

事務連絡

平成20年6月19日

各病院長様

社団法人滋賀県病院協会長

平成20年度認知症サポート医（推進医）養成研修受講者について  
（参加者募集）

さて、このことにつきましては、県健康福祉部元気長寿福祉課から、県医師会を通じ受講者を募集（診療所の先生方を対象）されておりましたが、今年度につきましては、別紙写しのとおり病院勤務の医師の派遣もお願いしたいとの要請から県医師会を通じ当協会に照会がありました。

つきましては、各病院において下記条件を満たす医師で、希望者がおられましたら当協会までお申込みください。

先着順で5名まで受付いたします。

記

1. 提出書類・・・別紙様式1

受講申込書には必ず、希望する日程をご記入ください。

1. 対象・・・下記のいずれかを条件を満たす医師とします。

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  
（病院勤務の医師を含む）

イ 認知症サポート医の役割を担える医師

1. 推薦人員・・・7名 内訳（医師会2名・病院協会5名）

※国立長寿医療センターへの応募者が定員を越えた場合は、受講者の調整が行われますのであらかじめご了承ください。

1. 書類の送付先・・・滋賀県病院協会事務局

FAX 番号 077-525-5859

1. 書類の締切日・・・平成20年6月30日（月）

FAX 送付枚数・・・11枚(本文含む)



## 5. 研修日程および場所

第2回 平成20年9月6日(土) 13:00～18:50  
～9月7日(日) 9:00～12:00

東京都千代田区丸ノ内1-7-12  
東京ステーションコンファレンス

第3回 平成20年11月8日(土) 13:00～18:50  
～11月9日(日) 9:00～12:00

福岡市博多区博多駅前2-8-11  
チサンホテル博多

第4回 平成20年12月13日(土) 13:00～18:50  
～12月14日(日) 9:00～12:00

京都市上京区新町通今出川下る徳大寺殿町345  
ホテルレジーナ京都

第5回 平成21年2月21日(土) 13:00～18:50  
～2月22日(日) 9:00～12:00

東京都 (会場未定)

## 6. 受講費用

受講費用、旅費については、県が負担します。

ただし、京都会場につきましては近隣のため、県の旅費規程により、原則、宿泊料がお支払いできませんので、ご了承をお願いいたします。

## 7. 本県における認知症サポート医(推進医)の役割(案)について

| ア 認知症サポート医  | イ 認知症サポート医(推進医)                            |
|---|--|
| 認知症高齢者・家族支援センターおよび老人性認知症センター等の医師                                | 地域医師会の医師等(病院勤務の医師を含む)                      |
| 認知症患者の診療に習熟し、研修における講師やかかりつけ医への支援・助言を行い、地域のネットワークづくり支援等を行う医師とする。 | 会員医師へ研修の呼びかけや、地域の連携、ネットワークづくりの推進役となる医師とする。 |

滋賀県健康福祉部元気長寿福祉課

認知症対策担当 古谷

TEL 077-528-3522

FAX 077-528-4851

## 平成20年度国立長寿医療センター認知症サポート医養成研修募集要項

### 1 目的

認知症患者の診療に習熟し、かかりつけ医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(推進医師)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の構築を図ることを目的とする。

### 2 研修対象者

「認知症対策等総合支援事業の実施について」の一部改正について(平成20年5月15日付老発第0515002号厚生労働省老健局長通知)における(別添1)の実施要綱の第1「認知症サポート医養成研修事業」の1 認知症サポート医養成研修(4)のとおり。

### 3 研修受講者数

1回あたり100名程度

### 4 受講手続

#### (1) 必要書類

受講申込書(別紙様式1)

#### (2) 手続

都道府県又は指定都市(以下「都道府県等」という。)は、都道府県等医師会と相談の上、研修対象者の選考を行った後、国立長寿医療センターに申込期日までに(1)の必要書類を送付すること。

