

長寿発研修第041401号
令和3年4月14日

都道府県知事
各 殿
指定都市市長

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
理事長 荒井 秀典



令和3年度認知症サポート医養成研修受講者募集について

標記研修については、「認知症地域医療支援事業の実施について」（平成27年4月15日付老発0415第6号厚生労働省老健局長通知）により、当センターが厚生労働省の委託を受けて実施しているものです。

つきましては、「国立研究開発法人国立長寿医療研究センター認知症サポート医養成研修実施要綱」（別添1）及び「令和3年度国立研究開発法人国立長寿医療研究センター認知症サポート医養成研修募集要項」（別添2）を別添のとおり通知いたしますので、関係団体と協議して研修受講者を決定のうえ、別添2の7（3）に定める期日までに、受講申込書を当センターに提出いただきますようよろしくお願いいたします。

(別添1)

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 認知症サポート医養成研修実施要綱

第1章 総 則

(目的)

第1条 認知症サポート医養成研修事業は、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医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方への支援体制の構築を図ることを目的とする。

第2章 認知症サポート医養成研修事業

(認知症サポート医養成研修事業)

第2条 本事業は、「認知症地域医療支援事業の実施について」（平成27年4月15日付老発0415第6号厚生労働省老健局長通知）の別添「認知症地域医療支援事業実施要綱」（以下「支援事業実施要綱」という。）の第1の1に基づき実施するものとする。

(研修対象者)

第3条 研修対象者は、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 支援事業実施要綱の第1の1（2）に掲げる認知症サポート医の役割を適切に担える医師

2 本研修終了後は、認知症サポート医の役割を担うことについて、実施主体の長が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。

(研修内容)

第4条 研修内容は、認知症サポート医として必要な、下記の事項等の修得に資する内容とする。

ア かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修の企画立案に必要な知識及び効果的な教育技術

イ 地域における認知症の人を支えるために必要な介護分野の知識、地域医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携づくり並びに連携を推進するために必要な知識・技術

(研修期間)

第5条 研修期間は、会場での研修の場合、原則として研修1回につき2日間とする。オンラインでの研修の場合、指定期間内にウェブでの講義を受講後、オンラインでグループワークに参加するものとする。

(研修受講者数)

第6条 研修受講者数は、別に決定する定員とする。

(研修受講手続)

第7条 研修受講手続は、別に定める研修募集要項において定める。

(研修受講者の遵守事項)

第8条 研修受講者は、国立研究開発法人長寿医療研究センターの指示事項を遵守しなければならない。

(研修の取り消し)

第9条 国立研究開発法人長寿医療研究センター理事長（以下、「理事長」という。）は、研修受講者が前条の規定に違反する等研修受講者としてふさわしくない行為を行った場合は、厚生労働省と協議し研修の受講を取り消すことができるものとする。
2 理事長は、前項の規定により研修の受講を取り消した場合、当該受講者を推薦した都道府県又は指定都市（以下「都道府県等」という。）の長にその旨通知するものとする。

(修了証書の交付)

第10条 理事長は、全課程研修修了者に対し、別紙様式による修了証書を交付する。

(修了者の登録)

第11条 理事長は、研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記入した名簿を作成し、管理するものとする。

(研修費用)

第12条 研修費用については、研修受講者又は都道府県等が負担するものとし、別に定める研修募集要項において定める。

附 則

(施行期日)

本要綱は、平成17年10月31日から施行する。

- 改正 平成18年 6月 1日施行
- 改正 平成18年 8月 1日施行
- 改正 平成19年 5月 8日施行
- 改正 平成20年 5月19日施行
- 改正 平成21年 6月 4日施行
- 改正 平成22年 6月25日施行
- 改正 平成23年 6月14日施行
- 改正 平成25年 7月 8日施行
- 改正 平成26年 7月18日施行
- 改正 平成27年 5月19日施行
- 改正 令和 2年12月21日施行

(改正後全文)

