



福岡医発第1265号(地)
平成29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)

平成29年度第1回福岡県かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修
の開催について

今般、標記研修の開催につきまして、別添のとおり福岡県福祉労働部障がい福祉課より案内がありました。

本研修は、日常の診療の中で最初に発達障がいのある方を診療する機会の多いかかりつけ医に対し、発達障がいに関する国の研修を踏まえた対応力向上研修を実施し、日頃の診療に役立てていただくことを目的に開催されます。

研修の詳細につきましては、別紙開催要項等をご参照ください。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

小郡三井医師会より

障害福祉担当理事 古川哲也
会長 白石恒明

「公印省略」

29 障第 2044 号

平成 29 年 7 月 28 日

公益社団法人福岡県医師会会長 殿

福岡県福祉労働部障がい福祉課長
(自立支援係)

「平成 29 年度第 1 回福岡県かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修」
の後援及び周知について（依頼）

本県の障がい福祉施策の推進につきましては、平素より格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、福岡県では発達障がいに関し、必要な時期に必要な支援の構築を目指して、発達障がい者支援センターや発達障がい者支援拠点病院など機能強化に取り組んでいるところです。

そこで、日常の診療の中で最初に発達障がいのある方を診療する機会の多いかかりつけ医の方々に、標記研修を開催することとなりました。

つきましては、より多くの貴会会員の方のご参加をいただき、本県の発達障がいにおける施策の推進を図るために、貴会のご後援を賜るとともに貴会会員の方々への周知のご協力を賜りたく謹んでお願いいたします。

なお、県ホームページで公表している発達障がいの診断等を行っている医療機関リストにつきましては、別途案内を送付しておりますことを申し添えいたします。

連絡先

〒812-8577 福岡市博多区東公園 7 番 7 号

福岡県福祉労働部 障がい福祉課 自立支援係 担当：箆島（おさじま）

TEL：092-643-3263

FAX：092-643-3304

添付書類

- 1 「平成 29 年度第 1 回福岡県かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修」開催要項
- 2 「平成 29 年度第 1 回福岡県かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修」研修プログラム
- 3 「平成 29 年度第 1 回福岡県かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修」受講申込書

福岡県かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修

開催要項

- 1 目 的 本研修は、日常の診療の中で最初に発達障がいのある方の診療する機会の多いかかりつけ医の方々に、発達障がいに関する国の研修内容を踏まえた対応力向上研修を実施し、日頃の診療に役立てていただくことを目的に研修会を実施します。
- 2 実 施 主 体 福岡県（主管：国立大学法人九州大学 九州大学病院子どものこころの診療部）
- 3 日程及び会場 日程：平成29年9月17日（日）
（午前の部） 9：30～12：30（受付 9：00～）
（午後の部） 14：00～17：00（受付 13：30～）
※ 午前の部と午後の部の研修は同一内容です。参加可能は方をお申込み下さい。
開場：九州大学医学部 百年講堂中ホール3
（福岡市東区馬出3丁目1番1号）
※ 研修会場に専用駐車所がありません。公共交通機関のご利用をお願いします。
- 4 対 象 者 県内に勤務する内科医、小児科医、精神科医など
- 5 定 員 各60名（先着順）
- 6 受 講 料 無 料
- 7 研 修 内 容 別紙プログラムのとおり
- 8 申 込 み 先 「受講申込書」に必要事項を記入し、下記宛郵送若しくはFAXにて申し込み合ください。
（1）申込先 〒812-8577
福岡市博多区東公園7番7号
福岡県福祉労働部障がい福祉課
TEL：092-643-3263
FAX：092-643-3304
（2）送付書類 受講申込書
- 9 申 込 締 切 平成29年9月7日（金） ※必着
- 10 受 講 決 定 平成29年9月11日（月）にまでにFAXにて通知予定
- 11 問い合わせ先 福岡県福祉労働部 障がい福祉課 自立支援係 担当：^{おさじま}箴島
TEL：092-643-3263

平成 29 年度第 1 回福岡県かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修プログラム

○日 時：平成 29 年 9 月 17 日(日)午前の部 9:30～12:30 (受付 9:00～)
 午後の部 14:00～17:00 (受付 13:30～)

※ 午前の部・午後の部は同一内容の研修です。参加可能な方をお申込み下さい。

○会 場：九州大学医学部百年講堂中ホール 3

○住 所：福岡市東区馬出 3 丁目 1 番 1 号

時 間		研 修 内 容
午前の部	午後の部	
9:00～ 9:30	13:30～ 14:00	受付
9:30～ 9:40	14:00～ 14:10	開会の辞
9:40～ 11:00	14:10～ 15:30	伝達研修(80分) 「第12回発達障害地域包括支援研修:早期支援」 ～日常臨床における発達障がい児への早期対応～ 九州大学病院子どものこころの診療部 医師
11:00～ 11:10	15:30～ 15:40	休憩(10分)
11:10～ 12:00	15:40～ 16:30	発表(50分) 「(仮)発達障がいがある児への取組」 講師依頼中
12:00～ 12:10	16:30～ 16:40	質問(10分)
12:10～ 12:25	16:40～ 16:55	意見交換(15分) 研修全体を通しての質問 発達障がい支援に関する意見等
12:25～ 12:30	16:55～ 17:00	事務連絡(5分) アンケート及び相談用紙の記入

第1回福岡県かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修

受講申込書

申込先：〒812-8577

福岡市博多区東公園7番7号

福岡県福祉労働部 障がい福祉課

FAX：092-643-3304

フリガナ	
氏 名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生まれ
所 属 名	
性 別	男性 ・ 女性
申込の部	午前の部 ・ 午後の部
診 療 科 (該当するものに○)	()①小児科 ()②内 科 ()③精神科 ()④その他()
連 絡 先 (電話番号)	自 宅：TEL() - 所 属 先：TEL () - 携帯電話：() -
受講可否の送付先 (FAX及び郵送先住所) ※両方の記入をお願いします。	①FAX番号 () - ②送付先住所(自宅 ・ 所属 ・ その他()) 〒 - ()
備 考	*車いす席など、配慮が必要な事項がありましたらご記入ください

※この申込書に記載された個人情報については本研修の運営以外の目的では使用いたしません。