#### (3) 申込期限

|      |       |          |    |
|------|-------|----------|----|
| 第1回: | 平成20年 | 6月10日(火) | 必着 |
| 第2回: | 平成20年 | 8月1日(金)  | 必着 |
| 第3回: | 平成20年 | 10月3日(金) | 必着 |
| 第4回: | 平成20年 | 11月7日(金) | 必着 |
| 第5回: | 平成21年 | 1月16日(金) | 必着 |

#### (4) 受講者の決定

国立長寿医療センターは、都道府県等より推薦された研修対象者の受講が決定した場合は、速やかに都道府県等にその旨を通知する。

#### 5 研修日時

- 第1回：平成20年 7月 5日(土) 13時～18時50分  
平成20年 7月 6日(日) 9時～12時
- 第2回：平成20年 9月 6日(土) 13時～18時50分  
平成20年 9月 7日(日) 9時～12時
- 第3回：平成20年11月 8日(土) 13時～18時50分  
平成20年11月 9日(日) 9時～12時
- 第4回：平成20年12月13日(土) 13時～18時50分  
平成20年12月14日(日) 9時～12時
- 第5回：平成21年 2月21日(土) 13時～18時50分  
平成21年 2月22日(日) 9時～12時

※ 時間は変更になる可能性あり

#### 6 研修会場

別添(1)のとおり

#### 7 研修内容

- 初 日「基礎知識」編、「診断」編、「治療とケア」編  
「認知症サポート医養成研修事業の位置づけとサポート医への期待」  
「推進医師の役割とかかりつけ医研修」
- 2日目「連携」編  
「小グループ討議」

#### 8 研修受講費用・全課程修了者(都道府県等負担)

50,000円

納入方法については、研修会終了後、国立長寿医療センターよりの納入告知書により、債務者が期日までに支払う。

#### 9 修了証書の交付

修了証書は、全課程の修了者に対して交付する。

何らかの理由で全課程を修了出来なかった受講者は、不足分を別会場にて受講した際に修了者とみなす。

10 申込先・問い合わせ先

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾36-3

国立長寿医療センター

運営局 調査・政策医療企画課 担当：村松

TEL：0562-46-2311 (内) 2505

FAX：0562-48-2373

Mail：muram@ncgg.go.jp

11 その他

申込順に受付を行い応募者が定員を超えた場合には、受講者の調整を行う。

## 認知症サポート医養成研修受講申込書

## 【県・政令市担当者記入欄】

|     |      |      |  |
|-----|------|------|--|
| 所在地 | 〒    |      |  |
| 連絡先 | 電話番号 |      |  |
|     | FAX  |      |  |
| 担当課 |      | 担当者名 |  |

## 【受講者記入欄】

|               |       |       |       |
|---------------|-------|-------|-------|
| フリガナ<br>希望者氏名 |       | 性別    |       |
| 生年月日          | 昭和    | 年     | 月 日 歳 |
| 職場住所          | 〒     |       |       |
| 職場名           |       |       |       |
| 連絡先           | 電話番号  |       |       |
|               | FAX   |       |       |
| 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            |       |       |       |
| 研修に対する希望      |       |       |       |
| 備考            |       |       |       |

※ 希望する日程 第( )回 を希望する。

認知症サポート医養成研修受講申込書

【県・政令市担当者記入欄】

|     |      |      |  |
|-----|------|------|--|
| 所在地 |      | 〒    |  |
| 連絡先 | 電話番号 |      |  |
|     | FAX  |      |  |
| 担当課 |      | 担当者名 |  |

【受講者記入欄】

|  |                       |       |       |
|--|-----------------------|-------|-------|
| フリガナ   | アイチ タロウ               | 性別    | 男     |
| 希望者氏名  | 愛知 太郎                 |       |       |
| 生年月日   | 昭和 25 年 4 月 1 日       |       | 58 歳  |
| 職場住所   | 〒441-0001 ○○市△△町100番地 |       |       |
| 職場名  | 医療法人社団○○会△△医院         |       |       |
| 連絡先  | 電話番号                  |       |       |
|  | FAX                   |       |       |
| 免許   | 番号                    | 第     | 号     |
|  | 登録年月日                 | 昭和・平成 | 年 月 日 |
| 診療科(所属)  | ○○科                   |       |       |
| 職名等  | 院長                    |       |       |
| 研修に対する希望   |                       |       |       |
| 備考   |                       |       |       |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     研修受講者の個人負担の場合<br/>請求書の送付先をご記入下さい。                 </div> |                       |       |       |

