事業実施体制

※令和７年９月1日時点の情報をご記入ください。

１．認知症診療体制

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症診療に対応する診療科 | 診療科：  診療曜日：  診療時間：  予約の必要：　□有　　□無 |
| 認知症専門外来の有無 | □有　　□無 |
| 認知症専門外来の詳細 | 診療曜日：  診療時間：  予約の必要：　□有　　□無 |
| 初診までの待機日数 | 平均　　　　　日（算定期間　　　　年　　月～　　年　　月） |

２．医療相談室

|  |  |
| --- | --- |
| 設置状況 | □専用電話・専用窓口を備えた医療相談室を既に設置している  □今は設置していないが、指定されるまでに専用電話・専用窓口を備えた医療相談室を確保できる  　（→設置時期：　　　　　　　　　　　） |
| 対応する部署  （注１） |  |
| 専用電話番号 |  |
| 専門相談対応日数 | 週あたり：　　日  年　　間：　　日  実施時間：　　時～　　時 |

（注１）「対応する部署」については、病院における専門医療相談を受け付ける部署名を記載し、組織図を添付してください。

３．人員体制

ア．医師【専任１名以上配置】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 学会名・資格要件等（注２） |
|  | * 日本老年精神医学会 * 日本認知症学会 * 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（→経験年数：　　　　年） |
|  | □ 日本老年精神医学会  □ 日本認知症学会  □ 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（→経験年数：　　　　年） |
|  | □ 日本老年精神医学会  □ 日本認知症学会  □ 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（→経験年数：　　　　年） |

（注２）医師経歴書（様式４）と所属学会の認定書があればその写しを添付してください。

イ．臨床心理技術者【専任１名以上配置】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 資格名称（注３） |
|  |  |
|  |  |

（注３）保有資格証の写しと臨床心理技術者経歴書（様式５）を添付してください。

ウ．精神保健福祉士又は保健師等【常勤専従１名以上：地域包括支援センターとの連絡調整業務】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 資格名称（注４） |
|  |  |
|  |  |

エ．精神保健福祉士又は保健師等【専任１名以上：医療相談室の他の業務】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 資格名称（注４） |
|  |  |
|  |  |

（注４）保有資格証の写しと精神保健福祉士等経歴書（様式６）を添付してください。

４．検査体制

|  |  |
| --- | --- |
| 血液検査 | □有  □無 |
| 尿一般検査 | □有  □無 |
| 心電図検査 | □有  □無 |
| 神経心理検査 | □有  □無 |
| コンピュータ断層撮影装置（CT） | □有（　　　台）  □無 |
| 磁気共鳴画像装置（MRI） | □有（　　　台）  □無  （→□他施設との連携により対応）（注５） |
| 脳血流シンチグラフィ（SPECT） | □有（　　　台）  □無  （→□他施設との連携により対応）（注５） |

（注５）他の医療機関と連携体制をとる場合は、連携に関する承諾書（様式７）を添付してください。

５．入院治療体制

　ア～ウのうち該当するいずれかひとつを選択してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ア | 認知症の行動・心理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と精神病床のどちらも有している | 一般病床数 | 床 |
| 精神病床数 | 床 |
| □イ | 認知症の行動・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を有している | 精神病床数 | 床 |
| 身体合併症に対する急性期入院治療について連携ができる病院名（注６） |  |
| □ウ | 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している | 一般病床数 | 床 |
| 認知症の行動・心理症状に対する急性期入院治療について連携ができる病院名（注６） |  |

（注６）他の医療機関と連携体制をとる場合は、連携に関する承諾書（様式７）を添付してください。