

令和7年9月1日

郡市区等医師会長 様

大阪府医師会長
加 納 康 至
(公印省略)

令和7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。

(※本研修の開催案内は、府医ニュース9月3日号にも掲載いたします。)

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3日(金)までに、大阪府医師会介護福祉課までFAX(06-6765-3737)にてお申込みください。

※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、申込書に記載の医療機関に送付いたします。
- 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 介護福祉課(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

令和7年度 かかりつけ医認知症対応力向上研修

1. 日 時：令和7年10月11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人間福祉学分野
認知症ケア・施策学講座 特任教授 中西 亜紀
- （5）質疑応答

大阪府医師会 介護福祉課行 (FAX: 06-6765-3737)

「令和7年度 かかりつけ医認知症対応力向上研修」

受講申込書

日時: 令和7年10月11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: ※修了証書は申込書に記載の医療機関へ後日郵送いたします。

〒 _____

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・旧字体を正確にご記入ください。

(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3日(金)までに、大阪府医師会介護福祉課まで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。