

平成29年度沖縄県薬剤師認知症対応力向上研修（ご案内）

平成29年9月4日
沖縄県薬剤師会 会長 亀谷 浩昌
医薬分業対策委員会 委員長 西川 裕

時下 益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。標記の研修につきましては、昨年度より沖縄県が開催し、今年度より本会も沖縄県と主催することになりました。

ご多忙と存じますが、万障お繰り合わせの上、ご出席を賜りますようご案内申し上げます。資料等の作成準備のため、受講ご希望の薬剤師は、別紙の申込用紙にご記入のうえ、FAX もしくは郵送にてお申し出下さい。

なお、研修会のカリキュラムは昨年度と同内容になっており、昨年度に受講され、既に修了証書が交付された薬剤師への再交付はありませんので、ご留意ください。

募集要項

1 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、認知症の人本人とその家族を支えるために必要な基本知識や、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人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた薬学的管理を適切に行い、認知症の人への支援体制構築の担い手となることを目的とする。

2 主催 沖縄県・沖縄県薬剤師会

3 開催日時及び会場

(第1回) 日時：平成29年10月15日(日) 13:00～17:15 (受付12:30～)
会場：沖縄県薬剤師会館(南風原町字新川 218-10)

(第2回) 日時：平成30年 1月14日(日) 13:00～17:15 (受付12:30～)
会場：沖縄県薬剤師会館(南風原町字新川 218-10)

※第1回及び第2回の研修は同内容です。受講可能な日をお選び下さい。分割受講も可能です。

4 研修対象者

県内で勤務(開業を含む)する薬剤師。

5 受講料

無料(ただし、研修に参加するための旅費等は自己負担。)

6 申込方法

別紙申込書にてFAXまたは郵送により申込期日までに申し込むこと。

7 申込期限

(第1回) 平成29年 9月29日(金)まで

(第2回) 平成30年 1月 5日(金)まで

8 修了証書の交付等

- (1) 研修の全課程を受講した薬剤師に対しては、沖縄県知事名の「修了証書」を交付する。
- (2) 県は、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等を記入した名簿を作成し、管理する。
- (3) 県は、認知症の者及びその家族等の受診の利便性に資するため、研修修了者の同意を得たうえで、研修修了者のリスト等を作成し、地域包括支援センターへの配布や県のホームページに掲載する。

●研修内容

時間	内容	講師等
12:30～13:00	受付	
13:00～13:10	オリエンテーション	
13:10～13:40【30分】	I 基本知識 ・認知症施策の現状 ・薬局・薬剤師の役割 ・認知症の原因疾患の特徴と症例、軽度認知障害の理解 ・観察のポイント（アセスメント）	認知症サポート医 【第1回】 読谷村診療所 山城 正明 先生 【第2回】 北中城若松病院 認知症疾患医療センター 遠藤 一博 先生
13:40～13:45	質疑応答	
13:45～13:50	休憩（5分間）	
13:50～15:20【90分】	II 対応力 ①薬学的管理 ・認知症に使われる薬（効能・効果・副作用・作用機序） ・認知症治療薬の使用上の注意点 ・薬物以外の療法とケア ・服薬の継続管理のポイント ・認知症の人・家族への支援 II 対応力 ②気づき・連携 ・早期発見・早期対応や多職種連携の必要性と対応 ・カンファレンス等での薬局・薬剤師の役割 ・徴候からの気づき、服薬状況からの気づき、医師へのフィードバック	沖縄県薬剤師会 【第1回】 医薬分業対策委員会 中尾 滋久 先生 【第2回】 医薬分業対策委員会 中尾 滋久 先生
15:20～15:30	質疑応答	
15:30～15:40	休憩（10分間）	
15:40～17:10【90分】	III 制度等 ・地域包括ケアシステム、介護保険制度 ・医師やケアマネジャーが薬局・薬剤師に望むこと ・認知症ケアパス、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等の仕組み ・若年性認知症の現状と支援の制度 ・成年後見制度、高齢者虐待の現状	【第1回】 ・沖縄県高齢者介護福祉課 ・認知症地域支援推進員 那覇市地域包括 支援センター石嶺 比嘉 直美 先生 【第2回】 ・沖縄県高齢者介護福祉課 ・認知症地域支援推進員 那覇市地域包括 支援センター安里 清水 幸子 先生
17:10～17:20	質疑応答 アンケート記入	

- 本研修は、日本薬剤師研修センター認定研修2単位、日本病院薬剤師会生涯研修認定講座2単位として算定される。JPALS コードは、第1回 47-2017-0097-101、第2回 47-2017-0098-101

● 申込先・問い合わせ先

沖縄県薬剤師会事務局 〒901-1105 沖縄県島尻郡南風原町字新川218-10
TEL: 098-963-8930 FAX: 098-963-8932

(別紙)

平成29年度沖縄県薬剤師認知症対応力向上研修申込書

(第1回) 開催日時: 平成29年10月15日(日)13:00~17:15

研修会場: 沖縄県薬剤師会館(南風原町字新川218-10)

(第2回) 開催日時: 平成30年 1月14日(日)13:00~17:15

研修会場: 沖縄県薬剤師会館(南風原町字新川218-10)

勤務・所属先				
所在地	〒			
電話番号				
FAX番号				
受講者名 生年月日※ 及び 修了者リスト への 掲載同意 ※修了証書交付 の際に使用します	氏名	生年月日	修了者リストへの掲載	受講希望日 (希望日に○印)
			同意・拒否	第1回 (10/15) 第2回 (1/14)
			同意・拒否	第1回 (10/15) 第2回 (1/14)
			同意・拒否	第1回 (10/15) 第2回 (1/14)
			同意・拒否	第1回 (10/15) 第2回 (1/14)

※下記の期日までにFAXまたは郵送にてお申し込み下さい。

申込締切:(第1回)平成29年9月29日(金)まで

申込締切:(第2回)平成30年1月 5日(金)まで

沖縄県薬剤師会事務局

〒901-1105 南風原町字新川218-10

FAX : 098-963-8932