

令和7年5月12日

府内各地区医師会長 様

大阪府医師会長
加納 康至
(公印省略)

令和7年度 認知症サポート医養成研修受講者の募集について (依頼)

平素は本会事業に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、標記について、大阪府より案内がございました。

認知症サポート医は、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医師です。その養成研修を毎年度、国立長寿医療研究センターが行っており、受講希望者については大阪府を通じて申し込むことになっております。

つきましては、公務ご多用のところ、誠に恐縮ですが、貴会会員へご周知賜りますようお願い申し上げます。

なお、申込を希望される方は、大阪府へ直接お申し込みください(下記二重下線)。

申込締切後、申込者の認知症施策への参画状況等を勘案の上、大阪府と本会とで公費負担(無料)の受講者を決定し、追って、地区医師会様にはご連絡を差し上げます。

申込者への受講決定通知につきましては、大阪府より各申込者宛に、費用負担のことと併せて直接連絡されますので、ご承知おきください。

受講を希望される方は、別添の「受講申込書」および「受講希望調書」を記入の上、

第1回目(東京会場)をご希望の方・・・6月6日(金)まで

第2～5回目をご希望の方・・・8月8日(金)まで

メール(S106900G06@gbox.pref.osaka.lg.jp)にて、大阪府福祉部高齢介護室介護支援課 認知症・医介連携グループ宛(TEL:06-6944-7098)にご回報賜りますよう、よろしくようお願い申し上げます。

記

研修日程：①講義編(eラーニングシステム)

※受講決定通知後、集合研修(グループワーク)開催日の3日前までに受講。

eラーニングシステムのテスト合格をもって、集合研修(グループワーク)への参加が可能となります。

②集合研修(一部講義およびグループワーク)

第1回：令和7年8月2日(土)13時～17時予定

⇒東京会場(定員250名) / コングレスクエア羽田

締切日

6/6(金)まで

第2回：令和7年10月4日(土)13時～17時予定

⇒北海道会場(定員150名) / アスティホール

第3回：令和7年11月29日(土)13時～17時予定

⇒神奈川会場(定員300名)

／TKP ガーデンシティ PREMIUM 横浜駅新高島

第4回：令和8年1月17日(土)13時～17時予定

⇒大阪会場(定員250名)

／グランキューブ大阪(大阪府立国際会議場)

第5回：令和8年2月21日(土)13時～17時予定

⇒福岡会場(定員250名)

／TKP ガーデンシティ PREMIUM 天神スカイホール

締切日

8/8(金)まで

受講費用：受講希望調書に基づき、各市町村の認知症施策への参画状況等を勘案の上、大阪府と本会とで公費負担（無料）の受講者を決定いたします（公費枠80名程度）。その他の方は受講料（50,000円[税込]）が自己負担となります。

※現地までの交通費は自己負担。

受講申込：締切日までに受講申込書および受講希望調書をメールにて提出

※受講申込書および受講希望調書はデータ入力の上、必ずファイル形式（Excel、Word）のままご提出願います（PDF不可）。

※「受講申込書」の「受講料の負担」欄および「請求書送付先」欄については、自己負担となった場合の「受講料の負担者」および「請求書送付先」をご記入頂きますよう、お願い申し上げます。

その他：※受講決定の通知は、大阪府より各受講申込者宛に通知されます。

※研修の詳細につきましては、別添資料「R7年度 認知症サポート医養成研修 内容、日程及び会場について」を必ずご確認ください。

※令和7年度は5回のみ開催です。なお、Zoomによるグループワークはございません。

<事務局>

大阪府医師会介護福祉課（旧：地域医療2課）
松下

TEL：06-6763-7002/FAX：06-6765-3737

メール：n-matsushita@po.osaka.med.or.jp

(別紙)

令和7年度 認知症サポート医養成研修 内容、日程及び会場について

1 開催形式

eラーニングシステムを利用したオンライン形式と集合研修の複合型で開催します。

2 研修内容

「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」、「グループワーク」
(一部講義をeラーニングサイトにて各自で受講、テスト合格にてeラーニング修了・集合研修への参加が可能となります。)

3 研修受講の流れ及び受講スケジュール

当研修を修了するためには、eラーニングと集合研修の両方を受講していただく必要があります。受講申込書にて希望する日程を選択し各回の申込期日までにお申込みください。受講者の決定後、受講決定通知と併せてeラーニングの受講案内及び集合研修の案内を送付いたします。
オンライン上でeラーニングを受講(一部講義の視聴及び学習理解度テストの受験)後、集合研修にて残りの講義とグループワークに参加していただくと研修修了となります。

eラーニング：受講決定通知後から、集合研修開催日の3日前までに受講を修了してください。
集合研修：下記4及び5のとおり

4 集合研修の日程及び会場

受講申込書にて希望する日程を1つ選択し申し込んでください。

- | | | |
|-----|--|----------------|
| 第1回 | 令和7年8月2日(土) | 東京都 (定員 250名) |
| | コンgresクエア羽田
東京都大田区羽田空港一丁目1番4号羽田イノベーションシティゾーンJ | |
| 第2回 | 令和7年10月4日(土) | 北海道 (定員 150名) |
| | アスティホール
北海道札幌市中央区北4条西5丁目1 アスティ45 4F | |
| 第3回 | 令和7年11月29日(土) | 神奈川県 (定員 300名) |
| | TKPガーデンシティPREMIUM横浜駅新高島
神奈川県横浜市西区みなとみらい5-1-1 横浜グランゲート2F | |
| 第4回 | 令和8年1月17日(土) | 大阪府 (定員 250名) |
| | グランキューブ大阪(大阪府立国際会議場)
大阪府大阪市北区中之島5丁目3-51 | |
| 第5回 | 令和8年2月21日(土) | 福岡県 (定員 250名) |
| | TKPガーデンシティPREMIUM天神スカイホール
福岡県福岡市中央区天神1-4-1 西日本新聞会館 16階 | |

