

## 京都市認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

### (事業目的)

第1条 本事業は、京都市（以下「本市」という。）が医療機関を認知症疾患医療センター（以下「センター」という。）として指定し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談を実施するとともに、地域の保健医療・介護関係者や地域住民に対する研修等を実施し顔の見える関係を構築することにより、地域における認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的とする。

### (実施主体)

第2条 本事業の実施主体は本市とし、本市が指定した医療機関で事業を行うものとする。ただし、当該医療機関は、事業の内容に応じて、その一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができるものとする。

### (指定するセンターの類型)

第3条 本市は、「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」（平成26年7月9日付老発0709第3号厚生労働省老健局長通知）に基づく類型（「基幹型」「地域型」「連携型」）のうち、本市市域を所管する「地域型」のセンターを指定する。

### (センターの役割)

第4条 センターは次の各号の役割を担うものとする。

- (1) 認知症に係る専門医療機関として、認知症の人に対する様々な医療を適切に提供できる体制を構築する役割
- (2) 認知症に係る地域連携の推進機関として、認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするための支援体制を構築する役割
- (3) 本市の認知症初期集中支援チームに対する医療的なバックアップ及びその他本市認知症関連事業に対する助言等を通じた本市認知症施策に対する支援を行う役割

### (センターの指定)

第5条 センターの指定を受けようとする医療機関は、「京都市認知症疾患医療センター指定申請書」（第1号様式）を京都市長（以下「市長」という。）に提出するものとする。

2 市長は、前項の申請があった者に対し、本事業を実施することが適當と認め指定する場合は、厚生労働省との協議を経て指定し、「京都市認知症疾患医療センター指定通知書」（第2号様式）により通知するものとする。

3 指定期間は、指定日から原則として3年とし、当該満了日が年度の途中になる場合は、当該年度の末日を指定期間の満了日とする。ただし、指定の更新を妨げない。

### (届出事項の変更)

第6条 センターの指定を受けた者は、前条の申請事項に変更が生じた場合は、速やかに「京都市認知症疾患医療センター指定申請事項変更届出書」（第3号様式）を市長に提出しなければならない。

### (指定の取消)

第7条 市長は、センターが第8条に定めるセンターの要件を満たさなくなったとき、又は、センターの指定を受けた医療機関の代表者等（以下「代表者」という。）から申出があったときは、指定を取り消すことができる。この場合、「京都市認知症疾患医療センター指定取消通知書」（第4号様式）により当該代表者に対し通知するものとする。

(センターの要件)

第8条 「地域型」センターは、平日、週5日の午前9時から午後5時までの稼動を原則とし、次の各号の要件を全て備えるものとする。

(1) 専門医療機関としての要件

ア 専門医療相談が実施できる専門の部門（以下「医療相談室」という。）を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備し、その体制が確保されていること。

イ 人員配置について、次の（ア）から（ウ）までの全てを満たしていること。

（ア）専任の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（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が1名以上配置されていること。

（イ）専任の臨床心理技術者が1名以上配置されていること。

（ウ）医療相談室に、精神保健福祉士又は保健師等が2名以上配置されていること。

なお、医療相談室は、専門医療施設との調整、地域包括支援センターとの連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。

また、精神保健福祉士又は保健師等のうち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することとし、他の1名以上は専任で医療相談室の他の業務を担当することとする。

ただし、地域包括支援センターとの連絡調整業務に限り、精神保健福祉士又は保健師等を補助する専従の職員を配置することができるものとする。

ウ 検査体制について、次の条件を満たしていること。

鑑別診断に係る検査体制については、センターにおいて、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、コンピュータ断層撮影装置（CT）及び磁気共鳴画像装置（MRI），また、脳の血流検査の体制として、脳血流シンチグラフィ（SPECT）を有していること。

ただし、磁気共鳴画像装置（MRI）や脳血流シンチグラフィ（SPECT）を有していない場合は、それらを活用できる体制（他の医療機関との連携体制を含む。）が整備されていること。

なお、コンピュータ断層撮影装置（CT）については、原則として、同一法人かつ同一敷地内にあり、実質一体的な医療提供を行っている医療機関との連携体制が整備されている場合は、当該センターがコンピュータ断層撮影装置（CT）を有しているとみなすこととする。

