



かかりつけ医

認知症 対応力向上研修

実施要項・目的・研修内容

高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とし、研修受講者に対し、かかりつけ医として必要で適切な認知症診断の知識・技術などの習得に資する内容となっております。

本研修は、地域包括診療加算・地域包括診療料の算定要件「担当医が都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講」を満たす研修です。

第1回
定員
60名

7/6 土

ウインクあいち 12階 1203会議室

第2回
定員
90名

7/20 土

ウインクあいち 9階 902会議室

「かかりつけ医の役割」編

14:00～14:30

第1回

名城大学 特任教授
いのくちファミリークリニック 院長

遠藤 英俊

「基本知識」編

14:30～15:30

休憩15:30～15:40

第2回

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐
認知症介護研究・研修大府センター センター長

鷺見 幸彦

「診療における実践」編

15:40～16:40

休憩16:40～16:50

「地域・生活における実践」編

16:50～17:50

第1回
第2回

名古屋セントラル病院
脳神経内科長

山岡 朗子

対象者 愛知県下で開業又は勤務する愛知県医師会（名古屋市医師会を除く）の会員。その他、愛知県医師会長が適当と認めた医師。

本研修にご参加いただきますと、下記の単位を取得することができます。

※申請中 日本医師会生涯教育制度CC:1-0.5単位 日本医師会生涯教育制度CC:4、13、29 各1単位

裏面受講申込書に必要事項をご記入の上、愛知県医師会医療業務部第3課まで、FAX052-241-4130にてお申し込みください。

令和6年 7月6日 土 14:00~17:50

講師：遠藤 英俊 (名城大学 特任教授、いのちファミリークリニック 院長)

山岡 朗子 (名古屋セントラル病院 脳神経内科長)

会場：ウインクあいち 12階1203会議室 (名古屋市中村区名駅4-4-38)

令和6年 7月20日 土 14:00~17:50

講師：鷺見 幸彦 (国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐、
認知症介護研究・研修大府センター センター長)

山岡 朗子 (名古屋セントラル病院 脳神経内科長)

会場：ウインクあいち 9階902会議室 (名古屋市中村区名駅4-4-38)

FAX
送信方向

FAX 052-241-4130

令和6年度 かかりつけ医認知症対応力向上研修 受講申込書

受講希望日	第1希望:第 回	第2希望:第 回
フリガナ		
申込者氏名		性別 男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日(歳)	
所属地区医師会 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 医師会員(医師会)	<input type="checkbox"/> 非会員
医籍登録番号		
勤務先名	(職名:) (主たる診療科名: 科)	
勤務先住所	〒 -	
TEL/FAX	TEL() - /FAX() -	
E-mail		

※上記申込書に必要事項を記入の上、第1回:6月14日(金)、第2回:6月28日(金)までに愛知県医師会医療業務部第3課宛、FAX(052-241-4130)にてお申し込みください。(右記の2次元コードまたはURLからもお申し込みいただけます。)

※定員は、第1回60名、第2回90名となります。定員を上回る申込みがあった場合は先着順とさせていただきます。

※受講の可否につきましては受講票の発送をもってお知らせいたします。お手元に届かない場合は下記までお問い合わせください。

※研修修了者には愛知県知事名で修了証書を交付するとともに、研修修了者の同意を得た上で、研修修了者名簿に氏名を掲載します。作成した修了者名簿は、各郡市医師会及び地域包括支援センター等に配布するなど、認知症の人への支援体制構築のために活用します。

※当日は検温の上、微熱のある方、体調の優れない方のご出席をご遠慮ください。

※やむを得ない事由が発生した場合は、研修内容や開催時間の変更及び中止とさせていただきます。

※原則として、ご本人の承諾なく、個人情報をご本研修以外に利用または第三者に提供いたしません。

お問い合わせ先

公益社団法人 愛知県医師会 医療業務部第3課

〒455-0031 名古屋市中村区千鳥1-13-22

TEL:052-241-4143 (土・日・祝日を除く9:00~17:00) FAX:052-241-4130

E-mail:chiiki_3@aichi.med.or.jp

WEB申込み
できます<https://forms.gle/NAXaSNWDTws2QnZr8>