



福岡医発第 2427 号

平成 26 年 1 月 14 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松 田 峻一良

(公印省略)

「事例から考える認知症の地域連携研修会」の開催について (ご案内)

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 のとおり標記研修を実施することとなりました。

本研修は、地域における認知症の人やその家族への支援体制の充実・強化及び認知症サポート医等の連携強化を図ることを目的として開催するものであります。

本会といたしましては、かかりつけ医と認知症サポート医はもちろんのこと、医療従事者と介護従事者の連携強化を図り、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができる地域社会」を福岡県全体で構築していきたいと考えております。

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) 本研修会は、平成 25 年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修及び福岡県認知症医療センター第 5 回研修会を兼ねております。
- 2) 認知症サポート医養成研修修了者には、本会より直接ご案内いたします。
- 3) 参加希望者につきましては、別紙 2 申込書にご記入の上、平成 26 年 1 月 27 日 (月)までに本会地域医療課宛 FAX (092-411-6858)にてお申し込みいただきますようお願い申し上げます。
- 4) 本会 HP 上に、プログラム (別紙 1) 及び参加申込書 (別紙 2) 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: 浅尾)

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 白石恒明  
精神保健担当理事 古川哲也

会長 蒲池 壽

参加お申し込みは、直接福岡県医師会へお願いいたします。

## 事例から考える認知症の地域連携研修会

△と き 平成 26 年 2 月 5 日 (水) 18 : 30 ~ 20 : 30

△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 - 3 0

1. 開 会

2. 挨拶

3. 福岡県認知症医療センターに関する報告

4. シンポジウム

### 『 認 知 症 の 医 療 連 携 で 困 っ た 事 例 』

座 長 : 久留米大学医学部神経精神医学講座講師 小 路 純 央

シンポジスト :

1) 「地域包括支援センターの立場から」

古賀市介護支援課包括支援センター係 阿 部 香 織

2) 「社会福祉士の立場から」

福岡県社会福祉士会理事 稲 吉 江 美

3) 「介護支援専門員の立場から」

福岡県介護支援専門員協会常任理事 財 部 三 枝 子

4) 「地域で活動する認知症コーディネーターの立場から」

大牟田市地域認知症サポートチーム

認知症コーディネーター 永 江 孝 美

5. 閉 会

■日本医師会生涯教育講座 2 単位 (CC : 11, 12, 13, 14)

■福岡県医師会、福岡県認知症医療センター、福岡県

■本研修会は平成 25 年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修及び福岡県認知症医療センター第 5 回研修会を兼ねております。

**FAX送信票**

|       |                               |
|-------|-------------------------------|
| 送 信 先 | 福岡県医師会 地域医療課 宛                |
|       | FAX : 0 9 2 - 4 1 1 - 6 8 5 8 |

# 事例から考える認知症の地域連携研修会 参加申込書

【申込〆切：平成26年1月27日（月）】

△と き 平成26年2月5日(水) 18:30~20:30

△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

※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。

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 氏名   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 所属   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 連絡先  | TEL :<br>FAX :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 職種   | <p>該当する番号に○をご記入下さい。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>1. 医師（福岡県医師会員・非会員）</p> <p>2. 歯科医師</p> <p>3. 薬剤師</p> <p>4. 看護師</p> <p>5. 保健師</p> <p>6. 社会福祉士</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>7. 介護福祉士</p> <p>8. 精神保健福祉士</p> <p>9. 介護支援専門員</p> <p>10. 行政職員（事務職員）</p> <p>11. その他<br/>( )</p> </div> </div> |

- ・受講決定通知は行いません。
- ・定員（200 名）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、1 月 29 日（水）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・富永）

TEL : 0 9 2 - 4 3 1 - 4 5 6 4

FAX : 0 9 2 - 4 1 1 - 6 8 5 8