

一般社団法人東京都老人保健施設協会  
全国老人保健施設協会 東京都支部  
会員各位  
会員施設医師各位

令和 2年5月27日

一般社団法人東京都老人保健施設協会  
会長 平川博之(公印省略)  
全国老人保健施設協会 東京都支部  
支部長 平川博之(公印省略)

## 令和2年度認知症サポート医養成研修受講者募集について

標記について、令和 2年5月26日付 2福保高在第284号にて東京都福祉保健局長より東京都老人保健施設協会会長あてに受講者推薦について依頼がありました。

施設の医師を対象にした研修でありますので、ご多忙のこととは存じますが、この機会に是非受講していただきますようご案内申し上げます。

なお、今回の医師研修の受講は、認知症短期集中リハビリテーションの加算要件となっております。申し込みは、当協会に取りまとめた上で、東京都に連絡する都合上、東京都会場は 受講申込書と同意確認書(押印が必要です)を6月15日(月)までに都老健事務局宛て郵送していただきますようお願い致します。

令和2年度認知症サポート医養成研修推薦締切を下記に示しますので参考にしてください。ければと思います。**締切り厳守(期限を過ぎた場合は受付できません)**

	日時	会場	協会締切		日時	会場	協会締切
第1回	R2.8.22~8.23	東京都	R2.6.15	第4回	R2.10.10~10.11	福岡県	R2.7.20
第2回	R2.8.29~8.30	愛知県	R2.6.22	第5回	R2.11.14~11.15	大阪府	R2.8.24
第3回	R2.9.26~9.27	北海道	R2.7.13	第6回	R3.1.16~1.17	東京都	R2.10.19

◆募集要項・申し込み用紙等は、「東京都老健協会ホームページ ⇒ お知らせ」よりご確認ください。

### <注意事項>

※同意確認書は押印が必要です。申し込みは郵送に限ります。

※以前に全老健での認知症短期集中リハビリテーション研修会を受講された医師は受講する必要はございません。

◇ 申し込み郵送先(受講申込書と同意確認書を一緒にお送りください)

〒160-0017  
東京都新宿区左門町6-7 鯉江ビル802  
一般社団法人 東京都老人保健施設協会 事務局 宛

事務局：03-6380-4351



2 福保高在第 2 8 4 号  
令和 2 年 5 月 2 6 日

一般社団法人東京都老人保健施設協会  
会長 平川 博之 殿

東京都福祉保健局長  
内 藤 淳



令和 2 年度認知症サポート医養成研修事業の実施に係る受講者の推薦について（依頼）

時下、ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

また、日ごろから、東京都の福祉保健行政に御理解、御協力いただき感謝申し上げます。

東京都では、認知症の人に対する地域の医療支援体制の充実を図るため、平成 1 7 年度から認知症サポート医養成研修事業を実施してまいりました。

今年度につきましても、以下のとおり実施いたしますので、お知らせいたします。

つきましては、会員の皆様に本研修について御周知いただくとともに、下記により受講者を御推薦くださいますよう、よろしくお願いいたします。

## 記

### 1 研修名

令和 2 年度認知症サポート医養成研修（概要は別紙のとおり）

### 2 推薦依頼人数

各回若干名

※区市町村が設置する「認知症初期集中支援チーム」にチーム員として参加するため、認知症サポート医の資格取得を必要とする受講希望者については、優先的に御推薦いただく等、御配慮いただきますようお願いいたします。

※国立長寿医療センターにおいて、各都道府県からの申込者を取りまとめた結果、定員に達した場合には、受講者数の調整を依頼する場合があります。

### 3 送付書類

(1) 令和 2 年度認知症サポート医養成研修の概要

- (2) 令和2年度認知症サポート医養成研修受講申込者名簿
- (3) 認知症サポート医養成研修受講申込書
- (4) 名簿公表に係る連絡事項について
- (5) 名簿公表に係る同意確認書
- (6) 【参考】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
- (7) 【参考】2020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

#### 4 提出書類

- (1) 令和2年度認知症サポート医養成研修受講申込者名簿
- (2) 認知症サポート医養成研修受講申込書
- (3) 名簿公表に係る同意確認書

#### 5 推薦期限

- (1) 第1回 令和2年 6月22日(月曜日)
- (2) 第2回 令和2年 6月29日(月曜日)
- (3) 第3回 令和2年 7月20日(月曜日)
- (4) 第4回 令和2年 7月27日(月曜日)
- (5) 第5回 令和2年 8月31日(月曜日)
- (6) 第6回 令和2年10月26日(月曜日)

#### 6 提出先及び事務担当

〒163-8001

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課認知症支援担当 長谷川・中川

電話：03-5320-4304(直通)

## 令和2年度認知症サポート医養成研修の概要

### 1 研修日時及び会場

回	日時	会場※
1	令和2年8月22日(土曜日) 13:00~19:00 令和2年8月23日(日曜日) 9:00~11:45	東京都(定員350人) ベルサール新宿セントラルパーク 〒160-0023 新宿区西新宿6-13-1 新宿セントラルパークシティ内
2	令和2年8月29日(土曜日) 13:00~19:00 令和2年8月30日(日曜日) 9:00~11:45	愛知県(定員200人) 名古屋コンベンションホール 3F 〒453-6102 名古屋市中村区平池町4-60-12 グローバルゲート
3	令和2年9月26日(土曜日) 13:00~19:00 令和2年9月27日(日曜日) 9:00~11:45	北海道(定員100人) TKPガーデンシティ札幌駅前 〒060-0002 札幌市中央区北2条西2丁目19番
4	令和2年10月10日(土曜日) 13:00~19:00 令和2年10月11日(日曜日) 9:00~11:45	福岡県(定員200人) 福岡ファッションビル 〒812-0011 福岡市博多区博多駅前2-10-19
5	令和2年11月14日(土曜日) 13:00~19:00 令和2年11月15日(日曜日) 9:00~11:45	大阪府(定員300人) ザ・コスモホール 〒559-0034 大阪市住之江区南港北1-7-50
6	令和3年1月16日(土曜日) 13:00~19:00 令和3年1月17日(日曜日) 9:00~11:45	東京都(定員350人) ベルサール半蔵門 〒102-0083 千代田区麴町1-6-4

