

青 高 保 第 2 0 0 号
令和 7 年 4 月 3 0 日

各郡市医師会長 殿

青森県健康医療福祉部高齢福祉保険課長
(公 印 省 略)

令和 7 年度青森県認知症サポート医養成研修事業について (依頼)

本県の高齢福祉行政の推進につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、県では、地域における認知症医療体制の充実を図るため、別添要綱に基づき認知症サポート医養成研修事業を実施することとしました。

つきましては、貴会会員に対し、本研修について周知していただきますようお願い申し上げます。
要綱等については、下記のとおり県ホームページにも掲載していますので御覧ください。

なお、本事業については、別添写しのとおり県医師会に通知しているとともに、認知症疾患医療センター、病院及び精神科診療所、並びに市町村に対しても依頼していることを申し添えます。

記

県ホームページの要綱等の掲載先

https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/koreihoken/ninchisyou_support2021.html

* 「青森県 令和 7 年度認知症サポート医養成研修」で検索しても御覧いただけます。



担当：高齢者支援グループ

技師 板垣 李奈

TEL 017-734-9296

FAX 017-734-8090

E-mail rina_itagaki@pref.aomori.lg.jp



令和7年度青森県認知症サポート医養成研修事業実施要綱

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、各地域における、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。

- (1) 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
- (2) 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
- (3) 県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

実施主体は青森県とし、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター（以下「センター」という。）に委託して実施するものとする。

4 研修対象者

次のいずれかの条件を満たし適当と認めた医師とする。

- (1) 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
- (2) 「2 認知症サポート医の役割」を適切に担える医師

なお、本研修終了後は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。

また、研修対象者については青森県認知症サポート医養成研修募集要項に基づき、公益社団法人青森県医師会と相談の上決定する。

5 研修内容

認知症サポート医として必要な次の事項等の習得に資する内容とする。

- (1) 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
- (2) 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

6 受講の手続き等

受講の手続き等については、青森県認知症サポート医養成研修募集要項で定める。

7 修了者の名簿作成

- (1) 県は、センター理事長からの通知により、研修修了者の氏名、生年月日、修了年月日、修了証書番号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) 県は、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し、個人情報の保護に配慮しつつ、地域包括支援センターに情報提供するなど、地域の認知症治療や医療・介護連携の推進を図るものとする。

8 研修費用

- (1) 県は、研修対象者の研修受講のため必要な費用については、予算の範囲内で受講費用を県の規程に基づき負担する。
- (2) 研修受講者は、研修受講のため必要な費用のうち、教材の実費を負担するものとする。

9 その他

- (1) 県は、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。
- (2) 県は、研修修了者について、地域支援事業の包括的支援事業（介護保険法第115条の4第2項第6号）の「保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による認知症の早期における症状の悪化の防止のための支援その他の認知症である又はその疑いのある被保険者に対する総合的な支援を行う事業」等への参画を促すなど、地域における認知症の人への支援体制の構築に努めるものとする。

令和7年度青森県認知症サポート医養成研修募集要項

1 研修対象者及び定員

・青森県認知症サポート医養成研修事業実施要綱4の(1)又は(2)のいずれかの条件を満たし、かつ、県内市町村の認知症総合支援事業に協力すること(市町村・各種団体が実施する研修の講師を務める等)ができる医師。

・県費(受講料(50,000円)及び旅費(1泊分))による受講定員は15名。なお、応募者が多い場合は、町村部の医療機関に勤務する医師を優先する。

2 研修通知範囲

郡市医師会、認知症疾患医療センター、病院、精神科診療所、市町村

3 日程及び研修内容

第1回

日時：令和7年8月2日(土) 東京都(定員250名)

会場：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

日時：令和7年10月4日(土) 北海道(定員150名)

会場：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

日時：令和7年11月29日(土) 神奈川県(定員300名)

会場：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

日時：令和8年1月17日(土) 大阪府(定員250名)

会場：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

日時：令和8年2月21日(土) 福岡県(定員250名)

会場：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)

※講義の一部を事前にeラーニングで受講し、残りの講義及びグループワークを会場で受講する。スケジュールの詳細は、別紙のとおり。

※県予算の都合上、福岡会場を希望する場合は、自費負担とする。なお、申込会場の変更を依頼する場合がある。

4 受講申込

別紙様式に必要事項を記載の上、郵送、FAX、メールのいずれかの方法で青森県健康医療福祉部高齢福祉保険課あてに申し込むこと。

提出締切：令和7年5月21日（水）正午 厳守

5 研修対象者の選定及び受講決定

・県は青森県医師会と相談の上、県費による研修対象者を決定し、速やかに申込者に連絡するとともに、国立長寿医療研究センター（以下「センター」という。）に受講申込を行う。また、センターから受講決定通知が届き次第、研修対象者に通知する。

・県費による研修対象が見送りとなった場合であっても、自己負担又は所属等の負担による申込みは可能とする。

6 その他

・認知症サポート医養成研修受講修了者として、氏名・勤務先等を本県のホームページで公表することに了解の上、申し込むこと。

問い合わせ・申込先：

〒030-8570 青森市長島1-1-1

青森県健康医療福祉部高齢福祉保険課

高齢者支援グループ 担当：板垣

TEL：017-734-9296（直通）

FAX：017-734-8090

Mail: rina_itagaki@pref.aomori.lg.jp

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）	:		