

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 【後期】

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 8 月 9 日であったため締切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 5 回を受講希望は 8 月 26 日(金)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。 (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 5 回	R4.10.15	R4.8.26	第 8 回	R5.1.21	R4.9.16
第 6 回	R4.11.19	R4.9.16	第 9 回	R5.2.18	
第 7 回	R4.12.17				

◆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 5 回受講をご希望の場合は 8 月 26 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。

(案)

4 福保高在 第 608 号
令和 4 年 8 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
西山 智之

令和 4 年度認知症サポート医養成研修事業（後期）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、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（後期）（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

(案)

- (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
- (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5回グループワーク | 令和4年 8月30日(火曜日) |
| (2) 第6回グループワーク | 令和4年 9月22日(木曜日) |
| (3) 第7回グループワーク | 令和4年 9月22日(木曜日) |
| (4) 第8回グループワーク | 令和4年 9月22日(木曜日) |
| (5) 第9回グループワーク | 令和4年 9月22日(木曜日) |

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)

長寿発研修第 080901 号
令和 4 年 8 月 9 日

各 都道府県知事 殿
各 指定都市市長 殿

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4年度認知症サポート医養成研修の募集について【後期】

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日付け老発0415第6号厚生労働省老健局長通知)により、実施しています。

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」(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上、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とおり)

第5回グループワーク: 令和4年9月2日(金)必着

第6回グループワーク: 令和4年10月7日(金)必着

第7回グループワーク: 令和4年10月7日(金)必着

第8回グループワーク: 令和4年10月7日(金)必着

第9回グループワーク: 令和4年10月7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、都道府県市から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。

(別紙)

令和4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5回 令和4年10月15日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第6回 令和4年11月19日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第7回 令和4年12月17日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第8回 令和5年1月21日(土)

①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時

第9回 令和5年2月18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日当たり147名とする。(各時間帯49名×3回)

令和4年度 認知症サポート医養成研修受講に当たってのお知らせ

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、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5回 | 令和4年10月15日(土) |
| | ①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時 |
| 第6回 | 令和4年11月19日(土) |
| | ①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時 |
| 第7回 | 令和4年12月17日(土) |
| | ①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時 |
| 第8回 | 令和5年1月21日(土) |
| | ①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時 |
| 第9回 | 令和5年2月18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連絡願います。

※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留意ください。

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・環境等は以下のとおりです。

◆ 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注意願います。

◆ 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願います。

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、承知おきください。

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及び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、他者に提供されたりす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)

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	〒		
連絡先	電話番号	:	FAX
	E-mail	:	
担当部局		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	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	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)			
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

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	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)	:		

グループワーク参加までの流れ

研修1か月前

① 参加希望日を選び、申込する

② Eラーニングへの登録、テキスト、CD-R、DVDを受け取る

③ Eラーニングを開始し、テストを合格する

④ (Zoom)招待メールを受信する

⑤ 事前接続テストを実施する

⑥ グループワークに参加する

研修1週間前

研修3日前

研修当日

※研修当日の2週間前になっても何も連絡がない場合、お申込みした機関へお問い合わせください。

(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
一部改正 老発0418第10号
令和4年4月18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
修 了 証 書	
氏 名	
生年月日	年 月 日
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	
令和 年 月 日	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター総長 ○ ○ ○ ○

第2 かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

(1) 目的

高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の人本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じ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) 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

診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する医師とする。

(4) 研修内容

研修受講者に対し、標準的なカリキュラム(別記1)に基づき、かかりつけ医として必要で適切な認知症診療の知識・技術などの修得に資する内容とする。

(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に基づくものとする。

(6) 修了証書等の交付等

ア 実施主体の長は、研修修了者に対し、別途定める様式2により修了証書を交付する。

イ 実施主体の長は、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及と連携し、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、地域の認知症医療体制の推進及び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。

(7) その他

ア 実施主体の長は、本事業の実施に当たっては、認知症サポート医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、研修受講者の募集に当たっては、各都道府県等の医師会の協力を得て行うものとする。

