

令和2年度 広島県認知症疾患医療センター指定医療機関募集要項

1 目的

広島県では、認知症の人や家族が地域で安心して暮らせるよう、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状（行動・心理症状）と身体合併症への対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域の保健医療・介護関係者等との連携、人材の育成等を行う「認知症疾患医療センター」を県内に7か所設置しています。

今後、急激な増加が見込まれている認知症の人とその家族を地域で支え、認知症の人が、状態に応じて安定した適切な医療・介護・生活支援等の支援を受けることができる体制の充実強化を図るため、広島県認知症疾患医療センター運営事業実施要綱（以下「県要綱」という。）に基づき、新たに事業を委託する医療機関の募集を行います。

2 募集対象圏域及び募集箇所数等

- (1) 対象圏域 : 福山・府中二次医療圏域（福山市，府中市，神石高原町）
- (2) 募集箇所数 : 1か所
- (3) 募集類型 : 地域型（県要綱第3条第1項（設置基準）のとおり）

3 業務内容

認知症疾患医療センターは、週5日以上稼働を原則とし、所在する二次医療圏域内を対象に、県要綱第4条の事業内容に定める次の業務を行うものとします。

- (1) 専門医療相談
 - ア 初診前医療相談
 - (ア) 患者家族等の電話・面談照会
 - (イ) 医療機関等紹介
 - イ 情報収集・提供
 - 保健所，福祉事務所等との連絡・調整
 - ウ 地域包括支援センターとの連絡調整
- (2) 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
- (3) 合併症・周辺症状（行動・心理症状）への急性期対応
 - ア 合併症・周辺症状の初期診断・治療
 - イ 合併症及び周辺症状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を把握
- (4) 保健医療関係者等への認知症に関する知識の向上を図るための研修会の開催
- (5) 認知症疾患医療連携協議会の開催
 - 地域の保健医療関係者，福祉関係者，地域包括支援センターなど介護関係者，有識者等から組織された協議会の開催
- (6) 認知症に関する情報発信（普及啓発）
- (7) その他必要に応じて行う次の取組
 - ア 診断後の認知症の人や家族に対する日常生活を円滑に送るための相談支援

イ 当事者等によるピア活動や交流会の開催

4 応募資格

次の全ての条件を満たす県内対象圏域（福山・府中二次医療圏域）の医療機関

- (1) 県要綱第3条第1項に定める設置基準を満たしていること。
- (2) 本要項3の業務を実施できること。
- (3) 健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号に定める保険医療機関の指定を受けていること。
- (4) 地方自治法施行令(昭和22年政令第16号)第167条の4（一般競争入札の参加者の資格）に規定する一般競争入札に参加させることができない者でないこと。
- (5) 地方税，法人税，消費税及び地方消費税について滞納がないこと。
- (6) 広島県暴力団排除条例（平成22年10月27日条例第37号）に規定する暴力団又は暴力団員若しくは暴力団員等と密接な関係を有する者でないこと。

5 指定予定期間

令和3年4月1日から令和6年3月31日まで

厚生労働省との協議の状況により，指定開始時期が予定日以降になる場合があります。

なお，本要項4の応募資格を満たさなくなった場合，応募内容と実際面で重大な乖離があった場合等，事業の継続が困難と認められる場合は，指定期間の満了を待たずに指定を解除することがあります。

