

「平成 28 年度認知症サポート医養成研修」募集要項

(主催：国立長寿医療研究センター)

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. 研修対象者

- ①認知症サポート医養成研修実施要綱の第3条『研修対象者』（要約：千葉県と医師会と相談の上、条件を満たし適当と認めた医師）に該当する医師
- ②本研修終了後、県ホームページに氏名、医療機関名など公開が可能な医師
- ③本研修終了後、初期集中支援チームへの協力等、認知症サポート医として地域での活動に協力できる医師

3. 日程

【第1回】東京都（7月30日(土)～31日(日)） ※申込期限 6/17 県医必着

ガーデンシティ竹橋 東京都千代田区一ツ橋 1-2-2

【第2回】愛知県（8月27日(土)～28日(日)） ※申込期限 6/24 県医必着

日本ガイシフォーラム 名古屋市南区東又兵ヱ町5丁目1番地の16

【第3回】京都府（9月24日(土)～25日(日)） ※申込期限 7/8 県医必着

国立京都国際会館 京都市左京区宝ヶ池

【第4回】北海道（10月22日(土)～23日(日)） ※申込期限 7/29 県医必着

ガーデンシティ札幌駅前 札幌市中央区北2条西2丁目19番

【第5回】福岡県（12月10日(土)～11日(日)） ※申込期限 8/26 県医必着

ガーデンシティ博多新幹線口 福岡市博多区博多駅中央街5-14

【第6回】東京都（1月28日(土)～29日(日)） ※申込期限 10/7 県医必着

ガーデンシティ竹橋 東京都千代田区一ツ橋 1-2-2

4. 研修時間・内容

●第1回～第6回

1日目：13:00～19:00

- ・「認知症サポート医の役割①」（講義）
- ・「認知症サポート医の役割②」（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」（講義）

2日目：09:00～11:45

- ・「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」（講義）
- ・「グループワーク」（演習）

5. 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、第1回と第6回以外の研修に参加される場合は、受講料・交通費等は自己負担となりますのでご了承ください。

6. 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。

7. 申込方法

「認知症サポート医養成研修受講申込書」の受講者記入欄にご記入のうえ、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：江口）

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

E-mail：a.eguchi@office-cma.or.jp

認知症サポート医養成研修受講申込書

【都道府縣市担当者記入欄】

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	都道府縣市 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：		