

## 京都市認知症初期集中支援事業実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は介護保険法（平成9年法律第123号。以下、「法」という。）第115条の4第2項に規定される地域支援事業として位置付けられている「認知症初期集中支援事業」に基づく「京都市認知症初期集中支援事業」（以下、「本事業」という。）に関して必要な事項を定めるものとする。

### (事業目的)

第2条 本事業は、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」（以下、「支援チーム」という。）を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

### (実施主体)

第3条 本事業の実施主体は京都市（以下、「本市」という。）とする。ただし、支援チームの設置・運営については、本事業の遂行に当たり事業目的を十分に理解し適切な事業運営ができると認められる法人等（以下、「受託法人」という。）に委託することができる。

2 本事業は、京都市地域包括支援センター運営事業実施要綱第3条第1項第6号に規定する「市長が必要と認める社会福祉の増進に関する事業」に位置づけるものとする。

### (実施体制)

第4条 本事業の実施にあたり、支援チーム及び支援チーム毎に拠点となる支援チーム事務局（以下、「事務局」という。）を設置する。なお、支援チームの活動範囲は、行政区を基礎単位として別途定めるものとする。

(1) 事務局の稼働日は、原則週5日とする。

(2) 事務局の設置に当たっては、適切な相談スペースや個人情報等を管理できる環境を整えることとし、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人（以下、「支援対象者」という。）及びその家族を訪問、観察・評価、家族支援等の初期の支援を包括的、集中的（概ね6箇月以内）に行い、自立生活のサポートを行うものとする。

(3) 支援チームは、地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、認知症サポート医、かかりつけ医、区役所・支所保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課などの関係機関との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保する。

### (支援対象者)

第5条 本事業における支援対象者は、原則として、40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、次の各号のいずれかに該当する者とする。

(1) 適切な医療サービス、介護サービスを受けていない者、又は中断している者

(2) 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

- 2 本事業の実施に当たっては、「認知症（気づき～軽度）が疑われるが、現時点で日常生活に大きな支障がなく、また、本人・家族が支援の必要性を感じておらず継続的支援にまで至らないケース」といった「初期ケース」の支援につながるよう努めるものとし、支援対象者は前項第2号に該当する者に偏らないよう留意するものとする。

(支援チーム員の構成)

第6条 支援チームの構成員（以下、「チーム員」という。）は、本条第1項第1号を満たす専門職2名以上及び同第2号を満たす専門医1名以上の計3名以上で編成する。

(1) 次の要件をすべて満たす専門職2名以上

ア 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員又はこれらに準ずる者であり、かつ、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者

イ 認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に3年以上携わった経験がある者

ウ 国が定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得した者  
ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容をチーム内で共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。

(2) 次の要件を満たす専門医1名以上

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又は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のいずれかに該当し、かつ、認知症サポート医である医師。

ただし、上記の要件を満たした医師の確保が困難な場合には、当分の間、以下の医師も認めることとする。

ア 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又は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であって、今後5年間で認知症サポート医研修を受講する予定である者

イ 認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有する者（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）

- 2 専門職のうち1名は事務局に配置するチーム員（以下、「事務局チーム員」という）とし、あらかじめ本市の承認を得た場合を除き、原則として本事業に常勤専従で従事するものとする。もう1名は、地域包括支援センターに勤務する職員のうち本条第1項第1号を満たすと本市が認めた者（以下、「認定チーム員」という。）が携わるものとする。また、専門医は、同2号を満たす医師（以下、「チーム員医師」という。）を兼任で充てることとする。
- 3 事務局には、事務局チーム員とは別に、事務を円滑に運営するため、必要に応じ、その他事務補助の職員（資格要件は問わない）を配置することができる。
- 4 事務局チーム員は、原則として国が実施する「認知症初期集中支援チーム員研修」に参加するものとする。ただし、当面の間、本市が実施する「認知症初期集中支援チーム員研修（伝達研修）」を受講することでこれに代えることができる。

- 5 事務局チーム員に国が実施する「認知症初期集中支援チーム員研修」の修了者がいない場合、その他必要に応じて、本市の認知症地域支援推進員で同研修の修了者をチーム員に兼任で充てることにより同研修受講内容を支援チーム内で共有できるものとする。

(チーム員の役割)

- 第7条 事務局チーム員及び認定チーム員は、目的を果たすために支援対象者の認知症の包括的観察・評価に基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。
- 2 チーム員医師は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から指導・助言等を行うほか、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。

(チーム員の選任及び認定)