エ 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床及び精神病床を有していること。

ただし、同一施設において、一般病床と精神病床の確保が困難な場合は、次の（ア）又は（イ）のいずれかを満たしていること。

（ア）認知症疾患の周辺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を有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制が整備されていること。

（イ）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を有する病院であり、認知症疾患の周辺症状に対する精神病床における入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制が整備されていること。

(2) 地域連携推進機関としての要件

ア 地域の連携体制強化のため、京都府医師会・地区医師会等の保健医療関係者、地域包括支援センターなどの介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された認知症疾患医療連携協議会を設置及び運営し、地域の認知症に関する支援体制づくりに関する検討等を行うほか、地域の認知症医療に関する情報発信や、認知症に関する理解を促す普及啓発等を必要に応じて行うほか、地

域住民からの認知症に関する一般相談対応等を行うこと。

イ 京都府及び本市が実施する認知症サポート医養成研修や、かかりつけ医等に対する研修の実施状況等を踏まえ、認知症医療従事者に対する研修や、地域包括支援センター職員等の関係機関、認知症患者の家族や地域住民等を対象とする研修を実施、又は他の団体等が実施する研修への協力等、地域における認知症の専門医療に係る研修に積極的に取り組んでいること。

#### (事業内容)

第9条 センターが行う事業内容は、次の各号に定めるとおりとする。

##### (1) 専門的医療機能

ア 鑑別診断とそれに基づく初期対応

(ア) 初期診断

(イ) 鑑別診断

(ウ) 治療方針の選定

(エ) 入院先紹介

イ 周辺症状と身体合併症への急性期対応

(ア) 周辺症状・身体合併症の初期診断・治療（急性期入院医療を含む）

(イ) 周辺症状・身体合併症の急性期入院医療を要する認知症疾患患者のための病床として、連携する医療機関の空床情報の把握

ウ 専門医療相談

(ア) 初診前医療相談

　a 患者家族等の電話・面談照会

　b 医療機関等紹介

(イ) 情報収集・提供

　a 区役所・支所保健福祉センター等との連絡調整

　b 地域包括支援センターとの連絡調整

　c 認知症初期集中支援チームとの連絡調整

##### (2) 地域連携拠点機能

ア 認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営

京都府医師会・地区医師会等の地域の保健医療関係者、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム等の介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された協議会の設置及び運営、また、地域包括支援センター、認知症サポート医、かかりつけ医、医師会、介護保険事業所、認知症当事者等、認知症の人の支援に携わる関係者のネットワークづくりの推進。ただし、認知症疾患医療連携協議会については、本市が設置する他の会議等の活用を本市と協議するものとする。

イ 研修会の開催

地域の認知症医療従事者に対する研修や、地域包括支援センター職員等の関係機関、認知症患者の家族や地域住民等を対象とする研修の開催及び他の主体の実施する認知症医療に関する研修への協力等

ウ 本市が実施する認知症初期集中支援チーム等、認知症関連事業への協力

エ 認知症医療に関する情報発信、普及啓発

オ 認知症当事者の取組（相談会、勉強会、認知症カフェ等）に対する協力及び若年性認知症支援の実施

#### (連携体制)

第10条 本市は、京都府が設置する、京都府医師会・地区医師会等の保健医療関係者、地域包括支援センター等介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された「京都府認知症疾患医療センター連携協議会」へのセンターの参画を調整し、京都府内の認知症疾患医療センター間の情報共有及び地域連携体制の支援を行う。

#### (実績報告)

第11条 センターは、次の各号に係る年間の実績を翌年度4月中旬までに、「京都市認知症疾患医療センター運営事業実績報告書」(第5号様式)及び市長が別に定める実績報告書により、市長に報告するものとする。また、本市が必要に応じて実績を隨時確認することがある。

- (1) 認知症疾患に係る外来件数及び鑑別診断件数
- (2) 入院件数（センターを運営している病院における入院及び連携先の病院における入院（センターを運営している病院との連携による入院に限る。）それぞれの件数）
- (3) 専門医療相談件数（電話による相談及び面接による相談それぞれの件数）
- (4) 研修会等の開催実績
- (5) その他別に定める実績

