

(別添2)

令和7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。

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

第1回: 令和7年6月20日(金)必着

第2回: 令和7年8月22日(金)必着

第3回: 令和7年10月17日(金)必着

第4回: 令和7年12月5日(金)必着

第5回: 令和8年1月9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:大久保

TEL:0562-46-2311(内)2701

FAX:0562-45-5813

mail:ookubo-m[at]ncgg.go.jp

※メール送信にあたっては、[at]を@に直してお送りください。

9 その他

各回の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スクエア羽田
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方法等、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	〒		
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	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 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	:		
	請求書宛名(債務者)	:		