



福岡医発第 686 号 (地)
令和 5 年 6 月 6 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

認知症サポート医養成研修受講者の推薦について (お願い)

今般、標記研修につきまして、福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課より受講者の推薦依頼が参りました。

本研修は、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターが厚生労働省から委託を受け、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を構築することを目的に、平成 17 年度より実施されております。

本件について、6 月 1 日開催の全会第 7 回全理事会において協議の結果、貴会より「福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修」における伝達講習の講師の受諾等、下記「1. 募集要件」を十分にご理解の上、適任者がいらっしゃる場合はご推薦を賜りたく、何卒ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 本研修は、eラーニングシステムと Zoom を利用したオンライン形式で開催されます。事前に eラーニングシステムによる講義を受講後、グループワークに参加いただきます。
- 2) グループワークの日程は、前期・後期に分けて開催されます。前期日程が応募者多数により受講できなかった場合は、後期日程が福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課より示され次第、全会より貴会を通じ、日程の再調整を行います。
- 3) 受講申込について、別紙の受講申込書に推薦理由をあわせてご記入の上、7 月 6 日 (木) (必着)までに全会地域医療課宛メールにてご回報ください。(受講申込書送付先メールアドレス: fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp)

※ 受講申込書のデータが必要な場合は、上記メールアドレスまでご連絡下さい。

小郡三井医師会より

介護保険担当理事 柳 大三郎
会長 島田昇二郎

上記研修受講ご希望の方は、6 月 26 日 (月) までに当医師会事務局へお申し出ください。

※ 推薦者が無しの場合もその旨ご連絡をいただきますようお願いいたします。

- 4) 本件については、県内の認知症医療センター（以下、センター）宛てにも通知いたしております。貴会管内におけるセンターとご協議の上、ご推薦を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

記

1. 募集要件

次の条件をいずれも満たす医師

- (1) 福岡県内に勤務し、福岡県医師会員である医師
- (2) 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
- (3) 認知症サポート医の役割を適切に担える医師
 - 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
 - ② 他の認知症サポート医との連携体制づくり
 - ③ 地元医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携体制づくりに積極的に参画
 - ④ 福岡県医師会における認知症施策に関する研修会の企画立案及び講師の受諾
 - ⑤ 福岡県内認知症施策に積極的に参画
- (4) 貴会対象地域（市町村）における認知症初期集中支援チームのチーム員たる要件を満たす医師（下記①または②に該当する医師）
 - ① 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師
 - ② 認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有する医師（認知症疾患医療センター等の専門医と情報提供等の実績がある場合）

2. 開催形式

eラーニングシステムとZoomを利用したオンライン形式。

3. 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。）

4. 受講スケジュール

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。

※グループワークについては、1日3回枠が設けられています。別紙の受講申込書に第三希望まで希望時間帯を記載いただきますが、1日あたり180名の定員（各時間帯につき60名×3回）となりますので、ご希望に添えないこともあります。予めご了承ください。

○グループワーク受講スケジュール【前期日程】

日程		時間帯①	時間帯②	時間帯③
第2回	9月16日(土)	9:30～11:30	13:00～15:00	16:00～18:00
第3回	10月21日(土)	9:30～11:30	13:00～15:00	16:00～18:00
第4回	11月18日(土)	9:30～11:30	13:00～15:00	16:00～18:00

※後期日程は、未定。

5. 研修受講料

研修受講料（50,000円）については、福岡県が負担いたします。

以上

福岡県医師会地域医療課 宛
Mail:fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp

令和5年度認知症サポート医養成研修受講申込書

医師会名: _____

ふりがな 希望者氏名						性別	
所属医師会							
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					
グループワーク希望日程(第1希望)		第 回		9時30分～11時30分		13時～15時	16時～18時
グループワーク希望日程(第2希望)		第 回		9時30分～11時30分		13時～15時	16時～18時
グループワーク希望日程(第3希望)		第 回		9時30分～11時30分		13時～15時	16時～18時
研修に対する希望							
推薦理由							