#### (事業評価)

第12条 本市は、自ら指定したセンターに対し、第9条の事業内容について、次の点に着目し、事業評価を行う。

- (1) 専門的医療機関としての機能
  - ア 認知症原因疾患別の鑑別診断の実施
  - イ 治療方針の選定に関する事（投薬、他医療機関への紹介等を含む）
  - ウ 記録・データ管理等に関する事（介護保険主治医意見書への記載等を含む）
  - エ 周辺症状と身体合併症への急性期対応に関する事
  - オ 専門医療相談の実施
    - (ア) 相談方法（電話、面接、訪問別相談の実施等）
    - (イ) 相談件数
    - (ウ) 相談対応マニュアルの整備等
- (2) 地域連携拠点としての機能
  - ア 認知症疾患医療連携協議会の運営等状況
  - イ 研修会の開催状況
- (3) その他  
必要な項目は、本市が別途定めるものとする。

#### (個人情報の保護)

第13条 センター運営事業の実施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。

#### (補則)

第14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30年5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。

京都市認知症疾患医療センター指定申請書

年 月 日

京都市长様

医療機関所在地  
申請者 医療機関名  
代表者名

京都市認知症疾患医療センターの指定について、下記のとおり必要書類を添えて申請します。

記

1 指定希望医療機関の名称及び所在地

2 添付資料

- (1) 指定希望医療機関設置法人の概要及び運営方針等 【第1号様式 添付資料A】
- (2) 指定希望医療機関の概要 【第1号様式 添付資料B】
- (3) 指定希望医療機関の運営体制 【第1号様式 添付資料C】
- (4) 京都市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（※必要に応じて） 【第1号様式 添付資料D】
- (5) 院内におけるセンター設置図 【任意様式】

指定希望医療機関設置法人の概要及び運営方針等	
法人名	(ふりがな)
代表者役職、氏名	(ふりがな)
所在地	〒 一
設立年月日	
従業員数	年 月現在 人
法人の沿革 及び 実施事業等	
関連法人・機関等	

第1号様式 添付資料A

<b>法人の基本理念及び 運営方針</b>	
	貴法人の運営実績を、高齢者福祉、地域福祉、認知症ケア等に関するものを中心に簡潔に記載してください。
<b>法人の組織体制</b>	貴法人の危機管理や苦情対応等の業務遂行体制について簡潔に記載してください。

<b>法人としての 資格要件</b>	<input type="checkbox"/> <b><u>指定申請日において、下記事項を全て満たしています。</u></b> <p>(1) 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当する者でないこと</p> <p>(2) 京都市入札参加有資格者名簿に登録している者にあっては、参加申請時において京都市競争入札等取扱要綱及び京都市競争入札参加停止取扱要綱に基づく指名停止措置を受けていないこと</p> <p>(3) 京都市入札参加有資格者名簿に登録していない者にあっては、引き続いて2年以上営業等を行っており、国税等（法人税、消費税及び地方消費税）、京都市税（法人市民税及び固定資産税）及び京都市の水道料金及び下水道使用料について滞納がないこと</p> <p>(4) 民事再生法（平成11年法律第225号）等による手続きを行っている法人でないこと。</p> <p>(5) 京都市暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団員等又は同条第5号に規定する暴力団密接関係者に該当しないこと</p>
------------------------	--

## 【決算状況等】

直近の2会計年度の決算書類から、指定の数値を下表に記載してください。

損益計算書		年度	年度
①	本来業務事業収益	円	円
②	本来業務事業費用	円	円
③	①-②	円	円
④	付帯業務事業収益	円	円
⑤	付帯業務事業費用	円	円
⑥	④-⑤	円	円
⑦	当期純利益（損失）	円	円
貸借対照表		年度	年度
⑧	純資産	円	円
⑨	負債	円	円
⑩	⑧／(⑧+⑨)	%	%
⑪	流動資産	円	円
⑫	うち現金預金	円	円
⑬	流動負債	円	円
⑭	⑪／⑬	%	%

