

# 令和3年度認知症サポート医養成研修受講者募集要項

## 1. 研修目的について

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ための研修です。

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て認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的としています。

研修は国立研究開発法人国立長寿医療研究センターが実施します。

## 2. 研修受講対象者

- (1) 原則として、沖縄県内の医療機関などに勤務する医師であって、地域において認知症の診療に携わり、かつ、研修終了後、県・市町村や県医師会が実施する事業への協力並びに県・市町村のホームページへの氏名などの公表及び地域包括支援センターへの情報提供について同意した者。
- (2) 下記の「3. 認知症サポート医の役割」に同意する者。

## 3. 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。

- (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との連携体制の構築に協力する。
- (2) 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携に協力する。
- (3) かかりつけ医や関係機関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や普及啓発推進事業に講師として協力する。
- (4) 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に協力する。

## 4. 受講料

- (1) 研修参加者のうち5名分の受講料(50,000円)を県で負担します。県で負担する方の選定については研修目的等に沿って選考の上、先着順と致します。
- (2) 申込の際に別紙にてサポート医としてどのような役割を担う予定か具体的に記載し、受講申込書と一緒に提出してください。別紙は各自で用意してください(様式は問いません)。
- (3) 特に県の公費負担を希望しない方については、受講料等各自で負担して参加可能です。

## 5. 申込方法(研修実施先への申込は県でまとめて提出します)

- (1) 「受講申込書」、「同意書」をダウンロードして必要事項を記入し、沖縄県高齢者福祉介護課まで FAX および郵送により申し込んでください。送信後は電話での確認をお願いします。

いします。

(2)公費負担を希望する場合は受講申込書の「研修に対する希望欄」の空きスペースに『公費負担希望』と記載してください。さらに本要項4(2)に記載した別紙を一緒に提出してください。

## 6. 研修内容・研修日程・申込期限

eラーニングシステムとZoomを利用した形式で開催します。

講義編：「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」(eラーニングサイトにて各自で受講、テスト合格にて終了・グループワーク：テーマに沿った意見交換 (Zoomによりライブで実施))

受講スケジュール

	研修日程	時間	申込期限
第1回	令和3年5月29日(土)	①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時	4月22日(木)
第2回	令和3年6月19日(土)	①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時	5月10日(月)
第3回	令和3年6月19日(土)	①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時	6月3日(木)
第4回	令和3年7月17日(土)	①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時	6月3日(木)
第5回	令和3年8月21日(土)	①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時	6月3日(木)
第6回	令和3年9月18日(土)	①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時	9月2日(木)
第7回	令和3年11月20日(土)	①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時	9月2日(木)
第8回	令和3年12月18日(土)	①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時	9月2日(木)
第9回	令和4年1月15日(土)	①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時	12月2日(木)

第10回	令和4年2月19日(土)	①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時	12月2日(木)
第11回	令和4年3月5日(土)	①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時	12月2日(木)

## 7. その他

沖縄県医師会の推薦を受けて、県に申し込む方は、この要項の対象外とします。

## 8. 申込先、問い合わせ先

沖縄県子ども生活福祉部高齢者福祉介護課

地域ケア推進班 担当 島袋 Tel : 098-866-2214 FAX : 098-862-6325

Mail : shmbkrik@pref.okinawa.lg.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】

ふりがな 氏名		性別	
生年月日	昭和・平成	年	月 日 歳
職場住所 (テキスト・修了証書の送付先)	〒		
職場名			
連絡先	電話番号		
	FAX		
	E-mail (グループワークの案内の連絡先)		
	緊急連絡先 電話番号 (グループワーク当日に 連絡が取れるもの)		
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	第一希望	第 回	10時～12時 14時～16時 17時～19時
	第二希望	第 回	10時～12時 14時～16時 17時～19時
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:		

# 令和3年度認知症サポート医養成研修

## 受講に関する同意書

沖縄県知事 殿

私は、令和3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講師としての協力

以上

令和 年 月 日

医療機関名

氏 名 印