認知症疾患医療センター運営事業実施体制等調書

**１　申請に係る担当者連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属・役職 |  | 氏　名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  | | |

**２　医療機関の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名称 |  | |
| 医療機関所在地 | 〒 | |
| 開設者 |  | |
| 管理者 |  | |
| 医療機関種別 | □ 一般病院　□ 精神科病院　□ 有床診療所　□ その他 | |
| 診療科目 | （全て記載してください） | |
| 診療日等 | （診療日・診療時間等を記入してください。） | |
| 医療法上の  許可病床数 | 一般病床 | 床 |
| 精神病床 | 床 |
| その他病床 | 床　（うち療養病床　　　　　床） |
| 計 | 床 |

**３　設置基準・業務内容等**

（１）専門医療機関としての機能

　ア　現在の認知症診療体制（貴医療機関における現在の認知症診療体制を記載してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 診療日 |  |
| 診療時間 |  |
| 認知症専門外来の設置 | □ 有  □ 無　⇒　□　今後設置予定（時期：　　　　　　　　　　　　　）  □ 無　⇒　□　専門外来設置予定なし |
| 認知症専門外来の詳細 |  |

　イ　専門医療相談（県実施要綱第３条（１）ア）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療相談室の整備 | □ プライバシーに配慮した個室の相談室を整備している。  ・場所（　　　　　　　　　　　　）・広さ（　　　　　　　　　　　　）㎡  □ 個室ではないが相談室を整備している。  ・場所（　　　　　　　　　　　　）・広さ（　　　　　　　　　　　　）㎡  □ 今後整備の予定である。  ・場所（　　　　　　　　　 　　）・広さ（　　　　　　　　　　　　）㎡  ・時期（　　　　　　　　　　　　） | |
| 相談実施日時 | 相談実施日 |  |
| 相談実施時間 |  |
| 専用電話の設置 | □ 認知症医療相談のための専用の電話を設置している。  □ 今後設置予定である。（時期：　　　　　　　　　 ） | |
| 相談実績※  （Ｒ元年度） | □　有　⇒　相談件数（　　　　）件【 期間：　　　～ 】  □　無　　　　うち電話相談（　　　）件，面接相談（　　　）件 | |

　　※　相談実績は，診療報酬のないものをいい，延べ回数をカウントしてください。

ウ　人員配置基準（県実施要綱第３条（１）イ）

　①　医師（専任１名以上）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 専門医等  （※１） | 勤務形態  （※２） | 認知症サポート医  （※３） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※１　次の区分により番号を記入してください。

①　日本老年精神医学会専門医（学会認定証の写しを添付してください。）

②　日本認知症医学会専門医（学会認定証の写しを添付してください。）

③　認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした５年以上の臨床経験を有する医師（業務履歴書

（様式４－１）を添付してください。）

※２　常勤専従・専任の別（配置予定の場合は「予定」）を記入してください（以下同様）。

※３　厚生労働省の定める認知症サポート医養成研修を修了した医師である場合は，「○」を記入してください。

　②　臨床心理技術者（専任１名以上）※　保有資格者証の写しを添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 保有資格 | 勤務形態  （※２） | 認知症ケア  経験年数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

③　医療相談室に配置する精神保健福祉士又は保健師等（２名以上。うち１名は常勤専従で地域包括支援センターとの連絡調整業務を担当，他の１名以上は専任で他の業務を担当）

(Ａ)　地域包括支援Ｃとの連絡調整担当（１名は常勤専従）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 保有資格 | 勤務形態  （※２） | 認知症ケア  経験年数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　※　保有資格者証の写しを添付してください。

（Ｂ）他の業務担当（専任１名以上）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 保有資格 | 勤務形態  （※２） | 認知症ケア  経験年数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　保有資格者証の写しを添付してください。

エ　検査体制（県実施要綱第３条（１）ウ）

|  |  |
| --- | --- |
| 血液検査 | □すべて自施設で実施している。 |
| 尿一般検査 |
| 心電図検査 |
| 神経心理検査 |
| コンピュータ断層撮影装置  （ＣＴ） | □保有（　　台／予定の場合，導入時期：　　年　　月） |
| 磁気共鳴画像装置 （ＭＲＩ） | □保有（　　台／予定の場合，導入時期：　　年　　月） |
| □他医療機関との連携により実施  （連携先医療機関名：　　　　　　　　　　　　　） |
| 脳血流シンチグラフィ （ＳＰＥＣＴ） | □保有（　　台／予定の場合，導入時期：　　年　　月） |
| □他医療機関との連携により実施  （連携先医療機関名：　　　　　　　　　　　　　） |
| ※　「連携」の場合，認知症疾患医療センター運営事業に係る連携体制承諾書（様式５）及び応募医療機関との位置関係が分かるもの（地図等）を添付してください。 | | |

