|  |
| --- |
| **指定申請医療機関の運営体制** |
| １　医療相談室 |  □　プライバシーに配慮した個室の相談室を整備している。　 ・部屋数（ 　　）部屋 □　個室ではないが相談室を整備している。 ・部屋数（ 　　）部屋 □　今後整備の予定である。（時期： 　　　　　　） |
| ２　認知症医療相談窓口 |  □　院内に認知症医療相談のための相談窓口を設置している。　（稼働日時：　　　　　　　　　　　　　　 　）※曜日及び時間帯 □ 今後設置の予定である。（時期：　　　　　 ）　（稼働日時：　　　　　　　　　　　　　　 　）※曜日及び時間帯【設置する場合の電話番号及びFAX番号】（電話番号：　　　　　　　　　 ）（FAX番号：　　　　　　　　　 ） |
| ３　認知症疾患医療センターとしての相談窓口 |  □　同上の予定 □ 下記のとおり設置予定である。（稼動日時：　　　　　　　　　　　　　 ）※曜日及び時間帯 |
| ４　認知症疾患医療センター専用電話の設置 |  □　２の窓口専用電話番号を使用予定。 □　今後設置の予定である。（時期：　　　　　　 ）【２とは別に設置する場合の電話番号及びFAX番号】（電話番号：　　　　　　　　　　 ）（FAX番号：　　　　　　　　　　 ） |
|  | ５　人員配置　詳細は別紙「人員配置一覧」のとおり（※１） |
| 医　師　【認知症疾患医療センター】専任（専従も可）１名以上【最適使用推進ガイドライン】常勤２名以上 | 計【　　　】名＜内訳＞・専任（専従も可）【　　　】名（※２）・最適使用推進ガイドライン-レカネマブ（遺伝子組み換え）に適合する常勤医師（上記、専任医師を含めることは可）【　　　】名（※３） |
| 臨床心理技術者(専任１名以上) | 【　　　】名　 |
| 医療相談室 | 地域包括支援センター等との連絡調整及び医療相談室の業務を担当する者（常勤専従１名以上） | 【 　　】名 |
| 医療相談室の他の業務を担当する者（専任１名以上） | 【　　　】名　 |
|  | ６　検査体制 |
| コンピュータ断層撮影装置（ＣＴ） | 保有の有無及び台数 |  □　有　【　　　】台 □　無　　　　　　　　　　　（※無の場合、連携先（同一敷地内の同一法人に限る）の記載が必須） |
| 連携先医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 磁気共鳴画像装置（ＭＲＩ） | 保有の有無及び台数 |  □　有　【　　　】台 |
| 脳血流シンチグラフィ(ＳＰＥＣＴ) | 検査体制の有無 |  □　有　【　　　】台 □　無　（※無の場合、連携先の記載が必須）　　　　　　　　　　　 |
| 連携先医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| アミロイドＰＥＴ検査又は脳脊髄液（ＣＳＦ）検査 | 検査体制の有無 | □　有　【アミロイドＰＥＴ検査】　　台□　有　【脳脊髄液（ＣＳＦ）検査】 □　無　（※無の場合、連携先の記載が必須） |
| 連携先医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ７　認知症疾患の行動・心理症状及び身体合併症に対する急性期の入院治療体制等 |
| 受入体制 | 　認知症の行動・心理症状及び身体合併症に対する急性期入院治療を 行える精神科病床と一般病床の病床数（精神科病床： 　　　 床）（一般病床：　　　　　床） |
|  | ８　認知症疾患修飾薬を扱う医療機関としての体制等　※当てはまる項目に☑をつけること |
| 最適使用推進ガイドライン　レカネマブ（遺伝子組み換え）への適合状況 | □　投与対象となる患者の要否を判断できる□　投与施設としての要件を満たしている□　投与期間中の対応を行うことができる体制となっている |

※１　「５　人員配置」における各職員について、別紙「人員配置一覧」及び保有する資格が確認できる書類を添付すること

※２　「５　人員配置」における医師について、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でない場合は、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）について書類を添付すること（任意様式）

※３　「５　人員配置」における最適使用推進ガイドライン レカネマブ（遺伝子組み換え）に適合する医師について、医師免許取得後２年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、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臨床経験（具体的な業務経験）について書類を添付すること（任意様式）

注　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。