

公益社団法人群馬県医師会
会長 須藤 英仁 様

群馬県健康福祉部
福祉局介護高齢課長 関根 智子

令和7年度認知症サポート医養成研修受講者の推薦について（依頼）

本県の認知症施策の推進につきましては、日ごろから御理解、御協力いただき、感謝申し上げます。

さて、標記研修について、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターから開催の連絡がありました。お手数をおかけしますが、下記のとおり受講者の推薦をお願いします。

記

1 研修の開催形式

- ・集合研修（事前にeラーニングの受講修了が必要です）

2 受講日程（以下のいずれか）

- ・第1回 令和7年8月2日（土）開催地：東京都
- ・第3回 令和7年11月29日（土）開催地：神奈川県

3 推薦要件及び人数

- ・10名

ア 受講要件

- 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に取り組める医師
- ③各郡市医師会と地域包括支援センターとの連携づくりに協力できる医師
- ④県及び各郡市医師会が実施する、かかりつけ医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をできる医師
- ⑤本研修修了者として、県ホームページでの情報公開に同意できる医師

イ 推薦にあたっての留意事項

上記のとおり、認知症サポート医には県及び各郡市医師会、市町村（地域包括支援センター）との連携・協力が受講要件となっています。受講者については、積極的に御協力いただけるよう、募集の段階からその旨、周知をお願いします。（申込みを行った時点で、受講要件・事業への協力について同意したものとみなします）
市町村ごとの認知症サポート医の養成状況の平準化を図るため、現在、認知症サポート医のいない地域から優先的に推薦をお願いします。

4 提出書類（電子メール提出） ※Excel ファイルでの提出をお願いします。

- （様式1）受講申込総括表（Excel ファイル）
- （様式2）令和7年度受講申込書（Excel ファイル）

5 提出期限

6月11日（県への提出期限）

6 研修の受講費用（受講料50,000円）

- ・受講料（50,000円）と旅費は県予算にて負担します。
- ・旅費は県の規定により負担します（原則公共交通機関利用）
- ・その他の受講に必要な通信機器・環境の準備等、受講に係る経費については受講者の負担とします。

7 その他

推薦をするにあたり、添付の名簿をご確認いただきサポート医の異動がありましたらお知らせください。

担当：認知症・地域支援係 横田
電話：027-898-2733
E-mail：houkatsukea@pref.gunma.lg.jp