(別記1) 標準的なカリキュラム

		研修内容
I かかりつけ医 の役割 (30分)	ねらい	認知症の人や家族を支えるためにかかりつけ医ができることを理解する
	到達目標	1 認知症施策推進大綱等の施策の目的を踏まえ、かかりつけ医の役割を理解する 2 認知症の人の本人視点を重視したアプローチの重要性を理解する 3 早期診断・早期対応の意義・重要性を理解する
	主な内容	・認知症を取り巻く施策（認知症施策推進大綱等） ・かかりつけ医に期待される役割 ・早期発見・早期対応の意義 ・本人の視点を重視したアプローチ ・診断後の支援
II 基本知識 (60分)	ねらい	認知症に関する基本的な知識・診断の原則を理解する
	到達目標	1 認知症の主な原因疾患及びその症状や経過等を理解する 2 認知症の診断基準及び診断のポイントを理解する 3 認知症の診断の手順及び鑑別すべき疾患について理解する
	主な内容	・認知症の原因疾患 ・認知症の診断基準 ・認知症の診断のポイント（画像診断・鑑別診断のポイント等） ・認知症と鑑別すべき他の疾患
III 診療における 実践 (60分)	ねらい	認知症のアセスメント及び具体的な対応の原則を踏まえた、診療におけるマネジメントを理解する
	到達目標	1 認知症の間診・アセスメントのポイントを理解する 2 認知症の治療についての原則・具体的な方法について理解する 3 行動・心理症状（BPSD）に対する対応の原則を理解する 4 治療期の本人・家族への対応及び実践上のポイントを理解する
	主な内容	・認知症初期の対応のポイント ・認知症の間診・アセスメント ・認知症の診療におけるマネジメント（非薬物・薬物療法等） ・BPSDに対する対応 ・認知症治療における留意点 ・本人・家族（介護者）への対応
IV 地域・生活 における実 践	ねらい	認知症の人の地域における生活を支えるために必要な支援の基本、活用できる医療・介護等の施策、多職種連携の重要性を理解する
	到達目標	1 かかりつけ医による認知症ケアのポイントを理解する 2 認知症である人が医療・介護等の施策や制度を活用するために必要なかかりつけ医の役割を理解する

実践 (60分)		3 多職種連携による支援体制構築におけるかかりつけ医の役割を理解する
	主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケア・支援の基本 ・認知症の人の意思決定の支援について ・認知症の医療・介護に関する施策・制度等 ・多職種連携

(様式2)

第 号
修 了 証 書
氏 名
生年月日 年 月 日
<p>あなたは厚生労働省の定めるかかりつけ医認知症対応力向上研修を 修了したことを証します</p>
令和 年 月 日
実施主体の長 ○ ○ ○ ○

第3 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修事業

(1) 目的

病院勤務の医師、看護師等の医療従事者に対し、認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識や、医療と介護の連携の重要性、認知症ケアの原則等の知識について修得するための研修を実施することにより、病院での認知症の人の手術や処置等の適切な実施の確保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

各都道府県及び指定都市管内の病院で勤務する医師、看護師等の医療従事者とする。

(4) 研修内容

研修受講者に対し、標準的なカリキュラム(別記2)に基づき、病院勤務の医療従事者として必要な認知症ケアの原則等の知識の修得に資する内容とする。

(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に基づくものとする。

(6) 修了証書等の交付等

ア 実施主体の長は、研修修了者に対し、別途定める様式(様式3)により修了証書を交付する。

イ 実施主体の長は、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、各都道府県看護協会、病院関係団体等と連携し、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、地域の認知症医療体制の推進及び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。

(7) その他

ア 実施主体の長は、本事業の実施に当たっては、認知症サポート医や、認知症ケアに精通した看護師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、研修受講者の募集に当たっては、各都道府県等の医師会、各都道府県看護協会、病院関係団体等の協力を得て行うものとする。

ウ 本事業とは別に、関係団体等が厚生労働省に協議した上で、同様の目的に基づき、別記2に定める標準的なカリキュラムと同様またはそれ以上の内容につき研修を行う場合には、研修修了者に対し本要綱(6)のア及びイを行うとともに、都道府県及び指定都市に対して、研修修了者の同意を得た上で、当該研修修了者に関する情報提供を行うこと。

(別記2) 標準的なカリキュラム

		研 修 内 容
I 目的 (15分)	ねらい	認知症の人の視点で、認知症ケアに求められていることを理解する
	到達目標	1 研修の目的を理解する 2 認知症の人の視点で、対応への課題を理解する 3 認知症の人を取り巻く施策等について理解する
	主な内容	・認知症を取り巻く施策（認知症施策推進大綱等） ・本人の視点を重視したアプローチ ・入院する認知症の人に起こっていること ・一般病院の医療従事者に期待される役割
II 対応力 (60分)	ねらい	認知症を理解し、入院中の対応の基本を習得する
	到達目標	1 認知症の特徴を理解する 2 入院生活における認知症の人の行動の特徴を理解し、対応方法について習得する
	主な内容	・認知症の病型、症状、経過 ・治療薬と薬物以外の療法とケア ・介護者への支援 ・認知症の人の理解 ・認知症の人の意思決定の支援について ・認知症ケアの基本 ・BPSDへの対応 ・せん妄への対応
III 連携等 (15分)	ねらい	院内・院外の多職種連携の意義を理解する
	到達目標	1 多職種連携の意義とメリットを理解する 2 院内・院外で多職種連携する必要性について理解する 3 多職種で行うカンファレンスの要点を理解する
	主な内容	・連携の定義と展開過程 ・各医療従事者の院内連携上の役割 ・入院時・退院時カンファレンスで確認・検討すべき内容や課題 ・認知症の人を支える様々な仕組み

(様式3)

第 号
修 了 証 書 氏 名
生年月日 年 月 日
あなたは、厚生労働省が定める病院勤務の医療従事者向け認知症 対応力向上研修を修了したことを証します
令和 年 月 日
実施主体の長 ○ ○ ○ ○