- 第8条 受託法人は、事務局チーム員を選任し、認知症初期集中支援チーム員（事務局チーム員）選任届出書（様式第1号）により本市に届け出るものとする。
- 2 地域包括支援センターは、本市の求めに応じて、認知症初期集中支援チーム員（認定チーム員）資格認定届出書（様式第2号）を本市に提出するものとする。
  - 3 市長は、本条第1項の届出を受理したときは、その身分を証するものとして、認知症初期集中支援チーム員証（様式第3号。以下、「身分証」という。）を交付するものとし、同第2項の届出を受理したときは、第6条第1項第1号を満たすことを証するものとして、認知症初期集中支援チーム員資格認定証（様式第4号。以下、「認定証」という。）を交付するものとする。
  - 4 本業務を遂行するに当たり、事務局チーム員は身分証を、認定チーム員は認定証を携帯し、関係人から請求があったときは、これを提示しなければならない。
  - 5 受託法人及び地域包括支援センターは、所属する事務局チーム員若しくは認定チーム員が氏名等の届出事項を変更したとき、又は身分証若しくは認定証を汚損若しくは紛失したときは、認知症初期集中支援チーム員届出事項変更・証再発行届出書（様式第5号）により届け出るとともに、当該チーム員の身分証又は認定証を返還し（紛失による場合を除く。）、身分証又は認定証の再交付を受けなければならない。
  - 6 受託法人は、所属する事務局チーム員を解任したときは、認知症初期集中支援チーム員解任届出書（様式第6号）を本市に届け出るとともに、当該事務局チーム員の身分証を返還しなければならない。また、地域包括支援センターは、所属する認定チーム員に異動があったときは、認知症初期集中支援チーム員異動届出書（様式第7号）を本市に届け出るとともに、当該認定チーム員の認定証を返還しなければならない。
  - 7 認定チーム員の認定・変更に関する事項は、本市から受託法人に情報提供を行うものとする。
  - 8 受託法人は、本事業の委託契約が終了したときは、所属する事務局チーム員の身分証を返還しなければならない。ただし、継続して本事業を受託した場合はこの限りではない。

(解任等)

- 第9条 受託法人は、選任した事務局チーム員が次の各号のいずれかに該当するときは、その者を解任しなければならない。また、地域包括支援センターは、所属する認定チーム員が次の各号のいずれかに該当するときは、その者の認定証を本市に返還しなければならない。

- (1) 職務の遂行に支障があり、又はこれに堪えないとき
- (2) チーム員としてふさわしくない非行があったとき

(事業内容)

第10条 支援チームは、次の各号に定める事項について、全て実施する。

- (1) 支援チームに関する普及啓発

地域住民や関係機関・団体に対し、支援チームの役割や機能について広報活動や協力依頼を行う等、各地域の実情に応じた取り組みを行うものとする。

- (2) 認知症初期集中支援の実施

ア 支援対象者の把握

支援対象者の把握については、支援チームが地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター経由で支援対象者に関する情報を入手できるように配慮することとし、チーム員が直接支援対象者に関する情報を知り得た場合においても、地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターと情報共有を図る。

イ 情報収集及び家庭訪問による観察・評価

本人のほか家族等のあらかじめ協力の得られる人も同席できるよう調整を行い、本人の現病歴、既往歴、生活情報等に加え家族の状況等を情報収集する。また、家庭訪問により、信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うとともに、基本的な認知症に関する正しい情報の提供、専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用の効果に関する説明及び支援対象者やその家族の心理的サポートや助言等を行う。

ウ チーム員会議の開催

初回の観察・評価のための家庭訪問後、支援対象者毎に、観察・評価内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容、支援頻度等を検討するため、チーム員会議を行う。

エ 初期集中支援の実施

医療機関への受診が必要な場合の支援対象者への動機付けや継続的な医療サービスの利用に至るまでの支援、介護サービスの利用等の勧奨・誘導、認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア、生活環境等の改善等の支援を行う。(支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね最長で6か月)

オ 引き継ぎ後のモニタリング

初期集中支援の終了をチーム員会議で判断した場合、認知症疾患医療センター、地域包括支援センターの職員や介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で円滑に引き継ぎを行う。また、チーム員会議においては、サービスの利用状況等を評価し、必要性に応じてモニタリングを行う。モニタリングの期間は、支援終了となった時点から、原則最長2箇月後までとし、安定した状況が維持・継続できていることがチーム員会議で確認できれば完了とする。