老発0415第6号
平成27年4月15日
老発0331第7号
平成28年3月31日
一部改正 老発0329第6号
平成30年3月29日
一部改正 老発0406第4号
令和3年4月6日

都道府県知事
各 殿
指定都市市長

厚生労働省老健局長
(公 印 省 略)

認知症地域医療支援事業の実施について

今後の認知症高齢者の増加により、身近な主治医（かかりつけ医）のもとに通院する高齢者の中からも経過中に認知症を発症するケースの増加等が予想されることから、かかりつけ医が適切な認知症診断の知識・技術等を修得できるための研修及びかかりつけ医への助言その他の支援を行う認知症サポート医の養成を行うとともに、病院勤務の医療従事者が認知症ケアについて理解し適切な対応をできるようにするための研修等を実施することを目的として、別添の通り実施要綱を定め、平成27年4月1日から適用することとしたので通知する。

各都道府県・指定都市におかれては、関係団体等と連携の下、各地域における早期診断・早期対応のための体制整備並びに適切な事業実施にご協力願いたい。

(別添)

認知症地域医療支援事業実施要綱

第1 認知症サポート医養成研修事業

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

(3) 実施主体

本事業の実施主体は都道府県及び指定都市とし、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター（愛知県大府市）に委託して実施するものとする。

(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。

(5) 研修内容

認知症サポート医として必要な、

- ア かかりつけ医等に対する認知症対応力向上研修の企画立案に必要な知識及び効果的な教育技術
 - イ 地域における認知症の人を支えるために必要な介護分野の知識、地域医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携づくり並びに連携を推進するために必要な知識・技術
- などの修得に資する内容とする。

(6) 受講の手続き等

受講の手続き等については、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターの研修要綱で定める。

(7) 修了証書の交付等

- ア 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター総長は、研修修了者に対し、様式1により修了証書を交付するとともに、実施主体の長に所要の事項を通知するものとする。
- イ 実施主体の長及び国立研究開発法人国立長寿医療研究センター総長は、研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記入した名簿を作成し、管理するものとする。
- ウ 実施主体の長は、研修修了者の情報について、各都道府県等の医師会と連携し、本事業実施要綱第8「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。

(8) その他

- ア 実施主体の長は、認知症サポート医が行う研修の企画立案等の作業に協力するとともに、企画された内容についても可能な限り、実施に努めるものとする。
- イ 実施主体の長は、本研修修了者について、本事業実施要綱第8「普及啓発推進事業」及び地域支援事業の包括的支援事業（介護保険法第115条の45第2項第6号）のうち認知症総合支援事業等への参画を図るなど、地域における認知症の人への支援体制の構築に向けて積極的に活用するよう努めるものとする。

2 認知症サポート医フォローアップ研修

(1) 目的

本研修事業は認知症サポート医等が、認知症の診断・治療・ケア等に関する研修、症例検討、グループ討議等を通じて、地域における認知症の人への支援体制の充実・強化を図ること、また、本研修の機会を活用し、地域における認知症サポート医等の連携強化を図ることを目的とする。

(2) 実施主体

本事業の実施主体は都道府県及び指定都市とする。ただし、事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託することができるものとする。

(3) 研修対象者

認知症サポート医及び地域においてかかりつけ医認知症対応力向上研修等の企画・立案等に協力している医師、その他地域において認知症医療体制構築に向けて取り組んでいる医師として実施主体の長が適当と認めた者とする。

(4) 研修内容

地域における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という認知症サポート医の役割を適切に果たすための研修内容とする。

(例)

- ・ 認知症の診断・治療・ケア・連携等に関する最新の知識の講義
- ・ 診断・治療等の対応が困難であった症例の検討

- ・ 地域において認知症の人を支援する資源（地域包括支援センター、介護サービス事業所、認知症サポーター、認知症の人やその家族を支援する組織など）等に関するグループ討議 等

(5) 受講の手続き等

実施主体又は研修実施受託団体の募集要綱で定めるものとする。

(6) その他

ア 実施主体の長は、本事業の企画・立案・実施に当たっては、認知症フォローアップ研修の企画及び実施に関する研修を修了した医師等を中心として、各都道府県等の医師会・認知症サポート医等の協力の下に行うものとし、本事業の実施を関係団体等に委託する場合については、当該団体と密接な連携を図るものとする。

