

豊中市認知症医療体制推進事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、市民が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう認知症医療体制の充実・強化を図り、認知症の早期発見・早期対応により必要な支援につなげることを目的とする豊中市認知症医療体制推進事業の実施について、必要な事項を定める。

(実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、豊中市（以下「市」という。）とする。

(認知症相談医の配置)

第3条 市は、本事業にかかる認知症相談医（以下「相談医」という。）を配置する。相談医は認知症サポート医養成研修を修了した医師又は認知症患者の診療について経験を有する医師の中から選任するものとし、別表に定める。

(認知症相談医の役割)

第4条 相談医は、次の各号の役割を担う。

- (1) かかりつけ医等の認知症診断等に関する相談への対応（相談支援事業）
- (2) 市が主催又は共催で開催する認知症医療体制に関する会議等への参画
- (3) 市からの認知症医療体制に関連した相談への助言
- (4) 相談支援事業の実績報告

(謝礼金)

第5条 謝礼金は、次の各号のとおりとする。

- (1) 本事業に係る相談医への謝礼金の額は、月額15,000円を上限とする。
なお、謝礼金には、本事業に係る交通費を含むものとする。
- (2) 市は、前条第2号に掲げる会議等に、必要と判断した関係者の出席を求めることができる。謝礼金は12,300円を上限とする。
なお、謝礼金には、本事業に係る交通費を含むものとする。

(庶務)

第6条 本事業に係る庶務は、豊中市健康医療部医療支援課が行う。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

別表

医療機関名	医師名
天羽クリニック	天羽 康雄
小池診療所	遊佐 裕子
神経内科クリニック	伊藤 英樹
つじクリニック	辻 毅嗣
はしクリニック	端 祐一郎
彭医院	彭 英峰
前防医院	前防 昭男
三木外科内科	三木 正士
もといえ脳神経クリニック	元家 亮太
ワタナベクリニック	渡辺 満喜江

附 則

この要綱は、令和7年1月1日から施行する。

この要綱は、令和7年8月1日から施行する。

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

様式第 1 号

年 (年) 月 日

豊中市長あて

医療機関名
代表者名
電話番号

豊中市認知症医療体制推進事業に係る実績報告書

豊中市認知症医療体制推進事業実施要綱第 4 条 1 項 4 号の規定により、下記のとおり相談支援の実績について報告します。

記

(年 月分)

相談回数	延べ回										
相談内容 (概要)	【助言】※複数回答可です。										
	<table border="1"><thead><tr><th data-bbox="507 1133 1214 1200">内容</th><th data-bbox="1214 1133 1374 1200">件数</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="507 1200 1214 1272">診療に関する医学的助言</td><td data-bbox="1214 1200 1374 1272"></td></tr><tr><td data-bbox="507 1272 1214 1344">専門医療機関等に関する情報提供</td><td data-bbox="1214 1272 1374 1344"></td></tr><tr><td data-bbox="507 1344 1214 1415">地域包括支援センター等に関する情報提供</td><td data-bbox="1214 1344 1374 1415"></td></tr><tr><td data-bbox="507 1415 1214 1487">その他</td><td data-bbox="1214 1415 1374 1487"></td></tr></tbody></table>	内容	件数	診療に関する医学的助言		専門医療機関等に関する情報提供		地域包括支援センター等に関する情報提供		その他	
	内容	件数									
	診療に関する医学的助言										
	専門医療機関等に関する情報提供										
	地域包括支援センター等に関する情報提供										
その他											
【紹介患者の対応 (診診連携)】											
<table border="1"><thead><tr><th data-bbox="507 1592 1082 1659">紹介元医療機関名</th><th data-bbox="1082 1592 1358 1659">結果<small>※下記番号で回答</small></th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="507 1659 1082 1731"></td><td data-bbox="1082 1659 1358 1731"></td></tr><tr><td data-bbox="507 1731 1082 1803"></td><td data-bbox="1082 1731 1358 1803"></td></tr><tr><td data-bbox="507 1803 1082 1877"></td><td data-bbox="1082 1803 1358 1877"></td></tr></tbody></table>	紹介元医療機関名	結果 <small>※下記番号で回答</small>									
紹介元医療機関名	結果 <small>※下記番号で回答</small>										
※結果は下記①～④を選択しご回答ください。 ①専門医療機関等に紹介 ②自院にて診療・経過観察 ③紹介元かかりつけ医等に返す ④その他 (※裏面にご記載ください)											

	<p>④その他</p> <div data-bbox="518 257 1364 712" style="border: 1px solid black; height: 200px;"></div>
備考	