6 委託料

本県の各年度の予算の範囲内において，委託契約に基づく委託料を支払います。

対象経費は，県要綱第4条に掲げる事業の運営に必要な報酬，共済費，賃金，報償費，旅費，需用費，役務費，使用料及び賃借料，委託料で構成されるものとします。

7 応募方法等

(1) 応募書類の提出期間

令和2年10月26日（月）～11月25日（水）（郵送の場合は当日必着）

持参する場合は11月25日（水）17時15分まで受付

提出期間を過ぎた場合は，受け付けることができません。

(2) 提出先

広島県健康福祉局健康対策課精神保健グループ（〒730-8511 広島市中区基町10-52）

(3) 提出方法

郵送又は持参

持参する場合は，開庁時間（平日8時30分から17時15分まで）の間にお越しく下さい。
開庁時間以外は受け付けることができません。

(4) 提出書類

次のア～コまでの提出書類について，A4版で，正本1部（クリップ止め）副本8部を提出してください。

ア 広島県認知症疾患医療センター指定応募申請書（様式1）

イ 広島県認知症疾患医療センター運営事業実施体制等調書（様式2）

ウ 専門医療相談を行う組織の体制図（任意様式）

エ 認知症疾患医療センター設置予定場所位置図（様式3）

オ 認知症専門医の学会認定証（写し）

日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医を配置する場合

カ 業務履歴書【医師用】（様式４ - １）

認知症疾患の鑑別診断を主たる業務とした５年以上の臨床経験を有する医師を配置する場合

キ 業務履歴書【精神保健福祉士・保健師等用】（様式４ - ２）

医療相談室配置予定又はセンター業務対応予定の精神保健福祉士，保健師等全ての職員分

ク 認知症疾患医療センター事業運営に係る連携体制承諾書（様式５）

連携する医療機関がある場合

ケ 連携する医療機関の位置関係地図（任意様式）

連携医療機関がある場合，センター配置予定機関との位置関係がわかる地図

コ 医療機関の概要が分かる書類及びパンフレット

なお，必要に応じて応募者へのヒアリングや参考資料等の追加提出を求める場合があります。

８ 応募に関する質問

（１）質問受付期間

令和２年１０月２６日（月）～１０月３０日（金）１７時１５分【必着】

（２）方法

質問書（様式６）に質問内容，医療機関名，連絡先を記入し，FAX又はメールにて送付（電話不可）してください。

（３）送付先

広島県健康福祉局健康対策課 精神保健グループ 宛

F A X : 082-228-5256 Eメール : futaisaku@pref.hiroshima.lg.jp

令和２年１１月６日（金）までにメール又は電話にて回答します。

回答した内容については，当課ホームページに随時掲載します。

９ 選考基準

（１）「４ 応募資格」の要件を満たしていること。

（２）本要項３の業務内容の各項目に対応できる実績（又は計画）及び意欲を有すること。

（３）認知症疾患医療センターに求められる次の項目について，実績又は今後の取組内容や考え方が評価できること。

ア 周辺症状（行動・心理症状）や身体合併症への対応能力

イ 認知症ケアに関する有資格者（認知症サポート医等）の配置状況

ウ 市町，地域包括支援センター，かかりつけ医等の地域医療機関及び既指定の認知症疾患医療センターとの関わり方等，地域連携の推進に向けた取組

エ 認知症の方及び家族の方への支援の考え方

１０ 審査及び選考

（１）選考委員会における審査・選定

広島県認知症疾患医療センター指定医療機関選考委員会（以下「選考委員会」という。）において，応募者から提出された応募書類等の内容を審査のうえ，県において，審査結果を踏まえ，総合的に評価し，選定します。

（２）選考結果

選考結果は文書で通知します。選考に関する異議には一切応じられません。

(3) 厚生労働省への協議

選考結果に基づき、厚生労働省への協議を経て、広島県が指定を行います。厚生労働省との事前協議の結果により、指定について調整する場合があります。

なお、協議の結果によっては指定できない場合があります。

11 応募者の失格

次のいずれかに該当する場合は応募を受け付けません。

- (1) 応募資格のない者が応募した場合
- (2) 提出期限を過ぎて応募書類が提出された場合
- (3) 提出書類に虚偽の記載があった場合
- (4) 破産等、契約履行が困難と認められるに至った場合
- (5) 審査の公平性を害する行為があった場合
- (6) その他、申請にあたり著しく信義に反する行為があった場合

12 指定のスケジュール(予定)

| 内 容 | 期限等 |
|--|----------------------------|
| (1) 質疑の受付期間 | 令和2年11月6日(金) 17時15分【必着】 |
| (2) 指定申請書提出期限 | 令和2年11月25日(水) |
| (3) 申請書類の内容等の確認(必要に応じてヒアリング) | 県が指定する日 |
| (4) 選考委員会における審査・選定 選考委員会において、選考基準に基づき総合的に評価し、指定医療機関を選定します。(非公開) | 令和2年12月～令和3年1月 |
| (5) 厚生労働省事前協議 | 令和3年1月～2月 |
| (6) 選考結果の通知 | 令和3年3月 |
| (7) 指定日 | 令和3年4月1日 |

