

令和6年9月6日

郡市区等医師会長 様

大阪府医師会長

中 尾 正 俊

(公 印 省 略)

令和6年度「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の開催について (お願い)

平素は本会事業に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本年も認知症地域医療支援事業の一環として、大阪府および大阪市より事業委託を受け、標記研修を開催いたします。

つきましては、公務ご多端のところ誠に恐縮でございますが、貴会会員にご参加いただきたく、ご周知の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

(※開催案内は、府医ニュース9月4日号にも掲載しております)

受講を希望される方は、別紙受講申込書に必要事項を記入の上、10月4日(金)までに、大阪府医師会地域医療2課までFAX(06-6765-3737)にてお申込みください。

なお、今年度より、大阪府医師会館での会場受講のみとさせていただきますことをご了承いただければと存じます。

※本研修について

- ①受講者には、大阪府知事・大阪市長が交付する「修了証書」を、後日、所属医療機関宛に送付いたします。
- ②日医「かかりつけ医機能研修制度 応用研修(1単位)」が取得できます。
- ③地域包括診療加算および地域包括診療料の施設基準における「認知症に係る適切な研修」に該当。

<事務局> 大阪府医師会 地域医療2課(松下)
〒543-8935 大阪市天王寺区上本町2-1-22
TEL 06-6763-7002/FAX 06-6765-3737

※貴会(地区医師会)が実施主体となって標記研修を開催していただくことも可能です。詳細等は上記にご連絡願います。

令和6年度 かかりつけ医認知症対応力向上研修

1. 日 時：令和6年10月12日（土）午後2時～5時30分
2. 場 所：大阪府医師会館 2階ホール
3. 対 象：大阪府医師会員（医師のみ）
4. 会場定員：300名
5. 位置付け：
 - （1）大阪府・大阪市 かかりつけ医認知症対応力向上研修事業
 - （2）大阪府医師会生涯研修システム登録研修会：3.5単位
 - （3）日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修：1単位
 - （4）地域包括診療加算および地域包括診療料の施設基準における「認知症に係る適切な研修」に該当
6. 主 催：大阪府、大阪市、大阪府医師会
7. 修了証書の交付
研修修了者には、後日、大阪府知事、大阪市長より修了証を発行。受講申込書に記載の医療機関へ送付。

《 次 第 》

- | | | |
|------|---|--------|
| 挨拶： | 大阪府医師会 理事 | 前川 たかし |
| 座 長： | 府医「介護・高齢者福祉委員会」委員
医療法人双樹会 守上クリニック 院長 | 守上 賢策 |
| 内 容： | | |
-
- （1）「認知症対応力向上研修 基本知識編」（60分/CC29）
大阪市認知症疾患医療センター（連携型）
医療法人圓生会 松本診療所 院長 松本 一生
 - （2）「認知症対応力向上研修 診療における実践編」（60分/CC29）
大阪市立弘済院附属病院 精神神経科部長 河原田 洋次郎
 - （3）「認知症対応力向上研修 かかりつけ医の役割編」（30分/CC04）
府医「介護・高齢者福祉委員会」委員
医療法人福雅会 サギス中クリニック 院長 塚本 雅子
 - （4）「認知症対応力向上研修 地域・生活における実践編」（60分/CC13）
大阪公立大学大学院 生活科学研究科
認知症ケア・施策学講座 特任教授 中西 亜紀
 - （5）質疑応答

府医会館での受講用

大阪府医師会 地域医療2課行 (FAX: 06-6765-3737)

「令和6年度 かかりつけ医認知症対応力向上研修」

受講申込書【府医会館での受講用】

日時: 令和6年10月12日(土) 午後2時～5時30分

場所: 大阪府医師会館 2階ホール

①医療機関名: _____

②医療機関所在地: 〒 _____

ふりがな

③名 前 : _____

※修了証書に印字のため、名前の表記は新字体・旧字体を正確にご入力ください。

(例: “高橋” の場合、“高” ではなく “高” と記入。)

④生年月日: (和暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

※修了証書に記載されます。

⑤医籍登録番号 :

--	--	--	--	--	--

⑥所属地区医師会: _____

⑦連絡先TEL: _____

連絡先FAX: _____

※必要事項をご記入の上、**10月4日(金)までに**、大阪府医師会地域医療2課までFAX (06-6765-3737) にてお申込みください。

※受講票などの発送はありません。当日は直接会場にお越しください。