



沖医発第1056号F
令和 5年10月16日

地区医師会長 殿



令和5年度認知症サポート医養成研修受講者（後期）の推薦について（ご依頼）

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、沖縄県子ども生活福祉部長より、標記研修受講者の推薦依頼が別添の通り届いております。

本件は、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」の養成を目的とした、研修会を受講頂く医師を推薦頂きたい旨の依頼となっております。

本研修を受講頂きました医師は、本県において、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（推薦医師）との連携体制の構築や、本県で開催される「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」等、各種認知症施策に係る研修会の講師等の役割を担って頂く事となっております。

つきましては、ご多忙の折誠に恐縮に存じますが、本研修の主旨をご理解頂き、貴会より本研修受講を希望される医師を、別紙様式と同意書にご記入の上、下記の提出期限までに本会宛 FAX（098-888-0089）にて、ご推薦くださいますよう宜しくお願い申し上げます。

なお、研修受講費用 50,000 円は県が負担する形となっております。

記

- 令和5年度認知症サポート医養成研修受講者（後期）の推薦について（依頼）

（令和5年10月5日（子高第267-2号））

※提出期限

	グループワーク日時	書類提出期限
第5回	令和5年12月16日（土）	令和5年10月26日（木）
第6回	令和5年12月17日（日）	令和5年10月26日（木）
第7回	令和5年 1月21日（土）	令和5年11月24日（金）
第8回	令和5年 2月18日（土）	令和5年12月11日（月）

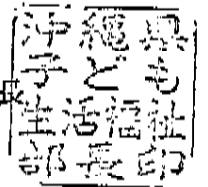
沖縄県医師会事務局庶務課：宮城、崎原
TEL：098-888-0087/FAX：098-888-0089
shomu@ml.okinawa.med.or.jp



子 高 第 267-2 号
令和 5 年 10 月 5 日

沖縄県医師会長 殿

沖縄県子ども生活福祉部長



令和 5 年度認知症サポート医養成研修受講者（後期）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 5 年度（後期分）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 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

- ・第 7 回は e ラーニングシステムと集合型（大阪）の形式となります。
- ・第 5 回、第 6 回、第 8 回は e ラーニングシステムと Zoom を利用したオンライン形式となります。
- ・e ラーニングサイトで講義を視聴し、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 Zoom を利用したライブでのグループワークを実

施します。

(4) 研修内容

- ・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、テスト合格にて修了・グループワークへの参加が可能となる）
- ・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）

(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、大阪での集合型研修へ参加する場合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

①講義編（e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グループワーク

下記日時のとおり

受講申込書に「希望する受講回・時間帯」を記入してください。

グループワーク日時		
第5回	令和5年12月16日(土) ※オンライン研修	①9時30分～11時30分 ②13時～15時 ③16時～18時
第6回	令和5年12月17日(日) ※オンライン研修	第5回と同じ
第7回	令和6年1月20日(土) ※集合型研修(大阪)	13時～16時30分
第8回	令和6年2月10日(土) ※オンライン研修	第5回と同じ

※グループワークの定員は、1日あたり180名とする。（第5回、第6回、第8回は原則各時間帯60名×3回）

(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、講義編の受講を開始してください。

グループワークについての案内は、グループワーク実施日の概ね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。グループワークの案内が届きました受講者は、指示に従い、グループワーク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日前までに講義編（eラーニング）を受講修了されな

かった場合は、グループワークの受講はできませんのでご注意ください。
※別添「グループワーク参加までの流れ」もあわせてご確認ください。

【事務局連絡先】

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 大久保
TEL : 0562-46-2311 (内線 2701)

(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。

◆ オンライン (Zoom) 研修

下記の機器・環境等については、事前に使用可能な状態であることをお試してください。

- ・ パソコン・・・安定した通信環境でインターネットに接続できるパソコン
事前に Zoom アプリ (無料) をインストールしてください。
- ・ 音声出力・・・講師の声を聴くために使用
(イヤホン/パソコン内蔵や付属スピーカー/ヘッドセット/マイクスピーカーなど)
- ・ 音声入力・・・受講者同士の演習での話し合いなどで使用
(パソコン内蔵や付属スピーカー/ヘッドセット/マイクスピーカーなど)
- ・ カメラ・・・受講者同士の演習での話し合いなどで使用
(パソコン内蔵や付属のカメラ/USB 接続の Web カメラなど)
- ・ インターネット回線・・・通信の安定性のため有線接続を推奨します。Wi-Fi でも安定していれば可能。

※別添「2023 オンライン研修における事前連絡注意事項」もあわせてご確認ください。

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 5 年度後期 7 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 5 年度受講申込書」

イ 令和 5 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

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	〒 900-8570 沖縄県那覇市泉崎1-2-2		
連絡先	電話番号	: 098-866-2214	FAX : 098-862-6325
	E-mail	: ishikank@pref.okinawa.lg.jp	
担当部局	沖縄県子ども生活福祉部 高齢者福祉介護課	担当者名	石川

【受講者記入欄】

ふりがな 希望者氏名				性別
生年月日	昭和 年 月 日			歳
職場住所 (テキスト・修了証書の送付先)	〒			
職場名				
診療科(所属)	:		職名	:
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) :			
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	9時30分～11時30分	13時～15時	16時～18時
受講料の負担	<input type="radio"/> 都道府県市	<input type="radio"/> 医師会	<input type="radio"/> 所属先	<input type="radio"/> 個人	<input type="radio"/> 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	:			
請求書宛先(債務者)	:				

令和5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5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