カ 記録等の保管

支援対象者に関する情報、観察・評価結果、初期集中支援の内容等を記録した書類は5年間保管する。保存期間終了後は、個人情報の処理として適切な方法(溶解等)により確実に廃棄するものとする。

- (3) 認知症初期集中支援チーム検討委員会への参画

本条第3項により本市が設置する「認知症初期集中支援チーム検討委員会」に必要な応じて出席し、支援チームの活動状況等について報告する。

- 2 支援チームは、担当する活動範囲外の支援対象者に関し情報提供を得た場合等においても、当該支援対象者の支援に関する情報提供に同意を得たうえで、当該支援対象者が居住する圏域を担当する地域包括支援センターに情報を提供するなどの連携を図るものとする。
- 3 本市は実施主体として、医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される認知症初期集中支援チーム検討委員会（以下、「検討委員会」という。）を設置し、関係機関・団体と一体的に当該事業を推進していくための合意を図る体制を確保するとともに、検討委員会において、支援チームの設置及び活動状況を検討する。

#### （家庭訪問及びチーム員会議）

第11条 支援チームは、認知症の観察・評価を行うための家庭訪問及びチーム員会議の開催について、次の各号により実施するものとする。

##### （1）認知症の観察・評価を行うための家庭訪問

ア 初回の観察・評価の訪問は原則として医療系職員と介護系職員それぞれ1名以上の計2名以上で行うものとし、事務局チーム員及び認定チーム員からそれぞれ1名以上で訪問するものとする。

イ 認定チーム員については、支援対象者の居住する地域を圏域とする地域包括支援センターの認定チーム員とする。

ウ 支援対象者の状況により、必要に応じてかかりつけ医や介護支援専門員、作業療法士といった専門職等と同行訪問することができる。

エ 受託法人は、別途定める規定に基づき同行訪問をした認定チーム員等の訪問に係る経費を該当事業者等に支出する。

オ 本号第1号アの「医療系職員」とは、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士の国家資格を有する者をいい、「介護系職員」とは、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員の国家資格を有する者をいう。

##### （2）チーム員会議

ア チーム員会議は、支援対象者数に応じて少なくとも月1回以上は実施する。

イ チーム員会議は、少なくとも事務局チーム員及びチーム員医師で構成することとし、支援内容や支援方針の決定・変更を協議する対象となる支援対象者を担当する認定チーム員も参加するものとする。このほか、かかりつけ医、介護支援専門員、本市関係職員等も必要に応じて参加を依頼することができる。

ウ 受託法人は、別途定める規定に基づきチーム員会議に出席したチーム員医師及び認定チーム員等の出席に係る経費を該当事業者等に支出する。

#### （報告）

第12条 受託法人は、本業務の遂行に当たり、次の各号に掲げる事項に関する書類を提出し、実績報

告等を行うものとする。様式は、本市からの指示がないものは任意様式とする

- (1) 支援チーム活動計画（実施期間）
- (2) ア 認知症初期集中支援チーム事務局設置届出書（第8号様式）
  - イ 各届出書（第8条関係）
  - ウ 認知症初期集中支援チーム事務局事務補助員経歴届出書（第9号様式）
- (3) ア 事業実績報告書
  - イ 業務実施に係る収支報告書
- (4) その他本市が指示する書類

（個人情報保護）

第13条 チーム員は、本事業に関して収集した個人情報については、「京都市個人情報の保護に関する条例」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」のほか、個人情報保護又は守秘義務に関する他の法令等の定めに従い、支援対象者及び対象者世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、同様とする。

（再委託等の禁止）

第14条 受託法人は本市の承認を得なければ、この契約に係る義務の履行を第三者に委託し、この契約に係る権利を第三者に譲渡し、又はこの契約に係る義務を第三者に承継させてはならない。

（補則）

第15条 この要綱に定めるもののほか、この事業の運営に関し必要な事項は、所管部長が定める。

附 則

この要綱は、平成28年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年5月8日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年5月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

年 月 日

（あて先）京都市長

（受託法人所在地）

（受託法人名）

（受託法人代表者）

**認知症初期集中支援チーム員（事務局チーム員）選任届出書**

京都市認知症初期集中支援事業実施要綱第8条第1項の規定に基づき、下記のとおり、認知症初期集中支援チーム員を選任したので届け出ます。

記

**1 選任した者**

職名		
氏名		(ふりがな)
生年月日		年 月 日生 ( 歳)
チーム員 要件 要綱 第6条 関係	資格等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援 専門員 <input type="checkbox"/> 認知症ケアあるいは在宅ケアの実務・相談業務3年以上経験者 【実務・相談業務等の略歴】 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
	研修受講	<input type="checkbox"/> 国が実施する「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講 (受講日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 上記研修受講者による伝達研修受講 (受講日: 年 月 日)
相談業務等の略歴やその他職務に関連する資格等		

