

平成 29 年 10 月 17 日

薬剤師 各位

(一社) 島根県薬剤師会
会長 陶山 千歳

「薬剤師の認知症対応力向上研修」の実施について

実施主体：島根県

研修対象者：島根県で勤務（開設を含む）する薬剤師

目的：高齢者が受診した際や受診後等に接する薬局・薬剤師に対し、認知症の本人とその家族を支えるために必要な基本知識、医療と介護の連携の重要性等を習得するための研修を実施することにより、認知症の疑いのある方に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の状況に応じた薬学的管理を適切に行い、認知症の方への支援体制構築の担い手となることを目的とする。

修了証書発行：島根県知事名にて修了証書を発行

研修修了者の告知：研修修了者は、地域包括支援センター等へ告知いたします。

日時：平成 29 年 12 月 10 日（日）13：30 ～ 17：00（3 時間 30 分）

場所：松江会場：サンラポーむらくも 浜田会場：いわみーる

研修内容

- | | |
|------------------------------|---|
| (1) 基本編① | 島根県健康福祉部高齢者福祉課 |
| (2) 基本編② 対応編① 「かかりつけ医の役割」 | <u>松江</u> ：地域型認知症疾患医療センター（安来第一病院） センター長 竹下久由 先生 <u>浜田</u> ：社会医療法人 清和会 西川病院 副院長 松本貴久 先生 |
| (3) 対応編② | 島根県薬剤師会 |
| (4) 制度編 「多職種連携」 | <u>松江</u> ：松江市社会福祉協議会 地域包括ケア推進課 <u>浜田</u> ：浜田市健康長寿課 専門企画員 竹本弘子氏 |

※修了証書に生年月日を記入しますので、申込書に記入して下さい。

※本研修会は、日本薬剤師研修センター単位取得予定です。
(非会員の方は、シール代 ¥100- が必要です。)

◆ 研修会に参加を申し込まれる方は、下記に必要事項をご記入ください。

参加会場（希望に○印） 松江会場 ・ 浜田会場

支部 _____ 施設名 _____
名前 _____ (会員・非会員) 生年月日 昭 _____ 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

送付先 F A X : 0852-26-5358

切 平成 29 年 11 月 15 日