（要領-３）

横浜市認知症疾患医療センター（ 地域型 ・ 連携型 ）応募申請書

※地域型・連携型のどちらかを□で囲んでください。

**【申請内容】**

|  |  |
| --- | --- |
| 新規・更新の別 | 該当する方へチェックを入れてください  □　新規指定  　□　指定更新　（指定年月日 ： 令和　　　年　　月　　日） |

**１　医療機関の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名称 |  | |
| 医療機関所在地 | 〒 | |
| 法人所在地 | * 法人と医療機関の所在地が異なる場合は法人所在地を記入   〒 | |
| 開設者 |  | |
| 管理者 |  | |
| 診療科  （標榜している  診療科を全て記入） |  | |
| 病床数  （医療法上の  許可病床数）  有　・　無 | 一般 | 床 |
| 精神 | 床 |
| 療養 | 床 |
| その他 | 床 |
| 計 | 床 |

**２　専門医療機関としての機能**

1. **認知症疾患医療センターの組織・人員体制**

* センターの組織体系図を添付してください。必要に応じて、行を追加して記載。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| センターの人員体制（人数、職種、専任・専従の別等)を記載してください。（予定含む） |  | 区分  （医師、臨床心理技術者、連絡調整担当者、医療相談担当者、事務） | 氏名 | 職種  （精神科医、神経内科医、臨床心理士、精神保健福祉士、保健師、事務等） | 常勤・非常勤  （いずれか一方を必ず記載ください） | 専従・専任  （いずれか一方を必ず記載ください） |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |

1. **認知症診療体制**

* 診療科によって、診療曜日、時間、予約・紹介状の有無等が異なる場合は、行を追加して記載。

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症診療に対応する  診療科 | 診療科：  診療曜日：  診療時間：  予約の有無：　　　有　・　無  紹介状の有無：　　有　・　無 |
| 認知症専門外来の有無 | 有（認知症専門外来科名：　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| 認知症専門外来の詳細 | 診療曜日：  診療時間：  予約の有無：　　　有　・　無  紹介状の有無：　　有　・　無 |

1. **専門医療相談体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療相談室の設置  **（地域型は必須）** | ※　該当する□にレ点を記入してください。  □専用電話・専用窓口を備えた医療相談室を既に設置している  □現在はないが、指定までに専用電話・専用窓口を備えた  医療相談室を確保できる |
| 専従の相談員を配置する  部署の名称 |  |
| 専従相談員の配置時期 | 年　　　月配置 |
| 専門医療相談対応予定日時 | 実施曜日：　　　　　　　　　実施時間：　　時　　～　　時 |

**（４）人員体制**

※　複数の職員がいる場合は、必要に応じて枠を増やし該当する全ての人を記載すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医師  （専任１名以上必須） | | ●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  ※保有資格者証（写）及び所属学会の認定証（写）を添付  所属部署：  氏名：  所属学会名： |
| ●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  ※保有資格者証（写）及び認知症に関する具体的な業務経験を記した  「医師の業務履歴書」を添付  所属部署：  氏名： |
| 医療相談室に  配置される  精神保健福祉士、保健師等  ※地域型・連携型  いずれかを記入 | □地域型 | ※専任の心理技術者1名以上配置、医療相談室に精神保健福祉士又は保健師等2名以上必須。うち常勤専従１名、専任１名の計２名以上必須  ※申請時点で常勤専従の担当者を配置することとするが、予算措置等の事情により困難な場合は、指定後以降の見通しを任意様式で添付すること  臨床心理技術者（専任）  ※保有資格者証（写）及び認知症に関する具体的な業務経験を記した  「業務履歴書」を添付  所属部署：  氏名：  （保有資格名：　　　　　　　　　　　　　　）  認知症ケアに係る業務年数：　　　年 |
| 常勤専従（地域包括支援センター等との連絡調整担当）  ※保有資格者証（写）を添付  ※（精神保健福祉士、保健師**以外**の者を配置する場合）認知症に関する具体的な業務経験を記した「業務履歴書」を添付  氏名：  （保有資格名：　　　　　　　　　　　　　　）  　認知症ケアに係る業務年数：　　　年 |
| 専任（その他の業務を担当する職員）  ※保有資格者証（写）を添付  ※（精神保健福祉士、保健師**以外**の者を配置する場合）認知症に関する具体的な業務経験を記した「業務履歴書」を添付  氏名：  （保有資格名：　　　　　　　　　　　　　　）  　認知症ケアに係る業務年数：　　　年 |
| □連携型 | ※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  看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等  ※保有資格者証（写）を添付  ※（精神保健福祉士、保健師**以外**の者を配置する場合）認知症に関する具体的な業務経験を記した「業務履歴書」を添付  氏名：  （保有資格名：　　　　　　　　　　　　　　）  　認知症ケアに係る業務年数：　　　年 |

