

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

**重 要**

令和 4 年 5 月 9 日

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  
事 務 局

## 令和 4 年度認知症サポート医養成研修受講者募集について (第 1 回受講者締切り日にご注意ください)

標記について、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。(※発出元からの依頼が 5 月 9 日であったため締切り日までが短期日となっております)

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(Zoom を利用したオンライン)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、受講申込書と受講希望調書、同意確認書(署名が必要です)を第 1 回を受講希望は 5 月 17 日(火)までに都老健事務局宛郵送到着していただきますようお願い致します。

令和 4 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	協会締切		日 時	協会締切
第 1 回	R4.6.25	R4.5.17	第 3 回	R4.8.20	R4.6.8
第 2 回	R4.7.16	R4.5.20	第 4 回	R4.9.17	R4.7.6

◆募集要項・詳細・申し込み用紙(エクセルデータ)等は、「東京都老健協会ホームページ ⇒ お知らせ」より、必ずご確認ください。

### <注意事項>

- ・各受講日の 3 日前までに e ラーニングによる講義を必ず受講終了していただきます。
- ・同意確認書はご署名が必要です。申し込みは郵送に限ります。第 1 回受講をご希望の場合は 5 月 17 日までの到着分までとなります。

※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・受講希望調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

TEL : 03-6380-4351

詳細等は東京都老健協会ホームページ「お知らせ」よりダウンロードいただけます。

4 福保高在第 206 号  
令和 4 年 5 月 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  
中村 倫治

令和 4 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 17 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、地区医師会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 4 年度認知症サポート医養成研修（概要は別紙のとおり）

### 2 推選依頼内容

(1) 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されます。

#### (2) 留意事項

ア 本研修は、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターに委託して実施します。

イ 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。

ウ 国立長寿医療研究センターにおいて、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 4 年度認知症サポート医養成研修の概要

- (2) 令和4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・受講希望調書
- (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】令和4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4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・受講希望調書
- (3) 名簿公表に係る同意確認書

#### 5 推薦期限

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| (1) 第1回グループワーク | 令和4年 5月20日(金曜日) |
| (2) 第2回グループワーク | 令和4年 5月25日(水曜日) |
| (3) 第3回グループワーク | 令和4年 6月13日(月曜日) |
| (4) 第4回グループワーク | 令和4年 7月11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 中島・中川

電話：03-5320-4304(直通)

## 令和4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4年6月25日(土)  
①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時
- 第2回 令和4年7月16日(土)  
①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時
- 第3回 令和4年8月20日(土)  
①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時
- 第4回 令和4年9月17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147名の定員(各時間帯につき49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 鈴木  
TEL:0562-46-2311(内線2705)

(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

(別添2)

## 令和4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、所属する都道府県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4年5月27日(金)必着

第2回グループワーク: 令和4年6月1日(水)必着

第3回グループワーク: 令和4年7月1日(金)必着

第4回グループワーク: 令和4年7月29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、都道府県市より推薦された研修対象者の受講が決定した場合は、速やかに都道府県市に通知するものとする。

この場合において、都道府県市は、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:鈴木

TEL:0562-46-2311(内)2705

FAX:0562-45-5813

mail:suzuki-masahiro@ncgg.go.jp

9 その他

応募者が定員を超えた場合には、都道府県市と受講者の調整を行うものとする。

## 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】

ふりがな				性別	
希望者氏名					
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					
診療科(所属)				職名	
連絡先	職場電話番号				
	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	医籍番号	第 号			
	登録年月日	昭和・平成 年 月 日			
研修に対する希望					
*同一募集期間希望する日程	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	所属先	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TEL:				
	E-mail:				
	請求書宛先(債務者)				

\*第一希望と第二希望に関し、募集期間が異なる日程を希望される場合は、同時にお申込みはできません。お手数ですが再度お申込みください。

(具体例:第1回、第2回のいずれかのグループワークへの参加を希望する方の場合、第1回の希望時間帯を記載した受講申込書と、第2回の希望時間帯を記載した受講申込書をそれぞれの申込期限までに、それぞれ提出)

(令和4年度認知症サポート医養成研修)

## 受講希望調書

<氏名>

<研修の受講を希望する理由>

<研修により修得したい知識・技術>

<研修修了後、サポート医としてどのような役割を担っていききたいか>

※この調書は、東京都において受講者を決定する際の参考とさせていただきます。

## 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。

※本日の研修を修了され、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だいた場合、

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/iryoukikan/support\\_meibo/index.html](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/soudan/iryoukikan/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。

## 記

- 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。

## 【1もしくは2を選択した方】

⇒必ず下欄に、公表が可能な所属医療機関の情報を記載してください。

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	

※上記に記載された情報が、修了者名簿に掲載されます。

- 3 提供することに同意しません。

同意しない理由

年 月 日

署 名

※自署の場合は押印不要です。