スケジュールは変更になる場合があります。

13 その他留意事項

- (1) 提出書類は、認知症疾患医療センター指定病院の選定業務のみに使用します。
- (2) 応募に関する費用は、全て応募者の負担とします。
- (3) 提出書類の著作権は応募医療機関に帰属します。ただし、広島県が本案件の報告、公表等のため必要な場合は、提出書類の内容を無償で使用できるものとします。
- (4) 提出書類は一切返却しません。
- (5) 本案件に係る情報公開請求があった場合には、広島県情報公開条例に基づき、提出書類を公開する場合があります。

14 問合わせ先

広島県健康福祉局健康対策課 精神保健グループ

(担当者：橋口(はしぐち)・東久保(とうくぼ))

〒730-8511 広島市中区基町10-52 (電話：082-513-3069 FAX：082-228-5256)

広島県認知症疾患医療センター指定応募申請書

令和 年 月 日

広島県知事 様

法人名

法人代表者

印

次の病院について，広島県認知症疾患医療センター指定医療機関募集要項に基づき，認知症疾患医療センターとして指定されたく，関係書類を添えて申請します。

1 病院の名称

2 所在地

3 添付書類【正本 1 部，副本 8 部】

- (1) 広島県認知症疾患医療センター事業計画書 (様式 2)
 - (2) 専門医療相談を行う組織の体制図 (任意様式)
 - (3) 認知症疾患医療センター設置予定場所位置図 (様式 3)
 - (4) 認知症専門医の学会認定証 (写し)
 - (5) 業務履歴書【医師用】 (様式 4 - 1)
 - (6) 業務履歴書【精神保健福祉士・保健師等用】 (様式 4 - 2)
 - (7) 医療機関の概要が分かる書類 (任意様式：パンフレット等)
 - (8) 認知症疾患医療センター運営事業に係る連携体制承諾書 (様式 5)
 - (9) 連携する医療機関の位置関係がわかる地図 (任意様式)
 - (10) 連携する医療機関の概要がわかる書類 (任意様式：パンフレット等)
- (8) ~ (10) は，連携する医療機関がある場合のみ添付

認知症疾患医療センター運営事業実施体制等調書

1 申請に係る担当者連絡先

| | | | |
|--------|--|-----|--|
| 所属・役職 | | 氏名 | |
| 電話番号 | | FAX | |
| E-mail | | | |

2 医療機関の概要

| | | | |
|----------------|-----------------------|--------------|-----------|
| 医療機関名称 | | | |
| 医療機関所在地 | 〒 | | |
| 開設者 | | | |
| 管理者 | | | |
| 医療機関種別 | 一般病院 | 精神科病院 | 有床診療所 その他 |
| 診療科目 | (全て記載してください) | | |
| 診療日等 | (診療日・診療時間等を記入してください。) | | |
| 医療法上の 許可病床数 | 一般病床 | 床 | |
| | 精神病床 | 床 | |
| | その他病床 | 床 (うち療養病床 床) | |
| | 計 | 床 | |

3 設置基準・業務内容等

(1) 専門医療機関としての機能

ア 現在の認知症診療体制(貴医療機関における現在の認知症診療体制を記載してください。)

| | | | |
|------------|--------|------------------------------------|--|
| 診療日 | | | |
| 診療時間 | | | |
| 認知症専門外来の設置 | 有 無 | (今後設置予定(時期:)) (専門外来設置予定なし) | |
| 認知症専門外来の詳細 | | | |

イ 専門医療相談（県実施要綱第3条（1）ア）

| | | |
|--------------------|---|--|
| 医療相談室の整備 | プライバシーに配慮した個室の相談室を整備している。 ・場所（ ）・広さ（ ）㎡ 個室ではないが相談室を整備している。 ・場所（ ）・広さ（ ）㎡ 今後整備の予定である。 ・場所（ ）・広さ（ ）㎡ ・時期（ ） | |
| | 相談実施日 | |
| | 相談実施時間 | |
| 専用電話の設置 | 認知症医療相談のための専用の電話を設置している。 今後設置予定である。（時期： ） | |
| 相談実績 （ R 元 年度 ） | 有 無 | 相談件数（ ）件【 期間： ~ 】 うち電話相談（ ）件，面接相談（ ）件 |

相談実績は、診療報酬のないものをいい、延べ回数をカウントしてください。

ウ 人員配置基準（県実施要綱第3条（1）イ）

医師（専任1名以上）

| 氏名 | 専門医等 （ 1 ） | 勤務形態 （ 2 ） | 認知症サポート医 （ 3 ） |
|----|---------------|---------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |

1 次の区分により番号を記入してください。

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。）

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。）

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4-1）を添付してください。）

2 常勤専従・専任の別（配置予定の場合は「予定」）を記入してください（以下同様）。

3 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。

臨床心理技術者（専任1名以上） 保有資格者証の写しを添付してください。

| 氏名 | 保有資格 | 勤務形態 （ 2 ） | 認知症ケア 経験年数 |
|----|------|---------------|---------------|
| | | | |
| | | | |

医療相談室に配置する精神保健福祉士又は保健師等（2名以上。うち1名は常勤専従で地域包括支援センターとの連絡調整業務を担当，他の1名以上は専任で他の業務を担当）

（A） 地域包括支援センターとの連絡調整担当（1名は常勤専従）

| 氏名 | 保有資格 | 勤務形態 （ 2 ） | 認知症ケア 経験年数 |
|----|------|---------------|---------------|
| | | | |
| | | | |

保有資格者証の写しを添付してください。

(B) 他の業務担当 (専任 1 名以上)

| 氏名 | 保有資格 | 勤務形態 (2) | 認知症ケア 経験年数 |
|----|------|---------------|---------------|
| | | | |
| | | | |

保有資格者証の写しを添付してください。

エ 検査体制 (県実施要綱第 3 条 (1) ウ)

| | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 血液検査 | すべて自施設で実施している。 |
| 尿一般検査 | |
| 心電図検査 | |
| 神経心理検査 | |
| コンピュータ断層撮影装置 (CT) | 保有 (台 / 予定の場合, 導入時期: 年 月) |
| 磁気共鳴画像装置 (MRI) | 保有 (台 / 予定の場合, 導入時期: 年 月) |
| | 他医療機関との連携により実施 (連携先医療機関名:) |
| 脳血流シンチグラフィ (SPECT) | 保有 (台 / 予定の場合, 導入時期: 年 月) |
| | 他医療機関との連携により実施 (連携先医療機関名:) |

「連携」の場合、認知症疾患医療センター運営事業に係る連携体制承諾書 (様式 5) 及び応募医療機関との位置関係が分かるもの (地図等) を添付してください。

オ 入院治療体制 (県実施要綱第 3 条 (1) エ)

| | | |
|---------------------------------------|----------|----------------------|
| 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 | 保有 連携 | 病床数: 床 |
| | | 連携先医療機関名: |
| 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 | 保有 連携 | 病床数: 床 |
| | | 連携先医療機関名: |
| 認知症治療病棟入院料の施設基準に係る届出の有無 | 有 無 | (予定の場合, 届出時期: 年 月) |

「連携」の場合、認知症疾患医療センター運営事業に係る連携体制承諾書 (様式 5) 及び応募医療機関との位置関係が分かるもの (地図等) を添付してください。

(2) 地域連携の機能

ア 情報センター機能 (県実施要綱第3条(2)ア)

| | |
|------------------|---|
| 地域の認知症医療に関する連携機能 | 地域の認知症医療に関する連携の中核として取組を行っているか。 |
| | 取り組んでいる。 今後取り組む予定 (対応開始時期:) 【取組内容 (予定も含む。)] () |
| 自施設内の連携体制 | 認知症の人の身体合併症及び周辺症状 (行動・心理症状) 等, 様々な症状に対応できるよう, 自施設内の医師, 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。 |
| | 取り組んでいる。 今後取り組む予定 (対応開始時期:) 【取組内容 (予定も含む。)] () |

イ 研修会 (県実施要綱第3条(2)イ)

| | |
|--------|--|
| 研修会の開催 | 認知症サポート医研修や, かかりつけ医研修の実施状況等を踏まえつつ, 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取り組んでいるか。 |
| | 主催して開催している。 対象者 医療従事者 (実績 回 参加延べ人数 人) かかりつけ医 (実績 回 参加延べ人数 人) 市町 (実績 回 参加延べ人数 人) 地域包括支援センター職員 (実績 回 参加延べ人数 人) 家族・地域住民 (実績 回 参加延べ人数 人) 他の主体が実施する研修へ協力 (講師等の派遣) している。 実施主体 ()・実績 (回) 今後開催 (協力) 予定 【開催内容 (予定も含む。)] () |