※ ⑩⑭は小数点第2位を四捨五入

※ 医療法人の決算書を参考に作成しています。法人によって、それぞれの科目名等が異なる場合は当該法人の会計基準に準じた金額を記載してください。

※ 直近の会計年度決算が未確定である場合は、その前の2会計年度決算の数値を記載して下さい。

指定希望医療機関の概要		
医療機関名		
医療機関所在地	〒	
開設者		
管理者		
診療科目 ※全て記入すること		
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
	合計病床数	【 】床
医療機関としての 資格要件	<p><input type="checkbox"/> <u>指定申請日において、下記事項を全て満たしています。</u></p> <p>(1) 京都市認知症疾患医療センター運営事業実施要綱第8条に定めるセ ンターの要件（地域型）を満たすこと。</p> <p>(2) 健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号に定 める保険医療機関の指定を受けていること。</p>	

京都市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

年 月 日

(医療機関名)

(代表者名) 様

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

京都市認知症疾患医療センター運営事業実施要綱第8条（センターの要件）について  
(医療機関名)と連携体制を取ることを承諾します。

具体的な連携項目は次のとおりです。（該当項目にチェック）

(1) 神経画像検査体制に関する連携

①連携の項目

- コンピュータ断層撮影装置（CT）
- 磁気共鳴画像装置（MRI）
- 脳血流シンチグラフィ（SPECT）

②連携に関する確認事項

(2) 病床に関する連携

①連携の項目

- 認知症疾患の周辺症状に対する急性期入院治療
- 身体合併症に対する急性期入院治療

②連携に関する確認事項

(3) (医療機関名)との位置関係

別添地図のとおり（任意様式）

<b>指定希望医療機関の運営体制</b>			
<b>1 医療相談室</b>	<input type="checkbox"/> プライバシーに配慮した個室の相談室を整備している。 • 部屋数 ( ) 部屋 <input type="checkbox"/> 個室ではないが相談室を整備している。 • 部屋数 ( ) 部屋 <input type="checkbox"/> 今後整備の予定である。(時期 : ) 		
<b>2 認知症医療 相談窓口</b>	<input type="checkbox"/> 院内に認知症医療相談のための相談窓口を設置している。 (稼働日時 : ) ※曜日及び時間帯 <input type="checkbox"/> 今後設置の予定である。(時期 : ) (稼働日時 : ) ※曜日及び時間帯		
<b>3 認知症疾患医療 センターとしての 相談窓口</b>	<input type="checkbox"/> 同上の予定 <input type="checkbox"/> 下記のとおり設置予定である。 (稼働日時 : ) ※曜日及び時間帯		
<b>4 認知症疾患医療 センター専用電話 の設置</b>	<input type="checkbox"/> 2の窓口専用電話番号を使用予定。 <input type="checkbox"/> 今後設置の予定である。(時期 : )		
<b>5 人員配置</b>			
<b>医 療 相 談 室</b>	医師	【 】名	<input type="checkbox"/> 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 【 】名 <input type="checkbox"/> 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 【 】名
	臨床心理技 術者(専任)	【 】名	所持資格 ( ) ( )
	地域包括 支援センター 連携担当	常勤専従 (※最低1名以上)	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 【 】名 <input type="checkbox"/> 保健師 【 】名 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【 】名
		常勤専従以外	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 【 】名 <input type="checkbox"/> 保健師 【 】名 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【 】名
		事務補助 (※専従に限る)	【 】名
	専門医療 相談 その他	常勤専従	【 】名
		非常勤専従	【 】名
		常勤兼務	【 】名
		非常勤兼務	【 】名

<b>6 検査体制</b>			
コンピュータ 断層撮影装置 (C T) <u>※地域型は必須</u>	保有の有無及び台数		<input type="checkbox"/> 有 【 <u>      </u> 】台 <input type="checkbox"/> 無
	連携先 医療機関	名称	—
磁気共鳴 画像装置 (M R I)		所在地	—
	連携先 医療機関	名称	
所在地		〒	
脳血流 シンチグラフィ (S P E C T)	保有の有無及び台数		<input type="checkbox"/> 有 【 <u>      </u> 】台 <input type="checkbox"/> 無 (※ <u>無</u> の場合、連携先の記載が必須)
	連携先 医療機関	名称	
所在地		〒	
<b>7 認知症疾患の周辺症状及び身体合併症への急性期の入院治療体制等</b>			
受入体制	<input type="checkbox"/> 精神科病床と一般病床を有しており、いずれかの病床で受入協力可能 <input type="checkbox"/> 精神科病床を有しており、重篤な身体合併症に対して、入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制がとれている → (具体的な連携医療機関を下記に記載すること) <input type="checkbox"/> 一般病床を有しており、認知症疾患の周辺症状に対する精神病床における入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制がとれている → (具体的な連携医療機関を下記に記載すること)		
	医療機関名称 所在地		
他の医療機関と 連携する場合の 連携先医療機関 (※添付資料D 要記載)  ※複数ある場合は 行を追加する等 して記載ください。	具体的な連携方法		

