

「とうきょうオレンジドクター」認定要領

| | |
|------|---------------------------------------|
| | 5 福祉高在第 8 9 9 号 令和 6 年 3 月 1 1 日 |
| 一部改正 | 6 福祉高在第 3 4 6 号 令和 6 年 6 月 3 日 |
| 一部改正 | 6 福祉高在第 4 0 3 号 令和 6 年 6 月 2 4 日 |
| 一部改正 | 6 福祉高在第 8 2 5 号 令和 6 年 1 0 月 2 8 日 |
| 一部改正 | 6 福祉高在第 1 0 9 8 号 令和 7 年 1 月 1 7 日 |
| 一部改正 | 7 福祉高在第 4 1 3 号 令和 7 年 6 月 2 0 日 |

1 目的

この要領は、認知症サポート医地域連携促進事業実施要綱（5 福祉高在第 8 8 2 号。以下「要綱」という。）に定める「とうきょうオレンジドクター」の認定に関して、必要な事項を定めるものとする。

2 新規認定要件

都が「とうきょうオレンジドクター」を新規に認定する要件は、次の各項のとおりとする。

（１）都内に勤務する認知症サポート医のうち、次に掲げるアからオまでの要件をすべて満たす者であること。

ア 認知症診療歴を 5 年以上有すること。

イ 下記の（ア）または（イ）の実績を有すること。

（ア）認知症または認知症疑いのある方の診療件数が 1 月あたり 1 0 名以上である。

（イ）認知症または認知症疑いのある方の在宅医療件数が 1 月あたり 3 名以上である。

ウ 認定申請を行う年度の前々年度の 4 月 1 日から認定申請を行うまでの間に、認知症支援推進センターが実施する認知症サポート医等フォローアップ研修（以下「フォローアップ研修」という。）を 3 回以上修了していること。

エ 都内の地域包括支援センターとの間で合意書（様式 1）を取り交わしていること。

オ 都が行う調査において、地域包括支援センターからの相談への対応、認知症初期集中支援チーム・認知症検診・認知症カフェへの参加、研修講師としての協力の各項目につき、すべてに対応可能または参加可能と回答し、かつ公表に同意していること。

（２）前項の規定にかかわらず、暴力団員等（東京都暴力団排除条例（平成 23 年東京都条例第 54 号）第 2 条第 3 号に規定する暴力団員及び同条第 4 号に規定する暴力団関係者をいう。）に該当する場合は、認定の対象としない。

3 新規認定申請

新規の認定を受けようとする認知症サポート医は、別途定める期日までに、合意書（様式1）、申請書（様式2）及び認知症サポート医 名簿公表に係る同意確認書（様式3）を知事に提出し、認定を申請する。

4 認定の有効期間

認定の有効期間は、5年間とする。

5 認定の更新要件

都が「とうきょうオレンジドクター」の認定の有効期間を更新する要件は、次の各項のとおりとする。

（1）都内に勤務する認知症サポート医のうち、次に掲げるア及びイの要件を満たす者であること。

ア 2（1）ア、イ、エ及びオに定める要件を満たしていること。

イ 直近の認定日から認定更新の申請を行うまでの間に、認知症支援推進センターが実施する認知症サポート医等フォローアップ研修を3回以上修了していること。そのうち、同研修におけるグループワーク修了を1回以上含むこと。

（2）前項の規定にかかわらず、暴力団員等（東京都暴力団排除条例（平成23年東京都条例第54号）第2条第3号に規定する暴力団員及び同条第4号に規定する暴力団関係者をいう。）に該当する場合は、更新の対象としない。

6 認定の更新申請

「とうきょうオレンジドクター」の認定の更新を希望する認知症サポート医は、別途定める期日までに、更新申請書（様式4）に必要書類を添えて、知事に提出する。

7 「とうきょうオレンジドクター」の認定

（1）都は、認知症サポート医から提出された申請内容を審査し、適正と認められる場合に新規または更新の認定を行い、適正と認められない場合は、不認定結果通知書（様式5）によりその旨を通知する。

（2）都は、（1）により「とうきょうオレンジドクター」の認定を受けた認知症サポート医に対して、認定証（様式6）を交付する。

（3）都は、（1）により認定した「とうきょうオレンジドクター」の氏名等を都のホームページ等において公表するとともに、都内区市町村及び認知症疾患医療センターへ周知する。

（4）「とうきょうオレンジドクター」の認定を受けた認知症サポート医は、認定証を所属する医療機関内で掲示すること。

8 申請書記載事項の変更

「とうきょうオレンジドクター」の認定を受けた認知症サポート医は、申請書記載事項に変更が生じたときは、変更届（様式7）により、速やかに知事に届け出なければならない。

