



沖医発第344号E

令和8年 5月27日

地区医師会長 殿

沖縄県医師会

会長 田名 毅

(公印省略)

令和8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）

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、沖縄県保健医療介護部長より、標記研修受講者の推薦依頼が別添の通り届いておりますので、ご連絡申し上げます。

本件は、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ため、かかりつけ医等への助言その他支援や、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」の養成を目的として開催される、標記研修会を受講いただく医師を推薦いただきたい旨の依頼となっております。

つきましては、ご多忙の折誠に恐縮に存じますが、本研修の主旨をご理解頂き、貴会より受講を希望される先生がおりましたら、別紙様式と同意書にご記入の上、下記の提出期限までに本会宛FAX（098-888-0089）またはメール（gl@okinawa.med.or.jp ※「g」の後は数字の「1」）にて、ご推薦くださいますようお願い申し上げます。

記

| | グループワーク日時 | 開催場所 | 書類提出期限 |
|-----|---------------|------|---------------|
| 第1回 | 令和8年7月25日（土） | 東京会場 | 令和8年6月3日（水） |
| 第2回 | 令和8年9月12日（土） | 兵庫会場 | 令和8年7月15日（水） |
| 第3回 | 令和8年10月24日（土） | 東京会場 | 令和8年8月26日（水） |
| 第4回 | 令和8年11月28日（土） | 福岡会場 | 令和8年9月30日（水） |
| 第5回 | 令和9年1月16日（土） | 愛知会場 | 令和8年11月18日（水） |

・令和8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）

（令和8年5月20日（保ケ第100号））

沖縄県医師会事務局業務1課：嘉手納
TEL：098-888-0087/FAX：098-888-0089
gl@okinawa.med.or.jp

保 ケ 第 100 号
令和 8 年 5 月 20 日

沖縄県医師会長 あて

沖縄県保健医療介護部長
(公印省略)

令和 8 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、日頃より御理解、御協力を賜り感謝申し上げます。

県では、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ため、かかりつけ医等への助言その他の支援や、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」を養成するため、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターに研修を委託して実施しているところです。

令和 8 年度の研修受講者を決定するにあたり、下記により研修受講者を御推薦いただきますようお願いいたします。

記

1 認知症サポート医養成研修について

(1) 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。

- 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 市町村が実施主体の認知症初期集中支援チームへの参加を求められた際の協力
- エ 都道府県・指定都市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

(2) 研修対象者

次のア又はイのいずれかの条件を満たし貴会が適当と認めた者。

- 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(1)に掲げる認知症サポート医の役割を適切に担える医師

(3) 開催形式

- ・全ての開催回において、eラーニングシステムと会場での集合研修の複合型となります。
- ・eラーニングサイトで講義を受講し、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残りの講義及びグループワーク等の集合研修を受講していただきます。

(4) 研修内容

「事前調査票」、「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」、「事後調査票」

(5) 費用負担

受講料 50,000 円（消費税込み）は全額県が負担

なお、集合研修へ参加する際の旅費は全額自己負担となりますのであらかじめご了承ください。

(6) 受講スケジュール

①e 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。

②会場での集合研修

下記日時のとおり

受講申込書に「希望する受講回」を記入してください。

| グループワーク日時・場所等 | | |
|---------------|----------------------------------|--|
| 第1回 | 令和8年7月25日(土) 開催地:東京都(定員350名) | 時間:集合研修は1日間 (午後、半日程度、概ね13:00~17:00頃) 場所:TCC有明コンベンションホール 東京都江東区有明3丁目5番7号 |
| 第2回 | 令和8年9月12日(土) 開催地:兵庫県(定員250名) | 時間:第1回と同じ 場所:神戸ポートピアホテル 兵庫県神戸市中央区港島中町6丁目10-1 |
| 第3回 | 令和8年10月24日(土) 開催地:東京都(定員350名) | 時間:第1回と同じ 場所:TFTビル 東京都江東区有明3-11-1 |
| 第4回 | 令和8年11月28日(土) 開催地:福岡県(定員250名) | 時間:第1回と同じ 場所:福岡ファッションビル 福岡県福岡市博多区博多駅前2丁目10-19 |
| 第5回 | 令和9年1月16日(土) 開催地:愛知県(定員200名) | 時間:第1回と同じ 場所:TKPガーデンシティ PREMIUM 名古屋太閤 西愛知県名古屋市中村区太閤1丁目24-11 TKP名古屋ビル |

(7) 受講方法

受講者の決定後、eラーニングシステム受講に関する案内を、受講申込書にご記載いただいたメールアドレス宛に、事務局より直接送付いたします。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、不明な点がありましたら事務局まで連絡願います。

※受講申込書にご記載いただいた情報（氏名・所属・メールアドレス等）を基に、事務局にてeラーニングシステムへの登録を行います。登録完了後、受講者ご本人宛に、URLおよびIDをシステムよりメールにてご案内いたしますので、案内に従いアクセスのうえ、初回ログイン時にパスワードを設定してください。なお、システムの仕様上、共通メールアドレスは登録できませんので、受講申込書には必ず個人のメールアドレスをご

記載ください。

※なお、グループワーク開催日の3日前までにeラーニングによる講義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。

【事務局連絡先】

〒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：山崎

TEL：0562-46-2311（内）2701

FAX：0562-45-5813

mail：yamazaki-sawa@ncgg.go.jp

(8) 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・環境等は以下の通りです。
- ・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・スマートフォン・タブレット
 - ・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

【PC】

Windows(Windows11以降)または macOS(Big Sur 11以降)

- ・ Google Chrome（最新版）
- ・ Microsoft Edge Chromium（最新版）

【スマートフォン／タブレット】

iPhone／iPad(iOS／iPadOS13以降)

- ・ Safari（最新版）

Android(Android 6 以降)

- ・ Google Chrome（最新版）

2 研修受講者の推薦手続き等

(1) 認知症サポート医養成研修受講生として御推薦いただきたい人数

令和8年度 10人程度

(2) 県に提出する書類

1の(2)の条件を満たし貴会が適当と認めた者について次のア及びイの書類を県に御提出ください。

ア 別紙様式「令和8年度受講申込書」

イ 令和8年度認知症サポート医養成研修受講後の役割に関する同意書

(3) 書類提出期限

(2)の書類の提出期限は、参加を希望するグループワークの日程により異なります。

各期限までに県に提出いただきますようお願いいたします。

| | グループワーク日時 | 県に対する書類提出期限 |
|-----|---------------|---------------|
| 第1回 | 令和8年7月25日(土) | 令和8年6月5日(金) |
| 第2回 | 令和8年9月12日(土) | 令和8年7月17日(金) |
| 第3回 | 令和8年10月24日(土) | 令和8年8月28日(金) |
| 第4回 | 令和8年11月28日(土) | 令和8年10月2日(金) |
| 第5回 | 令和9年1月16日(土) | 令和8年11月20日(金) |

(4) 書類提出方法

県担当者あてに電子メールによりご提出ください。

【県担当者】

沖縄県保健医療介護部 地域包括ケア推進課 地域包括ケア推進班

(担当者) 崎原南歩

(電子メール) sakihana@pref.okinawa.lg.jp

(電話番号) 098-894-2152

| |
|---|
| 〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2 沖縄県保健医療介護部 地域包括ケア推進課 地域包括ケア推進班 (担当) 崎原 南歩 TEL098-894-2152 FAX098-862-6325 E-mail saskihana@pref.okinawa.lg.jp |
|---|