イ 実施主体の長は、本事業実施要綱第1の1（8）イと同様、本研修修了者を地域における認知症の人への支援体制の構築に向けて積極的に活用するよう努めるものとする。

(様式1)

	第	号
<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">修 了 証 書</p> <p style="margin: 0;">氏 名</p> <p style="margin: 0; text-align: right;">生年月日 年 月 日</p> <p style="margin: 10px 0 0 40px;">あなたは厚生労働省の定める認知症サポート医養成研修を 修了したことを証します</p> <p style="margin: 0;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">国立研究開発法人国立長寿医療研究センター総長 ○ ○ ○ ○</p>		

令和3年度国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
認知症サポート医養成研修募集要項

1 目的

認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医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（推進医師）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方への支援体制の構築を図ることを目的とする。

2 研修対象者

「認知症地域医療支援事業の実施について」(平成27年4月15日付老発0415第6号厚生労働省老健局長通知)の別添「認知症地域医療支援事業実施要綱」第1(4)のとおり。

3 研修日時

別紙のとおり

4 研修内容

別紙のとおり

5 研修受講費用（全課程を修了した場合）

50,000円（消費税込み）

なお、支払い方法については、研修の全課程の受講修了後、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターが発行する請求書により、請求書に定める期限までに支払うこと。

6 修了証書の交付

修了証書は、全課程の修了者に対して交付する。

何らかの理由で全課程を修了できなかった受講者は、不足分を受講した後に修了証書を交付する。

7 受講手続

(1) 必要書類

受講申込書（別紙様式）

(2) 手続

都道府県又は指定都市（以下「都道府県市」という。）は、都道府県市医師会と相談の上、研修対象者の選考を行った後、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターに申込期限までに（1）の受講申込書を提出すること。

なお、郵送では期限に間に合わない場合は、FAX又はメールにより送信し、

後日郵送すること。

個人が国立研究開発法人国立長寿医療研究センターへ直接申し込むのではなく、所属する都道府縣市へ申込みを行うこと。

(3) 申込期限（参加を希望するグループワーク日程により以下の通り）

第1回グループワーク：令和3年 4月26日（月） 必着

第2回グループワーク：令和3年 5月13日（木） 必着

第3回～第5回グループワーク：令和3年 6月 7日（月） 必着

第6回～第8回グループワーク：令和3年 9月 6日（月） 必着

第9回～第11回グループワーク：令和3年12月 6日（月） 必着

(4) 受講者の決定

国立研究開発法人国立長寿医療研究センターは、都道府縣市より推薦された研修対象者の受講が決定した場合は、速やかに都道府縣市に通知するものとする。

この場合において、都道府縣市は、受講の可否を申込者に伝達すること。

8 問い合わせ先

〒474-8511

愛知県大府市森岡町七丁目430番地

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター

長寿医療研修センター 担当：大久保

TEL：0562-46-2311（内）2701

FAX：0562-45-5813

mail：ookubo-m@ncgg.go.jp

9 その他

応募者が定員を超えた場合には、都道府縣市と受講者の調整を行うものとする。ただし、第1回グループワークに限り、応募者が定員を超えた場合、抽選により受講者を決定するものとする。

(別紙)

令和3年度 認知症サポート医養成研修 内容及び日程について

1 開催形式

eラーニングシステムとZoomを利用したオンライン形式で開催するものとする。

2 研修内容

講義編：「認知症サポート医の役割」、「診断・治療の知識」、「制度・連携の知識」、「学習理解度テスト」(eラーニングサイトにて各自で受講、テスト合格にて修了・グループワークへの参加が可能となる)

グループワーク：テーマに沿った意見交換 (Zoomによりライブで実施)

