

認知症サポート医養成支援事業実施要領

1 目的

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)に基づき「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」の取り組みが全国で推進されています。

特に、同プランの推進にあたっては、医療、介護、生活支援などの連携による認知症高齢者の容態に応じた適時・適切なサービスの提供、所謂、“循環型認知症医療体制づくり”が不可欠であり、認知症サポート医の皆様にはその活躍に期待が寄せられております。

しかし、県内16町村では、認知症サポート医が不在のため、その推進が難しい状況にあります。

よって、同不在市町村の医師を対象に認知症サポート医を養成支援するため、国が行う養成研修に必要な費用の一部を助成します。

なお、養成研修を修了された認知症サポート医の方には、熊本県等の認知症関連の研修会や地域において、市町村、介護事業所等と連携し、活動をしていただきます。

2 事業内容

(1) 事業名 認知症サポート医養成支援事業

(2) 対象

○次の町村内で医療に従事される医師

(認知症サポート医不在の町村)

有 明：和水町、南関町

阿 蘇：南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村

上益城：嘉島町

八 代：氷川町

芦 北：津奈木町

球 磨：錦町、多良木町、湯前町、水上村、五木村、山江村

(3) 助成内容

① 国が行う認知症サポート医養成研修の受講費5万円を助成(受講に係る旅費等は自己負担)。受講日前までに助成金を指定口座に振り込みます。

② 申し込み

申し込み先(問い合わせ先)

・公益社団法人 熊本県精神科協会

・熊本市水前寺6-43-7 くませいビル

・電 話：096-385-7848/ファックス：096-385-7868

・担 当：松岡・松尾

③申し込み用紙：別添様式によりファックスでお申し込みください。

④締め切り：6月30日(金)

なお、先着10名までとしておりますので、早めにお申し込みください。

*本事業は第1回東京会場、第2回福岡会場を対象としております。

⑤研修受講：研修受講者は、所定の期日までに熊本県認知症対策・地域ケア推進課宛受講申し込みの手続きを済ませてください。

3 その他

① 研修修了後に修了証書(写)の提出をお願いします。

② 修了後は、熊本県等が行う認知症関係の研修や地域での活動に積極的に御参加ください。

※ 本実施要領は、平成29年5月22日より施行する

平成29年 月 日

認知症サポート医養成支援事業申込書

- 1 養成研修受講者名 _____
- 2 所在医療機関住所 _____
- 3 医療機関名 _____
- 4 受講予定日 平成29年 月 日 ~ 日 _____

私、_____は、平成29年度認知症サポート医養成研修を受講します。
ついては、助成金5万円を請求するとともに、下記口座へ振り込んでいただきますようお願い
します。

なお、研修受講後は、修了証書の写しを提出するとともに、その後の熊本県等が主催する認知症
関係の研修や地域での認知症施策の取り組みに積極的に関わってまいります。

<振込指定口座>

○銀行名・支店名等 _____ (銀行・金庫) _____ (支店)

○口座番号等 _____ 当座 ・ 普通 _____

○口座名義人(ふりがな) _____ (_____)

受付順位 番