**（５）検査体制**

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

＜神経画像検査の体制＞

* 連携できる医療機関がある場合は、「（７）他医療機関との連携体制」に具体的に記載。
* 認知症疾患医療センターに指定された場合は、後日「認知症診療に係る協定書」を提出。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| コンピュータ断層撮影装置（ＣＴ）の保有 | 有 | 保有する検査機器名（台数）：　　　　　　　　　　　　（　　　　台）  （予定の場合、導入時期：　　　年　　　　月） |
| 無 | 連携できる医療機関名： |
| 磁気共鳴画像装置  （ＭＲＩ）の保有 | 有 | 保有する検査機器名（台数）：　　　　　　　　　　　　（　　　　台）  （予定の場合、導入時期：　　　年　　　　月） |
| 無 | 連携できる医療機関名： |
| 脳血流シンチグラフィ  （ＳＰＥＣＴ）の保有 | 有 | 保有する検査機器名（台数）：　　　　　　　　　　　　（　　　　台）  （予定の場合、導入時期：　　　年　　　　月） |
| 無 | 連携できる医療機関名： |

**（６）入院治療体制**

* 連携できる医療機関がある場合は、「（７）他医療機関との連携体制」に具体的に記載。

※ 認知症疾患医療センターに指定された場合は、後日「認知症診療に係る協定書」を提出。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認知症疾患の行動・心理症状と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と精神病床のどちらも有する病院 | 一般病床数 |  |
| 精神科病床数 |  |
| 重篤な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 | 一般病床数 |  |
| 行動・心理症状に対する急性期入院治療についての連携ができる病院名 |  |
| 認知症疾患の行動・心理症状に対する急性期入院治療を行うことができる精神病床を有する病院 | 精神科病床数 |  |
| 身体合併症に対する急性期入院治療についての連携ができる病院名 |  |
| 認知症疾患の行動・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の確保 | □院内の一般病床または精神科病床をあらかじめ確保できる  ※病床をあらかじめ確保できる場合は、  病床の種類と数についても記入    □病床２床  □病床１床  □病床確保はできないが、空床があれば対応できる  □病床なし | |

**（７）他医療機関との連携体制**

※（５）検査体制及び（６）入院治療体制について、他医療機関との連携を行う場合の

それぞれの概要を記載。また、どの機能についての連携医療機関かを記載。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 | 〒 |
| 病床種別及び  許可病床数 |  |
| 診療科目 |  |
| 貴医療機関からの移動距離・時間 | 距離：　　　　　Km  時間：　　　　　分（移動手段：　　　　） |
| 連携の種類 | （　　　　　　　　　　　　）に関する連携 |
| ２ | 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 | 〒 |
| 病床種別及び  許可病床数 |  |
| 診療科目 |  |
| 貴医療機関からの移動距離・時間 | 距離：　　　　　Km  時間：　　　　　分（移動手段：　　　　） |
| 連携の種類 | （　　　　　　　　　　　　）に関する連携 |
| ３ | 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 | 〒 |
| 病床種別及び  許可病床数 |  |
| 診療科目 |  |
| 貴医療機関からの移動距離・時間 | 距離：　　　　　Km  時間：　　　　　分（移動手段：　　　　） |
| 連携の種類 | （　　　　　　　　　　　　）に関する連携 |
| ４ | 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 | 〒 |
| 病床種別及び  許可病床数 |  |
| 診療科目 |  |
| 貴医療機関からの移動距離・時間 | 距離：　　　　　Km  時間：　　　　　分（移動手段：　　　　） |
| 連携の種類 | （　　　　　　　　　　　　）に関する連携 |
| ５ | 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 | 〒 |
| 病床種別及び  許可病床数 |  |
| 診療科目 |  |
| 貴医療機関からの移動距離・時間 | 距離：　　　　　Km  時間：　　　　　分（移動手段：　　　　） |
| 連携の種類 | （　　　　　　　　　　　　）に関する連携 |

