

高医発第 123 号
令和 3 年 9 月 10 日

会員 各位

高知県医師会
会長 岡林 弘毅
(公印省略)

令和 3 年度高知県医師会かかりつけ医認知症対応力向上
研修会の開催について (ご案内)

時下ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、高知県医師会では、県と連携して認知症の状況に応じた地域の支援体制の構築に努めており、各地域におきまして、認知症の診療(早期発見等)に携わっている、かかりつけ医の先生をはじめ、医療従事者の皆様に認知症診断の知識や技術を修得する機会を設けております。

このたび、その一環として、県の委託を受けて、別紙 1 のとおり研修会を開催することとなりました。

つきましては、ご多用中のことと存じますが、お繰り合わせのうえ、研修会にご参加いただきますようよろしくお願い致します。

参加を希望される方は、別紙 2 の令和 3 年度高知県医師会かかりつけ医認知症対応力向上研修会申込書(高知県医師会 H P 掲載)にご記入のうえ、10 月 8 日(金)までに F A X またはメールにて高知県医師会事務局まで、お申込みくださいますようお願い致します。

なお、令和 3 年 9 月 10 日付高医発第 124 号にてご案内の通り、本研修会終了後同会場において、「令和 3 年度第 1 回かかりつけ医認知症対応力向上フォローアップ研修会」を開催致しますので、引き続きのご参加につきまして、ご検討くださいますようお願い致します。

【お問い合わせ申し込み先】

高知市丸ノ内 1 丁目 7 番 4 5 号

総合あんしんセンター 4 階

一般社団法人 高知県医師会

事務局 業務課 西森・中澤

TEL088-824-8366 FAX088-824-5705

e-mail:gakujiyutsu@kochi.med.or.jp

令和 3 年度高知県医師会かかりつけ医
認知症対応力向上研修会開催要領

1. 日時及び場所

メイン会場

【高知会場】

日時：令和 3 年 10 月 23 日（土）16：00～17：30
会場：総合あんしんセンター 3 階 大会議室
（高知市丸ノ内 1 丁目 7-45 TEL088-824-8366）
定員：90 名程度

サブ会場

【安芸会場】

日時：令和 3 年 10 月 23 日（土）16：00～17：30
会場：安芸郡医師会館
（安芸市庄之芝町 1-46 TEL：0887-35-4722）
定員：10 名程度

【幡多会場】

日時：令和 3 年 10 月 23 日（土）16：00～17：30
会場：幡多医師会館 「大ホール」
（四万十市右山字明治 383-8 TEL：0880-34-3086）
定員：50 名程度

【Web 会場】

日時：令和 3 年 10 月 23 日（土）16：00～17：30
※Web 会議入室用の ID、PW につきましては、お申込
いただいた先生にのみご案内させていただきます。
定員：80 名程度

2. 講演

メイン会場【高知会場】

サブ会場【安芸、幡多会場】 テレビ会議システムによる同時配信
【Web 会場】

16：00～17：30

演 題：「認知症診療の基本と最近の話題」

講 師：高知大学医学部神経精神科学教室

教授 數井 裕光 先生

- ※ 新型コロナウイルス感染症対策として、以下の事項にご理解・ご協力をお願い致します。
- ・ 会場入室前に体温測定を実施し、37.5 度を超過する方については、入場をお断りします。
 - ・ 発熱や咳など風邪の症状のある方、倦怠感等体調不良の方は、参加を自粛願います。
 - ・ 会場入室時は、マスク着用、消毒用アルコールによる手指消毒を徹底願います。
 - ・ 他者との間隔を確保するため、入場人員数を 90 名程度に制限させていただいております。
 - ・ 換気の為窓を開放いたしますので、体温調整にご留意ください。

3. 単 位 日 医 生 涯 教 育 講 座 1.5 単 位 （CC：29 認 知 能 の 障 害）

4. 対 象 高 知 県 医 師 会 会 員 、 看 護 師 、 医 療 従 事 者 等

FAX:088-824-5705

【別紙2】
令和3年 月 日

高知県医師会事務局 行

令和3年度高知県医師会かかりつけ医認知症対応力向上研修会申込書

申込締切 令和3年10月8日(金)

| | |
|--------|---|
| 参加希望会場 | 高知会場 ・ 安芸会場 ・ 幡多会場 ・ Web会場 ※Web会場をご希望の場合は、メールアドレスをお知らせください。 _____@_____ |
| 施設名 | |
| 施設所在地 | 〒 _____ |
| 職種 | 医師 ・ 看護師 ・ その他 (_____) |
| 氏名 | |
| 生年月日 | T ・ S ・ H _____ 年 月 日 (満 歳) |
| 主な診療科目 | ※医師のみ記入下さい。 |

《お問い合わせ先》

高知市丸ノ内1丁目7番45号 総合あんしんセンター4階
一般社団法人高知県医師会 事務局 業務課 担当：西森・中澤
TEL088-824-8366 FAX088-824-5705 mail:gakujyutsu@kochi.med.or.jp

(注) 医師の方は同意書に必ずご記入下さい。

同意書

- ※「かかりつけ医認知症対応力向上研修会」を受講される医師は、本人の同意があれば修了証番号、修了年月日、氏名、生年月日等を記入した名簿を高知県が管理することとなります。
- ※「かかりつけ医認知症対応力向上研修会」を修了された医師は、本人の同意があれば修了者リスト情報を高知県から各市町村が設置する地域包括支援センターへ情報提供し、ホームページなどで活用することとしております。

上記、情報提供に 同意する ・ 同意しない

(いずれかを○で囲んで下さい。)

令和3年 月 日

署名 _____