（様式３）

認知症疾患医療センター運営に関する医療機関状況調書

**１　医療機関基本情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | |
| 設置法人名 |  | | |
| 設置主体（該当するものに○） | 学校法人　・　国　・　都道府県　・　市町　・　公益法人　・　医療法人  組合および連合会　・　個人　・　その他 | | |
| 住所 | 〒  住所 | | |
| 医療機関種別 （該当するものに○） | 一般病院　・　精神科病院　・　診療所 | | |
| 病床（該当するものに○） | 有　・　無 | 一　　般　　　　　　　　床  精　　神　　　　　　　　床  そ の 他　　　　　　　床  （うち療養　　　　　　　床）  計 　　　　　　　　床 | |
| 診療科 | （全て記入してください。） | | |
| 診療日等 | （診療日・診療時間等を記入してください。） | | |
| 連携医療機関 | 医療機関名 | | 連携内容 |
| （例）○○病院 | | （例）ＭＲＩ、ＳＰＥＣＴ、周辺症状に関する連携 |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |

**２　専門的医療機関としての要件**

（１）　医師（専任１名以上）

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

※１　次の区分により記入してください。

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」（任意様式）を添付してください。**）

※２　認知症サポート医（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）看護師等、医師以外の人員配置（１名以上）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種（※１） | 専従人数 | 兼務人数 |
|  | 専従　　　　　人 | 兼務　　　　　人 |
|  | 専従　　　　　人 | 兼務　　　　人 |
|  | 専従　　　　　人 | 兼務　　　　人 |
|  | 専従　　　　　人 | 兼務　　　　人 |

※２　看護師、精神保健福祉士、保健師、臨床心理技術者等、認知症の専門医療相談や神経心理検査等について一定程度の知識及び技術を修得している者について記入してください。　**また、厚生労働省との協議に際し、後日業務履歴書の提出を求める場合があります。**

（３）検査体制　※該当する欄に○をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | |

（４）保有機器

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＣＴ | 台 | ＭＲＩ | 台 | ＳＰＥＣＴ | 台 |

（５）相談（※１）体制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 平成２８年度実績 | 電話　　　　件 | 面接（※２）　　　　件 | 訪問（※３）　　　　　　件 |
| その他（※４）（　　　　　　　）　　　　　件 | | その他（　　　　　）　　　件 |
| 平成２９年度見込（※５） | 電話　　　　件 | 面接（※２）　　　　件 | 訪問（※３）　　　　　　件 |
| その他（※４）（　　　　　　　）　　　　　件 | | その他（　　　　　）　　　件 |

※１ ここでの「相談」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。相談元は患者、家族、介護者、地域包括支援センター職員、かかりつけ医等の区別は問いません。

※２ 施設内他科からの相談、自施設開催による認知症カフェ等を含めます。

※３ 認知症初期集中支援や物忘れ相談会、他施設で行う認知症カフェ等、他施設に出向いて実施した相談を含めます。

※４ その他には、メール、ＦＡＸ等が想定されます。（　　）内に手段名をご記入ください。

※５　平成２９年１０月１日～平成３０年３月３１日の見込について記入してください。

**３　身体合併症に対する救急医療機関としての機能等**　**※病院のみ記入**

※平成29年10月1日以降の予定を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 救急医療機関の認定状況 | | 有　・　無 | | １　三次救急医療機関  ２　二次救急医療機関 | | |
| 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 | | | | | | 有・無 |
| 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（※１） | | | | | | 有・無 |
| 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（※２） | | | | | | 有・無 |
| 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 | | | | | | 有・無 |
| 確保している空床数（※３） | 一般病床 | 床 | 精神病床 | 床 | その他 | 床 |

※１　疾患センターに配置される専門医を含む多職種チームによる入院中の認知症患者の諸症状に対する助言、医療の実施、カンファレンスへの参加を含みます。

※２　認知症の診療科以外を対象にした研修をいいます。院内外来・病棟従事者に対する認知症の正しい知識や対応方法についての研修および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修等の実施や協力を含みます。

※３　一日あたり確保している空床数を記載してください。

**４　認知症医療に関する実績**

（１）紹介・初診までの待機日数状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 平成２８年度 | 平成２９年度見込  （※１） |
| 紹介・逆紹介（※２）の件数 | 紹介 | 件 | 件 |
| 逆紹介 |  | 件 |
| 初診までの平均待機日数（記入日時点）（※３） | 待機日数 | 日 | 日 |

※１　平成２９年１０月１日～平成３０年３月３１日の見込について記入してください。

※２　ここでの「紹介」は、かかりつけ医との間のものをいい、地域包括、ケアマネ等とのやりとりは含みません。また、逆紹介とは、疾患センターからかかりつけ医に継続診療を依頼する旨を含めた情報提供を言います。