3 受講スケジュール

講義編 (eラーニングシステム)：受講決定通知後、グループワーク開催日の3日前までに受講を修了すること。

グループワーク：下記日時のとおり (受講申込書に希望する日時・時間帯を記入)

第1回 令和3年5月29日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第2回 令和3年6月19日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第3回 令和3年7月17日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第4回 令和3年8月21日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第5回 令和3年9月18日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第6回 令和3年10月16日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第7回 令和3年11月20日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第8回 令和3年12月18日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第9回 令和4年1月15日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第10回 令和 4年 2月19日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第11回 令和 4年 3月 5日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

※グループワークの定員は、1日あたり120名とする。(各時間帯40名×3回)

令和3年度 認知症サポート医養成研修受講にあたってのお知らせ

1 開催形式

- e ラーニングシステムと Zoom を利用したオンライン形式となります。
- e ラーニングサイトで講義を視聴し、学習理解度テストを受けていただきます。テストに合格した受講者を対象に Zoom を利用したライブでのグループワークを実施いたします。

2 開催日程

e ラーニングシステム: 受講決定通知を受け取られましたら、ご自分の参加されるグループワーク開催日の3日前までに受講修了してください。

グループワーク: 下記日時のとおりです。

第1回 令和 3年 5月29日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第2回 令和 3年 6月19日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第3回 令和 3年 7月17日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第4回 令和 3年 8月21日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第5回 令和 3年 9月18日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第6回 令和 3年10月16日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第7回 令和 3年11月20日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第8回 令和 3年12月18日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第9回 令和 4年 1月15日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第10回 令和 4年 2月19日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第11回 令和 4年 3月 5日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

※グループワークについては1日3回枠を設けており、受講申込書にて第二希望まで希望

時間帯をご登録いただきますが、1日あたり120名の定員(各時間帯につき40名×3回)を設定しておりますので、ご希望に添えないこともあります。ご了承ください。

3 受講方法

受講者の決定後、e ラーニングシステム受講について記載された案内を、各都道府県市を通して受講者に送付いたします。案内が届きましたら、指示に従い、講義編の受講を開始してください。

グループワークについての案内は、グループワーク実施日の概ね1週間前までに受講者の方のメールアドレスに送付いたします。グループワークの案内が届きました受講者は、指示に従い、グループワークを受講してください。

e ラーニングシステムの使用方法等、不明な点がありましたら下記事務局までご連絡ください。

※なお、グループワーク開催日の3日前までに講義編(eラーニング)を受講修了されなかった場合は、グループワークの受講はできませんのでご注意ください。

4 必要な機器・環境

e ラーニングシステムおよびオンライン(Zoom)研修でご利用できる機器のバージョンと、必要な機器・環境等は以下の通りです。

◆ 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)

※ スマートフォン、タブレット端末でも視聴できますが、推奨環境外ですのでご注意ください。

◆ 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てください。

- ・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。

5 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発送いたします。

6 受講料

受講料は、50,000円(消費税込み)です。

受講料については、グループワークまで修了された方に、後日当センター事務局より請求書を発行郵送いたしますので、銀行振込にてお支払いをお願いいたします。請求書については受講申込書に記載いただいた請求書送付先にお送りいたします。

受講料の負担者がわからない場合は、都道府県市の担当者にお問い合わせ下さい。

7 修了証書

グループワークまで修了された方に後日郵送によりお送りいたします。

なお、1課程でも未履修の場合、修了証書を交付することができませんので、ご承知おき下さい。

8 研修に関する留意事項等

- ・申し込み後、受講確定後にお知らせする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。

- ・受講者は、研修の映像・音声を録画・録音等するなどして複製、外部への公開や二次利用するなどの行為は禁止します。

- ・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。

- ・グループワークでのZoomの使用や操作については、各自でご対応をお願いいたします。可能な範囲で情報提供に努めますが、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を録画させていただきます。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。

9 事務局連絡先

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター

長寿医療研修センター 大久保

TEL:0562-46-2311(内線2701)

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	〒		
連絡先	電話番号		
	FAX		
	E-mail		
担当課		担当者名	

【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:		