

令和5年5月23日

各 位

千葉県医師会長
入江 康文
(公 印 省 略)

令和5年度認知症サポート医養成研修の受講者募集【前期日程】について

平素より会務運営にご高配を賜りまして、厚く御礼を申し上げます。

今般、千葉県からの業務委託を受け、千葉県認知症地域医療支援事業実施要綱（令和3年4月22日施行）に基づき「令和5年度認知症サポート医養成研修【前期日程】」の受講者の募集を行いますのでご案内申し上げます。

今年度の研修は、第1回のみeラーニングシステムと集合研修の複合型で開催され、第2回以降は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。

つきましては、別紙募集要項により申込を受付いたしますので、貴会会員への周知につきましてご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、定員を超えた場合は、千葉県（行政）が地域のサポート医の数、同一医療機関での修了者数などから選考する旨連絡を受けております。

また、後期日程につきましては、千葉県より通知が届き次第、追ってご連絡いたします。

おって、千葉市医師会員及び千葉市内の施設・医療機関に所属している医師の申込につきましては、本会ではなく、千葉市在宅医療介護連携支援センターへお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

（添付文書）

- ・令和5年度認知症サポート医養成研修 募集要項及び別紙、受講申込書
- ・千葉県認知症地域医療支援事業実施要綱（認知症サポート医養成研修事業）

[担当] 千葉県医師会地域医療課 宮原
TEL043-242-9247 / FAX043-246-3142

令和5年度認知症サポート医養成研修【前期日程】 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事を目的とする。

2. 研修対象者

別紙千葉県認知症地域医療支援事業実施要綱（令和3年4月22日施行）第1（3）の のとおり。

3. 研修日時及び定員【前期日程のみ】

後期日程は通知が届き次第のご案内予定
別紙のとおり

4. 研修内容（第1回のみeラーニングシステムと集合研修の複合型、第2回以降はeラーニングシステムとZoomを利用したオンライン形式） 別紙のとおり

5. 受講手続

（1）必要書類

受講申込書（別紙様式） 千葉県版をご使用ください

（2）手続

認知症サポート医養成研修受講申込書の受講者記入欄に必要事項をご記入の上、申込み期限までに下記宛て FAX にてお送りください。

なお、申込み多数の場合は、千葉県にて選考となりますのでご了承ください。

（3）申込期限

第1回グループワーク：	令和5年5月31日（水）	必着
第2回グループワーク：	令和5年7月21日（金）	必着
第3回グループワーク：	令和5年8月25日（金）	必着
第4回グループワーク：	令和5年9月22日（金）	必着

受講申込書の日程希望欄には第二希望まで希望時間帯を記載いただけますが、1日あたり180名の定員を設定しているため、ご希望に添えない場合もあるとのことです。希望時間帯は3つ全ての時間帯が可の場合でも空欄ではなく、ご希望の時間帯をご記載ください（第1回のみ、13時～16時）。

(4) 受講者の決定

千葉県から受講決定通知があり次第、速やかに「受講決定通知」を千葉県医師会から送付します。受講決定通知の受領をもって研修参加が可能となります。

6. 研修受講費用（全課程を修了した場合）

50,000円（消費税込み）

各回の研修終了後に、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターから、研修受講医師宛てに請求書が送付されるので、研修受講医師は、請求書に従い振込手続きを行う。

全研修終了後に、県が、受講費助成対象者(上限30名)を選定する。

千葉県医師会から、受講費助成対象となった医師に受講費用分相当額の振込手続きを行う。

7. 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。

8. 申込み先

千葉県医師会地域医療課

FAX 番号：043 - 246 - 3142

9. 申込みについての問合せ先

千葉県医師会事務局地域医療課（担当：宮原）

千葉市中央区千葉港4 - 1

電話：043 - 242 - 9247(直通)

(別紙)

令和5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。

※第1回目については、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(集合研修及び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1回 令和5年7月22日(土) 13時～16時

品川フロントビル会議室

東京都港区港南2-3-13品川フロントビル B1階

第2回 令和5年9月16日(土)

①9時30分～11時30分 ②13時～15時 ③16時～18時

第3回 令和5年10月21日(土)

①9時30分～11時30分 ②13時～15時 ③16時～18時

第4回 令和5年11月18日(土)

①9時30分～11時30分 ②13時～15時 ③16時～18時

※グループワークの定員は、1日当たり180名とする。(第2回以降は原則、各時間帯60名×3回)

令和5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。

※第1回目については、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1回 令和5年7月22日(土) 13時～16時

品川フロントビル会議室

東京都港区港南2-3-13品川フロントビル B1階

第2回 令和5年9月16日(土)

①9時30分～11時30分 ②13時～15時 ③16時～18時

第3回 令和5年10月21日(土)

①9時30分～11時30分 ②13時～15時 ③16時～18時

第4回 令和5年11月18日(土)

①9時30分～11時30分 ②13時～15時 ③16時～18時

※グループワーク(第2回目以降)については1日3回枠を設けておりますので、受講申込書にて希望する時間帯を1つ選択し申し込んでください。

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。

Zoomを利用したオンラインでの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 大久保
TEL:0562-46-2311(内線2701)

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			
連絡先	電話番号		
	FAX		
	E-mail		
担当課		担当者名	

【受講者記入欄】

ふりがな氏名		性別	
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			
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)		
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			
研修対象者について該当するものに をつけてください。			
	千葉県認知症地域医療支援事業実施要綱第1(3)の「認知症サポート医養成研修対象者」に該当することを確認した。		
	過去に認知症サポート医養成研修を受講していない。		
	認知症初期集中支援チームの医師として活動している、又は活動する予定であることが市町村との協議により決定している医師		
	認知症初期集中支援チームの認知症サポート医として活動する意思がある。		
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 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:		

本申込書は、千葉県へ提供し、国立長寿医療研究センターへ申込みます。

千葉県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。

(2) 実施主体

実施主体は千葉県であり、公益社団法人千葉県医師会（以下「医師会」という。）に委託して実施する。

(3) 事業の内容

①認知症サポート医の役割

- 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 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

②認知症サポート医養成研修対象者

知事が、医師会と相談の上、千葉県ホームページ等において認知症サポート医養成研修修了者として公表可能であり、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 「①認知症サポート医の役割」を適切に担える医師

③認知症サポート医養成研修の内容

- 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及び連携を推進するために必要な知識・技術

(4) 研修修了者の情報等

①知事は、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。

②知事は、医師会と連携し、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、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。

(5) その他

①国立研究開発法人国立長寿医療研究センターの実施する研修を修了することにより、認知症サポート医とする。

②知事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。

③知事は、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。