9 認定の辞退

（1）「とうきょうオレンジドクター」の認定を受けた認知症サポート医が、都外の医療機関等に異動

する等の事由より、「とうきょうオレンジドクター」の活動を継続できなくなった場合は、辞退届（様式8）により速やかに知事に届け出るとともに、認定証を返納しなければならない。

（2）都は、（1）により認定を辞退した「とうきょうオレンジドクター」の氏名等を、都内区市町村及び認知症疾患医療センターへ周知する。

10 「とうきょうオレンジドクター」の責務

「とうきょうオレンジドクター」は、認定要件を維持し、地域包括支援センターとの合意書を遵守するとともに、積極的に地域の関係機関等と連携して活動する。

11 認定の取消し

（1）知事は、「とうきょうオレンジドクター」の認定を受けた認知症サポート医が次の各号のいずれかに該当する場合、認定を取り消すことができる。

ア 偽りその他不正の手段により認定されたとき。

イ 認定の決定を受けた認知症サポート医が暴力団員等に該当するに至ったとき。

ウ その他法令上又は社会通念上、認定するにふさわしくないと判断される事由があったとき。

（2）知事は、（1）に基づき認定の取消しを行った場合は、認定取消通知書（様式9）により通知し、速やかに認定証の返納を求めるものとする。

（3）「とうきょうオレンジドクター」の認定を取り消された認知症サポート医は、（2）に基づき認定証の返納を求められた場合、速やかに返納しなくてはならない。

12 情報の提供

都は、「とうきょうオレンジドクター」の認定を受けた認知症サポート医に対し、必要に応じ、都の認知症施策に関する情報等を提供する。

附 則

この要領は、令和6年4月1日より施行する。

附 則（令和6年6月3日6福祉高在第346号）

この要領は、決定の日から施行する。

附 則（令和6年6月24日6福祉高在第403号）

この要領は、決定の日から施行する。

附 則（令和6年10月28日6福祉高在第825号）

この要領は、決定の日から施行する。

附 則（令和7年1月17日6福祉高在第1098号）

この要領は、決定の日から施行する。

附 則（令和7年6月20日7福祉高在第413号）

この要領は、決定の日から施行する。

(様式1)

合意書

認知症サポート医

| | |
|-------|--|
| 医療機関名 | |
| 連絡先 | |
| 氏名 | |

地域包括支援センターや関係機関が行う以下の取組に協力いたします。

| 地域包括支援センターに協力する事項 | 確認欄 (協力する事項に○ を記載すること) |
|------------------------------------|------------------------------|
| 認知症のある方への診療及び入退院支援 | |
| 地域包括支援センターが主催する認知症関連の会議体への参加 | |
| 地域包括支援センターの相談医 | |
| 認知症カフェ等の認知症のある方と家族介護者等を対象とした取組への参加 | |
| 地域住民向け講演会や多職種向け等研修等への協力や講師としての参加 | |
| 運転免許更新に係る診断書作成 | |
| 成年後見に係る診断書作成 | |
| | |
| | |

上記の者の協力を得ることに同意します。

年 月 日 (地域包括支援センター名称)
センター長 ○○

(地域包括支援センター確認欄)

| | |
|-------------|--|
| 地域包括支援センター名 | |
| 担当者名 | |
| 連絡先 | |

(様式2)

年 月 日

東京都知事 殿

〒 _____

勤務する医療機関の所在地 _____

勤務する医療機関の名称 _____

勤務する医療機関の電話番号 _____

氏名・ふりがな _____

「とうきょうオレンジドクター」認定申請書

とうきょうオレンジドクター認定要領2に基づき、裏面の記載事項に同意し、認定を申請します。
認定要件を満たしていることについては、下表のとおり確認しました。

| | | 確認欄 |
|--|---|-----|
| (1) 都内に勤務し、次に掲げるアからオまでの要件をすべて満たしている。 | | |
| | ア 認知症診療歴を5年以上有すること。 | |
| | イ 下記の(ア)または(イ)の実績を有すること。 | |
| | (ア) 認知症または認知症疑いのある方の診療件数が1月あたり10名以上である。 | |
| | (イ) 認知症または認知症疑いのある方の在宅医療件数が1月あたり3名以上である。 | |
| | ウ 認定申請を行う年度の前々年度の4月1日から認定申請を行うまでの間に、認知症支援推進センターが実施する認知症サポート医等フォローアップ研修を3回以上修了していること。 | |
| | エ 都内の地域包括支援センターとの合意書(様式1)を取り交わしていること。 | |
| | オ 都が行う調査において、地域包括支援センターからの相談への対応、認知症初期集中支援チーム・認知症検診・認知症カフェへの参加、研修講師としての協力の各項目につき、すべてに対応可能または参加可能と回答し、かつ公表に同意していること。 | |
| (2) 暴力団員等(東京都暴力団排除条例(平成23年東京都条例第54号。)第2条第3号に規定する暴力団員及び同条第4号に規定する暴力団関係者をいう。)に該当しない。 | | |

