



福岡医発第 1833 号 (付)
平成 28 年 9 月 23 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 (ご案内)

時下 貴職ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

今般、福岡県保健医療介護部より委託を受け標記研修会を別紙 1 のとおり開催することと致しましたのでご案内申し上げます。

本研修は、高齢者が日頃受診する診療所等の主治医 (かかりつけ医) が、適切な認知症診断の知識・技術及び家族からの話しや悩みを聞く姿勢を習得し、認知症サポート医 (推進医師) との連携のもと、各地域で認知症の方への支援体制を構築することを目的としております。

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) を貴会にておとりまとめのうえ、別紙 2 により **平成 28 年 10 月 20 日 (木) まで** に本会地域医療課宛メール (fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp) にて送付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うえで、本会ホームページへの掲載及び地域包括支援センターへ配布いたします。

4) 上記の修了証書により、日医かかりつけ医機能研修制度応用研修 1 単位を取得することができます。

5) 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。

※本会ホームページ上に、非会員用の申し込み用紙 (別紙 3) を掲載いたします。

6) 当日はお弁当を販売いたします。※500 円 (お茶付)

7) 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 週間前までに本会総務課へご連絡下さい。(Tel : 092-431-4564 担当 : 原)

小郡三井医師会より

精神保健担当理事 古川哲也
会長 白石恒明

上記研修会出席ご希望の方は、別紙 2 にて 10 月 13 日までに当医師会事務局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28年10月30日(日) 9:30

△ところ 福岡県医師会館5階大ホール

1. 開 会
2. 挨拶
3. 研 修

	研 修 内 容	講 師
イントロダクション	9:45~10:00	福岡県医師会 専務理事 瀬戸 裕司
I「かかりつけ医の役割」編 10:00~11:00	●認知症対応としてのかかりつけ医の役割 ●認知症の人と家族への支援の現状 ●専門医・専門医療機関・介護サービス諸機関との連携の重要性 など	箱田病院 院長 箱田 博之
II「診断と治療」編 11:00~12:00	●認知症の初期症状や日常生活上の行動の変化 ●認知症の診断の方法と手順 ●認知機能障害への薬物療法、行動・心理症状(BPSD)に対する対応 ●認知症の治療に関する本人や家族への対応・支援 など	大牟田保養院 院長 村田 浩
昼 休 み 12:00~12:45		
III「連携と制度」編 12:45~13:45	●認知症の人を地域の連携体制で支える仕組みとかかりつけ医の役割 ●介護保険制度で利用できるサービス など	行橋記念病院 院長 一甲 則男
IV「多職種との連携」編 13:45~14:45	●ケアマネージャーとかかりつけ医の連携 など	福岡県介護支援専門員協会 常任理事 松永 幸代
V「権利擁護」編 14:45~15:45	●成年後見制度・高齢者虐待防止法等 など	福岡県社会福祉士会 理事 稲吉 江美

4. 閉 会

小郡三井医師会宛（締切10月13日（木））

FAX73－1559

別紙 2

福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修

△と き 平成28年10月30日（日）9：30

△ところ 福岡県医師会館 5階研修室

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			

※医療機関名は正式名称をご記入願います。

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28年10月20日（木）】

△と き 平成28年10月30日（日）9：30～

△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、10月21日（金）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（厚地・梶原）

TEL : 092-431-4564

FAX : 092-411-6858