京都市認知症疾患医療センター指定通知書

年 月 日

(医療機関名)

(代表者名) 様

京都市長 印

〇〇年〇〇月〇〇日付けで申請のあった、京都市認知症疾患医療センターの指定について、次のとおり指定しましたので通知します。

記

1 指定医療機関の名称及び所在地

2 指定期間

【 年 月 日】から【 年 月 日】

3 センターの類型

〇〇型（※）

※平成26年7月9日付け老発0709第3号厚生労働省通知「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」の定める類型

京都市認知症疾患医療センター指定申請事項変更届出書

年 月 日

京都市長様

医療機関所在地  
届出者 医療機関名  
代表者名

○○年○○月○○日付けで指定を受けた、京都市認知症疾患医療センターに係る指定申請書の記載事項に変更が生じましたので、次のとおり届け出ます。

記

1 変更内容

【変更前】

【変更後】

2 変更日

○○年○○月○○日

3 変更理由

京都市認知症疾患医療センター指定取消通知書

年 月 日

(医療機関名)

(代表者名) 様

京都市長 印

京都市認知症疾患医療センターについて、次のとおり指定を取消しましたので通知します。

記

1 指定医療機関の名称及び所在地

2 取消日

3 取消理由

指定医療機関が、京都市認知症疾患医療センター運営事業実施要綱第8条に定めるセンターの要件を満たさなくなつたため。

その他

( )

京都市認知症疾患医療センター運営事業実績報告書

年 月 日

京都市长様

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

○○年度の京都市認知症疾患医療センターの実施状況について、次のとおり報告します。

記

1 実績報告等（項目は要綱第11条に列挙されているものを指す）

別紙実績報告書のとおり

※実績については、医療機関全体としてではなく、京都市認知症疾患医療センターとしての実績を記入すること

〇〇年度京都市認知症疾患医療センター運営事業 実績報告書

※行・列の挿入は絶対に行わないでください。

電話番号		担当者	
集計値			

【医療機関基本情報】

医療機関名							類型	地域型	
設置法人名							実施主体 <sup>(注1)</sup>	都道府県・指定都市	
指定年月日	年	月	日	次回更新予定日		年	月	日	
更新年月日①	年	月	日	更新年月日②		年	月	日	
郵便番号		住所							
二次医療圏域名	京都・乙訓圏域								
同圏域内配置センター名	京都府立医科大学附属病院(基幹型), 西山病院(地域型)								
医療機関種別 <sup>(注2)</sup>									
病床数	一般病床		精神病床		その他病床		(うち療養病床)		計 0
診療科 (複数回答可)	1. 内科		2. 呼吸器内科		3. 循環器内科		4. 消化器内科		
	5. 血液内科		6. 糖尿病内科		7. 代謝または内分泌内科				
	8. 腎臓内科		9. 神経内科		10. 心療内科		11. 感染症内科		
	12. 老年内科		13. 外科		14. 呼吸器外科		15. 心臓血管外科		
	16. 消化器外科		17. 小児外科		18. 肛門外科		19. 整形外科		
	20. 脳神経外科		21. 形成外科		22. 胸部外科		23. 腹部外科		
	24. 精神科		25. アレルギー科		26. リウマチ科		27. 小児科		
	28. 皮膚科		29. 泌尿器科		30. 産婦人科		31. 眼科		
	32. 耳鼻咽喉科		33. リハビリテーション科		34. 放射線科				
	35. 救急科		36. その他						
連携病院名①					連携内容				
連携病院名②					連携内容				
連携病院名③					連携内容				
連携病院名④					連携内容				

【専門的医療機関としての要件と機能】

稼働日数	週	日	年間	日				
医師配置状況	日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医							名
	上記以外で、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							名
医師以外の 人員配置	精神保健福祉士	専従		名	兼務		名	
	保健師	専従		名	兼務		名	
	臨床心理技術者	専従		名	兼務		名	
	連携推進補助員	専従		名	兼務		名	
	その他	(職種)			専従		名	兼務
(職種)				専従		名	兼務	名

