

様式第1号

大阪市認知症疾患医療センター（地域型・連携型）指定申請書

年 月 日

大 阪 市 長 様

申請者 住所又は主たる
事務所の所在地
氏名又は名称及び
代表者の氏名

大阪市認知症疾患医療センター（地域型・連携型）の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

記

- 1 医療機関の名称
- 2 医療機関の所在地
- 3 提出資料
別紙様式のとおり

様式第 2 号

医療機関基本情報

| | | | |
|-------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|
| 名称 | | | |
| 所在地 | | | |
| 種別 | 一般病院 ・ 精神科病院 ・ 診療所 ・ その他 | | |
| 開設者 | 住所又は主たる事務所の所在地 | 申請者と同じ | |
| | 氏名又は名称 | 申請者と同じ | |
| 管理者 | | | |
| 病床 | 有 ・ 無 | 一 般 精 神 そ の 他 (うち療養 計 | 床 床 床 床 |
| 診療科 | (全て記入してください。) | | |
| 診療日等 | (診療日・診療時間等を記入してください。) | | |
| 救急医療機関の認定状況 | 有 ・ 無 | 1 三次救急医療機関 2 二次救急医療機関 | |
| 連携医療機関 | 医療機関名 | | 連携内容 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

様式第 2 号

救急医療機関としての機能等

| | | | | | | |
|--|-------|---|------------|------------|-----|---|
| 救急医療機関の認定状況 | 有 ・ 無 | | 1 三次救急医療機関 | 2 二次救急医療機関 | | |
| 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（相談、入院受け入れの調整、他院の紹介など）の実施 | | | | | | |
| 一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施（※1） | | | | | | |
| 認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施（※2） | | | | | | |
| 休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保 | | | | | | |
| 確保している空床数（※3） | 一般病床 | 床 | 精神病床 | 床 | その他 | 床 |

※1 一般病床に入院する認知症患者に対する疾患センターに配置される専門医を含む多職種チームによる入院中の認知症患者の諸症状に対する助言、医療の実施、カンファレンスへの参加を含みます。

※2 認知症の診療科以外を対象にした研修をいいます。

院内外来・病棟従事者に対する認知症の正しい知識や対応方法についての研修および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修等の実施や協力を含みます。

※3 一日あたり確保している空床数を記載してください。

医療サービス等提供状況

| | 通常業務として実施 | 状況に応じて実施 | 未実施 |
|-----------------------------------|-----------|----------|-----|
| 1 介護保険主治医意見書への記載 | | | |
| 2 合併する身体疾患に対する通院医療 | | | |
| 3 合併する身体疾患に対する入院医療 | | | |
| 4 合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む） | | | |
| 5 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療 | | | |
| 6 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療 | | | |
| 7 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療 | | | |
| 8 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む） | | | |
| 9 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療 | | | |
| 10 せん妄に対する医療の提供 | | | |
| 11 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療 | | | |
| 12 行政機関への助言・連携 | | | |
| 13 地域包括支援センター職員への助言・連携 | | | |
| 14 介護支援専門員への助言・連携 | | | |
| 15 介護保険施設・事業所職員への助言・連携 | | | |

大阪市認知症疾患医療センター（地域型・連携型）企画提案書

1 基本方針

本市が指定する認知症疾患医療センター（地域型・連携型）の運営にあたっての基本的な方針を記載してください。

なお、記載にあたっては、次の内容を含むものとしてください。

- ・ 認知症疾患医療センターの位置付けと役割
- ・ 認知症の専門医療機関・地域連携拠点としての機能性の確保

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 |

※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。

様式第 3 号

(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。

様式第3号

(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。

3 地域連携拠点機能

他の認知症疾患医療センター及び大阪市認知症疾患医療センター連携協議会（認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、地域医療の代表等で構成する協議会）等との連携・協力体制の下で、認知症の地域連携拠点として取り組む方針について記入してください。

(1) 地域連携の推進

地域包括支援センターほか、地域における認知症の人の支援機関との連携方針

(2) 認知症施策への関与

認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム・認知症地域支援推進員）などの認知症施策の推進への関与