**３　地域連携拠点機能**

* 該当する項目を○で囲み、内容について具体的に記載。

|  |  |
| --- | --- |
| 自医療機関内の  連携体制 | ◆認知症の人の身体合併症及び行動・心理症状等、様々な症状に対応できるよう、自医療機関内の医師、看護師、介護職、精神保健福祉士、作業療法士や理学療法士等、多職種が適切に連携できる体制の構築を図っているか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定も含む）】  【取組回数】　　　　　　　　　　回/年 |
| かかりつけ医、  認知症サポート医､  専門医療機関、  医師会等との連携 | ◆かかりつけ医、専門医療機関、医師会等との連携を行っているか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定も含む）】 |
| 認知症医療・介護に  関する連携の推進  （地域型は医療・連携推進会議の主催必須） | ◆地域の認知症医療・介護連携の推進のため、医療・連携推進会議の開催等、  主体的に取り組んでいるか。 |
| 既に取り組んでいる（主催・共催）・今後取り組む予定（主催・共催）  【医療・連携会議及び連絡会等の取組内容（予定も含む）】   1. 会議名：   参加者：  内容：   1. 会議名：   参加者：  内容：   1. 会議名：   参加者：  内容：  【その他の取組内容（予定）】 |
| 区役所、  地域包括支援センター､ケアマネジャー等との  連携 | ◆区役所、域包括支援センター、ケアマネジャー等と認知症患者の個別支援に向けた連携や調整を行っているか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定も含む）】 |

**４　日常生活支援機能**

|  |  |
| --- | --- |
| 診断後の認知症の人や家族に対する相談支援 | ◆診断後の認知症の人や家族に対する相談支援に取り組んでいるか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定も含む）】 |
| 当事者等に  よるピア活動や交流会への支援 | ◆当事者等によるピア活動や交流会への支援に取り組んでいるか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定も含む）】 |

**５　人材の育成**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 自医療機関内の人材育成 | ◆自医療機関内の医師、看護師等の認知症医療に係る専門性の向上に向け、  取り組んでいるか。 | |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定も含む）】 | |
| かかりつけ医等地域の医療従事者及び介護職員（支援者）向け研修会の開催 | ◆かかりつけ医等地域の医療従事者及び介護職員（支援者）の認知症対応力の向上を  図るため、研修を自ら行いまた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対応力の向上に向け取り組んでいるか。 | |
| 自医療機関（主催）での研修会開催 | 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【開催内容（予定含む）】   1. 研修名:   研修内容：  対象者：  開催回数：　　　　　回/年   1. 研修名:   研修内容：  対象者：  開催回数：　　　　　回/年   1. 研修名:   研修内容：  対象者：  開催回数：　　　　　回/年 |
| 他の関係機関（区役所、地域包括支援センター、医師会等）が実施する研修への協力（講師派遣等) | 協力している　・　協力していない  【協力（講師派遣等）実績】  回数：　　　　　　回/年 |

**６　認知症の情報発信及び市民向け普及啓発**（要綱第７）

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症の  情報発信 | ◆地域住民や介護者、関係機関等に対して、認知症医療に関する情報発信に  取り組んでいるか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（予定含む）】 |
| 認知症の  普及啓発  （市民向け） | ◆地域住民や介護者等（市民）に対して、認知症の理解促進に向けた普及啓発に取り組んでいるか。 |
| 既に取り組んでいる　・　今後取り組む予定  【取組内容（主催）（予定含む）】   1. 研修名：   研修内容：  対象者：  開催回数：   1. 研修名：   研修内容：  対象者：  開催回数：   1. 研修名：   研修内容：  対象者：  開催回数：  【他医療機関が主催する取組への講師派遣等の協力実績】  回数：　　　　　　回/年 |

