**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**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望者 |  |
| 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※未入会の場合は、「未入会」に○をおつけください。 | 　　　　　　　　　　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※□にチェックを付けてください | 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） |
| 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） |

**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：