

## 第4 歯科医師認知症対応力向上研修事業

### (1) 目的

高齢者が受診する歯科医師に対し、認知症の人本人とその家族を支えるために必要な基本知識や、医療と介護の連携の重要性等を習得するための研修を実施することにより、認知症の疑いのある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応とともに、その後も認知症の人の状況に応じた歯科治療・口腔管理を適切に行い、認知症の人への支援体制構築の担い手とな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

各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する歯科医師とする。

### (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3）に基づき、かかりつけ歯科医として必要な認知症の人に関する基礎知識・連携等の習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4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、各都道府県歯科医師会、その他関係団体と連携し、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、認知症歯科医療に精通した歯科医師、認知症サポート医等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、各都道府県歯科医師会、関係団体等の協力を得て行うものとする。

## (別記3) 標準的なカリキュラム

研修内容		
I	ねらい 到達目標 (30分)	<p>認知症の人や家族を支えるために認知症対応の基礎知識を理解する</p> <p>1 認知症の現状および病態やその特徴を理解する 2 認知症診療・ケアの概要とプロセスを理解する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症施策の現状</li> <li>・認知症の原因疾患の特徴と症例</li> <li>・画像診断やアセスメントの概要</li> <li>・認知症治療薬や薬効の概要</li> </ul>
II	ねらい 到達目標 (90分)	<p>認知症の人への対応と早期発見・早期対応の重要性、歯科診療の継続のための方法を習得する</p> <p>1 かかりつけ歯科医の役割を理解する 2 認知症の人（疑いを含む）の認知機能障害によって生じる症状を理解する 3 症状に配慮した歯科診療を行う 4 スタッフ教育および歯科医院全体で患者・家族を支援する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ歯科医（歯科医療機関）の役割</li> <li>・歯科診療において注意すべき認知症への気づきのポイント</li> <li>・認知症の人の歯科診療を円滑に進めるための視点</li> <li>・歯科診療所で起こる行動・心理症状（B P S D）に対する対応</li> <li>・治療計画と対応方法の立案</li> <li>・歯科医療機関の管理者の役割</li> </ul>
III	ねらい 到達目標 (90分)	<p>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</p> <p>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歯科医の役割について理解する 2 介護保険制度のサービスについて、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に関する制度の</p>

	概要を説明することができる
主な内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアシステム、介護保険制度</li> <li>・サービス担当者会議でのかかりつけ歯科医の役割</li> <li>・ケアマネジャーとの連携</li> <li>・認知症ケアパス、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等の仕組み</li> <li>・若年性認知症の現状と支援の制度</li> <li>・成年後見制度、高齢者虐待の現状</li> </ul>

(様式 4)

修了証書	第 号
氏名	生年月日 年 月 日
<p>あなたは、厚生労働省の定める歯科医師認知症対応力向上研修を修了したことを証します</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">実施主体の長</p> <p style="text-align: right;">○ ○ ○ ○</p>	