



福岡医発第 1356 号 (地)

平成 26 年 8 月 8 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 のとおり開催することと致しました。

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していただくことで、認知症サポート医（推進医師）との連携の下、各地域における認知症の方への医療と介護が一体となった支援体制の構築が目的とされております。

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 26 年 11 月 7 日（金）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：浅尾）

小郡三井医師会より

精神保健担当理事 古川哲也
学術担当理事 権藤秀之
会長 廣瀬真恵

上記研修会出席ご希望の方は、別紙 2 にご記入いただき 10 月 31 日までに当医師会事務局へお申し込みください。FAX 7 3 - 1 5 5 9 非会員の方は別紙 3 により直接福岡県医師会へ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26年11月30日(日) 10:00

△ところ 福岡県医師会館5階 研修室2

1. 開 会
2. 挨拶
3. 研 修

	研 修 内 容	講 師
イントロダクション	10:15～10:30	福岡県医師会 常任理事 瀬戸 裕司
I「基本知識」編 10:30～11:30	・早期発見・早期対応の意義 ・認知症の判断基準 (DSM) ・認知症の中核症状と行動・心理症状 (BPSD) ・家族が最初に気付いた認知症高齢者の日常生活の変化など	見立病院 院長 林田 憲昌
II「診断」編 11:30～12:30	・認知症初期の発見のポイント ・外来時の対応 ・認知症診断の問診の方法 ・認知症の中核症状のアセスメント など	牧病院 理事長 牧 聡
昼 休 み 12:30～13:30		
III「連携」編 13:30～14:30	・認知症高齢者ケアの基本 ・認知症患者への支援体制～医療・介護・地域の連携～ ・サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割 ・ケアマネージャーとかかりつけ医の連携 など	木村医院 院長 木村 喜男
IV「治療とケア」編 14:30～15:30	・認知症の病気の説明 (告知) ・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の薬物療法 ・行動・心理症状 (BPSD) に対する対応 など	聖ルチア病院 理事長 大治 太郎
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	福岡県社会福祉士会 理事 稲吉 江美

4. 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26年11月30日(日)10:00

△ところ 福岡県医師会館 5階研修室

()医師会

No.	氏名	医療機関名	生年月日	医療機関住所	電話番号	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			

※出席者名は五十音順でお願いします。

※医療機関名は正式名称をご記入願います。

※生年月日及び電話番号は半角数字でご入力ください。

FAX送信票

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

福岡県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26年11月7日（金）】

△と き 平成26年11月30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、11月12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・浦）
TEL : 092-431-4564
FAX : 092-411-6858