

第2 かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

(1) 目的

高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の本人とその家族を支える知識と方法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。

(2) 実施主体

本事業の実施主体は都道府県及び指定都市とする。ただし、事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託することができるものとする。

(3) 研修対象者

診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する医師とする。

(4) 研修内容

研修受講者に対し、標準的なカリキュラム（別記1）に基づき、かかりつけ医として必要で適切な認知症診療の知識・技術などの修得に資する内容とする。

(5) 受講の手続き等

実施主体又は研修実施受託団体の募集要綱に基づくものとする。

(6) 修了証書等の交付等

- ア 実施主体の長は、研修修了者に対し、別途定める様式2により修了証書を交付する。
- イ 実施主体の長は、研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記入した名簿を作成し、管理するものとする。
- ウ 実施主体の長は、研修修了者の情報について、各都道府県医師会及び指定都市医師会と連携し、本事業実施要綱第7「普及啓発推進事業」等を活用し、研修修了者の同意を得た上で、研修修了者のリスト等を作成・更新し、各市町村や各市町村が設置する地域包括支援センターに配布するなど、地域の認知症医療体制の推進及び管内の認知症の人及びその家族等の受診の利便性に資するものとする。

(7) その他

- ア 実施主体の長は、本事業の実施に当たっては、認知症サポート医の協力の下に行うものとし、本事業の実施を関係団体等に委託する場合については、当該団体と密接な連携を図るものとする。
- イ 実施主体の長は、研修受講者の募集に当たっては、各都道府県・指定都市医師会を通じ、郡市医師会の協力を得て行うものとする。

(別記1) 標準的なカリキュラム

		研修内容
I 「かかりつけ医の役割」編 (30分)	ねらい	認知症の人や家族を支えるためにかかりつけ医ができることを理解する
	到達目標	<ol style="list-style-type: none"> 1 認知症であることに気づき、受け入れることができる 2 必要に応じ専門機関を含めた他の医療施設を紹介できる 3 日常的な管理（認知症に対する治療薬の管理を含む）を行う 4 必要なサービスを把握しそこに家族をつなぐことができる 5 家族の負担を理解し、経過の説明ができ、不安を軽減できる 6 家族に、望まれる対応・すべきでない対応を指導できる
	主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医とは ・早期発見・早期対応の意義 ・かかりつけ医に期待される役割 ・認知症高齢者の現状 ・認知症施策の方向性について
II 「診断・治療」編 (90分)	ねらい	認知症診断・治療の原則を理解する
	到達目標	<ol style="list-style-type: none"> 1 認知症の初期症状や日常生活上の行動の変化を説明することができる 2 認知症の診断の方法と手順を説明することができる 3 認知機能障害への薬物療法、行動・心理症状（BPSD）に対する対応の原則を説明することができる 4 治療開始にあたって、本人・家族への対応・支援のポイントを理解している
	主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の診断基準（DSM） ・認知機能障害と行動・心理症状（BPSD） ・家族が最初に気づいた日常生活の変化 ・認知症初期の発見のポイント ・MCIの人への対応 ・認知症の問診とアセスメント ・認知症と間違えやすい症状 ・認知症の治療とケア ・認知症の説明（告知）と法的な取扱い
III 「連携と制度度」編 (90分)	ねらい	認知症の人を支えるための医療・介護、地域が連携した生活支援の重要性を理解する
	到達目標	<ol style="list-style-type: none"> 1 認知症の人を地域の連携体制で支える仕組みとかかりつけ医の役割について理解する 2 介護保険制度で利用できるサービスについて、本人・家族に説明することができる 3 成年後見制度・高齢者虐待防止法等の権利擁護の仕組みの概要を説明することができる
	主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・連携の意義と実際 ・認知症の人への支援体制 ・若年性認知症の特徴と現状 ・認知症の人と運転 ・認知症と成年後見制度 ・地域啓発のポイント

(様式 2)

修了証明書		第 号
氏名		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を 修了したことを証します		
平成 年 月 日	実施主体の長	○ ○ ○ ○
		(400)
		II
		訓練) 台、 訓 (教)
		(400)
		女性
		前
		訓練) 訓 (教)
		(400)