**７　鑑別診断、初期対応、入院に関する実績**

* 件・日・人数、％は昨年度までの平均を記載。

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症に関する医療相談の件数  （電話及び面接相談） | 件/月 |
| 認知症に関する相談員（精神保健福祉士、保健師等）の関わり | ※　該当する□にレ点を記載。  □インテークは全件、鑑別診断後は必要時に応じて  相談員が関っている  □インテーク、鑑別診断後ともに、必要時のみ相談員が  関わっている  □本人、家族等から相談があった時のみ相談員が対応 |
| 認知症に係る外来件数 | 件 |
| 初診までの待機日数 | 日 |
| 初診から診断結果が出るまでの日数 | 日 |
| 認知症の鑑別診断の件数  （軽度認知障害を含む） | 件/月 |
| 鑑別診断における総合的評価（医学的診断だけでなく、日常生活の状況や他の身体疾患等の状況も踏まえ、本人の身体的、心理的、社会的側面等も含め総合的に評価すること）の実施 | 行っている　・　行っていない |
| 身体合併症を主たる理由とした場合  の対応及び入院件数 | ※　該当する□にレ点を記載し、必要事項を記載。  □　自院で外来、入院とも対応可能　：　　　　件/月  （ 対応している病床区分：　一般病床　・　精神病床 ）  □　自院で対応が難しい場合は他院を紹介 |
| 認知症の行動・心理症状を主たる  理由とした対応及び入院件数 | ※　該当する□にレ点を記載し、必要事項を記載。  □　自院で外来、入院とも対応可能　：　　　　件/月  （ 対応している病床区分：　一般病床　・　精神病床　）  □　自院で対応が難しい場合は他院を紹介 |

**８　その他**

* 認知症疾患医療センターの指定を受けるに当たって、アピールポイントについて記載。

|  |
| --- |
| （自由記載、**1000字以内**） |

**９　障害者雇用及びワークライフバランスにおける取組について**

該当する□にㇾ点を入れ、必要書類を添付してください。

（１）障害者雇用促進法に基づく法定雇用率の達成

□　達成している（従業員45.5人以上）、又は障害者を１人以上雇用している（従業員45.5人未満）

※従業員45.5人以上の場合

ハローワークに提出した「障害者雇用状況報告書（事業主控）」（直近のもの）の写しを

提出すること。

※従業員45.5人未満の場合

雇用している障害者は１週間の所定雇用時間が20時間以上で、１年以上継続して雇用される者（見込みを含む）であること。雇用状況については、候補者特定後、委託者からの確認に応じること。

□　達成していない（従業員45.5人以上）、又は障害者を１人以上雇用していない（従業員45.5人未満）

（２）次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画の策定

（従業員101人未満の場合のみ加算）

□　策定し、労働局に届け出ている

※「策定し、労働局に届け出ている」を選択した場合、労働局の受付印のある「一般事業主行動計画の写し」を提出すること。（受付印がない場合でも、届出の事実が確認できる場合には加点評価する。）

□　策定していない、又は策定しているが従業員101 人以上

（３）女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく一般事業主行動計画の策定

（従業員301人未満のみ加算）

□　策定し、労働局に届け出ている

※「策定し、労働局に届け出ている」を選択した場合、労働局の受付印のある「一般事業主行動計画の写し」を提出すること。（受付印がない場合でも、届出の事実が確認できる場合には加点評価する。）

□　策定していない、又は策定しているが従業員301人以上

（４）次世代育成支援対策推進法に基づく認定の取得

（くるみんマーク、プラチナくるみんマーク）

□　取得している、又は認定されている

※「取得している、又は認定されている」を選択した場合、「基準適合一般事業主認定通知書の写し」又は「基準適合認定一般事業主認定通知書の写し」を提出すること。

□　取得していない、又は認定されていない

（５）女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく認定（えるぼし）の取得

□　取得している、又は認定されている

※「取得している、又は認定されている」を選択した場合、「認定通知書の写し」を

提出すること。

□　取得していない、又は認定されていない

（６）若者雇用促進法に基づく認定（ユースエール）の取得

□　認定されている

※「認定されている」を選択した場合、「認定通知書の写し」を提出すること。

□　認定されていない

（７）よこはまグッドバランス賞の認定の取得

□　取得している、又は認定されている

※「取得している、又は認定されている」を選択した場合、「認定通知書の写し」又は「認定証の写し」を提出すること。

□　取得していない、又は認定されていない