※定員数は、東京都のほか、他の道府県からの受講者を含めた数です。

### 2 対象者

下記のいずれかの条件を満たしている医師

- (1) 地域において認知症診療(早期発見等)に携わっている医師
- (2) 下記に掲げる認知症サポート医の役割を適切に担える医師

### 3 認知症サポート医の役割

認知症サポート医は、次の役割を担うものとします。

- (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) 東京都医師会及び各地区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) 東京都医師会及び各地区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 研修内容

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。

- (1) 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
- (2) 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

#### 5 受講費用

国立研究開発法人国立長寿医療研究センターに支払う受講費用（1名あたり50,000円）につきましては、受講者の自己負担となります。本研修終了後に、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターより送付されます御案内に沿ってお支払いください。

また、旅費、宿泊費及び教材費につきましても、受講者の自己負担となります。

#### 6 名簿の公表

認知症サポート医養成研修修了者の名簿は、区市町村に情報提供いたします。

また、研修修了者から公表の同意を得て、東京都のホームページ「とうきょう認知症ナビ」

([http://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou\\_navi/](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/)) に修了者名簿を掲載しています。

別添「名簿公表に係る連絡事項について」及び「名簿公表に係る同意確認書」を御確認の上、公表への御協力をよろしくお願い申し上げます。

## 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	〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1		
連絡先	電話番号	03-5320-4304(直通)	
	FAX	03-5388-1395	
	E-mail		
担当課	在宅支援課認知症支援担当	担当者名	

## 【受講者記入欄】

フリガナ 希望者氏名		性別	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 歳		
職場住所	〒		
職場名			
職場連絡先	電話番号		
	FAX		
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			
認知症サポート医の資格取得後、区市町村が設置する「認知症初期集中支援チーム」にチーム員として参加を予定されている場合は、右欄に○を入れてください。			<input type="checkbox"/>
希望する日程	第 回		
受講料の負担	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:		

## 名簿公表に係る連絡事項について

### 【公表目的及び公表方法】

東京都では、認知症の人・家族や医療関係者等が、認知症の疑いや不安が生じた時の相談先・受診先等を探す際の利便性向上を図るため、認知症サポート医養成研修修了者から公表の同意を得て、東京都のホームページ・広報誌等を活用して、研修修了者名簿を公表しています。

また、区市町村が作成・配布する広報誌・印刷物等への掲載などを可能にするため、同名簿について区市町村に情報提供しています。

※別紙「認知症サポート医養成研修名簿公表に係る同意確認書」にて名簿公表について同意していた場合、研修終了後、

とうきょう認知症ナビ（相談窓口—医療機関案内—認知症サポート医名簿）

[http://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou\\_navi/soudan/iryuu\\_kikan/support\\_meibo/index.html](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/soudan/iryuu_kikan/support_meibo/index.html)

において、同意事項が掲載されます。

記載内容に変更が生じた場合には、上記ホームページに掲載されている「掲載情報の変更について」にしたがって、変更の手続きをお願いいたします。

### 【担当】

東京都福祉保健局高齢社会対策部  
在宅支援課認知症支援担当  
直通電話：03-5320-4304  
FAX：03-5388-1395

# 認知症サポート医養成研修 名簿公表に係る同意確認書

東京都知事 殿

## 【公表目的及び公表方法】

東京都では、認知症の人・家族や医療関係者等が、認知症の疑いや不安が生じた時の相談先・受診先等を探す際の利便性向上を図るため、原則として認知症サポート医養成研修修了者から公表の同意を得て、東京都のホームページ・広報誌等を活用して、研修修了者名簿を公表しています。

また、区市町村が作成・配布する広報誌・印刷物等への掲載などを可能にするため、同名簿について区市町村に情報提供しています。

下記のいずれか該当する番号に○を付けてください。

1 氏名、所属医療機関名、所属医療機関所在地、所属医療機関電話番号を公表することに同意します。

2 所属医療機関名、所属医療機関所在地、所属医療機関電話番号を公表することに同意します。

※氏名の公表には同意しません。

3 公表することに同意しません。

同意しない理由

年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_



令和2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、研修会場及び定員

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、不足分を別会場にて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

第1回：	令和2年	7月	3日	(金)	必着
第2回：	令和2年	7月	10日	(金)	必着
第3回：	令和2年	7月	31日	(金)	必着
第4回：	令和2年	8月	7日	(金)	必着
第5回：	令和2年	9月	11日	(金)	必着
第6回：	令和2年	11月	6日	(金)	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：中野

TEL：0562-46-2311 (内) 2701

FAX：0562-45-5813

mail：nakano@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。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）拡大の推移を見極め、場合によっては中止または定員を減少させる可能性もあるので、その場合は都道府縣市に別途連絡するものとする。

(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、原則として研修1回につき2日間とする。

(研修受講者数)

第6条 研修受講者数は、各会場に定める定員とする。

(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

(改正後全文)

老発0415第6号

平成27年4月15日

一部改正

老発0331第7号

平成28年3月31日

各 都道府県知事 殿  
指定都市市長

厚生労働省老健局長

#### 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。

## (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7「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