し上げます。

※修了証交付の関係上、生年月日が必要となりますので、出席者名簿に記入をお願いします。

なお、今回得た情報は、他には一切使用しないことを申し添えます。

3) 非会員につきましては、本会にて申し込み受付いたします。

※本会HP上に、非会員用の申し込み用紙(別紙5)を掲載いたします。

4) サテライト研修希望の医師会につきましては、約一週間前に、資料及び「研修修了者名簿の公表について」(別紙4)各医師会受講予定者数分を本会より送付いたします。

小郡三井医師会より

生涯教育担当理事 永田正和
会長 丸山 泉

かかりつけ医認知症対応力向上研修会が11月8日(日)午前10時より福岡県医師会館において開催されます。出席ご希望の方は10月15日(木)までに当医師会事務局へご連絡下さい。

福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修

平成21年11月 8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(予定)
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	田北メモリーメンタル クリニック 院長 田北 昌史
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 門司3 社会福祉士 篠原 博幸

5. 閉 会

福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修

△と き 平成21年11月8日(日)10:00

△ところ 福岡県医師会館

医師会

No.	氏 名	医療機関名	生年月日	備考
1			昭和 年 月 日	
2			昭和 年 月 日	
3			昭和 年 月 日	
4			昭和 年 月 日	
5			昭和 年 月 日	
6			昭和 年 月 日	
7			昭和 年 月 日	
8			昭和 年 月 日	
9			昭和 年 月 日	
10			昭和 年 月 日	
11			昭和 年 月 日	
12			昭和 年 月 日	
13			昭和 年 月 日	
14			昭和 年 月 日	
15			昭和 年 月 日	
16			昭和 年 月 日	
17			昭和 年 月 日	
18			昭和 年 月 日	
19			昭和 年 月 日	
20			昭和 年 月 日	
21			昭和 年 月 日	
22			昭和 年 月 日	
23			昭和 年 月 日	
24			昭和 年 月 日	
25			昭和 年 月 日	

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☆