

令和 7 年 5 月吉日

各 位

千葉県医師会長
入 江 康 文
(公印省略)

令和 7 年度 認知症サポート医養成研修の受講者募集について

平素より本会会務運営にご高配を賜り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に基づき「令和 7 年度認知症サポート医養成研修」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、全日程 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。お申込みされる方は「受講申込書」に必要事項をご記入の上、申込期限までに E メール（Excel ファイル添付）又は FAX にてお申込みください。

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お申込み・お問合せにつきましては、本会ではなく、千葉市在宅医療介護連携支援センター（TEL：043-305-5021）へご連絡いただきますようお願い申し上げます。

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

(添付文書)

- ・ 令和 7 年度認知症サポート医養成研修 募集要項、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（抜粋）

担当：地域医療課 藤田・海老澤
TEL) 043-242-9247 (課直通)
FAX) 043-246-3142

令和7年度 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 第1(3)の②のとおり

※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されます。

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. 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。

※Excelファイルを、千葉県医師会会員専用ページ「お知らせ」欄に掲載しております。

<https://j-cool01.sakura.ne.jp/chibamed/web/members/login.php?npage=>

※会員専用ページは、下記からもアクセス可能です。

千葉県医師会ホームページ (<https://www.chiba.med.or.jp/>)

>医療関係者の皆さまへ

>ページ最下部「会員専用ページ（ログインはこちらから）」

※千葉県医師会非会員の方でも、お申込み可能です。

非会員の方は、受講申込書PDFに入力またはページを印刷の上、お申込み下さい。

(2) 手続き／受講者の決定

- ・「受講申込書」の受講者記入欄に必要事項をご入力の上、
申込期限までに、下記申込先にEメール又はFAXにてお申込みください。
- ・千葉県からの「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。
受講決定通知は開催の約1か月前頃、千葉県から千葉県医師会へ通知されます。
千葉県から連絡を受け次第、千葉県医師会から速やかにご連絡いたします。
- ・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。

令和7年度 認知症サポート医養成研修 募集要項

(3) 申込期限

第1回：	令和7年 6月11日（水）	必着
第2回：	令和7年 8月 8日（金）	必着
第3回：	令和7年10月 3日（金）	必着
第4回：	令和7年11月21日（金）	必着
第5回：	令和7年12月19日（金）	必着

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）

- ① 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ます。
研修受講医師は、請求書に従い振込手続きを行ってください。
- ② 全研修終了後に、千葉県が受講費助成対象者（上限30名）を選定します。
- ③ 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います。
※お支払いを証明できるもの（振込後の受付票、領収書の写し等）をご提出いただきます。

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されます。

8. 申込先 千葉県医師会 地域医療課

FAX : 043-246-3142

Eメール : t-iryo@office-cma.or.jp

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：藤田・海老澤）

TEL : 043-242-9247（課直通）

(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・平成 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	昭和・平成・令和 年 月 日			
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。(※①は必須となります。)					
	①千葉県認知症地域医療支援事業実施要綱第1(3)の②「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。				
	②過去に認知症サポート医養成研修を受講していない。				
	③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。				
	④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 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)				

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

千葉県。ただし、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) 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、公益社団法人千葉県医師会（以下「医師会」という。）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。