

# 令和5年度認知症サポート医養成研修（後期）募集要項

## 1 研修の対象者

次のいずれかの条件を満たし、実施機関が適当と認めた医師となります。

- (1) 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
- (2) 「認知症サポート医の役割」を適切に担える医師

### <認知症サポート医の役割>

- ① 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
- ② 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
- ③ 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

県内の認知症サポート医養成研修修了者については、修了者の御意向を確認して、一覧表（氏名、所属する医療機関、医療機関の連絡先等）を作成し、県庁ホームページへ掲載するほか、県内市町村、県内の地域包括支援センター、医師会等の関係者に配布します。県が主催する研修会等への協力依頼をすることがあります。

## 2 開催形式

eラーニングによる講義及び集合又はオンライン形式でのグループワークとなります。

### (1) 講義

eラーニングサイトにて各自で講義を受講し、テストを合格することでグループワークへ参加可能となります。グループワーク開催日の3日前までにテストまで終了する必要があります。

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター（以下「センター」という。）からeラーニングシステム受講について案内があり次第、申込メールアドレスに案内します。

### (2) グループワーク

グループワーク実施日の概ね1週間前までに、申込メールアドレス宛てにセンターから案内が届きますので、指示に従い受講してください。

### <グループワーク開催日時>

回	日時	時間帯
第5回 (ZOOM)	令和5年12月16日(土)	① 午前9時30分～午前11時30分
		② 午後1時～午後3時
		③ 午後4時～午後6時
第6回 (ZOOM)	令和5年12月17日(日)	① 午前9時30分～午前11時30分
		② 午後1時～午後3時
		③ 午後4時～午後6時
第7回 (集合)	令和6年1月20日(土)	午後1時～午後4時30分
第8回 (ZOOM)	令和6年2月10日(土)	① 午前9時30分～午前11時30分
		② 午後1時～午後3時
		③ 午後4時～午後6時

※ 第7回以外のグループワークは1日3回枠が設けられています。受講を希望する時間帯を選択して申し込んでください。

### <e-ラーニング及びZOOM参加に必要な機器・環境>

#### ◆ eラーニングシステム

以下のいずれかのブラウザがインストールされている環境

- ・ Chrome (最新版)
- ・ Microsoft Edge Chromium (最新版)
- ・ Safari (最新版)

#### ◆ オンライン (Zoom) 研修

下記の機器・環境等については、事前に使用可能な状態であることをお試しください。

パソコン	安定した通信環境でインターネットに接続できるパソコン 事前にZoomアプリ (無料) をインストールしてください。
音声出力	講師の声を聴くために使用 (イヤホン/パソコン内蔵や付属スピーカー/ヘッドセット/マイクスピーカーなど)
音声入力	受講者同士の演習での話し合いなどで使用 (パソコン内蔵や付属スピーカー/ヘッドセット/マイクスピーカーなど)
カメラ	受講者同士の演習での話し合いなどで使用 (パソコン内蔵や付属のカメラ/USB接続のWebカメラなど)
インターネット回線	通信の安定性のため有線接続を推奨します。Wi-Fiでも安定していれば可能。

## 6 研修に係る資料について

テキスト等研修に係る資料は、受講決定後、申込書に記載された住所にセンターから直接発送されます。

## 7 研修に要する経費

受講料 50,000円 (消費税込み)

※グループワークまで修了された方に、後日センターより請求書が発行されますので、定められた期限までに、銀行振込にて支払をお願いします。請求書は受講申込書に記載いただいた請求書送付先に送付されます。

※研修にかかる費用 (受講料及び旅費等) は、すべて受講者の負担となります。

## 8 修了証書の交付

後日センターから郵送により送付されます。1課程でも未履修の場合、修了証書は交付されません。

## 9 受講申込手続き

申込期限までに、メールにて「認知症サポート医養成研修受講申込書」を宮崎県長寿介護課医療・介護連携推進室まで提出してください (FAX不可)。

なお、各都道府県等に割り当てられている受講可能者数に限りがあるため、申込多数の場合は受講いただけない場合がありますことをあらかじめ御承知おきください。受講の可否については、別途県より御連絡いたします。

※ 各市町村が設置する認知症初期集中支援チームの医師として活動するために受講される方については、市町村経由での申込となりますので、申込期限については市町村担当課までお問い合わせください。

#### <受講申込書の送付先・問合せ先>

E-mail : iryokaigo@pref.miyazaki.lg.jp 電話 : 0985-44-2605

※ メール の 件名 は「認知症サポート医養成研修申込」としてください。

※ 送信した翌開庁日までに、メールを受信した旨の返信がない場合は、お電話ください。

### 10 県への申込書提出期限

- (1) 第5回・第6回：令和5年10月25日（水）午後5時 必着
- (2) 第7回・第8回：令和5年11月24日（金）午後5時 必着

### 11 その他

- ・eラーニングシステムおよびZoomのURL等は厳重に管理してください。他人に知らせたり、外部に公開したりすることは止めてください。
- ・研修の映像・音声を録画・録音、複製、外部への公開や二次利用などの行為は禁止されています。
- ・グループワークではパソコンは1人1台準備してください。複数人で1台のパソコンを共有しての受講は出来ません。
- ・Zoomの使用・操作については、各自でご対応をお願いいたします。当日のグループワークの直前や開催中は、対応できない場合があります。
- ・グループワークにおいて、受講者氏名、ビデオ画像は講師及び事務局、他の受講者に共有されますのでご了承ください。
- ・グループワークのセッションの一部は録画されます。参加確認の意味もありますのでグループワーク中はビデオオンにてお願いします。録画内容は個人が特定できる形で公開されたり、他者に提供されることはありません。