※ 希望する日程

第( )回を希望する。



別 添 (1)

平成20年度認知症サポート医養成研修会場

第1回 仙台 (7月5日(土)、6日(日))  
KKRホテル仙台(仙台共済会館)  
〒980-0012 仙台市青葉区錦町1-8-17  
TEL 022-225-5201  
FAX 022-265-7701

第2回 東京 (9月6日(土)、7日(日))  
東京ステーションコンファレンス  
〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-7-12  
TEL 03-6888-8080  
FAX 03-6888-8062

第3回 福岡 (11月 8日(土)、9日(日))  
チサンホテル博多  
〒812-0011 福岡市博多区博多駅前2-8-11  
TEL 092-411-3211  
FAX 092-473-8323

第4回 京都 (12月13日(土)、14日(日))  
ホテルレジナ京都  
〒602-0932 京都市上京区新町通今出川下る徳大寺殿町345  
TEL 075-431-1123  
FAX 075-431-1153

第5回 東京 (2月21日(土)、22日(日))  
会場未定

# 国立長寿医療センター認知症サポート医養成研修要綱

## 第1章 総 則

### (目的)

第1条 認知症患者の診療に習熟し、かかりつけ医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（推進医師）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の構築を図ることを目的とする。

## 第2章 認知症サポート医養成研修事業

### (認知症サポート医養成研修事業)

第2条 認知症サポート医養成研修事業は、「認知症対策等総合支援事業の実施について」の一部改正について」（平成20年5月15日付老発第0515002号厚生労働省老健局長通知）（別添1）の「認知症地域医療支援事業実施要綱」の第1（以下、「認知症サポート医養成研修事業」という。）に基づく研修である。

### (研修対象者)

第3条 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 「認知症サポート医養成研修事業」の（2）認知症サポート医（推進医師）の役割を適切に担える医師

なお、本研修終了後は「認知症サポート医養成研修事業」の（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。

### (研修内容)

第4条 認知症サポート医（推進医師）として必要な、

- ア かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修の企画立案に必要な知識及び効果的な教育技術
- イ 地域における認知症高齢者を支えるために必要な介護分野の知識、地域医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携づくり並びに連携を推進するために必要な知識・技術などの修得に資する内容とする。

(研修期間)

第5条 研修期間は、原則として研修1回につき2日間とする。

(研修受講者数)

第6条 研修受講者数は、研修1回につき100名程度とする。

(研修受講手続)

第7条 別に定める研修募集要項において定める。

(研修受講者の遵守事項)

第8条 研修受講者は、センターの諸規則を遵守しなければならない。

(研修の取り消し)

第9条 総長は、研修受講者が前条の規定に違反する等研修受講者としてふさわしくない行為があった場合は、厚生労働省と協議し研修の受講を取り消すことができる。

2 5条に規定する日数以外の受講者に対しても前項と同様とする。但し、後日、不足日数分を受講した者はこの限りではない。

3 総長は、第1項及び第2項の規定により、研修受講者が前条の規定に違反する等研修受講者を推薦した都道府県又は指定都市（以下「都道府県等」という。）の長に通知するとともに、その理由を付し厚生労働省へ報告し、研修受講者を推薦した都道府県等の長に通知するものとする。

(修了証書の交付)

第10条 総長は、全課程研修修了者に対し、別紙様式1による修了証書を交付する。

(修了者の登録)

第11条 総長は、研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記入した名簿を登録し管理するものとする。

(研修費用)

第12条 研修に要する経費については、研修受講者及び都道府県等が負担するものとし、その具体的な費用負担額については、別に定める研修募集要項において定める。

附 則

(施行期日)

本要綱は、平成17年10月31日から施行する。

改正 平成18年 6月 1日施行

改正 平成18年 8月 1日施行

改正 平成19年 5月 8日施行

改正 平成20年 5月19日施行