令和４年８月 23 日

府内郡市区等医師会長　様

大阪府医師会長
茂 松　茂 人
（公印省略）

令和４年度 認知症サポート医養成研修【後期】（オンライン開催）
受講者の募集について（依頼）

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、標記について、大阪府より推薦依頼がございました。
認知症サポート医は、かかりつけ医等への認知症診断等に関する相談や地区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などの役割を担う医師です。
つきましては、公務ご多用のところ、誠に恐縮ですが、認知症サポート医の役割を理解した上で、標記研修の受講を希望される貴会会員の推薦をお願いしたく存じます。
別添の受講申込書および受講希望調書を記入の上、９月２９日(木)までに、メール（n-matsushita@po.osaka.med.or.jp）にて地域医療２課 松下宛にご回報くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

１．日　　程：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。
ｅラーニングシステムのテスト合格をもって、グループワークの参加が可能となります。

②グループワーク（Ｚｏｏｍにて実施）
※下記時間帯よりいずれか１回を受講

第６回	令和４年１１月１９日（土）	各日につき、下記３回実施
第７回	〃　１２月１７日（土）	①１０時～１２時
第８回	令和５年１月２１日（土）	②１４時～１６時
第９回	〃　２月１８日（土）	③１７時～１９時

※グループワークについての案内は、開催日の概ね１週間前までに受講申込書に記載のメールアドレスに送信されますので、ご留意ください。

２．受講費用：原則、受講者負担。なお、受講希望調書に基づき、各市町村の認知症施策への参画状況等を勘案した上で、大阪府が受講費用（後期５０名程度分）を負担。申込者多数の場合は、大阪府と大阪府医師会が協議の上、受講者を決定。

３．受講申込：締切日までに受講申込書および受講希望調書をメールにて提出
※受講申込書および受講希望調書はデータ入力の上、ファイル形式（Excel、Word）のままご提出願います。

※「受講申込書」の「受講料の負担」欄および「請求書送付先」欄については、自己負担となった場合の「受講料の負担者」および「請求書送付先」をご記入頂きますよう、お願い申し上げます。

４．そ の 他：複数名の申し込み可。

受講決定の通知は、大阪府より各受講申込者宛に送付されます。

※グループワークの定員は１日１４７名であり、各時間帯４９名×３回とされており、ご希望に添えない場合がございます。予め、ご了承ください。

※別添資料に記載のオンライン受講に伴う必要機器等をご準備いただく必要がございます。

＜事務局＞
大阪府医師会地域医療２課（松下、吉田）
TEL：06-6763-7002/FAX：06-6765-3737
ﾒｰﾙ：n-matsushita@po.osaka.med.or.jp

令和4年度　認知症サポート医養成研修受講に当たってのお知らせ

1　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いたします。

2　開催日程

eラーニングシステム：受講決定通知を受け取られましたら、自分の参加されるグループワーク開催日の3日前までに受講修了してください。

グループワーク：下記日時のとおりです。

~~第5回　令和4年10月15日(土)~~
~~①10時～12時　②14時～16時　③17時～19時~~
第6回　令和4年11月19日(土)
①10時～12時　②14時～16時　③17時～19時
第7回　令和4年12月17日(土)
①10時～12時　②14時～16時　③17時～19時
第8回　令和5年1月21日(土)
①10時～12時　②14時～16時　③17時～19時
第9回　令和5年2月18日(土)
①10時～12時　②14時～16時　③17時～19時

※グループワークについては1日3回枠を設けており、受講申込書にて第二希望まで希望時間帯を登録いただきますが、1日あたり147名の定員（各時間帯につき49名×3回）を設定しておりますので、ご希望に添えないこともあります。ご了承ください。

3　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、各都道府県市を通して受講者に送付いたします。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いたします。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連絡願います。

※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留意ください。

4　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・環境等は以下のとおりです。

◆　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注意願います。

◆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。

５　資料について
テキスト等研修に係る資料は、受講決定後、申込書に記載された住所に発送いたします。

６　受講料
受講料は、50，000円（消費税込み）です。
受講料については、グループワークまで修了された方に、後日当センター事務局より請求書を発行郵送いたしますので、銀行振込にてお支払いをお願いいたします。請求書については受講申込書に記載いただいた請求書送付先にお送りいたします。
受講料の負担者がわからない場合は、都道府県市の担当者にお問い合わせ願います。

７　修了証書
グループワークまで修了された方に後日郵送によりお送りいたします。
なお、1課程でも未履修の場合修了証書を交付することができませんので、承知おきください。

８　研修に関する留意事項等
・申し込み後、受講確定後にお知らせするeラーニングシステム及びZoomのURL等は厳重に管理してください。他人に知らせたり、外部に公開したりすることは止めてください。
・受講者は、研修の映像・音声を録画・録音等するなどして複製、外部への公開や二次利用するなどの行為は禁止します。
・グループワークではパソコンは1人1台準備してください。複数人で1台のパソコンを共有しての受講は出来ません。
・グループワークでのZoom の使用や操作については、各自で対応をお願いいたします。可能な範囲で情報提供に努めますが、当日のグループワークの直前や開催中は、対応できない場合があります。
・グループワークにおいて受講者氏名、ビデオ画像は講師及び事務局、他の受講者に共有されますのでご了承ください。
・グループワークのセッションの一部を録画させていただきます。参加確認の意味もありますのでグループワーク中はビデオオンにてお願いします。録画内容は個人が特定できる形で公開されたり、他者に提供されたりすることはありません。

