

新潟県もの忘れ・認知症対応医療機関（にいがたオレンジドクター）認定制度実施要綱

（目的）

第1条 県民が、身近な地域で気軽に認知症の相談や日常の治療が受けられ、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、新潟県もの忘れ・認知症対応医療機関を認定し、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 新潟県もの忘れ・認知症対応医療機関の呼称は、にいがたオレンジドクター（以下「オレンジドクター」という。）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) もの忘れ及び認知症に関する相談、日常療養対応
- (2) 地域包括支援センターとの連携等、地域における認知症の方及び家族への支援
- (3) 認知症疾患医療センター等専門医療機関との連携

（認定要件等）

第4条 オレンジドクターは、次のいずれかの者が在籍する医療機関とし、認定を受けようとする医療機関は、様式第1号により県に申請するものとする。

- (1) 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医
- (2) 次のいずれかの研修を修了した医師
 - ア かかりつけ医認知症対応力向上研修
 - イ 認知症サポート医養成研修
- 2 県はオレンジドクターに認定した医療機関に対し、認定証及びプレートを交付する。
- 3 オレンジドクターは、前項に定める認定証及びプレートを院内等に掲示するものとする。

（認定期間）

第5条 認定期間は、認定日から起算して5年を経過する日の属する年度の3月31日までとする。

（更新）

第6条 オレンジドクターの認定の更新を受けようとする場合は、前条で定める認定期間の満了の日の3か月前から満了後1か月が経過する日までに、第2号様式により県に申請するものとする。

- 2 次のいずれかの者が在籍するオレンジドクターを更新の対象とする。
 - (1) 第4条第1項第1号に定める専門医
 - (2) 更新前の認定期間内に、次のいずれかの研修を修了した医師
 - ア 認知症サポート医・かかりつけ医フォローアップ研修
 - イ 認知症疾患医療センターや医師会等が主催する認知症に係る研修会など新潟県が別に定める研修

（公表等）

第7条 県は、県ホームページにおいてオレンジドクターの一覧を公表する。

- 2 オレンジドクターは、第4条第1項及び第6条第1項による申請内容に変更がある場合（ただし、認定要件の該当状況に関わるものに限る。）は、すみやかに様式第3号により県に届け出るものとする。
- 3 オレンジドクターは、第4条第1項及び第6条第2項に定める要件を満たさなくなった場合又は医療機関を廃止する場合は、様式第4号により県に届け出るとともに、県が交付した認定証及びプレートをすみやかに廃棄するものとする。

（情報の提供）

第8条 県は、第7条第1項の一覧を、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リーフレット等を作成し、オレンジドクター等へ配布する。

（その他）

第9条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は別に定める。

附 則

（施行期日）

この要綱は、令和3年1月12日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

新潟県もの忘れ・認知症対応医療機関（にいがたオレンジドクター）認定制度
認定申請書

年 月 日

新潟県知事 様

医療機関名
代表者名

㊞

にいがたオレンジドクターとして認定されたく、下記のとおり申請します。

1 基本情報

申請 担当者	部署名		職・氏名	
	TEL		FAX	
	E-mail			
所在地	〒			
URL				

2 認定要件該当状況

医師 ※1	所属		氏名			
	①認知症に係る専門医	学会名		認定期間		
	②かかりつけ医認知症対応力向上研修修了	受講時期		年	月	
③サポート医養成研修修了	受講時期		年	月		
上記以外の医師の在籍状況	①	人	②	人	③	人

※1 認定要件を満たす医師が複数いる場合は、いずれか1名について記載してください。

3 相談・診療対応科名 ※2

対応科名		診療日 (曜日・時間)	
------	--	----------------	--

※2 上記に記載いただいた内容は、県ホームページ等での広報に利用させていただきます。

様式第2号（第6条関係）

新潟県もの忘れ・認知症対応医療機関（にいがたオレンジドクター）認定制度
更新認定申請書

年 月 日

新潟県知事 様

医療機関名
代表者名

㊞

にいがたオレンジドクターとして更新認定されたく、下記のとおり申請します。

1 基本情報

申請 担当者	部署名		職・氏名	
	TEL		FAX	
	E-mail			
所在地	〒			
URL				

2 更新要件該当状況

医師 ※1	所属		氏名		
	①認知症に係る専門医	学会名		認定期間	
	②認知症サポート医・かかりつけ医フォローアップ研修修了				受講時期
					年 月
③県が別に定める研修を修了 ※2	修了研修名			受講時期	
				年 月	
				年 月	
上記以外の医師の在籍状況		①	人	②	
				人	

※1 認定要件を満たす医師が複数いる場合は、いずれか1名について記載してください。

※2 入力欄が不足する場合は適宜追加してください。

3 相談・診療対応科名 ※3

対応科名		診療日 (曜日・時間)	
------	--	----------------	--

※3 上記に記載いただいた内容は、県ホームページ等での広報に利用させていただきます。

様式第3号（第7条第2項関係）

新潟県もの忘れ・認知症対応医療機関（にいがたオレンジドクター）認定制度
変更届

年 月 日

新潟県知事 様

医療機関名
代表者名

㊞

にいがたオレンジドクター認定時の申請内容について、以下のとおり変更します。

申請 担当者	部署名		職・氏名	
	TEL		FAX	
	E-mail			
変更理由				
変更内容				

※ 認定要件の該当状況に影響する場合（医師の変更）は、本様式の提出が必要です。

様式第4号（第7条第3項関係）

新潟県もの忘れ・認知症対応医療機関（にいがたオレンジドクター）認定制度
認定取消届

年 月 日

新潟県知事 様

医療機関名
代表者名

㊞

にいがたオレンジドクターの認定について、以下のとおり取消しを届け出ます。

申請者 担当者	部署名		職・氏名	
	TEL		FAX	
	E-mail			
取消理由				