実績については, H31(R1)年度実績 (H31.4.1~R2.3.31) を記載すること。

ウ 連携協議会 (県実施要綱第3条(2)ウ)

| | |
|--------------|---|
| 認知症疾患医療連携協議会 | 地域の連携体制強化のための協議会を組織し, 開催しているか。 |
| | 開催している。 【開催内容, 開催回数, 構成員] () 今後開催予定 (対応開始時期:) 【開催内容, 開催回数, 構成員 (予定も含む。)] () |

工 情報発信（県実施要綱第 4 条（ 5 ））

| | |
|----------------------|---|
| 認知症の 普及啓発 情報発信 | 地域住民や介護者等に対して、認知症に関する普及啓発や情報発信に取り組んでいるか。 |
| | 取り組んでいる。 （内容 今後取り組む予定（対応開始時期： 【取組内容（予定も含む。）】 ） |

4 認知症疾患に係る診察体制

| 鑑別診断件数 H31（R1）年度実績 （H31.4.1 ～R2.3.31） | | 全数 | 内 65 歳未満 |
|--|---|------------|----------|
| | | 1. 正常または健常 | 件 |
| 2. 軽度認知障害（MCI） | 件 | 件 | |
| 3. アルツハイマー型認知症（G30,F00） | 件 | 件 | |
| 4. 血管性認知症（F01） | 件 | 件 | |
| 5. レビー小体型認知症（G31,F02） | 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 | |
| 7. 外傷性脳損傷による認知症（S06.2,F02） | 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 | |
| 9. HIV 感染による認知症（B20,F02） | 件 | 件 | |
| 10. プリオン病による認知症（A81,F02） | 件 | 件 | |
| 11. パーキンソン病による認知症（G20,F02） | 件 | 件 | |
| 12. ハンチントン病による認知症（G10,F02） | 件 | 件 | |
| 13. 正常圧水頭症（G91） | 件 | 件 | |
| 14. 他の医学的疾患による認知症（F02） | 件 | 件 | |
| 15. 複数の病因による認知症（F02） | 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 | |
| 17. 上記 2～16 以外の症状性を含む器質性精神障害 | 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 | |
| 19. 気分（感情）障害（F3） | 件 | 件 | |
| 20. てんかん（G47） | 件 | 件 | |
| 21. 神経発達障害（知的発達障害を含む）（F7-F9） | 件 | 件 | |
| 22. 上記のいずれにも含まれない精神疾患 | 件 | 件 | |
| 23. 上記のいずれにも含まれない神経疾患 | 件 | 件 | |
| 24. 上記のいずれにも含まれない疾患 | 件 | 件 | |
| 25. 診断保留 | 件 | 件 | |
| | 計 | 件 | 件 |

4 認知症疾患に係る診察体制（続き）

| | | | |
|-----------|--|--------------------------------|---|
| 初診までの待機日数 | 平均（ ）日（算定期間： ～ ） 緊急枠や特別枠を除き，予約時から初診までの平均待機日数を記入 | | |
| 施設基準 | 認知症疾患治療病棟届出 | 有（ ・ ）・ 無 | |
| 診療報酬 | 認知症ケア加算1 | H31(R1)年度（H31.4.1～R2.3.31）算定件数 | 件 |
| | 認知症ケア加算2 | H31(R1)年度（H31.4.1～R2.3.31）算定件数 | 件 |
| | 認知症ケア加算3 | H31(R1)年度（H31.4.1～R2.3.31）算定件数 | 件 |
| 受診の経緯 | 1．地域包括支援センターから | | 件 |
| | 2．医療機関（かかりつけ医等）から | | 件 |
| | 3．居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から | | 件 |
| | 4．行政機関から | | 件 |
| | 5．その他 | | 件 |
| 受診後の情報提供 | 1．地域包括支援センターへ | | 件 |
| | 2．医療機関（かかりつけ医等）へ | | 件 |
| | 3．居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ | | 件 |
| | 4．行政機関へ | | 件 |
| | 5．その他 | | 件 |

5 身体合併症，周辺症状（行動・心理症状）への対応等

認知症の周辺症状・身体合併症について，他医療機関との連携により実施している場合は，「6 連携する医療機関」に記載するとともに，具体的な連携体制がとれていることを証する書類（様式5，位置関係がわかるもの）を添付すること

