

千葉県かかりつけ医認知症対応力向上研修実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医(以下「かかりつけ医」という。)に対し、適切な認知症診断の知識・技術や家族からの話や悩みを聞く姿勢を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、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ことを目的とする。

(事業の実施主体)

第2条 この事業の実施主体は千葉県とし、千葉県医師会に委託して実施するものとする。

(研修対象者)

第3条 診療科名等を問わず、千葉市内で勤務(開業)する医師とする。

(研修内容)

第4条 研修内容は、別表に掲げる内容を標準とし、かかりつけ医として必要かつ適切な認知症診断の知識・技術などの習得に資する内容とする。

2 前項の規定にかかわらず、研修を企画する認知症サポート医は、受講者の特性に応じたカリキュラムの変更ができるものとし、変更を行う場合は、研修実施前にカリキュラムについて千葉市に報告し、了承を得るものとする。

(受講生の募集)

第5条 受講生の募集は、千葉県医師会において行うものとし、受講生の勤務(開業)する医療機関の所在地に地域の偏りが生じないように努めるものとする。

(修了証書等の交付等)

第6条 市長は、研修修了者に対し別途定める修了証書(様式第1号)を交付する。

2 前項の規定に関わらず、当研修修了者と同等の知識・技術を有すると認められ、認知症サポート医より推薦を受けた者(以下「認定者」という。)については、別途定める認定証書(様式第2号)を交付するものとする。

3 市長は、研修修了者及び前項の認定者について名簿(様式第3号)を作成し、管理する。

4 市長は、前項の名簿搭載者のうち、同意の得られた者についてあんしんケアセンター、在宅介護支援センター等へ情報を提供し、認知症の人及びその家族等の医療機関受診の利便性に資するものとする。

(補足)

第7条 この要綱に定めるもののほか、かかりつけ医認知症対応力向上研修に関し必要な事項は、保健福祉局長が別に定める。

附則

この要綱は、平成19年 4月 2日から施行する。

附則

この要綱は、平成26年 4月 1日から施行する。

附則

この要綱は、平成27年 4月 1日から施行する。

附則

この要綱は、令和 3年 4月 1日から施行する。

(別表)標準カリキュラム

| | 研修内容 | 時間 |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I 役割 | <ul style="list-style-type: none"> 認知症を取り巻く施策(認知症施策推進大綱) かかりつけ医に期待される役割 早期発見・早期対応の意義 本人の視点を重視したアプローチ 診断後の支援 | 30分 |
| II 基本知識 | <ul style="list-style-type: none"> 認知症の原因疾患 認知症の診断基準 認知症の診断のポイント(画像診断・鑑別判断等) 認知症と鑑別すべき他の疾患 | 60分 |
| III 診療における実践 | <ul style="list-style-type: none"> 認知症初期対応のポイント 認知症の問診・評価のポイント 認知症の診療におけるマネジメント(薬物療法) 認知症の診療におけるマネジメント(非薬物療法) 周辺症状(行動・心理症状)に関連する要因 周辺症状(行動・心理症状)に対する対応 認知症治療における留意点 本人・家族(介護者)への対応 | 60分 |
| IV 地域生活における実践 | <ul style="list-style-type: none"> 主治医意見書の役割 認知症患者の意思決定支援 かかりつけ医とケアマネジャーとの連携 認知症高齢者ケアの基本 地域密着型サービス 介護保険における介護予防システム 成年後見制度 高齢者虐待防止法 等 | 70分 |

(様式第1号)

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第 号 |
| 修 了 証 書 |
| 氏 名 様 |
| 生年月日 年 月 日 |
| <p>あなたは、厚生労働省の定めるかかりつけ医認知症対応力向上研修を修了したことを証 します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">千葉市長 ○○ ○○</p> |

(様式第2号)

| |
|----------------------------------------------------|
| 第 号 |
| 認 定 証 書 |
| 氏 名 様 |
| 生年月日 年 月 日 |
| あなたは、厚生労働省の定めるかかりつけ医認知症対応力向上研修と同等の研修を修了したものと認定します。 |
| 年 月 日 |
| 千葉市長 ○○ ○○ |

(様式第3号)

| 修了(認定)番号 | 修了(認定)年月日 | 氏名 (生年月日) | 医療機関 | | | 情報提供 の可否 |
|----------|-----------|--------------|------|----|------|-------------|
| | | | 名称 | 住所 | 電話番号 | |
| | | | | | | |