

佐賀県認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

1 目的

この事業は、認知症疾患医療センター（以下「センター」という。）を設置し、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の急性期治療に関する対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行う。また、必要に応じて診断後等の日常生活支援を実施することにより、地域において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。

2 事業の実施主体

本事業の実施主体は佐賀県とし、知事が指定した病院への委託により事業を行うものとする。ただし、当該病院は、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。

なお、指定の際には厚生労働大臣あて届け出るものとする。

3 指定基準

センターは、次のいずれかの（診療所については、（3）の）基準を満たすものとする。

（1）基幹型

基幹型は、平日、週5日の稼働を原則とし、以下のとおりとするが、イに係る稼働についてはこの限りではない。

ア 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、その態勢が確保されていること。

（イ）人員配置について、以下のaからcを満たしていること。

a 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。

b 専任の臨床心理技術者が1名以上配置されていること。

c 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、院内における精神科及び一般身体科の連携の確保、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、以下を満たしていること。

a 鑑別診断に係る検査体制については、当該センターにおいて、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 (C T) 及び磁気共鳴画像装置 (M R I) を有していること。

b 脳血流シンチグラフィ (S P E C T) を活用できる体制 (他の医療機関との連携体制 (具体的な連携体制については届出時に明記すること。) を含む。) が整備されていること。

(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と精神病床を有していること。

イ 身体合併症に対する救急医療機関としての要件

(ア) 身体合併症に対する救急・急性期医療に対応することが可能な体制が確保されていること。具体的には、救命救急センターを有するなど、身体合併症に係る三次救急医療又は二次救急医療について地域の中核としての機能を有すると知事が認めるものとする。

(イ) ア(ア)に定める医療相談室が中核となって、認知症患者に対する救急医療の支援、リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症高齢者への精神的ケースワークの実施、院内における研修会の開催等を通じて、精神科と一般身体科との院内連携が確保されていること。

(ウ) 上記の体制が確保されていることを前提として、休日、夜間における身体合併症や徘徊、妄想等の重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するため、空床 (当該病院の実情に応じ精神病床、一般病床のいずれも可とする) を確保すること。

ウ 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、都道府県医師会・郡市医師会など保健医療関係者、地域包括支援センターなど介護保険関係者、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 (同様の機能を有する会議等を設置、運営している場合は、当該会議の活用で可) を組織し、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、地域へ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) 県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を踏まえつつ、こうした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自ら行い、又は他の主体の実施する研修に協力するなど、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。

(2) 地域型

地域型は、平日、週5日の稼働を原則とし、以下のとおりとする。

ア 専門医療機関としての要件

- (ア) 医療相談室を配置し、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、以下のaからcを満たしていること。

a 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申請時に明記すること。)を有する医師が1名以上配置されていること。

b 専任の臨床心理技術者が1名以上配置されていること。

c 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、以下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、当該センターにおいて、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)を有していること。

ただし、磁気共鳴画像装置(MRI)を有していない場合は、それを活用できる体制(他の医療機関との連携体制(具体的な連携体制については申請時に明記すること。))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。

また、上記に加え、脳血流シンチグラフィ（SPECT）を活用できる体制（他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については申請時に明記すること。）を含む。）が整備されていること。

（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と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、以下のa又はbのいずれかを満たしていること。

- a 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とれていること（具体的な連携体制については申請時に明記すること。）。
- b 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とれていること（具体的な連携体制については申請時に明記すること。）。

イ 地域連携推進機関としての要件

（1）ウと同様の要件を満たすこと。なお、基幹型との連携体制の確保により同様の機能を有する場合には、この限りではない。

（3）連携型

連携型は、平日、週5日の稼働を原則とし、以下のとおりとする。

ア 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体制が確保されていること。

（イ）人員配置について、以下の要件を満たしていること。

- a 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。
- b 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看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等が1名以上配置されていること。