実績については，H31(R1)年度実績（H31.4.1～R2.3.31）を記載すること。

| | | | |
|----------------------------------|---|------|----------|
| 救急医療機関としての指定 | 救急告示医療機関指定 有 無 消防法2条9項により「救急病院等を定める省令（昭和39年2月20日厚生省令第8号）」に基づき都道府県知事が告示し指定する病院） | | |
| 休日・夜間における救急・急性期入院治療に対応できる空病床数の確保 | 認知症の周辺症状（行動・心理症状） | 精神病床 | 床（一日あたり） |
| | | 一般病床 | 床（一日あたり） |
| | | その他 | 床（一日あたり） |
| | 身体合併症 | 精神病床 | 床（一日あたり） |
| | | 一般病床 | 床（一日あたり） |
| | | その他 | 床（一日あたり） |
| 認知症の周辺症状の急性期入院治療の対応状況 | 自施設の精神病床で対応している。（新規入院治療 実績 件） 自施設の一般病床で対応している。（新規入院治療 実績 件） 初期診断後，連携する他医療機関を紹介している。（実績 件） 今後対応する予定 （時期： 対応方法： ） その他（ ） | | |

5 身体合併症，周辺症状（行動・心理症状）への対応等（続き）

| | |
|---|---|
| 身体合併症の急性期入院治療の対応状況 | 自施設の精神病床で対応している。（新規入院治療実績 件） 自施設の一般病床で対応している。（新規入院治療実績 件） 初期診断後，連携する他医療機関を紹介している。（実績 件） 今後対応する予定 （時期： 対応方法： ） その他（ ） |
| | 自施設又は他医療機関との連携により，対応できる身体疾患の状態 |
| 一般病床に入院する認知症患者へのリハビリテーションによる精神科的ケアの実施状況 | 実施している。（新規入院治療実績 件） （参加職種 ） 今後対応する予定 （時期： 対応方法： ） |

6 連携する医療機関

「3(1)エ 検査体制」及び「5 身体合併症，周辺症状（行動・心理症状）への対応等」において，他医療機関と連携を行う場合について，連携医療機関の概要を医療機関ごとに記載すること。

実績については，H31(R1)年度実績（H31.4.1～R2.3.31）を記載すること。

| | | | | | |
|---|----------------|----------------|---------------|--------------------|-----------|
| 1 | 連携の種類 | CT 周辺症状入院治療 | MRI | SPECT 身体合併症入院治療 | |
| | 医療機関名 | | | | |
| | 医療機関所在地 | | | | |
| | 診療科目 | | | | |
| | 連携医療機関までの距離・時間 | 距離 | km | 時間 | 分（移動手段： ） |
| | 依頼・紹介実績 | CT | 件 | MRI | 件 |
| | SPECT | 件 | 周辺症状（行動・心理症状） | 件 | |
| | 身体合併症 | 件 | | | |
| 2 | 連携の種類 | CT 周辺症状入院治療 | MRI | SPECT 身体合併症入院治療 | |
| | 医療機関名 | | | | |
| | 医療機関所在地 | | | | |
| | 診療科目 | | | | |
| | 連携医療機関までの距離・時間 | 距離 | km | 時間 | 分（移動手段： ） |
| | 依頼・紹介実績 | CT | 件 | MRI | 件 |
| | SPECT | 件 | 周辺症状（行動・心理症状） | 件 | |
| | 身体合併症 | 件 | | | |

