

大阪市認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、「認知症施策等総合支援事業の実施について」(平成26年7月9日老発0709第3号厚生労働省老健局長通知)別添2「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」に基づき実施する大阪市認知症疾患医療センター運営事業(以下「本事業」という。)について必要な事項を定める。

(目的)

第2条 本事業は、認知症疾患医療センターを設置することにより、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、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。

(事業主体)

第3条 事業主体は大阪市とし、市長が指定した病院若しくは診療所(以下「病院等」という。)において、第5条に規定する業務(以下「センター業務」という。)を行う。

(圏域)

第4条 認知症疾患医療センターの指定は、当該指定に係る認知症疾患医療センターが主として担当する区域(以下「圏域」という。)を定めて行うものとする。

2 認知症疾患医療センターの圏域は、次の表の左欄に掲げる圏域の区分に応じ、同表の右欄に定める区域とする。

| 圏域 | 区域 |
|----|--|
| 北 | 北区、都島区、福島区、此花区、西淀川区、淀川区、東淀川区、旭区 |
| 中央 | 中央区、西区、港区、大正区、天王寺区、浪速区、東成区、生野区、城東区、鶴見区 |
| 南 | 阿倍野区、住之江区、住吉区、東住吉区、平野区、西成区 |

(業務内容)

第5条 認知症疾患医療センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

(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

(オ) かかりつけ医等との診療情報の共有

イ 認知症の行動・心理症状と身体合併症への急性期対応

- (ア) 認知症の行動・心理症状・身体合併症の初期診断・治療（急性期入院医療を含む。）
- (イ) 認知症の行動・心理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

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 かかりつけ医等医療機関との連絡調整
- b 保健所、福祉事務所等との連絡調整
- c 地域包括支援センターとの連絡調整
- d 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 認知症疾患医療センター地域連携会議の設置及び運営

郡市区等医師会など地域の保健医療関係者、地域の介護関係者、認知症医療に関する有識者、認知症初期集中支援チームや地域包括支援センター等から組織された地域の支援体制構築に資するための会議の設置及び運営

イ 研修会の開催

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) 診断後等支援機能

認知症の人や家族が、診断後であっても、今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるととも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の他、介護支援専門員等地域の介護に関する関係機関、地域包括支援センター等との連携の推進を図るため、センターは地域の実情や必要に応じて、以下ア・イのいずれか又はその両方の取組を行う。

ア 診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援

かかりつけ医等の医療機関や地域包括支援センター等の地域の関係機関と連携の上、地域の実情や必要に応じて、診断後や症状増悪時において、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、必要な相談支援を実施

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認知症の人やその家族による、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動の実施

(4) アルツハイマー病の抗アミロイド β 抗体薬に係る治療・相談支援等機能

アルツハイマー病の抗アミロイド β 抗体薬に係る治療を行うに際し、認知症の人や家族からの当該治療についての相談対応・支援、地域の医療機関からの相談対応、また、地域の医療機

関等と連携し、アルツハイマー病の抗アミロイド β 抗体薬に係る治療の適応外である者への支援等

(5) 事業の着実な実施に向けた取組の推進

地域型及び連携型が連携すること等により、本市の取組の推進を支援するものとする。

(指定等)

第6条 市長は、病院等であって、第8条に規定する指定基準に適合し、かつ、センター業務を適切に行うことができると認められるものを、その開設者の申請により、認知症疾患医療センターとして指定することができる。

2 前項の指定を受けようとする病院等の開設者は、大阪市認知症疾患医療センター指定申請書（様式第1号）により、市長に申請しなければならない。

3 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。

- (1) 医療機関基本情報等（様式第2号）
- (2) 大阪市認知症疾患医療センター企画提案書（様式第3号）
- (3) 業務履歴書（様式第4号）
- (4) 連携に関する承諾書（様式第5号）
- (5) 申立書（様式第6号）
- (6) その他市長が必要と認める書類

(指定期間等)

第7条 認知症疾患医療センターの指定は、当該指定の日から起算して3年以内の期間を定めて行うものとする。

2 市長は、前項の指定期間の満了後引き続きセンター業務を行おうとする認知症疾患医療センターの指定を受けた病院等（以下「指定医療機関」という。）の開設者からの申請により、その指定期間を更新することができる。

3 前項の指定期間の更新を受けようとする指定医療機関の開設者は、指定期間の満了日の3か月前の日（3か月前の応当日が存在しない場合は当該月の末日）までに、市長に指定期間の更新の申請をしなければならない。

