

関係機関 各位

福井県医師会長  
大中正光  
(公印省略)

### 平成29年度福井県かかりつけ医認知症対応力向上研修会の開催について

時下ますますご清勝のことと存じます。

この度、標記「かかりつけ医認知症対応力向上研修会」を下記により開催致しますので、是非ご出席くださいますようお願い申し上げます。

#### 記

#### 1. 開催日時および会場等

##### ★丹南会場

期 日	講 師	会 場
平成30年1月14日 (日)	午前9時30分～12時35分 講師：春江病院院長 土田 哲 先生	サンドーム福井 管理棟 「103+104 研修室」 越前市瓜生町 5-1-1 Tel 0778-21-3106

##### ★福井会場

期 日	講 師	会 場
平成30年1月21日 (日)	午前9時30分～12時35分 講師：福井大学医学部附属病院神経内科講師 林 浩 嗣 先生	福井県医師会館 2階 大ホール 福井市大願寺 3-4-10 Tel 0776-24-0387

## 2. 研修内容

かかりつけ医の役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医とは</li> <li>・早期発見・早期対応の意義</li> <li>・かかりつけ医に期待される役割</li> <li>・認知症高齢者の現状</li> <li>・認知症施策の方向性について</li> </ul>
診断・治療編	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の診断基準（DSM）</li> <li>・認知機能障害と行動・心理症状（BPSD）</li> <li>・家族が最初に気づいた日常生活の変化</li> <li>・認知症初期の発見のポイント</li> <li>・MCIの人への対応</li> <li>・認知症の間診とアセスメント</li> <li>・認知症と間違えやすい症状</li> <li>・認知症の治療とケア</li> <li>・認知症の説明（告知）と法的な取扱い</li> </ul>
連携と制度編	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携の意義と実際</li> <li>・認知症の人への支援体制</li> <li>・若年性認知症の特徴と現状</li> <li>・認知症の人と運転</li> <li>・認知症と成年後見制度</li> <li>・地域啓発のポイント</li> </ul>

## 3. 対象者 会員・非会員問わず、県内で勤務している医師（診療科名は問いません。）

※過去に本研修会を受講された先生方につきましても、受講は可能となっておりますので、是非ご受講くださいますようお願いいたします。

## 4. 修了証書の交付 全カリキュラムを受講することにより、福井県知事より修了証書を交付します。

## 5. 受講申込 平成30年1月4日（木）までに福井県医師会（FAX0776-21-6641）に別紙の受講申込書によりお申込み下さい。

## 6. 取得単位 日医生涯教育3単位（CC4:0.5単位、CC12:1単位、CC15:0.5単位、CC29:1単位） ※本研修会は地域包括診療料・加算の対象研修会となります。

### 【かかりつけ医認知症対応力向上研修会の目的とは】

高齢者が日頃より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や悩みを聞く姿勢を習得するための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人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

### 【担当】

福井県医師会事務局 中山

TEL 0776-24-0387

FAX 0776-21-6641

**平成29年度  
福井県かかりつけ医認知症対応力向上研修会申込書**

平成 年 月 日

標記の研修会を受講します。

郡市区等 医師会名			
医療機関名			
医療機関住所	〒	—	電話 番号
受講者氏名			
生年月日 (※)	西暦	年	月 日
医籍番号			

※修了証書の交付の際に必要なになりますのでご記入願います。

期 日	受講希望に○を付けて下さい
<b>丹南会場：サンドーム福井 管理棟 「103+104 研修室」</b> 日 時：平成30年1月14日（日） 午前9時30分より 研修内容：かかりつけ医認知症対応力向上研修	
<b>福井会場：福井県医師会館 2階大ホール</b> 日 時：平成30年1月21日（日） 午前9時30分より 研修内容：かかりつけ医認知症対応力向上研修会	

※地域の認知症の方およびその家族等の受診の利便性に資するために、「認知症対応力向上研修会」の研修修了者については、「医療機関名」「氏名」「住所」「電話番号」を掲載した研修修了者リストを作成し、市役所（町役場）や地域包括支援センターへの情報提供ならびに県のホームページでの公表を行っておりますが、このことについて同意していただけますか。どちらかに○をお付けください。

- 1 同意します                      2 同意しない

返信先：福井県医師会（FAX0776-21-6641） 締切日：平成30年1月4日（木）
---