オ　入院治療体制（県実施要綱第３条（１）エ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身体合併症に対する急性期入院治療を行うことができる一般病床 | □保有  □連携 | 病床数：　　　　　床 |
| 連携先医療機関名： |
| 認知症疾患の行動・心理症状に対する急性期入院治療を行うことができる精神病床 | □保有  □連携 | 病床数：　　　　　床 |
| 連携先医療機関名： |
| 認知症治療病棟入院料の施設基準に係る届出の有無 | □有  □無 | （予定の場合，届出時期：　　　年　　月） |
|
| ※　「連携」の場合，認知症疾患医療センター運営事業に係る連携体制承諾書（様式５）及び応募医療機関との位置関係が分かるもの（地図等）を添付してください。 | | | |

（２）地域連携の機能

ア　情報センター機能（県実施要綱第３条（２）ア）

|  |  |
| --- | --- |
| 地域の認知症医療に関する連携機能 | 地域の認知症医療に関する連携の中核として取組を行っているか。 |
| □ 取り組んでいる。  □ 今後取り組む予定（対応開始時期：　　　　　　　　　　　　　　　）  【取組内容（予定も含む。）】 |
| 自施設内の連携体制 | 認知症の人の身体合併症及び周辺症状（行動・心理症状）等，様々な症状に対応できるよう，自施設内の医師，看護師，介護職，精神保健福祉士，作業療法士や理学療法士等，多職種が適切に連携できる体制の構築を図っているか。 |
| □ 取り組んでいる。  □ 今後取り組む予定（対応開始時期：　　　　　　　　　　　　　　　）  【取組内容（予定も含む。）】 |

イ　研修会（県実施要綱第３条（２）イ）

|  |  |
| --- | --- |
| 研修会の開催 | 認知症サポート医研修や，かかりつけ医研修の実施状況等を踏まえつつ，研修を自ら行い，又は他の主体の実施する研修に協力するなど，地域における認知症の専門医療に係る研修に取り組んでいるか。 |
| □ 主催して開催している。  ≪対象者≫  □ 医療従事者 （実績　　　　回　　参加延べ人数　　　　　　人）  □ かかりつけ医（実績　　　　回　　参加延べ人数　　　　　　人）  □ 市町（実績　　　回　　参加延べ人数　　　　　　人）  □ 地域包括支援センター職員（実績　　　　回　　参加延べ人数 人）  □ 家族・地域住民（実績　　　　回　　参加延べ人数　　　　　　人）  □ 他の主体が実施する研修へ協力（講師等の派遣）している。  実施主体（　　　　　　　　　）・実績（　　　　　　　　　　　回 ）  □ 今後開催（協力）予定  【開催内容（予定も含む。）】 |

　※　実績については，H31(R1)年度実績（H31.4.1～R2.3.31）を記載すること。

ウ　連携協議会（県実施要綱第３条（２）ウ）

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症疾患医療連携協議会 | 地域の連携体制強化のための協議会を組織し，開催しているか。 |
| □ 開催している。  【開催内容，開催回数，構成員】  □ 今後開催予定（対応開始時期：　　　　　　　　　　　　　　　）  【開催内容，開催回数，構成員（予定も含む。）】 |

エ　情報発信（県実施要綱第４条（５））

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症の  普及啓発  情報発信 | 地域住民や介護者等に対して，認知症に関する普及啓発や情報発信に取り組んでいるか。 |
| □ 取り組んでいる。  （内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ 今後取り組む予定（対応開始時期：　　　　　　　　　　　　　　　）  【取組内容（予定も含む。）】 |