(申請書裏面)

下記について同意します。

記

1 サポート医名簿の更新について

本申請において、現在都に提出している認知症サポート医名簿の情報（氏名、所属機関名、所属機関所在地、所属機関電話番号）から変更がある場合、今回の申請の情報を最新のものとみなし、認知症サポート医名簿の情報を更新のうえ、公表することに同意します。

2 認定の取り消しについて

以下の要件に該当する場合に、東京都が当方の認定を取り消すことに同意します。

- （１）偽りその他不正の手段により認定されたとき。
- （２）暴力団員等に該当するに至ったとき。
- （３）その他法令上又は社会通念上、認定するにふさわしくないと判断される事由があったとき。

3 認定証の返納

以下の要件に該当する場合に、東京都に速やかに認定証を返納することに同意します。

- （１）都外の医療機関等に異動する等の事由により、「とうきょうオレンジドクター」の活動を継続できなくなったとき。
- （２）認定を取り消されたとき。

※本申請に係る連絡先

（申請内容等について、都、都から申請受付業務を受託した団体、提出先の地区医師会から連絡をすることがあります）

| | | |
|-----|---------|--|
| 連絡先 | 電話番号 | |
| | メールアドレス | |

(様式3)

認知症サポート医 名簿公表に係る同意確認書

＜ご対応が可能な取組について＞

東京都では、区市町村や認知症疾患医療センター等が認知症のある方・家族等の支援における相談や、研修の企画や講師としての協力依頼等を行いやすくするため、認知症サポート医の皆様のそうした相談等への対応可否について、東京都のホームページ「とうきょう認知症ナビ」（以下「とうきょう認知症ナビ」という。）内で公表させていただくこととしました。

とうきょうオレンジドクターの申請に当たっては、下記の取組全てに「対応可能」であり、回答内容について「とうきょう認知症ナビ」に名簿と共に公表することに同意する必要があります。

届出日_____

医療機関名_____

氏名_____

| | 対応可能な取組 | 選択肢 | 回等欄 |
|---|---|--|-----|
| ① | 自らが主治医として関わる認知症（もしくは認知症疑い）のある方以外についても、地域包括支援センターからの相談に応じ、助言と支援を行う | 1 対応可能（これまでに対応したことがある） 2 対応可能（これまでに対応したことはない） | |
| ② | 所属する区市町村の認知症初期集中支援チームのチーム員として参加できる | 1 参加可能（これまでに参加したことがある） 2 参加可能（これまでに参加したことはない） | |
| ③ | 所属する区市町村で認知症検診に関する事業に参加できる（所属する区市町村でそうした事業がない もしくは あるかどうかわからない場合、ある場合を想定して回答してください） | 1 参加可能（これまでに参加したことがある） 2 参加可能（これまでに参加したことはない） | |
| ④ | 認知症カフェ等の本人や家族介護者を対象とした取組への参加 | 1 参加可能（これまでに参加したことがある） 2 参加可能（これまでに参加したことはない） | |
| ⑤ | 住民向け講演会や専門職向け研修等の企画立案への協力や講師として参加 | 1 参加可能（これまでに参加したことがある） 2 参加可能（これまでに参加したことはない） | |

| 選択肢 | チェック欄 |
|---|-------|
| 上記①～⑤の回答内容について、「とうきょう認知症ナビ」に名簿と共に公表することに同意する。 | |

※本様式は、一度提出していただいた方であっても、とうきょうオレンジドクターの申請の際に再度提出する必要があります。

また、本様式の内容を最新の情報として、とうきょう認知症ナビに名簿と共に公表いたします。

(様式4)

