

高知県もの忘れ・認知症相談医（こうちオレンジドクター）設置要綱

（目的）

第1条 県は、高齢者等が日ごろ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、高知県もの忘れ・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 前条の高知県もの忘れ・認知症相談医の呼称は、こうちオレンジドクターとする。

（役割）

第3条 こうちオレンジドクターの役割は、もの忘れ、認知症に関する県民からの相談への対応その他必要な支援とする。

（登録）

第4条 こうちオレンジドクターは、次の研修を修了した医師であって、様式第1号により第5条第1項の公表に同意し、県の名簿に登録した医師とする。

- (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) 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、前項のこうちオレンジドクターに対し、別記のプレートを交付する。

3 こうちオレンジドクターは、前項のプレートを院内に掲示するものとする。

（公表）

第5条 県は、高知県ホームページ等において、こうちオレンジドクターの名簿を公表する。

2 こうちオレンジドクターは、前項の名簿の登載情報に変更があった場合は、様式第2号により高知県に届け出るものとする。

3 こうち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号により高知県に届け出るとともに、第4条第2項のプレートを廃棄するものとする。

（支援）

第6条 県は、こうちオレンジドクターによる認知症の診療を支援するため、認知症サポート医をチーフ・オレンジドクターとして位置付け、診断・治療方法等に関して、相談できる体制を整備する。

2 県は、こうちオレンジドクターに対し、高知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、市町村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、こうち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政策部長が別に定める。

附 則

（施行期日）

この要綱は、平成25年7月5日から施行する。

（施行期日）

この要綱は、令和4年1月7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。

【こうち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「認知症サポーターカード」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を修了した医師等を、「こうちオレンジドクター」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4条第1項関係）

同意書

私は、こうちオレンジドクター（高知県もの忘れ・認知症相談医設置要綱第4条に規定する研修を修了した医師）として、氏名、医療機関名、診療科名、医療機関所在地、医療機関電話番号及びかかりつけ医認知症対応力向上フォローアップ研修の受講状況等を高知県のホームページにおいて公表するとともに、関係市町村（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。

高知県知事 様

令和 年 月 日

氏名 _____

医療機関名 _____

診療科 _____

医療機関所在地 _____

医療機関電話番号 _____

様式第2号（第5条第2項関係）

こうちオレンジドクター名簿登録変更届

こうち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		
医 療 機 関 名		
診 療 科		
医 療 機 関 所 在 地		
医 療 機 関 電 話 番 号		

高知県知事 様

令和 年 月 日

氏 名 _____

様式第3号（第5条第3項関係）

こうちオレンジドクター名簿登録抹消届

こうちオレンジドクター名簿から抹消してください。

高知県知事 様

令和 年 月 日

氏名 _____

医療機関名 _____

診療科 _____

医療機関所在地 _____

医療機関電話番号 _____