**４　認知症疾患に係る診察体制**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 鑑別診断件数  H31（R1）年度実績（H31.4.1  　～R2.3.31） |  | 全数 | 内65歳未満 |
| １．正常または健常 | 件 | 件 |
| ２．軽度認知障害（MCI） | 件 | 件 |
| ３．アルツハイマー型認知症（G30,F00） | 件 | 件 |
| ４．血管性認知症（F01） | 件 | 件 |
| ５．レビー小体型認知症（G31,F02） | 件 | 件 |
| ６．前頭側頭型認知症  （行動障害型・言語障害型を含む　G31,F02） | 件 | 件 |
| ７．外傷性脳損傷による認知症（S06.2,F02） | 件 | 件 |
| ８．物質・医薬品誘発性による認知症  　　（アルコール関連障害による認知症を含む） | 件 | 件 |
| ９．HIV感染による認知症（B20,F02） | 件 | 件 |
| 10．プリオン病による認知症（A81,F02） | 件 | 件 |
| 11．パーキンソン病による認知症（G20,F02） | 件 | 件 |
| 12．ハンチントン病による認知症（G10,F02） | 件 | 件 |
| 13．正常圧水頭症（G91) | 件 | 件 |
| 14．他の医学的疾患による認知症（F02） | 件 | 件 |
| 15．複数の病因による認知症（F02） | 件 | 件 |
| 16．詳細不明の認知症（F03)（上記３～15に該当しないもの） | 件 | 件 |
| 17．上記２～16以外の症状性を含む器質性精神障害 | 件 | 件 |
| 18．統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（F2) | 件 | 件 |
| 19．気分（感情）障害（F3) | 件 | 件 |
| 20．てんかん（G47) | 件 | 件 |
| 21．神経発達障害（知的発達障害を含む）（F7-F9) | 件 | 件 |
| 22．上記のいずれにも含まれない精神疾患 | 件 | 件 |
| 23．上記のいずれにも含まれない神経疾患 | 件 | 件 |
| 24．上記のいずれにも含まれない疾患 | 件 | 件 |
| 25．診断保留 | 件 | 件 |
| 計 | 件 | 件 |

**４　認知症疾患に係る診察体制（続き）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 初診までの待機日数 | 平均（　　　　）日（算定期間：　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　）  ※　緊急枠や特別枠を除き，予約時から初診までの平均待機日数を記入 | | |
| 施設基準 | 認知症疾患治療病棟届出 | 有　（　Ⅰ　・　Ⅱ　）・　無 | |
| 診療報酬 | 認知症ケア加算１ | H31(R1)年度（H31.4.1～R2.3.31）算定件数　　　 　 件 | |
| 認知症ケア加算２ | H31(R1)年度（H31.4.1～R2.3.31）算定件数　　　　 件 | |
| 認知症ケア加算３ | H31(R1)年度（H31.4.1～R2.3.31）算定件数　　　　 件 | |
| 受診の経緯 | １．地域包括支援センターから | | 件 |
| ２．医療機関（かかりつけ医等）から | | 件 |
| ３．居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から | | 件 |
| ４．行政機関から | | 件 |
| ５．その他 | | 件 |
| 受診後の情報提供 | １．地域包括支援センターへ | | 件 |
| ２．医療機関（かかりつけ医等）へ | | 件 |
| ３．居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ | | 件 |
| ４．行政機関へ | | 件 |
| ５．その他 | | 件 |

**５　身体合併症，周辺症状（行動・心理症状）への対応等**

認知症の周辺症状・身体合併症について，他医療機関との連携により実施している場合は，「６　連携する医療機関」に記載するとともに，具体的な連携体制がとれていることを証する書類（様式５，位置関係がわかるもの）を添付すること

※　実績については，H31(R1)年度実績（H31.4.1～R2.3.31）を記載すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 救急医療機関としての指定 | 救急告示医療機関指定　　　　　　□　有　　□　無  ※　消防法２条９項により「救急病院等を定める省令（昭和39年2月20日厚生省令第8号）」に基づき都道府県知事が告示し指定する病院） | | |
| 休日，夜間における救急・急性期入院治療を対応できる空病床数の確保 | 認知症の周辺症状  （行動・心理症状） | 精神病床 | 床（一日あたり） |
| 一般病床 | 床（一日あたり） |
| その他 | 床（一日あたり） |
| 身体合併症 | 精神病床 | 床（一日あたり） |
| 一般病床 | 床（一日あたり） |
| その他 | 床（一日あたり） |
| 認知症の周辺症状の急性期入院治療の対応状況 | □ 自施設の精神病床で対応している。（新規入院治療　実績　　　　　　　件）  □ 自施設の一般病床で対応している。（新規入院治療　実績　　　　　　　件）  □ 初期診断後，連携する他医療機関を紹介している。（実績　　　　　　　件）  □ 今後対応する予定  （時期：　　　　　　　　対応方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　） | | |

**５　身体合併症，周辺症状（行動・心理症状）への対応等（続き）**

|  |  |
| --- | --- |
| 身体合併症の急性期入院治療の対応状況 | □ 自施設の精神病床で対応している。（新規入院治療実績　　　　　　　　件）  □ 自施設の一般病床で対応している。（新規入院治療実績　　　　　　　　件）  □ 初期診断後，連携する他医療機関を紹介している。（実績　　　　　　　件）  □ 今後対応する予定  （時期：　　　　　　　　対応方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 自施設又は他医療機関との連携により，対応できる身体疾患の状態 |
| 一般病床に入院する認知症患者へのﾘｴｿﾞﾝﾁｰﾑ等による精神科的ｹｰｽﾜｰｸの実施状況 | □ 実施している。（新規入院治療実績　　　　　　　　　　　　　　　件）  （参加職種　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ 今後対応する予定  （時期：　　　　　　　　対応方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**６　連携する医療機関**

