

広島県もの忘れ・認知症相談医設置要綱

(目的)

第1条 県は、高齢者等が日頃から受診する主治医（かかりつけ医）に対し、認知症に関して気軽に相談でき、より早い段階から適切な医療と介護のサービスを提供できる体制を整備するため、もの忘れ・認知症相談医を設置し、地域における認知症の早期発見・早期対応を促進する。

(呼称)

第2条 前条のもの忘れ・認知症相談医の呼称は、オレンジドクターとする。

(役割)

第3条 オレンジドクターの役割は、次のとおりとする。

- (1) 認知症患者及び家族の支援
- (2) 認知症の医療及びケアに関する正しい知識の普及
- (3) 地域における認知症患者及び家族の支援体制への協力

(認定)

第4条 オレンジドクターは、次の研修修了者であって、様式第1号により第5条第1項の公表に同意した者とする。

- (1) かかりつけ医認知症対応力向上研修
 - (2) 認知症サポート医養成研修
 - (3) 認知症専門医療向上研修
 - (4) その他前各号の研修に類似する研修で知事が特に認めたもの
- 2 県は、前項のオレンジドクターに対し、別記の認定プレートを交付する。
- 3 オレンジドクターは、前項の認定プレートを院内等に掲示するものとする。

(公表)

第5条 県は、広島県ホームページにおいてオレンジドクターの名簿を公表する。

- 2 オレンジドクターは、前項の名簿の掲載情報に変更があった場合は、様式第2号により広島県に届け出るものとする。
- 3 オレンジドクターは、県外の医療機関に異動した場合又は医療機関を廃止した場合は、様式第3号により広島県に届け出るとともに、第4条第2項の認定プレートを返還するものとする。

(支援)

第6条 県は、オレンジドクターによる認知症の診療を支援するため、診断・治療方法等に関して、認知症サポート医へ相談できる体制を整備する。

- 2 県は、オレンジドクターに対し、広島県医師会等の関係団体と連携して、認知症に関する研修会等を実施する。

(情報の提供)

第7条 県は、第5条第1項の名簿を、市町及び地域包括支援センターに提供する。

- 2 県は、認知症の早期発見・早期対応を啓発するポスター等を作成し、オレンジドクターのいる医療機関に配付する。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施について必要な事項は健康福祉局長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成22年3月9日から施行する。

(名簿の取扱)

- 2 第4条第1項第1号及び第2号の研修修了者については、当該研修の修了者名簿を、第5条第1項の名簿とみなす。

附 則

この要綱は、平成22年9月7日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年1月18日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年6月16日から施行する。



円の大きさは、直径 200 ミリメートルとする。

【オレンジドクターの成り立ち】

国は、認知症を理解し、認知症のある人や家族を温かく見守り、認知症になっても安心して暮らせる町づくりを目指して、「認知症サポーター100万人キャラバン」事業を展開している。

この事業の中で、住民・職場・学校等を対象として「認知症サポーター養成講座」を開催し、受講者に対して、認知症サポーターであることを示す「オレンジリング」（ブレスレット）を配付しており、オレンジは、認知症のある人や家族への応援カラーとして広く定着していることから、県では、かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者等を、「オレンジドクター」の名称を付して、もの忘れや認知症の相談窓口として広く周知し、認知症の早期発見・早期対応の促進を図ることとする。

様式第1号（第5条第1項関係）

同 意 書

私は、オレンジドクター（もの忘れ・認知症相談医設置要綱第4条に規定する研修
修了者）として、氏名、勤務先名、診療科名、勤務先住所、勤務先電話番号を、広島県
ホームページにおいて公表するとともに、関係市町（地域包括支援センターを含む。）
へ情報提供することに同意します。

広島県知事 様

年 月 日

氏 名 _____

勤務先 _____

診療科 _____

勤務先住所 _____

勤務先電話番号 _____

様式第2号（第5条第2項関係）

オレンジドクター名簿登録変更届

オレンジドクター名簿に登録されている記載事項を、次のとおり変更します。

項 目	変 更 前	変 更 後
氏 名		
勤 務 先		
診 療 科		
勤 務 先 住 所		
勤 務 先 電 話 番 号		

広島県知事 様

年 月 日

氏 名 _____

様式第3号（第5条第3項関係）

オレンジドクター名簿登録抹消届

オレンジドクター名簿から抹消してください。

広島県知事 様

年 月 日

氏 名 _____

勤務先 _____

診療科 _____

勤務先住所 _____

勤務先電話番号 _____