6 連携する医療機関（続き）

| | | | | | | |
|-------|----------------|----------|----|---------------|-----------|---|
| 3 | 連携の種類 | CT MRI | | SPECT | | |
| | | 周辺症状入院治療 | | 身体合併症入院治療 | | |
| | 医療機関名 | | | | | |
| | 医療機関所在地 | | | | | |
| | 診療科目 | | | | | |
| | 連携医療機関までの距離・時間 | 距離 | km | 時間 | 分（移動手段： ） | |
| | 依頼・紹介実績 | CT | | 件 | MRI | 件 |
| SPECT | | | 件 | 周辺症状（行動・心理症状） | 件 | |
| 身体合併症 | | | 件 | | | |
| 4 | 連携の種類 | CT MRI | | SPECT | | |
| | | 周辺症状入院治療 | | 身体合併症入院治療 | | |
| | 医療機関名 | | | | | |
| | 医療機関所在地 | | | | | |
| | 診療科目 | | | | | |
| | 連携医療機関までの距離・時間 | 距離 | km | 時間 | 分（移動手段： ） | |
| | 依頼・紹介実績 | CT | | 件 | MRI | 件 |
| SPECT | | | 件 | 周辺症状（行動・心理症状） | 件 | |
| 身体合併症 | | | 件 | | | |
| 5 | 連携の種類 | CT MRI | | SPECT | | |
| | | 周辺症状入院治療 | | 身体合併症入院治療 | | |
| | 医療機関名 | | | | | |
| | 医療機関所在地 | | | | | |
| | 診療科目 | | | | | |
| | 連携医療機関までの距離・時間 | 距離 | km | 時間 | 分（移動手段： ） | |
| | 依頼・紹介実績 | CT | | 件 | MRI | 件 |
| SPECT | | | 件 | 周辺症状（行動・心理症状） | 件 | |
| 身体合併症 | | | 件 | | | |

7 運営・取組方針

認知症疾患医療センターの指定を受けることにあたって、以下について自由に記載してください。

| | |
|--|---|
| 認知症施策推進大綱に掲げる施策を踏まえたセンターとしての役割や運営方針 | 【特に力を入れたいこと、考える役割、運営方針等について記入してください。】 |
| センター運営に当たっての取組方針 (専門医療相談、関係職員の研修、個人情報保護の取組、関係機関・地域との連携、情報発信等) | 【センター運営に当たっての取組方針について、具体的に記入してください】 |
| その他(自由記載) | 【センター運営にあたり、貴機関のセルフサポートなど、自由に記載してください。】 |

業務履歴書【医師用】

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 | | | 医籍登録年月日 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 間及び従事 部署・業務内 容等 | 従 事 し た 期 間 | | | 従 事 部 署 ・ 業 務 内 容 等 | | |
| | 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 | | |
| 直近の認知症患者の年間診療実績（概数可） | | | | _____件（ 年 月 ~ 年 月） | | |

認知症の鑑別診断等に従事した期間がわかるように記載してください（臨床経験医師については5年以上必要）。

業務履歴書【精神保健福祉士・保健師等用】

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 | | | | |
| 職 種 | | | 登 録 番 号 | | |
| | | | 取 得 年 月 日 | | |
| 現 在 の 勤 務 先 | 所在地 | 〒 | | | |
| | 名 称 | | | | |
| 認知症疾患 に係る相談 等を主たる 業務として 従事した期 間及び従事 部署・業務 内容等 | 従 事 し た 期 間 | | 従事部署・業務内容等 | | |
| | 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 | |

心理臨床業務又は相談業務に従事した期間がわかるように記載してください(5年程度)。

認知症疾患医療センター運営事業に係る連携体制承諾書

令和 年 月 日

(応募申請医療機関)

病院開設者

代表者職氏名

様

所 在 地

医療機関開設者

代表者職・氏名

㊞

広島県認知症疾患医療センター運営事業の実施に関し、次のとおり貴院と連携体制を取ることを承諾します。

(具体的な連携項目は次のとおり) 該当項目にチェックを入れてください。

1 連携項目

検査体制に関する連携

(1) 連携の項目

磁気共鳴画像装置 (MRI)

脳血流シンチグラフィ (SPECT)

その他 ()

(2) 連携に関する確認事項

入院病床に関する連携

(1) 連携の項目

認知症疾患の周辺症状に対する入院医療等

身体合併症に対する入院医療等

(2) 連携に関する確認事項

2 応募医療機関との位置関係

別添地図のとおり (位置関係が分かる地図を添付してください。)

医療機関の概要が分かる資料 (パンフレット等) を添付してください。

広島県健康福祉局 健康対策課 精神保健グループ宛
ファクシミリ：082 - 228 - 5256
E-mail：futaisaku@pref.hiroshima.lg.jp

令和 年 月 日

**広島県認知症疾患医療センター指定医療機関公募に係る
質 問 書**

| | | |
|-----|-------------|--|
| 病院名 | | |
| 連絡先 | 所 属 | |
| | 職・氏名 | |
| | 電話番号(内線) | |
| | ファクシミリ | |
| | E - m a i l | |

| | |
|-------|--|
| 質問項目 | |
| (内 容) | |

質問項目が複数ある場合は、項目ごとに質問書を作成してください。