（ウ）検査体制について、以下の要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、当該センターにおいて、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のコンピュータ断層撮影装置（ＣＴ）、磁気共鳴画像装置（ＭＲＩ）及び脳血流シンチグラフィ（ＳＰＥＣＴ）を他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）により活用できる体制が整備されていること。

（エ）連携体制について、以下の要件を満たしていること。

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院又は精神科病院との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を確保していること。

イ 地域連携拠点としての要件

（１）ウと同様の要件を満たすこと。なお、基幹型又は地域型との連携体制の確保により同様の機能を有する場合には、この限りではない。

4 申請

センターの指定を受けようとする医療機関の開設者等は、認知症疾患医療センター事業指定申請書（以下「申請書」という。）（様式第１号）に事業計画書（様式第２号）を添えて、佐賀県知事に申請するものとする。

5 指定

知事は、３の指定基準を満たし、各地域の実情に応じて設置が適当と認め、センターとして指定する場合は、当該機関の開設者等に対して、認知症疾患医療センター指定書（様式第３号）を交付するものとする。

6 指定期間

指定期間は、指定の日から３年以内とし、知事が定めるものとする。ただし、再指定は妨げない。

7 変更届

センターとして指定された医療機関の開設者等は、申請書記載事項に変更があった場合は、認知症疾患医療センター申請事項変更届（様式第４号）を知事に提出しなければならない。

8 指定の辞退・取消し

（１）辞退

センターとして指定された医療機関の開設者等は、指定を辞退する場合は、認知症疾患医療センター辞退届（様式第５号）を知事に提出しなければならない。

(2) 取消し

知事は、センターが3の指定基準を満たさなくなった場合、又は運営において重大な支障があると認めた場合は、指定を取り消すことができる。

この場合、認知症疾患医療センター指定取消書（様式第6号）により当該医療機関の開設者等に対し通知するものとする。

9 業務内容

(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) 周辺症状及び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と医療機関との連携支援

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 保健所、福祉事務所等との連絡調整

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

県医師会・郡市医師会など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協議会の設置及び運営

イ 研修会の開催等

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

(3) 日常生活支援機能

(1)及び(2)を実施するほか、認知症の人や家族が、診断後に円滑な日常生活を過ごせるよう、かかりつけ医等の医療機関や地域包括支援センター等地域の関係機関と連携の上、認知症疾患医療センターは必要に応じて、以下のような取組を行う。

ア 診断後の認知症の人や家族に対する相談支援

診断後等、認知症の人や家族における、今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるよう、社会福祉士、精神保健福祉士等の必要と認められる能力を有する専門的職員を認知症疾患医療センターに配置し、日常生活を円滑に送るための相談支援を実施

イ 当事者等によるピア活動や交流会の開催

既に認知症と診断された当事者による、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動の実施

10 業務の分担

知事が基幹型センター及び地域型センター並びに連携型センターをそれぞれ指定する場合、9(2)ア及びイの業務については、基幹型センターのみで実施することも可能とし、その際は各センター間の連携強化に努めることとする。

11 事業計画

- (1)センターは、9に定める業務を実施するときは事業計画書(様式第2号)を作成するものとする。
- (2)センターは、(1)の事業計画書を、4に定める申請のとき、又は毎年度、別に指定するときまでに、知事に提出しなければならない。

12 完了報告

センターは、毎年度事業終了後、当該年度の事業完了報告書(様式第7号)を速やかに知事に提出するものとする。

13 委託料の請求及び支払

- (1)センターの指定を受けた病院は、年度ごとに作成する委託契約書に基づき、委託業務の完了確認後、請求書(様式第8号)により、県へ委託料の支払請求ができるものとする。
- (2)県は、(1)の規定による請求書の提出があったときは、その日から起算して30日以内にセンターへ委託料を支払うものとする。
- (3)支払いは原則、完了払いとする。ただし、県が必要と認めるときは、センターが提出する請求書(様式第9号)により、前金払いとして委託料の一部の金額を支払うことができるものとする。