4 前条の規定は、前項の規定による指定期間の更新の申請に準用する。

(指定基準)

第8条 認知症疾患医療センターの人員、設備及び運営に関する基準は、次の各号に掲げる認知症疾患医療センターの区分に応じ、当該各号に定めるとおりとする。

(1) 地域型

ア 稼働日

平日、週5日の稼働を原則とする。

イ 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第6条第2項の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 公認心理師または臨床心理士等の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等との連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整、診断後の相談支援など、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等との連絡調整及び医療相談室の事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第6条第2項の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第6条第2項の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第6条第2項の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、認知症の行動・心理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第6条第2項の申請時に明記すること。）。

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、別に定めるところにより本市が開催する大阪市認知症疾患医療センター運営協議会に参画し、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。

(イ) 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。

(ウ) 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等を踏まえつつ、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、認知症の人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) 連携型

ア 稼働日

平日、週5日の稼働を原則とする。

イ 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第6条第2項の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 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第6条第2項の申請時に明記すること。）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第6条第2項の申請時に明記すること。）を確保していること。

ウ 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、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おいては、この限りではない。

(変更の協議等)

第9条 指定医療機関の開設者は、当該指定に係る病院等の名称又は所在地その他市長が必要と認める事項を変更しようとするときは、あらかじめ、市長に協議し、その承認を得なければならぬ。

- 2 前項の規定による協議は、大阪市認知症疾患医療センター指定事項変更協議書(様式第7号)を市長に提出して行わなければならない。
- 3 指定医療機関の開設者は、第1項に定めるもののほか、当該指定に係る事項(市長が認める軽微なものを除く。)に変更があったときは、速やかに市長にその旨を届け出なければならない。
- 4 前項の規定による届出は、大阪市認知症疾患医療センター指定事項変更届出書(様式第8号)を市長に提出して行わなければならない。

(指定の取消し)

第10条 市長は、指定医療機関が第8条各号に掲げる基準に適合しないこととなったときその他指定医療機関の開設者にセンター業務を行わせることが適當でないと認められるときは、認知症疾患医療センターの指定を取り消すことができる。

- 2 市長は、前項の規定により認知症疾患医療センターの指定を取り消したときは、速やかにその旨を指定医療機関の開設者に通知するものとする。

(実績報告)

第11条 指定医療機関の開設者は、毎事業年度終了後(前条第1項の規定により認知症疾患医療センターの指定の取消しを受けた場合にあっては、当該取消しの日後)速やかに、当該事業年度に係るセンター業務の実施に関し実績報告書を作成し、市長に提出しなければならない。

(施行の細目)

第12条 この要綱の施行に関し必要な事項は、福祉局長が定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際現に改正前の大阪市認知症疾患医療センター運営事業実施要綱第3条の規定による指定を受けている病院については、この要綱の施行の日に改正後の大阪市認知症疾患医療センター運営事業実施要綱(以下「新要綱」という。)第3条第1項の規定による指定を受けたものとみなす。
- 3 前項の規定により新要綱第3条第1項の規定による指定を受けたものとみなされた病院の当該指定に係る新要綱第6条の規定による指定期間は、平成30年3月31日までとする。

附 則（平成31年2月7日改正）

この要綱は、平成31年2月15日から施行する。

附 則（平成31年4月3日改正）

この要綱は、平成31年4月3日から施行し、「認知症施策等総合支援事業の実施について」の一部改正について（平成31年4月3日老発0403第1号厚生労働省老健局長通知）に基づき、平成31年4月1日から適用する。

附 則（令和2年4月1日改正）

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則（令和3年4月1日改正）

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則（令和6年3月14日改正）

この要綱は、令和6年3月14日から施行する。

附 則（令和6年4月1日改正）

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附 則（令和7年12月1日改正）

この要綱は、令和7年12月1日から施行する。

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) 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 (C T) | 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 (M R I) | 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 (S P E C T) | 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（※） |
| | 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（※） |
| | 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。

様式第3号

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

| 研修会の開催（※1） | 対象者 | 年度見込 |
|---------------------------|---------------|------|
| | 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. レビール小体型認知症（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. プリオント病による認知症（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

| 診療報酬 | 種別 | 算定の有無 | 年度算定件数 |
|------|--------------|-------|--------|
| | 認知症専門診断管理料 1 | — | 一 件 |
| | 認知症専門診断管理料 2 | — | 一 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 齡 | 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 | 年 月 日 第 | | |
| 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) (うち精神科病床) |
| 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

様式第6号

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