※ 資格については、証明する書類の写しを添付すること

※ チーム員証用の写真（2cm 四方1枚）を添付すること

**2 選任年月日** 年 月 日

**3 選任事由**

年 月 日

（あて先）京都市長

（ ） 地域包括支援センター

**認知症初期集中支援チーム員（認定チーム員）資格認定届出書**

京都市認知症初期集中支援事業実施要綱第8条第2項の規定に基づき、下記のとおり、認知症初期集中支援チーム員の資格認定を届け出ます。

記

**1 資格認定対象者**

氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
地域包括支援センターにおける職名			
資格要件要綱第6条関係	資格等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 認知症ケアあるいは在宅ケアの実務・相談業務3年以上経験者 【実務・相談業務等の略歴】 _____ _____	
	研修受講	<input type="checkbox"/> 国「認知症初期集中支援チーム員研修」に係る伝達研修受講 (受講日： 年 月 日)	
氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
地域包括支援センターにおける職名			
資格要件要綱第6条関係	資格等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 認知症ケアあるいは在宅ケアの実務・相談業務3年以上経験者 【実務・相談業務等の略歴】 _____ _____	
	研修受講	<input type="checkbox"/> 国「認知症初期集中支援チーム員研修」に係る伝達研修受講 (受講日： 年 月 日)	
氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
地域包括支援センターにおける職名			
資格要件要綱第6条関係	資格等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 認知症ケアあるいは在宅ケアの実務・相談業務3年以上経験者 【実務・相談業務等の略歴】 _____ _____	
	研修受講	<input type="checkbox"/> 国「認知症初期集中支援チーム員研修」に係る伝達研修受講 (受講日： 年 月 日)	

- ※ 資格については、証明する書類の写しを添付すること  
(既に地域包括支援センターに係る必要書類として本市に提出している場合は省略可)
- ※ 認定証用の写真(2cm四方1枚)を添付すること
- ※ 欄が不足する場合は必要に応じて用紙を追加すること

第3号様式（第8条関係）

（おもて）

京都市認知症初期集中支援事業		NO. _____
<b>認知症初期集中支援チーム員証</b>		
写真 20mm × 20mm	氏 名 _____	
上記の者は、京都市〇〇区認知症初期集中支援チーム員であることを証明します。 <span style="float: right;">京都市長</span>		

（う ら）

注 意 事 項
1 職務の遂行に当たっては、本証を携帯し、関係人の請求があったときはこれを提示しなければならない。
2 本証を改ざん又は他人に貸与若しくは譲渡してはならない。
3 氏名を変更したとき、又は本証を汚損若しくは紛失したときは、速やかに本証の再交付を受けなければならない。
4 身分を失ったときは、速やかに本証を返還しなければならない。

第4号様式（第8条関係）

（おもて）

京都市認知症初期集中支援事業	NO. _____
<b>認知症初期集中支援チーム員資格認定証</b>	
写真 20mm × 20mm	氏 名 _____
上記の者は、京都市認知症初期集中支援チーム員の資格要件を満たしていることを証明します。	
京都市長	

（う ら）

注意事項
1 認知症初期集中支援事業の実施に当たっては、本証を携帯し、関係人の請求があったときはこれを提示しなければならない。
2 本証を改ざん又は他人に貸与若しくは譲渡してはならない。
3 氏名を変更したとき、又は本証を汚損若しくは紛失したときは、速やかに本証の再交付を受けなければならない。
4 認知症初期集中支援事業の実施を行わなくなったときは、速やかに本証を返還しなければならない。

年 月 日

（あて先）京都市長

（受託法人所在地）  
 （受託法人名）  
 （受託法人代表者）  
 [又は（ ）地域包括支援センター]

**認知症初期集中支援チーム員届出事項変更・証再発行届出書**

京都市認知症初期集中支援事業実施要綱第8条第5項の規定に基づき、下記の者（1欄）について、

- 届出事項の変更（2欄）
- 認知症初期集中支援チーム員証の再交付依頼（3欄）
- 認知症初期集中支援チーム員資格認定証の再交付依頼（3欄）

を届け出ます。

記

**1 対象者**

職 名	
氏 名	(ふりがな)

