

令和5年6月8日

府内各地区医師会長 様

大阪府医師会長
高井 康之
(公印省略)

令和5年度 認知症サポート医養成研修【前期】第2回～4回（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、大阪府より案内がございました。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。

受講を希望される方は、別添の受講申込書を記入の上、7月13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、貴会会員への周知方ご高配のほど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）
※各回よりいずれか1回を受講 下記①②③のいずれかで受講

第2回	令和5年9月16日（土）	}	①9時30分～11時30分
第3回	令和5年10月21日（土）		②13時～15時
第4回	令和5年11月18日（土）		③16時～18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、ご注意ください。
2. 受講費用：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（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で受講費用を負担する受講者を選考。選外の方は受講料（50,000円[税込]）が自己負担となります。
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」をご記入いただきますよう、お願い申し上げます。
4. その他：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日当たり180名です（各時間帯60名×3回）。
※別添資料の「令和5年度サポート医養成研修募集要項【前期】」を必ずご確認ください。

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

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 大阪府中央区大手前3丁目2番12号別館7階		
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 林

【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	第	回	9時30分~11時30分	13時~15時 16時~18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)	:				

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
適当と認められた医師とする。

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

受講希望者氏名 <small>ふりがな</small>			
受講希望者生年月日	昭和	・平成	年 月 日 () 歳
医療機関名		主たる診療科	
医療機関住所	〒		
連絡先	電話番号		FAX
	メール		
所属医師会名 <small>※未入会の場合は、「未入会」に○をおつけください。</small>	_____ 医師会 / 未入会		
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 <small>※□にチェックを付けてください</small>	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 <input type="checkbox"/> (氏名、医療機関名、医療機関住所、電話番号)		
	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 <input type="checkbox"/> (氏名、医療機関名、医療機関住所、電話番号、主たる診療科)		

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： _____