



福岡医発第 1913 号

平成 24 年 11 月 5 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松 田 峻一良

(公印省略)

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

国の認知症地域医療支援事業に基づく標記事業について、今般、福岡県保健医療介護部より委託を受け、別紙 1 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。

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 により 平成 24 年 11 月 27 日（火）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) 当該研修修了者に対しては、福岡県知事名の修了証が交付されます。また、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やホームページへの掲載をいたします。

4) 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 3）を掲載いたします。

5) 当日は無料の託児室を設置いたします。利用をご希望の場合は、事前の申込みが必要となりますので、1 週間前までに本会へご連絡下さい。（Tel：092-431-4564 担当：宗村、浅尾）

小郡三井医師会より

精神保健担当理事 古川哲也
学術・生涯教育担当理事 権藤秀之
会長 蒲池 壽

上記研修会出席ご希望の方は、別紙にて当医師会事務局へ 11 月 21 日までにお申し込みください。

福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修

△と き 平成24年12月 2日(日) 10:00

△ところ 福岡県医師会館 5階

1. 開 会
2. 挨拶
3. 研 修

	研 修 内 容	講 師
I イン트로ダクション 10:15~10:30		福岡県医師会 常任理事 瀬戸 裕司
II 「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 石野 洋一
III 「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	御所ヶ谷ホームクリニック 院長 田中 耕太郎
昼 休 み 12:30~13:30		
IV 「連携」 編 13:30 ~14:30	・ 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 理事 山家 滋
IV 「治療とケア」 編 14:30 ~15:30	・ 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	聖ルチア病院 理事長 大治 太郎
VI 「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

小郡三井医師会宛(締切11月21日(水))

別紙 2

FAX73-1559

福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修

△と き 平成24年12月2日(日)10:00

△ところ 福岡県医師会館 5階研修室

医療機関名 _____

	氏名	備考
1		
2		
3		
4		
5		

FAX送信票

送 信 先	福岡県医師会 地域医療課 宛
	FAX : 092-411-6858

かかりつけ医認知症対応力向上研修
参加申込書（非会員用）

【申込〆切：平成24年11月26日（月）】

△と き 平成24年12月2日（日）10：00～
△ところ 福岡県医師会5階研修室

氏 名			
医療機関名			
所在地	〒		
連絡先	TEL :	FAX :	
生年月日	M・T・S	年	月 日

※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。
- ・修了証交付の関係上、生年月日が必要となりますので、ご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。
- ・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、12月27日にその旨ご連絡いたします。

◆お問合せ先◆

福岡県医師会地域医療課（森山・浜本）

TEL : 092-431-4564

FAX : 092-411-6858