(3) 他の認知症疾患医療センターとの連携

エリア内の他の認知症疾患医療センターとの協力体制及び連携方針

様式第3号

(4) 情報発信及び普及啓発等

地域への認知症医療に関する情報発信（※1）、認知症に関する理解を促す普及啓発（※2）等の取組方針

※1 認知症疾患医療センターであることを示すリーフレットの作成・配付やインターネットホームページ等への掲載を含む。

※2 一般、自治体、公共団体向けリーフレットや書籍等の作成、監修などの協力を含む。

(5) 研修会の開催

認知症医療従事者、地域包括支援センター職員、認知症患者の家族その他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の取組方針

| | 対象者 | 年度見込 |
|------------|---------------------------|------|
| 研修会の開催（※1） | 医療従事者 | 件 |
| | （うち、かかりつけ医） | 件 |
| | 地域包括支援センター職員等 | 件 |
| | 家族・地域住民等 | 件 |
| | 他の実施主体による研修会への協力・講師派遣（※2） | 件 |

※1 地域連携推進のために自施設が主催するもの（行政・医師会等との共催を含む。）を記載してください。

※2 大阪府内で開催される研修会のみを対象とします。なお、地域ケア会議や地域連携会議への参加を含むものとします。

様式第3号

4 認知症医療に関する実績

| | | |
|-----------------|---------|---|
| 認知症に係る外来（初診）の件数 | 年度実績 | 件 |
| | 年度見込 | 件 |
| 認知症に係る鑑別診断の件数 | 年度実績 | 件 |
| | 年度見込 | 件 |
| 初診までの待機日数 | 年 月 末時点 | 日 |

<鑑別診断の内訳> (※)

| | 年度実績 | | 年度見込 |
|---|------|---------|------|
| | 全数 | うち65歳未満 | 全数 |
| 1. 正常または健常 | 件 | 件 | 件 |
| 2. 軽度認知障害 (MCI) | 件 | 件 | 件 |
| 3. アルツハイマー型認知症 (G30, F00) | 件 | 件 | 件 |
| 4. 血管性認知症 (F01) | 件 | 件 | 件 |
| 5. レビー小体型認知症 (G31, F02) | 件 | 件 | 件 |
| 6. 前頭側頭型認知症 (行動障害型・言語障害型を含む G31, F02) | 件 | 件 | 件 |
| 7. 外傷性脳損傷による認知症 (S06.2, F02) | 件 | 件 | 件 |
| 8. 物質・医薬品誘発性による認知症 (アルコール関連障害による認知症を含む) | 件 | 件 | 件 |
| 9. HIV感染による認知症 (B20, F02) | 件 | 件 | 件 |
| 10. プリオン病による認知症 (A81, F02) | 件 | 件 | 件 |
| 11. パーキンソン病による認知症 (G20, F02) | 件 | 件 | 件 |
| 12. ハンチントン病による認知症 (G10, F02) | 件 | 件 | 件 |
| 13. 正常圧水頭症 (G91) | 件 | 件 | 件 |
| 14. 他の医学的疾患による認知症 (F02) | 件 | 件 | 件 |
| 15. 複数の病因による認知症 (F02) | 件 | 件 | 件 |
| 16. 詳細不明の認知症 (F03) (上記3～15に該当しないもの) | 件 | 件 | 件 |
| 17. 上記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害 | 件 | 件 | 件 |
| 18. 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2) | 件 | 件 | 件 |
| 19. 気分(感情)障害 (F3) | 件 | 件 | 件 |
| 20. てんかん (G47) | 件 | 件 | 件 |
| 21. 神経発達障害(知的発達障害を含む) (F7-F9) | 件 | 件 | 件 |
| 22. 上記のいずれにも含まれない精神疾患 | 件 | 件 | 件 |
| 23. 上記のいずれにも含まれない神経疾患 | 件 | 件 | 件 |
| 24. 上記のいずれにも含まれない疾患 | 件 | 件 | 件 |
| 25. 診断保留 | 件 | 件 | 件 |

