

「平成 27 年度認知症サポート医養成研修」募集要項

1. 目的

認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医（推進医師）を養成することにより、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の方への支援体制の構築を図る事を目的とする。

2. 日程

【第 1 回】愛知県（平成 27 年 8 月 8 日(土)～9 日(日)） ※締め切りました

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター—愛知県大府市森岡町 7 丁目 430 番地
あいち健康プラザ 愛知県知多郡東浦町大字森岡字源吾山 1 番地の 1 に変更

【第 2 回】東京都（平成 27 年 8 月 22 日(土)～23 日(日)） ※締め切りました

TKP ガーデンシティ PREMIUM 神保町 東京都千代田区神田錦町 3-22

【第 3 回】大阪府（平成 27 年 9 月 12 日(土)～13 日(日)） ※申込期限 7/28 県医必着

サンライズビル大阪イベントホール 大阪府大阪市中央区備後町 2-6-8

【第 4 回】北海道（平成 27 年 9 月 26 日(土)～27 日(日)） ※申込期限 8/17 県医必着

北海道看護協会 北海道札幌市白石区本通 17 丁目北 3 番 4 号

【第 5 回】東京都（平成 27 年 12 月 5 日(土)～6 日(日)） ※申込期限 10/13 県医必着

TKP ガーデンシティ PREMIUM 神保町 東京都千代田区神田錦町 3-22

【第 6 回】福岡県（平成 28 年 1 月 23 日(土)～24 日(日)） ※申込期限 11/24 県医必着

TKP 博多駅前シティセンター 福岡県福岡市博多区博多駅前 3-2-1

3. 研修時間・内容

●第 1 回・第 2 回・第 3 回・第 5 回

1 日目：13:00～18:40

「認知症サポート医の役割①」（講義）

「地域包括ケアシステムと認知症対策」（講義）

「認知症初期集中支援チームとチーム員の果たすべき役割」（講義）

「診断・治療の知識」（講義・演習）

2 日目：9:00～12:45

「認知症サポート医の役割②」（講義）

「認知症サポート医の役割」（DVD 視聴）

「ケアマネジメント・連携の知識」（講義）

「合同ワーキング」（演習）

●第4回

1日目：13:00～19:00

「認知症サポート医の役割①」（講義）

「診断・治療の知識」（講義・演習）

「ケアマネジメント・連携の知識1」（講義・演習）

「ケアマネジメント・連携の知識2」（講義）

2日目：9:00～11:45

「認知症サポート医の役割」（DVD視聴）

「ケアマネジメント・連携の知識2」（講義）

「認知症サポート医の役割②」（講義）

「グループワーク」（演習）

●第6回

1日目：13:00～19:00

「認知症サポート医の役割」（講義）

「診断・治療の知識」（講義・演習）

「ケアマネジメント・連携の知識1」（講義・演習）

2日目：9:00～11:45

「認知症サポート医の役割」（DVD視聴）

「ケアマネジメント・連携の知識2」（講義）

「グループワーク」（演習）

4. 研修受講費用

受講料（50,000円）は千葉県で負担、交通費は実費を本会にて補助いたします（交通費の補助は県医会員のみ）。

また、東京都以外の道府県で開催される研修に参加される場合は、受講料・交通費は自己負担となりますのでご了承ください。

5. 修了証書の発行

全課程の修了者に対し、修了証書が交付されます。

6. 申込方法

「認知症サポート医養成研修受講申込書」の受講者記入欄に記入のうえ、申込期限までに下記申込先へFAXもしくはメールにてご提出ください。

【申込先】

千葉県医師会 地域医療課（担当：風間）

TEL：043-242-9247（課直通）／ FAX：043-246-3142（代表）

E-mail：t.kazama@office-cma.or.jp

認知症サポート医養成研修受講申込書

【都道府県市担当者記入欄】

所在地	〒		
連絡先	電話番号		
	FAX		
	E-mail		
担当課		担当者名	

【受講者記入欄】

フリガナ 希望者氏名		性別	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 歳		
職場住所	〒		
職場名			
連絡先	電話番号		
	FAX		
免許	番号	第	号
	登録年月日	昭和・平成 年 月 日	
診療科(所属)			
職名			
研修に対する希望			
希望する日程	第 回		
受講料の負担	都道府県市 医師会 個人 その他()		
請求書送付先	郵便番号: 住所: 所属: 役職・氏名: 連絡先:		