検査体制	血液検査	自施設		連携先		尿一般検査		自施設		連携先	
	心電図検査	自施設		連携先		神経心理検査		自施設		連携先	
	CT検査	自施設		連携先		MRI検査		自施設		連携先	
	SPECT検査	自施設		連携先							
保有機器	CT	台	MRI	台	SPECT	台					
相談件数 (注3)	電話	0 件	面接	0 件	訪問	0 件					
	その他	(方法)			件	(方法)					

鑑別診断件数(実数) * 過去1年間の新規 (注4、5)	全数	内、65歳未満
1. 正常または健常	0 件	0 件
2. 軽度認知障害(MCI)	0 件	0 件
3. アルツハイマー型認知症(G30,F00)	0 件	0 件
4. 血管性認知症(F01)	0 件	0 件
5. レビー小体型認知症(G31,F02)	0 件	0 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)	0 件	0 件
7. 外傷性脳損傷による認知症(S06.2,F02)	0 件	0 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)	0 件	0 件
9. HIV感染による認知症(B20,F02)	0 件	0 件
10. プリオント病による認知症(A81,F02)	0 件	0 件
11. パーキンソン病による認知症(G20,F02)	0 件	0 件
12. ハンチントン病による認知症(G10,F02)	0 件	0 件
13. 正常圧水頭症(G91)	0 件	0 件
14. 他の医学的疾患による認知症(F02)	0 件	0 件
15. 複数の病因による認知症(F02)	0 件	0 件
16. 詳細不明の認知症(F03) (上記3~15に該当しないもの)	0 件	0 件
17. 上記2~16以外の症状性を含む器質性精神障害	0 件	0 件
18. 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)	0 件	0 件
19. 気分(感情)障害(F3)	0 件	0 件
20. てんかん(G47)	0 件	0 件
21. 神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7~F9)	0 件	0 件
22. 上記のいずれにも含まれない精神疾患	0 件	0 件
23. 上記のいずれにも含まれない神経疾患	0 件	0 件
24. 上記のいずれにも含まれない疾患	0 件	0 件
25. 診断保留	0 件	0 件
		合計
		0 件 0 件

紹介・逆紹介(注6)	紹介	件	逆紹介	件		
初診までの待機日数(注7)						
診療報酬	認知症専門診断管理料1	算定の有無		算定件数(年間)		件
	認知症専門診断管理料2	算定の有無		算定件数(年間)		件
	認知症ケア加算1	算定の有無		算定件数(年間)		件
	認知症ケア加算2	算定の有無		算定件数(年間)		件

#### 【身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能】

指定状況	1 救急医療機関の指定(注8)	2 高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定	
------	-----------------	----------------------------	--

\* 以下は救急医療機関の指定を受けていない医療機関についても記入

身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援(相談、入院受け入れの調整、他院の紹介など)の実施	
一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施(注9)	
認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施(注10)	
休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための、空床の確保	
確保している空床数(注11)	(一般病床) 床 (精神病床) 床 (その他) 床

### 【地域連携推進機関としての要件と機能】

認知症疾患医療連携協議会の開催 (注12)	開催の形態			開催回数	年間	回	
研修会の開催 (注13)	医療従事者対象	開催の有無		開催回数	年間	回	
	(うちかかりつけ医対象)	開催の有無		開催回数	年間	回	
	地域包括支援センター職員等対象	開催の有無		開催回数	年間	回	
	家族・地域住民等対象	開催の有無		開催回数	年間	回	
地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無(注14)							
地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無(注15)							
他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無(注16)				実施回数	年間	回	
初期集中支援チームへの関与 (注17)	センター内にチームを設置(受託)		チーム員として参加		後方支援		

### 【医療サービス等提供状況】

	通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施
1. 介護保険主治医意見書への記載			
2. 合併する身体疾患に対する通院医療			
3. 合併する身体疾患に対する入院医療			
4. 合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)			
5. 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療			
6. 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療			
7. 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療			
8. 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)			
9. 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療			
10. せん妄に対する医療の提供			
11. 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療			
12. 行政機関への助言・連携			
13. 地域包括支援センター職員への助言・連携			
14. 介護支援専門員への助言・連携			
15. 介護保険施設・事業所職員への助言・連携			

