２　実施体制

(1)　専門医療相談体制

|  |
| --- |
| 専門医療相談を受け付ける部署名等の体制を記載してください。（組織の体制図を添付） |
|  |

(2)　人員配置

ア　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」（様式第４号）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。

イ　看護師等（１名以上）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 資格（※１） | 実務経験（※２） | 区分 |
|  |  | 　　年 | 専従・専任・その他 |
|  |  | 　　年 | 専従・専任・その他 |
|  |  | 　　年 | 専従・専任・その他 |
|  |  | 　　年 | 専従・専任・その他 |
|  |  | 　　年 | 専従・専任・その他 |

※１　看護師、保健師若しくは精神保健福祉士又は臨床心理士等の資格種別を記入した上で、資格を証する書類を添付してください。

※２　認知症ケアに係る実務経験年数を記載してください。

(3)　検査体制

|  |  |
| --- | --- |
| 血液検査（外注可） | 有　・　無 |
| 尿一般検査 | 有　・　無 |
| 心電図検査 | 有　・　無 |
| 神経心理検査 | 有　・　無 |

＜神経画像検査体制＞

|  |  |
| --- | --- |
| コンピュータ断層撮影装置（ＣＴ） | 保有の有無　　有（　　台）　・　無 |
| 連携する場合の医療機関名・所在地（※） |
| 磁気共鳴画像装置（ＭＲＩ） | 保有の有無　　有（　　台）　・　無 |
| 連携する場合の医療機関名・所在地（※） |
| 脳血流シンチグラフィ（ＳＰＥＣＴ） | 保有の有無　　有（　　台）　・　無 |
| 連携する場合の医療機関名・所在地（※） |

※　「連携に関する承諾書」（様式第５号）を添付してください。

(4)　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の体制

|  |  |
| --- | --- |
| 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病床 | 病床の有無　　有　・　無 |
| 連携する場合の医療機関名・所在地（※） |
| 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病床 | 病床の有無　　有　・　無 |
| 連携する場合の医療機関名・所在地（※） |

※　「連携に関する承諾書」（様式第５号）を添付してください。