

「平成 29 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（※以下、(1) ①もしくは②を満たし、かつ(2)を満たす医師)

(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」に該当する医師

① 地域において認知症の診療（早期発見等）に携わっている医師

② 本研修修了後、認知症地域医療支援事業実施要綱第1の1(2)「認知症サポート医の役割」を適切に担うことができる医師

[認知症サポート医の役割とは]

ア かかりつけ医等の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他の認知症サポート医との連携体制の構築

イ 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力

ウ 各都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医等を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師

(2) 本研修修了後、県の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) 過去に本研修を受講していない医師

(4) 本研修修了後、初期集中支援チームの医師としてチームの活動に従事できる医師

3. 研修会日程

※ 受講者の推薦は第1回及び第6回を対象としております。

	日程／会場	県医申込締切
第1回 東京	平成 29 年 8 月 5 日（土） 13:00～19:00 8 月 6 日（日） 9:00～11:45	6 月 7 日 必着
	ベルサール半蔵門 東京都千代田区麹町 1-6-4 住友不動産半蔵門駅前ビル 2F	
第6回 東京	平成 30 年 1 月 27 日（土） 13:00～19:00 1 月 28 日（日） 9:00～11:45	10 月 18 日 必着
	ベルサール半蔵門 東京都千代田区麹町 1-6-4 住友不動産半蔵門駅前ビル 2F	

第2回から第4回まで

	日程／会場	県医申込締切
第2回 福岡	平成29年9月9日(土) 13:00～19:00 9月10日(日) 9:00～11:45	6月30日 必着
	福岡ファッションビル 8F Aホール 福岡市博多区博多駅前2-10-19	
第3回 北海道	平成29年10月21日(土) 13:00～19:00 10月22日(日) 9:00～11:45	8月10日 必着
	札幌コンベンションセンター 特別会議場 札幌市白石区東札幌6条1丁目1-1	
第4回 京都	平成29年12月9日(土) 13:00～19:00 12月10日(日) 9:00～11:45	9月6日 必着
	都市勧業館みやこめっせ 京都市左京区岡崎成勝寺町9番地の1	
第5回 愛知	平成29年12月16日(土) 13:00～19:00 12月17日(日) 9:00～11:45	9月20日 必着
	TKPガーデンシティ PREMIUM 名駅西口 3F 名古屋市中村区則武1-6-3ベルグエオフィス名古屋	

4. 研修時間・内容(第1回から第6回まで)

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)

5. 研修受講費用

受講料 50,000円(原則自己負担。但し、2.の研修対象者の条件(1)～(4)をすべて満たす医師については、千葉県・千葉県医師会との協議により受講料・交通費等の助成対象となる場合がございます。)

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」の受講者記入欄に必要事項をご記入の上、申込み期限までに下記あて **FAX** にてお送りください。

国立長寿医療研究センターから受講が確定について連絡があり次第お知らせいたします。

【申込・問合せ先】

千葉県医師会 地域医療課

千葉市中央区千葉港4-1

TEL 043-242-4271 (代表)

242-9247 (直通)

FAX 043-246-3142

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			
募集要項2.研修対象者について該当するものに○をつけてください。			
	①認知症サポート医養成研修実施要綱第3条「研修対象者」に該当する医師〔募集要項をご参照ください。〕		
	②本研修終了後、県の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過去に本研修を受講していない医師		
	④本研修終了後、初期集中支援チームの医師としてチームの活動に従事できる医師		
希望する日程	第 回		
受講料の負担	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:		