



福島医発第 1613 号 (地)

平成 27 年 9 月 11 日

小郡三井医師会

会長 廣 瀬 真 恵 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 松 田 峻一良

(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支援課より受講者の推薦依頼が参りました。

本研修は、独立行政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。特に今後 3 年間は、従来のサポート医の役割に加えて、市町村での総合事業実施に伴う「認知症初期集中支援チーム」の構成員となるサポート医を養成する必要があります。

本件について、平成 27 年 9 月 10 日開催の本会第 19 回全理事会において協議の結果、貴会より適任者 1 名をご推薦いただくことといたしましたので、ご高配賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 推薦にあたりましては、研修の趣旨に基づき、下記「募集要件」等を十分ご理解のうえ、承諾いただける医師のご推薦をお願いいたします。
- 2) 受講申込について、別紙様式にご記入の上、10 月 23 日 (金)までに本会地域医療課宛 F A X (092-411-6858) にてご回報下さい。
- 3) 研修参加に要する受講料及び旅費 (勤務地 (病院等) ~会場) については、福岡県が負担することとなっております。
- 4) 何らかの理由で全課程を修了できなかった受講者が不足分を別会場にて受講する場合、別会場分の旅費は支給されませんので予めご了承ください。
- 5) 要件を満たす医師がいない場合は、早急に本会地域医療課へその旨ご連絡ください。
- 6) ご不明な点等ございましたら本会地域医療課宛 (Tel : 092-431-4564 担当 : 厚地・吉武) ご連絡ください。

記

1. 開催日時・場所

と き 平成 27 年 1 月 23 日（土）13：00～19：00

24 日（日）9：00～11：45

ところ TKP 博多駅前シティセンター

〒812-0011 福岡市博多区博多駅前 3-2-1

2. 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）下記対象地域（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）

3. 対象地域（本年度中及び来年度より認知症初期集中支援チームを設置予定としている市町村）

・大刀洗町

別 紙

福岡県医師会地域医療課 宛
FAX : 092-411-6858

認知症サポート医受講申込書

フリガナ 希望者氏名			性別	
生 年 月 日		昭和 年 月 日		
職 場 住 所		〒 ー		
職 場 名				
連絡先	電話番号			
	F A X			
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				
研修に対する要望				

※推薦者が複数名の場合はコピーしてご利用下さい。