年 月 日

東京都知事 殿

〒 _____

勤務する医療機関の所在地 _____

勤務する医療機関の名称 _____

勤務する医療機関の電話番号 _____

氏名・ふりがな _____

「とうきょうオレンジドクター」認定更新申請書

とうきょうオレンジドクター認定要領5に基づき、裏面の記載事項に同意し、認定更新を申請します。
認定要件を満たしていることについては、下表のとおり確認しました。

| | | 確認欄 |
|--|---|-----|
| (1) 都内に勤務し、次に掲げるアからオまでの要件をすべて満たしている。 | | |
| | ア 認知症診療歴を5年以上有すること。 | |
| | イ 下記の(ア)または(イ)の実績を有すること。 | |
| | (ア) 認知症または認知症疑いのある方の診療件数が1月あたり10名以上である。 | |
| | (イ) 認知症または認知症疑いのある方の在宅医療件数が1月あたり3名以上である。 | |
| | ウ 直近の認定日から認定更新の申請を行うまでの間に、認知症支援推進センターが実施する認知症サポート医等フォローアップ研修を3回以上修了していること。そのうち、同研修におけるグループワーク修了を1回以上含むこと。 | |
| | エ 都内の地域包括支援センターとの合意書(様式1)を取り交わしていること。 | |
| | オ 都が行う調査において、地域包括支援センターからの相談への対応、認知症初期集中支援チーム・認知症検診・認知症カフェへの参加、研修講師としての協力の各項目につき、すべてに対応可能または参加可能と回答し、かつ公表に同意していること。 | |
| (2) 暴力団員等(東京都暴力団排除条例(平成23年東京都条例第54号。)第2条第3号に規定する暴力団員及び同条第4号に規定する暴力団関係者をいう。)に該当しない。 | | |

(申請書裏面)

下記について同意します。

記

1 サポート医名簿の更新について

本申請において、現在都に提出している認知症サポート医名簿の情報（氏名、所属機関名、所属機関所在地、所属機関電話番号）から変更がある場合、今回の申請の情報を最新のものとみなし、認知症サポート医名簿の情報を更新のうえ、公表することに同意します。

2 認定の取り消しについて

以下の要件に該当する場合に、東京都が当方の認定を取り消すことに同意します。

- （１）偽りその他不正の手段により認定されたとき。
- （２）暴力団員等に該当するに至ったとき。
- （３）その他法令上又は社会通念上、認定するにふさわしくないと判断される事由があったとき。

3 認定証の返納

以下の要件に該当する場合に、東京都に速やかに認定証を返納することに同意します。

- （１）都外の医療機関等に異動する等の事由により、「とうきょうオレンジドクター」の活動を継続できなくなったとき。
- （２）認定を取り消されたとき。

※本申請に係る連絡先

（申請内容等について、都、都から申請受付業務を受託した団体、提出先の地区医師会から連絡をすることがあります）

| | | |
|-----|---------|--|
| 連絡先 | 電話番号 | |
| | メールアドレス | |

(様式5)

第 号
年 月 日

勤務する医療機関の所在地
勤務する医療機関の名称
認知症サポート医の氏名 様

東京都知事

㊟

年度「とうきょうオレンジドクター」の不認定について（通知）

提出のありました 年度「とうきょうオレンジドクター」認定申請書については、審査の結果、下記事由により、今回は「とうきょうオレンジドクター」としての認定を見送ることといたしましたので、とうきょうオレンジドクター認定要領7（1）に基づき通知します。

記

（1）認定見送りの事由

第 号

認 定 証

氏 名

あなたを

「とうきょうオレンジドクター」

に認定します。

認定期間 年 月 日から 年 月 日まで

年 月 日

東 京 都 知 事

(知事氏名)

(様式7)

「とうきょうオレンジドクター」認定申請事項変更届

年 月 日

東京都知事 殿

〒 _____

勤務する医療機関の所在地 _____

勤務する医療機関の名称 _____

勤務する医療機関の電話番号 _____

氏名・ふりがな _____

とうきょうオレンジドクター認定要領8の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

1 変更事項

2 変更事項の内容

(変更前)

(変更後)

3 変更の理由

4 変更の年月日

年 月 日

(様式8)

「とうきょうオレンジドクター」辞退届

年 月 日

東京都知事 殿

〒 _____

勤務する医療機関の所在地 _____

勤務する医療機関の名称 _____

勤務する医療機関の電話番号 _____

氏名・ふりがな _____

とうきょうオレンジドクター認定要領9（1）の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。
併せて、「とうきょうオレンジドクター」認定証を別添のとおり返納いたします。

記

1 認定を辞退する理由

2 辞退年月日

年 月 日

(様式9)

第 号
年 月 日

勤務する医療機関の所在地

勤務する医療機関の名称

「とうきょうオレンジドクター」の氏名 様

東京都知事

㊟

年度「とうきょうオレンジドクター」認定の取消しについて（通知）

年 月 日付けで 年度「とうきょうオレンジドクター」の認定をいたしましたが、下記事
由により、取り消しましたので、とうきょうオレンジドクター認定要領11の規定に基づき通知します。
なお、認定証を 年 月 日までに返納してください。

記

（1）認定取消しの理由