

(別添2)

## 令和4年度国立研究開発法人国立長寿医療研究センター認知症サポート医養成研修募集要項

### 1 目的

認知症の人の診療に習熟し、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

「認知症地域医療支援事業の実施について」(平成27年4月15日付老発0415第6号厚生労働省老健局長通知)の別添「認知症地域医療支援事業実施要綱」第1(4)のとおり。

### 3 研修日時

別紙のとおり

### 4 研修内容

別紙のとおり

### 5 研修受講費用(全課程を修了した場合)

50,000円(消費税込み)

なお、支払い方法については、研修の全課程の受講修了後、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターが発行する請求書により、請求書に定める期限までに支払うこと。

### 6 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できなかった受講者は不足分を受講した後に修了証書を交付する。

### 7 受講手続

#### (1) 必要書類

受講申込書(別紙様式)

#### (2) 手続

都道府県又は指定都市(以下「都道府県市」という。)は、都道府県市医師会と相談の上、研修対象者の選考を行った後、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターに申込期限までに(1)の受講申込書を提出すること。

なお、郵送では期限に間に合わない場合は、FAX又はメールにより送信し、後日郵送すること。

個人が国立研究開発法人国立長寿医療研究センターへ直接申し込むのではなく、所属する都道府県市へ申込みを行うこと。

#### (3) 申込期限(参加を希望するグループワーク日程により以下の通り)

第1回グループワーク: 令和4年5月27日(金)必着

第2回グループワーク: 令和4年6月1日(水)必着

第3回グループワーク: 令和4年7月1日(金)必着

第4回グループワーク: 令和4年7月29日(金)必着

#### (4) 受講者の決定

国立研究開発法人国立長寿医療研究センターは、都道府県市より推薦された研修対象者の受講が決定した場合は、速やかに都道府県市に通知するものとする。

この場合において、都道府県市は、受講の可否を申込者に伝達すること。

8 問い合わせ先

〒474-8511

愛知県大府市森岡町七丁目430番地

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 担当:鈴木

TEL:0562-46-2311(内)2705

FAX:0562-45-5813

mail:suzuki-masahiro@ncgg.go.jp

9 その他

応募者が定員を超えた場合には、都道府縣市と受講者の調整を行うものとする。

(別紙)

## 令和4年度 認知症サポート医養成研修 内容及び日程について

### 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で開催するものとする。

### 2 研修内容

講義編:「認知症サポート医の役割」、「診断・治療の知識」、「制度・連携の知識」、「学習理解度テスト」(eラーニングサイトにて各自で受講、テスト合格にて修了・グループワークへの参加が可能となる)

グループワーク:テーマに沿った意見交換(Zoomによりライブで実施)

### 3 受講スケジュール

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日前までに受講を修了すること。

グループワーク:下記日時のとおり(受講申込書に希望する日時・時間帯を記入)

第1回 令和4年6月25日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第2回 令和4年7月16日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第3回 令和4年8月20日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第4回 令和4年9月17日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

※グループワークの定員は、1日あたり147名とする。(各時間帯49名×3回)

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	〒		
連絡先	電話番号	:	FAX
	E-mail	:	
担当部局			担当者名

【受講者記入欄】

ふりがな 希望者氏名				性別	男
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	第一希望	第	回	10時～12時	14時～16時
	第二希望	第	回	10時～12時	14時～16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)	:				