※３　緊急枠や特別枠を除き、記入日時点における、予約時から初診までの平均待機日数を記入してください。

（２）鑑別診断の内訳（※１）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 平成28年度実績 | | 平成29年度見込（※２） | |
| 全数 | うち65歳未満 | 全数 | うち65歳未満 |
| １．正常または健常 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| ２．軽度認知障害（MCI） | 件 | 件 | 件 | 件 |
| ３．アルツハイマー型認知症（G30,F00）（※３） | 件 | 件 | 件 | 件 |
| ４．血管性認知症（F01） | 件 | 件 | 件 | 件 |
| ５．レビー小体型認知症（G31,F02） | 件 | 件 | 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 | 件 | 件 |
| ７．外傷性脳損傷による認知症（S06.2,F02） | 件 | 件 | 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 | 件 | 件 |
| ９．HIV感染による認知症（B20,F02） | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 10．プリオン病による認知症（A81,F02） | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 11．パーキンソン病による認知症（G20,F02） | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 12．ハンチントン病による認知症（G10,F02） | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 13．正常圧水頭症（G91) | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 14．他の医学的疾患による認知症（F02） | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 15．複数の病因による認知症（F02） | 件 | 件 | 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 | 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 | 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 | 件 | 件 |
| 19．気分（感情）障害（F3) | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 20．てんかん（G47) | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 21．神経発達障害（知的発達障害を含む）（F7-F9) | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 22．上記のいずれにも含まれない精神疾患 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 23．上記のいずれにも含まれない神経疾患 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 24．上記のいずれにも含まれない疾患 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 25．診断保留 | 件 | 件 | 件 | 件 |

※１　主たる病名を選択し、重複しないようにしてください。

※２　平成２９年１０月１日～平成３０年３月３１日の見込について記入してください。

※３　３～１６は、DSM-5およびICD-10の認知症疾患の診断下位分類を参考に作成

（３）診療報酬

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療報酬 | 種別 | 算定の  有無  （○、×） | 平成２８年度  算定件数 | Ｈ２９年度  算定予定件数  （※１） |
| 認知症専門診断管理料１ | － | ― | 件 |
| 認知症専門診断管理料２ | － | ― | 件 |
| 認知症ケア加算１ |  | 件 | 件 |
| 認知症ケア加算２ |  | 件 | 件 |

※１　平成２９年１０月１日～平成３０年３月３１日の見込について記入してください。

（４）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 |  |  |  |

（５）具体的な取組例

|  |
| --- |
| 12「行政機関への助言・連携」について、実施した具体例をご記入ください。 |
| 13「地域包括支援センター職員への助言・連携」について、実施した具体例をご記入ください。 |
| 14「介護支援専門員への助言・連携」について、実施した具体例をご記入ください。 |
| 15「介護保険施設・事業所職員への助言・連携」について、実施した具体例をご記入ください。 |

**５　研修会の開催**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修会の開催  （※２） | 対象者 | 平成２８年度実績件数 | 平成２９年度見込件数  （※１） |
| 医療従事者 | 件 | 件 |
| （うち、かかりつけ医） | 件 | 件 |
| 地域包括支援センター職員等 | 件 | 件 |
| 家族・地域住民等 | 件 | 件 |
| 他の実施主体による研修会への協力・講師派遣（※３） | | 件 | 件 |

※１　平成２９年１０月１日～平成３０年３月３１日の見込について記入してください。

※２　地域連携推進のために自施設が主催するもの（行政・医師会等との共催を含む。）を記載してください。

※３　三重県内で開催される研修会を対象とします。なお、地域ケア会議や地域連携会議への協力を含むものとします。また、企業の主催・共催による研修会はここに含めてください。

**６　初期集中支援チームへの関与**

（１）実施状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 平成２８年度実績 | 平成２９年度見込（※１） |
| 認知症初期集中支援チームへの  関与  （該当するものに○）（※２） | センター内にチームを  設置（委託）（※３） | 有　　・　　無 | 有　　・　　無 |
| チーム員として参加  （※４） | 有　　・　　無 | 有　　・　　無 |
| 後方支援（※５） | 有　　・　　無 | 有　　・　　無 |
| 支援ケース数 | 件 |  |

※１　平成２９年１０月１日～平成３０年３月３１日の見込について記入してください。

※２　複数市町のチーム活動に関与している場合で、それぞれに度合いが異なる場合、複数回答可。

※３　市町からの業務委託を受け、疾患医療センターにチームを設置している場合。

※４　市町が地域包括等に設置するチームに、チーム員として参加している場合。

※５　チーム員ではないものの、チーム員会議での助言等、専門機関としての後方支援を行っている場合。

（２）実施内容

|  |
| --- |
| 初期集中支援チームへの具体的な関与状況についてご記入ください。 |