

## 認知症疾患医療センター指定申請書（要綱様式第1号）の記載要領

### ◆共通事項

- 記入欄に書き切れないときは、「別添のとおり」と記載し、書類を添付してください。
- 記入事項の理解に役立つ資料（広報誌やホームページを印字したもの、研修会や連絡会の次第など）を必要に応じて添付してください。

### 別添資料1

#### ◆2 事業運営体制

##### ○「専門医療相談を受付する組織」

- ・相談窓口の平日、休日、夜間等の対応に関する体制や、具体的な相談時間を記入してください。
- ・相談受付について、対面、電話、FAX、E-mailなど、具体的な手段を記入してください。
- ・配置される人員の勤務体制及び担当する業務分担を記入してください。（組織図に記載可）

#### センター組織図例

|  |                     |                                       |
|--|---------------------|---------------------------------------|
| センター長  | 医療相談室スタッフ           |                                       |
| 医師（1名）<br>※1   | — 医師（2名）            | 専門医療相談，鑑別診断とそれに基づく初期対応，身体合併症等の急性期対応など |
|  | — 臨床心理士（1名）<br>※2   | 専門医療相談，研修会，連携協議会<br>情報収集・発信，センター間連携   |
|  | — 精神保健福祉士（1名）<br>※3 | 専門医療相談，研修会，連携協議会<br>情報収集・発信，センター間連携   |
|  | — 保健師（1名）<br>※4     | 専門医療相談<br>地域包括支援センター等連携担当             |
| <p>※1 医師は，常には精神科外来で診療を行っている。午後からは，もの忘れ外来として，センター相談者の診療など優先的に行う。</p> <p>※2 臨床心理士は，常には精神科外来で，カウンセリング，検査等を行っている。午後からは，もの忘れ外来として，センター相談者のカウンセリング，検査等優先的に行う。</p> <p>※3 精神保健福祉士は，医療相談室で専門医療相談等に従事する。また，センター業務以外の一般の相談業務等を兼務する。</p> <p>※4 保健師は，医療相談室で専門医療相談等に従事する。なお，主に地域包括支援センターや介護関係者との連携業務を行う。</p> |                     |                                       |

○「人員配置」

- ・医療相談室の人員の配置について

| 職種                | 主な業務   | 従事割合 | 人数   |
|-------------------|--|------|------|
| 医師                | ・専門医療相談  | 専任   | 1名以上 |
| 臨床心理技術者           | ・鑑別診断とそれに基づく対応   | 専任   | 1名以上 |
| 精神保健福祉士<br>又は保健師等 | ・身体合併症・周辺症状への急性期対応<br>・かかりつけ医等への研修会の開催<br>・認知症疾患医療連携協議会の開催<br>・センター間における研修会及び連絡会の開催等<br>・情報収集・発信 | 専任   | 1名以上 |
|                   | ・地域包括支援センターとの連絡調整  | 常勤専従 | 1名   |

※専任

概ね1日の勤務時間の半分を認知症に関連した診療等(例:認知症外来やもの忘れ外来, 認知症に関する調査, 文献チェックや研修会の準備等)に充てることにより, センター業務に支障なく従事できる体制を確保していれば, その他診療を兼任していても差し支えないものとする。

※常勤(専従)

原則として病院で定められた勤務時間を全て勤務する者をいう。

また, 専従(当該業務の実施日において, 当該業務に専ら従事していることをいう。この場合において, 「専ら従事している」とは, その就業時間の少なくとも8割以上, 当該業務に従事していることをいう。

◆3 検査体制, 4 連携体制

- ・連携病院との承諾書は下記の(例)を参考に任意に作成してください。

検査体制

| 検査機器  | 保有, 連携体制の整備      | 備考               |
|-------|------------------|------------------|
| CT    | 保有必須             | —                |
| MRI   | 未保有の場合, 他病院との連携可 | 未保有の場合, 連携承諾書が必要 |
| SPECT | 未保有の場合, 他病院との連携可 | 未保有の場合, 連携承諾書が必要 |

(例) 検査体制承諾書

|   |
|---|
| <p>医療機関名<br/>院長 殿</p> <p style="text-align: center;">承 諾 書</p> <p>茨城県認知症疾患医療センター(〇〇型)の指定を受ける貴院と〇〇検査の連携を図り協力いたします。</p> <p>平成〇年〇月〇日<br/>住 所<br/>医療機関名<br/>院 長 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |
|---|

(例) 連携体制承諾書

|   |       |
|---|-------|
| 医療機関名   |       |
| 院長  | 殿     |
|   | 承 諾 書 |
| 茨城県認知症疾患医療センター（〇〇型）の指定を受ける貴院と当院との間で入院患者紹介について、連携を図り協力いたします。 |       |
| 平成〇年〇月〇日  |       |
| 住 所   |       |
| 医療機関名   |       |
| 院 長 名   | 印     |

◆5 地域連携

○「研修会開催計画」、「認知症疾患医療連携協議会開催計画」

- ・具体的な計画の記入に当たっては、センター運営事業実施要綱様式第6号の報告書の項目を参考にしてください。
- ・これまで開催実績がある場合は、具体的な実績を記入するとともに、センターの指定を受けることによって開催回数増や内容の充実を図るなど改善点等を記入してください。
- ・これまで開催実績がない場合は、具体的な計画を記入するとともに、事業の円滑な実施に向けた取り組み（進め方）などを記入してください。

○「認知症医療に関する情報発信」

- ・認知症疾患医療に関する情報の収集方法とその発信方法について記入してください。

○「センターの周知・広報計画」

- ・認知症疾患医療に関する相談等を必要とする者（患者、家族など）が、円滑に利用できるような周知・広報方法を具体的に記入してください。

◆6 その他

- ・医療機関の特徴を活かしてどのような取り組み（県内での役割分担）ができるかなど記入してください。

※センター指定内定後、各センターの担当者が集まり、各医療機関の特徴を活かして、主に中心的に取り組む役割分担を検討する打合せ会の開催を予定しています。