



福岡医発第 1042 号 (地)

平成 30 年 7 月 7 日

小郡三井医師会

会長 島田 昇二郎 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、平成 30 年 6 月 28 日開催の本会第 11 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託等、下記「募集要件」を十分にご理解の上、承諾いただける適任者 2 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お願い申し上げます。

なお、

- 1) 受講申込について、別紙様式に推薦理由をあわせてご記入の上、7 月 25 日 (水)までに本会地域医療課宛 (FAX: 092-411-6858) にてご回報ください。
- 3) 研修受講料 (50,000 円) 及び旅費 (勤務地 (病院等) ~研修会場間) 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。予めご了承ください。
- 5) 要件を満たす医師がいない場合、その他ご要望がある場合は、本会において推薦枠を再度協議いたしますので、7 月 17 日 (火)までに必ず本会地域医療課までご連絡ください。

記

1. 開催日時・場所

△と き 平成30年11月17日（土）13：00～19：00

18日（日）9：00～11：45

△ところ 福岡ファッションビル（福岡市博多区博多駅前2-10-19）

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）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）

別 紙

福岡県医師会地域医療課 宛
FAX : 092-411-6858

認知症サポート医養成研修受講申込書

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				