### 【記入上の留意事項】

- 黄色セルへの入力は、プルダウンより選択して行ってください。
- 連携病院記入欄が足りない場合、別途一覧(任意様式)を添付してください。

## 【専門医療機関としての機能の内容】

### (1)相談件数

※2項【相談件数】へ自動転記

## ①主な相談者

## ②主な相談内容

## (2) 外来件数

### ①新規受診者の年齢

## ②新規受診者の所在市町村

③新規受診者の紹介元(複数回答可)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
紹介なし(直接)													0
自病院外来通院													0
医療機関													0
地域包括支援センター													0
介護保険サービス事業所													0
行政													0
その他													0
不明													0
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

④新規受診者の受診後の対応(複数回答可)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
自病院への入院・外来治療													0
医療機関への情報提供													0
他病院への入院													0
介護保険サービス事業所への情報提供													0
地域包括支援センターへの情報提供													0
その他													0
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(3)鑑別診断件数及び内訳

①鑑別診断名

※2項【鑑別診断件数】へ自動転記

	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. プリオント病による認知症(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
合計	0 件	0 件

※2ページ目へ自動転記

②鑑別診断時の認知症重症度

区分	件数	構成比
なし(CDR0)	件	0%
認知症の疑い(CDR0.5)	件	0%
軽度認知症(CDR1)	件	0%
中等度認知症(CDR2)	件	0%
重度認知症(CDR3)	件	0%
未鑑別	件	0%
合計	0 件	

(4)自病院への認知症疾患に係る入院件数及び内訳

①入院理由

区分	件数	構成比
周辺症状	件	0%
中核症状	件	0%
身体合併症	件	0%
その他	件	0%
合計	0 件	

②入院件数のうち認知症にかかる精神科リエゾンチームの関与件数(精神科単科病院除く)

区分	件数	構成比
関与あり	件	0%
関与なし	件	0%
合計	0 件	0%

(5)通院患者の他病院への入院件数・他病院への転院件数

区分	件数
通院患者の他病院への入院件数	件
他病院への転院件数	件
合計	0 件

(6)自病院からの退院件数及び内訳

①在院期間

区分	件数	構成比
30日以内	件	0%
31日～90日	件	0%
91日～6箇月	件	0%
6箇月超～1年	件	0%
1年超～2年	件	0%
2年超～3年	件	0%
3年超～	件	0%
合計	0 件	

②退院先の状況・退院先別平均在院日数内訳

区分	件数	平均在院日数
自宅	件	
介護保険施設への入所	件	
他病院への転院	件	
死亡	件	
その他	件	
不明	件	
合計	0 件	

**【地域連携機能の内容】**

(1)認知症疾患医療連携協議会の開催内容

開催内容	開催日	場 所	参加人数	開催形態

(2)研修会の実施内容

①医療従事者対象

実施内容(研修会名等)	開催日	場 所	参加人数	うちかかりつけ医対象に○

②地域包括支援センター職員等対象

実施内容(研修会名等)	開催日	場 所	参加人数

③家族・地域住民等対象

実施内容(研修会名等)	開催日	場 所	参加人数

(3)地域への認知症医療に関する情報発信の取組内容

--

(4)地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組内容

--

(5)他の主体が実施する研修への協力・講師派遣内容

内容(研修会名等)	開催日	場 所	参加人数	協力形態

(6)認知症初期集中支援チームへの関与

関与チーム	関与形態

(7)市町村事業への協力内容

①地域ケア会議

内容(会議名等)	開催日	場 所

②認知症初期集中支援チーム(検討委員会・チーム員会議)

内容(会議名等)	開催日	場 所

③認知症カフェ

内容(カフェ等)	開催日	場所

④その他

内容(会議等)	開催日	場所

(8)地域の支援者が参加する具体的な症例・事例検討会の開催(協力含む)

内容(会議名等)	開催日	場所	開催形態

(9)かかりつけ医や地域の医療機関をサポートする診療手順やマニュアル・スクリーニングツール、情報ツールの作成(協力含む)

--

(10)本人・家族の取組(相談会・勉強会)に対する協力内容

内容(相談会名等)	開催日	場所

(11)若年性認知症支援の内容

--