※「３（１）エ　検査体制」及び「５　身体合併症，周辺症状（行動・心理症状）への対応等」において，他医療機関と連携を行う場合について，連携医療機関の概要を医療機関ごとに記載すること。

※実績については，H31(R1)年度実績（H31.4.1～R2.3.31）を記載すること。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 連携の種類 | □ ＣＴ　　□ ＭＲＩ　　□ ＳＰＥＣＴ  □ 周辺症状入院治療　　□ 身体合併症入院治療 | | | |
| 医療機関名 |  | | | |
| 医療機関所在地 |  | | | |
| 診療科目 |  | | | |
| 連携医療機関までの距離・時間 | 距離　　　　　km　　　　時間　　　　　分（移動手段：　　　　　　） | | | |
| 依頼・紹介実績 | ＣＴ | 件 | ＭＲＩ | 件 |
| ＳＰＥＣＴ | 件 | 周辺症状（行動・心理症状） | 件 |
| 身体合併症 | 件 |  | |
| 2 | 連携の種類 | □ ＣＴ　　□ ＭＲＩ　　□ ＳＰＥＣＴ  □ 周辺症状入院治療　　□ 身体合併症入院治療 | | | |
| 医療機関名 |  | | | |
| 医療機関所在地 |  | | | |
| 診療科目 |  | | | |
| 連携医療機関までの距離・時間 | 距離　　　　　km　　　　時間　　　　　分（移動手段：　　　　　　） | | | |
| 依頼・紹介実績 | ＣＴ | 件 | ＭＲＩ | 件 |
| ＳＰＥＣＴ | 件 | 周辺症状（行動・心理症状） | 件 |
| 身体合併症 | 件 |  | |

**６　連携する医療機関（続き）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | 連携の種類 | □ ＣＴ　　□ ＭＲＩ　　□ ＳＰＥＣＴ  □ 周辺症状入院治療　　□ 身体合併症入院治療 | | | |
| 医療機関名 |  | | | |
| 医療機関所在地 |  | | | |
| 診療科目 |  | | | |
| 連携医療機関までの距離・時間 | 距離　　　　　km　　　　時間　　　　　分（移動手段：　　　　　　） | | | |
| 依頼・紹介実績 | ＣＴ | 件 | ＭＲＩ | 件 |
| ＳＰＥＣＴ | 件 | 周辺症状（行動・心理症状） | 件 |
| 身体合併症 | 件 |  | |
| 4 | 連携の種類 | □ ＣＴ　　□ ＭＲＩ　　□ ＳＰＥＣＴ  □ 周辺症状入院治療　　□ 身体合併症入院治療 | | | |
| 医療機関名 |  | | | |
| 医療機関所在地 |  | | | |
| 診療科目 |  | | | |
| 連携医療機関までの距離・時間 | 距離　　　　　km　　　　時間　　　　　分（移動手段：　　　　　　） | | | |
| 依頼・紹介実績 | ＣＴ | 件 | ＭＲＩ | 件 |
| ＳＰＥＣＴ | 件 | 周辺症状（行動・心理症状） | 件 |
| 身体合併症 | 件 |  | |
| 5 | 連携の種類 | □ ＣＴ　　□ ＭＲＩ　　□ ＳＰＥＣＴ  □ 周辺症状入院治療　　□ 身体合併症入院治療 | | | |
| 医療機関名 |  | | | |
| 医療機関所在地 |  | | | |
| 診療科目 |  | | | |
| 連携医療機関までの距離・時間 | 距離　　　　　km　　　　時間　　　　　分（移動手段：　　　　　　） | | | |
| 依頼・紹介実績 | ＣＴ | 件 | ＭＲＩ | 件 |
| ＳＰＥＣＴ | 件 | 周辺症状（行動・心理症状） | 件 |
| 身体合併症 | 件 |  | |

**７　運営・取組方針**

認知症疾患医療センターの指定を受けることにあたって，以下について自由に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症施策推進大綱に掲げる施策を踏まえたセンターとしての役割や運営方針 | 【特に力を入れたいこと，考える役割，運営方針等について記入してください。】 |
| センター運営に当たっての取組方針  （専門医療相談，関係職員の研修，個人情報保護の取組，関係機関・地域との連携，情報発信等） | 【センター運営に当たっての取組方針について，具体的に記入してください】 |
| その他（自由記載） | 【センター運営にあたり，貴機関のｾｰﾙｽﾎﾟｲﾝﾄなど，自由に記載してください。】 |