

認知症サポート医養成研修受講申込書

【都道府県・指定都市担当者記入欄】

所在地	〒		
連絡先	電話番号	:	FAX
	E-mail	:	
担当部局			担当者名

【受講者記入欄】

ふりがな		性別	
希望者氏名			
生年 月 日	昭和 年 月 日	歳	
職 場 名			
診療科（所属）	:	職 名 :	
職場住所	〒		
テキスト・修了証書の送付先	〒		
連絡先	電話番号	:	FAX
	E-mail	:	
医師免許	医籍番号	第	号
	登録年月日	平成 年 月 日	
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	所属先
	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 TEL	:	
	E-mail	:	
請求書宛名(債務者)	:		

令和6年度認知症サポート医養成研修

受講後の役割に関する同意書

沖縄県知事 殿

私は、令和6年度認知症サポート医養成研修を受講するにあたり、県が定める推薦の要件を確認しましたので、研修修了後は下記の「認知症サポート医の役割」を担うことに同意します。

記

認知症サポート医の役割

- (1) かかりつけ医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（推進医師）との連携体制の構築
- (2) 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携体制づくりへの協力
- (3) 市町村が実施主体の認知症初期集中支援チームへの参加を求められた際の協力
- (4) 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」及び「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」及び各種認知症施策に係る研修会の企画立案や講師としての協力

以上

令和 年 月 日

医療機関名

氏 名 印



保 ケ 第 3 6 号
令和 6 年 5 月 1 日

沖縄県医師会長 殿

沖縄県保健医療介護部長
(公印省略)

令和 6 年度認知症サポート医養成研修受講者の推薦について (依頼)

本県の認知症施策の推進につきましては、日頃より御理解、御協力を賜り感謝申し上げます。

県では、医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図るため、かかりつけ医等への助言その他の支援や、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」を養成するため、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターに研修を委託して実施しているところです。

令和 6 年度の研修受講者を決定したいので、下記により研修受講者を御推薦いただきますようお願いいたします。

記

1 認知症サポート医養成研修について

(1) 認知症サポート医の役割

認知症サポート医は、次の役割を担う。

- 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 市町村が実施主体の認知症初期集中支援チームへの参加を求められた際の協力
- エ 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) 研修対象者

次のア又はイのいずれかの条件を満たし貴会が適当と認めた者。

- ア 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
- イ 1.(1)に掲げる認知症サポート医の役割を適切に担える医師

(3) 開催形式

- ・全ての開催回において、eラーニングシステムと会場での集合研修の複合型となります。
- ・eラーニングサイトで講義を受講し、学習理解度テストを受けていただきます。
- ・テストに合格した受講者を対象に残りの講義及びグループワーク等の集合研修を受講していただきます。

(4) 研修内容

「認知症サポート医の役割」、「診断・治療の知識」、「制度・連携の知識」、「学習理解度テスト」、「グループワーク」

(一部講義をeラーニングサイトにて各自で受講、テスト合格にてeラーニング修了・集合研修への参加が可能となります。)

(5) 費用負担

受講料 50,000 円 (消費税込み) は全額県が負担

なお、集合研修へ参加する際の旅費は全額自己負担となりますのであらかじめご了承ください。

(6) 受講スケジュール

①eラーニングシステム

受講決定通知後、グループワーク開催日の3日前までに受講を修了すること。

②会場での集合研修

下記日時のとおり

受講申込書に「希望する受講回」を記入してください。

グループワーク日時・場所等		
第1回	令和6年7月13日(土) 開催地:東京都(定員300名)	時間:集合研修は1日間 (午後、半日程度、概ね13:00~16:30頃) 場所:コングレスクエア羽田 東京都大田区羽田空港一丁目1番4号 羽田イノベーションシティゾーンJ
第2回	令和6年9月14日(土) 開催地:北海道(定員150名)	時間:第1回と同じ 場所:アスティホール 北海道札幌市中央区北4条西5丁目1 アスティ45 4F
第3回	令和6年10月19日(土) 開催地:東京都(定員350名)	時間:第1回と同じ 場所:砂防会館 東京都千代田区平河町2-7-4 砂防会館別館1階
第4回	令和6年11月30日(土) 開催地:大阪府(定員250名)	時間:第1回と同じ 場所:マイドームおおさか 大阪府大阪市中央区本町橋2番5号
第5回	令和7年1月18日(土) 開催地:福岡県(定員250名)	時間:第1回と同じ 場所:福岡ファッションビル 福岡県福岡市博多区博多駅前2丁目10-19 福岡ファッションビル7F

(7) 受講方法

受講者の決定後、eラーニングシステム受講について記載された案内を、県から受講者に送付します。案内が届きましたら、指示に従い受講を開始してください。

集合研修(グループワーク等)についての案内は、集合研修実施日の概ね1週間前までに受講者の方のメールアドレスに送付します。集合研修の案内が届きました受講者は、指示に従い、集合研修を受講してください。

eラーニングシステムの使用方法等、不明な点がありましたら下記事務局までご連絡く

ださい。

※なお、グループワーク開催日の3日前までにeラーニングによる講義を受講修了されなかった場合は、集合研修の受講はできませんのでご注意ください。

【事務局連絡先】

〒474-8511

愛知県大府市森岡町七丁目430番地

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター長寿医療研修センター

担当：大久保

TEL：0562-46-2311（内）2701

FAX：0562-45-5813

mail：ookubo-m@ncgg.go.jp

(8) 必要な機器・環境

eラーニングシステムおよびオンライン（Zoom）研修でご利用できる機器のバージョンと、必要な機器・環境等は以下の通りです。

◆ **eラーニングシステム**

以下のいずれかのブラウザがインストールされている環境

- ・ Chrome（最新版）
- ・ Microsoft Edge Chromium（最新版）
- ・ Safari（最新版）

※ スマートフォン、タブレット端末でも視聴できますが、推奨環境外ですのでご注意ください。

2 研修受講者の推薦手続き等

(1) 認知症サポート医養成研修受講生として御推薦いただきたい人数

令和6年度 15人程度

(2) 県に提出する書類

1の(2)の条件を満たし貴会が適当と認めた者について次のア及びイの書類を県に御提出ください。

ア 別紙様式「令和6年度受講申込書」

イ 令和6年度認知症サポート医養成研修受講後の役割に関する同意書

【県担当者】

沖縄県保健医療介護部 地域包括ケア推進課 地域包括ケア推進班

（担当者） 石川直希

（電子メール） ishikank@pref.okinawa.lg.jp

（電話番号） 098-894-2152

〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2 沖縄県保健医療介護部 地域包括ケア推進課 地域包括ケア推進班 （担当） 石川 直希 TEL 098-894-2152 FAX 098-862-6325 E-mail ishikank@pref.okinawa.lg.jp