1 4 帳簿等

センターは、相談記録簿等必要な帳簿を備えるものとする。

1 5 秘密の保持

センター職員は、在職中及びその職を離れた後も、職務上知り得た秘密を他に漏らしてはならない。

1 6 その他

この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成23年10月17日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年度分の事業から適用する。

附 則

この要綱は、平成31年度分の事業から適用する。

附 則

この要綱は、令和2年7月1日から適用する。

様式第 1 号

佐賀県認知症疾患医療センター事業指定申請書

年 月 日

佐賀県知事 様

所在地
開設者等氏名 印

佐賀県認知症疾患医療センター運営事業実施要綱 3 の規定する指定基準を満たしているので、佐賀県認知症疾患医療センター運営事業実施要綱 4 の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

病 院 名

所 在 地

様式第 2 号

佐賀県認知症疾患医療センター事業計画書

年 月 日

佐賀県知事 様

所在地
開設者等氏名 印

佐賀県認知症疾患医療センター運営事業要綱 1 1 の規定に基づき、 年度
事業計画書を別紙のとおり提出します。

様式第3号

佐賀県認知症疾患医療センター指定書

第 年 月 日
号

所在地
開設者等氏名 様

佐賀県知事

佐賀県認知症疾患医療センター運営事業実施要綱5の規定に基づき、佐賀県型認知症疾患医療センターとして下記のとおり指定します。

記

1 病院名

2 病院所在地

3 指定期間 年 月 日～ 年 月 日まで

様式第 4 号

佐賀県認知症疾患医療センター申請事項変更届

年 月 日

佐賀県知事 様

所在地
開設者等氏名 印

年 月 日付け 第 号により指定を受けましたが、申請事項に変更が生じたので、佐賀県認知症疾患医療センター運営事業実施要綱 7 の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

1 変更事項

2 変更内容 変更前：

変更後：

3 変更年月日 年 月 日

4 変更理由

様式第 5 号

佐賀県認知症疾患医療センター辞退届

年 月 日

佐賀県知事 様

所在地
開設者等氏名 印

年 月 日付け 第 号により指定を受けましたが、指定を
辞退したいので、佐賀県認知症疾患医療センター運営事業実施要綱 8 (1)
の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

1 辞退年月日 年 月 日

2 辞退理由

様式第 6 号

佐賀県認知症疾患医療センター指定取消書

第 号
年 月 日

所在地
開設者等氏名 様

佐賀県知事

年 月 日付け 第 号により指定した下記の病院については、佐賀県認知症疾患医療センター運営事業実施要綱 8 (2) の規定に基づき取り消します。

記

- 1 取消年月日 年 月 日
- 2 病院名
- 3 病院所在地
- 4 取消理由

様式第7号

佐賀県認知症疾患医療センター運営事業完了報告書

年 月 日

佐賀県知事 様

所在地
開設者等氏名 印

佐賀県認知症疾患医療センター運営事業実施要綱12の規定に基づき、
年度の運営事業完了を別紙とおり報告します。

様式第8号

請 求 書

金 _____ 円也

委託事業名	年度佐賀県認知症疾患医療センター運営事業業務
委託期間	年 月 日 ~ 年 月 日
委託金額	円
受領済額	円
今回請求額	円
残額	円

上記のとおり請求します。

年 月 日

佐賀県収支等命令者 様

受託者住所

氏名

Ⓔ

振込先： _____ 銀行 _____ (支・本)店
口座種別：普通・当座
口座番号：
口座名義：

様式第9号

請 求 書

金 _____ 円也

委託事業名	年度佐賀県認知症疾患医療センター運営事業業務
委託期間	年 月 日 ~ 年 月 日
契約金額	円
受領済額	円
今回請求額	円
残額	円

上記のとおり請求します。

年 月 日

佐賀県収支等命令者 様

受託者住所

氏名

Ⓔ

振込先： _____ 銀行 _____ (支・本)店
口座種別：普通・当座
口座番号：
口座名義：