**2 届出事項の変更**

項 目	変 更 後
氏 名	(ふりがな)
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤専従 <input type="checkbox"/> 常勤兼任 <input type="checkbox"/> 病気休暇等
そ の 他 (所有資格・略歴等)	

※ 該当する項目に必要事項を記載すること

**3 認知症初期集中支援チーム員証，認知症初期集中支援チーム員資格認定証の再交付依頼**

依頼理由	<input type="checkbox"/> 上記届出事項の変更 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失（下欄も記載すること） <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> ・紛失の日                      年    月    日 ・紛失時の状況  ・責任者氏名 _____
------	--

※ 依頼理由が紛失の場合を除き、身分証又は認定証を本届出書の余白又は裏面に貼付すること

年 月 日

（あて先）京都市長

（受託法人所在地）

（受託法人名）

（受託法人代表者）

**認知症初期集中支援チーム員解任届出書**

京都市認知症初期集中支援事業実施要綱第8条第6項の規定に基づき、下記のとおり、認知症初期集中支援チーム員を解任したので届け出ます。

記

**1 解任した者**

職 名	
氏 名	(ふりがな)

**2 解任年月日** 年 月 日

**3 解任事由**

- 退職
- 人事異動
- 要綱第9条該当
- その他 ( )

年 月 日

（あて先）京都市長

（ ） 地域包括支援センター

### 認知症初期集中支援チーム員資格認定者異動届出書

京都市認知症初期集中支援事業実施要綱第8条第6項の規定に基づき、下記のとおり、認知症初期集中支援チーム員資格認定者の異動事項について届け出ます。

記

#### 1 異動した者

職 名	
氏 名	(ふりがな)

2 異動年月日 年 月 日

#### 3 異動事由

- 退職
- 人事異動
- 要綱第9条該当
- その他（ ）

（あて先）京都市長

（受託法人所在地）

（受託法人名）

（受託法人代表者）

**認知症初期集中支援チーム事務局設置届出書**

京都市認知症初期集中支援事業実施要綱第12条第1項第2号の規定に基づき、下記のとおり、設置した認知症初期集中支援チーム事務局について届け出ます。

記

〔基本情報〕	
所在地 ※施設内の場合 施設名	
執務室	（ ）階〔約 m <sup>2</sup> 〕※他事業分を除く 単独・共用 ※共用の場合、共用する業務種別（ ）
開設時間	<input type="checkbox"/> 月曜日～金曜日 9時～17時（祝日・年末年始除く） <input type="checkbox"/> それ以外の場合 （ ）
連絡先	【代表】 〔電話番号： 〕 〔FAX 番号： 〕 【支援チーム専用】 〔電話番号： 〕 〔FAX 番号： 〕 〔E m a i l： 〕
〔その他〕	
相談室	有・無 ※有の場合（ ）階〔約 m <sup>2</sup> 〕 単独・共用
会議室	有・無 ※有の場合（ ）階〔約 m <sup>2</sup> 〕 単独・共用
キャビネット	施錠（可・不可） 単独・共用
駐車場・駐輪場	駐車場（有・無） ※有の場合 約（ ）台 駐輪場（有・無） ※有の場合 約（ ）台
開設時間外連絡先	〔電話番号： 〕 〔担当部署： （担当者： ）〕
緊急時連絡先	〔電話番号： 〕 〔担当部署： （担当者： ）〕

年 月 日

（あて先）京都市長

（受託法人所在地）

（受託法人名）

（受託法人代表者）

**認知症初期集中支援チーム事務局事務補助員経歴届出書**

京都市認知症初期集中支援事業実施要綱第12条第1項第2号の規定に基づき、下記のとおり、配置した認知症初期集中支援チーム事務局事務補助員について届け出ます。

記

職名	
氏名	(ふりがな)
生年月日	年 月 日生 ( 歳)
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤専従 <input type="checkbox"/> 常勤兼任 <input type="checkbox"/> 非常勤専従 <input type="checkbox"/> 非常勤兼任

※要綱第6条のチーム員要件を満たす（準じる）場合は以下も記載

資格等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
	<input type="checkbox"/> 認知症ケアあるいは在宅ケアの実務・相談業務3年以上経験者 <b>【実務・相談業務等の略歴】</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
研修受講	<input type="checkbox"/> 国が実施する「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講 (受講日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 上記研修受講者による伝達研修受講 (受講日： 年 月 日)

※ 資格については、証明する書類の写しを添付すること