

# 情報提供

那医発第 246 号  
令和 4 年 8 月 19 日

施設長 各位

那覇市医師会  
会 長 友利 博朗  
理 事 平良 直人



平素より医師会事業へのご支援ご協力賜り感謝申し上げます。  
沖縄県医師会を通じて「令和 4 年度認知症サポート医養成研修受講者（後期）の推薦について（ご依頼）」の通知が届きましたのでご案内申し上げます。

☆ 問合せ先（那覇市医師会 事務局：宮城・前泊 / 電話 098-868-7579）

..... 記 .....  
沖医発第 701 号 F  
令和 4 年 8 月 16 日

地区医師会長 殿

沖縄県医師会  
会長 安里哲好

## 令和 4 年度認知症サポート医養成研修受講者（後期）の推薦について（ご依頼）

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、沖縄県子ども生活福祉部長より、標記研修受講者の推薦依頼が別添のとおり届いております。

本件は、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ため、かかりつけ医等への助言その他の支援や、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」の養成を目的した、研修会を受講いただく医師を推薦いただきたい旨の依頼となっております。

本研修を受講いただきました医師は、本県において、かかりつけ医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（推薦医師）との連携体制の構築や、本県で開催される「かかりつけ医認知症対応力向上研修」及び「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」等、各種認知症施策に係る研修会の講師等の役割を担っていただくこととなっております。

つきましては、ご多忙の折誠に恐縮に存じますが、本研修の主旨をご理解いただき、貴会より本研修受講を希望される医師を、別紙様式と同意書にご記入の上、下記の提出期限までに本会宛 FAX (098-888-0089) にて、ご推薦下さいますようよろしくお願い申し上げます。

なお、研修受講費用 50,000 円は県が負担する形となっております。

### 記

○令和 4 年度認知症サポート医要請研修受講者（後期）の推薦について（依頼）  
（令和 4 年 8 月 10 日（子高第 675 号））

#### ※書類提出期限

第 5 回	令和 4 年 10 月 15 日（土）開催	令和 4 年 10 月 14 日（金）迄に提出
第 6 回	令和 4 年 11 月 19 日（土）開催	令和 4 年 11 月 18 日（金）迄に提出
第 7 回	令和 4 年 12 月 17 日（土）開催	令和 4 年 12 月 16 日（金）迄に提出
第 8 回	令和 5 年 1 月 21 日（土）開催	令和 5 年 1 月 20 日（金）迄に提出
第 9 回	令和 5 年 2 月 18 日（土）開催	令和 5 年 2 月 17 日（金）迄に提出

沖縄県医師会事務局業務 2 課：宮城、久高  
TEL:098-888-0087  
FAX:098-888-0089  
g2@okinawa.med.or.jp

## 認知症サポート医養成研修受講申込書

## 【都道府県市担当者記入欄】

所在地	〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2		
連絡先	電話番号	098-866-2214	
	FAX	098-862-6325	
	E-mail	nakasokn@pref.okinawa.lg.jp	
担当課	高齢者福祉介護課	担当者名	仲宗根

## 【受講者記入欄】

ふりがな氏名		性別	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 歳		
職場住所 (テキスト・修了証書の送付先)	〒		
職場名			
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)		
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			
希望する日程	第一希望	第 回	10時～12時 14時～16時 17時～19時
	第二希望	第 回	10時～12時 14時～16時 17時～19時
受講料の負担	都道府県市 医師会 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:		

# 令和4年度認知症サポート医養成研修

## 受講後の役割に関する同意書

沖縄県知事 殿

私は、令和4年度認知症サポート医養成研修を受講するにあたり、県が定める推薦の要件を確認しましたので、研修修了後は下記の「認知症サポート医の役割」を担うことに同意します。

### 記

#### 認知症サポート医の役割

- (1) かかりつけ医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（推進医師）との連携体制の構築
- (2) 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携体制づくりへの協力
- (3) 市町村が実施主体の認知症初期集中支援チームへの参加を求められた際の協力
- (4) 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」及び「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」及び各種認知症施策に係る研修会の講師としての協力

以上

令和 年 月 日

医療機関名

氏 名 印