９　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　鈴木
TEL：0562－46－2311（内線2705）

グループワーク参加までの流れ

研修1か月前　研修1週間前　研修3日前　研修当日

① 参加希望日を選び、申込する

② E-ラーニングへの登録、テキスト、CD-R、DVDを受け取る

③ E-ラーニングを開始し、テストを合格する

④ (Zoom)招待メールを受信する

⑤ 事前接続テストを実施する

⑥ グループワークに参加する

※研修当日の2週間前になっても何も連絡がない場合、お申込みした機関へお問い合わせください。

認知症サポート医養成研修の受講申込みにあたっての留意事項

下記の内容をご確認いただいた上で、別紙の受講希望調書にご記入ください。

【認知症地域医療支援事業実施要綱　抜粋（厚生労働省老健局長通知）】

１　認知症サポート医養成研修

（１）目的

認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医等への助言その他の支援を行い、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人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

（２）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

（４）研修対象者

実施主体の長が、都道府県・指定都市医師会と相談の上、下記のいずれかの条件を満たし適当と認めた医師とする。

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　「（２）認知症サポート医の役割」を適切に担える医師

なお、本研修修了後には（２）の役割を担うことについて、各医師に対して十分な説明を行い、了承を得るものとする。

（７）修了証書の交付等

ウ　実施主体の長は、研修修了者の情報について、各都道府県医師会及び指定都市医師会と連携し、本事業実施要綱第７「普及啓発推進事業」等を活用し、研修修了者の同意を得た上で、研修修了者のリスト等を作成・更新し、各市町村や各市町村が設置する地域包括支援センターに配布するなど、管内の認知症の人及びその家族等の受診の利便性に資するものとする。

認知症サポート医養成研修　受講希望調書

<table>
<tr><td>受講希望者氏名（ふりがな）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>受講希望者生年月日</td><td colspan="4">昭和　・　平成　　年　　月　　日　（　　）歳</td></tr>
<tr><td>医療機関名</td><td colspan="2"></td><td>主たる診療科</td><td></td></tr>
<tr><td>医療機関住所</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td></td><td>FAX</td><td></td></tr>
<tr><td>メール</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所属医師会名
※未入会の場合は、「未入会」に○をおつけください。</td><td colspan="4">＿＿＿＿＿＿＿＿医師会　　／　　未入会</td></tr>
<tr><td rowspan="2">大阪府ホームページでのサポート医名簿公表及び市町村への情報提供について
※□にチェックを付けてください</td><td colspan="4">大阪府ホームページで以下の項目を公表することに同意します　□
（氏名、医療機関名、医療機関住所、電話番号）</td></tr>
<tr><td colspan="4">市町村・地域包括支援センターに以下の項目を情報提供することに同意します　□
（氏名、医療機関名、医療機関住所、電話番号、主たる診療科）</td></tr>
</table>

１．現在の活動について、実施しているものにチェックを付けてください。

□　地域において認知症の診療（早期発見等）を行っている

□　各地域医師会と地域包括支援センターの事業等に協力している

□　認知症地域支援推進員等からの相談を受け、医療的見地からの助言を行っている

□　認知症の人を専門医療機関につなぐための関係機関との調整を行っている

□　市町村等が開催する、認知症の人への支援を行う関係者の会議へ出席し助言等を行っている（例：地域ケア会議、サービス担当者会議等）

□　市町村等が企画する、認知症に関連するイベントや研修等に協力している（例：認知症セミナー、認知症サポーター養成研修、認知症カフェ等）

□　認知症ケアに携わる多職種協働のための研修会に参加・協力している（例：ライフサポート研修）

□　認知症初期集中支援チームの専門医として、活動している。

□　市町村等で嘱託医等として、活動している。

2．専門医等の状況について、該当するものにチェックをしてください。

□　日本老年精神医学会が定める専門医

□　日本認知症学会の定める専門医

□　認知症疾患の鑑別診断等の専門医療に５年以上の臨床経験がある

□　認知症疾患の診断・治療に５年以上従事している

上記のチェック内容は、事実と相違ありません。

令和　　年　　月　　日

医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

No.
別紙様式

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	〒 540-8570 大阪市中央区大手前2丁目1番22号		
連絡先	電話番号　：　06-6944-7098	FAX　：　06-6941-0513	
	E-mail　：　S106900G06@gbox.pref.osaka.lg.jp		
担当部局	大阪府福祉部高齢介護室介護支援課　認知症・医介連携グループ	担当者名	山田

【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 ※希望の開催回を選択し、希望時間帯に「○」を選択してください。	第一希望　第　回	10時～12時	14時～16時	17時～19時
	第二希望　第　回	10時～12時	14時～16時	17時～19時
受講料の負担	都道府県市	医師会	所属先	個人	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)　：		