5 集合研修の時間及び内容(予定)

集合研修は1日間(午後、半日程度、概ね13:00~17:00頃)の予定です。
集合研修では一部講義及びグループワークを実施します。
※内容により終了時間等が若干前後する場合があります。集合研修で実施する講義は回によって異なる可能性があります。当日の日程表等詳細は受講決定通知時に併せてお知らせいたします。

6 eラーニングの受講方法

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、eラーニングを受講してください。
eラーニングシステムの使用法等、不明な点がございましたら事務局まで連絡願います。

※なお、お申込みいただいた集合研修開催日の3日前までにeラーニングを受講修了されなかった場合は、集合研修への参加はできませんのでご注意ください。

7 必要な機器・環境

eラーニングシステムのご利用にあたり、必要な機器、環境等は以下のとおりです。

- ・安定した通信環境でインターネットに接続可能なパソコン
- ・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

- └ Google 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注意願います。

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禁止いたします。
- ・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いたします。

令和7年度 認知症サポート医養成研修受講申込書

【都道府県・指定都市担当者記入欄】

所在地	〒 540-8570 大阪府中央区大手前3丁目2番12号別館7階		
連絡先	電話番号	: 06-6944-7098	FAX : 06-6941-0513
	E-mail	: S106900G06@gbox.pref.osaka.lg.jp	
担当部局	大阪府福祉部高齢介護室介護支援課 認知症・医介連携グループ		担当者名

【受講者記入欄】

ふりがな 希望者氏名				性別
生年月日	昭和 年 月 日			歳
職場名				
診療科(所属)	:			職名 :
職場住所	〒			
テキスト・修了証書の送付先	〒			
連絡先	電話番号	:	FAX :	
	E-mail	:		
医師免許	医籍番号	第	号	
	登録年月日	平成 年 月 日		
研修に対する希望				
希望する日程	第 回			
受講料の負担	都道府県市	医師会	所属先	個人 <small>その他</small>
請求書送付先	郵便番号	:		
	住所	:		
	所属	:		
	役職	:		
	氏名	:		
	連絡先 TEL	:		
	E-mail	:		
	請求書宛名(債務者)	:		

認知症サポート医養成研修の受講申込みにあたっての留意事項

下記の内容をご確認いただいた上で、別紙の受講希望調書にご記入ください。

【認知症地域医療支援事業実施要綱 抜粋（厚生労働省老健局長通知）】

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

（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
相当と認められた医師とする。

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。

（７）修了証書の交付等

ウ 実施主体の長は、研修修了者の情報について、各都道府県医師会及び指定都市医師会と連携し、本事業実施要綱第7「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。

認知症サポート医養成研修 受講希望調書

受講希望者氏名 <small>ふりがな</small>			
受講希望者生年月日	昭和	・平成	年 月 日 () 歳
医療機関名		主たる診療科	
医療機関住所	〒		
連絡先	電話番号		FAX
	メール		
所属医師会名 <small>※未入会の場合は、「未入会」に○をおつけください。</small>	_____ 医師会 / 未入会		
大阪府ホームページでのサポート医名簿公表及び市町村への情報提供について <small>※□にチェックを付けてください</small>	大阪府ホームページで以下の項目を公表することに同意します <input type="checkbox"/> (氏名、医療機関名、医療機関住所、電話番号)		
	市町村・地域包括支援センターに以下の項目を情報提供することに同意します <input type="checkbox"/> (氏名、医療機関名、医療機関住所、電話番号、主たる診療科)		

1. 現在の活動について、実施しているものにチェックを付けてください。

- 地域において認知症の診療（早期発見等）を行っている
- 各地域医師会と地域包括支援センターの事業等に協力している
- 認知症地域支援推進員等からの相談を受け、医療的見地からの助言を行っている
- 認知症の人を専門医療機関につなぐための関係機関との調整を行っている
- 市町村等が開催する、認知症の人への支援を行う関係者の会議へ出席し助言等を行っている
(例：地域ケア会議、サービス担当者会議等)
- 市町村等が企画する、認知症に関連するイベントや研修等に協力している（例：認知症セミナー、認知症サポーター養成研修、認知症カフェ等）
- 認知症ケアに携わる多職種協働のための研修会に参加・協力している（例：ライフサポート研修）
- 認知症初期集中支援チームの専門医として、活動している。
- 市町村等で嘱託医等として、活動している。

2. 専門医等の状況について、該当するものにチェックをしてください。

- 日本老年精神医学会が定める専門医
- 日本認知症学会の定める専門医
- 認知症疾患の鑑別診断等の専門医療に5年以上の臨床経験がある
- 認知症疾患の診断・治療に5年以上従事している

上記のチェック内容は、事実と相違ありません。

令和 年 月 日

医師名： _____