

軽度認知障害ってなに？

気づきとその治療について学ぼう



認知症とは
違うの？

参加無料 定員100人

当日手話通訳あり

令和7年

1月25日(土)

受付13:30～

開演14:00～15:30

場所

朝倉市総合市民センター ピーポート甘木
第4・5学習室 (朝倉市甘木198番地1)

対象者

介護されているご家族や医療・介護職等、
認知症に興味のある方

申し込み
方法

電話またはチラシ裏面の申込書でFAX、メール
またはQRコード(Googleフォーム)にて
申し込みをお願いします。



講師

九州大学病院
精神科神経科
診療准教授

小原知之先生

主催:朝倉記念病院

福岡県認知症医療センター

共催:朝倉医師会

後援:福岡県、朝倉市、筑前町、東峰村

問い合わせ
申し込み先

朝倉記念病院 福岡県認知症医療センター

福岡県朝倉郡筑前町大久保500番地

☎0946-22-1014

Google
フォーム▶



FAX:(0946) 24-6446

e-mail: monowasure@uraume.jp

URL: https://uraume.jp

講師プロフィール

おはら とも ゆき
小原 知之

九州大学病院 精神科神経科 診療准教授

略歴

平成15(2003)年3月25日 九州大学医学部卒業
 平成15(2003)年5月16日 九州大学医学部附属病院 研修医(精神科神経科)
 平成17(2005)年5月16日 福岡県立精神医療センター 太宰府病院(医員)
 平成18(2006)年4月1日 佐賀県立病院 好生館 精神科(医員)
 平成19(2007)年4月1日 九州大学病院 精神科神経科(医員)
 平成19(2007)年4月1日 九州大学大学院医学研究院 病態医学専攻博士課程入学
 平成23(2011)年3月31日 九州大学大学院医学研究院 病態医学専攻博士課程卒業
 平成23(2011)年4月1日 九州大学大学院医学研究院 学術研究員
 平成23(2011)年7月1日 九州大学大学院医学研究院 精神病態医学 助教
 平成27(2015)年7月1日 九州大学大学院医学研究院 精神病態医学 助教/講師
 平成28(2016)年8月6日 ハワイ大学医学部 老年科 研究員
 平成29(2017)年1月23日 九州大学大学院医学研究院 精神病態医学 助教
 令和2(2020)年6月1日 九州大学病院 精神科神経科 講師
 令和3(2021)年4月1日 九州大学病院 精神科神経科 診療准教授
 現在に至る

資格

平成15年5月6日 医師免許証
 平成21年7月10日 精神保健指定医
 平成21年10月1日 日本精神神経学会精神科専門医
 平成28年6月22日 日本老年精神医学会専門医

所属学会

- 日本精神神経学会
- 日本生物学的精神医学会 評議員
- 日本老年精神医学会 評議員
- 日本児童青年精神医学会
- 日本認知症学会 代議員
- 九州精神神経学会

受賞歴

日本精神神経学会 第14回精神医学奨励賞、2012年5月
 日本生物学的精神医学会 第7回若手研究者育成プログラム 奨励賞、2018年9月

主要業績

- Ohara T, Tatebe H, Hata J, et al. Plasma biomarkers for predicting the development of dementia in a community-dwelling older Japanese population. *Psychiatry Clin Neurosci* 78:362-371, 2024.
 - Ohara T, Yoshida D, Hata J, et al. Serum soluble triggering receptor expressed on myeloid cells 2 as a biomarker for incident dementia: the Hisayama Study. *Ann Neurol* 85:47-58, 2019.
- その他 99報



会場

**朝倉市総合市民センター
 ピーポート甘木 第4・5学習室**

朝倉市甘木198番地1

アクセス

- 自動車 ● 大分自動車道甘木インターチェンジより車で5分
- 電車 ● 甘木鉄道甘木駅より車で5分、徒歩12分
 ● 西鉄甘木線甘木駅より車で5分、徒歩10分
- バス ● 甘木中央バス停より徒歩25分

参加申込書 (送付文は不要です)

送信先 **朝倉記念病院 福岡県認知症医療センター 前田・分藤 宛**

FAX 0946-24-6446

✉ **monowasure@uraume.jp**



Google
フォーム

記入できる範囲で、ご記入お願いいたします。

代表者 氏名				参加人数	人
居住地	<input type="checkbox"/> 朝倉市	<input type="checkbox"/> 筑前町	<input type="checkbox"/> 東峰村	<input type="checkbox"/> 福岡県内()	<input type="checkbox"/> 福岡県外()
電話番号 (代表者)	FAX番号 (代表者)				
当講演会を 知った経緯	<input type="checkbox"/> 朝倉記念病院ホームページ	<input type="checkbox"/> チラシ	<input type="checkbox"/> ポスター	<input type="checkbox"/> 友人・知人から紹介	<input type="checkbox"/> その他()