※ 主たる病名を選択し、重複しないようにしてください。

様式第3号

| | 種別 | 算定の有無 | 年度算定件数 |
|------|-------------|-------|--------|
| 診療報酬 | 認知症専門診断管理料1 | — | — 件 |
| | 認知症専門診断管理料2 | — | — 件 |
| | 認知症ケア加算1 | | 件 |
| | 認知症ケア加算2 | | 件 |
| | 認知症ケア加算3 | | 件 |

認知症に関する相談対応、地域ケア会議への出務、診断後等支援の取り組み、その他認知症に関する取組の状況

業 務 履 歴 書

年 月 日

| | | | | | |
|---|--------------|---------------------|----|-------|-----|
| 氏 名 | | | | | |
| 現 住 所 | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年 齢 | 歳 | 性 別 | 男・女 |
| 最終学歴 及び年月 | 年 月 卒業・中退 | 医師登録年月日 及 び 番 号 | 第 | 年 月 日 | 号 |
| 現 在 の 勤 務 先 | 所在地 | | | | |
| | 名 称 | | | | |
| 認知症疾患 の鑑別診断 等の専門医 療を主たる 業務として 従事した期 間及び病院 等の名称 | 従 事 し た 期 間 | 従 事 し た 病 院 等 の 名 称 | | | |
| | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | |
| | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | |
| | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | |
| | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | |
| | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | |
| | 計 | 年 | ヶ月 | | |

連携に関する承諾書

| | | |
|--------------|---------|--|
| 連携内容 | 検査体制 | <input type="checkbox"/> コンピュータ断層撮影装置 [CT] <input type="checkbox"/> 磁気共鳴画像装置 [MRI] <input type="checkbox"/> 脳血流シンチグラフィ [SPECT] |
| | 入院体制 | <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状に対する急性期入院治療 <input type="checkbox"/> 身体合併症に対する急性期入院治療 |
| 連携医療機関の概要 | 医療機関の名称 | |
| | 所在地 | |
| | 開設者 | |
| | 管理者 | |
| | 診療科 | |
| | 病床数 | (総 数) 床 (うち精神科病床) 床 |
| 連携医療機関との位置関係 | | |

認知症疾患医療センター運営事業に関し、上記のとおり連携して実施します。

認知症疾患医療センター

(医療機関) 名 称

所在地

(開設者) 住所又は主たる
事務所の所在地

氏名又は名称及び
代表者の氏名

連携医療機関

(医療機関) 名 称

所在地

(開設者) 住所又は主たる
事務所の所在地

氏名又は名称及び
代表者の氏名

年 月 日

大阪市長 様

(申請者)

住所又は主たる
事務所の所在地
氏名又は名称及び
代表者の氏名

申 立 書

大阪市認知症疾患医療センター指定医療機関の指定の申請にあたり、次に掲げる事項について申し立てます。

記

1. 地方自治法施行令(昭和22年政令第16号)第167条の4に規定する者に該当しないこと
2. 次に掲げる国税及び地方税の滞納がないこと
 - ・ 法人税(法人の場合)又は所得税(個人の場合)
 - ・ 消費税及び地方消費税
 - ・ 市町村民税及び固定資産税
3. 大阪市競争入札参加停止措置要綱に基づく停止措置を受けていないこと
4. 大阪市契約関係暴力団排除措置要綱に基づく入札等除外措置を受けていないこと及び同要綱別表に掲げるいずれの措置要件にも該当していないこと

大阪市認知症疾患医療センター指定事項変更協議書

年 月 日

大 阪 市 長 様

住所又は主たる
事務所の所在地
氏名又は名称及び
代表者の氏名

医療機関名

大阪市認知症疾患医療センターの指定事項を変更したいので、次のとおり協議します。

記

1 変更事項

2 変更内容
(変更前)

(変更後)

3 変更年月日

4 変更理由

大阪市認知症疾患医療センター指定事項変更届出書

年 月 日

大 阪 市 長 様

申請者 住所又は主たる
事務所の所在地
氏名又は名称及び
代表者の氏名

医療機関名

大阪市認知症疾患医療センターの指定事項に変更があったので、次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

4 変更理由