

平成 28 年 12 月 吉日

関係各位

鹿児島県認知症疾患医療センター
谷山病院 センター長 福迫 剛
パールランド病院 センター長 猪鹿倉 忠彦

平成 28 年度第 2 回認知症疾患医療連携協議会開催について(ご案内)

拝啓 霜寒の候、皆様におかれましては益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より認知症疾患医療センターの運営に格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、谷山病院認知症疾患医療センター・パールランド病院認知症疾患医療センター主催にて、
標記協議会（鹿児島・熊本地区）を下記の通り開催いたします。

つきましては、ご多用中誠に恐縮ではございますが、ご参加のほどよろしくお願い申し上げます。

別紙出欠票へご記入のうえ、平成 29 年 2 月 3 日までに FAX にてご返送下さい。

出欠票にアンケート欄を設けておりますので、ご記入をよろしくお願い致します。

敬具

記

- 1、開催日時 平成 29 年 2 月 20 日（月）13：30～15：00
- 2、開催場所 鹿児島市医師会館 3 階大会議室
住所：鹿児島市加治屋町 3 番 1 0 号 TEL：099-226-3737
- 3、内 容 ① 講演 「認知症初期集中支援チームでの活動について」（40 分程）
公益財団法人慈愛会 高麗町クリニック 院長 下本地 優 先生
講演 「認知症初期集中支援チームが介入しその後入院になった症例」（20 分程）
公益財団法人慈愛会 谷山病院 精神保健福祉士 住吉 亜紀美
② 各市町村より初期集中支援事業についての経過報告
③ その他（意見交換・実績報告等）
- 4、駐車場 駐車台数に限りがありますので、満車の際には近隣の有料駐車場をご利用下さい

以上

○会場地図



【お問い合わせ先】

谷山病院認知症疾患医療センター
TEL 099-269-4119(直通)
FAX 099-269-4169
E-mail taniyama-dementia@jiaikai.jp

送信票不要

平成 年 月 日

送信先：鹿児島県認知症疾患医療センター
指定医療機関 谷山病院 連携担当：春山 行幸
FAX番号 099-269-4169

送信者： _____

平成28年度 第2回認知症疾患医療連携協議会 参加出欠票

ご出席 ・ ご欠席 (どちらかに○印をご記入ください)

所属機関名 _____ 連絡先 _____

お名前 _____ 役職 _____

※平成29年2月3日(金)までに出席票のご返送をよろしくお願い致します

認知症疾患医療連携協議会 アンケート

1. 初期集中支援事業について

- (1) 市町村担当者の方 現在初期集中支援事業を実施中ですか？ はい / いいえ
市町村担当者以外の委員の方 初期集中支援チームとして活動したことがありますか？ はい / いいえ
- (2) 上記質問に「はい」と答えた方は、実際活動してみたの現状や課題、意見交換事項をご記入ください
「いいえ」と答えた方は、標記事業について準備状況、ご不明な点、意見交換事項をご記入ください

- (3) 今回講演をお願いしております下本地先生は、標記事業で実際にチーム員として活動されているため、先生に聞いてみたいことや意見交換事項等ありましたらご記入ください

2. 本協議会に関するご意見やご要望等ありましたらご記入下さい

ご協力ありがとうございました

鹿児島県認知症疾患医療センター 谷山病院・パールランド病院